



EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო

მესამე სექცია

საქმე “მახარაძე და სიხარულიძე საქართველოს წინააღმდეგ”

(განაცხადი № 35254/07)

გადაწყვეტილება

სტრასბურგი

2011 წლის 22 ნოემბერი

საბოლოო გახდა
22/02/2012

წინამდებარე გადაწყვეტილება შესაძლოა დაექვემდებაროს რედაქციულ გადასინჯვას.

საქმეზე „მახარაძე და სიხარულიძე საქართველოს წინააღმდეგ“,

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს (მესამე სექცია) პალატამ, შემდეგი შემადგენლობით:

*ჯოზეფ კასადევალი, თავმჯდომარე,
ალვინა გულუმიანი,
ეგბერტ მაიერი,
იან სიკუტა,
ლუის ლოპეს გუერა,
ნონა წოწორია,
მიჰაი პოალელუნგი, მოსამართლეები,
და მარიანელა ცირლი, სექციის განმწესრიგებლის თანაშემწე*

2011 წლის 3 ნოემბერს გამართული დახურული თათბირის შემდეგ, გამოიტანა შემდეგი გადაწყვეტილება:

პროცედურა

1. საქმის საფუძველია საქართველოს ორი მოქალაქის, ბ-ნი ნიკო მახარაძისა და ქ-ნი დალი სიხარულიძის („განმცხადებლები“) მიერ, 2007 წლის 16 ივლისსა და 2009 წლის 3 ივნისს, ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენციის („კონვენცია“) 34-ე მუხლის საფუძველზე, სასამართლოში საქართველოს წინააღმდეგ შეტანილი განაცხადი (№ 35254/07). 2009 წლის 29 იანვარს, ბ-ნი ნიკო მახარაძე (“პირველი მომჩივანი”) გარდაიცვალა. 2009 წლის 3 ივნისს, მისმა მეუღლემ, ქ-ნმა დალი სიხარულიძემ სასამართლოს აცნობა, რომ სურდა, პროცესი საკუთარი და გარდაცვლილი მეუღლის სახელით გაეგრძელებინა.

2. მომჩივანი თანმიმდევრობით იყო წარმოდგენილი ბ-ნი ზაზა ხატიაშვილისა და ბ-ნი იოსებ ხატიაშვილის მიერ - ადვოკატები, რომლებიც საქმიანობას თბილისში ახორციელებენ. საქართველოს მთავრობას („მთავრობა“) წარმოადგენდა სახელმწიფო წარმომადგენელი, ბ-ნი ლევან მესხორაძე.

3. განმცხადებლები ასაჩივრებდნენ იმ ფაქტს, რომ მოპასუხე სახელმწიფომ ვერ უზრუნველყო საპრობილეში პირველი მომჩივნის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის დაცვა და სასამართლოს მიერ დაკისრებული დროებითი ღონისძიების შესრულება.

4. 2009 წლის 11 დეკემბერს სასამართლომ გადაწყვიტა კონვენციის მე-2, მე-3 და 34-ე მუხლების საფუძველზე წამოყენებული პრეტენზიების მთავრობისთვის ცნობება (რეგლამენტის მუხლი 54§2 (ბ)). სასამართლომ ასევე გადაწყვიტა განაცხადის დაასაშვებობისა და არსებითი მხარის ერთდროულად განხილვა (მუხლი 29§1).

ფაქტები

I. საქმის გარემოებები

ა. შიდასახელმწიფოებრივი სამართალწარმოება

5. 2006 წლის 14 მარტს, კრიმინალურ სამყაროსთან სავარაუდო კავშირისა და ნარკოტიკების შენახვის სავარაუდო ფაქტის გამო, დანაშაულები გათვალისწინებული სისხლის სამართლის კოდექსის 223(1)§2 და 260§2 (ა) მუხლებით, დაპატიმრებული იქნა 1967 წელს დაბადებული პირველი მომჩივანი. 16 მარტს, თბილისის საქალაქო სასამართლოს გადაწყვეტილებით, მას წინასწარი პატიმრობა შეეფარდა, რის შემდგომაც იგი მოთავსებული იქნა ქსნის № 7 საპყრობილეში.

6. 2006 წლის 17 მარტს პირველმა მომჩივანმა გაასაჩივრა 2006 წლის 16 მარტის გადაწყვეტილება მისი დაკავების შესახებ და აღნიშნა, რომ ციხის მძიმე პირობებისა და მისი ჯანმრთელობის კრიტიკული მდგომარეობის გათვალისწინებით, წინასწარი პატიმრობა წარმოადგენდა გაუმართლებლად მძიმე და ზედმეტ ღონისძიებას. აღნიშნულის დასადასტურებლად, მომჩივანმა წარმოადგინა 2005 წლის 11 მაისსა და 2006 წლის 16 მარტს გაცემული სამედიცინო დოკუმენტები, რომელთა თანახმად, იგი დაავადებული იყო ფილტვების ფიბრო-კავერნოზული ტუბერკულოზით და დასტურდებოდა ტუბერკულოზის სამკურნალო სამოქალაქო კლინიკაში - აბასთუმნის საავადმყოფოში მისი რეგისტრაციის ფაქტი.

7. 2006 წლის 24 მარტს თბილისის სააპელაციო სასამართლომ არ დააკმაყოფილა 2006 წლის 17 მარტით დათარიღებული პირველი მომჩივნის სარჩელი. სამედიცინო სარჩელის საპასუხოდ სააპელაციო სასამართლომ განმარტა: *“წარმოდგენილ სამედიცინო დოკუმენტებში მითითებულია მხოლოდ დიაგნოზი; არ არის წარმოდგენილი არანაირი დოკუმენტი [პირველი მომჩივანის] ჯანმრთელობის ამჟამინდელი მდგომარეობის, ან მისი დაავადების სახეობისა და სტადიის შესახებ...”. თუმცა, სააპელაციო სასამართლოს ციხის ადმინისტრაციას აცნობა, რომ პირველი მომჩივანი საჭიროებდა პატიმრობის შესაბამისი პირობებისა და ციხეში სამედიცინო ზრუნვას.*

8. ქსნის მე-7 საპყრობილეში ყოფნის შემდგომი 11 დღის განმავლობაში, მომჩივნის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა. კერძოდ, მას დაეწყო მწვავე რესპირატორული უკმარისობა, აღენიშნებოდა სახსრების მტკივნეული შეშუპებები და ვერ გადაადგილდებოდა სხვისი დახმარების გარეშე. სახალხო დამცველის ჩარევის შედეგად, 2006 წლის 25 მარტს, მომჩივანი გადაყვანილი იქნა იუსტიციის სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო დაწესებულებაში (“ციხის ძველი საავადმყოფო”).

9. ციხის საავადმყოფოში ყოფნის მხოლოდ ორი დღის შემდგომ, 2006 წლის 27 მარტს, პირველი მომჩივანი დააბრუნეს ქსნის მე-7 საპყრობილეში, სადაც მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა. აღნიშნულიდან გამომდინარე,

2006 წლის 30 მარტს, იგი კვლავ გადაიყვანეს ციხის საავადმყოფოს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, სადაც იგი თავდაპირველად იყო მოთავსებული.

10. 2006 წლის 24 ივლისს თბილისის საქალაქო სასამართლომ პირველი მომჩივანი გაასამართლა ბრალდების სახით წარდგენილი დანაშაულებისათვის. მას მიესაჯა თავისუფლების აღკვეთა შვიდი წლის ვადით.

11. 2006 წლის 22 და 24 აგვისტოს წერილებით, იუსტიციის სამინისტრომ აღიარა, რომ ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს (“ეებ”) მიერ 2006 წლის 1-ლი მაისიდან 20 ივნისამდე ჩატარებული სამედიცინო ექსპერტიზის თანახმად დადგინდა, რომ პირველი მომჩივანი დაავადებული იყო მულტირეზისტენტული ფიბრო-კავერნოზული ტუბერკულოზის ღია ფორმით და იმყოფებოდა ინფლიტრაციისა და დეკომპოზიციის სტადიაში; ფილტვებში მიმდინარეობდა ჰემორაგიის პროცესი. დამატებით, ექსპერტიზის შედეგებმა უჩვენა, რომ პირველი მომჩივანი ინფიცირებული იყო C ჰეპატიტის ვირუსით და აწუხებდა რიგი კარდიალური და ნეიროსენსორული მძიმე მოშლილობები. ზემოაღნიშნულ წერილებში აგრეთვე აღნიშნულია, რომ 2006 წლის 4 აპრილიდან, პირველი მომჩივანი სარგებლობდა DOTS (პირდაპირ კონტროლირებადი მკურნალობა, მოკლე კურსი – ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული მკურნალობის სტრატეგია ტუბერკულოზის აღმოჩენისა და მკურნალობის მიზნით; იხ. §48) პროგრამის ფარგლებში დანერგილი მკურნალობის კურსით.

12. 2006 წლის 12 დეკემბერს თბილისის სააპელაციო სასამართლომ ძალაში დატოვა 2006 წლის 24 ივლისს პირველი მომჩივნის მიმართ გამოტანილი განაჩენი. 2007 წლის 10 აპრილს, უზენაესმა სასამართლომ დაუშვებლად სცნო საკასაციო სარჩელი.

13. 2007 წლის 26 სექტემბრიდან 26 ნოემბრამდე ეებ-ის ექსპერტებმა პირველ მომჩივანს ჩაუტარეს დამატებითი სამედიცინო ექსპერტიზა. მათი დასკვნით (“2007 წლის 26 სექტემბრის - 25 ნოემბრის სამედიცინო დასკვნა”) დადასტურდა ადრე დასმული დიაგნოზი კარდიოლოგიური პრობლემებისა და ტუბერკულოზის შესახებ. ბოლო დაავადების შესახებ ექსპერტებმა აღნიშნეს, რომ პირველი მომჩივანი წარმოადგენდა მძიმე ავადმყოფს და საჭიროებდა განსაკუთრებულ მკურნალობას ტუბერკულოზის დისპანსერში.

14. 2008 წლის 4 ივლისს, ტუბერკულოზის კრიტიკული ფაზის შესახებ ზემოაღნიშნულ ყველა სამედიცინო დოკუმენტზე დაყრდნობით, რომლებიც ასევე შეიცავდა 26 სექტემბრის - 25 ნოემბრის სამედიცინო დასკვნას, პირველმა მომჩივანმა, ჯანდაცვის მინისტრის 2003 წლის 27 მარტის ბრძანების საფუძველზე (“2003 წლის 27 მარტის ბრძანება”) მოითხოვა სასჯელის დარჩენილი ნაწილის მოხდისგან გათავისუფლება. კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლებზე დაყრდნობით, მან გაასაჩივრა ის ფაქტი, რომ ციხეში არ მიეწოდებოდა ტუბერკულოზის სამკურნალო ეფექტური მედიკამენტები, რაც, შესაბამისად, რეალურ საფრთხეს უქმნიდა მის სიცოცხლეს.

15. 2008 წლის 30 ივლისს, თბილისის საქალაქო სასამართლომ ზეპირ მოსმენაზე განიხილა პირველი მომჩივნის 2008 წლის 4 ივლისის მოთხოვნა. სხვებთან ერთად, სასამართლომ აგრეთვე მოუსმინა 2007 წლის 26 სექტემბრის – 26

ნოემბრის სამედიცინო დასკვნის შემდგენელ ერთერთ სამედიცინო ექსპერტს. მან დაადასტურა დასკვნის სისწორე და აღნიშნა, რომ მომჩივანს ესაჭიროებოდა მკურნალობა მე-2 რიგის ტუბ-საწინააღმდეგო პრეპარატებით (“SLDs”) რომელთა მიმართაც მის დაავადებას ჯერ არ ჰქონდა გამომუშავებული მდგრადობა და რომლებიც არ იყო ხელმისაწვდომი სასჯელაღსრულების სისტემაში. ექსპერტის აზრით, აუცილებელი პრეპარატების არარსებობის გამო მომჩივნის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდებოდა საპრობილეში. ექსპერტმა დაადასტურა, რომ 2003 წლის 27 მარტის ბრძანების შესაბამისად (იხ. §41), ტუბერკულოზის ის ხარისხი, რომლითაც დაავადებული იყო მომჩივანი, ათავისუფლებდა მას სასჯელის მოხდის ვალდებულებისგან.

16. სასამართლოზე აგრეთვე გამოვიდა სასჯელაღსრულების სისტემის წარმომადგენელი. აღნიშნული პირის განცხადებით, ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმის მკურნალობის სრული სისტემა DOTS+ უახლოეს დაინერგებოდა საქართველოს ციხეებში და პირველ მომჩივანს შესაძლებლობა ექნებოდა, ესარგებლა აღნიშნული სისტემით. თუმცა, აღნიშნულმა პირმა ვერ დაასახელა პროგრამის ამოქმედების ზუსტი თარიღი. მან განაცხადა, რომ პირველი მომჩივანი საპრობილეში უზრუნველყოფილი იყო მუდმივი სამედიცინო ზედამხედველობით და მისი მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში იგი გადაყვანილი იქნებოდა სპეციალიზებულ კლინიკაში.

17. 2008 წლის 30 ივლისს გამართულ სასამართლო სხდომაზე, პირველი მომჩივნის ადვოკატმა წარმოადგინა 2008 წლის 29 ივლისით დათარიღებული მისი კლიენტის ხელნაწერი წერილი, რომლითაც მან თბილისის საქალაქო სასამართლოს აცნობა, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო ვერ დაესწრებოდა სხდომას. მისმა ადვოკატმა აგრეთვე წარმოადგინა 2008 წლის 30 ივლისით დათარიღებული ექიმ თ.ჯ.-ს (რომელიც მომჩივანს მკურნალობდა საპრობილეში) სამედიცინო ცნობა, რომლითაც დასტურდებოდა პირველი მომჩივნის ამ დროისათვის არსებული დიაგნოზი და დასძინა, რომ უკვე მოქმედი DOTS პროგრამის ფარგლებში ხელმისაწვდომი სამედიცინო პრეპარატებით საპრობილეში მკურნალობის მცდელობა უშედეგო იყო. ექიმმა დაადასტურა, რომ მომავალში დაგეგმილი იყო DOTS + პროგრამის დანერგვა.

18. იმავე დღეს – 2008 წლის 30 ივლისს, თბილისის საქალაქო სასამართლომ, აშკარად დაუსაბუთებლობის მოტივით, არ დააკმაყოფილა მომჩივნის მოთხოვნა სასჯელის მოხდისგან გათავისუფლების შესახებ. აღნიშნულის მიზეზად სასამართლომ დაასახელა ის ფაქტი, რომ დოკუმენტაცია მომჩივნის ჯანმრთელობის იმდროინდელი მდგომარეობის შესახებ არ იყო ხელმისაწვდომი

19. 2008 წლის 15 აგვისტოს პირველმა მომჩივანმა გაასაჩივრა 2008 წლის 30 ივლისის გადაწყვეტილება და სასამართლოს ბრალი დასდო 2008 წლის 30 ივლისის სამედიცინო ცნობის მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის სახით გამოუყენებლობაში. მან კვლავ აღნიშნა, რომ საპრობილეში შესაბამისი სამედიცინო მკურნალობის გარეშე გაგრძელდებოდა კონვენციის მე-3

მუხლით გარანტირებული მისი უფლებების დარღვევა, რაც გამოიწვევდა მის გარდაცვალებასა და კონვენციის მე-2 მუხლის დარღვევას.

20. სააპელაციო პროცესის მსვლელობისას, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ არსებული ექვების გაფანტვის მიზნით, პირველმა მომჩივანმა მოითხოვა დამატებითი სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება. თბილისის სააპელაციო სასამართლომ აღნიშნული მოთხოვნა დააკმაყოფილა 2008 წლის 25 სექტემბერს, რის შემდეგაც ციხის ადმინისტრაციასა და ეებ-ს დაევალიათ მისი დაავადებების სახეობისა და სიმძიმის დადგენა და შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნა.

21. 2008 წლის 20 ოქტომბრით დათარიღებულ პასუხში, ეებ-მ ირიბად უარყო 2008 წლის 25 სექტემბრის სასამართლო ბრძანების შესრულება და განაცხადა, რომ პირველი მომჩივნის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკვე შეფასებული იყო 2007 წლის 26 სექტემბრიდან 26 ნოემბრამდე და დამატებითი ექსპერტიზის საჭიროების შეფასებამდე, სააპელაციო სასამართლოს უნდა მოესმინა შესაბამისი სამედიცინო ექსპერტებისათვის.

22. 2008 წლის 25 სექტემბრით დათარიღებული სასამართლოს ბრძანების აღუსრულებლობის გამო, 2008 წლის 21 ოქტომბერს, პირველმა მომჩივანმა პროტესტის ნიშნად შიმშილობა დაიწყო. კერძოდ, ზემოაღნიშნული ბრძანების შესაბამისად, მან მოითხოვა სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანა შემდგომი დიაგნოსტიკის მიზნით და აღნიშნა, რომ განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობის მიუხედავად იგი მოთავსებული იყო დახურულ, “სარდაფის ტიპის” დაწესებულებაში. იმავე დღეს, ციხის ძველი საავადმყოფოს მიერ გაცემული იქნა ბრძანება მომჩივნის შიმშილობის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის მზადყოფნის შესახებ. სამედიცინო ისტორიის შესაბამისად, შიმშილობის განმავლობაში (იხ. §26) ექიმები ყოველდღიურად აფრთხილებდნენ მომჩივანის, რომ შიმშილობა ზიანს მიაყენებდა მის ჯანმრთელობას და შესაძლოა, მისი გარდაცვალება გამოეწვია.

23. 2008 წლის 24 ოქტომბერს სახალხო დამცველის წარმომადგენლებმა მომჩივანი მოინახულეს ციხის საავადმყოფოში. ვიზიტის ოქმში მათ აღნიშნეს, რომ მომჩივანი იმყოფებოდა უმძიმეს მდგომარეობაში - შემუპებული სახსრებით, საწოლზე მიჯაჭვული, აღებინებდა სისხლს და ა.შ. წარმომადგენლებმა აგრეთვე აღნიშნეს, რომ მომჩივანს ისეთი მედიკამენტებით, როგორებიცაა სიკლოსერინი, პ-ამინოსალიცილის მჟავა (“PAS”), მხოლოდ მისი ოჯახის წევრები უზრუნველყოფდნენ.

24. 2008 წლის 28 ოქტომბერს სახალხო დამცველის ოფისმა გამოხატა შეშფოთება პირველი მომჩივნის ჯანმრთელობის უმძიმესი მდგომარეობის გამო და ციხის ადმინისტრაციას მისი შესაბამისი სამედიცინო მკურნალობით უზრუნველყოფისკენ მოუწოდა.

25. 2008 წლის 31 ოქტომბერს, სასამართლოს მიერ 2008 წლის 25 სექტემბერს გაცემული ბრძანების საფუძველზე, ეებ-მ დაიწყო პირველი მომჩივნის სამედიცინო ექსპერტიზა, რომელიც დასრულდა 2008 წლის 7 ნოემბერს. აღნიშნულის შედეგად (“2008 წლის 31 ოქტომბრის – 7 ნოემბრის სამედიცინო რეკომენდაციები”) სრულად

დადასტურდა ადრინდელ დიაგნოზში წარმოდგენილი ტუბერკულოზის ფორმა და აღინიშნა, რომ წინა შემოწმების შემდეგ, დაავადება მკვეთრად იყო დამძიმებული და რეკომენდებულ იქნა მომჩივნის სამედიცინო მკურნალობა სპეციალიზებულ კლინიკაში.

26. 2008 წლის 4 ნოემბერს, პირველმა მომჩივანმა შეწყვიტა შიმშილობა, ვინაიდან 2008 წლის 25 სექტემბრით დათარიღებული სასამართლო ბრძანება სისრულეში იქნა მოყვანილი. იმავე დღეს, მომჩივნის ადვოკატმა ციხის საავადმყოფოს ხელმძღვანელს ჰკითხა, შესაძლებელი იყო თუ არა საპრობილეში SLDs მედიკამენტებით მკურნალობა (როგორცაა ციკლოსერინი და PAS). პასუხი უარყოფითი იყო.

27. 2008 წლის 27 ნოემბერს პირველი მომჩივანი გადაყვანილი იქნა თბილისის ახლად გახსნილი მე-8 საპრობილის სამედიცინო ნაწილში (“ციხის ახალი საავადმყოფო”). 2008 წლის 2 დეკემბერს მას ეწვივნენ სახალხო დამცველის წარმომადგენლები რომლებმაც განაცხადეს, რომ მიუხედავად ახლად გარემონტებულ ოთახში ყოფნისა, მომჩივანი არ იყო უზრუნველყოფილი SLDs პრეპარატებით და შესაბამისი კვებით; არ ჰქონდა ოჯახის წევრების მიერ გამოგზავნილი საკვების შემცველი ამანათების მიღების უფლება და მიუხედავად მისი ხშირი ოფლიანობისა, სამედიცინო პერსონალი რეგულარულად არ უცვლიდა თეთრეულს.

28. 2008 წლის 25 დეკემბერს პირველმა მომჩივანმა კვლავ დაიწყო შიმშილობა 2008 წლის 31 ოქტომბრის - 7 ნოემბრის სამედიცინო რეკომენდაციების შეუსრულებლობის გამო. კერძოდ, იგი ციხის მთავრობისგან ითხოვდა SLDs მედიკამენტებით უზრუნველყოფას ან სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანას. მომჩივნის სამედიცინო ისტორიის თანახმად, შიმშილობის დროს, მას ექიმები ყოველდღიურად აფრთხილებდნენ თუ როგორი მავნებელი იყო მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისათვის საკვებზე უარის თქმა (იხ. §31). აღნიშნული პერიოდის განმავლობაში, მომჩივანი აგრეთვე უარს აცხადებდა სისხლის გადასხმაზე.

29. 2008 წლის 8 დეკემბერს თბილისის სააპელაციო სასამართლომ ზეპირ მოსმენაზე განიხილა მომჩივნის სარჩელი 2008 წლის 30 ივლისით დათარიღებულ გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებით. სასამართლომ მოუსმინა 2008 წლის 31 ოქტომბერ - 7 ნოემბრის სამედიცინო რეკომენდაციების შემდგენელ ერთ-ერთ სამედიცინო ექსპერტს. ექსპერტმა დაადასტურა მომჩივნის ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობა და განაცხადა, რომ მისი მკურნალობა საპრობილეში უშედეგო იყო შესაბამისი მედიკამენტების არქონის გამო. ექსპერტმა აგრეთვე დასძინა, რომ მომჩივანის ესაჭიროებოდა სპეციალური კვება, სუფთა ჰაერი და გამოთქვა ვარაუდი, რომ საპრობილის გარეთ არსებობდა გარკვეული შანსი ტუბერკულოზის აღნიშნული ფორმის სამკურნალოდ. სააპელაციო სასამართლომ აგრეთვე მოუსმინა სასჯელაღსრულების სისტემის წარმომადგენელს, რომელმაც წარმოადგინა საპრობილეში მომჩივნის მკურნალი ექიმის, თ.ჯ.-ს მიერ, 2008 წლის 1-ლ დეკემბერს გაცემული ცნობა. აღნიშნული დოკუმენტის თანახმად 2008 წლის 22 ივნისიდან

მომჩივანი უზრუნველყოფილი იყო დაუზუსტებელი SLDs-ს კომბინაციით, რომელთა წინააღმდეგაც ტუბერკულოზი ინარჩუნებდა მგრძობელობას. სასამართლო სხდომისას, სხვადასხვა მხარეების დაკითხვით გაირკვა, რომ მომჩივანის გერმანიიდან ჩამოტანილი მედიკამენტებით მხოლოდ მისი ოჯახი უზრუნველყოფდა.

30. 2008 წლის 1-ლი დეკემბრის სამედიცინო ცნობაზე დაყრდნობით, 2008 წლის 8 დეკემბრის გადაწყვეტილებით, თბილისის სააპელაციო სასამართლომ უსაფუძვლობის გამო უარყო მომჩივნის მიერ, 2008 წლის 30 ივლისის გადაწყვეტილების წინააღმდეგ შეტანილი სარჩელი.

31. 2008 წლის 9 დეკემბერს პირველმა მომჩივანმა შიმშილობა შეწყვიტა.

32. სამედიცინო ისტორიის თანახმად, 2009 წლის იანვრის დასაწყისიდან ციხის ადმინისტრაციის მიერ მისი მდგომარეობის შესაბამისი დიეტით არ-უზრუნველყოფის გამო, მომჩივანმა უარი განაცხადა PAS-ის, ციკლოსერინისა და ოჯახის მიერ მიწოდებული SLDs-ის მიღებაზე. 2009 წლის 20 იანვარს, აღნიშნული პრობლემის შესახებ სახალხო დამცველის აპარატმა უკმაყოფილება გამოხატა ციხის ადმინისტრაციის მიმართ.

33. იმავე დღეს, 2009 წლის 20 იანვარს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების გამო, მომჩივანი მოთავსებული იქნა ციხის ახალი საავადმყოფოს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. აღნიშნულის მიუხედავად, მომჩივნის მდგომარეობა დამძიმდა და 2009 წლის 29 იანვარს, შუალამისას, იგი გარდაიცვალა.

ბ. სასამართლომდე განხორციელებული საპროცესო ღონისძიებები

34. სასამართლოს რეგლამენტის 39-ე მუხლის შესაბამისად, 2008 წლის 24 ოქტომბერს მომჩივანმა მთავრობას მოსთხოვა ტუბერკულოზის სამკურნალო სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანა, შესაბამისი მკურნალობით უზრუნველყოფა და მკურნალობის განმავლობაში მისი სასჯელის მოხდის შეჩერება.

35. 2008 წლის 10 ნოემბერს სასამართლოს პალატის პრეზიდენტმა ნაწილობრივ დააკმაყოფილა ზემოაღნიშნული მოთხოვნა და მთავრობას მოსთხოვა პირველი მომჩივნის ტუბერკულოზის შესაბამისი მკურნალობით უზრუნველმყოფელ სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანა. აღნიშნული ღონისძიება ძალაში რჩებოდა შემდგომ შეტყობინებამდე. ვინაიდან მოცემული მომენტისათვის საქმის მასალებიდან არ ირკვეოდა, რომ თბილისის სააპელაციო სასამართლოს 2008 წლის 25 სექტემბრის გადაწყვეტილება კანონიერ ძალაში იყო შესული (იხ. §25), პალატის პრეზიდენტმა მთავრობას მისი აღსრულების უზრუნველყოფისკენ მოუწოდა. შემდგომში მთავრობას ეთხოვა, 2008 წლის 1 დეკემბრისათვის მოემზადებინა ანგარიში მითითებული სამედიცინო ღონისძიებების გატარების შესახებ.

36. 2008 წლის 1 დეკემბრის წერილით, მთავრობამ სასამართლოს მიაწოდა 2008 წლის 31 ოქტომბერ – 7 ნოემბრის სამედიცინო რეკომენდაციები, რათა დაედასტურებინა 2008 წლის 25 სექტემბრის სასამართლო გადაწყვეტილების აღსრულების ფაქტი.

37. პირველი მომჩივნის ტუბერკულოზის სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანასთან დაკავშირებით, მთავრობამ განაცხადა, რომ შემდეგ მიზეზთა გამო, აღნიშნული არ წარმოადგენდა აუცილებლობას: პირველ რიგში – 2008 წლის 27 ნოემბერს მომჩივანი გადაყვანილ იქნა ციხის ახალ საავადმყოფოში, რომელში არსებული პირობები არ ჩამოუვარდებოდა სამოქალაქო პროფილის ტუბერკულოზის სამკურნალო კლინიკის პირობებს. მეორეს მხრივ, იმ შემთხვევაშიც კი თუ მომჩივანის მიეცემოდა საპრობილის ფარგლებს გარეთ მკურნალობის უფლება, ნებისმიერ შემთხვევაში აღნიშნული განხორციელდებოდა DOTS პროგრამის ფარგლებში, რომელიც მისთვის საპრობილეშიც იყო ხელმისაწვდომი.

38. მთავრობამ განაცხადა, რომ SLDs-ის დეფიციტი წარმოადგენდა საერთო ფარმაცევტულ პრობლემას ეროვნულ დონეზე და აღნიშნული არ უნდა დაბრალდებოდა მხოლოდ საპრობილეს. მან პირობა დადო, რომ როგორც კი ქვეყნის ფარმაცევტულ ბაზარზე მომჩივნის ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტები - ოფლოქსაცინის, PAS და ციკლოსერინი ხელმისაწვდომი გახდებოდა, ისინი დაუყოვნებლივ მიეწოდებოდა მომჩივანს. ამავდროულად, მთავრობამ უფლება დართო მომჩივნის ოჯახს, მისთვის მედიკამენტები საპრობილეში შეეგზავნა.

39. იუსტიციის მინისტრისადმი მიმართულ 2009 წლის 27 იანვრის წერილში, სახალხო დამცველმა შეშფოთება გამოხატა პირველი მომჩივნის სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში არ-გადაუყვანის გამო, მიუხედავად 2008 წლის 10 ნოემბერს, ევროსასამართლოს მიერ დაკისრებული დროებითი ღონისძიებისა; მინისტრს ეთხოვა აღნიშნული ღონისძიების დაუყოვნებლივ შესრულება.

II. შესაბამისი ეროვნული კანონმდებლობა და სხვა საერთაშორისო და ეროვნული დოკუმენტები

ა. 1999 წლის 22 ივლისის კანონი პატიმრობის შესახებ (“პატიმრობის შესახებ კანონი”) და 2003 წლის 27 მარტს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება № 72 მოცემულ დროს მოქმედი რედაქციით

40. პატიმრობის შესახებ კანონის 65-ე მუხლის §§ 1(ბ) და 2 ნაწილების თანახმად, შესაძლებელი იყო მსჯავრდებულის გათავისუფლება სასჯელაღსრულების დაწესებულებიდან მძიმე ან განუკურნებელი დაავადების შემთხვევაში. ამგვარი მძიმე/განუკურნებელი დაავადებების სია შედგენილი უნდა ყოფილიყო ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ.

41. 2003 წლის 27 მარტს, პატიმრობის შესახებ კანონის 65-ე მუხლის შესაბამისად, ჯანდაცვის მინისტრის მიერ გაცემული იქნა ბრძანება, რომელის თანახმად, ფილტვის ტუბერკულოზის (ფიბრო-კავერნული, ციროზული და მწვავე მილიარული) ფორმა, ისევე როგორც პოლი- ან მულტირეზისტენტული ფორმები წარმოადგენდა ვადამდელი გათავისუფლების საფუძველს.

ბ. სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსი (“სსსკ”) მოცემულ დროს მოქმედი რედაქციით

42. სსსკ-ის 607 § 1 (ა) მუხლის თანახმად, სასამართლომ მსჯავრდებულის მიმართ განაჩენის აღსრულება შესაძლოა შეაჩეროს მსჯავრდებულის მიმედ ავადმყოფობის შემთხვევაში რაც ხელს უშლის სასჯელის მოხდას, მის გამოჯანმრთელებამდე ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის არსებითად გაუმჯობესებამდე.

43. მიიძე ან უკუჩვენებელი სენით ავადმყოფობისას, სამედიცინო ცნობით ამგვარი ფაქტის დამტკიცების შემთხვევაში სსსკ-ის 608 მუხლი იძლეოდა მსჯავრდებულის სასჯელის მოხდისგან გათავისუფლების საშუალებას.

გ. ანგარიში წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (CPT) საქართველოში ვიზიტის შესახებ, 2007 წლის 21 მარტი - 2 აპრილი (CPT/Inf (2007) 42)

44. საქართველოს საპყრობილეებში ტუბერკულოზის თაობაზე არსებული პრობლემების გათვალისწინებით, შესაბამისი ექსპერტები აღნიშნავენ:

“ჯანმრთელობის დაცვა

76. სასჯელაღსრულებითი სისტემის სამედიცინო პერსონალის კეთილი ნებისა და ვალდებულებების მიუხედავად, ასევე პერსონალის შესაძლებლობების და რესურსების სიმცირის გამო, მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის დაცვა კვლავაც პრობლემურ საკითხად რჩება. სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ვიზიტის დროს, დელეგატებმა მოისმინეს რიგი პრეტენზიებისა, რომლებიც მსჯავრდებულთა მიერ გამოთქმული იყო ექიმის დაგვიანების, მზრუნველობის შეუსაბამო ხარისხის ... და საპყრობილის გარეთ არსებულ საშუალებებთან და ექიმებთან დაშვების სიძნელეებთან დაკავშირებით.

77. დელეგაციამ აღნიშნა, რომ ბოლო წლების განმავლობაში, სასჯელაღსრულების სისტემაში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მედიკამენტების მიწოდება. თუმცა, რიგი მსჯავრდებულებისა კვლავაც აცხადებს, რომ აუცილებელი მედიკამენტების მიღებაში დამოკიდებულნი არიან თავიანთი ოჯახის წევრებზე.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში აღჭურვილობა შემოიფარგლება სტეტოსკოპითა და სისხლის წნევის საზომი აპარატით; არ არსებობს რენტგენის ან სისხლის ანალიზის აპარატები.

აღნიშნულის გამო შეუძლებელია გადამდები დაავადებების, მათ შორის ტუბერკულოზის შემთხვევების სკრინინგი...

81. კომიტეტი შეშფოთება გამოთქვა იმის გამო, რომ მეორე პერიოდული ვიზიტის დროს, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის სფეროში დაფიქსირებული პროგრესი შეფერხებულია პატიმრებით რაოდენობის ზრდისა და მისგან გამომდინარე საპრობილემების გადატვირთვის გამო. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ძალისხმევის მიუხედავად, თბილისის მე-5 საპრობილეში შეუძლებელი იყო ახალი პატიმრების სკრინინგი. აგრეთვე, ჩვეულებრივი სამედიცინო შემოწმებისა და აუცილებელი ლაბორატორიული აღჭურვილობის არარსებობის გამო, შეუძლებელი იყო ტუბერკულოზის სკრინინგი ზუგდიდის მე-4, რუსთავის მე-6, თბილისის მე-2 და რუსთავის მე-2 საპრობილეებში პატიმრის შესვლისას....

რეკომენდაციები

- საპრობილეში შესვლიდან 24 საათის განმავლობაში, საქართველოს მთავრობამ უნდა უზრუნველყოს ყოველი ახალი პატიმრის შემოწმება სამედიცინო პერსონალის მიერ. სამედიცინო შემოწმება შესაძლოა იყოს ყოველმხრივი, რაც აგრეთვე უნდა ითვალისწინებდეს გადამდები დაავადებების შესაბამის სკრინინგს (§79)....

- DOTS პროგრამის მიხედვით ტუბერკულოზის კონტროლისათვის სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა სისტემატური სკრინინგისა და მკურნალობის გზით, საქართველოს მთავრობის მიერ გამოყენებული უნდა იქნეს ძალისხმევა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით (მგ 81)".

D. ანგარიში წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (CPT) საქართველოში ვიზიტის შესახებ, 2010 წლის 5 - 15 თებერვალი (CPT/Inf (2010) 27)

45. ზემოაღნიშნული ანგარიშის შესაბამისი ამონარიდები საქართველოს საპრობილეებში ტუბერკულოზის პრობლემების შესახებ, შემდეგნაირად იკითხება:

“46. პატიმართა რაოდენობა საქართველოში ძალზე მაღალია საერთაშორისო სტანდარტებთან შედარებით და, როგორც ეს 2007 წლის ანგარიშში აღინიშნა, დამაჯერებლად ვერ აიხსნება მძიმე კრიმინოგენული მდგომარეობით ქვეყანაში. თუ არ გატარდება ზომები საპრობილეში გასაგზავნ პირთა რაოდენობის შესამცირებლად, ნებისმიერი სახის წამოწყება პატიმრობის პირობების გასაუმჯობესებლად გარდაუვალად წარუმატებელი იქნება. ...

ჯანმრთელობის დაცვა

94. ტუბერკულოზის გავრცელება სასჯელაღსრულების სისტემაში კვლავაც მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება საქართველოს მთავრობისთვის. წლების განმავლობაში წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის დიდი დახმარებით მიღწეული პროგრესი რისკის ქვეშ აღმოჩნდა პატიმართა რაოდენობის მომატებისა და, აქედან გამომდინარე, საპრობილეთა გადატვირთვის გამო. დელეგაციამ შეშფოთებით აღნიშნა, რომ პატიმრების შემოსვლისას სტანდარტული სამედიცინო შემოწმების არარსებობის პირობებში ქსნის №7 და გეგუთის №7 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არ ტარდებოდა პატიმრების შემოწმება ტუბერკულოზზე. ტუბერკულოზის გამოვლენა ეფუძნებოდა პასიურ მეთოდს (რომელიც, ძირითადად, ნიშნავს მოლოდინს, როდის მოითხოვს ტუბერკულოზის ნიშნების მქონე პატიმარი ექიმთან შეხვედრას).

99. გლდანის სასჯელაღსრულების კომპლექსის ტერიტორიაზე მდებარე თბილისის (გლდანი) მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება შეუდარებლად გაუმჯობესებული ვარიანტია ციხის ცენტრალური საავადმყოფოსი, რომელიც წამების საწინააღმდეგო კომიტეტმა 2001 და 2004 წლებში მოინახულა. დელეგაციაზე ძალზე პოზიტიური შთაბეჭდილება მოახდინა აღნიშნულმა დაწესებულებამ, რომელიც 2008 წლის ბოლოს გაიხსნა, მაგრამ მხოლოდ რამდენიმე თვეა, რაც სრული ძალით ამოქმედდა. 258 ადგილზე გათვლილ დაწესებულებაში ვიზიტის დროს მოთავსებული იყო 231 პაციენტი – ყველა მამაკაცი. დაწესებულებაში ხუთი განყოფილებაა: ქირურგიული, ფსიქიატრიული, ინფექციურ დაავადებათა, შიდა ორგანოებისა და ინტენსიური მკურნალობის/რეანიმაციისა. გარდა ამისა, დაწესებულებაში არის მისაღები, რენტგენის კაბინეტი, სტომატოლოგიური კაბინეტი, ლაბორატორია, ენდოსკოპიისა და ფიზიოთერაპიის ოთახები, ავთიაქი.

100. სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა თანამედროვე და მოქმედია. დაწესებულება პატიმრებს სათანადო მკურნალობას სთავაზობს სტაციონარულ პირობებში. გარდა ამისა, შესაძლებელია ავადმყოფი პატიმრების გადაყვანა სხვა სამკურნალო დაწესებულებებში იმ დაავადებათა დიაგნოსტიკისათვის, რომელთა დადგენაც შეუძლებელი იყო სამკურნალო დაწესებულების პირობებში (საშუალოდ 5 ამგვარი გადაყვანა კვირაში). ...

რეკომენდაციები

- დიაგნოსტიკური გამოკვლევის და/ან სტაციონარული მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში, მსჯავრდებულთა შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში დაუყოვნებლივი გადაყვანის უზრუნველყოფა.... ;

- შესაბამისი ზომების მიღება ყოველი დაწესებულების მედიკამენტების შესაბამისი რაოდენობით უზრუნველყოფის მიზნით....;

- მიღებული უნდა იქნეს გადაუდებელი ზომები ახლადშემოსული პატიმრის მოსვლისთანავე სამედიცინო პერსონალის წევრის მიერ მისი შემოწმების მიზნით. სამედიცინო შემოწმება შესაძლოა იყოს ყოველმხრივი, რაც აგრეთვე უნდა ითვალისწინებდეს გადამდები დაავადებების შესაბამის სკრინინგს (§91);

- DOTS პროგრამის მიხედვით ტუბერკულოზის კონტროლისათვის სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა სისტემატური სკრინინგისა და მკურნალობის გზით საქართველოს მთავრობის მიერ გამოყენებული უნდა იქნეს ძალისხმევა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით. აღნიშნულ ფარგლებში მიღებული უნდა იქნეს ზომები ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულების სამედიცინო დაწესებულებაში სამკურნალოდ დაუყოვნებლივ გადასაყვანად და მათთან ერთად საპრობილემო მყოფი მსჯავრდებულების ტუბერკულოზზე შემოწმებისათვის (§95).

E. გადაჭარბებული სასჯელი - ძალადობა მსჯავრდებულთა მიმართ საქართველოში, *Human Rights Watch* - ის მოხსენება, 2006 წლის 13 სექტემბერი (თავი 18, № 8 (დ))

46. აღნიშნული ანგარიშის შესაბამისი ამონარიდები შემდეგნაირად იკითხება:

“ტუბერკულოზი კვლავაც რჩება საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის სერიოზულ პრობლემად. ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმის გავრცელება წარმოადგენს რეალურ საფრთხეს, განსაკუთრებით საპრობილემოში სადაც არ არის დაცული შესაბამისი ჰიგიენური

პირობები, არ არსებობს შესაბამისი სამედიცინო აღჭურვილობა, შესაბამისი სამედიცინო პერსონალი და საპრობილეების გადატვირთვა დაკავებულ პირებს უქმნის გადამდები დაავადებებით ინფიცირების რეალურ საფრთხეს. საპრობილეში მოთავსებულ პირთა რაოდენობის ზრდის გამო, აგრეთვე გადატვირთულია ტუბერკულოზის საიზოლაციო დაწესებულებები; შედეგად არსებული დაწესებულებები არ არის საკმარისი საპრობილეში მყოფი ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა მსჯავრდებულის გადასაყვანად. სასჯელაღსრულების სისტემაში ტუბერკულოზის ეპიდემიის ზრდა აგრეთვე რეალურ საფრთხეს უქმნის საზოგადოებასაც, ვინაიდან დაავადება შესაძლოა მსჯავრდებულთაგან გადაედოს საპრობილის მომსახურე პერსონალსა და ოჯახის წევრებს და მსჯავრდებულებთა გათავისუფლების შემდგომ - სხვა პირებს. ექსპერტთა აზრით, რეგიონში არსებობს იმუნოდეფიციტისა და ტუბერკულოზის ეპიდემიის სერიოზული რისკი...

რეკომენდაციები

- მიმდებარე დაავადებული, დაავადებების ბოლო სტადიაში მყოფი ან დაავადებული მსჯავრდებულები, რომლებიც საჭიროებენ შესაბამის ინტენსიურ მკურნალობას, საპრობილეში უნდა იმყოფებოდნენ მუდმივი კონტროლის ქვეშ. ვინაიდან საპრობილეში არსებული პირობები ამგვარ მგრძობიარე პირებს უქმნის მკაცრი და შეურაცხმყოფი ვითარებების რისკს, თავისუფლების აღკვეთა გამოყენებულ უნდა იქნეს მხოლოდ როგორც უკანასკნელი საშუალება; ყველანაირი ძალისხმევა უნდა იქნეს გამოყენებული ამგვარი მსჯავრდებულების განთავისუფლების მიზნით და შეძლებისდაგვარად უნდა იქნეს გამოყენებული ალტერნატიული სასჯელები....

- აუცილებლად უნდა განხორციელდეს დაწესებულებაში შემსვლელ მსჯავრდებულთა ტუბერკულოზის სისტემატიური სკრინინგი...

- უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს საერთაშორისო დონეზე რეკომენდებული ტუბერკულოზის კონტროლის სტრატეგიის, შემუშავებული თერაპიის, მოკლე კურსის (DOTS) ეფექტური განხორციელება ყველა დაწესებულებისათვის ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტების საკმარისი რაოდენობის მიწოდებისა და სამედიცინო პერსონალის DOTS საკითხებზე ტრენინგის გზით.

- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით კვებითი და მატერიალური პირობებით უზრუნველყოფა”.

F. ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება და მასთან დაკავშირებული პრობლემები საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში - სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში, 2009 წელი, 2010 წლის პირველი ნახევარი

47. აღნიშნული მოხსენების შესაბამისი ამონარიდები შემდეგნაირად იკითხება:

“ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზის მაღალი პრევალენტობა ციხეებში არახალია და იგი საერთაშორისო დონეზეც რჩება პენიტენციური სისტემის ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემად. მიუხედავად საქართველოს ციხეებში ამ მხრივ განხორციელებული არაერთი პროექტისა, რომელსაც წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი უწევდა კოორდინაციას, პრობლემა არათუ გვარდება, არამედ უფრო ღრმავდება. ამის ერთ-ერთი ნათელი მაგალითია 2009 წელს ტუბერკულოზით გარდაცვლილ პატიმართა განსაკუთრებით მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი. აღნიშნულის მიზეზად მიგვაჩნია სტანდარტული ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებების არაეფექტური იმპლემენტაცია საქართველოს

რეალობაში, ადგილობრივი სპეციფიკისა და თავისებურებების გათვალისწინებლად. არ არის შეფასებული და გაანალიზებული ტუბერკულოზის გავრცელების რისკი;

სამედიცინო პერსონალი საჭიროებს სერიოზულ მომზადებას. ცალკეული მოკლევადიანი ტრენინგები ამ პრობლემას ვერ გადაჭრის, იმ ფონზე, როდესაც სახეზეა მედპერსონალის მიერ ტუბერკულოზური ინფექციის მართვის ძირითადი უნარ-ჩვევების ან არცოდნა ან გამოყენების შეუძლებლობა მათი უკიდურესად დაბალი კლინიკური ავტონომიურობისა და დამოუკიდებლობის პირობებში. ...

დღესდღეობით, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ტუბერკულოზი წარმოადგენს ყველაზე უფრო ხშირ და უპირატესად გავრცელებულ დაავადებას. გარდა ამისა, ტუბერკულოზი 2009 წლის პერიოდში, ისევე, როგორც წინა წლებში, კვლავ რჩება პატიმართა სიკვდილობის №1 მიზეზად. მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ განხირებულია ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმები. ...

ასევე, იშვიათობას არ წარმოადგენს ექსტრაპულმონური ფორმებიც, რომელთა სპექტრი საკმაოდ გაფართოვდა და ტუბერკულოზური პლევრიტიდან დაწყებული, ნეიროტუბერკულოზის შემთხვევებით დამთავრებული, თითქმის ყველა ორგანოს დაზიანებას მოიცავს. აღნიშნული ტენდენცია პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს.

მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებათა დიდი ნაწილი აწარმოებს ტუბსკრინინგს, ხდება ინფიცირებულ პატიმართა გამოვლენა და შესაბამის პროგრამებში ჩართვა, აღნიშნული ღონისძიებები დაბალეფექტურია, მით უმეტეს, იმ ფონზე, როდესაც დაავადების პრევენციის სისტემური და კონკრეტული მიზნები პრაქტიკულად არ არის გადაწყვეტილი წლების განმავლობაში.

ახლადამენებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ნაკლებადაა გათვალისწინებული განათებისა და აერაციის სისტემების მნიშვნელობა, რაც ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთ მძლავრ რისკის ფაქტორს წარმოადგენს. ინფექციის გადაცემის გზას წარმოადგენს იმ ჰაერის ჩასუნთქვა, რომელიც შეიცავს ტუბერკულოზური მიკობაქტერიის გამომყოფი პაციენტის მიერ ამოხველებულ ჰაერში შეწონილ წვეთს. აღნიშნული, ჰაერში რამდენიმე საათი ძლებს და დამოკიდებულია გარემოზე. ინფიცირება, როგორც წესი ხდება დახურულ სივრცეში. ...

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, სკრინინგისა და შემდგომი კვლევების შედეგად, სულ გამოვლენილია ტუბერკულოზით ავადობის 1579 შემთხვევა. მათგან 1172 პირი ჩართულ იქნა DOTS პროგრამაში. 60 პაციენტს დაუდგინდა ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმა, რომელთაგანაც 59 ჩართულ იქნა „DOTS+“ პროგრამაში. ...

სიკვდილიანობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში

რაც შეეხება ტუბერკულოზის გავრცელებას და მის შედეგობრივ როლს პატიმართა სიკვდილობაში, აღსანიშნავია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა 91-დან 46 გარდაცვლილს. როგორც ირკვევა, წინა წლების მსგავსად, სიკვდილობის მთავარ მიზეზად კვლავ ტუბერკულოზი რჩება. 2009 წელს გარდაცვლილთა ნახევარს (50.54%), ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა. გასულ წლებთან მიმართებაში, ტუბერკულოზის გავრცელება გარდაცვლილ პატიმართა შორის მატების ტენდენციას ავლენს.

G. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებული მედიკამენტოზურად მდგრადი ტუბერკულოზის მართვის რეკომენდაციები (WHO/TB/96.210)

48. 1992 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (“WHO”) შეიმუშავა ტუბერკულოზის ჩვეულებრივი ფორმის მკურნალობა, რომელსაც ეწოდა DOTS (პირდაპირი დაკვირვების ქვეშ განხორციელებული მკურნალობის მოკლე კურსი). 1997 წელს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ გააფართოვა თავდაპირველი DOTS პროგრამა და მასში ჩართო ტუბერკულოზის მულტი-მედიკამენტოზურ რეზისტენტული ფორმა. აღნიშნული ახალი, გაფართოებული პროგრამის, რომელსაც ეწოდა DOTS+, მხარდაჭერის მიზნით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ იმავე წელს გამოაქვეყნა რეკომენდაციები მედიკამენტოზურად მდგრადი ტუბერკულოზის მკურნალობის შესახებ. ამონარიდები აღნიშნული რეკომენდაციებიდან შემდეგნაირად იკითხება:

“წინასიტყვაობა

1. მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით 1/3 ინფიცირებულია ტუბერკულოზით. 1995 წელს დაფიქსირდა ტუბერკულოზით ინფიცირების დაახლოებით 9 მლნ. ახალი შემთხვევა და 3 მლნ. გარდაცვალების ფაქტი. ჩვეულებრივ ინფექციურ აგენტებთან შედარებით ტუბერკულოზით გაცილებით მეტი ადამიანი იღუპება. განვითარებად ქვეყნებში ტუბერკულოზით გარდაცვალების ფაქტები შეადგენს თავიდან ასაცილებელი გარდაცვალების ფაქტების 25%; ტუბერკულოზით გარდაცვალების 98% მოდის განვითარებად ქვეყნებზე; აღნიშნული შემთხვევების 75% ფიქსირდება ეკონომიურად პროდუქტიულ ასაკობრივ ჯგუფში (15-50 წლები).

2. შედეგად, 50-იან წლებთან შედარებით, 21-ე საუკუნის დადგომისას მსოფლიო აწყდება გაცილებით მძიმე სიტუაციას. დემოგრაფიული ფაქტორებისა და სოციალურ-ეკონომიური ტენდენციების გამო ტუბერკულოზისა და აივ ეპიდემიის კონტროლი უგულვებელყოფილია მრავალ ქვეყანაში, ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადების მრავალი შემთხვევა ხშირად რჩება დიაგნოზისა და/ან მკურნალობის გარეშე. ტუბერკულოზის შემთხვევის მკურნალობისას მედიკამენტების მწირი დანიშნულებისა და არასათანადო მოვლის გამო უფრო მეტი ტუბერკულოზით დაავადებულის მიერ ხდება რეზისტენტული ტუბერკულოზური ბაცილების გამოყოფა.

3. 1991 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეამ მიიღო რეზოლუცია WHO 44.8, რომლითაც “ეფექტური მართვა აღიარა ტუბერკულოზის კონტროლის უმთავრეს კომპონენტად”. რეკომენდებული იყო ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის გაძლიერება ქიმიოთერაპიის მოკლე კურსის წარმოდგენითა და მკურნალობის სისტემის გაუმჯობესებით.

1992 წლიდან ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტუბერკულოზის მსოფლიო პროგრამის მიერ შემუშავებულ იქნა ახალი სტრატეგია ტუბერკულოზის კონტროლის მსოფლიო საჭიროებების დაკმაყოფილების შესახებ. “DOTS” წარმოადგენს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ტუბერკულოზის კონტროლის სტრატეგიას. ...

6. ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ იმ პაციენტთა მკურნალობის საკითხი, რომელთა ნერწყვის ანალიზის პასუხი დადებითია, უნდა მოექცნენ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მკურნალობის რეჟიმის სრული ზედამხედველობის ქვეშ. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული შემთხვევები წარმოადგენს ტუბერკულოზით ინფიცირებულ პაციენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილს, აღნიშნული კვლავაც მიმდინარე პრობლემად რჩება პროგრამის მენეჯერთათვის.

ფინანსური რესურსების ნაკლებობის გამო, მრავალ ქვეყანას არ შეუძლია ძვირი მეორე ხაზის მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, რაც მოგვემდა ამგვარი პაციენტების მკურნალობის გარკვეულ იმედს. თუმცადა, ეკონომიკურად ძლიერმა სახელმწიფოებმა უნდა მოისურვონ აღნიშნულის აღსრულება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც ქვეყანაში არსებობს იმ დროინდელი მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით (MDR) ინფიცირებული პაციენტების მნიშვნელოვანი რაოდენობა, როდესაც მკურნალობა იყო არაორგანიზებული და ქაოტური. მრავალ ქვეყანას აგრეთვე არ მოეპოვება ინფორმაცია მეორე ხაზის მედიკამენტების შესაბამისად გამოყენების შესახებ.

1995 წლის ოქტომბერში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, ჟენევაში ჩატარებულ ტუბერკულოზის კონტროლის სემინარზე, განხილული იქნა აღნიშნული საკითხი და აღნიშნა, რომ აღნიშნულ შემთხვევაში მოცემული მეორე ხაზის მედიკამენტები მიწოდებულ უნდა იქნეს სპეციალიზებული დაწესებულებისათვის (ან დანაყოფებისათვის დიდ ქვეყნებში) იმ ლაბორატორიებთან მჭიდრო კავშირში, რომლებსაც შესწევთ ტუბერკულოზის მედიკამენტებზე მგრძობელობის სანდო ტესტის ჩატარების უნარი.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტუბერკულოზის მსოფლიო პროგრამის მიერ აღნიშნული რეკომენდაციები მედიკამენტებზე მგრძობიარე ტუბერკულოზის მკურნალობის შესახებ მომზადდა აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებული რჩევების საჭიროების გამო....

1.2 როგორ წარმოიქმნება ტუბერკულოზი?

მედიკამენტებზე რეზისტენტობის სხვა ფორმებთან ერთად, MDR ფენომენი სრულიად ხელოვნურია.

მედიკამენტებზე რეზისტენტული ბაცილები წარმოადგენს ადამიანების შეცდომის შედეგს შემდეგ საკითხებში:

- ქიმიოთერაპიის დანიშვნა;
- მედიკამენტებით უზრუნველყოფის მენეჯმენტი;
- საქმის მენეჯმენტი;
- პაციენტისათვის მედიკამენტების მიწოდების პროცესი.

რეზისტენტული ბაცილების გამომწვევი სამედიცინო შეცდომებია:

(ა) მულტიბაცილარული ფილტვის ტუბერკულოზის შემთხვევაში შეუსაბამო ქიმიოთერაპიის გამოწერა (მაგ. იზონიაზიდზე რეზისტენტული დადებით ნაცხიანი ახალი პაციენტისათვის მხოლოდ 2 ან 3 მედიკამენტი მკურნალობის საწყის ფაზაში);

(ბ) მკურნალობის უარყოფითი შედეგისას დამატებითი მედიკამენტის დანიშვნა და შემდგომი მედიკამენტების დამატება მონოთერაპიის რეციდივის შემთხვევაში.

მედიკამენტების მიწოდებისას ძირითადი შეცდომებია:

ა) პაციენტების ყველა საჭირო მედიკამენტით უზრუნველყოფის სირთულეები (სოციალური დაზღვევის ან ფინანსური რესურსების ნაკლებობის გამო);

ბ) ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტების ხშირი ან ხანგრძლივი დეფიციტი (განვითარებად ქვეყნებში შეუსაბამო მენეჯმენტის და/ან ფინანსური შეზღუდვების გამო);

გ) დაუდგენელი ბიოლოგიური ღირებულების მედიკამენტების (ან მედიკამენტთა კომბინაციის) გამოყენება.

შემდეგმა მიზეზებმა აგრეთვე შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს თანმიმდევრული მონოთერაპიის რისკის სიმრავლეზე და რეზისტენტული ბაცილის შერჩევაზე:

ა) პაციენტის არასაკმარისი ინფორმირებულობა (ინფორმაციის ნაკლებობის ან მკურნალობის დაწყებამდე შეუსაბამო განმარტების მიღების გამო);

ბ) არასათანადო მართვა (როდესაც არ ხორციელდება მკურნალობის პირდაპირი დაკვირვება, განსაკუთრებით კი საწყის ფაზაში)...

2.1 სპეციალიზებული უწყება

MDR ტუბერკულოზით ინფიცირებული (განსაკუთრებით ინფამპიციზინზე და იზონიაზიდზე რეზისტენტული) პაციენტების მკურნალობა უნდა მოიცავდეს “მეორე ხარისხის” რეზერვის მედიკამენტებს, ე.ი. რიმფაპიცინს (R), იზონიაზიდს (H), სტრეპტომიცინს (S), ეტამბუტოლს (E), პირაზინამიდს (Z), ტიოცეტაზონს (T). აღნიშნული რეზერვის მედიკამენტები გაცილებით ძვირია, ნაკლებად ეფექტური და ჩვეულებრივ მედიკამენტებთან შედარებით, მათ გააჩნიათ მრავალი გვერდითი მოვლენები. აღნიშნული მედიკამენტები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მხოლოდ სპეციალიზებული დაწესებულებისათვის და ბაზარზე თავისუფლად არ უნდა იყიდებოდეს. უკურნებელი ტუბერკულოზის დადგომის აღმოფხვრის მიზნით მეორე ხარისხის მედიკამენტების გამოყენების შეზღუდვაზე ძლიერი ფარმაცევტული დებულებების ჩამოყალიბება განეკუთვნება ეროვნული ჯანდაცვის უწყების პრეროგატივას.

2.2 შესაბამისი რეჟიმის შემუშავება

ცალკეული პაციენტისათვის შესაბამისი რეჟიმის შემუშავება საჭიროებს გამოცდილებასა და შესაბამის ცოდნას. აღნიშნულისათვის საჭიროა დრო და მოთმინება რათა განისაზღვროს შემდეგი:

(ა) თუ რომელ რეჟიმში იყო პაციენტ(ებ)ი ამ დრომდე;

(ბ) იღებდა თუ არა პაციენტი რეჟიმის დროს გამოწერილ ყველა მედიკამენტს და რამდენი ხნის განმავლობაში;

(გ) ნერწყვის დადებითი ნაცხის დროს უნდა დადგინდეს თუ რა მოხდა

ბაქტერიოლოგიურად (პირდაპირი ნაცხით მაინც, ხოლო თუ შესაძლებელია კულტურისა და მგრძობელობის ტესტების მეშვეობით) ყოველი რეჟიმის მთავრობის დროსა დამ ის შემდგომ. გაუარესების კლინიკური და რადიოლოგიური პროცესი ნაკლებად სანდოა, თუმცა მისი გამოყენება შესაძლოა ბაქტერიოლოგიური შედეგების შესამოწმებლად.

2.3 მგრძობელობის სანდო ტესტი

სპეციალიზებულ დაწესებულებაში უნდა ფუნქციონირებდეს ლაბორატორია, რომელიც შეძლებს მედიკამენტების რეზისტენტობაზე კულტურისა და მგრძობელობის ტესტის ჩატარებას (როგორც ძირითად ასევე მეორე ხარისხის მედიკამენტებთან მიმართებაში).

აღნიშნულ ლაბორატორიაში ჩატარებული მგრძობელობის ტესტის ხარისხი რეგულარულად უნდა იქნეს შემოწმებული შესაბამისი ლაბორატორიის მიერ ეროვნული ან ზეეროვნულ დონეებზე.

2.4 სანდო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

უწყებამ აგრეთვე უნდა უზრუნველყოს ძვირადღირებული “მეორე ხარისხის” რეზერვის მედიკამენტების სანდო მიწოდება, ისე რომ უზრუნველყოს პაციენტისათვის ჩატარებული ინდივიდუალური მკურნალობის წარმატებით დასრულება.

სამართალი

I. კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლების სავარაუდო დარღვევა

49. განმცხადებლები ჩიოდნენ, რომ კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლების მოთხოვნათა საწინააღმდეგოდ, მოპასუხე სახელმწიფომ ვერ უზრუნველყო პირველი მომჩივნის ჯანმრთელობის, ფსიქიკური კეთილდღეობისა და სიცოცხლის დაცვა. აღნიშნული მუხლები შემდეგნაირად იკითხება:

მუხლი 2

„1. ყოველი ადამიანის სიცოცხლის უფლება კანონით არის დაცული. არავის შეიძლება წაერთვას სიცოცხლე განზრახ. სიცოცხლის წართმევა დასაშვებია მხოლოდ სიკვდილის სასჯელის აღსრულების შედეგად, რაც სასამართლოს განაჩენით შეეფარდა მოცემულ პირს ისეთი დანაშაულის ჩადენისათვის, რომლისთვისაც კანონი ითვალისწინებს ამ სასჯელს.

2. სიცოცხლის წართმევა არ ჩაითვლება ამ მუხლის საწინააღმდეგოდ ჩადენილ ქმედებად, თუ ის შედეგად მოჰყვა ძალის გამოყენების აბსოლუტურ აუცილებლობას:

- ა) ნებისმიერი პირის დასაცავად არამართლზომიერი ძალადობისაგან;
- ბ) კანონიერი დაკავების ან კანონიერად დაპატიმრებული პირის გაქცევის აღსაკვეთად;
- გ) კანონიერ ღონისძიებათა განხორციელებისას აჯანყების ან ამბოხების ჩასახშობად.

მუხლი 3

„არავინ შეიძლება დაექვემდებაროს წამებას ან არაადამიანურ ან ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან სასჯელს.“

ა. დასაშვებობა

50. მთავრობამ განაცხადა, რომ კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლების საფუძველზე პრეტენზიების წამოყენება ნაადრევი იყო, ვინაიდან მეუღლის არასათანადო მკურნალობისა და შედეგად, მისი საპყრობილეში გარდაცვალების გამო, მეორე მომჩივანს არ მოუთხოვია ფულადი კომპენსაცია. მოცემულ საქმესთან

კავშირში არმყოფ, მაგრამ სამოქალაქო-სამართლებრივი თვალსაზრისით რელევანტურ, ზოგიერთ სასამართლო გადაწყვეტილებაზე მითითებით, მთავრობამ განაცხადა, რომ მეორე მომჩივანს უნდა ეჩივლა შესაბამისი სახელმწიფო უწყებისთვის და სამოქალაქო კოდექსის 413-ე მუხლის საფუძველზე, მოეთხოვა მორალური ზიანის ანაზღაურება. იმის გამო, რომ მან ეს არ გააკეთა, განაცხადი დაუშვებლად უნდა იქნეს ცნობილი კონვენციის 35 § 1 და 4 მუხლის შესაბამისად, მიმართვის შიდასამართლებრივ საშუალებათა არ-ამოწურვის გამო.

51. მეორე მომჩივანს აღნიშნული პროტესტის თაობაზე კომენტარი არ გაუკეთებია.

52. უპირველეს ყოვლისა, სასამართლო აღნიშნავს, კონვენციის 34-ე მუხლის თვალსაზრისით, მეორე მომჩივანს შეუძლია, თავი მიიჩნიოს მისი მეუღლის მიერ და მისი სახელით, კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლების საფუძველზე გასაჩივრებული სავარაუდო დარღვევის მსხვერპლად (იხ. სხვათა შორის, *Renolde v. France*, no. 5608/05, § 69, 16 October 2008; and *Çelikbilek v. Turkey* (dec.), no. 27693/95, 22 June 1999).

53. რაც შეეხება მთავრობის პროტესტს მიმართვის შიდასამართლებრივ საშუალებათა არ-ამოწურვის შესახებ, სასამართლო თვლის, რომ კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლების საფუძველზე წამოყენებულ პრეტენზიებთან მიმართებაში, რომლებიც ეხება ციხეში დაავადებული პატიმრის არასაკმარის მკურნალობას, მიმართვის შიდასამართლებრივი საშუალების ეფექტიანობის შეფასებისას, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება იმის ცოდნას, შეუძლია თუ არა აღნიშნულ მიმართვის საშუალებას პირდაპირი და დროული დახმარების აღმოჩენა. მსგავსი მიმართვის საშუალება, პრინციპში, შესაძლოა, ერთსა და იმავე დროს, იყოს პრევენციული და კომპენსატორული ხასიათის. თუ მომჩივანმა უკვე გამოიყენა მიმართვის ხელმისაწვდომი და რელევანტური საშუალება, რომელიც მას, მის მდგომარეობაში, ყველაზე შესაბამის საშუალებად მიაჩნდა, მისი დადანაშაულება არ უნდა მოხდეს იმის გამო, რომ მან არ გამოიყენა მიმართვის სხვა, ალტერნატიული საშუალება (იხ. *Melnik v. Ukraine*, no. 72286/01, § 68 and 70, 28 March 2006).

54. გარდა იმისა, რომ სხვადასხვა მძიმე ინფექციური დაავადებებით, როგორცაა ტუბერკულოზი, დაავადებულ მსჯავრდებულთა არაადეკვატური მონიტორინგი და მკურნალობა იმ დროისათვის საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში არსებულ სტრუქტურულ პრობლემას წარმოადგენდა (იხ. *Poghosyan v. Georgia*, no. 9870/07, § 69, 24 February 2009; and *Ghavitadze v. Georgia*, no. 23204/07, § 104, 3 March 2009), წინამდებარე საქმის სპეციფიკური გარემოებები აშკარად მიუთითებს იმაზე, რომ ციხის ადმინისტრაცია კარგად იყო ინფორმირებული პირველი მომჩივნის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და არაადეკვატული მკურნალობის გამო მისი გამუდმებული ჩივილების შესახებ (იხ. *Melnik*, ხსენებული ზემოთ, § 70; *Sławomir Musiał v. Poland*, no. 28300/06, § 74, ECHR 2009-... (ამონარიდები); and *Hummatov v. Azerbaijan*, nos. 9852/03 and 13413/04, § 92, 29 November 2007). ამასთანავე, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო სასჯელის მოხდის გადავადების შესახებ მოთხოვნის წარდგენით, მომჩივანმა ციხის ადმინისტრაციის წინაშე აგრეთვე წამოაყენა სამედიცინო ხასიათის პრეტენზიები და გამოხატა შიში მისი

სიცოცხლისთვის არსებული საფრთხის გამო (იხ. *Dybeku v. Albania*, no. 41153/06, § 28, 18 December 2007).

55. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, ყველაზე შესაფერის დროს, როდესაც პირველი მომჩივანი ჯერ კიდევ ცოცხალი იყო და შეეძლო, პირადად ეზრუნა საკუთარ კეთილდღეობაზე, მან ყველა ღონე იხმარა მისი მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადების შესახებ შესაბამისი უწყებების ინფორმირებისათვის, ცდილობდა რა, მოეპოვებინა პრევენციული დაცვის საშუალებები წინამდებარე განაცხადში წამოყენებულ პრეტენზიებთან მიმართებაში. ასეთ სიტუაციაში, კონვენციის 35§1 მუხლის თვალსაზრისით, სრულიად უადგილო იქნებოდა მეორე მომჩივნის დადანაშაულება იმის გამო, რომ მომხდარის შემდგომ, მან სახელმწიფოსაგან არ მოითხოვა ფულადი კომპენსაცია მისი მეუღლის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაუცველობისათვის. შესაბამისად, სასამართლო არ იზიარებს მთავრობის პროტესტს მიმართვის შიდასამართლებრივ საშუალებათა არ-ამოწურვის შესახებ.

56. ზემოაღნიშნული გარემოებების გათვალისწინებით, სასამართლო თვლის, რომ მომჩივანთა მიერ კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლების საფუძველზე წარმოდგენილი პრეტენზიები არ არის აშკარად დაუსაბუთებელი კონვენციის 35-ე მუხლის თვალსაზრისით. გარდა ამისა, სასამართლოს მიაჩნია, რომ არ არსებობს აღნიშნული პრეტენზიების დაუშვებლად ცნობის სხვა მოტივები. შესაბამისად, ისინი დასაშვებად უნდა იქნეს ცნობილი.

ბ. არსებითი მხარე

1. მთავრობის არგუმენტები

57. მთავრობამ განაცხადა, რომ პირველი მომჩივნის გარდაცვალება არ უნდა შეერაცხოს სახელმწიფოს, ვინაიდან შესაბამისმა უწყებებმა უზრუნველყვეს იგი იმ დროისათვის ქვეყანაში ხელმისაწვდომი ყველაწიერი სამედიცინო დახმარებით. მან ასევე დასძინა, რომ ციხის სამედიცინო პერსონალის მიერ მსჯავრდებულის ტუბერკულოზის წინააღმდეგ საბრძოლველად გამოყენებული იყო ყველაწიერი ზომები და აქედან გამომდინარე, მისი გარდაცვალება არ შეიძლება წარმოადგენდეს სამედიცინო დაუდევრობის შედეგს.

58. პირველი მომჩივნის სამედიცინო ისტორიის ამონარიდების თანახმად, იგი აღრიცხვაზე იყო ტუბერკულოზის სამკურნალო სხვადასხვა სამოქალაქო პროფილის კლინიკებში, საქართველოსა და უკრაინაში, რაზეც მთავრობამ აღნიშნა, რომ იგი ტუბერკულოზით ციხეში არ დაავადებულა, პირიქით, 2006 წლის 16 მარტს (იხ. §5), მის წინააღმდეგ სისხლის სამართლის საქმის აღძვრამდე, პირველი მომჩივანი 16 წლის განმავლობაში იყო ტუბერკულოზით დაავადებული; საპყრობილეში

განთავსების დროისათვის, დაავადება უკვე ინფილტრაციისა და დეკომპოზიციის საშიშ სტადიაში იყო გადასული.

59. მთავრობამ აღნიშნა, რომ 2006 წლის მარტში დაკავებისა და საპრობილემში მოთავსების შემდეგ, მომჩივანი იმყოფებოდა ჩვეულებრივ ციხეში. ქსნის №7 საპრობილემში იგი იმყოფებოდა მხოლოდ 11 დღის განმავლობაში, ხოლო სიცოცხლის დარჩენილი დრო მან ციხის სამედიცინო დაწესებულებაში გაატარა (იხ. §§ 5, 8, 9 და 33). მომჩივნის სამედიცინო ისტორიაზე დაყრდნობით, მთავრობამ განაცხადა, რომ 2006 წლის 30 მარტს, ციხის ძველ საავადმყოფოში მოთავსების შემდგომ, პირველ მომჩივანს ჩაუტარდა ლაბორატორიული ტესტები და სხვა სახის სამედიცინო გამოკვლევები (ნერწყვის, სისხლისა და შარდის ანალიზები, ელექტროკარდიოგრაფია, გულმკერდის რენტგენი და ა.შ.) და იგი რეგულარულად მოწმდებოდა სხვადასხვა ექიმების (ფტიზიატრი, პულმონოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, ოტოლარინგოლოგი და ა.შ.), მათ შორის ციხის ადმინისტრაციის მიერ ტუბერკულოზის სამკურნალო სამოქალაქო პროფილის კლინიკიდან – ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრიდან მოწვეული სპეციალისტების მიერ. აღნიშნული შემოწმებების შედეგების საფუძველზე, პირველი მომჩივანი ჩართულ იქნა DOTS პროგრამაში (იხ. §11) და დაიწყო ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ისეთი ჩვეული პირველი რიგის მედიკამენტების მიღება როგორებიცაა იზონიაზიდი, ეტამბუტოლი, რიფამპიციინი და სტრეპტომიციინი. დამატებით, მომჩივანი უზრუნველყოფილი იყო ჰეპატიტისგან დამცველი და ანტიოქსიდანტების ჯგუფის სხვადასხვა მედიკამენტებით, ვიტამინებით, სისხლის გადასხმებით და ა.შ. ციხის სამედიცინო პერსონალის მიერ, მომჩივნის აგრეთვე იყო უზრუნველყოფილი სპეციალური დიეტით.

60. მთავრობის თქმით, იმის დადგენის მიზნით, იქონია თუ არა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პირველი რიგის მედიკამენტებით მკურნალობამ რაიმე დადებითი შედეგი, 2006 წლის 26 ივნისსა და 9 ნოემბერს, ასევე 2007 წლის 22 ივნისსა და 28 აგვისტოს, ციხის ძველი საავადმყოფოს ლაბორატორიაში ჩატარდა მიკობაქტერიული მგრძნობელობის ტესტები. სამწუხაროდ, ჩატარებულმა ტესტებმა აჩვენა, რომ მომჩივნის მიკობაქტერია რეზისტენტული აღმოჩნდა ყველა ზემოაღნიშნულ პირველი რიგის აგენტთან მიმართებაში.

61. პირველი მომჩივნის სამედიცინო ისტორიიდან, მთავრობამ ასევე წარმოადგინა ორი დამატებითი, სპეციალური (მგრძნობელობის) ტესტის შედეგები. პირველი ტესტი ჩატარდა 2007 წლის 24 სექტემბერს, გერმანიაში, ქ. ჰაიდელბერგში მდებარე ლაბორატორიაში. მეორე კი - 2009 წლის 26 იანვარს, საქართველოში, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ლაბორატორიაში. ორივე ტესტის შედეგებმა აჩვენა, რომ მომჩივნის მიკობაქტერიამ გამოიმუშავა რეზისტენტობა და ამრიგად, მისი მკურნალობა შესაძლებელი იყო SLDs-ს მხოლოდ ორი სახეობით – ციკლოსერინითა და კ-ამინოსალიცილის მჟავით (“PAS”).

62. ამონარიდები მომჩივნის ციხის ძველ საავადმყოფოში მკურნალობის ამსახველი სამედიცინო ისტორიიდან აჩვენებს, რომ 2007 წლის 24 სექტემბერს ჩატარებული პირველი SLD მგრძნობელობის ტესტის შემდგომ, 2007 წლის 8

ოქტომბერს ექიმმა გამოწერა იქნა ციკლოსერინისა და ამინოსალიცილის მჟავის დღიური დოზა. თუმცა, ექიმმა აგრეთვე აღნიშნა, რომ SLD არ იყო ხელმისაწვდომი ქვეყანაში და ამრიგად აღნიშნული მედიკამენტების პაციენტისთვის მიწოდება ვერ მოხერხდებოდა.

63. სამედიცინო ისტორიიდან ამონარიდების თანახმად, მთავრობამ დაადასტურა, რომ მომჩივანმა ციკლოსერინისა და PAS-ის მიღება დაიწყო მხოლოდ 2008 წლის 22 ივნისს. მთავრობამ აგრეთვე დასძინა, რომ აღნიშნული პრეპარატები მსჯავრდებულს მიაწოდა მისმა ოჯახმა, რაც არასოდეს არ ყოფილა გაპროტესტებული მთავრობის მიერ. პირველმა მომჩივანმა თავად სამჯერ გამოცხადა შიმშილობა და მთავრობას უარი განუცხადა აღნიშნული მედიკამენტების მიღებაზე – 2008 წლის 22 ოქტომბრიდან 4 ნოემბრამდე; 2008 წლის 5 ნოემბრიდან 9 დეკემბრამდე და 2009 წლის 14 იანვრიდან გარდაცვალებამდე. მთავრობამ აღნიშნა, რომ საკუთარი თავისთვის ზიანის მიყენება, რამაც გამოიწვია ფატალური შედეგი, არ შეიძლება დაბრალდეს ციხის ძველი საავადმყოფოს ადმინისტრაციას. მთავრობამ მაგალითად მოიყვანა საქმე *Dermanović v. Serbia* (no. 48497/06, § 59, 23 February 2010), რომელშიც სასამართლომ უარი განაცხადა მომჩივნის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების გამო სახელმწიფოსთვის პასუხისმგებლობის დაკისრებაზე, ვინაიდან აღნიშნული გამოწვეული იყო ამ უკნასკნელის მიერ თვითდაზიანებით.

64. მთავრობამ აგრეთვე დასძინა, რომ სასჯელის მოხდის გადავადების შესახებ მომჩივნის მოთხოვნის განხილვისას, შიდა სასამართლოებმა ყველა ღონე იხმარეს მისი მდგომარეობისა და სიცოცხლესთან დაკავშირებული რისკების შესაფასებლად. ამრიგად შიდა სასამართლომ მოუსმინა მომჩივანსა და ციხის ადმინისტრაციას, ისევე როგორც სხვადასხვა სამედიცინო ექსპერტებსა და ციხის ძველი საავადმყოფოს მომჩივნის მკურნალ ექიმებს. თბილისის სააპელაციო სასამართლოსთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი იყო მომჩივნის მიერ 2008 წლის 22 ივნისს SLDs-ს მიღების დაწყება. ამასთანავე, სასჯელის მოხდის შეჩერების/ვადადმდელი გათავისუფლების საქმეში, შიდა სასამართლოებმა სსსკ-ის 607-ე და 608-ე მუხლების საფუძველზე, გამოიყენეს შეფასების ფართო ზღვარი და გადაწყვეტილებები მიიღეს საქმის კონკრეტული გარემოებების გათვალისწინებით. ამრიგად, მთავრობის განცხადებით, შიდა სასამართლოებმა გაითვალისწინეს ის ფაქტი, რომ მომჩივანი საშიში იყო საზოგადოებისთვის (ვინაიდან დადგინდა, რომ მას კავშირები ჰქონდა კრიმინალურ სამყაროსთან) და არსებობდა ჩანაწერები წარსულში მის მიერ ციხის განაწესის დარღვევის შესახებ. ბოლო არგუმენტთან დაკავშირებით, მთავრობამ სასამართლოს წარუდგინა 2006 3 და 11 ოქტომბერსა და 2007 წლის 23 იანვარს ციხის ძველი საავადმყოფოს დირექტორის მიერ გაცემული სამი ადმინისტრაციული ბრძანება, რომელთა თანახმადაც მომჩივანის საყვედური გამოეცხადა უმნიშვნელო ხასიათის ზოგიერთი დარღვევისათვის.

65. მთავრობის მტკიცებით, ეროვნული სასამართლოების მიერ სასჯელის მოხდის გადავადების შესახებ მსჯავრდებულის მოთხოვნის დაკმაყოფილების შემთხვევაშიც კი, აღნიშნული ხელს ვერ შეუწყობდა მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ვინაიდან ამ დროისათვის მულტირეზისტენტული

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამა DOTS+ სამოქალაქო სექტორშიც კი არ იყო დანერგილი. აღნიშნული არგუმენტის დასამტკიცებლად, მთავრობამ წარმოადგინა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის უფროსის მოადგილის მიერ, ევროსასამართლოში სახელმწიფო წარმომადგენლისათვის 2010 წლის 16 აპრილს გაგზავნილი განმარტებითი ბარათი, რომლის თანახმად, ფილტვის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის სამკურნალო პროგრამა DOTS+ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში 2008 წლის 17 მარტს დაინერგა. ამრიგად, იმავე დღეს, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის აბასთუმნის ჰოსპიტალი გახდა პირველი დაწესებულება, სადაც ამოქმედდა აღნიშნული პროგრამა. შესაბამისად, 2008 წლის აგვისტოში პროგრამა წარმოდგენილი იქნა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში – ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში. განმარტებითი ბარათის თანახმად, პენიტენციურ სისტემაში, კერძოდ კი ქსნის საპყრობილეში, სადაც მოთავსებულნი იყვნენ ტუბერკულოზით დაავადებული მსჯავრდებულები, ასევე ციხის ახალ საავადმყოფოში, DOTS+ პროგრამამ მხოლოდ 2009 წლის თებერვალ-აპრილში დაიწყო ოფიციალურად ფუნქციონირება.

66. ზემოაღნიშნულ განმარტებით ბარათში წარმოდგენილი ინფორმაციის თანახმად, საქართველოს საპყრობილეებში DOTS+ პროგრამის დანერგვის შეფერხების უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენდა სამოქალაქო სექტორთან შედარებით, პენიტენციურ სექტორში შესაბამისი სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ნაკლებობა. კერძოდ, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შესაბამისი მენეჯმენტი მნიშვნელოვნად იყო დამოკიდებული სპეციალური კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო პერსონალის არსებობაზე. ცნობილია, რომ SLDs წარმოადგენს სერიოზული გვერდითი მოვლენების მქონე ძლიერ ტოქსიკურ მედიკამენტებს, რომლებიც გამოცდილი სპეციალისტებისთვისაც კი სერიოზული გამოწვევაა. დეპარტამენტის უფროსის მოადგილემ სახელმწიფო წარმომადგენელს განუმარტა, რომ 2009 წლის თებერვალსა და აპრილში ციხის საავადმყოფოს მთავარ ექიმსა და ექთანს გავლილი ჰქონდათ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის სპეციალური კურსი; ციხის საავადმყოფოს დანარჩენმა ორმა ექიმმა აღნიშნული სწავლების კურსი გაიარა 2009 წლის ივნისში.

67. განმარტებითი ბარათის ბოლოს, მოადგილე სახელმწიფო წარმომადგენელს უდასტურებს, რომ 2008 წლის ბოლომდე, პირველ მომჩივანის შეეძლო ესარგებლა აუცილებელი SLDs მედიკამენტებით; აღნიშნული მედიკამენტებით მას უზრუნველყოფდნენ ოჯახის წევრები. პენიტენციურ სექტორში DOTS+ პროგრამის დანერგვის ზემოაღნიშნული ქრონოლოგიის მიხედვით, მოცემული ფაქტის შეფასებისას, მოადგილემ დასძინა, რომ ციხის ადმინისტრაციას არ ჰქონდა მომჩივნის აღნიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის საშუალება, ვინაიდან ამ დროისათვის ამგვარი SLDs მედიკამენტები ხელმისაწვდომი იყო მხოლოდ ზემოაღნიშნულ ორ სამედიცინო სამოქალაქო პროფილის დაწესებულებაში – ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრსა და აბასთუმნის ჰოსპიტალში.

68. დაბოლოს, იმის დასადასტურებლად, რომ პირველი მომჩივნის გარდაცვალება არ წარმოადგენდა სამედიცინო დაუდევრობის შედეგს, მთავრობამ აგრეთვე წარმოადგინა საპყრობილეში მომჩივნის მკურნალი ექიმის თ.ჯ.-ს 2010 წლის 16 აპრილის ახსნა-განმარტება (იხ. §29). ყველა სამედიცინო ტესტის, შესაბამის სამედიცინო პერსონალთან კონსულტაციებისა და ციხის საავადმყოფოში მომჩივნისთვის დანიშნული მედიკამენტების სხვადასხვა დოზების შესახებ დეტალური ინფორმაციის წარმოდგენის შემდეგ, ექიმმა განაცხადა, რომ მომჩივნის გარდაცვალების ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა მის მიერ სამჯერ შიმშილობის გამოცხადება და SLDs მედიკამენტების მიღებაზე უარის თქმა და არა სამედიცინო გულგრილობა. ექიმმა აგრეთვე დასძინა, რომ:

“საპყრობილეში [მომჩივანი] უზრუნველყოფილი იყო შესაბამისი მკურნალობით SLDs მედიკამენტების მეშვეობით, რომლებიც ინარჩუნებდნენ გრძნობელობას ტუბერკულოზის არსებული ფორმის მიმართ მხოლოდ ოთხი თვის განმავლობაში. ამიტომ, ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმის ეფექტური მკურნალობის მოკლე პერიოდის გამო, მკურნალობის კურსის დროს, შეუძლებელი იყო დადებითი შედეგის გათვალისწინება. აღნიშნული ოთხი თვის შემდგომ მომჩივანმა მისივე სურვილით შეწყვიტა მედიკამენტების მიღება და დაიწყო შიმშილობა, რამაც გამოიწვია მისი მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება...”

2. მომჩივნის არგუმენტები

69. პასუხად, მეორე მომჩივანმა, ყოველგვარი ახალი არგუმენტების ან დამატებითი მტკიცებულებების გარეშე, უბრალოდ განმარტა, რომ მისი მეუღლე გარდაიცვალა საპყრობილეში შესაბამისი სამედიცინო მზუნველობის ნაკლებობის გამო. მან აგრეთვე დასძინა, რომ მისი მეუღლის გადაწყვეტილება შიმშილობის დაწყების შესახებ უკავშირდებოდა სახელმწიფოს მიერ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო აუცილებელი მკურნალობის ჩაუტარებლობას. კერძოდ, იგი დროულად უნდა ყოფილიყო გადაყვანილი ტუბერკულოზის სამკურნალო სამოქალაქო კლინიკაში.

3. სასამართლოს შეფასება

70. აღნიშნული საქმის გარემოებების, კერძოდ, პირველი მომჩივნის ტუბერკულოზით გარდაცვალების გათვალისწინებით, სასამართლო, კონვენციის მე-2 მუხლის შესაბამისად, პირველ რიგში განიხილავს პრეტენზიას საპყრობილეში შესაბამისი სამედიცინო მკურნალობის არარსებობის თაობაზე (იხ. *Gagiu v. Romania*, no. 63258/00, § 54, 24 February 2009; and *Geppu v. Russia*, no. 8532/06, § 74, 3 February 2011). აღნიშნულის შემდგომ კი გაირკვევა კონვენციის მე-3 მუხლის საფუძველზე წამოყენებული პრეტენზიების დამატებითი განხილვის საჭიროება.

(ა)კონვენციის მე-2 მუხლიდან გამომდინარე ზოგადი პრინციპები

71. კონვენციის მე-2 მუხლით გარანტირებული დაცვის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, თავისუფლების აღკვეთის შესახებ გადაწყვეტილება სასამართლომ უნდა მიიღოს განსაკუთრებული სიფრთხილით და გათვალისწინებული უნდა იქნეს არამხოლოდ სახელმწიფო მოხელეების ქმედება, არამედ არსებული ვითარებაც. საპრობილემში მოთავსებული პირები იმყოფებიან მოწყვლად პოზიციაში და მთავრობა ვალდებულია, დაიცვას ისინი. კერძოდ, მთავრობა ვალდებულია, დაიცვას თავისუფლებააღკვეთილ პირთა ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა (იხ. *Naumenko v. Ukraine*, no. 42023/98, § 112, 10 February 2004; and *Dzienciak v. Poland*, no. 77766/01, § 91, 9 December 2008). საპრობილემში მყოფ პირთა სიცოცხლის დაცვა ასევე გულისხმობს სახელმწიფოს ვალდებულებას მათი სიცოცხლის დაცვისთვის აუცილებელი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის შესახებ (იხ. *Tais v. France*, no. 39922/03, § 98, 1 June 2006; and *Huyly v. Turkey*, no. 52955/99, § 58, 16 November 2006).

72. ამასთანავე, სახელმწიფო პასუხისმგებელია თავისუფლებააღკვეთილ პირთა მკურნალობაზე. თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში პიროვნების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება აუცილებლად წარმოშობს სერიოზულ ეჭვს დაწესებულებაში არსებული სამედიცინო მკურნალობის ადექვატურობის შესახებ (იხ. *Farbtuhs v. Latvia*, no. 4672/02, § 57, 2 December 2004; and *Khudobin v. Russia*, no. 59696/00, § 84, ECHR 2006-XII (ამონარიდები)). ამრიგად, პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო გარდაცვალების შემთხვევაში სახელმწიფომ უნდა წარმოადგინოს შესაბამისი განმარტება როგორც გარდაცვალების მიზეზების, ისე ამ პირისთვის გარდაცვალებამდე დანიშნული სამედიცინო მკურნალობის შესახებ (იხ. *Kats and Others v. Ukraine*, no. 29971/04, § 104, 18 December 2008).

73. დამატებით, კონვენციის მე-2 მუხლით გათვალისწინებული პოზიტიური ვალდებულებები სახელმწიფოსგან მოითხოვს რეგულაციების შემუშავებას, რომლებითაც როგორც სამოქალაქო პროფილის, ისე ციხის საავადმყოფოები ვალდებულნი იქნებიან, მიიღონ შესაბამისი ზომები პაციენტთა სიცოცხლის დასაცავად (იხ. *Tariyeva v. Russia*, no. 4353/03, § 74, 85 and 87, ECHR 2006-XV (ამონარიდები)). აღნიშნული აგრეთვე მოითხოვს ეფექტური და დამოუკიდებელი სასამართლო სისტემის ჩამოყალიბებას, რათა პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში მოხდეს სამედიცინო მიზეზების დადგენა და დადგეს პასუხისმგებლობის საკითხი (იხ. *Vo v. France* [GC], no. 53924/00, § 89, ECHR 2004-VIII; and *Calvelli and Ciglio v. Italy* [GC], no. 32967/96, § 49, ECHR 2002-I). როდესაც საავადმყოფო წარმოადგენს სახელმწიფო დაწესებულებას, მისი სამედიცინო პერსონალის ქმედებამ და უმოქმედობამ, შესაძლოა კონვენციის თანახმად, გამოიწვიოს მოპასუხე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის საკითხის დაყენება (იხ. *Glass v. the United Kingdom*, no. 61827/00, § 71, ECHR 2004-II).

(ბ) აღნიშნული პრინციპების გამოყენება წინამდებარე საქმეში

74. სასამართლო აღნიშნავს, რომ პირველი მომჩივანი გარდაიცვალა საპყრობილეში ფილტვის ტუბერკულოზით. იმის დადგენის მიზნით, შეასრულა თუ არა მოპასუხე სახელმწიფომ კონვენციის მე-2 მუხლით გათვალისწინებული სიცოცხლის დაცვის ვალდებულება, სასამართლომ უნდა განიხილოს, დროულად და კეთილსინდისიერად მიიღეს თუ არა ეროვნულმა უწყებებმა ყველა შესაძლო ზომა ფატალური შედეგის თავიდან აცილების მიზნით (იხ. *Renolde*, ზემოთ მითითებული, § 85). მეორე არანაკლებ მნიშვნელოვანი საკითხია, წარმოადგინა თუ არა საკმარისი არგუმენტები მოპასუხე სახელმწიფომ ციხეში მომჩივნის გარდაცვალების მიზეზების შესახებ (იხ. *Tsintsabadze v. Georgia*, no. 35403/06, § 95, 15 February 2011).

i. მიიღო თუ არა სახელმწიფომ მიერ ყველა გონივრული ზომა საპყრობილეში მომჩივნის ეფექტური მკურნალობის მიზნით

75. სასამართლოს პირველი შენიშვნა იყო ის, რომ მოცემულ საქმეში, პირველი მომჩივნის ტუბერკულოზით დაავადება არ არის საქართველოს ციხეებში მისი ყოფნის შედეგი და არ უნდა შეერაცხოს სახელმწიფოს (*I.T. v. Romania* (dec.), no. 40155/02, 24 November 2005, and, compare, *a contrario*, with *Melnik*, ხსენებული ზემოთ, § 105; and *Hummatov*, also ხსენებული ზემოთ, § 108). სინამდვილეში სისხლის სამართლის საქმის აღძვრისა და საპყრობილეში მოთავსების მომენტისთვის, მომჩივანი ტუბერკულოზით უკვე დაავადებული იყო 16 წლის განმავლობაში. აგრეთვე, სამედიცინო დოკუმენტები არ მიუთითებს იმაზე, რომ ჩვეულებრივი ტუბერკულოზის ბაცილის მულტირეზისტენტულ ბაცილად მუტაცია, რომელიც ხშირად გამოწვეულია სამედიცინო ხარვეზებით (იხ. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის სახელმძღვანელო პრინციპები (“სახელმძღვანელო პრინციპები”) §48)) საპყრობილეში მოხდა.

76. სასამართლო ასევე აღნიშნავს, რომ როდესაც ციხის ხელმძღვანელობამ მომჩივანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება შენიშნა, იგი მალევე იქნა გადაყვანილი ციხის ძველ საავადმყოფოში. ასევე, შეუძლებელია იმ ფაქტის უგულვებელყოფა, რომ როგორც უკვე მთავრობის მიერ აღინიშნა, პატიმრობის მთლიანი პერიოდის განმავლობაში, ავადმყოფმა ჩვეულებრივ საპყრობილეში მხოლოდ 11 დღე გაატარა, სიცოცხლის დანარჩენი პერიოდი კი ციხის სამედიცინო დაწესებულებაში იმყოფებოდა. სასამართლომ საფუძვლიანად შეისწავლა მომჩივანის სამედიცინო ისტორია და დაასკვნა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ყოფნის დროს, მისი მდგომარეობა რეგულარულად მოწმდებოდა სხვადასხვა ექიმების მიერ, ჩაუტარდა სხვადასხვა სახის სკრინინგი და ლაბორატორიული ანალიზები, ეძლეოდა საზოგადოდ მიღებული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მედიკამენტები DOTS-ის მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში, დანიშნული ჰქონდა მისი მდგომარეობის

შესაბამისი დიეტა, ანტიოქსიდანტური მედიკამენტები, ვიტამინები, უტარდებოდა სისხლის გადასხმა და ა.შ. (იხ. §59).

77. შესაბამისად, შეუძლებელია ითქვას, რომ მოპასუხე სახელმწიფომ ავადმყოფი მომჩივანი უყურადღებოდ დატოვა. თუმცა, რჩება კითხვა, ეფექტური აღმოჩნდა თუ არა სახელმწიფოს მიერ გაწეული მკურნალობა ავადმყოფის დაავადების მიმართ, სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, იყო თუ არა მომჩივანისათვის ციხის ადმინისტრაციის მიერ ჩატარებული მკურნალობა მისი მდგომარეობის ადეკვატური. (იხ. *Holomiov v. Moldova*, no. 30649/05, § 115, 7 November 2006). მართლაც, წარმოდგენილი განაცხადის ძირითადი არსი მდგომარეობს არა ზოგადად, სამედიცინო მკურნალობის ჩატარებლობაში, არამედ, სპეციფიკური ტიპის დაავადების, კერძოდ, მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის ადეკვატური მკურნალობის სავარაუდო ნაკლებობაში, რამაც მომჩივნის სიკვდილი გამოიწვია. სასამართლო ითვალისწინებს იმ ფაქტს, რომ ადეკვატური სამედიცინო მკურნალობის განსაზღვრა ყოველთვის რთულ საკითხს წარმოადგენს. ზოგადად, აღნიშნულ საკითხთან მიმართებაში, სასამართლო საკმაოდ მოქნილი უნდა იყოს, რათა განსაზღვროს ჯანმრთელობის დაცვის საჭირო სტანდარტი, რაც უნდა აკმაყოფილებდეს პაციენტის ლეგიტიმურ მოთხოვნებს, თუმცა, ამავდროულად, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ადამიანის ღირსების დაცვა და სახელმწიფოს მხრიდან საკუთარი მოვალეობების შესრულება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში (იხ. *Aleksanyan v. Russia*, no. 46468/06, § 140, 22 December 2008).

78. სახელმძღვანელო პრინციპების გათვალისწინებით (იხ. §48) სასამართლო აღნიშნავს, რომ მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის ეფექტური მკურნალობა წარმოადგენს სპეციფიკურ და კომპლექსურ სამედიცინო პროცესს, რომელიც დამოკიდებულია სულ მცირე, სამი ძირითადი ელემენტის არსებობაზე, კერძოდ:

i. სათანადოდ აღჭურვილ ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიებზე შეუზღუდავი დაშვება, რაც სათანადო სპეციფიკურ ტესტებზე დაყრდნობით (დამუშავება, კულტურა და მგრძობელობა) განაპირობებს ადრეულ და ზუსტ დიაგნოზს, რათა შეძლებისდაგვარად სწრაფად განხორციელდეს შესაბამისი მეორე რიგის ანტი-ტუბერკულოზის მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყება;

ii. მარაგში მეორე რიგის მედიკამენტების ექვსივე კლასის არსებობა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ინდივიდუალური პაციენტისათვის ნებისმიერი სახის მკურნალობის ჩატარება; და

iii. ექიმებს, რომლებსაც ევალებათ შესაბამისი SLD მედიკამენტების დანიშვნა, უნდა გააჩნდეთ მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის მკურნალობის სათანადო გამოცდილება, რათა უზრუნველყონ მკურნალობის კომპლექსური და მრალამხრივი პროცესის მონიტორინგი.

79. რაც შეეხება მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის საჭირო პირველ ელემენტს, სასამართლო აღნიშნავს, რომ 2006 წლის 26 ივნისისთვის შესაბამისი უწყებებისათვის უკვე ცნობილი იყო, რომ

მომჩივნის კოხის ბაქტერია შეუვალი აღმოჩნდა შესაბამისი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პირველი რიგის მედიკამენტების მიმართ და შესაბამისად, აღნიშნული მედიკამენტებით მისი განკურნება შეუძლებელი იყო (იხ. §60). აქედან გამომდინარე, შესაბამის უწყებებს დაუყოვნებლივ უნდა უნდა ჩაეტარებინათ მგრძნობელობის ლაბორატორიული ტესტები, რათა შეემოწმებინათ ავადმყოფის მიკობაქტერიის მგრძნობელობა SLD მედიკამენტების მიმართ. თუმცა, მომჩივნის ავადმყოფობის ისტორიის თანახმად, პირველი ამგვარი ტესტი მხოლოდ ერთი წლის შემდეგ - 2007 წლის 24 სექტემბერს ჩატარდა (იხ. §61). მთავრობას არ წარმოუდგენია აღნიშნული ტესტის ასე ხანგრძლივად დაყოვნების რაიმე გამამართლებელი მიზეზი, რომელიც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი იყო ზუსტი დიაგნოსტიკისა და პაციენტისათვის შემდგომი ინდივიდუალური სამედიცინო დანიშნულების შერჩევისათვის.

80. მგრძნობელობის ტესტის მნიშვნელობა ეფექტური მკურნალობის დასაწყებად კიდევ უფრო შესამჩნევი ხდება იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ტესტის შედეგები დამაიმედებელი აღმოჩნდა, რადგან დადგინდა პაციენტის მიკობაქტერიის მგრძნობელობა ორი სახის SLD-ს - ციკლოსერინისა და PAS-ის მიმართ. ექიმმა, რომელიც პაციენტს ციხეში მკურნალობდა, ფორმალურად დაუნიშნა კიდევ მას ამ მედიკამენტების დღიური დოზა 2007 წლის 8 ოქტომბერს, თუმცა დანიშნული მკურნალობა მაშინვე არ დაწყებულა, სავარაუდოდ, ქვეყანაში აღნიშნული მედიკამენტების დეფიციტის გამო. მხოლოდ შვიდი თვის შემდეგ, 2008 წლის ივნისში დაიწყო მომჩივანმა აღნიშნული SLD მედიკამენტების მიღება. (იხ. §§ 29 და 63). სასამართლო კიდევ ერთხელ აღნიშნავს, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭირო მედიკამენტები ხელმისაწვდომი არ არის, როდესაც ფარმაცევტული დეფიციტი ავადმყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პირდაპირ გააუარესებს იწვევს, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ყველა სახის შესაბამისი სამედიცინო დახმარების გაწევა (იხ. *Pitalev v. Russia*, no. 34393/03, § 57, 30 July 2009; and *Mirilashvili v. Russia* (dec.), no. 6293/04, 10 July 2007).

81. რაც შეეხება საკითხს, ფლობდა თუ არა მომჩივნის მკურნალობაზე პასუხისმგებელი სამედიცინო პერსონალი ექსპერტიზის საჭირო დასკვნას მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის მკურნალობის შესახებ, რაც ეფექტური მკურნალობის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია, პასუხი უარყოფითია. ამგვარად, მთავრობა აღიარებს, რომ DOTS+ პროგრამა, რომელიც ექიმებისა და მედდების სპეციალურ წინასწარ ტრენინგს მოიცავდა, მხოლოდ 2009 წლის აპრილში დაიწერა ციხის ახალ საავადმყოფოში (იხ. §65), ესე იგი, მომჩივნის სიკვდილიდან სამი თვის შემდეგ. სხვა სიტყვებით, მომჩივნის მკურნალობისას სამედიცინო პერსონალი ვერ იქნებოდა საჭირო უნარ-ჩვევებით აღჭურვილი. თუმცა, დღეისათვის ციხის ხელმძღვანელობის მიერ უკვე აღიარებული და ცნობილი ფაქტია, რომ მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის კომპლექსური სამედიცინო მკურნალობა ადეკვატური ცოდნით აღჭურვილი მედიკოსების მხრიდან უწყვეტ მეთვალყურეობას მოითხოვს, ხოლო ასეთი მეთვალყურეობის გარეშე მეორე რიგის მედიკამენტების მიღებამ შესაძლოა უფრო მეტი ზიანი გამოიწვიოს, ვიდრე

სასიკეთო ცვლილება (იხ. §66). ამგვარად, სასამართლო აღნიშნავს, რომ ასეთი სახის მედიკამენტები მეტად ტოქსიკურია და შესაძლოა გამოიწვიოს მთელი რიგი გვერდითი მოვლენები, მათ შორის ჰეპატიტი, დეპრესია, ჰალუცინაციები და სხვა სახის ფსიქიკური აშლილობა. შესაბამისად, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მედიკოსები, რომელთა მეთვალყურეობის ქვეშაც მიმდინარეობს მკურნალობა, იყვნენ სათანადო გამოცდილებით აღჭურვილნი, ფლობდნენ ინფორმაციას რისკ ფაქტორების შესახებ და მიიღონ შესაბამისი ზომები მათი შემცირების მიზნით (იხ. სახელმძღვანელო პრინციპები, §48).

82. რაც შეეხება მთავრობის არგუმენტს პირველი მომჩივნის მიერ შიმშილობის გამოცხადების თაობაზე (იხ. §§ 63 და 68), სასამართლო ადასტურებს, რომ იმ შემთხვევაში თუ დაკავებული პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გამოწვეულია მის მიერ გამოცხადებული შიმშილობით და/ან მკურნალობის მიღებაზე უარის თქმით, შეუძლებელია ჯანმრთელობის გაუარესებაში მთავრობის ავტომატურად დადანაშაულება (იხ. დერმანოვიჩი, §59). თუმცა, სასამართლო, იზიარებს რა მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის (WMA) მიერ 1991 წლის ნოემბერში 43-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეაზე მიღებულ და 2006 წლის ოქტომბერში WMA-ს 57-ე გენერალურ ასამბლეაზე შესწორებულ „მალტის დეკლარაციას შიმშილობის შესახებ“, მიიჩნევს, რომ ამგვარ რთულ სიტუაციაში ციხის ხელმძღვანელობა ვერ იქნება სრულად გათავისუფლებული საკუთარი პოზიტიური ვალდებულებისგან (იხ. რენოლდი, §§ 81-83, 98, 104 და 105) და პასიურად ვერ დააკვირდება პატიმრის შიმშილით სიკვდილს.

83. კერძოდ, იმის გათვალისწინებით თუ რამდენად სერიოზულია პატიმრის გადაწყვეტილება შიმშილობის დაწყების თაობაზე, ციხის სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, სრული ინფორმაცია მიაწოდოს პატიმარს იმ სამედიცინო შედეგების შესახებ, რაც შესაძლოა შიმშილობამ გამოიწვიოს. სამედიცინო პერსონალი ასევე ვალდებულია, შეამოწმოს, ნამდვილად ნებაყოფლობითია თუ არა გადაწყვეტილება შიმშილობის დაწყების შესახებ, ხომ არ არის იგი პატიმრის ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესებით ანდა გარეშე ზეწოლით გამოწვეული. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, შიმშილობის დროს შენარჩუნებულ იქნეს კომუნიკაცია მედიკოსებსა და პაციენტს შორის, რა დროსაც მედიკოსების მხრიდან ყოველდღიურად შემოწმდება, რამდენად ძლიერია პატიმრის სურვილი, უარი თქვას საკვების მიღებაზე. სასამართლოს აზრით, ასევე საყურადღებოა, დადგინდეს პატიმრის პროტესტის ნამდვილი მიზეზები და რეალური განზრახვა. იმ შემთხვევაში თუ აღნიშნული მიზეზები და განზრახვა არ არის ახირებული და უცნაური, არამედ, პირიქით, ამხელს სერიოზულ სამედიცინო დარღვევებს, კომპეტენტური უწყებების მხრიდან დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს დაწყებული მოლაპარაკებები მომომშლელესთან პრობლემის მოგვარების მიზნით, რა თქმა უნდა, პატიმრობის ლეგიტიმური შეზღუდვების გათვალისწინებით. (იხ. *mutatis mutandis*, ჰოლომიოვი, §119).

84. წარმოდგენილი საქმის გარემოებებისა და მომჩივნის სამედიცინო ისტორიის გათვალისწინებით, სასამართლო დამაკმაყოფილებლად მიიჩნევს იმ ფაქტს, რომ ციხის საავადმყოფოს მედიკოსებმა თავდაპირველად გააფრთხილეს

მომჩივანი იმ სავალალო შედეგებისა და ჯანმრთელობის გაუარესების შესახებ, რასაც შიმშილობა გამოიწვევდა, ხოლო შემდეგ, ისინი ყოველდღიურად განაგრძობდნენ პატიმრისთვის აღნიშნულის შეხსენებას. თუმცა, პაციენტის სამედიცინო ისტორიიდან სასამართლოსათვის ძნელი გასარჩევია, სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ადგილი ჰქონდა თუ არა მცდელობას, დაედგინათ, ხომ არ იყო პაციენტის ქცევა დაკავშირებული მაგალითად, SLD-ს მიღებით გამოწვეულ ფსიქიკურ აშლილობასთან, აღნიშნულის დასადგენად კი საჭირო იყო, ჩატარებულიყო ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული გამოკვლევა. სასამართლო აღნიშნავს, რომ მომჩივნის მიერ 2008 წლის ოქტომბერში დაწყებული პირველი შიმშილობის მიზეზს წარმოადგენდა ხელმძღვანელობის მხრიდან დაუსაბუთებელი უარი მისთვის თბილისის სააპელაციო სასამართლოს 2008 წლის 25 სექტემბრის საბოლოო და კანონიერ ძალაში შესული გადაწყვეტილებით განსაზღვრული დამატებითი სამედიცინო შემოწმების ჩატარების თაობაზე. რაც შეეხება მის მიერ 2008 წლის ნოემბერში გამოცხადებულ მეორე შემშილობას, ძირითადი მიზეზი მდგომარეობდა იმაში, რომ ციხის ხელმძღვანელობის მიერ არ სრულდებოდა მედიკოსთა 2008 წლის 31 ოქტომბრის-7 ნოემბრის რეკომენდაციები ავადმყოფის სპეციალიზებულ, ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სასამართლო მიიჩნევს, რომ მომჩივნის მიერ გამოთქმული პროტესტის მიზეზები დაკავშირებული იყო სამედიცინო სფეროს ექსპერტების მიერ მისთვის განსაზღვრულ ზომებთან და შესაბამისად, ეს მიზეზები ახირებულად ან უცნაურად ვერ ჩაითვლება. პირიქით, ეს არაადეკვატური სამედიცინო დახმარების დამატებითი დასაბუთებაა, როდესაც ციხის ხელმძღვანელობა უარს ამბობს კვალიფიცირებული სამედიცინო რეკომენდაციის შესრულებაზე (იხ., მაგალითად, *Stawomir Musiak*, ხსენებული ზემოთ, § 92; *Sarban v. Moldova*, no. 3456/05, § 84, 4 October 2005; *Holomiov*, ზემოთ მითითებული, § 117; და *Hummatov*, ზემოთ მითითებული, § 116). აღსანიშნავია, რომ მოცემული მომენტისათვის ორი სამოქალაქო პროფილის საავადმყოფო – ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი და აბასთუმნის საავადმყოფო წარმოადგენდა სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებს, სადაც მიმდინარეობდა DOTS+ პროგრამა, შესაბამისად, მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის მკურნალობის მიზნით ამ დაწესებულებების გამოყენება სავსებით შესაძლებელი იყო (იხ. §66). აღნიშნულიდან გამომდინარე, სასამართლო დაუშვებელ ფაქტად მიიჩნევს იმას, რომ მთავრობამ არ მიმართა აღნიშნული სპეციალიზებულ საავადმყოფოებს (იხ. *Akhmetov v. Russia*, no. 37463/04, § 81, 1 April 2010).

85. ბოლოს, იმის გათვალისწინებით, რომ კონვენციის თანახმად, განსაკუთრებულ სიტუაციაში შესაძლებელია, მოთხოვნილ იქნეს მძიმედ ავადმყოფი პატიმრის პირობით გათავისუფლება (იხ. *Aleksanyan*, მითითებული ზემოთ; and *Papon v. France (no. 1)* (dec.), no. 64666/01, ECHR 2001-VI), სასამართლოს არ შეუძლია, არ შეეხოს მომჩივნის სასჯელის მოხდის გადავადებასთან დაკავშირებით ეროვნული სასამართლოების მიერ დაკავებულ პოზიციას. სასამართლო შენიშნავს, რომ ტუბერკულოზის ის ტიპი, რითაც მომჩივანი იყო დაავადებული, ქმნიდა მისი

პირობითი გათავისუფლების საფუძველს შემდგომი მკურნალობის მიზნით (იხ. §§ 15, 40 და 41). ცხადია, რომ აღნიშნული გარემოება არ წარმოადგენდა აბსოლუტურ საფუძველს პატიმრობიდან გათავისუფლებისათვის და სასამართლოების მხრიდან ადგილი ჰქონდა ძალაუფლების საკუთარი შეხედულებისამებრ გამოყენებას.

86. თუმცა, სასამართლო აღნიშნავს, რომ ადგილობრივი გადაწყვეტილებები სათანადოდ არ ითვალისწინებდა ავადმყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობას თავსებადობას მისი პატიმრობის განგრძობადობის შესაბამის ელემენტებთან. ამგვარად, სასამართლოს მიაჩნია, რომ როგორც თბილისის საქალაქო, ისე სააპელაციო სასამართლოებმა თვალი დახუჭეს მომჩივნის განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაზე, რომელიც, კვალიფიციური სამედიცინო ექსპერტების შეფასებით, ციხის პირობებში განაგრძობდა კიდევ უფრო გაუარესებას. ამასთან, ციხეში აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარება უძლური აღმოჩნდა პატიმრის ტუბერკულოზის წინააღმდეგ (შეად., მაგ., *Mouisel v. France*, no. 67263/01, § 40-42, ECHR 2002-IX). ეროვნულმა სასამართლოებმა ასევე არ განიხილეს პატიმრობის გაგრძელების მიზანშეწონილობის საკითხი სხვა სახის ლეგიტიმური პირობების გათვალისწინებით. მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობა საკუთარ მიმოხილვებში აცხადებდა, რომ მომჩივნის გათავისუფლება შეუძლებელი იყო, რადგან იგი საზოგადოებისათვის დიდ საფრთხეს წარმოადგენდა და ამასთან, მას ბრალად ედებოდა ციხის გარკვეული წესების დარღვევა, სასამართლო შენიშნავს, რომ ზემოხსენებული მიზეზები არ დასახელებულა ეროვნული სასამართლოების მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებში. შესაბამისად, სასამართლო ვერ მიიღებს მთავრობის არგუმენტებს, რომლებიც მის წინაშე მიმდინარე პროცედურის ფარგლებში იქნა მოყვანილი (იხ. *a contrario*, *Sakkopoulos v. Greece*, no. 61828/00, § 44, 15 January 2004; and *Sarban*, ხსენებული ზემოთ, § 82).

ii. წარმოადგინა თუ არა სახელმწიფომ საკმარისად დამაჯერებელი არგუმენტაცია პირველი მომჩივნის ციხეში გარდაცვალების თაობაზე

87. სასამართლო შეშფოთებულია იმის გამო, რომ, როგორც მთავრობის მიერ წარმოდგენილი მასალებით ირკვევა, მისი მხრიდან ადგილი არ ჰქონია პირველი მომჩივნის გარდაცვალების გამომწვევი მიზეზის ადეკვატურ გამოძიებას. თუმცა, მსგავსი სახის სამედიცინო შემთხვევის დროს, როდესაც პატიმარი ავადმყოფობის შედეგად იღუპება, კონვენციის მე-2-ე მუხლის დებულებების ერთ-ერთ ქვაკუთხედს წარმოადგენს მთავრობის მხრიდან ნებაყოფლობითი და დაუყოვნებელი ექსპერტიზის ჩატარება, რათა დადგინდეს, ადგილი ჰქონდა თუ არა სამედიცინო გულგრილობას (იხ. ბევრ სხვას შორის, *Tarariyeva*, მითითებული ზემოთ, §§ 74-75 and 103; *Gagiu*, მითითებული ზემოთ, § 68; და *Kats and Others*, მითითებული ზემოთ, §§ 116 და 120). აღნიშნული ვალდებულება არ ითვალისწინებს ყოველი შემთხვევის დროს სისხლის სამართლის კანონების გამოყენებას; გარკვეული გარემოებების დროს მიმდინარე გამოძიებისას, საკმარისია მხოლოდ დისციპლინური ზომების მიღება (იხ.

Mastromatteo v. Italy [GC], no. 37703/97, § 90, ECHR 2002-VIII). თუმცა, მოცემულ საქმეში, მიუხედავად იმისა, რომ მომჩივანი ციხის საავადმყოფოში გარდაიცვალა (რომელიც სახელმწიფო დაწესებულებაა და პასუხისმგებლობა პირდაპირ მთავრობას ეკისრება), საქმის მასალებიდან გამომდინარე, პატიმრის მკურნალი ექიმების ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის საკითხი არ გამხდარა დამოუკიდებელი, მიუკერძოებელი და საფუძვლიანი გამოძიების საგანი.

88. ასეთი მნიშვნელოვანი კვლევის შედეგების მოწოდების ნაცვლად, მთავრობამ სასამართლოს მხოლოდ სასჯელადსრულების დეპარტამენტის ხელმძღვანელისა (რომელსაც პირდაპირ ევალებოდა ციხის საავადმყოფოს ზედამხედველობა) და ციხის საავადმყოფოში პატიმრის მკურნალი ექიმის ახსნა-განმარტებები წარუდგინა. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ აღნიშნულ პირებს საკუთარი მოვალეობებიდან გამომდინარე, პირდაპირი პასუხისმგებლობა ეკისრებოდათ პატიმრისთვის გაწეული მკურნალობის ხარისხზე, მათი ახსნა-განმარტებები იმის თაობაზე, რომ ავადმყოფის გარდაცვალება მისივე ქცევამ გამოიწვია, ცალსახად ვერ იქნება მიღებული სასამართლოს მიერ როგორც სანდო და დამაკმაყოფილებელი პასუხი.

89. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, მოპასუხე სახელმწიფოს მიერ მომჩივნის მკურნალობაში დაშვებულ ზემოაღნიშნულ ხარვეზებს დაემატა ისიც, რომ მან ვერ წარმოადგინა დამაკმაყოფილებელი არგუმენტაცია პატიმრის გარდაცვალების თაობაზე. საქმე ეხება სერიოზულ ხარვეზს, რადგან კონვენციის მე-2-ე მუხლით თითოეული ინდივიდუალური შემთხვევისთვის გარანტირებული უფლებების დარღვევის გამო შეშფოთების გარდა, საქმე ასევე ეხება მნიშვნელოვან საზოგადოებრივ ინტერესს. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მკურნალობისას დაშვებული შესაძლო შეცდომებისა და ფაქტების შესახებ ინფორმაციის არსებობა მნიშვნელოვან როლს შეასრულებს სათანადო დაწესებულებებისა და სამედიცინო პერსონალის საქმიანობაში, რათა მომავალში თავიდან იქნეს აცილებული პოტენციური გართულებები და მსგავსი სახის შეცდომები (იხ. *Byrzykowski v. Poland*, no. 11562/05, § 117, 27 June 2006).

iii. დასკვნა

90. წარმოდგენილი საქმის სპეციფიკური გარემოებების გათვალისწინებით, სასამართლო მიიჩნევს, რომ შეუძლებელია ითქვას, რომ მოპასუხე სახელმწიფომ მიიღო დროული და ადეკვატური ზომები ლეთალური გამოსავლის პრევენციის მიზნით პირველი მომჩივნის შემთხვევაში, რომელიც ციხეში ყოფნის დროს დაავადებული იყო მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზით. ამგვარად, სახელმწიფომ ვერ უზრუნველყო პატიმრისათვის შესაბამისი ლაბორატორიული ანალიზების დროულად ჩატარება, რაც ხელს შეუწყობდა ადრეულ ეტაპზე ზუსტი დიაგნოზის დასმას და მომჩივნის მიკობაქტერიის ტიპის ეფექტური მკურნალობისათვის აუცილებელი მედიკამენტოზური მკურნალობის

დანიშნავს. სახელმწიფომ ასევე არ მიიღო ზომები, რათა პაციენტისათვის დროულად მიეწოდებინათ SLD მედიკამენტები; დადგინდა, რომ აღნიშნული მედიკამენტებით შესაძლებელი იქნებოდა მისი ავადმყოფობის მკურნალობა. შესაბამისად, ავადმყოფობის ეფექტური მკურნალობისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ასპექტი გამოტოვებულ იქნა. კიდევ ერთი შემაშფოთებელი ფაქტია, რომ როდესაც მომჩივნის ოჯახმა ბოლოს და ბოლოს შეძლო ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო საჭირო მედიკამენტების შოვნა, სახელმწიფომ არ უზრუნველყო, რომ აღნიშნული მედიკამენტების ავადმყოფისათვის მიცემა განხორციელებულიყო სპეციალურად მომზადებული მედიკოსების მკაცრი მეთვალყურეობის ქვეშ. სასამართლო შემოთვლით შენიშნავს, რომ ყველა აღნიშნული ხარვეზი გამოწვეული იყო იმ ფაქტით, რომ მიუხედავად წლების მანძილზე საქართველოს ციხეებში არსებული მედიკამენტების მიმართ მდგრადი ტუბერკულოზის ფორმების მზარდი რაოდენობისა, რასაც შესაბამისად მზარდი სიკვდილიანობაც ახლავს, შესაბამისი სახელმწიფო უწყებები არ ნერგავენ ჯანმრთელობის დაცვის ზოგად სტანდარტებს, რომლებიც შემუშავებულია WHO –ს მიერ 1997 წლიდან 2008 წლის მარტამდე პერიოდში (იხ. §§ 46-48 და 65). სამედიცინო სფეროში ასეთი ცუდი სამედიცინო მართვა, რამაც პირდაპირ გამოიწვია ან ხელი შეუწყო პირველი მომჩივნის გარდაცვალებას, არ შეიძლება, კონვენციის მე-2 მუხლის საფუძველზე, გამართლებულ იქნეს რესურსების ნაკლებობით (იხ. *mutatis mutandis*, დიბეკუ, § 50).

91. სასამართლო მიიჩნევს, რომ ზემოხსენებული ხარვეზებიდან რამდენიმეს დროული აღმოფხვრა მაინც იყო შესაძლებელი, თუკი პირველ მომჩივანს ნებას დართავდნენ, ემკურნალა სპეციალიზებული, ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის განკუთვნილი ორი სამოქალაქო პროფილის საავადმყოფოდან ერთ-ერთში, სადაც პენიტენციურ სისტემასთან შედარებით უფრო ადრე დაინერგა DOTS+ პროგრამა; ანდა, გაცემულიყო განკარგულება პატიმრის პირობითი გათავისუფლების თაობაზე სრული ან ნაწილობრივი განკურნების მიზნით. აღნიშნული შესაძლებლობებიდან მოპასუხე სახელმწიფოს არც ერთი არ გამოუყენებია. თუმცა, სასამართლო კიდევ ერთხელ აღნიშნავს, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც შესაბამისი უწყებები იღებენ მძიმედ დაავადებული პიროვნების პატიმრობაში დატოვების გადაწყვეტილებას, ისინი ვალდებული არიან, უზრუნველყონ პატიმრის სპეციალური მოვლა და მისი ავადმყოფობის მდგომარეობის შესაბამისი პირობები (იხ. *Farbtuhs*, ხსენებული ზემოთ, § 56; *Isayev v. Ukraine*, no. 28827/02, § 20756/04, 28 May 2009). კიდევ ერთ სერიოზულ დარღვევას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ სახელმწიფომ ვერ წარმოადგინა დამოუკიდებელი და დამაჯერებელი გამოძიების შედეგად მიღებული დამაკმაყოფილებელი ანგარიში პირველი მომჩივნის გარდაცვალების თაობაზე.

92. საერთო ჯამში, რომელიმე ზემოაღნიშნული დარღვევა ცალკე აღებული შესაძლოა არ ყოფილიყო საკმარისი სახელმწიფოს დასადანაშაულებლად პოზიტიური ვალდებულებების არაადეკვატურ შესრულებაში ციხეში მყოფი პირველი მომჩივნის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაცვის თვალსაზრისით, თუმცა სასამართლო მიიჩნევს, რომ აღნიშნულ დარღვევათა თანაარსებობა და კუმულაციური ეფექტი ამისათვის საკმარისზე მეტია.

93. შესაბამისად, ადგილი ჰქონდა კონვენციის მე-2 მუხლის დარღვევას, ვინაიდან მოპასუხე სახელმწიფომ ვერ უზრუნველყო პირველი მომჩივნის სიცოცხლის დაცვა ციხეში.

(გ) კონვენციის მე-3-მე მუხლის საფუძველზე წამოყენებულ პრეტენზიასთან დაკავშირებით

94. კონვენციის მე-2-ე მუხლთან დაკავშირებული გამოტანილი დასკვნების გათვალისწინებით (იხ. §§ 90-93), სასამართლო მიიჩნევს, რომ საჭირო არ არის შემოწმდეს, მოცემულ საქმეში ადგილი ჰქონდა თუ არა კონვენციის მე-3-ე მუხლის დარღვევას მოპასუხე სახელმწიფოს მხრიდან პირველი მომჩივნისათვის ციხეში ადეკვატური სამედიცინო დახმარების გაუწველობის თვალსაზრისით. (იხ. გეპა, § 99).

II. შესაბამისობა კონვენციის 34-ე მუხლთან

95. პირველმა მომჩივანმა სასამართლოსთან წარმოებულ კორესპონდენციაში აღნიშნა, რომ სავარაუდოდ, მოპასუხე სახელმწიფომ არ შეასრულა სასამართლოს რეგლამენტის 39-ე წესის თანახმად, 2008 წლის 10 ნოემბერს, სასამართლოს მიერ დაკისრებული დროებითი ღონისძიება. მისი გარდაცვალების შემდეგ, მეორე მომჩივანი კვლავ იმავს აღნიშნავდა და ასაჩივრებდა სახელმწიფოს უარს მისი მეუღლის სპეციალიზებულ საავადმყოფოში გადაყვანის მოთხოვნაზე, რამაც განაპირობა პატიმრის გარდაცვალება.

კონვენციის 34-ე მუხლის თანახმად:

„საჩივრით სასამართლოს შეიძლება მიმართოს ნებისმიერმა ფიზიკურმა პირმა, არასამთავრობო ორგანიზაციამ ან ცალკეულ პირთა ჯგუფმა, რომელსაც მიაჩნია, რომ მსხვერპლია რომელიმე მაღალი ხელშემკვრელი მხარის მიერ კონვენციით ან მისი ოქმებით გათვალისწინებულ უფლებათა დარღვევისა. მაღალი ხელშემკვრელი მხარეები კისრულობენ ვალდებულებას, არაფრით დააბრკოლონ ამ უფლების სრულად განხორციელება.“

96. მთავრობა სადავოდ არ ხდის იმ ფაქტს, რომ სასამართლოს მიერ 2008 წლის 10 ნოემბერს დაკისრებული დროებითი ღონისძიება არ შესრულებულა. თუმცა აცხადებს, რომ აღნიშნული ღონისძიების შეუსრულებლობა წარმოადგენდა ერთადერთ შესაძლებლობას, გადაერჩინათ 1-ლი მომჩივანი. აღნიშნული განცხადების განმტკიცების მიზნით, მთავრობამ დაასახელა მის მიერ, სასამართლოსათვის 2008 წლის 1-ლ დეკემბერს მიწოდებული არგუმენტები (იხ. §§ 36-38). მთავრობა აღნიშნავს, რომ ვინაიდან DOTS+ მკურნალობის პროგრამა ტუბერკულოზის ეროვნულ ცენტრში მხოლოდ 2008 წლის აგვისტოში დაინერგა, მომჩივნის იქ გადაყვანა არ გამოიწვევდა მის დაუყოვნებლივ ჩართვას პროგრამაში,

რადგან მომლოდინეთა რიგში უკვე უამრავი სამოქალაქო პირი იყო დარეგისტრირებული. მთავრობამ ასევე აღნიშნა, რომ შუალედური მკურნალობის დანიშვნის პერიოდისთვის 1-ლ მომჩივანის უკვე მიღებული ჰქონდა შესაბამისი SLD მედიკამენტები ციხის საავადმყოფოში.

97. მე-2 მომჩივანი კვლავ აცხადებდა, რომ მთავრობის მიერ მისი მეუღლის სპეციალიზებულ კლინიკაში გადაყვანის მოთხოვნაზე უარის თქმამ განაპირობა ფატალური შედეგის დადგომა.

ბ. სასამართლოს შეფასება

1. ზოგადი პრინციპები

98. სასამართლო აღნიშნავს, რომ 34-ე მუხლი შესაძლოა დაირღვეს თუ მაღალი ხელშემკვრელი მხარე არ მიიღებს ყველა იმ ზომას, რომელთა განხორციელებაც გონივრული იქნებოდა რეგლამენტის 39-ე წესის თანახმად დაკისრებული დროებითი ღონისძიების შესასრულებლად (იხ. *Mamatkulov and Askarov v. Turkey* ([GC], nos. 46827/99 and 46951/99, § 92 et seq., ECHR 2005-...)). როდესაც სარწმუნოდ მიიჩნევა, რომ არსებობს მომჩივნისთვის გარდაუვალი ზიანის მიყენების რისკი კონვენციით დაცული რომელიმე ფუნდამენტური უფლებით სარგებლობის კუთხით, დანიშნული დროებითი ღონისძიების მიზანია, დაიცვას სასამართლოს წინაშე მიმდინარე დავის მხარეთა უფლებები და ინტერესები საბოლოო გადაწყვეტილების გამოტანამდე. შესაბამისად, თვით დროებითი ღონისძიების ბუნებიდან გამომდინარეობს, რომ მისი დანიშვნის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება დროის მეტად მცირე შუალედში ხდება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პოტენციური საფრთხე. შესაბამისად, საქმის მასალების შესწავლა ხშირად სრულად ვერ ხერხდება სასამართლოს მიერ გადაწყვეტილების გამოტანამდე, რომელიც ეხება დროებითი ღონისძიების მოქმედების ქვეშ მოქცეული პრეტენზიის არსებით მხარეს. სწორედ იმისთვის ხდება დროებითი ღონისძიების დაკისრება, რომ სასამართლოს ჰქონდეს, გადაწყვეტილების გამოტანის შესაძლებლობა იმ პრეტენზიის ძირეული განხილვის შემდეგ, რომელსაც აღნიშნული ღონისძიება ეხება. მანამდე, შესაძლოა, სასამართლო იძულებული გახდეს, დროებითი ღონისძიება მხოლოდ ფაქტების საფუძველზე მიუთითოს, რომლებიც საქმის წინასწარი შესწავლით გახდა ცნობილი, შესაბამისად, შესაძლებელია, საქმის შემდგომმა შესწავლამ დროებითი ღონისძიების დანიშვნის ეს საფუძველები კიდევ უფრო გაამყაროს ან პირიქით, შეასუსტოს (იხ. *Paladi v. Moldova* [GC], no. 39806/05, § 89, ECHR 2009- ...).

99. შესაბამისად, ხელშემკვრელი სახელმწიფო თავისი მოსაზრებით ვერ ჩაანაცვლებს სასამართლოს მოსაზრებას იმის შესამოწმებლად, არსებობდა თუ არა მომჩივნისთვის დაუყოვნებელი და გამოუსწორებელი ზიანის მიყენების რეალური რისკი დროებითი ღონისძიების დანიშვნის მომენტისათვის. არც ადგილობრივი ორგანოების გადასაწყვეტია დროებითი ღონისძიების შესრულების დროის ან

მასშტაბის განსაზღვრა. სასამართლო ამოწმებს დროებითი ღონისძიების შესრულებას, ხოლო სახელმწიფო, რომელიც ფლობს სათანადო მასალებს, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელია სასამართლოს დარწმუნება, გააუქმოს დროებითი ღონისძიება, ვალდებულია შესაბამისი ინფორმაცია მიაწოდოს სასამართლოს. 34-ე მუხლის შესაბამისად, ხელშემკვრელი სახელმწიფოს მიერ დროებითი ღონისძიების შეუსრულებლობის შესახებ მიღებული საჩივრის განხილვისას, სასამართლო ხელმეორედ არ შეისწავლის მის მიერ დროებითი ღონისძიების დანიშვნის მართებულობის საკითხს. მოპასუხე სახელმწიფო ვალდებულია, დაუმტკიცოს სასამართლოს, რომ დროებითი ღონისძიება შესრულებულია, ანდა, გამონაკლის შემთხვევაში, არსებობდა ობიექტური სახის დაბრკოლება. სახელმწიფო ასევე ვალდებულია, წარმოადგინოს მტკიცებულებები, რომ მან მიიღო სათანადო ზომები არსებული დაბრკოლების აღმოფხვრის მიზნით და შეეცადა, შექმნილი მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია მიეწოდებინა სასამართლოსათვის (იხ. *Olaechea Cahuas v. Spain*, no. 24668/03, § 70, ECHR 2006-X (extracts); and *Paladi*, ხსენებული ზემოთ, §§ 90 and 91).

2. აღნიშნული პრინციპების გამოყენება წინამდებარე საქმეში

100. სასამართლო მიიჩნევს, რომ ამოსავალი წერტილი იმის გასარკვევად, შეასრულა თუ არა მოპასუხე სახელმწიფომ დაკისრებული დროებითი ღონისძიება, მდგომარეობს თავად დროებითი ღონისძიების ფორმულირებაში (იხ. *პალადი*, §91). კერძოდ, იგი აღნიშნავს, რომ 2008 წლის 10 ნოემბერს მთავრობას, სასამართლოს რეგლამენტის 39-ე მუხლის შესაბამისად, მიეცა მითითება, მოცემული მომენტისათვის ციხის ახალ საავადმყოფოში მყოფი 1-ლი მომჩივანი ისეთ სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაეყვანა, რომელშიც შესაძლებელი იქნებოდა მისთვის ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო შესაბამისი მკურნალობის ჩატარება.

101. როგორც აღნიშნული დროებითი ღონისძიების ფორმულირებიდან ირკვევა, სასამართლოს არ გაუცია ბრძანება სამოქალაქო საავადმყოფოში მომჩივნის აუცილებლად გადაყვანის შესახებ. არამედ, დროებითი ღონისძიების მთავარი მახასიათებელი ელემენტს წარმოადგენდა საკითხი, სამოქალაქო ან პენიტენციურ სექტორში არსებობდა თუ არა ტუბერკულოზის სამკურნალო სპეციალიზებული დაწესებულება. შესაბამისად, დგება სამართლებრივი საკითხი, მოცემული მომენტისათვის ასეთი სახის სპეციალიზებულ დაწესებულებად დასახელებული უნდა ყოფილიყო თუ არა ციხის ახალი საავადმყოფო (იხ. *ალექსანიანი*, §230). თუმცა პასუხი აღნიშნულ კითხვაზე უარყოფითია, რადგან როგორც ზემოთ უკვე აღინიშნა, ამ საავადმყოფოს არც საჭირო ლაბორატორიული აღჭურვილობა გააჩნდა და არც ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მეორე რიგის მედიკამენტები. რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, მოცემული მომენტისთვის აღნიშნული საავადმყოფოს სამედიცინო პერსონალი არ ფლობდა მედიკამენტების მიმართ მეტად მდგრადი ტუბერკულოზის

კომპლექსური მკურნალობისათვის საჭირო უნარ-ჩვევებს. ციხის საავადმყოფოში არსებული აღნიშნული სერიოზული ხარვეზების შესახებ ცნობილი უნდა ყოფილიყო მთავრობისათვის, რადგან მანამდე კვალიფიცირებულმა სამედიცინო ექსპერტებმა რამდენჯერმე აღნიშნეს, რომ პენიტენციურ სისტემაში მომჩივნისათვის გაწეული მკურნალობა არასაკმარისი იყო, მათ მიერ აღნიშნა ავადმყოფის მდგომარეობის სწრაფი გაუარესება და გაიცა რეკომენდაციები მისი ტუბერკულოზის სამკურნალო სპეციალიზებულ დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ (იხ. §§ 13, 15, 25 და 29).

102. მეორე საკითხია, შესაძლებელია თუ არა არსებულიყო ობიექტური შეფერხება, რომელმაც მომჩივნის სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანას შეუშალა ხელი, ხოლო დადებითი პასუხის შემთხვევაში, მიიღო თუ არა მთავრობამ ყველა ზომა აღნიშნული შეფერხების დროულად აღმოფხვრის მიზნით (იხ. *Groni v. Albania*, no. 25336/04, §188, 7 July 2009). კონკრეტული საქმის გარემოებების გათვალისწინებით, სასამართლო მიიჩნევს, რომ დროებითი ღონისძიების შესრულების ერთადერთი ობიექტური შეფერხება შესაძლოა ყოფილიყო მოცემული მომენტისათვის საქართველოში ასეთი სახის სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულების არარსებობა. თუმცა სასამართლო მოპოვებული მასალების საფუძველზე ასკვნის, რომ 2008 წლის 10 ნოემბრის დროებითი ღონისძიების დანიშვნის მომენტისათვის სამოქალაქო სექტორში არსებობდა ტუბერკულოზის სამკურნალო ორი კლინიკა – ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი და ფილტვის დაავადებათა *აბასთუმნის* საავადმყოფო – სადაც უკვე მოქმედებდა DOTS+ პროგრამა. აღნიშნული ფაქტი კი იმას ადასტურებს, რომ მოცემული მომენტისათვის ორივე დაწესებულება ფლობდა საჭირო სამედიცინო აღჭურვილობასა და სპეციალური კვალიფიკაციის მქონე პერსონალს. შესაბამისად, ობიექტურად შესაძლებელი იყო აღნიშნული ორი სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებიდან ერთ-ერთში მომჩივნის მოთავსება. მართლაც, აღნიშნული იქნებოდა ერთადერთი ბუნებრივი ქმედება სახელმწიფოს მხრიდან და შესაძლოა, კონვენციითაც პირდაპირ ყოფილიყო მოთხოვნილი ავადმყოფის სამოქალაქო სექტორში არსებულ სპეციალიზებულ საავადმყოფოში გადაყვანა როდესაც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა კრიტიკული იყო და სათანადო სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა პენიტენციურ სექტორში შეუძლებელი იყო (მაგალითისათვის იხ. *Aleksanyan*, ხსენებული ზემოთ, §§ 155-157, და *Akhmetov*, ხსენებული ზემოთ, §81).

103. რაც შეეხება მთავრობის მტკიცებას, თითქოს მომჩივანი ვერ მიიღებდა გადაუდებელ მკურნალობას ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში მკურნალობის მომლოდინე პაციენტთა დიდი რაოდენობის გამო (იხ. §96), სასამართლო შეახსენებს მთავრობას, რომ იმ სიტუაციაში, როდესაც პაციენტის მდგომარეობა უაღრესად მძიმე იყო, ასეთი დაბრკოლების წარმოშობის შემთხვევაში, კონვენციის 34-ე მუხლის თანახმად, სახელმწიფო უწყებები ველდებულნი იყვნენ, მიეღოთ ყველა ზომა დაბრკოლების დაუყოვნებლივ აღმოფხვრის მიზნით, კერძოდ, მკურნალობის მომლოდინე ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სია უნდა განიხილებოდა კლინიკური პრიორიტეტების შესაბამისად. 1-ლი მომჩივნის

შემთხვევაში, ადგილობრივი ექსპერტების ცალსახა შეფასებით, ავადმყოფის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის საკითხი დამოკიდებული იყო მის სპეციალიზებულ კლინიკაში მოთავსებაზე (შემდგომი შედარებისათვის იხ. §101).

104. ზემოთ მოყვანილი მსჯელობის საფუძველზე, სასამართლო ადგენს, რომ მთავრობას არ აღუნიშნავს მასზე დაკისრებული დროებითი ღონისძიების შესრულების შემაფერხებელი ობიექტური მიზეზის არსებობის შესახებ მოცემულ საქმესთან დაკავშირებით.

105. შესაბამისად, ადგილი ჰქონდა კონვენციის 34-ე მუხლის დარღვევას.

III. კონვენციის სხვა სავარაუდო დარღვევები

106. ბოლოს, პირველმა მომჩივანმა, კონვენციის 5§1, 6§1 და მე-14 მუხლების საფუძველზე, წარადგინა პრეტენზიები მისი წინასწარი პატიმრობის უკანონობის, მის წინააღმდეგ წარმოებული სისხლის სამართლის პროცესის შედეგებისა და ასევე, მისი სასჯელის მოხდის გადავადების თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ.

107. თუმცა, მის ხელთ არსებული მასალების, ასევე გასაჩივრებული საკითხების მის კომპეტენციაში არსებობის გათვალისწინებით, სასამართლო ადგენს, რომ კონვენციით ან მისი დამატებითი ოქმებით გათვალისწინებული უფლებებისა და თავისუფლების დარღვევის ნიშნები არ იკვეთება, შესაბამისად, სასამართლო მიიჩნევს, რომ განაცხადის აღნიშნული ნაწილი საფუძველს მოკლებულია და დაუშვებლად უნდა იქნეს ცნობილი კონვენციის 35-ე მუხლის მე-3 (ა) და მე-4 პარაგრაფების შესაბამისად.

IV. კონვენციის 41-ე მუხლის გამოყენება

108. კონვენციის 41-ე მუხლის თანახმად:

„თუ სასამართლო დაადგენს, რომ დაირღვა კონვენცია და მისი ოქმები, ხოლო შესაბამისი მაღალი ხელშემკვრელი მხარის შიდასახელმწიფოებრივი სამართალი დარღვევის მხოლოდ ნაწილობრივი გამოსწორების შესაძლებლობას იძლევა, საჭიროების შემთხვევაში, სასამართლო დაზარალებულ მხარეს სამართლიან დაკმაყოფილებას მიაკუთვნებს.“

ა. ზიანი

109. მეორე მომჩივანმა მორალური ზიანს ანაზღაურების მიზნით 1,000,000 ევრო მოითხოვა.

110. მთავრობამ განაცხადა, რომ მოთხოვნილი თანხა გადაჭარბებული იყო.

111. კონვენციის მე-2-ე მუხლის საფუძველზე გამოტანილი დასკვნების გათვალისწინებით, სასამართლო დარწმუნებულია, რომ მომჩივანებმა გადაიტანეს ტანჯვა და იმედგაცრუება, რადგან მოპასუხე სახელმწიფომ არ დაიცვა პირველი მომჩივნის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე ციხეში. ხელმძღვანელობს რა სამართლიანობის პრინციპით, სასამართლო, მეორე მომჩივანს, ქ-ნი დალი სიხარულიძეს, ამ კუთხით მიაკუთვნებს 15,000 ევროს.

ბ. გაწეული ხარჯები და დანახარჯები

112. იმის გათვალისწინებით, რომ არ არსებობს ხარჯებისა და დანახარჯების ანაზღაურების მოთხოვნა, სასამართლო აღნიშნავს, რომ არ არსებობს აღნიშნულთან დაკავშირებით კომპენსაციის მიკუთვნების საჭიროება.

გ. საურავი

113. სასამართლოს მიაჩნია, რომ საურავის ოდენობა უნდა დადგინდეს ევროპის ცენტრალური ბანკის ზღვრული სასესხო განაკვეთის მიხედვით, რასაც დაემატება სამი პროცენტი.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სასამართლო, ერთხმად

1. აცხადებს დასაშვებად კონვენციის მე-2-ე და მე-3-ე მუხლების საფუძველზე წამოყენებულ პრეტენზიებს, ხოლო განაცხადის დანარჩენ ნაწილს კი - დაუშვებლად;
2. ადგენს, რომ ადგილი ჰქონდა კონვენციის მე-2-ე მუხლის დარღვევას;
3. ადგენს, რომ არ არსებობს კონვენციის მე-3-ე მუხლის საფუძველზე წამოყენებული პრეტენზიის განცალკევებით განხილვის საჭიროება;
4. ადგენს, რომ ადგილი ჰქონდა კონვენციის 34-ე მუხლის დარღვევას;
5. ადგენს, რომ

ა) მოპასუხე სახელმწიფომ, მეორე მომჩივანს, კონვენციის 44§2 მუხლის შესაბამისად, გადაწყვეტილების ძალაში შესვლის დღიდან სამი თვის განმავლობაში, გადახდის დღეს არსებული კურსით, ეროვნულ ვალუტაში, უნდა გადაუხადოს:

15,000 (თხუთმეტი ათასი) ევრო მორალური ზიანის ანაზღაურების სახით და ნებისმიერი გადასახადი, რომელიც ამ თანხასთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული

(ბ) ზემოხსენებული სამთვიანი ვადის გასვლის შემდეგ, თანხის სრულ გადარიცხვამდე, გადასახდელ თანხას საჯარიმო პერიოდის განმავლობაში დაერიცხება გადახდის დღეს მოქმედი, ევროპის ცენტრალური ბანკის ზღვრული სასესხო განაკვეთის თანაბარი ჩვეულებრივი პროცენტები, რასაც დაემატება სამი პროცენტი.

6. უარყოფს მეორე მომჩივნის დანარჩენ მოთხოვნებს სამართლიან დაკმაყოფილებასთან დაკავშირებით.

შესრულებულია ინგლისურად და მხარეებს ეცნობათ წერილობით 2011 წლის 22 ნოემბერს, სასამართლოს რეგლამენტის 77-ე (§2 და §3) მუხლების შესაბამისად.

მარიალენა ცირლი
კანცელარიის უფროსის მოადგილე

ჯოზეფ კასადევალი
თავმჯდომარე