



ადამიანის უფლებათა მდგომარეობა
სასჯელადსრულების დაწესებულებებში

საქართველოს პრევენციის ეროვნული
მექანიზმის ანგარიში

2011

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის საქმიანობა

წინამდებარე ანგარიში ასახავს სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ 2011 წელს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში და დროებითი მოთავსების იზოლატორებში ჩატარებული მონიტორინგის შედეგებს.

აღმოსავლეთ საქართველოში მდებარე დაწესებულებების მონიტორინგში, სახალხო დამცველისა და საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის ერთობლივი პროექტის ფარგლებში, რომელიც პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მხარდაჭერას ითვალისწინებს, ჩართულნი იყვნენ საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის წარმომადგენლებიც.

საანგარიშო პერიოდში სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციის და მონიტორინგის თანამშრომლებმა საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განახორციელეს 516 არაგეგმური ვიზიტი, რომელთა დროსაც მონახულეს 1500-ზე მეტი პატიმარი და 72 გეგმური ვიზიტი; დროებითი მოთავსების იზოლატორებში – 84 გეგმური და 157 არაგეგმური ვიზიტი.

მონიტორინგის ჩატარებისას სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული მექანიზმის წარმომადგენლები დაუბრკოლებლად დაიშვებოდნენ და თავისუფლად გადაადგილდებოდნენ როგორც სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ტერიტორიაზე, ასევე დროებითი მოთავსების იზოლატორებში. მათ ასევე ეძლეოდათ საშუალება, შეხედულებისამებრ შეერჩიათ დაკავებულებთან/პატიმრებთან შეხვედრის ადგილები და გასაუბრებოდნენ მათ კონფიდენციალურად.

საანგარიშო პერიოდში იყო ერთადერთი შემთხვევა, როცა სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს შეექმნა დაბრკოლებები და ვერ განახორციელა თავისი უფლებამოსილებები. კერძოდ, 2011 წლის 24 მაისს პრევენციული ჯგუფის წევრები იმყოფებოდნენ გორის დროებითი მოთავსების იზოლატორში ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირთან გასაუბრების მიზნით. დმი-ს ხელმძღვანელმა ელდარ დალაქიშვილმა უარი განაცხადა სახალხო დამცველის რწმუნებულებისთვის პატიმრის წარდგენაზე იმ მიზეზით, რომ პატიმარს თავად არ სურდა არავისთან შეხვედრა. პრევენციული ჯგუფის წევრებმა ელდარ დალაქიშვილს განუმარტეს „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით მათთვის მინიჭებული უფლებამოსილებები და აუხსნეს, რომ თუ პატიმარი მათთან შეხვედრის დროს განაცხადებდა, რომ არ სურდა საუბარი, ისინი დატოვებდნენ დმი-ს. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ელდარ დალაქიშვილმა ხელი შეუშალა სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მუშაობას და არ მისცა საშუალება ენახათ პატიმარი, რითაც დაარღვია საქართველოს კონსტიტუციის 43-ე მუხლის, ასევე, „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-18 მუხლის, „ა“ ქვეპუნქტი და ამავე კანონის მე-19 მუხლის პირველი პუნქტი და მეორე პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი. ელდარ დალაქიშვილის ქმედებით დაირღვა წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის, ან სასჯელის წინააღმ-

დეგ კონვენციის ფაკულტატიური ოქმის მე-20 მუხლის „ბ“, „დ“ და „ე“ ქვეპუნტების მოთხოვნები, ასევე, ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 173⁴-ე მუხლი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველმა შეადგინა ადმინისტრაციული სამართალდარღვევის ოქმი და მასალები გადაიგზავნა გორის რაიონულ სასამართლოში. გორის რაიონული სასამართლოს მოსამართლე დავით პაპუაშვილმა, 2011 წლის 21 ივნისის დადგენილებით, ელდარ დალაქიშვილი გაათავისუფლა ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობისაგან, მის ქმედებაში ადმინისტრაციული გადაცდომის არარსებობის გამო. აღნიშნული დადგენილება სახალხო დამცველის წარმომადგენელმა გაასაჩივრა თბილისის სააპელაციო სასამართლოში. სააპელაციო სასამართლოს 2011 წლის 28 ივლისის დადგენილებით დაკმაყოფილდა სახალხო დამცველის სარჩელი, გაუქმდა გორის რაიონულის სასამართლოს 2011 წლის 21 ივნისის დადგენილება და საქმე ხელახალი განხილვისათვის დაუბრუნდა პირველ ინსტანციას.

2011 წლის 8 სექტემბერს გორის რაიონული სასამართლოს იმავე მოსამართლემ, დავით პაპუაშვილმა, სასამართლოს დადგენილებით, შსს შიდა ქართლის რეგიონული დროებითი მოთავსების იზოლატორის უფროსი ცნო კანონდამრღვევად, თუმცა მხოლოდ სიტყვიერი შენიშვნის მიცემით შემოიფარგლა.

როგორც აღინიშნა, ეს იყო ერთადერთი შემთხვევა, როდესაც სახალხო დამცველის რწმუნებულებს შეექმნათ დაბრკოლება დროებითი მოთავსების იზოლატორებში. როგორც წესი, იზოლატორების ადმინისტრაცია სრულად თანამშრომლობს სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფთან.

აქვე იმედს გამოვთქვამთ, რომ მომავალში, ერთი მხრივ, შინაგან საქმეთა სამინისტრო, ხოლო, მეორე მხრივ, სასამართლო უფრო სერიოზულად მოეკიდება პრევენციის ეროვნული მექანიზმის უფლებამოსილების განხორციელების დაუბრკოლებელ უზრუნველყოფას.

გეგმური მონიტორინგის დროს სახალხო დამცველის რწმუნებულები ამონმებდნენ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობისა და პრაქტიკის შესაბამისობას როგორც საქართველოს კანონმდებლობასთან, ასევე საერთაშორისო სტანდარტებთან. მონიტორინგის მსვლელობისას განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა თითოეულ დაწესებულებაში დაკავებულების/პატიმრების მიმართ მოპყრობაზე.

მონიტორინგის დროს სახალხო დამცველის რწმუნებულები გაესაუბრნენ სასჯელალსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაციას, თანამშრომლებს, პატიმრებს/მსჯავრდებულებს. თითოეულ სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მონახულეს იქ განთავსებულ პატიმართა დიდი ნაწილი, შეამოწმეს და აღწერეს ყველა დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და საყოფაცხოვრებო პირობები, მათ შორის, ხანგრძლივი პაემნებისთვის განკუთვნილი და დედათა და ბავშვთა ოთახები. რამდენიმე დაწესებულებაში მათ დაათვალიერეს მიმდინარე სარემონტო სამუშაოები, ყველა დაწესებულებაში მონახულეს ყველა სამართკო და საკარანტინე საკანი და გაესაუბრნენ მონიტორინგის მომენტში იქ განთავსებულ ყველა პატიმარს.

დროებითი მოთავსების იზოლატორებში მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა ადგილზე შეამოწმეს დმი-ში განთავსებულ დაკავებულ პირთა შესახებ წარმოებული დოკუმენტაცია, დაათვალიერეს ინფრასტრუქტურა – საკნები, საგამოძიებო ოთახები, სველი წერტილები, სასეირნო ეზოები, ინვენტარი, საკვებისა და დაკავებულთა ნივთების შენახვის პირობები. ადმინისტრაციასთან და დაკავებულებთან/პატიმრებთან გასაუბრებით გაირკვა კვების, შხაპის მიღების, სუფთა ჰაერზე ყოფნის პერიოდულობა და პროცედურები. როგორც ყოველთვის, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო დაკავებულ პირთა მიმართ მოპყრობას როგორც დაკავებისას, ასევე მას შემდეგ.

საქართველოს
კანონმდებლობის
თანახმად

მდგომარეობა საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში

არასათანადო მოპყრობა

2010 და 2011 წლის განმავლობაში სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული რეგულარული მონიტორინგის შედეგებისა და შესწავლილი საქმეების ანალიზით შეიძლება ითქვას, რომ არასათანადო მოპყრობის პრობლემა საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევად რჩება. საანგარიშო პერიოდში არასათანადო მოპყრობის ფაქტები ხშირად დაფიქსირდა რამდენიმე დაწესებულებაში (გლდანის N8 დაწესებულება, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება, ქუთაისის N2 დაწესებულება), თუმცა არასათანადო მოპყრობის ერთეული ფაქტები სხვა დაწესებულებებშიც გვხვდება.

პატიმრების მიმართ მოპყრობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოუგვარებლობა რამდენიმე მიზეზით არის განპირობებული. ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი ადმინისტრაციის მიერ პატიმართა მიმართ არასწორი მიდგომაა. რიგ დაწესებულებებში თავისუფლებაღკვეთილი პირების მიმართ ზემოქმედებისა და დასჯის უკანონო ზომების გამოყენება, როგორც წესი, წახალისებულია ზოგადად სისტემისა და დაწესებულებების ხელმძღვანელი პირების მიერ. ასევე, სისტემის თანამშრომელთა შორის დანერგილია დაუსჯელობის სინდრომი და ხშირ შემთხვევებში რიგი დაწესებულებების ხელმძღვანელობა უფრო მეტად ზრუნავს პრობლემის დამალვაზე, ვიდრე მის მოგვარებაზე. ხშირია შემთხვევები, როდესაც პატიმრებს სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით აიძულებენ, თავი შეიკავონ ოფიციალური საჩივრის გაგზავნისგან როგორც სახალხო დამცველთან, ასევე სხვა სტრუქტურებში. ფიქსირდება შემთხვევები, როდესაც მოლაპარაკებებით ადმინისტრაცია ცდილობს, პატიმრებს გადააფიქრებინოს საჩივრის გაგზავნა ამა თუ იმ სტრუქტურაში. პრობლემის მოგვარებას ასევე ხელს უშლის შესაბამისი საგამოძიებო ორგანოების პასიურობა და ფაქტებზე არასათანადო რეაგირება.

რაც შეეხება 2011 წლის შედეგებს, მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა არასათანადო მოპყრობის არაერთი ფაქტი, რომელთა შესახებ სახალხო დამცველმა მყისიერად მიმართა საქართველოს პროკურატურას გამოძიების დაწყების წინადადებით.

კიდევ უფრო ხშირი იყო შემთხვევები, როცა პირი მიუთითებდა მის მიმართ განხორციელებულ არასათანადო მოპყრობაზე, თუმცა თავს იკავებდა წერილობითი ახსნა-განმარტების მიცემისაგან.

საკმაოდ რეგულარულად პატიმრები ჯერ ახსნა-განმარტებას აძლევენ სახალხო დამცველს, რომელშიც დეტალურად აღწერენ მათ მიმართ ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური ძალადობის ფაქტებს, თუმცა ითხოვენ აღნიშნულის კონფიდენციალურად დატოვებას. „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-20 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად,

„საქართველოს სახალხო დამცველი და სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრი ვალდებული არიან, არ გაამჟღავნონ საიდუმლო და კონფიდენციალურად აღიარებული ინფორმაცია, აგრეთვე, პირის მკაფიოდ გამოხატული თანხმობის გარეშე, – მისი წამებისა და მის მიმართ სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის შესახებ ინფორმაცია“. აქედან გამომდინარე, არ ხდება არასათანადო მოპყრობის იმ ფაქტების გასაჯაროება, რომელთა რეაგირების გარეშე და კონფიდენციალურად დატოვებას თავად პატიმრები მოითხოვენ. აღნიშნული ტენდენციის ერთ-ერთი მაგალითია მიხეილ ი.-ს საქმე:

2011 წლის 5 სექტემბერს სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებულ პატიმარ მიხეილ ი.-ს, რომელმაც განმარტა, რომ გლდანის N8 დაწესებულებაში ყოფნისას სისტემატურად სცემდნენ. მას მონახულებისას ეტყობოდა დაზიანებები. მეორე დღესვე N18 სამკურნალო დაწესებულებაში მივლინებულ იქნა სპეციალური პრევენციული ჯგუფის სამედიცინო ექსპერტი, რომელსაც აღნიშნული დაზიანებები უნდა აღენერა, თუმცა მასთან შეხვედრისას პატიმარმა განაცხადა, რომ მისი ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, არ ახსოვდა, თუ რა ახსნა-განმარტება მისცა სახალხო დამცველის რწმუნებულს და მოითხოვა, რომ მის ახსნა-განმარტებას რეაგირება არ მოჰყოლოდა. მან განაცხადა, რომ სახალხო დამცველის დახმარებას აღარ საჭიროებდა.

ანალოგიური შედეგით დასრულდა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ასევე, ქსნის N15 დაწესებულებაში განთავსებულ პატიმართა არაერთი საქმე.

პრობლემასა ის გარემოებაც, რომ პატიმარი, რომელიც მიუთითებს მის მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტზე, ჩივილის შემდეგაც რჩება იმავე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში და შესაბამისად, იმავე თანამშრომლების მეთვალყურეობის ქვეშ, რომლებმაც მასზე ზეწოლა განახორციელეს, რაც წარმოშობს შიშის სინდრომს და რის გამოც პატიმარი ხშირ შემთხვევაში უარს ამბობს თავის განაცხადზე (მალხაზ ა.-ს საქმე). სახალხო დამცველმა არაერთხელ მიმართა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს ამ პატიმრების სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის რეკომენდაციით, თუმცა არც ერთი მიმართვა არ დაკმაყოფილებულა და ყველა შემთხვევაში სახალხო დამცველის აპარატი შემოდიოდა ერთი და იმავე შინაარსის პასუხები, რომ პატიმრის უსაფრთხოება დაცულია და იგი არ საჭიროებს სხვა დაწესებულებაში გადაყვანას.

პატიმრები აღნიშნავენ, რომ მათთან მისული საგამოძიებო ორგანოების წარმომადგენლები ან თავად არწმუნებენ, რომ უმჯობესია, უარი თქვან საჩივარზე, ან შემოიფარგლებიან ფორმალური გასაუბრებით. აღნიშნული განსაკუთრებით შეეხება სასჯელაღსრულების სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტის გამომძიებლებს.

საანგარიშო პერიოდში მოპყრობის მხრივ განსაკუთრებულად საყურადღებო აღმოჩნდა ქუთაისის N2, თბილისის N8 და N18 სამკურნალო დაწესებულებები, რადგანაც პატიმრების უმეტესობა მიუთითებდა, რომ მათ აღნიშნულ დაწესებულებებში დამამცირებლად და არაადამიანურად ეპყრობოდნენ. მოპყრობის მხრივ მდგომარეობა კვლავ გაუარესდა ქსნის N15 დაწესებულებაში, რასაც მოწმობს არაერთი მსჯავრდებულის განცხადება-საჩივარი, მიუხედავად იმისა, რომ მათმა უმრავლესობამ, ზემოთ მითითებული მიზეზების გამო აღარ ისურვა დაწესებულების ადმინისტრაციასთან დაპირისპირება და უარი თქვა საკუთარ საჩივარზე.

ქუთაისის N2 დაწესებულება

აღნიშნულ დაწესებულებაში გეგმური მონიტორინგი საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში ჩატარდა ორჯერ – 2011 წლის ზაფხულსა და ზამთარში. ზაფხულში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებული იყო 1451 პატიმარი. პატიმართა გადმოცემით, წინა წელთან შედარებით დაწესებულებაში განთავსებულ პირთა მიმართ ადმინისტრაციის



მხრიდან მოპყრობა საგრძნობლად გაუარესდა. უკანასკნელ პერიოდში თავი იჩინა პატიმართა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებმა. პატიმრები აღნიშნავენ, რომ ადმინისტრაციის თანამშრომლები ხშირად უხეშად და დამამცირებლად ექცეოდნენ. ყველაზე ხშირად არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი დისციპლინურ პასუხისმგებლობადაკისრებული და კარანტინში განთავსებული პატიმრები ხდებოდნენ. მათი თქმით, უკანასკნელი ორი თვის განმავლობაში, დაწესებულების შინაგანანესის დარღვევის შემთხვევაში, სამართო საკანში გადაყვანის ნაცვლად, როგორც ამას კანონი ითვალისწინებდა, პატიმართა უმეტესობა ჯერ დაწესებულების ე.წ. „ბოქსში“ გადაჰყავთ. „ბოქსი“ დაახლოებით 2–3 კვ.მ. ფართის მქონე საკანია, სადაც არ დგას მაგიდა, სკამი და არც სანოლი და სადაც დასჯილ პატიმრებს ათავსებდნენ ფეხშიშველებს, საცვლებისამარა, 3–იდან 24 საათამდე ხანგრძლივობით. ზოგიერთმა მსჯავრდებულმა ისიც აღნიშნა, რომ ისინი „ბოქსში“ ჩაყვანის შემდეგ სცემეს, თუმცა აღნიშნულის წერილობით დაფიქსირებისგან თავი შეიკავეს. ზოგიერთი პატიმრის გადმოცემით, ე.წ. „ბოქსებში“ ყოფნისას ადმინისტრაციის თანამშრომლები იატაკზე წყალს ასხამდნენ, რომ პატიმრებს წამოწოლის საშუალება საერთოდ მოსპობოდათ.

პატიმართა გადმოცემით, ისინი თავს იკავებენ ყოველდღიური გასეირნებისგან, რადგან ყოველი გადაადგილება შესაძლებელია დაწესებულების თანამშრომლებთან კონფლიქტის მიზეზი გახდეს, ისინი კი, ვინც მაინც სარგებლობს ამ უფლებით, აღნიშნავენ, რომ თუ სეირნობისას ერთი პატიმარი მაინც დაარღვევს შინაგანანესს (მაგალითად, მიესალმება სხვა პატიმარს), მთელი საკანი ისჯება და საკანში ბრუნდება.

ზემოაღნიშნული პრაქტიკის არსებობა ქუთაისის N2 დაწესებულებაში დაადასტურა მონახულებული პატიმრების უმრავლესობამ (მონახულებულ იქნა დაახლოებით 600 პატიმარი), რაც განსაკუთრებით დამაჯერებელს ხდის აღნიშნულ ფაქტებს, მით უმეტეს, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ქუთაისის N2 დაწესებულება არის დახურული ტიპისა, სადაც სხვადასხვა საკანში განთავსებულ პატიმრებს არანაირი კონტაქტი არ აქვთ ერთმანეთთან. გარდა ამისა, საანგარიშო პერიოდში სახალხო დამცველს არაერთი კოლექტიური თუ ინდივიდუალური განცხადებით მიმართეს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებულმა პატიმრებმა. ისინი საუბრობდნენ თავიანთი უფლებების უხეშ დარღვევასა და მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობაზე.

რთული მდგომარეობა იყო დაწესებულების საკარანტინე ნაწილშიც, სადაც ახლად შეყვანილ პატიმრებს ათავსებენ. პატიმრების თქმით, კარის ყოველი გახმაურებისას მათ აიძულებენ, თავზე ხელებდანყობილები დადგნენ ფანჯრისკენ სახით, იმ შემთხვევაში კი, თუ რომელიმე ვერ მოასწრო სანოლის მეორე სართულიდან დროულად ჩამოსვლა და ადმინისტრაციის მიერ მითითებულ მდგომარეობაში დადგომა, მთელი საკანი ისჯება. პატიმართა თქმით, ამ შემთხვევაში დასჯა გულისხმობს მათ დაჩოქებას თავზე ხელებდანყობილ მდგომარეობაში, რაც 1–2 საათიც კი გაგრძელდება. კარანტინში მყოფი პატიმრები ვეღარ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით. პატიმრები ასევე აღნიშნავენ, რომ კარანტინის საკნიდან შემოწმებაზე გასვლისას თანამშრომლები მათ მუცელში ან გვერდებში იდაყვებს ურტყამენ.

პატიმრების განცხადებით, მდგომარეობის გაუარესება 2011 წლის ივლისის თვიდან დაიწყო, რასაც პატიმრების უმრავლესობა დირექტორის შეცვლას უკავშირებდა. ყველაზე ხშირად პატიმრები არასათანადო მოპყრობის ფაქტების მონაწილედ ასახელებდნენ დაწესებულების დირექტორს, დიმიტრი ჯიჭონაიას, ასევე აღნიშნავენ, რომ განსაკუთრებული „აქტიურობით“ ამ მხრივ გამოირჩეოდა დაწესებულების სოციალური სამსახურის უფროსი ირაკლი ჯიშკარიანი, რომელზეც გასულ წლებში მიუთითებდნენ ზუგდიდის N4 დაწესებულების პატიმრებიც, თუმცა ამას წერილობით არ ადასტურებდნენ.

დასავლეთ საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების, მათ შორის, ქუთაისის N2 დაწესებულების მონიტორინგის შედეგები, 2011 წლის 29 აგვისტოს გამოქვეყნდა სახალხო დამცველის ოფიციალურ ვებგვერდზე⁴⁴⁹. სახალხო დამცველმა მოუწოდა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, სასწრაფოდ გაეტარებინა ყველა

449 <http://www.ombudsman.ge/index.php?page=1001&lang=0&id=1409>

საჭირო ღონისძიება ქუთაისის N2 დაწესებულებაში თავისუფლებადაცვეთილ პირთა უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად, ასევე დაეყენებინა ყველა იმ პირის პასუხისმგებლობის საკითხი, რომლებიც პატიმრებს არასათანადოდ ეპყრობოდნენ.

2011 წლის 11 სექტემბერს სახალხო დამცველის წარმომადგენლები კვლავ შეხვდნენ და გაესაუბრნენ ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულებს (დაახლოებით 100 პატიმარი). უმეტესობა ზეპირსიტყვიერად აღნიშნავდა, რომ 2011 წლის 09 სექტემბერს, დაახლოებით 21:00 საათზე, N2 დაწესებულებაში შევიდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სპეციალური დანიშნულების რაზმი, პატიმრების გარკვეული ნაწილი გამოიყვანეს საკნებიდან (ძირითადად C და D კორპუსში განთავსებული პატიმრები), სცემეს, ზოგიერთი დააბრუნეს საკანში, ზოგიერთი კი სამართლო საკანში გადაიყვანეს. მსჯავრდებულებმა დავით მ.-მ, გიორგი ს.-მ, გოგიტა ზ.-მ და იაკობ ხ.-მ წერილობით დაადასტურეს ზემოაღნიშნული ფაქტი.

მსჯავრდებულ დავით მ.-ს განმარტებით, 2011 წლის 09 სექტემბერს, დაახლოებით 21.00 საათზე, D-105 საკანში შევიდა სპეციალური დანიშნულების რაზმის დაახლოებით 10-12 თანამშრომელი, N2 დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლებთან ერთად. მათ ჩაატარეს საკნის ჩხრეკა, რა დროსაც, პატიმრის თქმით, უკანონო ნივთი ამოღებული არ ყოფილა. დაახლოებით 5-6 საათის შემდეგ დავით მ.-სთან მივიდა კონტროლიორი, ვინმე ბესო და ჩაიყვანა დაწესებულებაში მდებარე „ბოქსებთან“⁴⁵⁰, სადაც, დაწესებულების თანამშრომელ რომან რობაქიძესთან შელაპარაკების შემდეგ, მას უცნობმა პირმა უკნიდან ჩაარტყა თავში. პატიმარი აღნიშნავდა, რომ ამის შემდეგ იგი შეიყვანეს ოთახში, სადაც იმყოფებოდნენ დაწესებულების დირექტორი დიმიტრი ჯიჭონაია, აჩიკო ტაბატაძე და სხვა თანამშრომლები. დიმიტრი ჯიჭონაიამ მას მიაყენა სიტყვიერი და ფიზიკური შეურაცხყოფა. მსჯავრდებულის თქმით, დირექტორმა მას რამდენჯერმე ჩაარტყა თავი შუბლის არეში და დაემუქრა სასჯელის დამატებით. იგი გადაიყვანეს სამართლო საკანში, 3 დღის შემდეგ კი შეუფარდეს ერთი თვით ადმინისტრაციული პატიმრობა. მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ საბოლოოდ იგი გადაიყვანეს B-404 საკანში, სადაც კვლავ არასათანადოდ ეპყრობოდნენ – თანამშრომლები მიმართავენ უხეშად და აყენებენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას.

გიორგი ს.-ს განმარტებით, 2011 წლის 09 სექტემბერს იგი მოათავსეს C კორპუსის 324 საკანში. საკნის ჩხრეკის შემდეგ სპეციალური დანიშნულების რაზმის თანამშრომლებმა იგი გამოიყვანეს საკნიდან, ადმინისტრაციის თანამშრომელმა რომან რობაქიძემ მას დაუწყო ცემა, შემდეგ კი სპეცრაზმის თანამშრომლებს უბრძანა პატიმრის ქვედა სართულზე „ბოქსში“ ჩაყვანა. მსჯავრდებულის განმარტებით, „ბოქსებში“ ყოფნისას მას აიძულებდნენ, დამდგარიყო მუხლებზე, რომან რობაქიძე კი ხელს ურტყამდა თავში. მსჯავრდებულის თქმით, ამის შემდეგ იგი გადაიყვანეს სამართლო საკანში, სადაც იმყოფებოდა 2 დღე, შემდეგ კი შეუფარდეს ადმინისტრაციული პატიმრობა 1 თვის ვადით.

გოგიტა ზ.-ს განმარტებით, 2011 წლის 09 სექტემბერს C-219 საკანში შევიდა სპეციალური დანიშნულების რაზმისა და ადმინისტრაციის დაახლოებით 15 თანამშრომელი, მათ შორის, დიმიტრი ჯიჭონაია, მიშა გიგაური, რომან რობაქიძე, აჩიკო ტაბატაძე და ვინმე მამუკა, ჩაატარეს ჩხრეკა, რის შემდეგაც ცემით გაატარეს ე.წ. „კორიდორში“. მსჯავრდებულის გადმოცემით, განსაკუთრებული სისასტიკით სწორედ დაწესებულების თანამშრომლები იქცეოდნენ. საბოლოოდ, გოგიტა ზ.-საც შეუფარდეს ადმინისტრაციული პატიმრობა 1 თვის ვადით. სასამართლოდან დაბრუნების შემდეგ იგი გადაიყვანეს B-404 საკანში, სადაც შესვლის დროს დიმიტრი ჯიჭონაიამ და გაგა ლიპარტელიანმა დაუწყეს ცემა, რა დროსაც, მსჯავრდებულის თქმით, გონება დაკარგა. გოგიტა ზ. აღნიშნავდა, რომ მას დაასხეს წყალი, გონზე მოსვლის შემდეგ კი ცემით ჩაიყვანეს „ბოქსებში“, სადაც შიშველ მდგომარეობაში 7 საათი გააჩერეს.

იაკობ ხ.-ს გადმოცემით, 2011 წლის 09 სექტემბერს იგი იმყოფებოდა C-302 საკანში, რა დროსაც სპეციალური დანიშნულების რაზმის თანამშრომლებმა ჩაატარეს საკნის ჩხრეკა, რის შემდეგაც იგი ჩაიყვანეს „ბოქსებში“, სადაც დაახლოებით 4-5 საათი გააჩერეს. მსჯავრდებულის თქმით, ამ დროის განმავლობაში სპეცრაზმისა და დაწესებულების თანამშრომლებს ჩაყავდათ პატიმრები და ცემით

450 „ბოქსი“ დაახლოებით 2-3 კვ.მ. ფართის მქონე საკანია, სადაც არ არის მაგიდა, სკამი და არც საწოლი.

მსჯავრდებულები

ათავსებდნენ იქვე განლაგებულ „ბოქსებში“. მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ ისინი აიძულებდნენ პატიმრებს დაჩოქებას. იაკობ ხ.-ს შეეფარდა 60 დღით ადმინისტრაციული პატიმრობა.

2011 წლის 20 სექტემბერს, სახალხო დამცველმა „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტის თანახმად, ქუთაისის N2 დაწესებულებაში პატიმართა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე გამოძიების დაწყების წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს. 2011 წლის 18 ოქტომბერს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/43500 პასუხის თანახმად, დასავლეთ საქართველოს საოლქო პროკურატურის საგამოძიებო ნაწილში დაიწყო გამოძიება სს N088081011801 საქმეზე, ქუთაისის N2 დაწესებულების თანამშრომლების მიერ სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტების ფაქტზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 333-ე მუხლის მესამე ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

2012 წლის 24 იანვარს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/3211 პასუხის თანახმად, საქმეზე გრძელდება გამოძიება. პასუხის თანახმად, მოწმის სახით დაიკითხნენ გოგიტა ზ., დავით მ., იაკობ ხ. და გიორგი ს. და მათ ჩაუტარდათ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა.

2011 წლის 16 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატმა გამოითხოვა 2011 წლის 11, 12 და 13 სექტემბერს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებული 26 მსჯავრდებულის მიმართ ქუთაისის საქალაქო სასამართლოს მიერ გამოტანილი გადაწყვეტილების ასლები, რომლებითაც მსჯავრდებულებს შეეფარდათ ადმინისტრაციული პატიმრობა. ასევე – ქუთაისის N2 დაწესებულების დირექტორის დიმიტრი ჯიჭონაიას, განკარგულებები მსჯავრდებულისათვის ადმინისტრაციული პატიმრობის შეფარდების შესახებ.

სასამართლო გადაწყვეტილებების შესწავლის შედეგად გაირკვა, რომ 2011 წლის 11, 12 და 13 სექტემბერს ოცდაექსივე მსჯავრდებულმა ჩაიდინა ერთი და იმავე სახის გადაცდომა. კერძოდ, ქუთაისის საქალაქო სასამართლოს გადაწყვეტილებაში საქმეზე N3/398–11 აღნიშნულია, რომ მსჯავრდებული დავით ხ. იმყოფებოდა რა N2 დაწესებულების „C“ კორპუსზე, უკანონო გადაძახილით ცდილობდა მიეწოდებინა აკრძალული ინფორმაცია სხვა საკნებში მყოფი მსჯავრდებულებისათვის, რის გამოც მას შენიშვნა მისცა მორიგე თანამშრომელმა, ამის გამო მსჯავრდებულმა დაიწყო ყვირილი და უმისამართო ლანძღვა-გინება, რითაც აიყოლია სხვა მსჯავრდებულები და ამას მოჰყვა მსჯავრდებულების ხმაური.

აღსანიშნავია, რომ დანარჩენ 25 სასამართლოს გადაწყვეტილებაშიც სიტყვა-სიტყვით იგივეა მითითებული. ერთადერთი განსხვავებაა ის, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში „ლანძღვა-გინების“ მაგივრად აღნიშნულია, რომ მსჯავრდებულმა „გამოხატა აგრესია“.

სასამართლო გადაწყვეტილებების შესწავლის შედეგად გაირკვა, რომ 14 მსჯავრდებული 2011 წლის 9 სექტემბერს, ანუ ადმინისტრაციული პატიმრობის შეფარდებამდე 3–4 დღით ადრე, განათავსეს სამართლო საკანში, რის შემდეგაც დაწესებულების დირექტორის შუამდგომლობის საფუძველზე სასამართლომ მათ შეუფარდა ადმინისტრაციული პატიმრობა. ასევე, ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთ მსჯავრდებულს 2011 წლის 9 სექტემბრამდე არანაირი დარღვევა არ ჰქონია ან თუ ჰქონდა, გასული იყო კანონით დადგენილი ერთწლიანი ვადა.

ზემოაღნიშნული გადაწყვეტილებების ანალიზისას გამოვლინდა კიდევ ერთ ყურადსაღები დარღვევა:

პატიმრობის კოდექსის 87-ე მუხლის მეოთხე ნაწილის თანახმად, „დისციპლინურ სახდელდაუდებლად ითვლება პირი, რომელიც დისციპლინური სახდელის მოხდიდან 6 თვის განმავლობაში კვლავ არ ჩაიდენს დისციპლინურ დარღვევას. იმ შემთხვევაში, თუ ბრალდებულს/მსჯავრდებულს დაეკისრება ამ კოდექსის 82-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ვ“ და „ზ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული სახდელები, იგი დისციპლინურ სახდელდაუდებლად ჩაითვლება, თუ დისციპლინური სახდელის მოხდიდან 1 წლის განმავლობაში კვლავ არ ჩაიდენს დისციპლინურ დარღვევას“. ამავე კანონის 90-ე

მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, „თუ მსჯავრდებულმა დისციპლინური სახდელის მოქმედების ვადაში განმეორებით ჩაიდინა ამ კოდექსით გათვალისწინებული დისციპლინური დარღვევა, მას შესაძლებელია დაეკისროს ადმინისტრაციული პატიმრობა არა უმეტეს 60 დღე-ღამის ვადით“.

ქუთაისის საქალაქო სასამართლო N3/397-11 გადაწყვეტილებით მსჯავრდებულ ჰამლეტ კ.-ს 2011 წლის 11 სექტემბერს დაეკისრა ადმინისტრაციული პატიმრობა 30 დღე-ღამის ვადით. გადაწყვეტილების შესწავლის შედეგად ირკვევა, რომ მსჯავრდებულს ბოლო დისციპლინური სახდელი შეფარდებული ჰქონდა 2010 წლის 30 ივნისს (5 დღე-ღამე სამართლო საკანში). აღნიშნულიდან ირკვევა, რომ გასული იყო ერთ წელზე მეტი და მსჯავრდებული არ ითვლებოდა დისციპლინურ სახდელდადებულად. მიუხედავად აღნიშნულისა, გადაწყვეტილების თანახმად, სამართლებრივი შეფასების დროს მოსამართლემ დადგენილად მიიჩნია ის გარემოება, რომ მსჯავრდებული ადმინისტრაციული პატიმრობის შეფარდების შესახებ განკარგულების გამოტანის დროისთვის ითვლებოდა დისციპლინურ სახდელდადებულ პირად.

ახმედ ა.-ს საქმე

სახალხო დამცველს განცხადებით მიმართა ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებულმა მსჯავრდებულმა ახმედ ა.-მ. განმცხადებლის განმარტებით, 2011 წლის 25 ივლისს იგი გაიყვანეს დაწესებულების „D“ კორპუსის მე-3 სართულზე განლაგებულ სამორიგეო ნაწილში, სადაც დაწესებულების თანამშრომლებმა, ვინმე ანზორმა და ირაკლიმ, მიაყენეს ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა. აღნიშნულის მიზეზი, პატიმრის თქმით, გახდა მის მიერ კანონით კუთვნილი გასეირნების მოთხოვნა და ადმინისტრაციისგან უარის მიღების შემდეგ შიმშილობის დაწყების სურვილის გაცხადება.

მსჯავრდებულის განმარტებით, დაწესებულების თანამშრომლები ასევე შეეხნენ მის ეთნიკურ წარმომავლობას და ამ ნიადაგზეც მიაყენეს სიტყვიერი შეურაცხყოფა. შემდეგ იგი გადაიყვანეს ამავე დაწესებულების სამართლო საკანში, სადაც დაადეს ხელბორკილები, რეჟიმის უფროსი გაგა ლიპარტელიანი და კიდევ ერთი თანამშრომელი (რომლის სახელი და გვარიც არ იცის) აიძულებდნენ დაჩოქებას, რაზეც მსჯავრდებულმა უარი განაცხადა. მისი გადმოცემით, მას კვლავ სცემეს და მიაყენეს სიტყვიერი შეურაცხყოფა, შემდეგ კი შიშველი და ხელებზე ბორკილდადებული გადაიყვანეს დაწესებულების ე.წ. „ბოქსში“ (F102), სადაც გააჩერეს დაახლოებით 2 საათი. ამის შემდეგ იგი საკანში დააბრუნეს.

მსჯავრდებულის გადმოცემით, მას საკანში დაეწყო თავის ტკივილები და გულისრევის შეგრძნება. აღნიშნულის გამო მან მოითხოვა ექიმთან შეხვედრა, რაც არ დაკმაყოფილდა.

2011 წლის 27 ივლისს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ ახმედ ა.-ს თანასაკნელებს, რომლებმაც დაადასტურეს ის ფაქტი, რომ მსჯავრდებული 25 ივლისს, დაახლოებით 11 საათზე, დაწესებულების თანამშრომლებმა გაიყვანეს საკნიდან და დაახლოებით 15 საათზე შემოიყვანეს ნაცემ მდგომარეობაში.

სახალხო დამცველის რწმუნებულების მიერ ვიზუალური დათვალიერებისას მსჯავრდებულს სხეულზე აღნიშნებოდა შემდეგი დაზიანებები: ზურგის არეში – დაახლოებით 10-15 სმ-ის სამი სისხლნაჟღენთი, გულმკერდისა და კისრის მიდამოებში – მრავლობითი სისხლნაჟღენთები და ექსკორიაციები, ორივე ფეხის მუხლზე – ფუფხით დაფარული ნაჭდევები, ორივე ხელის მაჯაზე – ჰიპერემია და ნაჭდევი, შეშუპება თავის არეში.

2011 წლის 1 აგვისტოს „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, სახალხო დამცველმა წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს გამოძიების დაწყების მოთხოვნით მსჯავრდებულ ახმედ ა.-ს სხეულის დაზიანების ფაქტთან დაკავშირებით და რეკომენდაციით, უმოკლეს დროში

საქართველოს
სახალხო
დამცველის
რწმუნებულების
მიერ

ჩატარებულიყო სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა მსჯავრდებულის სხეულზე არსებული დაზიანებების წარმომავლობისა და ხანდაზმულობის დასადგენად. იმავე დღეს სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს, უმოკლეს ვადებში უზრუნველყო ახმედ ა.-ს გადაყვანა სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ასევე, უზრუნველყო მისი უსაფრთხოება, რადგან სახალხო დამცველისადმი გაგზავნილ განცხადებაში მსჯავრდებული შესაძლებლად მიიჩნევდა, რომ ზემოაღნიშნული განცხადების შემდეგ მას დაემუქებოდა საფრთხე დაწესებულების თანამშრომლების მხრიდან.

2011 წლის 9 აგვისტოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარისგან მიღებული N10/3/13-10624 პასუხის თანახმად, მსჯავრდებულ ახმედ ა.-ს უსაფრთხოება აყვანილი იყო კონტროლზე. რაც შეეხება მის გადაყვანას სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, აღნიშნული მოთხოვნა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მხრიდან არ დაკმაყოფილდა.

საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/31797 პასუხით გვეცნობა, რომ 2011 წლის 9 აგვისტოს დაიწყო წინასწარი გამოძიება სსკ-ის 144³-ე (დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობა) მუხლის მეორე ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

2012 წლის 24 იანვარს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/3213 პასუხის თანახმად, დასავლეთ საქართველოს საოლქო პროკურატურის საგამოძიებო ნაწილში მიმდინარეობს გამოძიება სს N088090811801 საქმეზე, ახმედ ა.-ს მიმართ არაადამიანური მოპყრობის განხორციელების ფაქტზე. ამავე პასუხის თანახმად, გამოძიების მიერ დაზარალებულად არის ცნობილი და ამავე სტატუსითაა დაკითხული მსჯავრდებული. წერილის თანახმად, მას ჩაუტარდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა. საქმეზე დაიკითხნენ მოწმეები, მათ შორის, დაზარალებულის მიერ მითითებული პატიმრები.

შალვა ყ.-ს საქმე

2011 წლის 22 ივლისს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებულ პატიმარს შალვა ყ.-ს. 2011 წლის 20 ივლისს, N2 დაწესებულებაში შეყვანისას სხეულის გარეგნული დათვალიერების ოქმის თანახმად, პატიმარ შალვა ყ.-ს სხეულზე სხვადასხვა სახის დაზიანებები აღენიშნებოდა, კერძოდ: მარჯვენა თვალებუდის მარცხენა მიდამოში – სისხლნაჟღენთი, მარჯვენა თვალებუდის ქვედა მიდამოში – მონითალო ფერის წერტილოვანი სისხლნაჟღენთი, მარჯვენა და მარცხენა მხრების მიდამოში – ექსკორიაციები, ზურგის მიდამოში – მრავლობითი ექსკორიაციები.

N2 დაწესებულებაში შედგენილი გარეგნული დათვალიერების ოქმის მიხედვით აღნიშნული დაზიანება პატიმარმა პოლიციის თანამშრომლებისთვის წინააღმდეგობის გაწევის დროს მიიღო.

სახალხო დამცველის რწმუნებულთან შეხვედრისას პატიმარმა შალვა ყ.-მ აღნიშნა, რომ მას ფიზიკური შეურაცხყოფა მიაყენეს როგორც პოლიციის, ასევე დაწესებულების თანამშრომლებმაც. მისი განმარტებით, სასჯელაღსრულების დაწესებულების თანამშრომლებისთვის არავითარი წინააღმდეგობა არ გაუწევია, თუმცა, პატიმრის გადმოცემით, დაწესებულების სამორიგეო ნაწილში განთავსებისთანავე მას ცემა დაუწყო დაწესებულების რამდენიმე თანამშრომელმა. მას სცემდნენ ნაქცეულ მდგომარეობაში და აყენებდნენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას. ცემის შემდეგ იგი სამორიგეო ნაწილის ერთ-ერთ საკანში შეიყვანეს, სადაც მან ხელბორკილებით 2 დღე დაყო.

პატიმარს სხეულზე სხვადასხვა სახის დაზიანებები სახალხო დამცველის რწმუნებულთან შეხვედრის დროსაც აღენიშნებოდა, კერძოდ, მარცხენა თვალებზე – სისხლნაჟღენთი, მარჯვენა თვალებზე – ექსკორიაცია, მარცხენა ხელზე – მოყვითალო ფერის სისხლნაჟღენთი და ექსკორიაციები, მარჯვენა ბეჭზე – ფუფხი, ასევე, ზურგის არეში – მრავლობითი ექსკორიაციები.

2011 წლის 26 ივლისს სახალხო დამცველის რწმუნებულები იმყოფებოდნენ ქუთაისის დროებითი მოთავსების იზოლატორში, სადაც გაეცნენ ბრალდებულ შალვა ყ.-ს შესახებ წარმოდგენილ დოკუმენტაციას. გარეგნული დათვალიერების ოქმის თანახმად, მას მარცხენა ხელის მტევანზე აღენიშნებოდა მცირე ზომის ექსკორიაცია, რომელიც მიღებული ჰქონდა დაკავებამდე. ოქმის თანახმად მას სხვა სახის დაზიანება არ გააჩნდა.

თუ ქუთაისის დმი-სა და N2 სასჯელაღსრულების დაწესებულების ჩანაწერებს სარწმუნოდ მივიჩნევთ, აღმოჩნდება, რომ პატიმარი დმი-ში პრაქტიკულად დაზიანებების გარეშე შევიდა, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მიღების დროს კი, ექიმის მიერ დათვალიერებისას, მას უკვე აღენიშნებოდა არასათანადო მოპყრობისთვის დამახასიათებელი დაზიანებები. ამგვარად, მხოლოდ დმი-სა და სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში არსებული ჩანაწერებით შეუძლებელია პატიმრის დაზიანებების წარმომავლობისა და მიზეზების დადგენა.

2011 წლის 04 აგვისტოს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა და პატიმარ შალვა ყ.-სთან გასაუბრებისას შედგენილი ოქმის ასლი.

საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/32002 პასუხის თანახმად, 2011 წლის 10 აგვისტოს დასავლეთ საქართველოს საოლქო პროკურატურის საგამოძიებო ნაწილში დაიწყო გამოძიება სს საქმეზე, N2 დაწესებულებაში განთავსებული პატიმრის მიმართ პოლიციისა და ციხის ადმინისტრაციის თანამშრომლების მიერ დამამცირებელი და არაადამიანური მოპყრობის განხორციელების ფაქტზე საქართველოს სსკ-ის 144³-ე მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

2012 წლის 24 იანვარს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/3212 პასუხის თანახმად, საქმეზე დაზარალებულად ცნობილია შალვა ყ. მას ჩაუტარდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა. გამოძიების მიერ დაიკითხნენ მოწმეები, მათ შორის, ქუთაისის N2 დაწესებულებისა და დროებითი მოთავსების იზოლატორის თანამშრომლები. ამავდროულად, პასუხის თანახმად, მოპოვებულ იქნა შალვა ყ.-ს ბრალდების საქმეზე, 2011 წლის 09 აგვისტოს დასრულებული ამბულატორიული კომპლექსური სასამართლო ფსიქიატრიული – ფსიქოლოგიური ექსპერტიზის დასკვნა, რომლის თანახმად, იგი არის შეურაცხადი, თავისი ფსიქიკური მდგომარეობით არ შეუძლია მისცეს სწორი ჩვენება, მონაწილეობა მიიღოს საგამოძიებო და სასამართლო მოქმედებებში. აღნიშნულიდან გამომდინარე, გამოძიების მიერ ვერ ხერხდება შალვა ყ.-ს დაზარალებულის სახით დაკითხვა.

* * *

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ 2012 წლის ზამთარში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში განთავსებული იყო 1464 პატიმარი. პატიმრებთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ ერთადერთი, რაც შეიცვალა გასულ რამდენიმე თვეში, არის ის, რომ შეწყდა პატიმრების მოთავსება ე.წ. „ბოქსებში“. თუმცა თანამშრომლები მათ კვლავ ექცევიან უხეშად, გამოიმწევა და დამამცირებლად. პატიმრების თქმით, ნებისმიერი კონტაქტი დაწესებულების თანამშრომლებთან შეიძლება მათი მხრიდან კონფლიქტის და შეურაცხყოფის მიზეზი გახდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ პატიმრებს ერთ საათზე მეტი ხნით ეძლევათ უფლება, გავიდნენ სუფთა ჰაერზე, მათი უმრავლესობა აცხადებს, რომ ისინი ერიდებიან აღნიშნული უფლებით სარგებლობას, რადგანაც იმ შემთხვევებშიც კი, თუ ერთი პატიმარი მეორეს მიესალმება, გასეირნება წყდება და პატიმრებს აბრუნებენ საკნებში. ამგვარად, ქუთაისის #2 დაწესებულებაში კვლავ გამოიყენება კოლექტიური დასჯის მეთოდები – ერთი პატიმრის გადაცდომისთვის ისჯება მთელი საკანი, რაც ადმინისტრაციისთვის ზეწოლის დამატებითი მექანიზმია. დაწესებულების „A“, „B“ და „C“ საცხოვრებელ კორპუსზე მდებარე საკნებში ადმინისტრაცია პატიმრებს აიძულებს მორიგეობის დაწესებას, ხოლო მორიგე პატიმარს თავისი მორიგეობის დროს პასუხი მოეთხოვება სხვა

საქართველოს
საგარეო
საგანგებო
სამსახური

პატიმრების ქმედებებზეც. მორიგეობაზე უარის თქმა, თავის მხრივ, ფიზიკური შეურაცხყოფის ან დასჯის მიზეზი ხდება.

მონიტორინგის ჯგუფმა მოინახულა სამართლო საკნებში განთავსებული პატიმრები, რომლებმაც განაცხადეს, რომ არც განთავსებისას და არც მას შემდეგ მათ მიმართ რაიმე სახის ზეწოლა არ განხორციელებულა, თუმცა სხვა საკნებში განთავსებულმა რამდენიმე მსჯავრდებულმა აღნიშნა, რომ როცა ისინი სამართლო საკნებში იმყოფებოდნენ, მათ, დამცირების მიზნით, ყოველი დილის შემოწმებისას გაშიშვლებას აიძულებდნენ. აქვე აღსანიშნავია, რომ სამართლო საკნებში მონიტორინგის დროს საგრძნობლად ციოდა, რადგან, პატიმართა განმარტებით, აბანოს დღეებში (ორშაბათი, სამშაბათი, ოთხშაბათი და ხუთშაბათი) ცენტრალური გათბობა საღამომდე არ ირთვებოდა.

მონიტორინგის დროს კარანტინში იმყოფებოდა 23 პატიმარი. კარანტინის საკნის გაღებისას პატიმრები თავზე ხელებდანყობილ მდგომარეობაში დგებოდნენ სახით ფანჯრისკენ. რამდენიმე მათგანმა აღნიშნა, რომ მათ დღეში დაახლოებით სამ-ოთხჯერ უწევდათ ამ მდგომარეობაში სარკმელთან განთავსება, რაც ზოგჯერ შესაძლოა ნახევარი საათიც კი გაგრძელებულიყო. მათი თქმით, საწოლიდან წამებში არანერწყვით შემთხვევაში მათ დაწესებულების თანამშრომლები სჯიან. პატიმართა ნაწილმა ისიც აღნიშნა, რომ კარანტინში ყოფნისას, დილის შემოწმებაზე, მათ ადმინისტრაციის თანამშრომლები აყენებდნენ ფიზიკურ და სიტყვიერ შეურაცხყოფას, თუმცა, მათივე თქმით, ეს რეგულარულად არ ხდებოდა.

აღსანიშნავია, რომ N2 დაწესებულებაში არსებული „განსაკუთრებული“ რეჟიმისა და მოპყრობის გამო პატიმრებსა და ადმინისტრაციის თანამშრომლებს შორის განწყვეტილია ურთიერთობა. დაწესებულებაში გამეფებულ შიშის სინდრომზე მეტყველებს ისიც, რომ პატიმრების თქმით, ისინი უკიდურესი საჭიროების შემთხვევაშიც კი ერიდებიან სამედიცინო დახმარების მოთხოვნას. ერთ-ერთი პატიმრის თქმით, იგი მანამ ერიდებოდა ექიმის დაძახებას, სანამ მდგომარეობა არ გაუართულდა და სასწრაფოდ საოპერაციო არ გახდა.

ზუგდიდის N4 დაწესებულება

აღნიშნული დაწესებულება ერთ-ერთი იმათგანია, რომელზეც სახალხო დამცველმა იქ არსებული პირობების გამო ლიკვიდაციის რეკომენდაცია გასცა. აღსანიშნავია, რომ მონიტორინგის დროს N4 დაწესებულებაში განთავსებული პატიმრები არ მიუთითებენ მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობაზე. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სხვა დაწესებულებებში განთავსებული მსჯავრდებულები, რომლებიც ზუგდიდიდან გადმოიყვანეს, ხშირად აღნიშნავენ, რომ ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში მათ არასათანადოდ და დამამცირებლად ეპყრობოდნენ, თუმცა წერილობითი ახსნა-განმარტების მიცემისაგან თავს იკავებენ. მონიტორინგის ჯგუფისთვის ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში შესამჩნევი იყო პატიმართა დაძაბულობა საკნის კარის გაღების დროს – ყველა მათგანი სასწრაფოდ ზურგზე ხელებდანყობილი დგებოდა ფანჯარასთან და ასეთივე მდგომარეობაში მონიტორინგის ჯგუფის შეკითხვებს პასუხობდა ერთხმად, რომ დაწესებულებაში ყველაფერი „იდეალურად“ იყო.

მურმან კ.-ს საქმე

2011 წლის 3 ნოემბერს საქართველოს სახალხო დამცველს განცხადებით მიმართა 2011 წლის 31 ოქტომბერს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში გარდაცვლილი პატიმრის, მურმან კ.-ს, დამ. განმცხადებელის თქმით, მსჯავრდებულს აღენიშნებოდა სიცოცხლისდროინდელი დაზიანებები.

2011 წლის 16 ნოემბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N19 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებულ

მსჯავრდებულებს, შ. კ.-ს და გ. ო.-ს, რომელთა ეტაპირებაც მოხდა მ.კალანდიასთან ერთად ზუგდიდის N4 დაწესებულებიდან.

მსჯავრდებულ შ.კ.-ს განმარტებით, იგი ორი დღის განმავლობაში იმყოფებოდა ზუგდიდის N4 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილში მურმან კ.-სთან ერთად, რის შემდეგაც ისინი გადაიყვანეს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში. მისი თქმით, ეტაპირებისას მსჯავრდებული მ.კ. იმდენად შეუძლოდ გრძნობდა თავს, რომ მიკროავტობუსით მგზავრობისას იგი ჩამოვარდა სკამიდან, დაარტყა ცხვირი და წამოუვიდა სისხლი. შ.კ.-ს თქმით, ქუთაისის N2 დაწესებულებაში შეყვანის შემდგომ იგი მ.კალანდიასთან ერთად მოათავსეს F-107 საკანში, ე.წ. ბოქსში. შ.კ.-ს განმარტებით, მამუკა კ. იყო ძალიან ცუდად, თუმცა დაწესებულების ექიმმა მას მისცა მხოლოდ ვალიდოლი. მსჯავრდებულის თქმით, მან კვლავ მიმართა ექიმს და უთხრა, რომ მსჯავრდებული იყო უგონოდ და ესაჭიროებოდა დახმარება, რაზეც ექიმმა შ.კ.-ს მისცა „რჩევა“, „გაულანუნე და გამოფხიზლდება, ტუბმა ასე იცისო.“ მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ მამუკა კ. ცოტა ხანში გარდაიცვალა.

მსჯავრდებული გ. ო.-ც ადასტურებდა იმ ფაქტს, რომ მამუკა კ. იყო ძალიან ცუდად, რის გამოც მიკროავტობუსით მგზავრობისას ჩამოვარდა და დაეცა სახით.

პენიტენციურ სისტემაში არსებული სამედიცინო მომსახურების ნაკლოვანებებზე საქართველოს სახალხო დამცველის არაერთ ანგარიშშია საუბარი. ზემოთ აღწერილი ფაქტები ცხადყოფს ავადმყოფი პატიმრისადმი დანაშაულებრივ გულგრილობას ზუგდიდის N4 და ქუთაისის N2 დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისა და ზოგადად, ადმინისტრაციის მხრიდან. უმძიმესი ავადმყოფი, ჯანმრთელობის მდგომარეობის უკიდურეს გაუარესებამდე, ზუგდიდის N4 დაწესებულების პირობებში იმყოფებოდა, სადაც ჯანმრთელი პატიმრების განთავსებაც კი არ არის მიზანშეწონილი. ზუგდიდიდან ტრანსპორტირებისას საჭიროდ არ მიიჩნიეს მძიმე ავადმყოფის სასწრაფო დახმარების მანქანით გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში. ამის მაგივრად იგი საბადრაგო მიკროავტობუსით გადაიყვანეს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, სადაც ასევე ადეკვატურად არ შეაფასეს მსჯავრდებულის მდგომარეობა და იგი მოათავსეს არა სამედიცინო ნაწილში, არამედ „ბოქსში“, სადაც ზოგადად არაადამიანური პირობებია, მით უმეტეს, მამუკა კ.-ს მდგომარეობაში მყოფი პირისთვის „ბოქსის“ პირობებში ყოფნა აბსოლუტურად დაუშვებელი იყო. სახალხო დამცველის აზრით, სავარაუდოდ, ყოველივე ზემოაღნიშნულმა ხელი შეუწყო ლეტალური შედეგის დადგომას.

2011 წლის 25 ნოემბერს სახალხო დამცველმა მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს გამოძიების დაწყების წინადადებით და მოთხოვნით, განხილულიყო ზუგდიდის N4 და ქუთაისის N2 დაწესებულებების შესაბამის თანამშრომელთა პასუხისმგებლობის საკითხი.

საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/52268 პასუხით გვეცნობა, რომ 2011 წლის 31 ოქტომბერს დაიწყო გამოძიება სს N073311011002 საქმეზე, 116-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით. ამავე პასუხის თანახმად, საქმეზე დაიკითხნენ მოწმეები, მათ შორის, სახალხო დამცველის მიერ დასახელებული მსჯავრდებულები, ასევე, სასჯელარულების დეპარტამენტის N2 დაწესებულების თანამშრომლები და სამედიცინო პერსონალი. გამოძიების დროს დათვალიერდა შემთხვევის ადგილი, დაინიშნა სასამართლო სამედიცინო და ტრასოლოგიური ექსპერტიზები.

2012 წლის 07 თებერვალს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში კვლავ გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა, რომლითაც ვითხოვდით ინფორმაციას ზემოაღნიშნულ საქმეზე გამოძიების მიმდინარეობის თაობაზე. საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული პასუხის თანახმად, „ჩატარებული გამოძიებით დადგინდა, რომ მსჯავრდებულ მურმან კ.-ს სიკვდილის უშუალო გამომწვევი მიზეზი არის ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია, განვითარებული ფილტვების ორმხრივი ტუბერკულოზის შედეგად და მისი გარდაცვალების ფაქტი დაკავშირებული არ არის სხვა პირის ბრალეულ ან არამართლზომიერ ქმედებასთან.“ პასუხის თანახმად, 2011 წლის



29 დეკემბერს სისხლის სამართლის საქმეზე გამოძიება შეწყდა სისხლის სამართლის კანონით გათვალისწინებული ქმედების არარსებობის გამო.

საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული პასუხებით ჩანს, რომ გამოძიებამ საჭიროდ არ მიიჩნია, დაეკითხა ზუგდიდის N4 დაწესებულების თანამშრომლები და სამედიცინო პერსონალი. გამოძიება ასევე არ დაინტერესებულა საკითხით, თუ რატომ იმყოფებოდა უმძიმესი ავადმყოფი ჯანმრთელობის მდგომარეობის უკიდურეს გაუარესებამდე, ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში და ტრანსპორტირებისას რატომ არ მიიჩნიეს საჭიროდ ასეთი მძიმე ავადმყოფის სასწრაფო დახმარების მანქანით გადაყვანათ სამკურნალო დაწესებულებაში.

საქმეში „მახარაძე და სიხარულიძე საქართველოს წინააღმდეგ“, რომელშიც ევროსასამართლომ ევროკონვენციის მე-2 მუხლის (სიცოცხლის უფლება) დარღვევა დაადგინა, სასამართლომ მიიჩნია, რომ აღნიშნული დარღვევა გამოწვეული იყო იმ გარემოებით, რომ სახელმწიფომ არ მიიღო დროული და ადეკვატური ზომები ნ.მახარაძის სიცოცხლის გადასარჩენად, რომელიც ციხეში დაავადებული იყო ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმით.

„სასამართლო შეშფოთებით აღნიშნავს, რომ ყველა ეს ხარვეზი გამოწვეული იყო იმ ფაქტით, რომ მიუხედავად ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმების გაავრცელების სულ უფრო და უფრო შემამოფოთებელი მასშტაბებისა და ამასთან დაკავშირებული სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლისა საქართველოს ციხეებში, რომელიც ქვეყანაში აღინიშნება მრავალი წელია, სახელმწიფოს შესაბამისმა ორგანოებმა მხოლოდ 2008 წლის მარტში დაიწყეს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჯერ კიდევ 1997 წელს რეკომენდებული ჯანდაცვის სტანდარტული ზოგადი ღონისძიებების გატარება (იხ. ზემოთ, პარ. 46–48 და 65). სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო სფეროს ამგვარი მანკიერი მართვა, რამაც პირდაპირ გამოიწვია ან ხელი შეუწყო პირველი გამცხადებლის სიკვდილს, არ შეიძლება იქნას გამართლებული რესურსების ნაკლებობით (იხ. *mutatis mutandis*, დიბეკუ, ზემოთ ციტირებული, პარ. 50).“⁴⁵¹

სასამართლომ მიიჩნია, რომ მითითებული ხარვეზების თუნდაც ნაწილი დროულად აღმოიფხვრებოდა, პატიმარი დროულად რომ გადაეყვანათ ადეკვატურ სამკურნალო დაწესებულებაში ან რომ გადაეადგინათ მისი სასჯელი სრულ ან ნაწილობრივ გამოჯანმრთელებამდე. „სასამართლო კიდევ ერთხელ იმეორებს, რომ იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო გადაწყვეტს მძიმე ავადმყოფისთვის თავისუფლების აღკვეთას ან მის ციხეში დატოვებას, მან ავადმყოფისთვის უნდა უზრუნველყოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სპეციფიკური საჭიროებების ადეკვატური პირობები სასჯელაღსრულების სისტემაში (იხ. ფარბტუსი, ზემოთ ციტირებული, პარ. 56; ისავეი უკრაინის წინააღმდეგ, N28827/02, § 20756/04, 2009 წლის 28 მაისი).“⁴⁵²

გლდანის N8 დაწესებულება

მოპყრობისა და რეჟიმის კუთხით, გლდანის N8 დაწესებულებაში რთული მდგომარეობაა. ზაფხულის მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ აღნიშნულ დაწესებულებაში პატიმრების მიმართ მოქმედებს განსაკუთრებული წესები: დღის განმავლობაში მათ არ ჰქონდათ ძილის უფლება, ასევე, ეკრძალებოდათ ორსართულიანი საწოლის მეორე სართულზე წამოწოლა ცი. მიუხედავად აუტანელი სიცხისა, მათ არ ჰქონდათ უფლება, საკანში ყოფნის დროს გაეხადათ მაისური, მოესმინათ რადიოსთვის საშუალო ხმაზე მაინც და ეთამაშათ ნარდი ისე, რომ კამათელი გაეგორებინათ ხის დაფაზე, ვინაიდან, ადმინისტრაციის აზრით, ეს იწვევდა ზედმეტ ხმაურს, რაც დასჯის მიზეზი ხდებოდა. შთამბეჭდავი იყო ის ფაქტიც, რომ გლდანის დაწესებულებაში, რომელიც 3500 კაცზე მეტს იტევს, საოცარი სიჩუმე იდგა, რამაც ასევე მიიპყრო წამების საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (CPT) ყურადღება 2010 წელს განხორციელებული ვიზიტის დროს.

451 „სიხარულიძე და მახარაძე საქართველოს წინააღმდეგ“, 2011 წლის 22 ნოემბერი, პარ. 90

452 იქვე, პარ.91

კომიტეტის 2010 წლის ანგარიშში აღნიშნულია: „გლდანის N8 საპყრობილეში ვიზიტის დროს კომიტეტს პრაქტიკულად არ მიუღია განცხადებები არასათანადო მოპყრობის შესახებ. თუმცა, მოგვიანებით, სხვა დაწესებულებებში განთავსებულმა რამდენიმე პატიმარმა განუცხადა დელეგაციის წევრებს, რომ მათ გლდანის საპყრობილეში ყოფნისას არასათანადოდ ექცეოდნენ თანამშრომლები, განსაკუთრებით კი „კარცერსა“ და საშხაპეებში, ასევე დაწესებულებაში მიღების დროს. როგორც პატიმრები ამტკიცებდნენ, ფიზიკური შეურაცხყოფა (კეტით, მუშტით, წიხლით ცემა) მოჰყვებოდა ისეთ დარღვევებს, როგორიცაა საკნის კარზე დაკაკუნება, ერთმანეთში ხმამაღალი ლაპარაკი ან სხვა საკნებში განთავსებულ პატიმრებთან გამოლაპარაკება. დელეგაციამ აღნიშნა, რომ გლდანის საპყრობილეში ვიზიტის დროს საკნებში უჩვეულო სიჩუმე სუფევდა.“⁴⁵³

სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფთან გასაუბრებისას პატიმრები აცხადებდნენ, რომ ზემოაღნიშნული უმკაცრესი წესების ელემენტარული დარღვევის შემთხვევაშიც კი ისინი სასტიკად ისჯებოდნენ – მათ ან სცემდნენ, ან დასჯის მიზნით გადაჰყავდათ დაწესებულების კარანტინში, რაც ასევე უკანონოა, რადგან საკარანტინე საკანი არ არის დასჯისთვის განკუთვნილი, თუმცა, გამომდინარე იქიდან, რომ დაწესებულების კარანტინში განსაკუთრებით აუტანელი პირობები იყო, დასჯის ეს მეთოდი რეგულარულად გამოიყენებოდა. მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში განთავსებულმა ერთ-ერთმა პატიმარმა განაცხადა, რომ ხმაურის შემთხვევაში შედიან დაწესებულების თანამშრომლები და პატიმრებს სცემენ. მისი განმარტებით, დაახლოებით ერთი წლის განმავლობაში 8-ჯერ იქნა ნაცემი, თუმცა აღნიშნულის წერილობითი დადასტურება არ ისურვა.

აღსანიშნავია, როგორც ქუთაისის N2, ასევე გლდანის N8 დაწესებულებაში გამოიყენება კოლექტიური დასჯის მეთოდები – ერთი პატიმრის გადაცდომისთვის ისჯება მთელი საკანი, რაც ადმინისტრაციისთვის ზეწოლის დამატებითი მექანიზმია – პატიმარი, თავისი ქმედებებით, პასუხისმგებელი ხდება თავისი თანასაკნელების მიმართ და ამავე დროს პასუხს აგებს თანასაკნელების მიერ ჩადენილ გადაცდომებზეც.

როგორც ქუთაისში, ასევე გლდანში განთავსებული პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ საკუთარი სურვილით აცხადებს უარს სეირნობაზე და 24 საათს ატარებს საკანში, ვინაიდან პატიმრებს აიძულებენ, სირბილით გადაადგილდნენ სასეირნო ეზომდე და ნებისმიერი შეფერხება თანამშრომლების მხრიდან შეურაცხყოფის, უხეშობისა და დამცირების მიზეზი ხდება. გარდა ამისა, მონიტორინგის ჯგუფმა ნახა შემთხვევა, როდესაც ნევროლოგიური პრობლემების მქონე პატიმარი, რომელსაც გადაადგილება ძალიან უჭირდა, არ დადიოდა სასეირნოდ, რა მიზეზითაც, იმის გამო, რომ ერთი კაცის დარჩენა საკანში აკრძალულია, მთელი საკანი მოკლებული იყო სუფთა ჰაერზე გასვლის შესაძლებლობას.

დაწესებულებაში სულ იყო 15 საკარანტინე საკანი. მათგან 7 განკუთვნილი იყო იმ პატიმრებისთვის, რომლებიც გაჰყავდათ სასამართლო პროცესებზე. აღნიშნულ 7 საკანში არ იყო საწოლები, იდგა მხოლოდ სკამები. ამ შვიდი საკნიდან სამი გამოყენებული იყო, როგორც დამატებითი საკარანტინე ოთახი და იქ რამდენიმე დღით, ხშირად კვირით, ათავსებდნენ პატიმრებს. შესაბამისად, პატიმრებს სკამზე ან პირდაპირ ბეტონის იატაკზე უწევდათ ძილი. დაწესებულების ადმინისტრაცია მათ არც ლეიბებით და არც გადასაფარებლებით არ უზრუნველყოფდა.

დანარჩენ 8 საკარანტინე საკანში იდგა 48 საწოლი. თითოეულ საკანში – სამი ორსართულიანი საწოლი, მცირე ზომის მაგიდა. საკნებს აქვს მცირე ზომის ფანჯარა, რომელიც სანახევროდ იღება. მონიტორინგის დროს საწოლებზე არ იყო დაგებული ლეიბი და გადასაფარებელი. საკანში იყო ჩახუთული ჰაერი და იდგა სპეციფიკური სუნი. პატიმრების განმარტებით, კარანტინში ყოფნისას მათ არ მიეწოდებოდათ ჰიგიენური საშუალებები და არ ჰქონდათ შხაპის მიღების საშუალება. ზოგიერთ საკანში მოშლილი იყო წყალგაყვანილობის სისტემა. გასეირნების უფლებით კარანტინში განთავსებული პატიმრები ასევე ვერ სარგებლობდნენ. მათ სამედიცინო დახმარებაზეც ძნელად მიუწვდებოდათ ხელი.

453 ანგარიში საქართველოს ხელისუფლებას წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (წამების საწინააღმდეგო კომიტეტი) საქართველოში ვიზიტის შესახებ, პარ.49

აღსანიშნავია, რომ პაციმრები მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობის წერილობითი დადასტურებისგან თავს იკავებენ, თუმცა დაწვრილებით ჰყვებიან მათ ან სხვა პაციმრების მიმართ განხორციელებულ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე. ყველაზე ხშირად სახელდებოდა ვინმე „ანგო“, „ხონსკი“ და ბექა მჭავანაძე. ზაფხულში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ჰყვებოდნენ ქერა, ცისფერთვალეა თანამშრომელზე, ვინმე ოლეგზე. უფრო ხშირია შემთხვევები, როცა მონიტორინგის დროს სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს სხვა დაწესებულებაში განთავსებული პაციმრები ესაუბრებიან გლდანის N8 დაწესებულებაში პაციმრების მიმართ არაადამიანური მოპყრობის ფაქტებზე, თუმცა ამ შემთხვევაშიც ისინი ფაქტების გასაჯაროებისგან თავს იკავებენ.

გლდანის დაწესებულებაში არსებული მოპყრობის სიმძიმეს ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ თბილისის N1 დაწესებულებაში, რომლის ლიკვიდაციის თაობაზეც იქ არსებული არაადამიანური პირობების გამო, სახალხო დამცველმა არაერთხელ გასცა რეკომენდაცია, გლდანის N8 დაწესებულებიდან გადაყვანილი მსჯავრდებულები ერთხმად აღნიშნავდნენ, რომ ისინი ბევრად უკეთეს პირობებში იმყოფებოდნენ, ვიდრე ახლად აშენებულ გლდანის ციხეში. იგივე მდგომარეობა დახვდა მონიტორინგის ჯგუფს N12 დაწესებულებაში, რომელიც ყოფილი მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულების ტერიტორიაზეა განთავსებული და სადაც საყოფაცხოვრებო პირობები სავალალოა.

პრევენციული ჯგუფის მიერ N8 დაწესებულებაში ჩატარებული მეორე გეგმური მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ პაციმრები დასჯის მიზნით აღარ ჩაჰყავთ კარანტინში, თუმცა სამართლო საკნიდან საცხოვრებელ საკანში გადაყვანის წინ ათავსებენ კარანტინში, რაც შესაძლებელია ერთიდან სამ დღემდე გაგრძელდეს. მონიტორინგის დროს ასევე გაირკვა, რომ პაციმრებს დღის განმავლობაში აღარც საწოლის პირველ სართულზე წამოწოლის უფლება აქვთ, ასევე, არ აქვთ უფლება, საკანში მოწიონ სიგარეტი, რის გამოც ისინი რიგრიგობით ეწევიან საპირფარეოში. პაციმართა განმარტებით, ზემოაღნიშნული აკრძალვები 2–3 თვეა მოქმედებს. ასევე, პაციმართა გადმოცემით, აუცილებელია, ყველა პაციმარმა ყოველ დღით გაიპაროს წვერი, წინააღმდეგ შემთხვევაში შესაძლებელია, ისინი დაისაჯონ. მათი გადმოცემით, როგორც უნდა იყოს პაციმარი ექიმთან გასვლის დროს, მან ხელები ზურგზე უნდა დაიწყოს და სირბილით გადაადგილდეს. პაციმრები აღნიშნავენ, რომ დაწესებულებაში შესვლისას მათ აიძულებენ, შეიჭრან თმა ძალიან მოკლედ და რადგანაც დაწესებულებაში არ არის ხელმისაწვდომი საპარიკმახერო მომსახურება, ისინი, უმეტეს შემთხვევაში, იძულებულნი არიან, სამართლებლით გადაიპარსონ თავი.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, მონიტორინგის ჯგუფმა გლდანის N8 დაწესებულებაში გამოავლინა არაერთი წესი და მოთხოვნა, რომლებსაც პაციმრები ხმის ამოუღებლად უნდა დაემორჩილონ, წინააღმდეგ შემთხვევაში მათ დასჯიან: დღის ნებისმიერ დროს, როდესაც დაწესებულების თანამშრომელი შემოიხედავს კარის სათვალთვალში, პაციმრებმა უნდა შეწყვიტონ ყოველგვარი საქმიანობა, ადგნენ ფეხზე, სახით კარისკენ. თუ კარი გაიღო, უნდა დადგნენ მწკრივში, სახით კედლისკენ. შემოწმების წინ უნდა ზედმიწევნით დაალაგონ საკანი, ისე, რომ არანაირი ნივთი ან ტანსაცმელი არ იდოს არც ტუმბოზე და არც სანოლზე, კარის გაღებისთანავე უნდა დადგნენ მწკრივში, ამჯერად – სახით კარისკენ და პირველმა მათგანმა ხელში უნდა დაიჭიროს ნაგვის პარკი. რადიოს კვლავ უსმენენ მაქსიმალურად დაბალ ხმაზე, ერიდებიან ნორმალურ ხმაზე ლაპარაკს ან სიცილს, ვინაიდან ნებისმიერი ხმა, რომელიც საკნიდან გავა, აღიქმება ხმაურად და გამოიწვევს მათ დასჯას. ამის დასტური იყო 500–ზე მეტი ჩანაწერი სამართლო საკნის (ე.წ. „კარცერის“) ჟურნალში, რომელშიც გადაცდომის სახედ ყველგან მითითებულია „ხმაური საკანში“. კიდევ ერთხელ ხაზგასმით მივუთითებთ, რომ გლდანის დაწესებულება ერთ-ერთი იშვიათია, სადაც არანაირი ხმა, არათუ ხმაური, საკნიდან დერეფანში არ ისმის. პაციმრებს ნებადართული აქვთ ტანსაცმლის გარეცხვა საკანში, თუმცა არა გაშრობა, რის გამოც ისინი ტანსაცმელს აშრობენ ღამით, ხოლო დღის განმავლობაში ნახევრად სველს მალავენ ტუმბოებში. პაციმრებს აკრძალული აქვთ კარებზე დაკაკუნება, მორიგის გამოსაძახებელი ზარი არც ამჟამად მუშაობს და არც არასოდეს უმუშავია, რის გამოც გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში, თუნდაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის უკიდურესი გაუარესების გამო, პაციმრები იძულებული არიან, კართან „ჩაუსაფრდნენ“ კონტროლიორს და ჩავლისას ხმადაბლა უხმონ. თუ კონტროლიორმა გააღო საკნის კარის სარკმელი და უხმო რომელიმე პაციმარს, იგი

ასახელებს გვარს, ხოლო კართან მისული პატიმარი პასუხობს თავისი სახელისა და მამის სახელის დასახელებით. როგორც ქუთაისის, ასევე გლდანის დაწესებულებაში მოქმედებს „მორიგეობის“ სისტემა, რაც, საბოლოო ჯამში, უტოლდება ერთი პატიმრის პასუხისმგებლობას სხვის მიერ ჩადენილ ნებისმიერ გადაცდომაზე. 22 სთ-ზე, სინათლის ჩაქრობის შემდეგ, აკრძალულია ფეხზე დარჩენა და ნებისმიერი გადალაპარაკება. საუბარიც ზედმეტია წიგნის წაკითხვაზე ან სხვა რაიმე, თუნდაც უხმაურო აქტივობაზე.

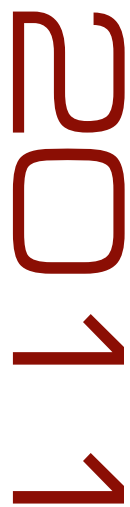
პატიმრების გადმოცემით, ახალი დირექტორის მოსვლის შემდეგ დაწესებულების თანამშრომლები იქცევიან ნაკლებად გამომწვევად, უმიზეზოდ აღარ აგინებდნენ კარის სარკმლიდან, აღარ სცემდნენ რეგულარულად და ასევე უმიზეზოდ, თუმცა ფიზიკური ძალადობა, ნაკლები რეგულარობით, კვლავ აქტუალური იყო და რაც შეეხება რეჟიმს, იგი კიდევ უფრო გამკაცრდა.

მალხაზ ა.-ს საქმე

2011 წლის 22 ივნისს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის თანამშრომლებმა მოინახულეს გლდანის N8 დაწესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებული მალხაზ ა. მსჯავრდებულმა სახალხო დამცველის რწმუნებულებს მისცა ვრცელი ახსნა-განმარტება, რომელშიც საუბრობდა მის მიმართ ზუგდიდის N4 და გლდანის N8 დაწესებულებებში სხვადასხვა დროს განხორციელებულ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე. მან ასევე ითხოვა, რომ სახალხო დამცველის წარმომადგენლებს ხშირად მოენახულებინათ იგი, ვინაიდან არსებობდა ზეწოლის საფრთხე. 2011 წლის 23 ივნისს სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა კვლავ მოინახულეს მალხაზ ა., რა დროსაც ამ უკანასკნელმა განაცხადა, რომ მას აღარ სურდა, სახალხო დამცველს რეაგირება განეხორციელებინა მის მიერ წინა დღით მიცემულ ახსნა-განმარტებაზე. მალხაზ ა.-მ მომდევნო ვიზიტების დროსაც დაადასტურა, რომ არ სურდა მის მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე რეაგირება. სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა ამის შემდეგაც არაერთგზის მოინახულეს აღნიშნული პატიმარი. პარალელურად გაკეთდა რეკომენდაცია მის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანაზე, ვინაიდან, სახალხო დამცველის აზრით, პატიმრის იმავე დაწესებულებაში დარჩენა, რომლის ადმინისტრაციის წინააღმდეგაც მიმართული იყო მისი საჩივარი, ყოველად გაუმართლებელი იყო. მიუხედავად ამისა, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტმა საჭიროდ არ მიიჩნია მალხაზ ა.-ს სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა.

N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება

არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე ხშირად საუბრობენ მსჯავრდებულები, რომლებიც N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში იყვნენ გადაყვანილი, თუმცა ხშირ შემთხვევაში ერიდებიან წერილობით დადასტურებასა და ფაქტების გასაჯაროებას. ბევრი მათგანი აცხადებს, რომ საჭიროების შემთხვევაშიც კი აღარ სურს სამკურნალო დაწესებულებაში დაბრუნება იქ არსებული ზედმეტად მკაცრი რეჟიმის გამო. ხშირ შემთხვევაში პატიმრები საკუთარი განცხადებით ტოვებენ სამკურნალო დაწესებულებას. პატიმართა გადმოცემით, დაწესებულების ტერიტორიაზე ნებისმიერი გადაადგილებისას ადმინისტრაცია პატიმრებს აიძულებს, ზურგზე დაიწყონ ხელები, მაშინაც კი, როცა პატიმრის ფიზიკური მდგომარეობა ამის საშუალებას არ იძლევა. ამ მოთხოვნის შეუსრულებლობის შემთხვევაში მთელ საკანს ეკრძალება სასაიდროდ გასვლა და ეზიდება ზოგიერთი სხვა უფლება, მაგალითად, ტელეფონით სარგებლობა. ხშირად პატიმრები თავადაც ერიდებიან სასაიდროდ გასვლას, რადგან ყოველმა გადაადგილებამ შეიძლება თანამშრომლებთან კონფლიქტი წარმოშვას. ასევე, N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებული პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათ მიმართ ადმინისტრაციის ცუდ დამოკიდებულებას იწვევს მათი საჩივრები ევროპის სასამართლოში. პატიმართა გადმოცემით, აღნიშნულის გამო მათ ხშირად „სამშობლოს მოლაღატეს“ და „ინტრიგანს“ უწოდებენ. მათი თქმით, იყო შემთხვევები, როდესაც პატიმრები მორგში ჩაიყვანეს და სცემეს.



პატიმრების გადმოცემით, არასათანადო მოპყრობის ფაქტებში ყველაზე ხშირად მონაწილეობდნენ დაწესებულების თანამშრომლები გიორგი ავსაჯანიშვილი და ალექსანდრე თოლორდავა. ზოგიერთი პატიმრის თქმით, თავად დაწესებულების დირექტორი ვაჟა ცხვედიანიც იღებდა მონაწილეობას პატიმრების ცემისას.

პრევენციული ჯგუფის მიერ N18 დაწესებულებაში ჩატარებული მეორე გეგმური მონიტორინგისას მსჯავრდებულებმა აღნიშნეს, რომ მათ მიმართ მოპყრობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა. მიუხედავად აღნიშნულისა, მონიტორინგის ჯგუფმა მონიტორინგის დროსაც და მას შემდეგაც ნახა ორი მსჯავრდებული, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მათ სცემეს დაწესებულების თანამშრომლებმა. ორივე მათგანს აღენიშნებოდა დაზიანებები. მსჯავრდებულმა წერილობითი ახსნა-განმარტების მოცემისგან თავი შეიკავეს.

ილია მ.-ს საქმე

2011 წლის 30 მაისს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულს, ილია მ.-ს. მისი განმარტებით, დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლები მას სიტყვიერად შეურაცხყოფდნენ და ემუქრებოდნენ სასჯელის დამატებით. აღნიშნულის მიზეზად მსჯავრდებული ასახელებდა მის მიერ ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლოში შეტანილ სარჩელს. მისი განცხადებით, მას უწოდებენ „ინტრიგანს“ და „საქართველოს მოღალატეს“. მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ იგი დასაჯეს, კერძოდ, არ აძლევდნენ მედიკამენტებს და უზღუდავდნენ ტელეფონით, გასეირნების და აბანოთი სარგებლობის უფლებას.

2011 წლის 6 ივნისს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში რეაგირებისთვის გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა და მსჯავრდებულის ახსნა-განმარტება. საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/19685 პასუხის თანახმად, 2011 წლის 9 ივნისს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტში დაიწყო გამოძიება სს N073110359 საქმეზე, სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტების ფაქტზე, დანაშაული გათვალისწინებულია სსკ-ის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით. 2011 წლის 9 ივნისს ზემოაღნიშნული სისხლის სამართლის საქმე გამოსაძიებლად გადაეცა ქ.თბილისის გლდანი-ნაძალადევის რაიონულ პროკურატურას.

2011 წლის 13 ივლისს, სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული სატელეფონო შეტყობინების საფუძველზე სახალხო დამცველის რწმუნებული კვლავ შეხვდა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსებულ მსჯავრდებულს, ილია მ.-ს. მსჯავრდებულის განმარტებით, 2011 წლის 9 ივლისიდან მის მიმართ კვლავ ხორციელდებოდა გარკვეული სახის შეზღუდვები.

მსჯავრდებულის გადმოცემით, 2011 წლის 13 ივლისს მასთან იმყოფებოდა მისი მეუღლე, რომელიც ასევე არის მსჯავრდებულის რწმუნებული ევროსასამართლოში. ილია მ.-ს თქმით, შეხვედრის დროს, როცა იგი წერდა განცხადებას, მათთან შევიდნენ N18 სამკურნალო დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლები და ჩამოართვეს სანერი კალამი და ფანქარი.

კახაბერ ბ.-ს საქმე

2011 წლის 1 დეკემბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ მსჯავრდებულ კახაბერ ბ.-ს, რომელმაც განმარტა, რომ 2011 წლის 27 ნოემბერს, ღამის საათებში, N17 დაწესებულებიდან თირკმლის მწვავე შეტევით, სასწრაფო წესით, გადმოიყვანეს N18 სამკურნალო დაწესებულებაში დამოათავსეს თ-9 საკანში. მსჯავრდებულის თქმით, 2011 წლის 28 ნოემბრის საღამოს ჰქონდა გაუსაძლისი ტკივილები, რის გამოც ითხოვდა ექიმის ნახვას. მსჯავრდებულის დაჟინებული თხოვნის საპასუხოდ N18 დაწესებულების თანამშრომლებმა იგი ჩაიყვანეს დაწესებულების მორგში

და სასტიკად სცემეს. ამასთან, ერთ-ერთი თანამშრომელი, გიორგი ავსაჯანიშვილი, მას დაემუქრა გაუპატიურებით. კახაბერ ბ. აღნიშნავდა, რომ ზემოაღნიშნული ფაქტის შემდეგ იგი დაახლოებით 30-40 წუთის მანძილზე ხელზე ბორკილდადებული მუცლით იწვა მორგის იატაკზე. მისი თქმით, მოგვიანებით გ.ავსაჯანიშვილმა მუქარითა და გინებით დაანერჩა, რომ დაზიანებები, რომლებიც მსჯავრდებულს აღენიშნებოდა, მან თავად მიიყენა და რომ N18 დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლების მიმართ პრეტენზია არ გააჩნდა.

მსჯავრდებულს მონიტორინგის ჯგუფთან შეხვედრისას სხეულზე აღენიშნებოდა სხვადასხვა სახის დაზიანებები.

2011 წლის 2 დეკემბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან მთავარ პროკურატურაში რეაგირების-თვის გადაიგზავნა მსჯავრდებულის ახსნა-განმარტება. იმავე დღეს სახალხო დამცველის აპარატიდან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს გაეგზავნა წერილობითი მიმართვა, რომლითაც ვითხოვდით მსჯავრდებულის უსაფრთხოებისათვის აუცილებელი ყველა ღონისძიების გატარებას. აღნიშნულ წერილზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა.

2011 წლის 7 დეკემბერს სახალხო დამცველის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის თანამშრომლები კვლავ შეხვდნენ და გაესაუბრნენ მსჯავრდებულს, რომელმაც განაცხადა, რომ დაწესებულების თანამშრომლები განაგრძობდნენ მის ფიზიკურ და სიტყვიერ შეურაცხყოფას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მსჯავრდებულმა პროტესტის ნიშნად გამოაცხადა შიმშილობა და უარი თქვა მედიკამენტების მიღებაზე. 2011 წლის 7 დეკემბერს სახალხო დამცველმა წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს მსჯავრდებულ კახაბერ ბ.-ს მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტზე გამოძიების დაწყების თაობაზე. იმავე დღეს სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, რათა ამ უკანასკნელს უზრუნველყო მსჯავრდებულის გადაყვანა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მიღებული N04-12208 პასუხით გვეცნობა, რომ მსჯავრდებული ამბულატორიული წესით ერთი დღით გადაიყვანეს აკადემიკოს ო.ლუდუშაურის სახელობის ეროვნულ ცენტრში.

საქართველოს მთავარი პროკურატურის 2011 წლის 28 დეკემბრის N13/57003 პასუხის თანახმად, მსჯავრდებულ კ.ბ.-ის ჯანმრთელობის დაზიანების ფაქტზე 2011 წლის 02 დეკემბერს დაიწყო გამოძიება საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტში.

2012 წლის 10 თებერვალს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტში გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა, მოეწოდებინათ ინფორმაცია სისხლის სამართლის საქმეზე მიმდინარე გამოძიების თაობაზე. მიღებული N05/01-247 პასუხის თანახმად, 2011 წლის 02 დეკემბერს, N18 დაწესებულებიდან მიღებული შეტყობინების საფუძველზე, დაიწყო გამოძიება სსკ-ის 118-ე მუხლის პირველი ნაწილით. საქმეზე მოწმის სახით დაიკითხა მსჯავრდებული და მის მიერ დასახელებული N18 დაწესებულების ყველა თანამშრომელი, ჩატარდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა. ამავე პასუხის თანახმად, აღნიშნულ სს საქმეზე შეიცვალა დანაშაულის კვალიფიკაცია და გამოძიება გაგრძელდა სსკ-ის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით. 2012 წლის 11 იანვარს საქმე შემდგომი გამოძიებისათვის გადაიგზავნა მთავარ პროკურატურაში.

გიორგი ო.-ს საქმე

2011 წლის 24 დეკემბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები იმყოფებოდნენ N18 სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც შეხვდნენ და გაესაუბრნენ მსჯავრდებულ გიორგი ო.-ს. მსჯავრდებულის

განცხადებით, სისხლის სამართლის საქმესთან დაკავშირებით და ჯანმრთელობის პრობლემების გამო 2011 წლის აპრილში მიმართა ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლოს. ოქტომბრის თვეში ევროსასამართლოდან მსჯავრდებულის განცხადებასთან დაკავშირებით გამოიგზავნა მითითება მისთვის მკურნალობის ჩატარების თაობაზე.

2011 წლის 1 დეკემბერს მსჯავრდებული გადაყვანილ იქნა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში. იგი განმარტავს, რომ N18 დაწესებულებაში შეყვანისთანავე დაწესებულების სარეჟიმო სამსახურის უფროსმა ალექსანდრე თოლორდავამ და დაწესებულების უსაფრთხოების სამსახურის უფროსმა გიორგი ავსაჯანიშვილმა მიაყენეს სიტყვიერი შეურაცხყოფა. გიორგი ო.-ს განცხადებით, გიორგი ავსაჯანიშვილი მას დაემუქრა სასჯელის დამატებით და ჯანმრთელობის დაზიანებით. მსჯავრდებულის კითხვის საპასუხოდ მუქარის და შეურაცხყოფის მიყენების მიზეზად გიორგი ავსაჯანიშვილმა მსჯავრდებულის მიერ ევროსასამართლოსთვის მიმართვა დაასახელა. გიორგი ო.-ს თქმით, სიტყვიერი შეურაცხყოფის გარდა მას ასევე მიაყენეს ფიზიკური შეურაცხყოფა, მას რამდენჯერმე გაარტყეს სილა სახისა და თავის არეში. მისივე განცხადებით, N18 დაწესებულებაში მას კიდევ რამდენჯერმე მოეპყრნენ არასათანადოდ და ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა მიაყენეს, შემდგომში კიდევ რამდენჯერმე განხორციელდა. მსჯავრდებული ძირითადად ასახელებს გიორგი ავსაჯანიშვილსა და ალექსანდრე თოლორდავას.

მსჯავრდებულის თქმით, მას უარი უთხრეს თავის ადვოკატთან და სახალხო დამცველის რწმუნებულებთან დაკავშირებაზე, არ მისცეს ფურცელი და პასტა, ჩამოართვეს პირადი ჰიგიენის ნივთები, ლეიბი და ტანსაცმელი. შემდგომში ლეიბი და ტანსაცმელი დაუბრუნეს, თუმცა არა ჰიგიენის ნივთები.

გარკვეული პერიოდის შემდეგ მასთან მივიდა სოციალური სამსახურის უფროსი ზურაბ ბულბულაშვილი, რომელმაც შეატყობინა, რომ სარეჟიმო მოთხოვნების გამო მას შეეფარდებოდა ადმინისტრაციული პატიმრობა – დაწესებულების ყველა თანამშრომელს ექნებოდა საერთო პოზიცია და სასამართლო გამოიტანდა ადმინისტრაციისთვის სასურველ გადაწყვეტილებას.

მსჯავრდებულმა მის მიმართ განხორციელებული ზეწოლის გამო მიიყენა თვითდაზიანება ყელისა და მარცხენა ზედა კიდურის არეში. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მსჯავრდებულმა დაკარგა დიდი რაოდენობით სისხლი, იგი გადაიყვანეს ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც დაუმუშავდა ჭრილობები.

მსჯავრდებულის განცხადებით, 2011 წლის 24 დეკემბერს გიორგი ო.-ს შეეფარდა ადმინისტრაციული პატიმრობა ერთი თვის ვადით. სასამართლოდან სასჯელალსრულების დაწესებულებაში გადაყვანისას გიორგი ავსაჯანიშვილმა გ.ო.-ს შეახსენა, რომ მას საქმეში მითითებული ჰქონდა თვითმკვლელობის მცდელობა და კვლავ დაემუქრა სიცოცხლის მოსპობით.

2011 წლის 27 დეკემბერს სახალხო დამცველმა მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს წინასწარი გამოძიების დაწყების წინადადებით მსჯავრდებულ გიორგი ო.-ს მიმართ N18 სასჯელალსრულების დაწესებულების თანამშრომლების მიერ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე.

იმავე დღეს სახალხო დამცველის აპარატიდან სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს გაეგზავნა წერილობითი მიმართვა, უზრუნველყო მსჯავრდებულის უსაფრთხოება და მისი გადაყვანა სხვა დაწესებულებაში, სადაც მას გაუგრძელდნენ ჰეპატიტის სანიანალმდეგო მკურნალობის კურსს. აღნიშნულ წერილზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა.

2011 წლის 31 დეკემბერს საქართველოს მთავარი პროკურატურის N13/57593 პასუხით გვეცნობა, რომ 2011 წლის 27 დეკემბერს ქ.თბილისის პროკურატურის ანტიკოროფციულ საგამოძებო ნაწილში დაიწყო გამოძიება სს N01027211801 საქმეზე, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თანამშრომლების მიერ სამსახურებრივი უგლებამოსილების გადამეტების ფაქტზე, დანაშაული გათვალისწინებული საქართველოს სსკ-ის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით.

თბილისის N7 დაწესებულება

გაიოზ ზ.-ს საქმე

2011 წლის 17 მარტს საქართველოს სახალხო დამცველს N0299-11 განცხადებით მიმართა გაიოზ ზ.-ს ადვოკატმა. 2011 წლის 16 მარტს, საქართველოს მთავარი პროკურატურის შუამდგომლობის საფუძველზე, რუსეთის ფედერაციიდან ექსტრადირებულ იქნა მსჯავრდებული გაიოზ ზ., რომელიც შეასახლეს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N7 დაწესებულებაში. განმცხადებელმა აღნიშნა, რომ მან მსჯავრდებული მოინახულა მიმდინარე წლის 17 მარტს, რა დროსაც გაიოზ ზ.-ს სახის არეში აღენიშნებოდა დაზიანებები, უჭირდა საუბარი და გადაადგილება. მსჯავრდებულმა მას უთხრა, რომ დაზიანებები მიიღო N7 დაწესებულებაში.

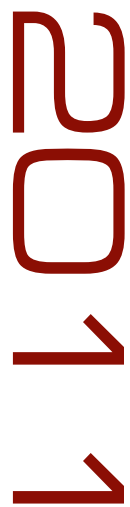
2011 წლის 18 მარტს სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა მოინახულეს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ქ.თბილისის N7 დაწესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებული გაიოზ ზ., რომლის განმარტებითაც, იგი 2011 წლის 16 მარტს ჩამოიყვანეს რუსეთის ფედერაციიდან. მისივე თქმით, თბილისში ჩამოფრენის შემდეგ მოათავსეს ქ.თბილისის N7 დაწესებულებაში. მსჯავრდებული აღნიშნავს, რომ მას დაწესებულებაში მოთავსების შემდგომ მოსთხოვეს ხელი მოეწერა რაღაც დოკუმენტზე, რაზეც პატიმარმა უარი განაცხადა. ამის გამო რამდენიმე თანამშრომელმა დაუწყო ცემა. პატიმრის განმარტებით, მას სცემდა დაახლოებით 7-8 პირი, რომელთა ვინაობა არ იცის, თუმცა რამდენიმე მათგანის ამოცნობა შეუძლია.

ცემის შემდეგ ის მოათავსეს დაწესებულების პირველ სართულზე მდებარე N3 საკანში. პატიმრის გადმოცემით, მეორე დღეს მოინახულა დაწესებულების ექიმმა, რომელმაც გააკეთა ჩანაწერები მისი დაზიანებებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, იმავე დღეს ის კიდევ რამდენჯერმე მოინახულეს ექიმებმა, რომელთაც გაიოზ ზ.-მ აცნობა თავისი სამედიცინო ხასიათის ჩივილების თაობაზე.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებთან გასაუბრების დროს გაიოზ ზ.-ს ვიზუალურად აღენიშნებოდა შემდეგი დაზიანებები: ზედა ტუჩის მარჯვენა ნაწილში – მცირე ზომის სისხლნაჟღენთი, მარცხენა ყბის არეში – შეშუპება, შუბლის არეში მარჯვენა მხარეს – ექსკორიაცია, მარცხენა თვალბუდის არეში – სისხლნაჟღენთი. პატიმარი უჩიოდა თავბრუსხვევას, პირღებინების შეგრძნებას, სიმძიმის შეგრძნებას თავის არეში, განსაკუთრებით თავის მარცხენა ნაწილში, მოვლით ტკივილებს თავში. მას უჭირდა მარცხენა თვალის სრულყოფილად გახელა, დარღვეული ჰქონდა კოორდინაცია, რის გამოც ექმნებოდა პრობლემები გადაადგილებისას. მსჯავრდებულის გადმოცემით, აღნიშნული ჩივილები დაეწყო ცემის ფაქტის შემდეგ.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის თანამშრომლები გაეცნენ გაიოზ ზ.-ს სამედიცინო ბარათს, სადაც ექიმის მიერ მსჯავრდებულის გარეგნული დათვალიერების შედეგად აღმოჩენილი დაზიანებების შესახებ გაკეთებულია ჩანაწერი: „მარჯვნივ საფეთქლის არეში (წარბის კუთხის ზემოთ) 2.0X1.0 სმ. ზომის მონიტალო ფერის ექსკორიაცია, ზედა ტუჩის მარჯვენა კუთხის არეში ყავისფერი ფუფხით დაფარული ექსკორიაცია ზომით 1.0X0.5 სმ. მარცხნივ ყვრიმალის არეში მონიტალო ფერის სუსტად გამოხატული სისხლნაჟღენთები. მარცხნივ შუა არეში გულმკერდის მიდამოში აქსილარულ ხაზთან ახლოს აღენიშნება წვრილხაზოვანი ექსკორიაცია. მარჯვენა მუხლის სახსრის ზედაპირზე მონიტალო-მოყავისფრო ფუფხით დაფარული ექსკორიაცია, ზომით 1.5X1.0 სმ. მარცხენა საზარდულის არეში ძველი პოსტოპერაციული ნაწიბური. ზემოთ აღნიშნული დაზიანებები, მისი გადმოცემით, მიიღო დაკავებამდე.“ იქვე მითითებულია, რომ მსჯავრდებულმა უარი განაცხადა ხელმოწერაზე.

სამედიცინო ბარათში ნანახი იქნა მსჯავრდებულის დაწესებულებაში მიღებისას შედგენილი ოქმი სხეულის გარეგანი დათვალიერების შესახებ, რომელშიც გაკეთებულია ანალოგიური ჩანაწერები პატიმრის დაზიანებებთან დაკავშირებით და მითითებულია, რომ გაიოზ ზ.-მ ოქმზე ხელის მოწერაზე უარი განაცხადა.



სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა შეამოწმეს სამედიცინო ნაწილში არსებული პატიმართა/მსჯავრდებულთა ფიზიკურ დაზიანებათა აღრიცხვის ჟურნალი, რომელში არსებული ჩანაწერებიც მსჯავრდებულის დაზიანებების შესახებ იდენტიურია სამედიცინო ბარათში არსებული ჩანაწერებისა.

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მსჯავრდებულის დაზიანებების შესახებ გაკეთებულ ყველა ჩანაწერში აღნიშნულია, რომ დაზიანებები მიღებული აქვს დაკავებამდე. როგორც ცნობილია, გაიოზ ზ. დააკავეს მოხდა რუსეთის ფედერაციაში რუსეთის სამართალდამცავმა ორგანოებმა დაახლოებით ერთი წლის წინ, მსჯავრდებულის სხეულზე არსებული დაზიანებები კი აშკარად არ შეესაბამება დროის ამ მონაკვეთს. აღნიშნული ფაქტი გაურკვეველს ხდიდა გაკეთებული ჩანაწერების შინაარსს, თუ რეალურად როდის ჰქონდა მიღებული დაზიანებები გაიოზ ზ.-ს.

2011 წლის 21 მარტს სახალხო დამცველმა წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს წინასწარი გამოძიების დასაწყებად. 2011 წლის 15 მაისს, საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/8547 პასუხის თანახმად, 2011 წლის 18 მარტს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტში დაიწყო გამოძიება სს N073110173 საქმეზე, დანაშაული გათვალისწინებული სსკ-ის 118-ე მუხლის პირველი ნაწილით.

2012 წლის 24 იანვარს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში კვლავ გაიგზავნა მიმართვა, მოეწოდებინათ ინფორმაცია სს N073110173 საქმეზე მიმდინარე გამოძიების თაობაზე. მიღებული პასუხის თანახმად, გამოძიება მიმდინარეობს სსკ-ის 118-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით. მოწმის სახით დაიკითხნენ მსჯავრდებული, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის საბადრაგო სამსახურის ექსტრადაციის განყოფილების თანამშრომლები, N7 დაწესებულების თანამშრომლები და სამედიცინო პერსონალი. მსჯავრდებულს ჩაურთარდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა. ამავე პასუხის თანახმად, ამჟამად საქმეზე მიმდინარეობს გამოძიება.

დაბა-ქსნის N15 დაწესებულება

2009–2010 წლებში აღნიშნული დაწესებულება მონიტორინგის ჯგუფის განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ იმყოფებოდა, ვინაიდან სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული საჩივარ-განცხადებების დიდი ნაწილი სწორედ N15 დაწესებულების ადმინისტრაციისა და თანამშრომლების მიერ პატიმრების მიმართ არასათანადო მოპყრობას შეეხებოდა. საანგარიშო პერიოდში საგრძნობლად იკლო ასეთი შინაარსის საჩივრებმა, თუმცა რამდენიმე შემთხვევა მაინც დაფიქსირდა, როდესაც მსჯავრდებულები მიუთითებდნენ, რომ ისინი ქსნის დაწესებულების ადმინისტრაციამ და თანამშრომლებმა სცემეს, რაც მიუთითებს, რომ ქსნის დაწესებულება კვლავ რჩება პატიმართა მიმართ მოპყრობის მხრივ პრობლემური დაწესებულებების ნუსხაში.⁴⁵⁴

ქსნის N15 დაწესებულებაში საანგარიშო პერიოდში სამმა მსჯავრდებულმა – ი.ჭ.-მ, ნ.ხ.-მ და ი.დ.-მ განაცხადეს, რომ ისინი დაწესებულებაში შესვლისას სცემეს თანამშრომლებმა. მათ აღენიშნებოდათ სხვადასხვა სახის დაზიანებები. ცემის მიზეზი გახდა ი.ჭ.-ს მხრიდან ერთ-ერთი თანამშრომლის შეურაცხყოფელ სიტყვებზე შეპასუხება. აღნიშნულ ფაქტზე სახალხო დამცველმა წინასწარი გამოძიების დაწყების წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურატურას. გამოძიება მიმდინარეობდა სსკ-ის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით, თუმცა მონიტორინგის ჯგუფისთვის ცნობილი გახდა, რომ შემდგომ ყველა მათგანმა უარყო მათ მიმართ ფიზიკური ზეწოლის ფაქტი.

⁴⁵⁴ ანგარიშის მომზადების პროცესში სახალხო დამცველს მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობის საჩივრით კიდევ ორმა მსჯავრდებულმა – ი.მ.-მ და ნ.თ.-მ მიმართეს, თუმცა ერთ-ერთმა მათგანმა, მას შემდეგ, რაც დაწერა ვრცელი ახსნა-განმარტება სახალხო დამცველის სახელზე, ითხოვა მის მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტების კონფიდენციალურად დატოვება. მეორე მსჯავრდებულის მიმართ არასათანადო მოპყრობის თაობაზე გამოძიების დაწყების წინადადებით სახალხო დამცველმა 2012 წლის 14 მარტს მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურატურას.

ნუგზარ თ.-ს საქმე

2011 წლის 6 სექტემბერს სახალხო დამცველს განცხადებით მიმართა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N15 დაწესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებულის, ნუგზარ თ.-ს, ადვოკატმა ი.სალინაძემ, რომელშიც იგი აღნიშნავდა, რომ 2011 წლის 12 აგვისტოს მსჯავრდებულს სცემეს N15 დაწესებულების თანამშრომლებმა. განმცხადებლის განმარტებით, 2011 წლის 26 აგვისტოს მსჯავრდებულის ცემის ფაქტთან დაკავშირებით განცხადება შეიტანა საქართველოს მთავარ პროკურატურაში.

ადვოკატის მიმართვის დღესვე პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის თანამშრომელი შეხვდა და გაესაუბრა მსჯავრდებულს, რომელმაც განმარტა, რომ მას 2011 წლის 12 აგვისტოს მიაყენეს ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა და დაემუქრნენ, რომ თუ იგი არ გამოიტანდა მის მიერ დაწერილ ყველა საჩივარს, მოხდებოდა მისი ლიკვიდაცია.

2011 წლის 15 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან რეაგირებისთვის გაიგზავნა მსჯავრდებულის ახსნა-განმარტება. ასევე, მოვითხოვეთ ინფორმაცია, დაიწყო თუ არა წინასწარი გამოძიება ი.სალინაძის განცხადების საფუძველზე; დადებითი პასუხის შემთხვევაში – სსკ-ის რომელი მუხლით და რა საგამოძიებო მოქმედებები იყო ჩატარებული. აღნიშნულ წერილზე სახალხო დამცველის აპარატი პასუხი არ შემოსულა.

2011 წლის 22 და 26 ოქტომბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ მსჯავრდებულს. მისი განმარტებით, 2011 წლის 21 ოქტომბერს, დაახლოებით 14:00 საათისთვის, მასთან მივიდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამი თანამშრომელი, რომელთა სახელები და გვარები არ იცის, თუმცა ამოცნობა შეუძლია და უთხრეს, რომ თუ მსჯავრდებული დაწერდა, რომ 2011 წლის 12 აგვისტოს მის მიმართ განხორციელებულ ფიზიკურ ზეწოლაზე პრეტენზია არ გააჩნდა და დაზიანებები მიიყენა თვითონ, მას დაუყოვნებლივ გადაიყვანდნენ N18 სამკურნალო დაწესებულებაში. მსჯავრდებულის განმარტებით, მან აღნიშნულ შემთავაზებაზე უარი განაცხადა. მსჯავრდებულის თქმით, დაახლოებით ორ საათში მასთან მივიდა ორი პირი და დაემუქრა, „ამის შემდეგ რაც მოგივა, შენს თავს დააბრალო“. მსჯავრდებულის თქმით, მან პასუხი არ გასცა ზემოაღნიშნულ პირებს და დაბრუნდა საკანში.

2011 წლის 26 ოქტომბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები კვლავ შეხვდნენ და გაესაუბრნენ მსჯავრდებულ ნუგზარ თ.-ს, რომელმაც აღნიშნა, რომ 2011 წლის 23 და 24 ოქტომბერს მას კვლავ მიაყენეს ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა. მსჯავრდებულს გარეგნული დათვალიერებით აღენიშნებოდა მარჯვენა ბარძაყის არეში დიდი ზომის სისხლჩაქცევა და ექსკორიაციები, მარცხენა ფეხზე – ექსკორიაციები, მარცხენა მკლავზე – სისხლჩაქცევა, ბეჭებზე და მარჯვენა მკლავზე – ექსკორიაციები.

მსჯავრდებულმა განმარტა, რომ 2011 წლის 23 ოქტომბერს იმყოფებოდა აბანოში, სადაც შევიდა დაწესებულების თანამშრომელი დიმა ჩხეიძე, რომელმაც მას მიაყენა სიტყვიერი შეურაცხყოფა იმის გამო, რომ მსჯავრდებულს არ გამოაქვს საჩივარი 2011 წლის 12 აგვისტოს განხორციელებულ ცემის ფაქტთან დაკავშირებით. ნუგზარ თ.-მ აღნიშნა, რომ დიმა ჩხეიძემ და დაწესებულების სხვა თანამშრომლებმა მას დაუწყეს ცემა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, 2011 წლის 27 ოქტომბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში კვლავ გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა. საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან 2011 წლის 18 ნოემბერის N13/49399 პასუხის თანახმად, 2011 წლის 04 ნოემბერს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტში დაიწყო გამოძიება სს N0704111001 საქმეზე, სსკ-ის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

მსჯავრდებულმა განმარტა, რომ მის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას შესაძლებელია დაემუქროს საფრთხე, რის გამოც ითხოვა სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა. აღნიშნულიდან გამომდინარე,

სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს სახალხო დამცველის აპარატიდან გაეგზავნა წერილობითი მიმართვა, პირად კონტროლზე აეყვანა მსჯავრდებულის უსაფრთხოება და იგი გადაეყვანათ სხვა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში. სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული N10/4-14553 წერილით გვეცნობა, რომ მსჯავრდებულის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას საფრთხე არ ემუქრება.

არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიება

დახურულ ინსტიტუტებში ჩატარებული მონიტორინგის შედეგები და სახალხო დამცველის აპარატი-ში შემოსული განცხადებების ანალიზი ცხადყოფს, რომ არასათანადო მოპყრობა კვლავ პრობლემაა სასჯელალსრულების დაწესებულებებსა და პოლიციაში. აღნიშნულ საკითხზე სახალხო დამცველის არაერთ საპარლამენტო თუ სპეციალურ მოხსენებაში იყო საუბარი. წამების და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტებზე სამართლებრივი რეაგირება პროკურატურის პრეროგატივაა. არასათანადო მოპყრობის სრული აღმოფხვრისთვის აუცილებელია თითოეული ამგვარი ფაქტის ეფექტური გამოძიება და დაუსჯელობის სინდრომის დაძლევა, რაც დღეს სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. სახალხო დამცველმა არაერთ ასეთ ფაქტზე მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურატურას, თუმცა გამოძიება ხშირ შემთხვევაში ჩიანურდება ან წყდება.

საგამოძიებო ორგანოების პასიურობისა და არაეფექტურობის შედეგად იქმნება ნიადაგი დაუსჯელობის სინდრომის ჩამოყალიბებისთვის სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლებში, ამავე დროს მსხვერპლს უჩნდება უნდობლობა გამოძიების მიმართ, რაც, რასაკვირველია, არანაირად არ უწყობს ხელს არასათანადო მოპყრობის პრაქტიკის გამოვლენასა და აღმოფხვრას.

ევროსასამართლოს პრეცედენტების თანახმად, თუ პირი დაზიანდა პატიმრობის ან სხვა ისეთ დროს, როცა იმყოფებოდა პოლიციის კონტროლის ქვეშ, ნებისმიერი ამგვარი დაზიანება წარმოშობს მტკიცე პრეზუმფციას, რომ პირი სასტიკ მოპყრობას დაექვემდებარა⁴⁵⁵. სახელმწიფოს აკისრია ვალდებულება, წარმოადგინოს დამაჯერებელი ახსნა-განმარტება, თუ რამ გამოიწვია დაზიანებები. თუ სახელმწიფო ამის ახსნას ვერ წარმოადგენს, კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევის საკითხი აშკარად წამოიჭრება.⁴⁵⁶

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) მე-14 ზოგად ანგარიშში აღნიშნულია, რომ გამოძიება უნდა იყოს ძალიან დეტალური და ვრცელი, უნდა ჩატარდეს სწრაფად და მის ჩატარებაზე პასუხისმგებელი პირები არ უნდა იყვნენ დაკავშირებულნი აღნიშნულ მოვლენებში ჩართულ პირებთან,⁴⁵⁷ თუმცა, ხშირ შემთხვევაში სასჯელალსრულების დაწესებულებებში პატიმრების მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიებას საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტი აწარმოებს, რაც გამოძიების ეფექტურობას კიდევ უფრო ეჭვქვეშ აყენებს.

თავის 2010 წლის ანგარიშში წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი (CPT) აღნიშნავს, რომ „... წამებისა და არასათანადო მოპყრობის სხვა ფორმების აკრძალვის სარწმუნოობას ძირს უთხრის ის შემთხვევები, როდესაც ამგვარი დანაშაულის ჩამდენ ოფიციალურ პირებს საკუთარი ქმედებებისთვის პასუხი არ მოეთხოვებათ. დელეგაციის ვიზიტისას ზოგიერთი პირი აღნიშნავდა, რომ არასათანადო მოპყრობის მიმანიშნებელ ინფორმაციას იშვიათად მოჰყვებოდა სწრაფი და ეფექტური რეაგირება, რაც ნიადაგს უქმნიდა დაუსჯელობის კლიმატს. მათი თქმით, არასათანადო მოპყრობის შესახებ საჩივრების უმეტესი ნაწილი უარყოფილია ან უკეთეს შემთხვევაში, შესაბამის თანამშრომლებს დისციპლინარული ზომები შეეფარდათ. აღინიშნა, რომ არასათანადო მოპყრობის საჩივრებზე პროკურატურა იშვიათად აღძრავდა სისხლის სამართლის საქმეებს, ხოლო თუ ასეთი საქმეები მაინც აღიძვრებოდა, უმეტესად ეს ხდებოდა არა სისხლის სამართლის კოდექსის 144¹ მუხლით, არამედ

455 მაგ. „ბურსუკი რუმინეთის წინააღმდეგ“ 2004 წლის 12 ოქტომბერი;

456 „სელმუნი საფრანგეთის წინააღმდეგ“ 1999 წლის 28 ივნისი;

457 წამების საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის N14 ზოგადი ანგარიში, პარ. 25-42

333-ე მუხლით. გარდა ამისა, აღინიშნა, რომ პროცესები ჭიანჭურდებოდა და ძალზე იშვიათად ხდებოდა მსჯავრდება, რაც საჩივრების გამოძიების სისტემის მიმართ ნდობას ამცირებდა.⁴⁵⁸

სახალხო დამცველმა არაერთხელ გაამახვილა ყურადღება ზემოაღნიშნულ საკითხზე თავის საპარლამენტო მოხსენებებში და მიუთითა, რომ ერთ-ერთი პრობლემა, რომელიც დაკავშირებული იყო არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიებასთან, სწორედ მათი არასწორი კვალიფიკაცია იყო. ხშირ შემთხვევაში გამოძიება იწყება არა წამების ან სხეულის დაზიანების რომელიმე მუხლით, არამედ სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტების მუხლით, რაც სამოხელეო დანაშაულია და გაცილებით უფრო მსუბუქ სანქციას ითვალისწინებს.

ჩვენს ხელთ არსებული ინფორმაციით, ბოლო ორი წლის განმავლობაში არასათანადო მოპყრობის ერთადერთი საქმე დამთავრდა პოზიტიური შედეგით – მსჯავრდებულ რამაზ პ.-ს ცემის ფაქტზე დააკავეს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ქუთაისის N2 დაწესებულების ორი თანამშრომელი. ვიმედოვნებთ, რომ აღნიშნული საქმე არ იქნება გამონაკლისი და მომავალში სხვა მსგავს ფაქტებზე დაწყებული არაერთი გამოძიება მიაღწევს ლოგიკურ შედეგს.

რამაზ პ.-ს საქმე

2010 წლის 02 მარტს საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან გვეცნობა, რომ 2010 წლის 19 თებერვალს დასავლეთ საქართველოს საოლქო პროკურატურის საგამოძიებო ნაწილში დაიწყო წინასწარი გამოძიება სისხლის სამართლის #088108005 საქმეზე, ქ.ქუთაისის #2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულების თანამშრომლების მიერ მსჯავრდებულ რამაზ პ.-ს ცემის, მის მიმართ დამამცირებელი მოპყრობისა და სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტების ფაქტზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 144³-ე მუხლის მე-2 ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტითა და 333-ე მუხლის მე-3 ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

2012 წლის 25 იანვარს სახალხო დამცველის აპარატში პროკურატურიდან შემოსული პასუხის თანახმად, 2011 წლის 22 აგვისტოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N2 დაწესებულების ორ თანამშრომელს წარედგინა ბრალდება საქართველოს სსკ-ის 333-ე მუხლის მესამე ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ჩადენისთვის და მათ აღკვეთის ღონისძიების სახით შეეფარდათ პატიმრობა.

სახალხო დამცველი მიესალმება იმ ფაქტს, რომ აღნიშნული საქმე გამოძიებულ იქნა და დადგა კონკრეტული პირების პასუხისმგებლობის საკითხი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს მთავარი პროკურატურაში შესულია საკმაოდ ბევრი საჩივარ-განცხადება, რომლებზეც გამოძიება დღემდე მიმდინარეობს.

* * *

სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში გაიგზავნა წერილობითი მიმართვები, რომლებითაც ვითხოვდით ინფორმაციას 2011 წლის განმავლობაში:

1. რამდენ სისხლის სამართლის საქმეზე დაიწყო წინასწარი გამოძიება საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 332-333, ასევე, სსკ-ის 144¹-144²-144³-ე მუხლებით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით (ცალ-ცალკე);

⁴⁵⁸ ანგარიში საქართველოს ხელისუფლებას წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (წამების საწინააღმდეგო კომიტეტი) საქართველოში ვიზიტის შესახებ, პარ.17

2. რამდენი პირის მიმართ დაიწყო სისხლისსამართლებრივი დევნა; მათგან რამდენი იყო საჯარო მოხელე (უწყებების მითითებით)⁴⁵⁹;
3. ზემოაღნიშნული სისხლის სამართლის საქმეებიდან რამდენი წარმართა საერთო სასამართლოებში არსებითად განსახილველად;
4. რამდენ მათგანზე გაფორმდა საპროცესო შეთანხმება;
5. რამდენ სისხლის სამართლის საქმეზე შეწყდა წინასწარი გამოძიება ზ/აღნიშნული მუხლებით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით და რა საფუძვლით.

საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან შემოსული N13/41367 და N13/10332 პასუხებით გვეცნობა, რომ 2011 წლის განმავლობაში სსკ-ის 144¹-ე მუხლით (წამება) გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 20 სისხლის სამართლის საქმეზე. სისხლისსამართლებრივი დევნა დაიწყო 3 პირის მიმართ. გამოძიება შეწყდა 11 სისხლის სამართლის საქმეზე.

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 144²-ე (წამების მუქარა) მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება არც ერთ სისხლის სამართლის საქმეზე არ დაწყებულა.

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 144³-ე (დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობა) მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 9 სისხლის სამართლის საქმეზე. გამოძიება შეწყდა 3 სისხლის სამართლის საქმეზე და სასამართლოში წარმართა ერთი სისხლის სამართლის საქმე, რომელზედაც დადგა გამამტყუნებელი განაჩენი.

2011 წელს საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 332-ე (სამსახურებრივი უფლებამოსილების ბოროტად გამოყენება) მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 77 სისხლის სამართლის საქმეზე. გამოძიება შეწყდა 29 სისხლის სამართლის საქმეზე. სისხლისსამართლებრივი დევნა დაიწყო 67 პირის მიმართ და 75 პირის ბრალდების საქმე წარმართა სასამართლოში. 78 პირის მიმართ დადგა გამამტყუნებელი განაჩენი.

2011 წელს საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 333-ე (სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტება) მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 127 სისხლის სამართლის საქმეზე. გამოძიება შეწყდა 58 სისხლის სამართლის საქმეზე. სისხლისსამართლებრივი დევნა დაიწყო 25 პირის მიმართ. 29 პირის ბრალდების საქმე წარმართა სასამართლოში და 32 პირის მიმართ დადგა გამამტყუნებელი განაჩენი.

ამავე წერილებით ვითხოვდით ინფორმაციას რამდენ სს საქმეზე გაფორმდა საპროცესო შეთანხმება – რამდენ სისხლის სამართლის საქმეზე შეწყდა წინასწარი გამოძიება და რა საფუძვლით, თუმცა აღნიშნული ინფორმაცია მთავარ პროკურატურას არ მოუწოდებია.

სახალხო დამცველმა თავის წინა ანგარიშებში არაერთგზის მიმართა რეკომენდაციით მთავარ პროკურატურას, ეწარმოებინა დეტალური სტატისტიკა წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიებაზე, რომლის მიხედვითაც ნათელი იქნებოდა, რამდენი საჯარო მოხელის, მათ შორის, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებისა და პოლიციის თანამშრომლის მიმართ დაიწყო წინასწარი გამოძიება წამების ან არასათანადო მოპყრობისთვის და რამდენი მათგანი მიეცა ამგვარი ქმედებებისთვის სისხლისსამართლებრივი პასუხისგებაში. მიუხედავად ამისა, პროკურატურიდან მიღებული პასუხების მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, სტატისტიკა არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიებაზე კვლავ არასრულად წარმოებს – შეუძლებელია იმის გარკვევა, სისხლის სამართლის პასუხისგებაში მიცემულ პირთაგან რამდენი იყო საჯარო მოხელე, ასევე, 332-ე და 333-ე მუხლების

⁴⁵⁹ წამების საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსისეული დეფინიცია არ შეესაბამება გაეროს წამების სანინალმდეგო კონვენციის განმარტებას. ერთ-ერთი განსხვავება სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ საქართველოს სსკ-ის 144¹ (წამება), 144² (წამების მუქარა) და 144³ (დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობა) მუხლები არ უთითებს დანაშაულის ჩამდენ სპეციალურ სუბიექტზე – თანამდებობის პირზე ან საჯარო მოხელეზე.

შემთხვევაში შეუძლებელია განსაზღვრა, მოხელე დაისაჯა თავისუფლებააღკვეთილი პირის მიმართ არასათანადო მოპყრობისთვის თუ სხვა სამსახურებრივი გადაცდომისთვის. ზედმეტია იმაზე საუბარიც, რომ ჩვენი მოთხოვნის მიუხედავად, დასჯილი პირების უწყებრივი კუთვნილება პასუხებში მითითებული არ იყო.

სტატისტიკის წარმოების ვალდებულება მთავარ პროკურატურას აკისრია საქართველოს პრეზიდენტის N250 ბრძანებულებითაც, არასათანადო მოპყრობის წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგიისა და არასათანადო მოპყრობის წინააღმდეგ ბრძოლის 2011–2013 წლის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ. აღნიშნული გეგმით გათვალისწინებულია საქართველოს მთავარი პროკურატურის მიერ იმ ინფორმაციის აღრიცხვის ვალდებულება, რომელიც შეეხება საჯარო მოხელეთა მიერ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებს.

წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) 2010 წლის ვიზიტის შემდეგ რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს ხელისუფლებას სტატისტიკის წარმოების მეთოდების დახვეწის თაობაზე: „სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება თვითმიზანი არ არის. სწორი შეგროვებისა და ანალიზის შემთხვევაში მას შეუძლია მიგვანიშნოს ტენდენციების შესახებ და დაგვეხმაროს სტრატეგიული გადაწყვეტილებების მიღებაში. შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და მთავარ პროკურატურას შორის აშკარად საჭიროა უფრო მეტი კოორდინაციის არსებობა. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი საქართველოს ხელისუფლებას ურჩევს, შემოიღოს ერთიანი ეროვნული სისტემა პოლიციის თანამშრომლების მიმართ საჩივრების, დისციპლინარული და სისხლის სამართლის სამართალწარმოებისა და სანქციების შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებისთვის. საზოგადოების ინფორმირება პოლიციის მხრიდან არასათანადო მოპყრობასთან დაკავშირებული საქმეების გამოძიებაზე ხელს შეუწყობს მოსახლეობაში დაუსჯელობის განცდის შემცირებას.“⁴⁶⁰

დამატებით უნდა აღინიშნოს, რომ საგამოძიებო ორგანოები არ გამოირჩევიან განსაკუთრებული პროაქტიურობით, როცა საქმე პატიმრების მიმართ არასათანადო მოპყრობას ეხება. საქართველოს სისხლის სამართლის 101-ე მუხლის 1 ნაწილის მიხედვით წინასწარი გამოძიების დაწყების საფუძველი შეიძლება გახდეს მასმედიაში გავრცელებული ინფორმაცია, თუმცა, როგორც წესი, საჩივრის ან ოფიციალური შეტყობინების გარეშე გამოძიება არ იწყება (იხ. ქვემოთ, მალხაზ ა.-ს საქმე).

რეკომენდაცია საქართველოს მთავარ პროკურორს:

- პირადი კონტროლის ქვეშ აიყვანოს დაკავებისას და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომხდარი ყველა არასათანადო მოპყრობის ფაქტის გამოძიება, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სწრაფი და ეფექტური გამოძიების ჩატარება;
- უზრუნველყოს საჯარო მოხელეთა მიერ განხორციელებული არასათანადო მოპყრობის ფაქტების დეტალური სტატისტიკის წარმოება უწყებების მიხედვით, რომლითაც შესაძლებელი იქნება წამების წინააღმდეგ ბრძოლის სფეროში არსებული მდგომარეობის სრულყოფილი მონიტორინგი;
- უზრუნველყოს სახალხო დამცველისთვის ამომწურავი და დროული ინფორმაციის მიწოდება არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიების შესახებ.

460 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2010 წლის 5-15 თებერვლის ვიზიტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას, პარ.17

გადატვირთულობა

2011 წლის განმავლობაში კვლავ დაფიქსირდა სასჯელალსრულების ზოგიერთი დაწესებულების გადატვირთულობა. წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა არაერთგზის გასცა რეკომენდაცია თითოეულ პატიმარზე სულ მცირე 4 კვ.მ. ფართის უზრუნველსაყოფად, თუმცა პატიმრობის ახალ კოდექსშიც იგივე ფართია გათვალისწინებული, რასაც ითვალისწინებდა „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონი.⁴⁶¹ აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ სასჯელალსრულების დაწესებულებაში თითოეული პატიმრისთვის არსებული ფართი ეროვნული კანონმდებლობით დადგენილ ნორმებსაც არ აკმაყოფილებს.

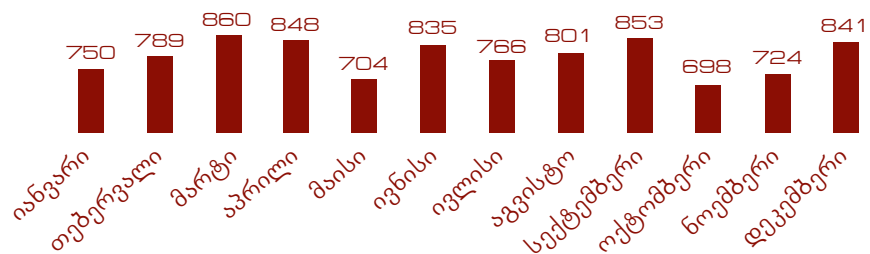
მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის N184-ე ბრძანებით განსაზღვრულია პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებების ლიმიტი – 24 650, აღნიშნული ციფრი აღემატება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში არსებულ ადგილებს – არ ფუნქციონირებს N13 და N10 დაწესებულებები. ამჟამად მოქმედი დაწესებულებების ლიმიტის გათვალისწინებით 2011 წლის მეორე ნახევარში სასჯელალსრულების დაწესებულებების რეალური ლიმიტი შეადგენს 23 630 ადგილს. 2011 წლის 1 დეკემბრის მდგომარეობით სასჯელალსრულების დაწესებულებებში განთავსებული იყო 24 244 პატიმარი.

2011 წლის განმავლობაში ზოგიერთ დაწესებულებაში, მუდმივად ან წლის გარკვეულ მონაკვეთში მაინც, იდგა გადატვირთულობის პრობლემა. ზოგიერთ დაწესებულებაში პატიმრებს საკუთარი საწოლიც კი არ ჰქონდათ – თბილისის N1, ზუგდიდის N4, ბათუმის N3 და რუსთავის N17 დაწესებულებები.

სახალხო დამცველი თავის საპარლამენტო მოხსენებებში მუდმივად გასცემს რეკომენდაციებს გადატვირთულობის პრობლემის აღმოსაფხვრელად, ვინაიდან პატიმრების რაოდენობა მათი უფლებების ადეკვატური უზრუნველყოფის უკუპროპორციულია, რაც ართულებს სასჯელალსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სათანადოდ განხორციელებას, და ნეგატიურად აისახება სახელმწიფო ბიუჯეტზე. სახალხო დამცველის რეკომენდაციები შეეხება როგორც ზედმეტად მკაცრი სისხლისსამართლებრივი პოლიტიკის გადახედვას, ასევე, სისხლისსამართლებრივი დევნის პოლიტიკის განსაზღვრისას, საზოგადოებისათვის ნაკლებად საშიში დანაშაულების შემთხვევაში, პრიორიტეტის მინიჭებას თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატიული, უფრო მსუბუქი სასჯელის სახეებისთვის.⁴⁶²

დადებითად აღსანიშნავია 2011 წელს საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის მე-40 მუხლში შესული ცვლილება, რომლის თანახმად, პატიმრობის ალტერნატიულ სანქციად შესაძლებელია საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომის გამოყენება. სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ აღნიშნული ცვლილების პრაქტიკული გამოყენება შეამსუბუქებს გადატვირთულობის პრობლემას სასჯელალსრულების დაწესებულებებში.

სასჯელალსრულების დეპარტამენტის საპატიმრო დაწესებულებებში შეყვანილ პირთა რაოდენობა თვეების მიხედვით



461 ერთ მსჯავრდებულზე საცხოვრებელი ფართობის ნორმა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში არ უნდა იყოს 2 კვ. მ-ზე, საპყრობილეში 2,5 კვ.მ-ზე, ქალთა დაწესებულებაში 3 კვ.მ-ზე, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში 3,5 კვ.მ-ზე, ხოლო სამკურნალო დაწესებულებაში – 3 კვ.მ-ზე ნაკლები.

462 იხ. სახალხო დამცველის 2010 წლის საპარლამენტო ანგარიში

2011 წლის განმავლობაში სასჯელსრულების საპატიმრო დაწესებულებებში შესახლებული იყო 9460 პატიმარი. სასჯელსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული პასუხის თანახმად, საანგარიშო პერიოდში სასჯელსრულების დაწესებულებებიდან სხვადასხვა საფუძვლით გათავისუფლებულ იქნა 9293 პატიმარი. მათ შორის, 444 გათავისუფლდა პირობით ვადაზე ადრე, 1055–ს დაენიშნა პირობითი გამოსაცდელი ვადა, 47 მსჯავრდებულს გადაუვადდა სასჯელის მოხდა, 680 კი შეწყალბულ იქნა.

წინადადებები საქართველოს პარლამენტს:

- საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები, რათა ამჟამად მოქმედი შეკრებილობის პრინციპი შეიცვალოს შთანთქმის პრინციპით;
- გატარდეს საზოგადოებისათვის ზოგიერთი ნაკლებად საშიში დანაშაულების დეკრიმინალიზაციისთვის საჭირო ზომები;
- პატიმრობის კოდექსში შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და თითოეულ პატიმარზე განისაზღვროს 4მ² ფართი.

რეკომენდაცია საქართველოს მთავარ პროკურორს: სისხლისსამართლებრივი დევნის პოლიტიკის განსაზღვრისას საზოგადოებისათვის ნაკლებად საშიში დანაშაულების შემთხვევაში პრიორიტეტი მიენიჭოს თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატიულ, უფრო მსუბუქი სასჯელის სახეებს.

საყოფაცხოვრებო პირობები

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „პატიმრებისათვის უზრუნველყოფილი საცხოვრებელი, განსაკუთრებით კი, საძინებელი, უნდა პასუხობდეს ადამიანის ღირსების პატივისცემის და მაქსიმალური შესაძლებლობის ფარგლებში, ასევე, განმარტების მოთხოვნებს. ასევე დაცული უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის მოთხოვნები, ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს კლიმატურ პირობებსა და განსაკუთრებით ფართის ოდენობის, ჰაერის მოცულობას, განათებასა და ვენტილაციის პირობებს.“⁴⁶³

„ყველა შენობაში, სადაც პატიმრები ცხოვრობენ, მუშაობენ ან იკრიბებიან:

ფანჯრები უნდა იყოს საკმარისად დიდი, რათა საშუალება მიეცეთ პატიმრებს, იკითხონ ან იმუშაონ ბუნებრივი განათების ნორმალურ პირობებში, ასევე იძლეოდეს სუფთა ჰაერის მოძრაობის შესაძლებლობა, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა არსებობს ჰაერის კონდიციონერის ჯეროვანი სისტემა;

ხელოვნური განათება უნდა აკმაყოფილებდეს მიღებულ ტექნიკურ სტანდარტებს; უნდა არსებობდეს სიგნალიზაციის სისტემა, რომელიც საშუალებას მისცემს პატიმრებს, დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ პერსონალს.“⁴⁶⁴

ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლოს პრეცედენტული სამართლის მიხედვით, არასათანადო და არაადამიანური მოპყრობის გარდა, ევროკონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა შესაძლოა გამოიწვიოს იმ გარემოში, რომელშიც პირი იმყოფება.

ციხის ევროპული წესების ერთერთი ძირითადი პრინციპის მიხედვით, „ადამიანის უფლებების შემლახავი ციხის პირობების არსებობა არ შეიძლება გამართლებული იქნეს რესურსების ნაკლებობით.“

463 18.1-წესი

464 18.2 წესი

სახალხო დამცველის ანგარიშებში არაერთგზის გაიცა თბილისის N1, ბათუმის N3, ზუგდიდის N4 და ხონის N13 დაწესებულებების დახურვის რეკომენდაცია – აღნიშნულ დაწესებულებებში არსებულ პირობებში პატიმრის მოთავსება შეიძლება გაუტოლდეს არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას. ლიკვიდაციის რეკომენდაციები გაიცემა დაწესებულებებზე, რომლებიც არც თითოეულ პატიმარზე გამოყოფილი ფართის მხრივ, არც განათების, ვენტილაციის, გათბობის, ჰიგიენის თვალსაზრისით არ შეესაბამება არანაირ სტანდარტს, ინფრასტრუქტურა კი იმდენად მოძველებულია, რომ გარემონტებას არ ექვემდებარება.

დადებითად აღსანიშნავია, რომ საანგარიშო პერიოდში დაიხურა ხონის N13 დაწესებულება. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზე გამოქვეყნებული ინფორმაციის თანახმად⁴⁶⁵, 2011 წლის 10 ივნისს ევროპის საბჭოს განვითარების ბანკმა საქართველოს მთავრობას დაუმტკიცა 60 მილიონი ევროს ღირებულების პროექტი ლაითურის სასჯელაღსრულების კომპლექსის მშენებლობისთვის, რომელიც გათვლილია 2000 პატიმარზე. სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ აღნიშნული დაწესებულების ექსპლუატაციაში შესვლის შემდგომ ზემოთ მითითებული დაწესებულებები შეწყვეტს ფუნქციონირებას.

ქსნის N15 დაწესებულება

დაწესებულების დახურულ ნაწილში ჩატარებული კოსმეტიკური რემონტის მიუხედავად იქ არსებული მდგომარეობა არსებითად არ გაუმჯობესებულა. კვლავ პრობლემად რჩება საკნების კედლები, რომლებიც დაფარულია ცემენტის სქელი, უსწორმასწორო ფენით, ე.წ. „შუბით“. გათბობა ხდება ელექტროქურების მეშვეობით, საკნების არც ხელოვნური და არც ბუნებრივი განათება არ არის საკმარისი. დაწესებულებაში შეიმჩნევა ტარაკნების დიდი რაოდენობა. მონიტორინგის დროს ზოგიერთ საკანში მწყობრიდან იყო გამოსული წყალგაყვანილობის სისტემა.

2011 წლის აგვისტო-სექტემბერში ჩატარებული მონიტორინგის დროს N15 დაწესებულების დახურული ნაწილის N20 საკანში განთავსებულმა მსჯავრდებულებამ სახალხო დამცველის რწმუნებულებს განუცხადეს, რომ მათარაქვთ საკანში ტუმბოები, რის გამოც ტანსაცმლისა და პირადი ნივთების შენახვა უწევთ საწოლის ქვეშ ცელოფნის პარკებში. აღნიშნული საკითხი მონიტორინგის დროს გადაამოწმეს სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა და აღმოჩნდა, რომ N20 საკანში იყო მხოლოდ ერთი ამორტიზებული ორუჯრიანი ტუმბო. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით სახალხო დამცველის აპარატიდან N15 დაწესებულების დირექტორს გაეგზავნა წერილობითი მიმართვა, რომლითაც ვითხოვდით ინფორმაციას, უზრუნველყოფდნენ თუ არა მსჯავრდებულებს პირადი ნივთების შესანახი ტუმბოებით. 2011 წლის 25 ნოემბერს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N15 დაწესებულებიდან მივიღეთ N10/34/3-4998 პასუხი, რომელშიც აღნიშნულია, რომ N15 დაწესებულების დახურული ტიპის სადგომის N20 საკანში განთავსებულ ყველა მსჯავრდებულს აქვს შესაძლებლობა, ისარგებლოს ტუმბოთი (2 მსჯავრდებულს 1 ტუმბო). აღნიშნული საკითხი გადაამოწმა მონიტორინგის ჯგუფმა მიერ და აღმოჩნდა, რომ დაწესებულების დირექტორის პასუხი სიმართლეს არ შეესაბამებოდა და N20 საკანში კვლავ იგივე მდგომარეობა იყო.

ე.წ. ძველ ზონაში განთავსებულია სამი ბარაკული ტიპის საცხოვრებელი კორპუსი და ერთი ე.წ. სამედიცინო ნაწილი. 2009 წლის 6 მარტის ხანძრის შედეგად დაზიანებულ საცხოვრებელ ბარაკში ჩატარდა სარემონტო სამუშაოები, თუმცა საცხოვრებელი კორპუსის მეორე სართულის ერთ-ერთი საცხოვრებელი ნაწილი გაურემონტებელი დარჩა. აღნიშნულ ნაწილში განთავსებულია 40 მსჯავრდებული. ბარაკი გაყოფილია ოთხ ნაწილად ბრეზენტით. იატაკი არის ბეტონისა და ალაგ-ალაგ ამოტეხილი. გათბობის საშუალებად გამოიყენება ელექტროქურები, თუმცა ისინი არ არის საკმარისი, რის გამოც მონიტორინგის დროს ბარაკში იყო სიცივე. ასევე, აღსანიშნავია, რომ იქ

465 http://www.mcla.gov.ge/index.php?action=page&p_id=451&lang=geo;

არსებული პირობების გამო, მსჯავრდებულები ვერ ახერხებენ სისუფთავის დაცვას. ამავე ნაწილში განთავსებულია საპირფარეო, რომლის სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა იყო ძალიან ცუდი.

რაც შეეხება გარემონტებულ ნაწილს, აღსანიშნავია, რომ სარემონტო სამუშაოების ჩატარების შემდეგ პირველი სართულის ნაწილში განთავსდა სასადილო ოთახი, სადაც მსჯავრდებულები დღის განმავლობაში სამჯერ იღებენ საკვებს. სასადილოში არ არის არანაირი გათბობის საშუალება და მონიტორინგის დროს იყო გაუსაძლისი სიცივე.

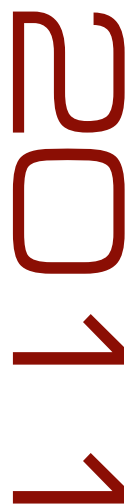
ამავე შენობის პირველ სართულზე განთავსებულია 172 მსჯავრდებული, ხოლო მეორეზე – 156. თითოეული სართულის ფართი შეადგენს 343 კვ.მ-ს. ორივე სართულზე გათბობის საშუალებად გამოიყენება 4-4 ელექტროქურა, რომლებიც არანაირად არ არის საკმარისი და ბარაკში, ისევე, როგორც ამავე ნაწილის სხვა ბარაკებში, იყო სიცივე. აღნიშნულს ემატება ისიც, რომ მეორე სართულზე არ არის ჭერი და ბარაკი პირდაპირ გადახურულია თუნუქით. მსჯავრდებულებს არ აქვთ ტუმბოები, რის გამოც მუყაოს ყუთებში ან დიდი ზომის ცელოფნის პარკებში ალაგებენ თავიანთ ტანსაცმელს. იატაკი არის ბეტონისა, ხოლო კედლები შელესილია ცემენტით. მსჯავრდებულთა განმარტებით, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ყოველდღიურად ალაგებენ საცხოვრებელ ბარაკს, შეუძლებელია სისუფთავის დაცვა და მათი საწოლები და პირადი ნივთები მუდმივად დამტვერილია. ბარაკში არ არის ცენტრალური ვენტილაციის სისტემა, ხოლო 1 მ² ფართის 7 ფანჯარა ვერ უზრუნველყოფს 343 კვ.მ. ფართის ბარაკის ბუნებრივ განათებასა და ვენტილაციას. თითოეული მსჯავრდებულისთვის გამოყოფილი ფართი პირველ სართულზე 1.9 კვ.მ-ია, ხოლო მეორეზე – 2.1 კვ.მ. ამავე საცხოვრებელი კორპუსის ერთ-ერთი ფლიგელის სამ ნაწილად დაყოფილი მეორე სართულის ერთ-ერთ ნაწილში ჩამოდის წყალი, რის გამოც არის სინესტე და საწოლებზე მსჯავრდებულები აფარებენ ცელოფნის პარკებს.

მეორე შენობა ასევე არის ორსართულიანი, სადაც მსჯავრდებულებისთვის განკუთვნილია 588 ადგილი. საცხოვრებელი ბარაკის პირველი და მეორე სართულები გაყოფილია ორ-ორ ნაწილად. პირველ სართულზე არის ერთი, ხოლო მეორე სართულზე – ოთხი ოთახი. საცხოვრებელ ბარაკს წლების განმავლობაში არ ჩასტარებია არანაირი სარემონტო სამუშაო. მისი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი. არის ტარაკნები. ორივე სართულზე საპირფარეოებში მწყობრიდან არის გამოსული წყალგაყვანილობის სიტემა და სველი წერტილების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა ძალიან ცუდია. მსჯავრდებულები თბებიან ელექტროქურებით, რაც არ არის საკმარისი ოთახების გასათბობად. საცხოვრებელი კორპუსის ბუნებრივი განათება და ვენტილაცია საკმარისია. აღნიშნული ბარაკის საცხოვრებელი ფართი 913 კვ.მ-ია და თითოეული მსჯავრდებულისთვის გამოყოფილია 1.55 კვ.მ. ფართი.

მესამე შენობა არის ე.წ. სამედიცინო ნაწილი, რომლის პირველ სართულზე განთავსებულია საშხაპე ოთახი. საშხაპე ოთახს არ აქვს ფანჯრები, ასევე არ არსებობს ვენტილაციის ცენტრალური სისტემა. იატაკზე დაგებულია კერამიკული ფილები, შეღებილია ჭერი და კედლები, თუმცა არის სინესტე და ალაგ-ალაგ ჩამოყრილია ბათქაში. საშხაპე ოთახს იყენებენ სამრეცხაოდაც.

ე.წ. სამედიცინო ნაწილის მდგომარეობა სავალალოა, ამ შენობაში ავადმყოფთა განთავსება დაუშვებელია. დანესებულებაში არის ე.წ. ძველი სამედიცინო ნაწილი, სადაც მოთავსებული არიან ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მსჯავრდებულები. შენობის მდგომარეობა იმდენად ცუდია, რომ იქ ადამიანის მოთავსება ასევე დაუშვებელია.

ე.წ. ძველი ზონის ეზოში არის საერთო სარგებლობის საპირფარეო, რომლის სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ძალიან ცუდი. საკანალიზაციო სისტემა მწყობრიდან გამოსულია, რის გამოც დგას აუტანელი სუნი. რაც შეეხება საცხოვრებელ ბარაკებში განთავსებულ საპირფარეოებს, გარდა იმისა, რომ ისინი საჭიროებს სარემონტო სამუშაოების ჩატარებას, ასევე, მსჯავრდებულთა განმარტებით, მათი რაოდენობა არ არის საკმარისი, რის გამოც დილაობით რიგში უნევთ დგომა.



რუსთავის N6 დაწესებულება

დადებითად უნდა აღინიშნოს N6 დაწესებულების ძველ ნაწილში კოსმეტიკური რემონტის ჩატარება, რაც სახალხო დამცველის ერთ-ერთი რეკომენდაცია იყო. განსაკუთრებით მისასალმებელია, რომ რემონტის დროს საკნებში დამონტაჟდა მეტალოპლასტიკის ფანჯრები, რომლებიც მთლიანად იღება და უზრუნველყოფს საკნის ნორმალურ განიავებას. სასურველი იქნებოდა აღნიშნული სიახლე გავრცელებულიყო სხვა დაწესებულებებზეც, სადაც ფანჯრების ფორმა, კონსტრუქცია, ასევე, ხშირად ორმაგი ან სამმაგი გისოსი საკნის მხრიდან ხელს უშლის მსჯავრებულებს, თავიანთი შეხედულებისამებრ და საკმარისად გაანიაფონ საკანი.

ახალი საცხოვრებელი კორპუსის საკნების განიავება, სავენტილაციო სისტემის არარსებობის გამო, პრობლემურია. დაწესებულებაში არ არის საკმარისი ხელოვნური განათება, რადგან საკნებში დამონტაჟებულია არასაკმარისი სიმძლავრის ე.წ. ეკონომნათურები, რომლებიც ვერ უზრუნველყოფს სათანადო განათებას. ასევე, სარემონტო ამავე კორპუსის პირველი სართულის წყალგაყვანილობის სისტემა, რომელიც ხშირად ზიანდება.

საფუძვლიან რემონტს საჭიროებს დაწესებულების ახალი საცხოვრებელი კორპუსის პირველ სართულიც, სადაც ასევე არადაამაყყოფილებელი პირობებია და არის სინესტე.

თბილისის N12 დაწესებულება

N12 ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. როგორც არაერთგზის აღინიშნა, დაწესებულების შექმნის შემდეგ კოსმეტიკური რემონტი ჩაუტარდა მხოლოდ პირველ სართულს, სადაც განლაგებულია თანამშრომლების ოთახები და სამედიცინო ნაწილი. გათბობა ხდება ელექტროქურებით. დაწესებულებაში ძირითადად განთავსებული არიან მსჯავრდებულები, რომელთაც დარჩენილი აქვთ სასჯელის მოხდის მცირე ვადა, ასევე – ხანდაზმული მსჯავრდებულები.

გეგუთის N14 დაწესებულება

დაწესებულებაში ფუნქციონირებს ბარაკული ტიპის 5 საცხოვრებელი კორპუსი. თითოეულ სართულზე საშუალოდ განთავსებულია 200-იდან 250-მდე მსჯავრდებული. წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) თავის 2010 წლის ანგარიშში რეკომენდაცია გასცა გეგუთის N8⁴⁶⁶ დაწესებულებაში ბარაკული ტიპის საცხოვრებლების საკნებად გადაკეთებაზე, რაც, წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის აზრით, განპირობებულია უსაფრთხოების მოსაზრებიდან გამომდინარეც⁴⁶⁷. აღნიშნული რეკომენდაცია არაერთგზის გასცა სახალხო დამცველმაც, რომელიც დღემდე არ შესრულებულა.

რუსთავის N17 დაწესებულება

დაწესებულების I, II, III და IV საცხოვრებელ კორპუსებში არსებული საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი და საჭიროებს კაპიტალურ რემონტს. ზემოაღნიშნულ საცხოვრებელ კორპუსებში განათება ხდება ხელოვნურად, რადგან ფანჯრების ზომა ვერ უზრუნველყოფს საკნების ბუნებრივ განათებას. კედლები ალაგ-ალაგ ჩამოქერცილია, ვენტილაცია ხდება ბუნებრივად, თუმცა არასაკმარისად. ზოგიერთ საკანში მოშლილია ონკანი, ზოგიერთში არ არის ნათურები. ისინი თბება ცენტრალური გზით.

466 CPT-ის ვიზიტისდროინდელი ნუმერაციით

467 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2010 წლის 5-15 თებერვლის ვიზიტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას, პარ.77

აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებაში განთავსებული ე.წ. „ახალი ზონის“ საშხაპებს არ აქვს არანაირი ვენტილაციის საშუალება, რის გამოც მსჯავრდებულები იძულებულნი არიან, არ დაკეტონ საშხაპის კარი.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულება

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში არის ერთმანეთისგან იზოლირებული სამი საცხოვრებელი კორპუსი. რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთათვის განკუთვნილი განახლებული კორპუსის გარდა დანარჩენი საცხოვრებელი კორპუსები საჭიროებს რემონტს და მათი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ძალიან ცუდი. ისინი თბება ელექტროგამათბობლების საშუალებით. დაწესებულების ტერიტორიაზე შენდება ახალი კორპუსი, რომლის ექსპლუატაციაში შესვლა იგეგმება 2012 წელს. აქვე აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად ახლად ჩატარებული სარემონტო სამუშაოებისა, რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა საცხოვრებელ კორპუსში საშხაპის სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი.

გლდანის N8 დაწესებულება

დადებითად აღსანიშნავია, რომ 2012 წლის იანვარში კოსმეტიკური რემონტი ჩაუტარდა N8 დაწესებულების საკარანტინე საკნებს, სადაც საწოლებზე დაიგო სქელი მატრასები, გარემონტდა წყალგაყვანილობის სისტემა, გამოიცვალა მაგიდა და სკამი. თითოეულ საკანში დაიდგა ოთხი ორსართულიანი საწოლი. ასევე, დაემატა სამი საკარანტინე საკანი.

რუსთავის N16 დაწესებულება

აღნიშნულ დაწესებულებაზე სახალხო დამცველის მიერ გაცემული რეკომენდაციების გარკვეული ნაწილი შესრულებულია – გარემონტდა შენობა, სადაც დაწესებულების სამართაო და საკარანტინე საკნებია განთავსებული და სადაც გასულ წლებში სუფევდა ანტისანიტარია და იყო არასათანადო პირობები.

დაწესებულების A და B კორპუსების ინფრასტრუქტურა ნორმალურია, არის 6- ადგილიანი საკნები, ხოლო რაც შეეხება დაწესებულების C კორპუსს, იქ ჯერ კიდევ არის რამდენიმე ბარაკული სისტემის 50-52 ადგილიანი საკნები, ხოლო სხვები არის 14-იდან 40-მდე ადგილიანი, რაც თავისთავად ვერ უზრუნველყოფს განთავსების ნორმალურ პირობებს. ზოგადად, აღნიშნული კორპუსის საკნების უმეტესობა საჭიროებს გარემონტებას. N16 დაწესებულების C კორპუსს არ აქვს სტადიონი.

თბილისის N7 დაწესებულება

აღნიშნული დაწესებულების საკნების დიდი ნაწილი სარემონტოა. დაწესებულების უმთავრესი პრობლემაა საკნების არასათანადო ბუნებრივი განათება და ვენტილაცია, განსაკუთრებით I და II სართულებზე. ამის გამო მცირე ზომის ფანჯრები, რომლებიც დამონტაჟებულია ჭერთან ახლოს და გადის შიდა ეზოში, დაფარულია გისოსების რამდენიმე ფენით.

აღსანიშნავია N7 დაწესებულების სასეირნო ეზოები, რომლებიც დაახლოებით 12-13 კვ.მ.-ია, არ არის სკამი ან სხვა რაიმე აღჭურვილობა. ეზოების ზომის გამო მსჯავრდებულების უფლება გასეირნებაზე არასათანადოდ არის უზრუნველყოფილი.



რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს ზემოთ მითითებული ყველა დაწესებულების სათანადო გარემონტება, ე.წ. ბარაკული სისტემის ლიკვიდაცია და საკნის ტიპის სისტემაზე გადასვლა;
- უზრუნველყოფილ იქნეს ყველა დაწესებულების საკნების სათანადო ბუნებრივი და ხელოვნური განათება, ვენტილაცია და გათბობა.

პირადი ჰიბიენა

ისევე, როგორც საერთაშორისო სტანდარტებით, ეროვნული კანონმდებლობის თანახმად, პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი პირობები, რათა დაიცვან პირადი ჰიბიენა. პატიმრობის კოდექსის მე-14 მუხლის „ა.ა“ ქვეპუნქტის თანახმად, ბრალდებულსა და მსჯავრდებულს უფლება აქვს, უზრუნველყოფილი იყოს პირადი ჰიბიენით. ამავე კანონის 21-ე მუხლის თანახმად, „ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, დაიკმაყოფილოს ბუნებრივი ფიზიოლოგიური მოთხოვნები და დაიცვას პირადი ჰიბიენა პატივისა და ღირსების შეუღებად.“ „როგორც წესი, ბრალდებული/მსჯავრდებული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შხაპის კვირაში ორჯერ მიღების შესაძლებლობით, ასევე საპარიკმახერო მომსახურებით არანაკლებ თვეში ერთხელ...“.

მიუხედავად კანონმდებლობის მოთხოვნისა, პატიმრებისა და მსჯავრდებულებისთვის არც ერთ დახურული ტიპის დაწესებულებაში არ არის უზრუნველყოფილი შხაპის მიღება კვირაში ორჯერ. თბილისის N8 დაწესებულებაში პატიმრები შხაპს იღებენ კვირაში ერთხელ, თუმცა, მათი გადმოცემით, ისინი ვალდებული არიან, შხაპის მიღება მაქსიმუმ 10 წუთში დაამთავრონ, რაც შეეხება ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებს, იქ აღნიშნული პრობლემა შეძლებისდაგვარად მოწესრიგებულია კორპუსებზე ან ეზოებში არსებული საშხაპეების ხარჯზე. გამონაკლისია გეგუთის N14 დაწესებულების N6 საცხოვრებელი კორპუსი, რომელში განთავსებულ მსჯავრდებულებსაც შხაპის მიღების შესაძლებლობა კვირაში მხოლოდ ერთხელ აქვთ. ქსნის N15 დაწესებულების ე.წ. ძველ ზონაში განთავსებული ზოგიერთი მსჯავრდებულის თქმით, ისინი აბანოთი სარგებლობენ 10–15 დღეში ერთხელ. ზოგი კი მიუთითებს, რომ შხაპის მიღება არ არის პრობლემა, რადგანაც საშხაპე ოთახი მდებარეობს დაწესებულების ეზოში და მათ სურვილისამებრ შეუძლიათ მიიღონ შხაპი, თუმცა გეგუთის მონიტორინგის დროს პრევენციულ ჯგუფს ორივე შემთხვევაში ეზოში არსებული საშხაპე ოთახი დაკეტილი დახვდა და გასაღების მოტანას დაახლოებით 15–20 წუთი დასჭირდა.

რაც შეეხება საპარიკმახერო მომსახურებას, პატიმრები ან ერთმანეთს ჭრიან თმებს, ან დალაქის ფუნქცია მეთავსებული აქვს სამეურნეო ნაწილში ჩარიცხულ მსჯავრდებულს.

როგორც უკვე არაერთგზის აღინიშნა, ზუგდიდის N4 და თბილისის N1 დაწესებულებების საკნებში არსებული საპირფარეშოები არის ნახევრად ღია ტიპისა, რაც ვერ აკმაყოფილებს ვერანაირ სტანდარტს. იგივე შეიძლება ითქვას ბათუმის N3 დაწესებულების უმეტეს საკნებში არსებულ საპირფარეშოებზეც. N6 დაწესებულების საკნებში არის იზოლირებული საპირფარეშოები, თუმცა მათი კარის სიგრძე ვერ უზრუნველყოფს სრულ იზოლირებას.

პატიმრობის კოდექსის 22-ე მუხლის მესამე ნაწილის თანახმად, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს პირად სარგებლობაში უნდა ჰქონდეს საწოლი და თეთრეული, რომელიც მას უნდა გადაეცეს სუფთა და დაუზიანებელი. ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს თეთრეულის სისუფთავე. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ პატიმრებს მხოლოდ დაწესებულებაში მიღებისას ეძლევათ თეთრეული. თეთრეულს სისტემატურად ცვლის მხოლოდ N8 დაწესებულების ადმინისტრაცია, თუ ამის სურვილი მსჯავრდებულებს აქვთ. N8 დაწესებულებაში განთავსებული პატიმრების გადმოცემით,

საკუთარი ხარჯით შეძენილი თეთრეულის გარეცხვა ურჩევნიათ თვითონ, რადგანაც, მათი თქმით, ადმინისტრაცია გარეცხვის შემდეგ ველარ უზრუნველყოფს მათთვის იმავე თეთრეულის დაბრუნებას.

სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლებით სარგებლობა

პატიმრობის კოდექსის მე-14 მუხლის „ზ“ ქვეპუნქტის თანახმად, „ბრალდებულს/ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, ყოველდღიურად, არანაკლებ 1 საათისა, იმყოფებოდეს სუფთა ჰაერზე“.

მიუხედავად პატიმრობის კოდექსით დადგენილი ხანგრძლივობისა, ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში გასეირნება დაახლოებით ნახევარ საათს გრძელდება, გლდანის N8 დაწესებულებაში – 20–25 წუთს, N7 დაწესებულებაში – 25–30 წუთს⁴⁶⁸, ხოლო ბათუმის N3 დაწესებულებაში – 10–15 წუთს.

სახალხო დამცველმა თავის არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში გასცა რეკომენდაცია, ყველა დახურული ტიპის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში პატიმრებისთვის ყოველდღიური ერთსაათიანი გასეირნების უფლებით უზრუნველყოფის თაობაზე, მათ შორის, შაბათ-კვირასაც, რაც არც ერთი დახურული ტიპის სასჯელაღსრულების დაწესებულების პრაქტიკაში არ ხდება.

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) რეკომენდაციაა, ყველა კატეგორიის პატიმრების, როგორც წინასწარ პატიმრობაში მყოფების, ასევე მსჯავრდებულების, დღის განმავლობაში გარკვეული გონივრული დროით (8 საათი ან მეტი) საკნებს გარეთ ყოფნა და მათი სხვადასხვა აქტივობებითა და საქმიანობით დაკავება, ხოლო უსაფრთხოების განსაკუთრებულ რეჟიმში მყოფი მსჯავრდებულებისა, სულ მცირე 1 საათით⁴⁶⁹.

ზოგიერთ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებშიც პატიმრებს მხოლოდ 4–6 საათის განმავლობაში უნევთ სუფთა ჰაერზე ყოფნა (მაგ. გეგუთის N14, თბილისის N12, ქსნის N15 (ახალი კორპუსი) დაწესებულებები). რუსთავის N16 დაწესებულება ნახევრად ღია და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაა, თუმცა კვირა დღეს საცხოვრებელი კორპუსები დაკეტილია და მსჯავრდებულებს არ აქვთ შესაძლებლობა, იმყოფებოდნენ სუფთა ჰაერზე. ქალთა N5 დაწესებულების ნახევრად ღია ნაწილის A კორპუსში განთავსებული მსჯავრდებულები დღის განმავლობაში მხოლოდ 6 საათით იმყოფებიან სუფთა ჰაერზე.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის N97 ბრძანებით დამტკიცებულია პატიმრობის, თავისუფლების აღკვეთის, შერეული ტიპის ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა დაწესებულებების, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებისა და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების დებულებები. პატიმრობის დაწესებულების დებულების 29-ე მუხლის მეორე ნაწილის თანახმად, „ბრალდებულის გასეირნება ხდება დღის საათებში, დაწესებულებაში გასეირნება ტარდება გასასეირნებელ ეზოში. ეზოში მოეწყობა დასაჯდომი მერხები და წვიმისაგან თავშესაფარი. გასეირნებისას არასრულწლოვნებს ეძლევათ ფიზიკური ვარჯიშის და სპორტული თამაშობების შესაძლებლობა“. აქვე აღსანიშნავია, რომ არც ერთი პატიმრობის დაწესებულებების სასეირნო ეზოები არ არის მოწყობილი აღნიშნული დებულების შესაბამისად. დახურული ტიპის დაწესებულებებშიც იგივე მდგომარეობაა, რის გამოც პატიმრები იძულებულნი არიან, სასეირნოდ გამოყოფილი დრო ფეხზე გაატარონ და ამის გამო ზოგჯერ თავადვე ამბობენ უარს გასეირნებაზე ან მალევე ბრუნდებიან საკანში. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებული პატიმრებიც ხშირად ჩივიან, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით სასეირნო ეზოს მოუწყობლობის გამო. კერძოდ, ზოგიერთი პატიმრის თქმით, მათ უჭირთ ფეხზე დგომა და იმის გამო, რომ სასეირნო ეზოში არ დგას სკამი, ისინი

⁴⁶⁸ გამონაკლის წარმოადგენს პატიმრები, რომლებიც მარტო არიან საკნებში განთავსებული. მეთ ეძლევათ ერთ საათიანი გასეირნების უფლება;

⁴⁶⁹ 2010 წლის 5-15 თებერვალს განხორციელებული ვიზიტი საქართველოში (პარ. 82);

თავს იკავებენ სასაქონლო გავლენისგან. პატიმრებისთვის სუფთა ჰაერზე ყოფნა პრობლემაა წვიმიან და განსაკუთრებით ცხელ დღეებშიც, ვინაიდან პრაქტიკულად არც ერთი დაწესებულების სასაქონლო ეზოში არ არის თავშესაფარი წვიმისა და მზის სხივებისგან.

მიუხედავად სახალხო დამცველის არაერთი რეკომენდაციისა, სასაქონლო ეზოებში აღნიშნული პრობლემა მოუგვარებელია. სასაქონლო უფლებების მინისტრის 2011 წლის ბრძანებით დამტკიცებული დაწესებულებების დებულებები⁴⁷⁰ პატიმრობის დაწესებულებისთვის ითვალისწინებს ეზოს სათანადო აღჭურვას, თუმცა პრაქტიკაში აღნიშნული მოთხოვნაც არ არის შესრულებული არც ერთ დაწესებულებაში.

რეკომენდაცია სასაქონლო უფლებების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის: უზრუნველყოს 2011 წლის 30 მაისის N97 ბრძანებაში შესაბამისი დამატებების შეტანა, რომლებითაც მითითებული იქნება ყველა ტიპის სასაქონლო უფლებების დაწესებულებების სასაქონლო ეზოების მოწყობის მინიმალური სტანდარტები CPT-ის რეკომენდაციების შესაბამისად.

რეკომენდაცია სასაქონლო უფლებების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- ყველა სასაქონლო უფლებების დაწესებულებაში უზრუნველყოს პატიმრებისათვის კვირაში ორჯერ შხაპის მიღების შესაძლებლობა;
- ყველა ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში მსჯავრდებულებს მიეცეთ საშუალება, მინიმუმ 8 საათი გაატარონ სუფთა ჰაერზე;
- ყველა დახურული ტიპის სასაქონლო უფლებების დაწესებულებაში პატიმრებისთვის უზრუნველყოს ყოველდღიური ერთსაათიანი გასაქონლება, მათ შორის შაბათ-კვირას;
- უზრუნველყოს დაწესებულებების სასაქონლო ეზოებში სკამებისა და სავარჯიშო ინვენტარის დამონტაჟება და მათი აღჭურვა სხვადასხვა კლიმატური პირობების შესაბამისად.

დისციპლინა და დასჯა

დისციპლინური სასაქონლო უფლებებისა და ადმინისტრაციული სახდელის შეფარდება

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „დისციპლინური სასაქონლო უფლებები გამოყენებულ უნდა იქნეს, როგორც უკიდურესი საშუალება.“⁴⁷¹ „ციხის ადმინისტრაციამ უნდა გამოიყენოს მედიაციის ყველა შესაძლებლობა, რათა გადაჭრას კამათი პატიმრებთან და პატიმრებს შორის.“⁴⁷² „ნებისმიერი სასაქონლო სიმკაცრე უნდა იყოს პროპორციული ჩადენილ დანაშაულთან.“⁴⁷³ „დასჯის თვალსაზრისით აკრძალულია: კოლექტიური და ფიზიკური დასჯა, რომელიც ითვალისწინებს ბნელ საკანში პირის მოთავსებას, ასევე აკრძალულია არაადამიანური და ღირსების შემლახველი სხვა სასაქონლო უფლებები.“⁴⁷⁴ ასევე, სასაქონლო უფლებები არ შეიძლება მოიცავდეს ოჯახთან კონტაქტის სრულად აკრძალვას.⁴⁷⁵

470 სასაქონლო უფლებების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის N97 ბრძანება „პატიმრობის, თავისუფლების აღკვეთის შედეგად ტიპის ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა დაწესებულებების, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებებისა და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებების დებულებების დამტკიცების თაობაზე“, დანართი 1 „პატიმრობის დაწესებულებების დებულება“.

471 56.1 წესი;

472 56.2 წესი;

473 60.2 წესი;

474 60.3 წესი;

475 60.4 წესი;

2011 წლის 15 ივლისს და 2012 წლის 27 თებერვალს სასაქონლო რეგულაციის დანერგვის მიზნით N10/8/2-9487 და N10/8/2-426 წერილობითი პასუხების თანახმად, საანგარიშო პერიოდში 2011 წელს შინაგანაწესის უბეში დარღვევისათვის ადმინისტრაციული პატიმრობა შეეფარდა 46 მსჯავრდებულს,⁴⁷⁶ ხოლო სამართლო საკანში მოთავსდა 2856 მსჯავრდებული. იმავე წყაროდან მიღებული ინფორმაციით, არცერთ სამართლო საკანში განთავსებულ პირს არ გაუსაჩივრებია დირექტორის გადაწყვეტილება.⁴⁷⁷ მონიტორინგის ჯგუფის კითხვაზე, რატომ არ ასაჩივრებენ დირექტორის განკარგულებას მათი სამართლო საკანში მოთავსების თაობაზე, ყველა პატიმარი ერთს პასუხობდა, რომ, მათი აზრით, გასაჩივრება აზრს იყო მოკლებული.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დასჯილი პატიმრების რაოდენობა რეალურად უფრო მეტი იყო, ვინაიდან ზოგიერთ დაწესებულებაში, მაგ., გლდანის N8 და ქუთაისის N2 დაწესებულებებში მოქმედებდა პატიმართა დასჯის არაფორმალური და უკანონო მექანიზმები (კარანტინში ან ე.წ. „ბოქსში“ განთავსება), რომლებიც გამოიყენებოდა ისეთ შემთხვევებში, როცა ადმინისტრაციას ამა თუ იმ მიზეზით არ სურდა დასჯის თუნდაც ფორმალური დასაბუთება.

სამართლო საკანები არ გააჩნია N1, N11 და N18 დაწესებულებებს.

სხვადასხვა სასაქონლო რეგულაციის დაწესებულებაში ერთი და იმავე გადაცდომისთვის დასჯის ხანგრძლივობა განისაზღვრება სხვადასხვანაირად. აღნიშნული მიდგომა შეიძლება ჩაითვალოს დადებითად მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მიდგომა ყველა ასეთ შემთხვევაზე იქნება ინდივიდუალური და გათვალისწინებული იქნება პატიმრის პირადი საქმე და ის გარემოებები, რომლებშიც მსჯავრდებულმა ჩაიდინა გადაცდომა.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ ხშირად პატიმრების მიერ დისციპლინური დარღვევები დაკავშირებულია ექიმის მოთხოვნასთან – პატიმარი იძულებულია, იხმაროს და დააბრახუნოს საკნის კარზე, წინააღმდეგ შემთხვევაში, პატიმართა გადმოცემით, იგი ვერ შეხვდება ექიმს. აღნიშნული განსაკუთრებით ეხება ქუთაისის N2, რუსთავის N6 და ქსნის N15 დაწესებულებებს.

ხშირია კოლექტიური დასჯის მეთოდების გამოყენება, რაც, როგორც ეროვნული, ასევე საერთაშორისო სტანდარტებით, კატეგორიულად აკრძალულია. როგორც უკვე აღინიშნა, გლდანის N8 და ქუთაისის N2 დაწესებულებებში ერთი პატიმრის მიერ ჩადენილი გადაცდომის შემთხვევაში ისჯება მთელი საკანი, რაც, პატიმართა გადმოცემით, გამოიხატება რადიოს ჩამორთმევით, გასივრების აკრძალვით ან სიტყვიერი და ფიზიკური შეურაცხყოფით.

წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT), 2010 წლის ანგარიშში, ხაზგასმით აღნიშნა, რომ „მიუღებელია კოლექტიური დასჯის ნებისმიერი ფორმა“.

კომიტეტის განცხადებით, ყველა დისციპლინური სასაქონლო პატიმრებს უნდა დაეკისროთ ოფიციალური პროცედურების სრული დაცვით.⁴⁷⁸ აღნიშნული პროცედურები საკმაოდ დეტალურად არის წარმოდგენილი საქართველოს პატიმრობის კოდექსში. მათ შორის, კოდექსის 84-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, „დისციპლინური დარღვევის საქმეს განიხილავს დაწესებულების დირექტორი ან მის მიერ უფლებამოსილი პირი. ბრალდებულს/მსჯავრდებულს განემარტება უფლება – მისცეს ახსნა-განმარტება, წარადგინოს მტკიცებულებები, გაასაჩივროს განკარგულება დისციპლინური ღონისძიების გამოყენების შესახებ. ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უნდა ჩამოერთვას ახსნა-განმარტება მის მიერ ჩადენილ დისციპლინურ დარღვევასთან დაკავშირებით, ხოლო უარის შემთხვევაში ადმინისტრაცია ადგენს ოქმს. პატიმარს, მონემს ან დაზარალებულს

476 იხ. ზემოთ, თავი „არასათანადო მოპყრობა“, სადაც საუბარია ერთდამივედროს ქუთაისის N2 დაწესებულების 26 მსჯავრდებულისთვის ადმინისტრაციული პატიმრობის გაფორმების გარემოებებზე; ასევე, იმავე თავში, მსჯავრდებულების ილია მ.-ს და გიორგი ო.-ს საქმე, რომლებიც შეეხება ადმინისტრაციული პატიმრობის შეფარდების მანკიერ პრაქტიკასაც.

477 აღნიშნულ ინფორმაციას სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტი ყოველ 6 თვეში ერთხელ გამოითხოვს თითოეული დაწესებულებიდან.

478 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2010 წლის 5-15 თებერვლის ვიზიტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას, პარ.114;

უფლება აქვს ახსნა-განმარტება წარადგინოს წერილობით.“ იმავე მუხლის მე-7 ნაწილის თანახმად, „ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს, წარმოდგენილი იყოს ადვოკატის მიერ დისციპლინურ განხილვაზე, თუ მის მიმართ გამოიყენება საკნის ტიპის საცხოვრებელ სადგომში გადაყვანა და სამართლო საკანში მოთავსება. ზეპირი მოსმენის დაწყებამდე ბრალდებულს/მსჯავრდებულს განმარტება საკუთარი ადვოკატის მოწვევის უფლება, რომელიც შესაბამისი თანხმობის მიღების შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს განმარტებიდან 3 საათის განმავლობაში. თუ დადგენილ ვადაში ადვოკატი არ ცხადდება, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს მისი თანხმობით დაენიშნება საზოგადოებრივი ადვოკატი. თუ ბრალდებული/ მსჯავრდებული უარს აცხადებს დასწრებაზე, ეს ფაქტი უნდა დაფიქსირდეს წერილობითი ფორმით, წინააღმდეგ შემთხვევაში უნდა შედგეს ოქმი, რომელსაც ხელს აწერს ბრალდებული/მსჯავრდებული.“

მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ შემთხვევაში (მაგ. რუსთავის N16 დაწესებულება) მონიტორინგის დროს სამართლო საკნებში განთავსებულ მსჯავრდებულებს არ აქვთ ინფორმაცია, მათი სასჯელის ხანგრძლივობის შესახებ, რაც სერიოზული გადაცდომაა. მათ, სამართლო საკანში განთავსების წინ მათ ხელს აწერიან დადგენილებაზე, თუმცა, როგორც წესი, არ აცნობენ მის შინაარსს. ამის გამო ზოგიერთი მსჯავრდებული უარს ამბობს ხელის მოწერაზე.

პატიმრობის კოდექსის 88-ე მუხლის მეორე ნაწილის თანახმად, „სამართლო საკანში მოთავსებულ ბრალდებულს/მსჯავრდებულს ეკრძალება ხანმოკლე და ხანგრძლივი პაემნები, სატელეფონო საუბარი, კვების პროდუქტების შეძენა“. CPT-მ საქართველოს ხელისუფლებას მისცა რეკომენდაცია, „გაატაროს ზომები, რომ პატიმრის დისციპლინურ საკანში მოთავსება არ აკარგავინებდეს მას ოჯახთან კონტაქტის საშუალებას. ნებისმიერი აკრძალვა ოჯახთან კონტაქტისა, როგორც სასჯელის ფორმა, უნდა დაიშვებოდეს მხოლოდ მაშინ, როცა ამგვარ კონტაქტებს დანაშაული უკავშირდება“⁴⁷⁹.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ პატიმრების გარე სამყაროსთან კონტაქტის უფლება უნდა განიხილებოდეს, როგორც მათი უფლება და ასეთი კონტაქტების აკრძალვა არ უნდა გამოიყენებოდეს, როგორც დასჯის ფორმა. ასევე, წახალისების ფორმების გაზრდითა და დასჯის მექანიზმის ობიექტური გამოყენებით შესაძლებელია ციხის სტაბილურობის შენარჩუნება, პატიმრებისადმი არასამართლიანმა და უკანონო მოპყრობამ კი, პირიქით, შესაძლებელია გამოიწვიოს მათი უმრავლესობის დაპირისპირება ადმინისტრაციასთან ან, კოლექტიური სასჯელების შემთხვევაში – ერთმანეთთან, რაც მძიმე და მიუღებელი შედეგით შეიძლება დასრულდეს.

- **წინადადება საქართველოს პარლამენტს:** განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები პატიმრობის კოდექსში, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სამართლო საკნებში მოთავსებული პირების გარე სამყაროსთან ურთიერთობა.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მიერ სამსახურებრივი კონტროლის განხორციელების დროს განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდეს არაფორმალური დასჯის მეთოდებისა და კოლექტიური დასჯის შემთხვევების გამოვლენასა და აღმოფხვრაზე;
- სამართლო საკანში განთავსებისას ყველა მსჯავრდებულისთვის უზრუნველყოფილ იქნეს მისი დასჯის შესახებ გადაწყვეტილების (დირექტორის განკარგულების) ჯეროვანი გაცნობა, ასევე, მისი ინფორმირება შესაძლო გასაჩივრების მექანიზმებისა და ვადების შესახებ.

479 იქვე, პარ.115

სამართლო საკანში განთავსებულ პირთა აღრიცხვის ჟურნალები

სამართლო საკანების ჟურნალების სრულყოფილ და რეგულარულ წარმოებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს პატიმართა დისციპლინური დასჯის ტენდენციების, დარღვევებისა და არსებული პრაქტიკის მონიტორინგის თვალსაზრისით. მნიშვნელოვანია, რომ ჟურნალში მითითებული იყოს არა მხოლოდ დასჯის ხანგრძლივობა, მსჯავრდებულის განთავსებისა და გათავისუფლების თარიღები, არამედ კონკრეტული გადაცდომის სახეც.

შემონების შედეგად აღმოჩნდა, რომ რიგ დაწესებულებებში ჟურნალები არასრულყოფილად და არასათანადოდ არის წარმოებული. კერძოდ, ზოგიერთ მათგანში მხოლოდ დარღვევის სახეობაა მითითებული – „დაარღვია დაწესებულების შინაგანანესი“, „დაარღვია სარეჟიმო მოთხოვნები“, „დაარღვია დაწესებულებაში არსებული რეჟიმი“ (მაგ. რუსთავის N17 დაწესებულება, N12 დაწესებულება, ქუთაისის N2 დაწესებულება), „დაწესებულების დირექტორის N.. განკარგულებით“ მოხდა მსჯავრდებულის მოთავსება (რუსთავის N16 დაწესებულება), თუმცა არ არის გაკეთებული ჩანაწერი მსჯავრდებულის მიერ ჩადენილი კონკრეტული ქმედების შესახებ. ასეთ შემთხვევებში ჟურნალი ნაკლებ ინფორმაციულია და არ იძლევა შესაძლებლობას გაირკვეს, თუ რა გახდა პირის სამართლო საკანში მოთავსების უშუალო მიზეზი.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის მითითება არ იძლევა სრულ ინფორმაციას გადაცდომის კონკრეტული სახეობის შესახებ, რადგან ისედაც ცხადია, რომ სამართლო საკანში მოთავსება ხდება სარეჟიმო მოთხოვნების ან შინაგანანესის დარღვევის გამო და თანაც დაწესებულების დირექტორის განკარგულებით. ზოგ შემთხვევაში დარღვევის სახეობად მითითებულია „პატიმრობის კოდექსის“ შესაბამისი მუხლი, თუმცა კონკრეტული დარღვევის შესახებ არაფერია ნათქვამი (მაგ: ბათუმის N3 დაწესებულება, რუსთავის N17 დაწესებულება). ზოგიერთ შემთხვევაში ჩანაწერების ნაწილში მითითებულია კონკრეტული დარღვევები, ნაწილი კი ზოგადი შინაარსისაა (მაგ. რუსთავის N17 და ქუთაისის N2 დაწესებულებები).

ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ ქსნის N15 დაწესებულებაში საერთოდ არ ინარმოება „სამართლო საკანში მოთავსებულ პირთა აღრიცხვის ჟურნალი“ და ინფორმაციას მოიძიებენ მოხდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ნორმატიული (საგანმკარგულებლო) აღრიცხვის ჟურნალიდან, რომელშიც საერთოდ არ არის ჩანაწერები დარღვევების შესახებ.

დადებითად უნდა შეფასდეს, რომ ზოგიერთ დაწესებულებაში საკმაოდ კონკრეტულად, მკაფიოდ და ნათლად არის ჩანაწერები ჩანაწერები დარღვევების შესახებ. კერძოდ, რუსთავის N6, ქალთა N5, თბილისის N9, გეგუთის N14 და გლდანის N8 დაწესებულებებში. თუმცა N8 დაწესებულების შესაბამის ჟურნალში გაკეთებული ჩანაწერებიდან ირკვევა, რომ ძირითადად დარღვევის სახეობა არის „საკანში ხმაური“; როგორც ზემოთაც აღინიშნა, ჩატარებულმა მონიტორინგმა ცხადყო, რომ ამ დაწესებულების ადმინისტრაციას ხმაურის ძალიან თავისებური აღქმა აქვს და ასეთად ითვლება საუბრის ტემბრის ოდნავი მატება, სიცილი, რადიოს ნორმალურ ხმაზე მოსმენა და სხვა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ცხადი ხდება, რომ დაწესებულებაში არსებული სარეჟიმო მოთხოვნებიდან გამომდინარე, ნებისმიერი პატიმრისთვის რეჟიმის დარღვევამდე ერთი ნაბიჯია დარჩენილი.

N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დასჯის ფორმად საანგარიშო პერიოდში გამოიყენებოდა „საყვედური“ და რამდენიმე შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა ადმინისტრაციული სახდელის დადება 20 ან 30 დღე/ლამის ვადით.

დისციპლინური წესით დასჯის რამდენიმე შემთხვევა იყო N12 დაწესებულებაში, სადაც 2011 წლის მანძილზე სულ 66 მსჯავრდებული იქნა მოათავსეს სამართლო საკანში, აქედან მეორე ნახევარში – 20.

ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში, საანგარიშო პერიოდში, სამართლო საკანში განთავსდა სულ 38 პატიმარი. გაცილებით ნაკლები, კონკრეტულად კი 8 მსჯავრდებული განთავსდა 2011 წლის

მონიტორინგის
შედეგად

განმავლობაში სამართო საკანში N19 დაწესებულებაში, ხოლო ბათუმის N3 დაწესებულებაში 2011 წლის პირველ ნახევარში 3 პატიმარი მოთავსდა სამართო საკანში, ხოლო მეორე ნახევარში – არც ერთი.

2011 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, დაწესებულებებში წარმოებულ ჟურნალებში გაკეთებული ჩანაწერებიდან, ასევე, მსჯავრდებულებთან გასაუბრებიდან გამომდინარე, პოზიტიურ ჭრილში შეიძლება განვიხილოთ რუსთავის N17 და გეგუთის N14 დაწესებულებებში დაწერილი ინდივიდუალური მიდგომა მსჯავრდებულთა სამართო საკანში მოთავსებასთან დაკავშირებით – ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მხედველობაში მიიღება გადაცდომის სერიოზულობა და დამრღვევის პიროვნება, რაც მისაბაძი მაგალითი უნდა იყოს სხვა დაწესებულებებისთვის.

გეგუთის N14 და რუსთავის N6 დაწესებულებებში შეიმჩნევა დადებითი ტენდენცია, რაც გამოიხატება სამართო საკნიდან სასჯელის ვადის გასვლამდე გათავისუფლებაში ექიმის ცნობის საფუძველზე.

2011 წლის პირველ ნახევარში გეგუთის N14 დაწესებულებაში 19 ასეთი ფაქტია დაფიქსირებული, რაც სამართო საკანში ამავე პერიოდში მოთავსებული მსჯავრდებულების საერთო რაოდენობის (109) 17,4%-ია. 2011 წლის მეორე ნახევარში ამავე დაწესებულებაში 45 ასეთი ფაქტია დაფიქსირებული, რაც სამართო საკანში მოთავსებული მსჯავრდებულების საერთო რაოდენობის (184) 24,5%-ია. წლიური მაჩვენებლით ექიმის რეკომენდაციით გათავისუფლებულთა რაოდენობა საერთო რაოდენობის (293) 21,8 %-ია. ამავე დაწესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებულების გადმოცემით, უკანასკნელ პერიოდში შემცირდა სამართო საკანში მსჯავრდებულთა მოთავსება.

იგივე ტენდენცია გამოვლინდა წლის მეორე ნახევარში რუსთავის N6 დაწესებულებაში, სადაც ექიმის ცნობით გათავისუფლების 15 ფაქტია დაფიქსირებული, რაც ამ პერიოდში სამართო საკანში მოთავსებული მსჯავრდებულების საერთო რაოდენობის (113) 13,3 %-ია.

ერთი ასეთი ფაქტია დაფიქსირებული ზუგდიდის N4 დაწესებულებაშიც, სადაც 2011 წლის მეორე ნახევარში სამართო საკანში მოთავსდა სულ 21 პატიმარი.

ერთგვაროვანი სასჯელები გამოიყენება რუსთავის N16, ქალთა N5, გლდანის N8 დაწესებულებებში. სამართო საკანში მოთავსების ხანგრძლივობა ძირითადად შეადგენს 5, 10 და 20 დღე-ღამეს.

სასჯელალსრულების დაწესებულებებში პატიმრის დისციპლინური დასჯის გამომწვევი ყველაზე გავრცელებული გადაცდომებია: ხმაური, გადაძახილი, ჩხუბი, თანამშრომლისა თუ სხვა მსჯავრდებულის სიტყვიერი შეურაცხყოფა, თანამშრომლის მოთხოვნაზე არდამორჩილება, სიით შემონმებისას დაგვიანება ან არგამოცხადება, ტერიტორიის დანაგვიანება.

ასევე საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ 2011 მეორე ნახევარში, პირველ ნახევართან შედარებით, ზოგიერთ დაწესებულებაში შეინიშნება დასჯის რაოდენობების მკვეთრი მატება. ეს ძირითადად შეეხება შედარებით დიდი ზომის დაწესებულებებს, როგორებიცაა ქუთაისის N2 (202 – I ნახ., 339 – II ნახ.), გეგუთის N14 (109 – 184), რუსთავის N16 (58 – 122), ქსნის N15 (363 – 502), თბილისის N8 (226 – 303), რუსთავის N6 დაწესებულებები (40 – 113).

- **რეკომენდაცია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:** სასჯელ-ალსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაციას დაევალოს სამართო საკანში განთავსებულ პირთა აღრიცხვის ჟურნალების უნიფიცირებული წესით წარმოება დარღვევის ფაქტობრივი აღწერით, ჟურნალების ჯეროვანი დათარიღება და ნუმერაცია.
- **რეკომენდაცია ქსნის N15 დაწესებულების ადმინისტრაციას:** უზრუნველყოს სამართო საკანში მოთავსებულ პირთა აღრიცხვისა და რეგისტრაციის ჟურნალის წარმოება.

სამართლო საკანში განთავსების პირობები

პატიმრობის კოდექსის 88-ე მუხლის თანახმად, სამართლო საკანში მოთავსებულ ბრალდებულს/მსჯავრდებულს ყოველდღიურად 1-საათიანი გასეირნების უფლება აქვს. ასევე, „სამართლო საკანი უნდა იყოს განათებული და ვენტილაციით უზრუნველყოფილი; ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უნდა ჰქონდეს სკამი და სანოლი. მას უფლება აქვს, მოთხოვნის შემთხვევაში მიიღოს საკითხავი მასალა“.

ქუთაისის N2 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 28 სამართლო საკანი. ისინი სხვადასხვა ფართისაა, თუმცა იდენტურად ეკიპირებული. ყველა საკანში დგას თითო ასაკეცი ერთადგილიანი სანოლი. საკნებს აქვს 0,5 კვ.მ ზომის თითო ფანჯარა. საკნების განათება ხდება საკმარისად, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით; თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია ხდება ბუნებრივი გზით. სამართლო საკანებში არის საპირფარეშო, რომელიც საკნისგან ნახევრად იზოლირებულია 1,3 მ სიმაღლის კედლით. საკანში არის ცალკე გამოყოფილი ონკანი პირსაბანით. საკნების კედლები არის კაფელისა, იატაკი – მოზაიკისა, საკნების საერთო მდგომარეობა ნორმალურია. თითოეულ საკანში დგას მაგიდა და სკამი.

სამართლო საკნის N		ფართი
1	A 1	5.8 კვ.მ
2	A5	5.48 კვ.მ
3	A6	4.3 კვ.მ
4	C2	5.12 კვ.მ
5	D6	1.1 კვ.მ
6	D10	12.74 კვ.მ
7	D15	12.25 კვ.მ

პატიმრებთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით, არ აქვთ მაღაზიით სარგებლობისა და შხაპის მიღების შესაძლებლობა. სამართლო საკანში მოთავსებული პატიმრებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა, მათ არც ექიმი ნახულობს ყოველდღიურად. სამართლო საკანში ჩაყვანისას მათ ატანენ ლეიბსა და გადასაფარებელს.

ბათუმის N3 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 4 სამართლო საკანი. ყველა საკანში არის ერთიარუსიანი სანოლი, რომელზეც დაგებულია ლეიბი, გადასაფარებელი, ბალიში და თეთრეული. ყველა სამართლო საკანს აქვს თითო ფანჯარა. სამართლო საკნების განათება ხდება საკმარისად, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. ვენტილაციის ცენტრალური სისტემა არ ფუნქციონირებს. საკნების ვენტილაცია ხდება ფანჯრების მეშვეობით, რომლებსაც არ აქვს შუშა. სამართლო საკნებს აქვს 0,80 მ სიმაღლის კედლით ნახევრად იზოლირებული საპირფარეშო. საპირფარეშოს თავზე დამონტაჟებულია ონკანი. I, II და III სამართლო საკნების ჭერი, კედლები და იატაკი არის შეღებილი. მათი საერთო მდგომარეობა არის დამაკმაყოფილებელი. IV საკანში არის სინესტე და ჩამოქერცილი საღებავი.

სამართლო საკნის N		ფართი
1	N I	7.43 კვ.მ
2	N II	6.27 კვ.მ
3	N III	5.61 კვ.მ
4	N IV	6.3 კვ.მ

საქართველოს
სამართლებრივი
სისტემა

მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში განთავსებული იყო ერთი პატიმარი. მისი თქმით, ის ვერ სარგებლობდა გასეირნების უფლებით, არ ჰქონდა მაღაზიით სარგებლობისა და შხაპის მიღების შესაძლებლობა. სამართლო საკანში მოთავსებული პატიმრისათვის არ იყო ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა, მას არც ექიმი ნახულობდა ყოველდღიურად.

ზუგდიდის N4 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 3 სამართლო საკანი. სამივე საკნის ფართობი იდენტურია და შეადგენს 6,38 კვ.მ-ს. ყველა საკანში დგას თითო სანოლი, რომელზეც დაგებულია ლეიბი და გადასაფარებელი. საკნებში არის 0,5 კვ.მ. ზომის თითო ფანჯარა. განათება ხდება საკმარისად, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. არ ხდება საკნების გათბობა და ვენტილაცია. სამართლო საკნებში არის პლასტმასის ჭურჭელი, ტუალეტის ქაღალდი და საპონი. საკნებში არის საპირფარეშო, რომელიც საკნიდან ნახევრად იზოლირებულია 0,70 მ სიმაღლის კედლით; ასევე, არის ონკანი და პირსაბანი, თუმცა მონიტორინგის დროს სამივე საკანში ონკანი მწყობრიდან იყო გამოსული. საკნების კედლები, ჭერი და ბეტონის იატაკი არის შეღებილი. მათი საერთო მდგომარეობა საცხოვრებელ საკნებთან შედარებით დამაკმაყოფილებელია.

მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში პატიმრები განთავსებულები არ ყოფილან.

ქალთა N5 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 2 სამართლო საკანი. თითოეულში დგას 6 სანოლი. მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში იმყოფებოდა 2 პატიმარი. თითოეული საკნის ფართობია 18.15 კვ.მ. სანოლზე დაგებულია ლეიბი, გადასაფარებელი და თეთრეული. საკნების განათება საკმარისად ხდება ბუნებრივი და ხელოვნური გზით, გათბობა – ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – როგორც ცენტრალური სისტემით, ასევე ბუნებრივი გზით. სამართლო საკნებში არის იზოლირებული საპირფარეშოები. საპირფარეშოს ვენტილაცია ხდება ცენტრალური და ბუნებრივი გზით, განათება არის ხელოვნური და საკმარისი. საპირფარეშოში ასევე არის პირსაბანი. საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში მოთავსებულ პირთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ მას საშუალება აქვს, ყოველდღე 1 საათით ისარგებლოს გასეირნების უფლებით, მიიღოს შხაპი, ისარგებლოს ბიბლიოთეკით და შეიძინოს პრესა დაწესებულების მაღაზიაში. პატიმრის გადმოცემით, ექიმი ნახულობს მხოლოდ მოთხოვნის შემთხვევაში.

რუსთავის N6 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 11 სამართლო საკანი. ყველა საკანში დგას თითო სანოლი. საკნების ფართობი არის ერთმანეთის იდენტური და შეადგენს 7 კვ.მ-ს. იმ საკნებში, სადაც მოთავსებული იყვნენ პატიმრები, სანოლებზე დაგებული იყო ლეიბი და ბალიში. თითოეულ საკანს აქვს 0,5 კვ.მ. ზომის თითო ფანჯარა ორმაგი გისოსით. სამართლო საკნების განათება საკმარისად ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით; ასევე, ფუნქციონირებს სავენტილაციო სისტემა. საპირფარეშო საკნიდან გამოყოფილია კედლით, თუმცა არ აქვს კარი. საპირფარეშოში არის ონკანი. საკნების კედლები და ჭერი არის შეღებილი, იატაკი – მოზაიკისა. სამართლო საკნებში დგას მხოლოდ სანოლი, არ არის მაგიდა და სკამი.

მონიტორინგის დროს სამართლო საკნებში მოთავსებულ პირებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით, ვერ სარგებლობენ დანესებულების მაღაზიით, საკანში წყალი მიეწოდება მხოლოდ საკვების დარიგების დროს. პატიმრების განცხადებით, მათ არ აქვთ შხაპის მიღების საშუალება. პატიმრებისათვის ხელმისაწვდომი იყო პრესა. პატიმრების განმარტებით, ექიმმა ისინი მოინახულა სამართლო საკანში განთავსებისას. სამართლო საკნებში განთავსებულმა პატიმრებმა აღნიშნეს, რომ ჭურჭელი და ტუალეტის ქაღალდი წამოიღეს თავიანთი საკნებიდან.

თბილისის N7 დანესებულება

დანესებულებაში არის ერთი სამართლო საკანი, რომლის ფართობია 7.1 კვ.მ. მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში არ იყო მოთავსებული არც ერთი პატიმარი. საკანში დგას ერთი ორსართულიანი სანოლი, რომელზეც დაგებულია დიქტი და დევეს ლეიბი. საკანში დგას ერთი მაგიდა და სკამი. სამართლო საკანს აქვს 0.23 კვ.მ. ფართის ერთი ფანჯარა ორმაგი გისოსით, რის გამოც საკნის განათება არ ხდება ბუნებრივი გზით, ხოლო ხელოვნური განათება ხდება არასაკმარისად. საკანში არის ცენტრალური გათბობა. ვენტილაცია ხდება გამწოვის საშუალებით. საპირფარეშო იზოლირებულია, საკანში არის პირსაბანი. საკნის კედლები არის შეღებილი, იატაკზე დაგებულია ლინოლეუმი.

გლდანის N8 დანესებულება

დანესებულებაში არის 36 სამართლო საკანი, თუმცა მათგან ფუნქციონირებს 27. 9 სამართლო საკანში არ არის შესაბამისი პირობები პატიმრების მოსათავსებლად, რადგან საკნებში ჩამოდის წყალი, კედლები და ჭერი ნესტიანია და ჩამოქერცლილი. სამართლო საკნებში არის 27 ასაკეცი სანოლი. რვა საკნის ფართობია 8.6 კვ.მ., დანარჩენი ოცდათექვსმეტი საკნის ფართობი კი – 8.4 კვ.მ. თითოეულ საკანს აქვს 0.6 კვ.მ. ზომის ფანჯარა. საკნებში კარებზე გამოკრულია პატიმრის ვალდებულებებისა და აკრძალვების ნუსხა. საკნების განათება საკმარისად ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით; საკნები თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით; ვენტილაცია ხდება ბუნებრივი გზით. საპირფარეშოები ნახევრად იზოლირებულია და საკნიდან გამოყოფილია 1,66 მ. კედლით.

სამართლო საკნებში განთავსებულ პირებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნებისა და მაღაზიით სარგებლობის უფლებით. პატიმრებს არ აქვთ შხაპის მიღების საშუალება. პატიმრებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა. სამართლო საკნებში მოთავსებულ პატიმრებს აქვთ ჭიქა, ჯამი და პლასტმასის კოვზი. დანესებულების ადმინისტრაცია მათ აძლევს მხოლოდ საპონს, ტუალეტის ქაღალდად კი პატიმრები ჟურნალ-გაზეთების ნახევებს იყენებენ. ზაფხულში ჩატარებული მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში მჯდომმა ერთ-ერთმა პირმა განაცხადა, რომ მას არ უთხრეს, რამდენი დღით არის მოთავსებული სამართლო საკანში. ასევე, მისი თქმით, ჰქონდა შიში, რომ სამართლო საკნიდან გაყვანის შემდეგ მას კვლავ მოათავსებდნენ კარანტინში. პატიმარმა ასევე განაცხადა, რომ ხმაურის შემთხვევაში შედიან დანესებულების თანამშრომლები და პატიმრებს სცემენ.

თბილისის N12 დანესებულება

დანესებულებაში არის 2 სამართლო საკანი 18 და 15 კვ.მ. ფართობისა. თითოეულ საკანში დგას ორსართულიანი 2 სანოლი, რომლებზეც დაგებულია ღრუბელი და გადასაფარებელი. საკნებში დგას ერთი მაგიდა და სკამი. საკნებში არ არის ხელოვნური სარგებულობის სისტემა და ისინი არ ნიავედება არც ბუნებრივად, რადგან არც ერთი ფანჯარა არ იხსნება. იატაკი ბეტონისაა, ჭერი და კედლები



შედეგები, საპირფარეშო ნახევრად იზოლირებულია 1.6 მ. კედლით. მონიტორინგის დროს სამართლო საკანში არ იმყოფებოდა არც ერთი მსჯავრდებული.

გეგუთის N14 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 15 სამართლო საკანი. ცხრა 4 ადგილიანი, 15.5 კვ.მ. ფართობისა, სამი 1–ადგილიანი, 5.8 კვ.მ. ფართობისა და სამი 2–ადგილიანი, 5.8 კვ.მ. ფართობისა. სამართლო საკნებში არის საწოლები, რომლებზეც დაგებულია დიქტი და ლეიბი. პატიმრებს გადასაფარებლები ეძლევათ საღამოობით. ყველა საკანს აქვს 0,67 კვ.მ. ზომის თითო ფანჯარა. ერთადგილიან საკნებში არის საპირფარეშო, რომელიც საკნიდან ნახევრად იზოლირებულია 1,4 მ კედლით, დანარჩენ საკნებში კი საპირფარეშოები იზოლირებულია. სამართლო საკნების განათება ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. ბუნებრივი განათება არის საკმარისი, ხელოვნური კი არასაკმარისია. საკნების თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – როგორც ცენტრალური, ასევე ბუნებრივი გზით. საკნებში არის ონკანი პირსაბანი. სამართლო საკნების საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ყველა სამართლო საკანში დგას მაგიდა და სკამი.

მსჯავრდებულებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ სამართლო საკანში მყოფი პირები სარგებლობენ ჰიგიენური ნივთების შეძენის უფლებით დაწესებულების მაღაზიაში, შხაპის მიღების უფლებითა და გასეირნებით, რაც არ ხდება არც ერთ სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.

ქსნის N15 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 16 სამართლო საკანი, მოქმედებს 15, ხოლო ერთი საკანი გამოყენებულია საწყობად. მოქმედი საკნებიდან 10 ერთადგილიანია, 5 – ორადგილიანი. თითოეულ საკანში დგას 1 მაგიდა, სკამი და ტუმბო. თითოეული საკნის ფართობია 18 კვ.მ. საკნებში დგას ერთსართულიანი საწოლები, მათზე დაგებულია ლეიბი. ყველა საკანს აქვს 0.5 კვ.მ. ზომის თითო ფანჯარა. სამართლო საკნების განათება საკმარისად ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – გამწოვის მეშვეობით. საპირფარეშოები არის ნახევრად იზოლირებული. საკანში არის ონკანი/პირსაბანი. საკნების იატაკი არის მოზაიკისა, ქერი და კედლები – შეღებილი. საკნების ზოგადი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

მონიტორინგის დროს სამართლო საკნებში მოთავსებულ პატიმრებთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით, არ აქვთ საშუალება, მიიღონ შხაპი. სამართლო საკნებში მყოფი პატიმრებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა. მათ შესაძლებლობა ჰქონდათ, ნაეკითხათ მხოლოდ ლოცვები და ფსალმუნები, პრესით სარგებლობის უფლება, მათი განმარტებით, არ მოუთხოვიათ. სამართლო საკნებში მყოფ პატიმრებს, მათივე თქმით, ექიმი ყოველდღიურად ნახულობდა. საკანში მოთავსებისას პატიმრებს ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს საპნითა და ტუალეტის ქაღალდით.

რუსთავის N16 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 9 სამართლო საკანი (4 და 10 ადგილიანი). 4–ადგილიანი საკნის ფართობია 14.6 კვ.მ., 10 ადგილიანი საკნისა კი – 19.45 კვ.მ. საკნების განათება საკმარისად ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით, თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – კედელში ჩამონტაჟებული ვენტილატორის მეშვეობით. საპირფარეშო არის ნახევრად იზოლირებული და 1,46 მ სიმაღლის კედლითაა გამოყოფილი. პირსაბანი არის დამონტაჟებული საპირფარეშოში.

სამართლო საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ნორმალური. საკნებში დგას მაგიდა, სკამი და ტუმბო. საწოლზე დაგებულია ლეიბი და გადასაფარებელი, დევეს ბალიში. სამართლო საკნებში განთავსებულ პირებს აქვთ შამპუნი, საპონი, ტუალეტის ქაღალდი, ჭურჭლის სარეცხი ღრუბელი.

მონიტორინგის დროს სამართლო საკნებში განთავსებულ პატიმრებთან გასაუბრების შედეგად გაირკვა, რომ ზოგიერთ მათგანს არ ჰქონდა ინფორმაცია, თუ რამდენი ხნით იყვნენ დასჯილები.

რუსთავის N17 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 16 სამართლო საკანი, თუმცა იყენებენ მხოლოდ 8 საკანს, რადგან ერთს აქვს საკარანტინე საკნის დანიშნულება, დანარჩენი შვიდი კი საიზოლაციო საკნებად გამოიყენება.

	საკნის N	საწოლების რაოდენობა	ფართი
1	N 6	4	16,65 კვ.მ
2	N 8	8	19,24 კვ.მ
3	N 4	4	17 კვ.მ

საწოლებზე დაგებულია ლეიბები. ყველა საკანს აქვს 0.72 კვ.მ. ზომის თითო ფანჯარა. სამართლო საკნების განათება საკმარისად ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით, თბება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – როგორც ცენტრალური სისტემით, ასევე ბუნებრივი გზით. სამართლო საკნებში დამონტაჟებულია ონკანი. საპირფარეშოები იზოლირებულია. საკნები საჭიროებს რემონტს.

მონიტორინგის დროს კარცერში მოთავსებულ პატიმრებთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასაუბრების უფლებით, დაწესებულების მაღაზიით, არ აქვთ საშუალება, მიიღონ შხაპი, წყალი მიეწოდებათ გრაფიკით. სამართლო საკნებში მოთავსებული პირებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა. მათ ყოველდღიურად არც ექიმი ნახულობს.

N19 ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 9 სამართლო საკანი, მათგან 5 – მოქმედი, რომელთაგან სამს იყენებენ კარანტინისათვის. მონიტორინგის დროს სამართლო საკნებში იმყოფებოდა 20 პატიმარი, აქედან 1 – თვითიზოლაციით, დანარჩენები კი იმ დღეს იყვნენ ეტაპირებულები სხვადასხვა დაწესებულებიდან და განაწილებამდე იმყოფებოდნენ საკარანტინე საკნებში.

სამართლო საკნებში სულ დგას 12 ერთადგილიანი საწოლი. თითოეულ საკანს აქვს თითო ფანჯარა, რომლის ზომაა 0.3 კვ.მ. და არ აქვს მინა. სამართლო საკნების განათება ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით, თუმცა ბუნებრივი განათება არ არის საკმარისი ფანჯრების ზომის გამო. საკნებში არ არის გათბობის ცენტრალური და სავენტილაციო სისტემა. საპირფარეშო იზოლირებულია, თუმცა არის ანტისანიტარია, არ აქვს ჩასარეცხი. წყალის მიწოდება გრაფიკით. საპირფარეშოებში არის პირსაბანი, რომელიც არ მუშაობს. სამართლო საკნების კედლები და ჭერი ნესტიანი და ჩამოქერცლილია, ბეტონის იატაკი ამოყრილია. დაწესებულების ადმინისტრაცია აღნიშნავს, რომ სამართლო საკნები აღარ გამოიყენება. აღნიშნულს ასევე ადასტურებენ მსჯავრდებულები, ასევე – N19 დაწესებულების სამართლო საკნებში მოთავსებულ პირთა ჟურნალი.

საქართველოს
სასჯელაღსრულების
დაწესებულებაში

რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს სამართლო საკნებში განთავსებული პირებისათვის კანონით მინიჭებული ყველა უფლების, მათ შორის, გასეირნების, აბანოთი სარგებლობის, ჰიგიენური ნივთების შეძენისა და ბიბლიოთეკით სარგებლობის უფლებების რეალიზება;
- გარემონტდეს N12, N17 და N19 დაწესებულებების სამართლო საკნები.

კონტაქტი გარე სამყაროსთან

ხანმოკლე პაემანი

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების გარდა ყველა დაწესებულებაში პაემანი დგება შუშით გადატიხრულ ოთახში, სადაც პატიმარი მოკლებულია ოჯახის წევრებთან ყოველგვარი ფიზიკური ურთიერთობის საშუალებას. ზოგიერთ შემთხვევაში შუშას აქეთ-იქით აქვს რკინის ცხაური, რომელიც მნახველის წესიერად დანახვის საშუალებასაც არ იძლევა. წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) რეკომენდაცია მისცა შესაბამის ორგანოებს, გადახედონ პაემნების საკითხს ისე, რომ პატიმრებს შესაძლებლობა მიეცეთ, მიიღონ მნახველები ნაკლებად შეზღუდულ ვითარებაში. ამ თვალსაზრისით დაწესებული ყველანაირი შეზღუდვა, კომიტეტის აზრით, უნდა ემყარებოდეს ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში რისკების ინდივიდუალურ შეფასებას. კომიტეტის აზრით, „გარკვეულ შემთხვევებში ამგვარი მეთოდი გამართლებულია უსაფრთხოების და გამოძიებასთან დაკავშირებული ინტერესებით. თუმცა ყველა კატეგორიის პატიმართათვის ღია ვიზიტები უნდა იყოს წესი, ხოლო დახურული მკაცრი წესები – მხოლოდ გამონაკლისი.“⁴⁸⁰

პატიმრობის კოდექსის მე-17 მუხლის მე-7 ნაწილის თანახმად, ხანმოკლე პაემანი ეწყობა 1-იდან 2 საათამდე ვადით. პატიმრების გადმოცემით, სხვადასხვა დაწესებულებაში პრაქტიკა არაერთგვაროვანია – N8 და N2 დაწესებულებებში პაემნის ხანგრძლივობა 40–45 წუთია; N4 დაწესებულებაში – 15–20 წუთი, N3 დაწესებულებაში კი – 10–15 წუთი.

ხანგრძლივი პაემანი

დადებითად უნდა აღინიშნოს პატიმრობის კოდექსში შესული ცვლილება, რომლის თანახმადაც, პატიმრების გარკვეულ ნაწილს მიეცა უფლება ისარგებლოს ხანგრძლივი პაემნით. ამ მიზნით გეგუთის N14, რუსთავის N6, N16 და N17, არასრულწლოვანთა N11 დაწესებულებებში აშენდა სასტუმროს ტიპის ოთახები და 2011 წელს აღნიშნული უფლებით ისარგებლა 3369 მსჯავრდებულმა. ხანგრძლივი პაემნებისათვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა არ არის N15 და N5 დაწესებულებებში.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, ხანგრძლივი პაემნით სარგებლობის საშუალება არ აქვთ იმ მსჯავრდებულებს, რომლებიც, სასჯელის ზომიდან გამომდინარე, ყველაზე მეტად საჭიროებენ ოჯახთან კონტაქტის დამატებით საშუალებებს. პატიმრობის კოდექსის მე-17² მუხლის მეექვსე ნაწილის თანახმად, „ხანგრძლივი პაემანი არ ეძლევა დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ მსჯავრდებულს, გარდა უვადო თავისუფლება აღკვეთილი მსჯავრდებულისა, აგრეთვე იმ მსჯავრდებულს, რომელიც არის საკარანტინე რეჟიმში, დაკისრებული აქვს დისციპლინური სახდელი ან/და შეფარდებული აქვს ადმინისტრაციული პატიმრობა.“

ხანგრძლივი პაემანი, პირველ რიგში, რესოციალიზაციისა და ახლობლებთან მჭიდრო კონტაქტის შენარჩუნების საუკეთესო საშუალებაა, რაც დახურული ტიპის დაწესებულებაში განთავსებულ

480 2007 წლის 21 მარტიდან 2 აპრილამდე განხორციელებული ვიზიტი საქართველოში, პარ.91

მსჯავრდებულებს განსაკუთრებით ესაჭიროებათ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ პატიმრობის კოდექსში უნდა შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და ხანგრძლივი პაემნის უფლებით უნდა ისარგებლონ დახურული ტიპის დაწესებულებაში განთავსებულმა მსჯავრდებულებამაც. აღნიშნული ცვლილება კიდეც ერთი წინგადაგმული ნაბიჯი იქნება, რაც ხელს შეუწყობს მსჯავრდებულთა რესოციალიზაციას.

ვიდეოპაემანი

დადებითი ცვლილებაა, ასევე, პატიმრებისთვის ვიდეოპაემნით სარგებლობის უფლების მინიჭებაც. პატიმრობის კოდექსის მე-17¹ მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად⁴⁸¹, „თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ მსჯავრდებულს, გარდა განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისათვის მსჯავრდებულისა და ამ კოდექსის 50-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ვ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული პირისა, უფლება აქვს, ისარგებლოს ვიდეოპაემნით (პირდაპირი ხმოვანი და ვიზუალური ტელეხიდით) ნებისმიერ პირთან.“

საანგარიშო პერიოდში, ვიდეოპაემნისთვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა მოქმედებდა არასრულწლოვანთა N11 და ქსნის N15 დაწესებულებებში. 2011 წლის განმავლობაში ვიდეოპაემნით ისარგებლა 517 მსჯავრდებულმა, აქედან N11 დაწესებულებაში – 13 მსჯავრდებულმა და N15 დაწესებულებაში 504 მსჯავრდებულმა.

როგორც ხანგრძლივი პაემნებისას, ვიდეოპაემნების დაშვება ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულებისთვის პოზიტიური ცვლილება იქნებოდა და დიდ წვლილს შეიტანდა მსჯავრდებულების რესოციალიზაციის პროცესში, მით უმეტეს, რომ ვიდეოპაემნებით სარგებლობა შეუძლიათ არა მხოლოდ ოჯახის წევრებს, არამედ მეგობრებსა და ახლობლებსაც. პატიმრობის კოდექსის დათქმა, რომელიც გარკვეული კატეგორიის მსჯავრდებულებს უკრძალავს ვიდეოპაემნით სარგებლობას, უფრო დამატებითი სასჯელის ხასიათს ატარებს და ამ სახით გაუმართლებელია, ვინაიდან ყველანაირი აკრძალვა და შეზღუდვა უნდა იყოს ინდივიდუალური ხასიათისა და ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში შესაბამისად უნდა იყოს დასაბუთებული.

წინადადება საქართველოს პარლამენტს:

- პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფს ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულთა უფლებას გრძელვადიან პაემნებზე;
- პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებებისა და დამატებების შეტანა, რომლებიც უზრუნველყოფს ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულის უფლებას ვიდეოპაემანზე.

რეკომენდაცია საქართველოს, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს: ქსნის N15 და ქალთა N5 დაწესებულებებში მოკლე ვადებში აშენდეს გრძელვადიანი პაემნებისათვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა;

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს ხანმოკლე პაემნები შუშის ტიხარისა და რკინის ცხაურის გარეშე; ყოველგვარი გამოწვევის დასაბუთდეს ინდივიდუალურად, კონკრეტული გარემოებებიდან ან მსჯავრდებულის (მნახველის) პიროვნებიდან გამომდინარე;

481 მოქმედებს 2011 წლის პირველი იანვრიდან;

- მკაცრად გაკონტროლდეს პაემნების ხანგრძლივობის კანონის შესაბამისად დარეგულირება ყველა დაწესებულებაში.

სატელეფონო საუბრები

პატიმრობის კოდექსის თანახმად, ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მსჯავრდებულს უფლება აქვს 1 თვის განმავლობაში საკუთარი ხარჯით ჰქონდეს 3 სატელეფონო საუბარი, თითოეული – არა უმეტეს 15 წუთისა, დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში კი 1 თვის განმავლობაში საკუთარი ხარჯით ჰქონდეს 2 სატელეფონო საუბარი, თითოეული – არა უმეტეს 15 წუთისა.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, გლდანის N8 დაწესებულებაში პატიმრებს უფლება აქვთ, თვეში ორჯერ ჰქონდეთ სატელეფონო საუბარი ერთ ნომერზე და ისიც 3–5 წუთი. ბათუმის N3 დაწესებულებაში, ისევე, როგორც წინა წლებში, არ არის სატელეფონო ხაზი და არც ტელეფონის აპარატურა დამონტაჟებული, შესაბამისად, პატიმრები, უკვე რამდენიმე წელია, ვერ სარგებლობენ კანონით მინიჭებული სატელეფონო საუბრის უფლებით, რაც არაერთხელ გამხდარა სახალხო დამცველის ყურადღების საგანი, თუმცა დღემდე პრობლემის მოგვარება ვერ მოხერხდა. ტელეფონის არქონა განსაკუთრებით აისახება უცხო ქვეყნის მოქალაქეებზე, რომლებიც N3 დაწესებულებაში მრავლად არიან და რომელთათვისაც ტელეფონი ახლობლებთან ურთიერთობის ერთადერთი საშუალებაა.

ახალი სატელეფონო ბარათებით მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა ეძლევათ, დარეკონ 15 წუთის განმავლობაში მხოლოდ ორ ნომერზე. რამდენიმე ზარის განხორციელებისთვის მსჯავრდებული იძულებული ხდება, შეიძინოს რამდენიმე ბარათი, რაც შესაბამის ხარჯებთან არის დაკავშირებული. ზოგიერთ დაწესებულებაში შესაძლებელია ერთი ბარათით სამ ნომერზე დარეკვაც.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს ყველა პატიმრის უფლების სრული რეალიზაცია სატელეფონო საუბრებზე, მათ შორის, იმ პირების ინტერესების გათვალისწინებით, რომელთა ახლობლები არ იმყოფებიან საქართველოში;
- უზრუნველყოფილ იქნეს მსჯავრდებულთათვის სტანდარტული, მრავალჯერადი მოხმარების სატელეფონო ბარათების დამზადება.

პრესის, ტელე- და რადიომაუწყებლოების ხელმისაწვდომობა

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „პატიმრებს უნდა მიეცეთ საშუალება, რეგულარულად შეიტყონ საზოგადოებრივი მოვლენების შესახებ და ამისათვის გამოიწერონ და იკითხონ გაზეთები, პერიოდული გამოცემები და სხვა პუბლიკაციები, მოუსმინონ რადიოს ან სატელევიზიო გადაცემებს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც კონკრეტული აკრძალვაა დაწესებული სასამართლო ხელისუფლების მიერ გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ინდივიდუალურ შემთხვევაში“.⁴⁸²

სახალხო დამცველის არაერთ ანგარიშშია მოხსენიებული დახურული ტიპის დაწესებულებებში (გარდა ქსნის N15 დაწესებულებისა, სადაც დახურული რეჟიმის ყველა საკანში არის ტელევიზორი) ტელევიზორების არქონა. იმ პირობებში, როცა პატიმრები დღე-ღამეში მინიმუმ 23 საათს საკანში

482 წესი 24.10

ატარებენ და არ არიან დაკავებული არანაირი საქმიანობით, ტელევიზორის არქონა განსაკუთრებით მიუღებელია. სახალხო დამცველი იმედოვნებდა, რომ ახალი პატიმრობის კოდექსის ძალაში შესვლა, რომელშიც ტელევიზორის ქონა ზოგადად არის დაშვებული, გამოასწორებდა მდგომარეობას, თუმცა ცვლილება მხოლოდ ქაღალდზე აისახა და ტელევიზორი, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს თვალსაზრისით, კვლავ ზედმეტი ფუფუნებაა პატიმრებისთვის.

რუსთავის N6 დაწესებულებაში (ტელევიზორის ქონის უფლება მხოლოდ უვადო თავისუფლებადკვეთილ მსჯავრდებულებს აქვთ), ქუთაისის N2 დაწესებულებაში (ტელევიზორები მხოლოდ ქალ პატიმრებს აქვთ), გლდანის N8 დაწესებულებასა და N18 ბრალდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში ტელევიზორის ქონა არ არის დაშვებული. თბილისის N7 დაწესებულებაში მსჯავრდებულები სატელევიზიო პროგრამების ნაცვლად ისევ DVD-ის საშუალებით უყურებენ ერთსა და იმავე ჩანაწერებს.

წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT)⁴⁸³ თავის ანგარიშში რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს მთავრობას გლდანის N8 დაწესებულებაში ტელევიზორების დაშვების თაობაზე,⁴⁸⁴ თუმცა ისევე, როგორც სახალხო დამცველის რეკომენდაცია, წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის რეკომენდაციაც უგულებელყოფილია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ.

პრესის ხელმისაწვდომობა თითქმის ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში პრობლემაა. საანგარიშო პერიოდში სასჯელაღსრულების დაწესებულებების მალაზიებში პერიოდულად ხელმისაწვდომი იყო მხოლოდ გაზეთი „კვირის პალიტრა“, კროსვორდები და ჟურნალები „სარკე“, „თბილისელები“, „გზა“ და „რეიტინგი“. გლდანის N8 დაწესებულების მალაზიაში ასევე შესაძლებელი იყო რუსულენოვანი ჟურნალებისა და კროსვორდების შეძენაც. მონიტორინგის დროს სახალხო დამცველის ერთ-ერთი რეკომენდაცია საპარლამენტო მოხსენებებში შეეხებოდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პრესის ხელმისაწვდომობას. მიუხედავად აღნიშნულისა, თითქმის ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში აიკრძალა პრესის ამანათით შეგზავნა. ასევე, პრესა აღარ იყიდებოდა დაწესებულების მალაზიებში.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზე განთავსებული ინფორმაციის თანახმად,⁴⁸⁵ „2011 წლის 14 ნოემბერს, ურთიერთშეთანხმების მეომორანდუმში გაფორმდა საქართველოს ფოსტასთან, რომლის საფუძველზეც დამატებითი სერვისი დაინერგა სასჯელაღსრულების სისტემაში. მსჯავრდებულის და ბრალდებულის ოჯახის წევრებს შესაძლებლობა აქვთ დაწესებულებებში გზავნილები საქართველოს ფოსტის მეშვეობით ნებისმიერი რეგიონიდან სპეციალურ, შეღავათიან ფასად გაგზავნონ. ნებადართული ნივთების ჩამონათვალი, რომლის გაგზავნაც ფოსტით არის შესაძლებელი, საქართველოს ფოსტის ყველა ობიექტში თვალსაჩინო ადგილას არის ხელმისაწვდომი.“

პატიმართა გადმოცემით, მათ სოციალური სამსახურის თანამშრომლებმა მიაწოდეს ინფორმაცია აღნიშნული სერვისის შესახებ და უთხრეს, რომ გაზეთების შეგზავნა შესაძლებელია საფოსტო გზავნილებით, თუმცა, მსჯავრდებულების გადმოცემით, საფოსტო განყოფილებაში მისვლისას ოჯახის წევრებს ზეპირსიტყვიერად ეუბნებიან, რომ „პოლიტიკური შინაარსის გაზეთების“ გაგზავნა არ შეიძლება. აღნიშნული საკითხი საჭიროებს სიღრმისეულ შესწავლას.

პატიმრებს შესაძლებლობა აქვთ, იქონიონ მიმოწერა ოჯახის წევრებთან და სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფ პირებთან. ასევე, შესაძლებლობა აქვთ, წერილი გააგზავნონ საზღვარგარეთ, თუმცა ფასის გამო (84 ლარი) საჭიროების შემთხვევაშიც ხშირად თავს იკავებენ აღნიშნული სერვისით სარგებლობისგან.

483 რეკომენდაცია გაკეთდა N8 დაწესებულებაზე, სადაც კომიტეტმა ვიზიტი განახორციელა, თუმცა შეეხებოდა ყველა დახურული ტიპის დაწესებულებას

484 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2010 წლის 5-15 თებერვლის ვიზიტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას, პარ. 82

485 http://www.mcla.gov.ge/index.php?action=page&p_id=670&lang=geo

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს ტელევიზორის ქონისა და ტელეტრანსლაციის მიღების უფლება ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, განურჩევლად მისი ტიპისა;
- ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში უზრუნველყოფილ იქნეს პრესის სრული ხელმისაწვდომობა როგორც ამანათის, ისე მაღაზიისა და ბანდეროლის გზით.

საჩივრები და განცხადებები

საჩივრის ყუთები ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაშია დამონტაჟებული, თუმცა ისევე, როგორც წინა წლებში, ზოგიერთ დაწესებულებაში კვლავ პრობლემად რჩება პატიმრების საჩივარ-განცხადებების ადრესატებთან გაგზავნა. პატიმრობის კოდექსის მე-16 მუხლის მე-8 პუნქტის თანახმად, „ადმინისტრაციას ეკრძალება შეაჩეროს ან შეამონშოს საქართველოს პრეზიდენტის, საქართველოს პარლამენტის თავმჯდომარის, საქართველოს პარლამენტის წევრის, სასამართლოს, ადამიანის უფლებათა ევროპის სასამართლოს, საერთაშორისო ორგანიზაციის, რომელიც შექმნილია საქართველოს პარლამენტის მიერ რატიფიცირებული ადამიანის უფლებათა დაცვის სფეროს საერთაშორისო ხელშეკრულებების საფუძველზე, საქართველოს სამინისტროს, დეპარტამენტის, საქართველოს სახალხო დამცველის, დამცველის, პროკურორის სახელზე გაგზავნილი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის განცხადება, მოთხოვნა და საჩივარი.“

სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ანგარიშებში არაერთგზის ყოფილა მითითება პატიმრების მიმონერის უფლების დარღვევებზე, თუმცა აღნიშნული პრობლემა დღემდე მოუგვარებელია. 2011 წლის განმავლობაში სახალხო დამცველის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტში შემოვიდა პატიმრებისა და მათ ოჯახების/ადვოკატების 1000-ზე მეტი განცხადება-საჩივარი, თუმცა მათი უდიდესი ნაწილი პატიმრების ადვოკატებმა და ოჯახის წევრებმა შემოიტანეს ან მსჯავრდებულებმა პირადად გადასცეს მონიტორინგის ჯგუფს. გეგუთის N14 დაწესებულებაში მსჯავრდებულებმა აღნიშნეს, რომ ნებისმიერი საჩივარი, ეხება თუ არა იგი დაწესებულების ადმინისტრაციას, არ იგზავნება. იგივე შესაძლებელია ითქვას სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებზე, კერძოდ, დაწესებულებების ადმინისტრაცია ცდილობს, მაქსიმალურად ნაკლები განცხადება-საჩივარი გაიგზავნოს სხვადასხვა უწყებაში.

გარდა ამისა, იმ იშვიათ შემთხვევებშიც კი, როდესაც პატიმარს საშუალებას აძლევენ, თავად გამოაგზავნოს განცხადება, მას ზოგჯერ ახლავს დაწესებულების დირექტორის ხელმოწერილი თავფურცელი, რის გამოც ნათელი ხდება, რომ კონფიდენციალურობის დაცვაზე ნებისმიერ შემთხვევაში ზედმეტია ლაპარაკი (მაგ. თბილისის N1 დაწესებულება).

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს პატიმრებისთვის კანონით მინიჭებული უფლების რეალიზაცია და მათი საჩივარ-განცხადებებისა და სხვა სახის კორესპონდენციის ადრესატებთან დროული გადაგზავნა;
- უზრუნველყოფილ იქნეს პატიმრების კორესპონდენციის კონფიდენციალურობა კანონით დადგენილ პირობებში.

ამანათი

პატიმრობის კოდექსის მე-14 მუხლის პირველი ნაწილის „ა.ე“ ქვეპუნქტის თანახმად, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს მიიღოს და გააგზავნოს ამანათები. ამავე კანონის 23-ე მუხლის მეექვსე ნაწილის თანახმად, „ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს, დეპარტამენტის თავმჯდომარის ნებართვით მიიღოს დამატებითი კვების პროდუქტები და პირველადი მოხმარების საგნები ამანათის სახით“.

საქართველოს სასჯელსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2012 წლის 2 მარტის №32 ბრძანების თანახმად, „პატიმრობის, თავისუფლების აღკვეთის, შერეული ტიპის ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა დაწესებულებების, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებებისა და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებების დებულებების დამტკიცების შესახებ“, საქართველოს სასჯელსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის №97 ბრძანებაში შევიდა ცვლილებები, რომლებითაც განისაზღვრა იმ პირველადი მოხმარების საგნების ჩამონათვალი, რომელთა ამანათით მიღების უფლებაც აქვს ბრალდებულსა და მსჯავრდებულს. დაიშვება მხოლოდ გარკვეული სახეობის კვების პროდუქტები, სასმელები, ტანსაცმელი, თეთრეული, ჰიგიენის ნივთები, გარკვეული სახის ნივთები და სხვა ნივთები.

მონიტორინგის ჯგუფის დაკვირვებით, ბოლო წლების განმავლობაში სასჯელსრულების დეპარტამენტი მაქსიმალურად ამცირებს იმ ნივთებისა და პროდუქტების ჩამონათვალს, რომელთა მიღებაც ამანათის სახით შეიძლება. პრევენციული ჯგუფისთვის გაურკვეველია ზოგიერთი აკრძალვის მიზანი. მაგალითად,

თუ ამანათის სახით დაშვებულია ერთი სახეობის ციტრუსი – ლიმონი, რატომ არ არის დაშვებული ფორთოხლის ან გრეიფუტის ან სხვა სახის ციტრუსის შეშვება. რაც შეეხება ქარხნული წესით დამუშავებულ თაფლს, აღსანიშნავია, რომ ასეთი სახის თაფლი იყიდება დაწესებულებების მაღაზიაშიც და პატიმრების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ იგი არ არის ნატურალური და უხარისხოა.

რაც შეეხება ტანსაცმელს, გაურკვეველია, რატომ აიკრძალა ჯინსის, “ბრიჯის“ და “შორტის“ შეგზავნა, როდესაც ზაფხულში, გაუსაძლისი სიცხეების დროს, პატიმრების მდგომარეობა ისედაც მძიმეა. ქალებისთვის აუცილებელი ჰიგიენური ნივთები, ამავე ბრძანების მიხედვით, დაიშვება მხოლოდ N5 ქალთა დაწესებულებაში. ბრძანება არ ითვალისწინებს იმ ქალი პატიმრების საჭიროებებს, რომლებიც განთავსებული არიან ქუთაისის N2, ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებებში.

ასევე, გაურკვეველია რატომ არ შეიძლება პატიმარმა მიიღოს 2-ზე მეტი ფოტოსურათი და რას ემსახურება აღნიშნული აკრძალვა.

ამის პარალელურად, აკრძალულია ყველა იმ სახეობის ტანსაცმლის ან ფეხსაცმლის მიღება, რომელთა შემოწმებასაც სულ მცირე შრომა მაინც სჭირდება დაწესებულების თანამშრომლების მხრიდან: თბილი ქურთუკი, სქელძირიანი ფეხსაცმელი, სარჩულიანი ტანსაცმელი და ა.შ. შესაბამისად, ხშირად პატიმრების ტანსაცმელი არ შეესაბამება კლიმატურ პირობებს. ეს განსაკუთრებით თვალშისაცემია ზამთრის ცივ პერიოდში.

- **რეკომენდაცია სასჯელსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:** უზრუნველყოს ხელახალი ნორმატიული აქტის გამოცემა, რომელშიც ამანათით დასაშვები ნივთების ჩამონათვალი მორგებული იქნება არა მხოლოდ რეჟიმის და უსაფრთხოების, არამედ პატიმართა რეალურ საჭიროებებზეც. კერძოდ, განისაზღვრება სეზონური ხილის, ტანსაცმლისა და აუცილებელი ჰიგიენური ნივთების, ასევე, ფოტოსურათების გონივრული ლიმიტის ფარგლებში მიღება.

საქართველოს
სასჯელსრულების
დაწესებულებაში

მსჯავრდებულთა რესოციალიზაცია

სახალხო დამცველმა თავის არაერთ ანგარიშში აღნიშნა, რომ პატიმრობის პირობები უნდა უზრუნველყოფდეს პატიმრის რესოციალიზაციასა და რეინტეგრაციას საზოგადოებაში და არ უნდა იყოს ორიენტირებული მხოლოდ დასჯაზე. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მსჯავრდებულმა სასჯელის მოხდის პერიოდში უნდა მიიღოს ან გააღრმავოს შესაბამისი განათლება და პროფესიული უნარ-ჩვევები, მიეცეს საშუალება, მონაწილეობა მიიღოს სპორტულ თუ სხვა სახის ღონისძიებებში, კონკურსებში, ჰქონდეს შესაბამისი პირობები, რათა თვალყური ადევნოს გარეთ მიმდინარე პროცესებს, კონტაქტი იქონიოს ახლობლებთან და ოჯახის წევრებთან. ეს ყველაფერი აუცილებელია მსჯავრდებულის საზოგადოებაში დაბრუნებისთვის მოსამზადებლად.

სასჯელალსრულების სისტემაში აღნიშნული კომპონენტი დღესდღეობით უმნიშვნელოა, თუმცა სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო, ასე თუ ისე, ცდილობს, გადადგას ნაბიჯები აღნიშნული პრობლემის მოსაგვარებლად. უკანასკნელ პერიოდში რამდენიმე დაწესებულებაში ფუნქციონირება დაიწყო სხვადასხვა სახის სასწავლო თუ სარეაბილიტაციო პროგრამებმა (იხ. ქვემოთ). კარგი იქნება, თუ აღნიშნული პროცესი შეუქცევადი გახდება, პროგრამები არ იქნება ერთჯერადი და მოკლევადიანი, არამედ განხორციელდება წინასწარ განსაზღვრული გეგმის ფარგლებში.

- **რეკომენდაცია სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** უახლოეს მომავალში უზრუნველყოს მსჯავრდებულთა რესოციალიზაციის სამოქმედო გეგმის შემუშავება, დაწესებულების ტიპების და მსჯავრდებულთა კატეგორიების გათვალისწინებით, რაც შემდგომში საფუძვლად დაედება მსჯავრდებულთათვის სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავებას.

სასჯელალსრულების დაწესებულებების სოციალური სამსახური

პატიმრის რესოციალიზაციაში მნიშვნელოვანი როლი უნდა შეასრულოს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის სოციალურმა სამსახურმა, რომელიც მეტ-ნაკლებად ორიენტირებული და პასუხისმგებელი უნდა იყოს პატიმართა უფლებების დაცვაზე, მათ რეაბილიტაციასა და რესოციალიზაციაზე. აღნიშნული სამსახურის უფლება-მოვალეობები განსაზღვრულია საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის „სოციალური სამსახურის დებულების დამტკიცების შესახებ“ N35 ბრძანებით.

პრაქტიკაში სასჯელალსრულების დეპარტამენტის სოციალური სამსახურის საქმიანობა შორსაა კანონმდებლობის მოთხოვნებისგან. ზოგიერთ დაწესებულებაში, პატიმრებს საერთოდ არ აქვთ ინფორმაცია ამ სამსახურის შესახებ, ზოგიერთში კი სოციალური მუშაკები ძირითადად რეჟიმისა და უსაფრთხოების თანამშრომლების ფუნქციებს ითავსებენ, რაც დაუშვებელია და ეწინააღმდეგება მათთვის კანონით განსაზღვრულ ფუნქციებს. ეს განსაკუთრებით ეხება ქუთაისის N2 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებებში მომსახურე სოციალური სამსახურის თანამშრომლებს. ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, პატიმართა თქმით, სოციალური სამსახურის უფროსი მონაწილეობას იღებს პატიმრების დასჯასა და დაშინებაში, ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში განთავსებულმა პატიმრებმა კი კითხვაზე, თუ იცნობდნენ სოციალური სამსახურის თანამშრომლებს, მონიტორინგის ჯგუფს უპასუხეს, რომ მათ აღნიშნული პირები რეჟიმის თანამშრომლები ეგონათ.

დადებითად უნდა შეფასდეს N11 არასრულწლოვანთა დაწესებულების სოციალური სამსახური, რომელიც ახორციელებს არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა სასჯელის მოხდის ინდივიდუალურ გეგმას, რომელშიც შედის ტრენინგების ჩატარება და სხვადასხვა გასართობი და შემეცნებითი ხასიათის ღონისძიებების ორგანიზება.

- **რეკომენდაცია საქართველოს სასწავლებლების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** უზრუნველყოს სასწავლებლების დანერგვით სოციალური სამსახურების გამართული მუშაობა, მათთვის შესაბამისი დავალებებისა და ამოცანების დასახვა და ანგარიშების სისტემის შემოღება.

სასწავლო და სარეაბილიტაციო პროგრამები

საანგარიშო პერიოდში დანერგულებათა უმეტესობაში მოქმედებდა სარეაბილიტაციო პროგრამების მწირი რაოდენობა. აქცენტი ძირითადად გაკეთებული იყო არასრულწლოვან მსჯავრდებულებზე, რაც თავისთავად მისასაღებელია. 2012 წლის დასაწყისში გეგუთის N14, ქსნის N15 და რუსთავის N16 დანერგულებებში გაიხსნა სასწავლო ცენტრები.

დანერგულებების ადმინისტრაციის გადმოცემით, **გეგუთის N14 დანერგულებაში** ამოქმედდება: ბუღალტრული კურსები, ბიზნესმენეჯმენტის, უცხო ენის (ინგლისური) შემსწავლელი კურსი, ასევე, მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა ექნებათ, მიიღონ პროფესიული განათლება – ელექტრობა, ლებვა, კაფელ-მეტლახის გაკერა.

ქსნის N15 დანერგულებაში მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვს, მიიღონ პროფესიული განათლება – ფითხვა, დაზუფარება, თაბაშირ-მუყაოს დამუშავება, კაფელ-მეტლახის გაკერა, მოქმედებს ბუღალტრული კურსები, ბიზნესმენეჯმენტის, უცხო ენის (ინგლისური) შემსწავლელი კურსები.

დანერგულებაში პერიოდულად ტარდება ლექციები სხვადასხვა თემაზე. დანერგულებაში მოქმედებს სარეაბილიტაციო პროგრამა „სასწავლისაგან გათავისუფლების მომზადება“, რომელშიც რამდენიმე ათეული მსჯავრდებულია ჩართული.

დანერგულების ძველ ნაწილში განთავსებული მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, შეისწავლონ ხატწერა და ჭადრაკი. დანერგულების ამ ნაწილში არის ხეზე კვეთისა და ხატწერის ოთახი, სადაც დასაქმებულია 12 მსჯავრდებული. გაკეთებული ხატები და ჯვრები იგზავნება ეკლესიებში.

რუსთავის N16 დანერგულებაში შეისწავლება ელექტრობა, ფითხვა, დაზუფარება, ბუღალტრული კურსები, უცხო ენა (ინგლისური), კომპიუტერი და ბიზნესაუდიტი.

დანერგულებაში შესაძლებელია ასევე ხეზე კვეთის შესწავლა, სადაც მონიტორინგის დროს ჩართული იყო 12 მსჯავრდებული. მოქმედებს მუსიკალური ბენდი, რომელიც მუსიკოსი მსჯავრდებულებით არის დაკომპლექტებული.

ქუთაისის N2 დანერგულებაში ორი მსჯავრდებული ჩართულია შრომით საქმიანობაში, მათ შესაძლებლობა აქვთ, დაკავდნენ ხატწერით და ხეზე კვეთით.

გლდანის N8 დანერგულებაში მოქმედებს ფსიქოლოგიური დახმარების პროგრამა როგორც მეტადონის პროგრამაში ჩართული პირებისათვის, ასევე არასრულწლოვნებისათვის, რომლებთანაც დანერგულების ფსიქოლოგი ყოველდღიურად (მაბათ-კვირის გარდა) ატარებს ნახევარსაათიან გასაუბრებას. ოთხშაბათობით მათთან სეანსებს ატარებს გარედან შემოსული ფსიქოლოგი, რომელიც უტარებს ტესტებს, ესაუბრება მათთვის საჭირობოროტო თემებზე. დანერგულებაში განთავსებულ პატიმრებს/მსჯავრდებულებს, მათ შორის არც არასრულწლოვნებს, ზოგადსაგანმანათლებლო და პროფესიული განათლების მიღების საშუალება არ აქვთ. ასევე, ადმინისტრაციის გადმოცემით, პერიოდულად საპატრიარქოდან დადის ფსიქოლოგი.

N12 დანერგულებაში საანგარიშო პერიოდში მოქმედებდა „NORLAG“-ის მიერ დაფინანსებული სარეაბილიტაციო პროგრამა, სახელწოდებით „გათავისუფლებისათვის მომზადება“. აღნიშნული პროგრამა

2011

გათვალისწინებული იყო იმ პატიმრებისათვის, რომლებსაც გათავისუფლებამდე დარჩენილი ჰქონდათ 3-4 თვე. მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ აღნიშნული პროგრამა განხორციელდა ოთხ ჯგუფში. თითოეულ ჯგუფში ჩართული იყო 15 მსჯავრდებული. ამჟამად აღნიშნული პროგრამა აღარ ფუნქციონირებს.

რუსთავის N17 დაწესებულებაში მოქმედებს ხატნერის პროგრამა, რომელშიც ჩართული იყო 5 მსჯავრდებული.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 დაწესებულებაში არის ხეზე კვეთისა და ხატნერის ოთახი, სადაც დაკავებულია 4 პატიმარი.

ყველა ზემოაღნიშნული ინიციატივა მისასალმებელია და გრძელვადიან პერსპექტივაში უდავოდ დადებით შედეგებს გამოიღებს მსჯავრდებულთა რეაბილიტაციის თვალსაზრისით. სამწუხაროა, რომ დღესდღეობით ამ სასწავლო პროგრამებში მხოლოდ მცირე რაოდენობის მსჯავრდებულთა ჩართვაა შესაძლებელი. სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ სასწავლო პროგრამებში დროთა განმავლობაში რაც შეიძლება მეტი მსჯავრდებული იქნება ჩართული, რაც ხელს შეუწყობს მსჯავრდებულთა სრულფასოვან რეაბილიტაციას.

პატიმართა დასაქმება

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „სასჯელალსრულების დაწესებულებაში პატიმრის მუშაობა უნდა აღიქმებოდეს, როგორც ციხის რეჟიმის პოზიტიური ელემენტი და არასდროს არ უნდა იქნეს სასჯელის სახით გამოყენებული.“⁴⁸⁶ „ციხის ხელმძღვანელობა უნდა ცდილობდეს სასარგებლო ხასიათის საკმარისი სამუშაოთი პატიმრების უზრუნველყოფას.“⁴⁸⁷ „პატიმრისათვის განკუთვნილი სამუშაო უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად იმგვარი, რომ უნარჩუნებდეს ან ავითარებდეს პატიმრის მიერ გათავისუფლების შემდგომ თავის რჩენის უნარს.“⁴⁸⁸

აღსანიშნავია, რომ 24119 პატიმრიდან (01.07.11 მდგომარეობით) ანაზღაურებადი სამუშაო ჰქონდა მხოლოდ 25 მსჯავრდებულს და ყველა მათგანი დასაქმებული იყო სხვადასხვა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში არსებულ პურის საცხობებში.

2011 წლის მეორე ნახევარში⁴⁸⁹ დასაქმებული იყო 32 მსჯავრდებული.⁴⁹⁰ მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ პურის საცხობები მოქმედებდა გეგუთის N14, ქსნის N15, რუსთავის N16 დაწესებულებებში, ხოლო ბათუმის N3, რუსთავის N6, თბილისის N12 და რუსთავის N17 დაწესებულებაში თონეების გაუქმება გამოწვეული იყო კვების სისტემაში მომსახურების მომწოდებელი კომპანიის შეცვლით.

რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს: შესაბამის უწყებებთან თანამშრომლობით შემუშავდეს მსჯავრდებულთა დასაქმების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა.

უმაღლესი განათლება

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში R (89) 12, რომელიც შეეხება ციხეში განათლებას, აღნიშნულია, რომ „პატიმრების განათლება უნდა იყოს გარე სამყაროში მათი

486 26.1-ე წესი;

487 26.2-ე წესი;

488 26.3-ე წესი;

489 სასჯელალსრულების დაწესებულებებში განთავსებული იყო 24 244 პატიმარი (2011 წლის 1 დეკემბრის მდგომარეობით);

490 სასჯელალსრულების დეპარტამენტის 2012 წლის 16 იანვრის #10/8/2-468 წერილი

ასაკობრივი ჯგუფებისათვის უზრუნველყოფილი განათლების შესაბამისი“ (პუნქტი 2). „სადაც შესაძლებელია, პატიმრებს ციხის გარეთ განათლების საშუალება უნდა მიეცეთ“ (პუნქტი 14). „როდესაც განათლებას ციხეში იღებენ, გარე სამყარო რაც შეიძლება ფართოდ უნდა ჩაერთოს“ (პუნქტი 15).

2011 წელს, არაერთ პატიმარს სურდა ჩაებადებინა ერთიანი ეროვნული გამოცდები, თუმცა აღნიშნულის შესაძლებლობა არ მიეცათ. სახალხო დამცველის აზრით, ის, რომ პატიმრობის კოდექსი აღარ ითვალისწინებს უმაღლესი განათლების უფლებას, უკან გადადგმული ნაბიჯია – სახელმწიფომ, თავის მხრივ, ხელი უნდა შეუწყოს იმ პატიმრებს, ვისაც აღნიშნული უფლების განხორციელების პოტენციალი გააჩნია.

წინადადება საქართველოს პარლამენტს: პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფს უმაღლესი განათლების მიღების შესაძლებლობას მსჯავრდებულებისთვის.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმისთვის საინტერესო სხვა საკითხები

სასჯელალსრულების დანესებულებების პერსონალი

პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესების⁴⁹¹ თანახმად, „ციხის მართვის ორგანოები უნდა იღწოდნენ ციხის ყველა კატეგორიის პერსონალის ყურადღებით შერჩევისთვის, რადგან ციხის კარგი მუშაობა დამოკიდებულია ამ თანამშრომლების კეთილსინდისიერებაზე, ჰუმანურობაზე, კომპეტენტურობაზე და პირად თვისებებზე.“⁴⁹²

სასჯელალსრულების სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისა, პატიმართა საზოგადოების სრულფასოვან წევრად დაბრუნებისათვის და იმისათვის, რომ დამნაშავეს მიმართ საპატიმრო ღონისძიების გამოყენებამ გაამართლოს სასჯელის მიზანი, სხვა კომპონენტებთან ერთად, განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს სასჯელალსრულების დანესებულების პერსონალს, მის პროფესიონალიზმს, ადამიანურ თვისებებს და თავისუფლებააღკვეთილ პირთა მიმართ დამოკიდებულებას. ციხის პერსონალი უნდა იცნობდეს როგორც საქართველოს კანონმდებლობას, ასევე საერთაშორისო სტანდარტებს.

სასჯელალსრულების დანესებულებების თანამშრომლებს უნდა ეძლეოდეთ მკაფიო და გასაგები მითითება მათი კომპეტენციის ფარგლებზე და იმაზე, თუ რა რეაგირება უნდა მოახდინონ მათ ამა თუ იმ რთულ შემთხვევაზე, ასევე, როგორ იმოქმედონ ზოგიერთ სპეციფიკურ გარემოებაში. ხშირად პატიმართა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებს დანესებულების ადმინისტრაცია „ხსნის“ თავად პატიმრის მხრიდან უხეშობითა და შეურაცხყოფით. აღნიშნული მიუთითებს, რომ სასჯელალსრულების სისტემის თანამშრომლებს აკლიათ პროფესიული მომზადება იმისთვის, რომ მზად იყვნენ ამგვარი სიტუაციების მართვისთვის, პატიმრის მხრიდან აგრესიასა ან თუნდაც პროვოკაციაზე ადეკვატური რეაგირებისთვის. საუბარი აღარაა იმ შემთხვევებზე, როცა თავად თანამშრომლის უხეში და დამამცირებელი მოპყრობით შეუგნებლად ან ზოგჯერ მიზანმიმართულად განაპირობებს პატიმრის მხრიდან დარღვევის პროვოცირებას, რის შედეგადაც, როგორც წესი, ის-ვე დაძვრება პატიმარი, თუმცა თანამშრომელს, რომელმაც ასევე უკანონოა ჩაიდინა, პასუხი არ მოეთხოვება. ცალსახაა, რომ არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოვლენა და მათზე ადეკვატური რეაგირება, ასევე, არასათანადო ქცევის მქონე თანამშრომლებისგან სისტემის გათავისუფლება, დადებით გავლენას მოახდენს სისტემის სწორ და ადეკვატურ მუშაობაზე და უფრო ეფექტურსა და ღირებულს გახდის მიმდინარე რეფორმებს. დღეს არსებული მიდგომა არანაირად არ შეეფერება

491 მიღებულია 1955 წელს გენერალური ანსამბლის პირველ კონგრესზე, „დანაშაულის თავიდან აცილებისა და სამართალდარღვევით მოპყრობის შესახებ“ და დამტკიცებული იქნა ეკონომიკური და სოციალური საბჭოს 1957 წლის 31 ივლისის 663 C (XXIV) და 1977 წლის 13 მაისის 2076 (LXII) რეზოლუციებით;

492 წესი 46;

პატიმრების მიმართ მოპყრობის საერთაშორისო და ევროპულ სტანდარტებს. არსებულ რეალობაში ძნელია საუბარი წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების სრულ აღმოფხვრაზე.

სასჯელალსრულების სისტემის ეფექტური მართვა და მენეჯმენტის სწორად განხორციელება, გარკვეულწილად, ციხის თანამშრომლებზეც არის დამოკიდებული. კვალიფიცირებული, გამოცდილი და ჯეროვნად მომზადებული პერსონალი სასჯელალსრულების დაწესებულებებში წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის პრაქტიკის აღმოფხვრის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. სამწუხაროდ, საქართველოს სასჯელალსრულების სისტემამ ჯერ კიდევ ვერ მიაღწია იმ ნიშნულს, როდესაც აშკარა ხდება, რომ პერსონალს, რომელიც ციხეშია დასაქმებული და რომელსაც პატიმართან ყოველდღიური შეხება აქვს, სპეციფიკური მომზადება და განათლება სჭირდება. მონიტორინგის დროს დაფიქსირებული არაერთი ფაქტი ცხადყოფს, რომ მიუხედავად სასწავლო ცენტრის ძალისხმევისა და ორგანიზებული ტრენინგებისა, სასურველი მიზანი მიღწეული არ არის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კადრების მოზიდვას ართულებს სასჯელალსრულების სისტემის პერსონალის მუშაობის განსაკუთრებით რთული პირობები: დაბალი ანაზღაურება, ხშირი მორიგეობები, ზოგ შემთხვევაში, ამორტიზებული ტექნიკური ბაზა და სოციალური გარანტიების უქონლობა. სასჯელალსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაცია ხშირად აღნიშნავს, რომ მათ არ ჰყავთ საკმარისი რაოდენობის თანამშრომლები, რის გამოც, მაგალითად, ვერ ხერხდება პატიმრებისთვის პატიმრობის კოდექსით განსაზღვრული უფლებების – კვირაში ორჯერ შხაპისა და ყოველდღიური გასეირნების უფლების რეალიზება. აღნიშნული განსაკუთრებით ეხება დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებს, თუმცა იმავე მიზეზით რუსთავის ნახევრად ღია ტიპის N16 დაწესებულებაში საკნის კარები კვირაობით დაკეტილია.

ყოველივე ზემოაღნიშნული საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს განსაკუთრებული ყურადღების საგანი უნდა გახდეს, ვინაიდან დაბალი სოციალური სტატუსი და მცირე მატერიალური დაინტერესება არ ქმნის სასჯელალსრულების დაწესებულებებში კვალიფიციური კადრების მიზიდვის საფუძველს, რის შედეგადაც ისევ პატიმრები ზარალდებიან.

სახალხო დამცველმა არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში გასცა რეკომენდაცია, სასჯელალსრულების სისტემაში შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრების დაკომპლექტებისა და მათთვის სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესების თაობაზე, თუმცა, მიუხედავად სამინისტროს ბიუჯეტის ზრდისა, აღნიშნული პრობლემა ჯერ კიდევ მოუგვარებელია.

დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პერიოდში, 2012 წლის 16 მარტს, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ წარმოადგინა სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრის განვითარების სტრატეგია 2012–2015 წლებისთვის, რომელშიც, სხვა საკითხებთან ერთად, საკმაოდ დეტალურად არის გაწერილი ის სასწავლო და სატრენინგო პროგრამები, რომლებიც უნდა გაიარონ სამინისტროს, მათ შორის, სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თანამშრომლებმა. სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ აღნიშნული სიახლე დადებითად აისახება სასჯელალსრულების სისტემის პერსონალზე.

რეკომენდაცია სასჯელალსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს: უზრუნველყოს სასჯელალსრულების დაწესებულებების შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრებით დაკომპლექტება, ასევე – შესაბამისი უნარ-ჩვევების მქონე თანამშრომელთა ნახალისება და მათთვის სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესება;

პატიმართა მიღება და განთავსება

ციხის ევროპული წესების⁴⁹³ თანახმად, „შესახლებისას და შემდგომ, საჭიროებისამებრ, პატიმრებს ხშირად უნდა ეცნობოთ წერილობით და ზეპირად, მათთვის გასაგებ ენაზე, თავიანთი უფლებების, მოვალეობებისა და ციხის დისციპლინის მარეგულირებელი წესების შესახებ.“⁴⁹⁴ „პატიმრებს უნდა მიეცეთ საშუალება თავიანთ საკუთრებაში იქონიონ მათთვის მიწოდებული ინფორმაციის წერილობითი ვერსია.“⁴⁹⁵

ბათუმის N3 დაწესებულებაში პატიმართა უფლება-მოვალეობები ყველა საკანშია გამოკრული და დაზიანებისას მყისიერად განაახლებენ. გლდანის N8 დაწესებულების საკნებში მხოლოდ პატიმართა მოვალეობებია გამოკრული, რაც კიდევ უფრო ხაზს უსვამს დაწესებულებაში აღნიშნულ მკაცრ სარეჟიმო მოთხოვნებს. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმრების ინფორმირება ხდება წერილობით, რაც დასტურდება მათ პირად საქმეებში არსებული უფლება-მოვალეობის ნუსხაზე ხელმოწერით, თუმცა აღნიშნული ფორმალური ხასიათისაა, პატიმრებს კი, ხშირ შემთხვევაში არ ეძლევათ საშუალება, იქონიონ უფლება-მოვალეობების ჩამონათვალი.

ციხის ევროპული წესების მიხედვით, „კონკრეტულ ციხეში ან ციხის კონკრეტულ განყოფილებაში პატიმრის მოთავსების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს, რომ: ა) წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები მსჯავრდებულებისაგან განცალკევებით მოათავსონ.“⁴⁹⁶ იგივე პრინციპია გაცხადებული საქართველოს პატიმრობის კოდექსის მე-9 მუხლის მე-2 ნაწილიც. მიუხედავად ამისა, გლდანის N8, ზუგდიდის N3 და ბათუმის N4 დაწესებულებებში, ასევე, ქუთაისის N2 დაწესებულებაში ბრალდებულები და მსჯავრდებულები ერთად არიან საკნებში განთავსებული.

წინასწარი პატიმრობა, ხშირ შემთხვევაში, დაკავშირებულია პიროვნებისათვის სრულიად ახალ, უჩვეულო გარემოში მოხვედრასთან. აქედან გამომდინარე, მიღების პროცედურები არა მარტო უნდა აკმაყოფილებდეს საქართველოს კანონმდებლობას, არამედ უნდა ითვალისწინებდეს ადამიანის ღირსების სათანადო დაცვასაც, რასაც ვერ ვიტყვით N8 და N2 დაწესებულებაში არსებულ საკარანტინე განყოფილებებზე (იხ. „არასათანადო მოპყრობა“).

პატიმრობის კოდექსის 46-ე მუხლის მესამე ნაწილის თანახმად, „მსჯავრდებული სასჯელს იხდის მისი ან მისი ახლო ნათესავის საცხოვრებელი ადგილიდან ყველაზე ახლოს მდებარე, შესაბამისი ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მისი იქ განთავსება შეუძლებელია დაწესებულების გადატვირთულობის გამო. გამონაკლის შემთხვევაში მსჯავრდებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო პირადი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად ან/და მისი თანხმობისას შეიძლება გადაყვანილ იქნეს სხვა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში.“

სახალხო დამცველს განცხადებით ხშირად მიმართავენ პატიმრები და მათი ოჯახის წევრები და ითხოვენ დახმარებას მსჯავრდებულების მათ საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მდებარე დაწესებულებაში განთავსებაში. ხშირია შემთხვევები, როცა აღმოსავლეთ საქართველოში მყოფი პატიმარი მოთავსებულია დასავლეთ საქართველოში მდებარე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში და პირიქით. სახალხო დამცველის აპარატიდან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში გაგზავნილ რამდენიმე წერილზე, რომლებითაც ვითხოვდით პატიმრის განთავსებას თავის საცხოვრებელთან ახლოს, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში შემოდიოდა სტანდარტული სახის პასუხები, რომლებიც აღნიშნული იყო, რომ პატიმარი მოთავსებულია მისთვის კანონით განსაზღვრული ტიპის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ან ეტაპირებისას გათვალისწინებული იქნება მისი თხოვნა. უკანასკნელ ხანებში სახალხო დამცველის აპარატის რამდენიმე მიმართვა დაკმაყოფილდა და მსჯავრდებული გადაყვანილ იქნა მისი საცხოვრებელი ადგილის ახლოს მდებარე დაწესებულებაში ან მისთვის ბრძანებით განსაზღვრული ტიპის დაწესებულებაში. სასურველი

493 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია rec (2006) 2

494 წესი 30.1

495 წესი 30.2

496 წესი 18.1

იქნება, თუ სასჯელალსრულების სამინისტრო მომავალში უფრო ყურადღებით მოეკიდება პატიმრობის კოდექსის 46-ე მუხლის მე-3 ნაწილით განსაზღვრულ წესის დაცვას – „მსჯავრდებული სასჯელს იხდის მისი ან მისი ახლო ნათესავის საცხოვრებელი ადგილიდან ყველაზე ახლოს მდებარე, შესაბამისი ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მისი იქ მოთავსება შეუძლებელია დაწესებულების გადატვირთულობის გამო.“

რეკომენდაცია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს, პატიმართა მიღება-განთავსების დროს, კანონით განსაზღვრული პროცედურების დაცვას, რითაც თავიდან იქნება აცილებული პატიმართა უფლებების დარღვევა;
- უზრუნველყოფილ იქნეს, პატიმრების დაწესებულებაში მიღებისას, მათთვის უფლება-მოვალეობების ნუსხის წერილობითი ფორმით გადაცემა;
- უზრუნველყოფილ იქნეს ბრალდებულებისა და მსჯავრდებულების განცალკევებით განთავსება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში;
- მსჯავრდებულის სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მოთავსებისას მხედველობაში იქნეს მიღებული მისი ან მისი ახლო ნათესავის საცხოვრებელი ადგილი.

სასჯელის მოხდის დახურული რეჟიმი

„პატიმრობის შესახებ“ კანონის მოქმედებისას, როდესაც მსჯავრდებულის საპრობოლის რეჟიმში მოთავსების მაქსიმალური ვადა 1 წელიწადი იყო, მსჯავრდებულებს წლობით უკანონო დამყოფებდნენ საპრობოლის (ამჟამად, დახურულ) რეჟიმზე. სახალხო დამცველმა არაერთი რეკომენდაცია მისცა სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს აღნიშნული უკანონობის აღმოფხვრის შესახებ.

პატიმრობის კოდექსის ძალაში შესვლის შემდგომ,⁴⁹⁷ გამოსწორების ნაცვლად, მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდა – წლობით დამკვიდრებული არასათანადო პრაქტიკა კოდექსმა, გამოსწორების ნაცვლად, დააკანონა. კოდექსის თანახმად, სასჯელალსრულების დაწესებულებები დაყოფილია რამდენიმე ტიპად.⁴⁹⁸ დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, როგორც წესი, სასჯელს იხდის პირი, რომელიც პირველად არის მსჯავრდებული განზრახი, განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისათვის და რომელსაც სასამართლოს მიერ განესაზღვრა 10 წელზე მეტი ვადით თავისუფლების აღკვეთა.⁴⁹⁹ შესაბამისად, აღარ არსებობს დახურულ რეჟიმზე განთავსების მაქსიმალური ვადა. სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს კი საშუალება ეძლევა, გადაწყვიტოს, ვინ რომელ რეჟიმზე იქნება განთავსებული, რაც ასევე უკან გადადგმული ნაბიჯია, ვინაიდან აღნიშნული გადაწყვეტილება მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით და მისი პერიოდული გადახედვის ვალდებულებას კოდექსი არ საზღვრავს.⁵⁰⁰

497 2010 წლის 1 ოქტომბერი

498 პატიმრობის კოდექსის მე-10 მუხლის მეორე ნაწილის მიხედვით, თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებია:

ა) ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულება;
ბ) დახურული ტიპის დაწესებულება;
გ) არასრულწლოვანთა სპეციალური დაწესებულება;
დ) ქალთა სპეციალური დაწესებულება.

499 პატიმრობის კოდექსის 64-ე მუხლის 1 ნაწილი.

500 პატიმრობის კოდექსის 61-ე მუხლი

სახალხო დამცველს არაერთხელ აღუნიშნავს დახურული ტიპის დაწესებულებაში პირის ხანგრძლივი განთავსების უარყოფითი გავლენა მსჯავრდებულთა ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) რეკომენდაციაც მიუთითებს, რომ „პატიმარი მკაცრ რეჟიმში უნდა თავსდებოდეს რაც შეიძლება მოკლე ვადით და მისი საკითხი უნდა განიხილებოდეს სულ მცირე სამ თვეში ერთხელ.“⁵⁰¹

2011 წლის 28 ივლისს, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული N10/8/2-9497 პასუხის თანახმად, 2011 წლის 30 ივნისის მდგომარეობით, სასჯელის მოხდა ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში განსაზღვრული ჰქონდა 8820 მსჯავრდებულს; დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში – 12959 მსჯავრდებულს, 617 მსჯავრდებული კი სასჯელის ტიპის განსაზღვრას ელოდა. სხვა საკითხებთან ერთად ზემოაღნიშნული სტატისტიკური ინფორმაცია გამოთხოვილ იქნა 2012 წლის 4 იანვარსაც, თუმცა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის 2012 წლის 27 თებერვლის 10/8/2-426 პასუხში მითითებულ კითხვაზე პასუხი არ იყო გაცემული.

ამგვარად, 2010 წლის ივლისის მონაცემებით, მსჯავრდებულთა უმრავლესობას სასჯელის მოხდა განსაზღვრული ჰქონდა დახურული ტიპის დაწესებულებაში.

პრობლემას კიდევ უფრო ამწვავებს ის გარემოება, რომ მონიტორინგის შედეგების მიხედვით დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში უმეტეს წილად განთავსებულნი არიან ისეთი პირებიც, რომლებსაც არ აქვთ განსაზღვრული დახურული ტიპი – გლდანის, ქუთაისის, ზუგდიდის და ბათუმის დაწესებულებებში განთავსებული პატიმრების დიდი ნაწილი მსჯავრდებულია და კანონის მიხედვით, ასევე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ბრძანების შესაბამისად, ეკუთვნის ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში განთავსება. სავარაუდოდ, ამგვარი პრაქტიკა გამოწვეულია ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებების გადატვირთულობით, რისი მოგვარების ერთ-ერთ ხერხად მსჯავრდებულების დახურულ დაწესებულებებში განთავსება გამოიყენება.

წინადადება საქართველოს პარლამენტს: პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები, რომელთა მიხედვით დახურული რეჟიმის დაწესებულებაში განთავსება განისაზღვრება, როგორც განსაკუთრებული და დროში შეზღუდული ღონისძიება, რომელიც გამომდინარეობს მსჯავრდებულის საშიშროების ხარისხისა და მისი პიროვნების ინდივიდუალური შეფასებიდან.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს: უზრუნველყოს მანკიერი პრაქტიკის აღმოფხვრა, რომლის მიხედვითაც მსჯავრდებულები, რომლებსაც სასჯელის მოხდა განსაზღვრული აქვთ ნახევრად ღია ტიპის ს/ა დაწესებულებაში, ნაწილობრივ და ხშირად სრულადაც იხდიან სასჯელს დახურული ტიპის დაწესებულებაში.

დაცვის უფლება

საქართველოს კონტიტუციის 42-ე მუხლის მესამე პუნქტის თანახმად, „დაცვის უფლება გარანტირებულია.“ „ადვოკატთა შესახებ“ საქართველოს კანონის 38-ე მუხლის თანახმად, „ადვოკატი საადვოკატო საქმიანობას ახორციელებს დამოუკიდებლად და მასში ჩარევა დაუშვებელია;“ კონფიდენციალურია ნებისმიერი ინფორმაცია, რომელიც ადვოკატმა მიიღო კლიენტისაგან ან იურიდიული რჩევის მიღების სხვა მსურველისაგან;“ ასევე, „ადვოკატსა და კლიენტს შორის წარმოებული საუბრის მიყურადება და ჩანერა დაუშვებელია, ხოლო მათ შორის მიმონერა – ხელშეუხებელი.“

501 იქვე, პარ. 132

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ხშირია შემთხვევები, როცა ადვოკატებს, განსაკუთრებით გლდანის N8 დაწესებულებაში და მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში, არ ეძლევათ მათთვის კანონით მინიჭებული ფუნქციების შესრულების საშუალება. სახალხო დამცველს არაერთმა ადვოკატმა მიმართა განცხადებით, რომელშიც ისინი აღნიშნავდნენ, რომ პატიმრის მიერ დაწერილი ახსნა-განმარტება ან საჩივარი, განსაკუთრებით კი ისეთი საჩივრები, რომლებიც შეეხება დაწესებულების თანამშრომლების მიერ პატიმრების უფლების დარღვევას, სასჯელაღსრულების დაწესებულების თანამშრომლებმა ჩამოართვეს.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ აღნიშნული პრობლემები უნდა აღმოიფხვრას, რადგანაც უმნიშვნელოვანესია, ადვოკატსა და კლიენტს შორის ურთერთობისას დაცული იყოს კონფიდენციალურობა და პატიმრებს მიეცეთ შესაძლებლობა, სრულყოფილად შეძლონ საკუთარი უფლებების დაცვა.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს: საკუთარი კონტროლის ქვეშ აიყვანოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, განსაკუთრებით კი გლდანის N8 დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში, ადვოკატთა მიღებისა და შემოწმების პროცედურა, ასევე – კანონმდებლობის მოთხოვნების შესაბამისად, ადვოკატისა და მისი დაცვის ქვეშ მყოფის ურთიერთობის ამსახველი დოკუმენტაციისა და კორესპონდენციის კონფიდენციალურობის დაცვა.

სპეციფიკური საჭიროებების მქონე პირების მდგომარეობა სასჯელაღსრულების დანაშაულებებში

პატიმრობის კოდექსის მე-15 მუხლის მეხუთე ნაწილის თანახმად, „ორსულ ქალებს, მეძუძურ დედებს, არასრულწლოვნებს, ავადმყოფებს, მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, ხანდაზმულებს (ქალებს – 60 წლიდან, მამაკაცებს – 65 წლიდან) უნდა ჰქონდეთ სხვა ბრალდებულებთან/ მსჯავრდებულებთან შედარებით გაუმჯობესებული საყოფაცხოვრებო პირობები“.

შპმ პირთა განთავსების პირობები

2011 წლის 15 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს გაეგზავნა წერილობითი მიმართვა, მოეწოდებინა ინფორმაცია, რომელშიც სასჯელაღსრულების დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და საცხოვრებელი პირობები ადაპტირებულია შეზღუდული შესაძლებლობის პატიმრებისთვის. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან 2011 წლის 27 ოქტომბრის N10/8/2-12887 წერილით გვეცნობა, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა და საცხოვრებელი პირობები არ არის ადაპტირებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის. 2011 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განთავსებული იყო 184 შპმ პირი, მათ შორის – 9 ქალი.

ჩატარებული მონიტორინგის საფუძველზე ირკვევა, რომ მიუხედავად კანონის მოთხოვნისა, ორსული ქალები, ქალები – 60 წლიდან და მამაკაცები – 65 წლიდან იმავე პირობებში იმყოფებიან, როგორშიც სხვა ბრალდებულები/მსჯავრდებულები. იგივე შეიძლება ითქვას ავადმყოფი პატიმრების შესახებაც. ხშირ შემთხვევაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, რომლებიც ვერ გადაადგილდებიან დამოუკიდებლად და სპეციფიკურ მოვლას საჭიროებენ, განთავსდებიან არიან ჩვეულებრივ

დანესებულებაში და მინდობილი არიან სხვა პატიმრებისაგან ზრუნვას, მათ შორის, ბუნებრივი მოთხოვნილებებისა და ჰიგიენის დაცვის თვალსაზრისითაც.

აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ N18 დანესებულების შესასვლელში და სასაერთო ეზოს გასასვლელშია პანდუსები, თუმცა საეჭვოა, რამდენად ადაპტირებულია ისინი ეტლით მოსარგებლემს ჯავრდებულთა დამოუკიდებლად გადაადგილებისთვის.

როგორც ზემოთ აღინიშნა,⁵⁰² ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლოს პრეცედენტული სამართლის მიხედვით, იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო გადაწყვეტს მძიმე ავადმყოფისთვის თავისუფლების აღკვეთას ან მის ციხეში დატოვებას, მან ავადმყოფისთვის უნდა უზრუნველყოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სპეციფიკური საჭიროებების ადეკვატური პირობები სასჯელაღსრულების სისტემაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში ის არღვევს კონვენციის მე-2 (სიცოცხლის უფლება)⁵⁰³ და/ან მე-3 მუხლს (ნამების აკრძალვა).⁵⁰⁴

შესაბამისად, ყველა შემთხვევა, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი იმყოფება არაადეკვატური მოვლის პირობებში, შეგვიძლია განვიხილოთ, როგორც არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, მსჯავრდებულთა სასჯელისგან გათავისუფლების საკითხი სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროების ერთობლივი მუდმივმოქმედი კომისიის კომპეტენციაა,⁵⁰⁵ ხოლო აღნიშნული კომისიისთვის მიმართვის უფლება აქვს მსჯავრდებულს, მის კანონიერ წარმომადგენელს ან სასჯელაღსრულების დანესებულების დირექტორს.⁵⁰⁶ რამდენადაც სპეციალური პრევენციული ჯგუფისთვის არის ცნობილი, დანესებულების დირექტორებს არც ერთხელ არ გამოუყენებიათ ეს შესაძლებლობა.

რაც შეეხება მუდმივმოქმედი კომისიის მუშაობის ეფექტურობას, ეს საკითხი ცალკე დეტალურ შესწავლას საჭიროებს, თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ N179–N427 ბრძანება არ განსაზღვრავს არც კომისიის შეკრების რეგულარობას, არც საქმის განხილვის ვადებს განცხადების შესვლის მომენტიდან. ისიც ფაქტია, რომ სახალხო დამცველის აპარატში სულ უფრო ხშირია მსჯავრდებულებისა და მათი კანონიერი წარმომადგენლების საჩივრები, რომლებიც შეეხება აღნიშნული კომისიის მუშაობის არაეფექტურობას.

რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- იმ დანესებულებებში, სადაც შშმ პირები არიან განთავსებული, შეიქმნას მათთვის ადაპტირებული გარემო, წინააღმდეგ შემთხვევაში უზრუნველყოფილ იქნეს მათი განთავსება ადეკვატური პირობების მქონე სხვა დანესებულებაში;
- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დანესებულებების დირექტორებისთვის შესაბამისი მითითების მიცემა, რათა მათ რეგულარულად მიმართონ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მუდმივმოქმედი კომისიას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მსჯავრდებულთა სასჯელის გადავადების ან სასჯელისგან გათავისუფლებისთვის.

502 „არასათანადო მოპყრობა“, მურმან კ.-ს საქმე

503 სიხარულიძე და მახარაძე საქართველოს წინააღმდეგ, 2011 წლის 22 ნოემბერი

504 ფარბტუსი ლიტვის წინააღმდეგ, 2005 წლის 6 ივნისი, ისაევი უკრაინის წინააღმდეგ, 2009 წლის 28 აგვისტო

505 საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 23 დეკემბრის ერთობლივი N179–N427 ბრძანება „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი მუდმივმოქმედი კომისიის შექმნის შესახებ“.

506 ამავე ბრძანების მე-5 მუხლის მე-3 პუნქტი.



ქალ პატიმართა მდგომარეობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში

2011 წლის 01 დეკემბრის მონაცემებით, საქართველოში განთავსებული იყო 1203 ქალი პატიმარი. მათგან – 58 ხანდაზმული, 3 – არასრულწლოვანი, 4 – უვადო და 9 – შშმ პირი.

მოპყრობა

2011 წლის მანძილზე არც ერთ ქალ პატიმარს არ მიუმართავს სახალხო დამცველისთვის არასათანადო მოპყრობის თაობაზე განცხადებით. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს არ გამოვლენილა არასათანადო მოპყრობის შემთხვევები ქალი პატიმრების მიმართ. იყო რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც პრესაში გამოქვეყნდა ინფორმაცია პატიმარი ქალების მიმართ ზეწოლისა და ფიზიკური დასჯის შესახებ. ყოველ ასეთ ფაქტზე სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა სათანადო რეაგირება მოახდინა – გაესაუბრა პრესაში მოხსენიებულ პირებს, სხვა პატიმრებს, რის შედეგადაც არც ერთი ასეთი ფაქტი არ დადასტურდა. ქალი პატიმრების საჩივრები ძირითადად შეეხება სამედიცინო მომსახურებას, რიგ შემთხვევებში – საყოფაცხოვრებო პირობებს. მონიტორინგის დროს ქალი პატიმრები ხშირად საუბრობდნენ მთავარი ექიმისა და ზოგიერთი სხვა ექიმის მხრიდან გულგრილ და უხეშ დამოკიდებულებაზე. აღნიშნული პრობლემა დროთა განმავლობაში შეიძლება გახდეს მსჯავრდებულთა და ადმინისტრაციას შორის დაპირისპირების მიზეზი, რასაც დროული პრევენცია სჭირდება როგორც დაწესებულების ხელმძღვანელობის, ასევე სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ.

ქალ პატიმართა განთავსების პირობები

ქალი პატიმრების ძირითადი კონტიგენტი განთავსებულია რუსთავის N5 ქალთა დაწესებულებაში, ნაწილი პატიმრებისა სასჯელის ზომის საბოლოო განსაზღვრამდე იმყოფება ქუთაისის N2, ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებებში.

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „პატიმრებისათვის უზრუნველყოფილი საცხოვრებელი, განსაკუთრებით კი, საძინებელი, უნდა პასუხობდეს ადამიანის ღირსების პატივისცემისა და მაქსიმალური შესაძლებლობის ფარგლებში, ასევე განმარტოების მოთხოვნებს. ასევე დაცული უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის მოთხოვნები, ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს კლიმატურ პირობებსა და განსაკუთრებით ფართის ოდენობის, ჰაერის მოცულობას, განათებასა და ვენტილაციის პირობებს“⁵⁰⁷.

„ყველა შენობაში, სადაც პატიმრები ცხოვრობენ, მუშაობენ ან იკრიბებიან:

ფანჯრები უნდა იყოს საკმარისად დიდი, რათა საშუალება მიეცეთ პატიმრებს, იკითხონ ან იმუშაონ ბუნებრივი განათების ნორმალურ პირობებში, ასევე, იძლეოდეს სუფთა ჰაერის მოძრაობის შესაძლებლობა, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა არსებობს ჰაერის კონდიციონერის ჯეროვანი სისტემა;

ხელოვნური განათება უნდა აკმაყოფილებდეს მიღებულ ტექნიკურ სტანდარტებს; უნდა არსებობდეს გამოძახების სისტემა, რომელიც საშუალებას მისცემს პატიმრებს, დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ პერსონალს.“⁵⁰⁸

ზოგადი თვალსაზრისით შეიძლება ითქვას, რომ ქალ პატიმართა განთავსების პირობები იმ დაწესებულებებშიც კი, რომლებიც ცუდ მდგომარეობაშია და ვერ უზრუნველყოფს ნორმალურ საცხოვრებელ გარემოს (ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4), უკეთესია მამაკაც პატიმრებთან შედარებით.

507 18.1-წესი

508 18.2 წესი

აღნიშნულის მიზეზი ისიცაა, რომ ქალი პატიმრების მიმართ დაწესებულებების ადმინისტრაციის დამოკიდებულება, როგორც წესი, უფრო ლოიალურია, შესაბამისად, მათ უფლება ეძლევათ, თავიანთ განკარგულებაში იქონიონ გარკვეული საყოფაცხოვრებო და ჰიგიენის ნივთები, რომლებიც არ არის დაშვებული მამაკაცი პატიმრებისთვის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად ზემოთქმულისა, ქალ პატიმართა განთავსების პირობები ჯერ კიდევ მთელ რიგ ასპექტებში არ შეესაბამება ევროპულ სტანდარტებს, თუმცა არც დამამცირებელი ან ღირსების შემლახავი შეიძლება ეწოდოს.

ქუთაისის N2 დაწესებულება

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში ქალი პატიმრებისთვის გამოყოფილია 3 საკანი. თითოეული საკანის ფართი 15.5 კვ.მ-ია. საკნებში დგას 3 ორსართულიანი საწოლი, მაგიდა და სკამი. საპირფარეშოები იზოლირებულია. საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

ზუგდიდის N4 დაწესებულება

დაწესებულების მეორე სართულზე ქალი პატიმრებისთვის განკუთვნილია ორი საკანი. იმავე დაწესებულებაში განთავსებული მამრობითი სქესის პატიმრებისაგან განსხვავებით ქალი პატიმრები შედარებით უკეთეს პირობებში იმყოფებიან. კერძოდ, 2011 წელს მათთვის გამოყოფილ საკნებში ჩატარდა კოსმეტიკური რემონტი (შეიცვალა ფანჯრები, შეიღებია იატაკი და საპირფარეშოს კედლებზე გაიკრა კაფელი). ჩატარებული სამუშაოების დროს არ მომხდარა საპირფარეშოების იზოლირება და საკნებში კვლავ ნახევრად იზოლირებული საპირფარეშოებია. ერთი საკანი გათვლილია 8 პატიმარზე, ხოლო მეორე – 10 პატიმარზე.

ბათუმის N3 დაწესებულება

დაწესებულების პირველ სართულზე ქალი პატიმრებისათვის განკუთვნილია 2 საკანი. ერთ-ერთ საკანში დგას ცხრა ორსართულიანი საწოლი. მონიტორინგის დროს საკანში ჩამოდიოდა წყალი. იატაკზე დაგებულია მეტლახი. საკანში არის სინესტე და ჩამოქერცლილია კედლები. საპირფარეშო იზოლირებულია.

მეორე საკანი 3-ოთახიანი საცხოვრებელია, სადაც დგას ორსართულიანი 11 საწოლი. პირველ ორ ოთახში – სამ-სამი, ხოლო მესამე ოთახში – ხუთი. აღნიშნულ საკანში არის მაცივარი. ხის იატაკზე დაგებულია ლინოლეუმი. იატაკი ალაგ-ალაგ ჩატეხილია. საკანში არსებული საპირფარეშო იზოლირებულია.

რუსთავის N5 დაწესებულება

ქალთა ახალი N5 დაწესებულება გაიხსნა 2010 წლის 6 ნოემბერს. დაწესებულების ლიმიტია 1200.

დაწესებულებაში არის A, B, C, D საცხოვრებელი კორპუსები, ასევე – პატიმრობის განყოფილება, დედათა და ბავშვთა სახლი, ტუბერკულოზით დაავადებულ პატიმართა საცხოვრებელი. დაწესებულების B კორპუსზე განთავსებულია სამედიცინო ნაწილი.

A კორპუსში არის 38 საკანი; B კორპუსში – 16 საკანი; C კორპუსში – 74 საკანი; D კორპუსში – 71 საკანი; პატიმრობის განყოფილებაში – 30 საკანი, აქედან – 1 საკარანტინე, 1 არასრულწლოვანთათვის და 2 სამართო საკანი; დედათა და ბავშვთა საცხოვრებელში არის 6 ოთახი; ტუბერკულოზით დაავადებულ პატიმართა საცხოვრებელში – 3 საკანი.

2011

დანესებულებაში არსებული საკნები ძირითადად 6-ადგილიანია; C კორპუსში არის 3-ადგილიანი 20 საკანი⁵⁰⁹.

თითოეულ საკანში დგას ორსართულიანი სანოლები. თითოეულ პატიმარზე გამოყოფილი ფართი 3 კვ.მ-ია⁵¹⁰. საკნებში დგას მაგიდა და სკამი, ასევე, თითოეული პატიმარისთვის გათვალისწინებულია ტუმბო.

A საცხოვრებელი კორპუსის ეზოში არის ფრენბურთის მოედანი და ფანჩატური. ასევე, არის სასადილოს შენობა, რომელიც გაყოფილია 2 ნაწილად. სასადილოში დგას 16 მაგიდა; განათება და ვენტილაცია ხდება ბუნებრივი გზით საკმარისად, გათბობა – ცენტრალური სისტემის საშუალებით.

ეზოში არის ერთი საშხაპე, სადაც დამონტაჟებულია 4 შხაპი, რომელთაგან მონიტორინგის დროს სამი იყო მუშა მდგომარეობაში. მონიტორინგის დროს საშხაპეში არსებული გაყვანილობა იყო მოშლილი, რის გამოც იატაკზე დაგუბებული იყო წყალი. საშხაპის სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არაა დამაკმაყოფილებლად უნდა შეფასდეს. მას არ აქვს ფანჯარა, ხოლო გამწოვი ვერ უზრუნველყოფს ვენტილაციას, რის გამოც გასახდელ ოთახსა და საშხაპეში მუდმივად დგას ორთქლი და ქერიდან ჩამოყრილი ბათქაში და საღებავი. საშხაპის განათება ხდება ხელოვნური გზით, თუმცა არასაკმარისად.

B კორპუსში განთავსებულია სამედიცინო ნაწილი, სადაც მონიტორინგის დროს მოთავსებული იყო 61 პატიმარი. კორპუსში არის სამრეცხაო, სადაც დგას სარეცხის მანქანა, ასევე არის საშხაპე, სადაც დამონტაჟებულია 3 შხაპი.

C და D კორპუსების ეზოში არის ფანჩატური, საპირფარეშო და საშხაპე, რომელიც არ ფუნქციონირებს. ეზოში არის ბაღი, სადაც დგას სკამები. C და D კორპუსებისთვის ფუნქციონირებს სასადილო ოთახი, რომელიც გაყოფილია 5 ნაწილად. სასადილო ოთახის განათება და ვენტილაცია ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით საკმარისად, გათბობა – ცენტრალური სისტემის საშუალებით. სასადილო ოთახს აქვს პირსაბანი, ონკანი და საპირფარეშო.

დედათა და ბავშვთა განყოფილება განლაგებულია ცალკე საცხოვრებელ კორპუსში და შედგება 6 ოთახისგან. ოთახები ერთნაირად არის ეკიპირებული. თითოეული ოთახის ფართი 12.7 კვ.მ-ია. კედლებზე გაკრულია შპალერი, იატაკზე დაგებულია ლამინატი, ჭერზე კი დია ჭალი. ოთახებში დგას ერთი ხის სანოლი, ბავშვის სანოლი და კომოდი. თითოეულ ოთახს აქვს იზოლირებული საპირფარეშო, სადაც დამონტაჟებულია უნიტაზი და შხაპი.

დედათა და ბავშვთა განყოფილებაში არის დასასვენებელი ოთახი, რომელშიც დგას სკამები, ტელევიზორი და DVD.

ზემოაღნიშნულ კორპუსს აქვს სამზარეულო, სადაც დგას 2 მაცივარი, გაზქურა, მაგიდა და სკამები, ასევე, დამონტაჟებულია სარეცხის მანქანა. სამზარეულო ეკიპირებულია ყველა საჭირო აქსესუარით. დედათა და ბავშვთა სახლის ეზოში არის საქანელები. ზაფხულში ბავშვებისთვის იდგმება გასაბერი აუზი.

ტუბერკულოზით დაავადებულ ქალ პატიმართა საცხოვრებელში არის 20 კვ.მ. ფართის 3 საკანი. თითოეულ საკანში დგას 6 სანოლი, 6 ტუმბო და ტელევიზორი. დერეფანში დამონტაჟებულია სარეცხის მანქანა და მაცივარი. საკნებში არის იზოლირებული საპირფარეშო, სადაც დგას უნიტაზი, ასევე, საშხაპე და პირსაბანი. იატაკზე დაგებულია ლამინატი. ეზოში დგას ფანჩატური და დამონტაჟებულია ტელეფონის აპარატი.

პატიმრობის განყოფილება გათვლილია 200 პატიმარზე. განყოფილებაში არის ხუთი საგამოძიებო ოთახი, სადაც დგას თითო მაგიდა სკამებით. საშხაპეში დამონტაჟებულია 13 შხაპი. საშხაპეს აქვს გასახდელი.

509 რომელიც ადრე გამოიყენებოდა საკნის ტიპის სადგომად;

510 მაგ. 6 ადგილიანი საკნის ფართი შეადგენს—2,96*6,6, ხოლო საპირფარეშო 1,57*1,53;

განყოფილებაში არის ექვსი სასეირნო ეზო, რომლებშიც დგას სკამი. ერთ სასეირნო ეზოს პატიმრები იყენებენ სარეცხის გასაშრობად.

გარდა არასრულწლოვანთა, დედათა და ბავშვთა განყოფილებისა, ყველგან არის ბეტონის იატაკი. ვინაიდან ქალები ხშირად ჩიოდნენ, რომ ბეტონის იატაკი მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე უარყოფით გავლენას ახდენდა, ადმინისტრაციამ უფლება მისცა, იქონიონ ხალიჩები, თუმცა მონიტორინგის დროს ხალიჩა მხოლოდ რამდენიმე საკანში იყო დაგებული.

მდგომარეობითი სკანის არასრულწლოვანი პატიმრები

საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2007 წლის 10 იანვრის N6 ბრძანების თანახმად, მდგომარეობითი სკანის არასრულწლოვანი პატიმართა განყოფილების შექმნის შესახებ სასჯელსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს დაევა, შეექმნა მდგომარეობითი სკანის არასრულწლოვანი პატიმართა განყოფილება. ამავე ბრძანებით დეპარტამენტის თავმჯდომარეს დაევა, უმოკლეს ვადებში უზრუნველყო მდგომარეობითი სკანის არასრულწლოვანი პატიმართა განთავსება მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად.

2009 წლის 6 მარტს სახალხო დამცველმა არასრულწლოვანი გოგონების სხვა მსჯავრდებულებისგან განცალკევების რეკომენდაციით მიმართა სასჯელსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების მინისტრს. რეკომენდაციის საფუძველად დაედო ის გარემოება, რომ კვლავ არ არსებობდა არასრულწლოვანი გოგონათა აღმზრდელობითი დაწესებულება, სადაც კანონის შესაბამისად სასჯელს უნდა იხდიდნენ არასრულწლოვანი გოგონები. 2009 წლის მარტში ისინი განთავსებულნი იყვნენ თბილისის ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში, რომელსაც არ ჰქონდა არასრულწლოვანი გოგონებისთვის გამოყოფილი ინფრასტრუქტურა და გოგონებს სასჯელის მოხდა უწევდათ სრულწლოვანი პატიმარ ქალებთან ერთად.

2009 წლის 26 ოქტომბერს სასჯელსრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ N5 ქალთა და არასრულწლოვანთა საერთო და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულების ტერიტორიაზე ცალკე გამოყოფა და გაარემონტა მდგომარეობითი სკანის არასრულწლოვანი პატიმართა განყოფილება, თუმცა არასრულწლოვანი და სრულწლოვანი მსჯავრდებულები საერთო სასეირნო ეზოთი სარგებლობდნენ.

რუსთავის ახალ N5 დაწესებულებაში არ არის გათვალისწინებული არასრულწლოვანი გოგონებისთვის ცალკე გამოყოფილი ინფრასტრუქტურა. არასრულწლოვანი გოგონები ცალკე საკანში თავსდებიან, თუმცა დანარჩენ ინფრასტრუქტურას ისინი იყენებენ სხვა მსჯავრდებულ ქალებთან. არასრულწლოვანი გოგონათა საკანი განთავსებულია D კორპუსზე. საკნის ფართი 18 კვ.მ-ია. ოთახში დგას ორი ხის საწოლი, მაგიდა, 2 ტუმბო, კომპიუტერი და ტელევიზორი. იატაკი არის ლამინატისა. ოთახის განათება ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით საკმარისად. თბება ცენტრალური სისტემით. ოთახს აქვს 1.7 კვ.მ ფართის ფანჯარა და იზოლირებული საპირფარეო, სადაც დამონტაჟებულია პირსაბანი.

საპატიმრო განყოფილებაში არასრულწლოვანი პატიმრებისათვის განკუთვნილია 18 კვ.მ. ფართის ერთი საკანი, სადაც დგას სამი ორსართულიანი საწოლი, 6 ტუმბო, 1 მაგიდა. საკანში შეყვანილია ტელევიზორის ანტენა. საკნის ვენტილაცია და განათება ხდება როგორც ცენტრალური, ასევე ბუნებრივი გზით საკმარისად, გათვალისწინებულია – ცენტრალური სისტემის საშუალებით. საკანს აქვს 1.7 კვ.მ. ზომის ფანჯარა. საპირფარეო არის აზიური ტიპისა და იზოლირებულია. მასში დამონტაჟებულია პირსაბანი. საპირფარეოს ვენტილაცია ხდება ცენტრალური სისტემით, განათება – ხელოვნური გზით საკმარისად.

სკანის
პატიმრები

განათება, გათხოვა და ვენტილაცია

რუსთავის N5 დაწესებულებაში ყველა საკანს აქვს 1.7 კვ.მ ფართის მეტალოპლასტმასის ფანჯარა, რომელიც უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებასა და ვენტილაციას. გამოწვევის საცხოვრებელი კორპუსის 19 საკანი, რომლებიც ადრე გამოიყენებოდა საკნის ტიპის სადგომად და აქვთ 0.65 კვ.მ. ფართის ფანჯარა, რაც არასაკმარისია ნორმალური ბუნებრივი განათების და ვენტილაციის უზრუნველსაყოფად. საკნები თბება ცენტრალური გზით, თუმცა ზამთრის პერიოდში ჩატარებული მონიტორინგის დროს განსაკუთრებით საცხოვრებელი კორპუსის კუთხის საკნებში ციოდა. ასევე, პატიმრობის განყოფილების ექვს საკანში ცენტრალური გათბობის სისტემა ვერ უზრუნველყოფდა საკნების ჯეროვან გათბობას, რის გამოც პატიმრებს დაურიგდათ ზეთის ელექტროგათბობლები. საკნების ხელოვნური განათება დამაკმაყოფილებელია.

ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებები თბება ელექტროქურების მეშვეობით. N3 დაწესებულების ქალთა განყოფილების N1 საკანში არის მცირე ზომის ფანჯარა, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს საკნის ბუნებრივ ვენტილაციასა და განათებას. საკნების ვენტილაცია ხდება გამწოვებით. ზუგდიდის N4 და ქუთაისის N2 დაწესებულებების საკნებში არსებული ფანჯრების ზომა უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებას და ვენტილაციას. N2 დაწესებულებაში გათბობა და ხელოვნური ვენტილაცია ხდება ცენტრალური გზით.

პირადი ჰიგიენა

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „ადეკვატური სამყოფლის უზრუნველყოფა უნდა მოხდეს, რათა ყოველმა პატიმარმა შეძლოს შხაპით ან აბაზანით სარგებლობა კლიმატისადმი შესატყვისი ტემპერატურის პირობებში. თუ ეს შესაძლებელია დღიურად ან კვირაში ორჯერ მაინც (თუ საჭიროა უფრო ხშირადაც) ზოგადი ჰიგიენის ინტერესებიდან გამომდინარე.“⁵¹¹ „პატიმრებმა უნდა სუფთად და მოწესრიგებულად იქონიონ ტანსაცმელი და საძინებელი, ასევე პირად ჰიგიენას მიაქციონ ყურადღება“⁵¹². „ამისათვის ციხის ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს ისინი შესაბამისი საშუალებებით, ტუალეტის და ჰიგიენური საშუალებებითა და მასალებით“⁵¹³. „ქალთა სანიტარიული საჭიროებებისათვის სპეციალური უზრუნველყოფა უნდა მოხდეს“⁵¹⁴.

ქალი პატიმრებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობების შექმნაზე, მათ მომარაგებაზე ჰიგიენის შესაბამისი ნივთებით, მათი ჯანმრთელობის სპეციფიკურ საჭიროებებზე ზრუნვის აუცილებლობაზე განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს, ასევე, წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტების VI თავი – „თავისუფლებადკვეთილი ქალები“,“⁵¹⁵ რომელიც წარმოადგენს კომიტეტის მე-10 ზოგადი ანგარიშიდან ამონარიდს.⁵¹⁶

გაეროს „ბანგკოკის წესების“ მე-5 წესის⁵¹⁷ მიხედვით, „პატიმარ ქალთა განთავსების ადგილას უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ქალების სპეციფიკური ჰიგიენური მოთხოვნილებებისთვის აუცილებელი ნივთები და საშუალებები, რაც ასევე გულისხმობს ჰიგიენური საფენების უფასოდ მიწოდებას და წყლის რეგულარულ მიწოდებას ქალთა და ბავშვთა პირადი ჰიგიენისთვის (...)“.

პატიმრობის კოდექსის 21-ე მუხლის (ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პირადი ჰიგიენა) მეორე ნაწილის თანახმად, „როგორც წესი, ბრალდებული/მსჯავრდებული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შხაპის კვირაში ორჯერ მიღების შესაძლებლობით...“

511 19.4-წესი;

512 19.5-წესი;

513 19.6-ე წესი;

514 19.7-წესი;

515 CPT/Inf/E (2002) 1, 2010 წლის რევიზიით

516 CPT/Inf (2000) 13, 1999 წ.

517 ავსტრალიის გაეროს პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესების მე-15 და მე-16 წესებს.

რუსთავის N5 დაწესებულების ადმინისტრაცია თვეში ერთხელ ამარაგებს პატიმრებს სარეცხი საპნით, ფხენილით, თმის საღებავითა და ქლორით. პირადი ჰიგიენის ნივთების შეძენა შესაძლებელია დაწესებულების მაღაზიაშიც.

დაწესებულების ადმინისტრაცია პატიმრებს მიღებისას უზრუნველყოფს თეთრეულით; საჭიროების შემთხვევაში მათ შემდგომაც მიეწოდებათ თეთრეული. ამ უკანასკნელის შეძენა შესაძლებელია დაწესებულების მაღაზიაშიც. პატიმრები თეთრეულს და ტანსაცმელს რეცხავენ თავად, ამასთან, შესაძლებლობა აქვთ, სარეცხი გაატანონ ოჯახის წევრებს.⁵¹⁸

დაწესებულებაში საპარიკმახერო მომსახურებას ახორციელებს პარიკმახერი პატიმარი, რომელიც მოთხოვნის შემთხვევაში ემსახურება ქალ პატიმრებს.

შხაპს ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებულები იღებენ სურვილისამებრ, ხოლო საპატიმრო დაწესებულებაში – კვირაში ერთხელ. გამონაკლისი არიან უვადო თავისუფლებადაცვითი ქალები, რომლებსაც კვირაში ორჯერ აქვთ შხაპის მიღების შესაძლებლობა.

ქუთაისის N2, ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებებში ქალ პატიმრებს ეძლევათ საშუალება, კვირაში ერთხელ მიიღონ შხაპი. თეთრეულის შეძენა შეუძლიათ დაწესებულების მაღაზიაში და მისი შეტანა დაშვებულია ამანათითაც. სამივე დაწესებულებაში პატიმრები თვითონ რეცხავენ თეთრეულსა და ტანსაცმელს საკნებში. ადმინისტრაცია თვეში ერთხელ უზრუნველყოფს მათ სარეცხი საპნითა და ფხენილით. რაც შეეხება ჰიგიენის ნივთებს, N4 დაწესებულებაში განთავსებული ქალი პატიმრები აღნიშნავენ, რომ პირადი ჰიგიენის ნივთების ამანათით შეგზავნა აკრძალულია და ისინი ხშირად არც დაწესებულების მაღაზიაში იყიდება. აქვე აღსანიშნავია, რომ მონიტორინგის დროს დაწესებულების მაღაზიაში პროდუქტების სიმწირე შეიმჩნეოდა.

სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლებით სარგებლობა

პატიმრობის კოდექსის მე-14⁵¹⁹ მუხლის პირველი ნაწილის „ზ“ ქვეპუნქტის თანახმად, „ბრალდებულს/ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, ყოველდღიურად არანაკლებ 1 საათისა იმყოფებოდეს სუფთა ჰაერზე.“

ზუგდიდის N4 და ბათუმის N3 დაწესებულებებში ქალ პატიმართა გასეირნება ხდება ყოველდღე 20–25 წუთით. ქუთაისის N2 დაწესებულებაში – 40–45 წუთი, რაც არ შეესაბამება კოდექსის მოთხოვნებს, რომლის მიხედვითაც გასეირნება უნდა გრძელდებოდეს სულ მცირე ერთი საათი მაინც.

აქვე აღსანიშნავია, რომ პატიმრობის კოდექსის 61-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში თავსდება ქალი მსჯავრდებულები, რომელთაც ვადიანი თავისუფლების აღკვეთა აქვთ შეფარდებული. მიუხედავად ზემოაღნიშნული დისპოზიციისა, ხშირია შემთხვევები, როცა ზუგდიდის N4 და ბათუმის N3 დაწესებულებებში განთავსებული ქალი მსჯავრდებულები დროულად არ გადაჰყავთ შესაბამის დაწესებულებაში და მათ დახურული ტიპის რეჟიმის დაწესებულებაში გაცილებით მეტი ხნის გატარება უწევთ, ვიდრე ამას კანონი ითვალისწინებს.

518 დაწესებულებაში არის 1 სამრეცხაო ოთახი, ასევე, ცალკე შენობა სამრეცხაოსათვის, თუმცა მისი გამოყენება არ ხდება პატიმრების მიერ. სამრეცხაო ბლოკში არის 5 სარეცხის მანქანა.

519 ბრალდებულისა და მსჯავრდებულის უფლებები;

კონტაქტი გარე სამყაროსთან

ხანმოკლე პაემნით სარგებლობა

პატიმრობის კოდექსის მე-17 მუხლის მე-7 ნაწილის თანახმად, „ხანმოკლე პაემანი ეწყობა 1-იდან 2 საათამდე ვადით. ხანმოკლე პაემანი მიმდინარეობს ადმინისტრაციის წარმომადგენლის მხოლოდ ვიზუალური კონტროლით, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.“

ამავე კანონის 72-ე მუხლის თანახმად, „ქალ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, 1 თვის განმავლობაში ჰქონდეს 3 ხანმოკლე პაემანი.“

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ კანონით დადგენილი ხანგრძლივობით პაემნის სარგებლობის უფლება პრობლემურია ზუგდიდის N4 და ბათუმის N3 დაწესებულებებში, სადაც განთავსებული ქალი მსჯავრდებულები აღნიშნავენ, რომ პაემანი 20-25 წუთზე მეტი არ გრძელდება.

აღნიშნული შეზღუდვა გამოწვეულია როგორც ინფრასტრუქტურის უკმარისობით, ასევე ადმინისტრაციის გულგრილი დამოკიდებულებითაც საკითხისადმი.

პატიმრობის კოდექსის 70-ე მუხლის (სასჯელის მოხდის პირობები არასრულწლოვანთა სპეციალურ დაწესებულებაში) მეორე ნაწილის „ა“ ქვეპუნქტის თანახმად, „არასრულწლოვან მსჯავრდებულს უფლება აქვს 1 თვის განმავლობაში ჰქონდეს 4 ხანმოკლე პაემანი,“ თუმცა რუსთავის N5 დაწესებულებაში განთავსებული არასრულწლოვანი მსჯავრდებულის⁵²⁰ გადმოცემით, მას შესაძლებლობა აქვს, ისარგებლოს აღნიშნული უფლებით თვეში მხოლოდ სამჯერ, ორ-ორი საათის განმავლობაში.

ხანგრძლივი პაემანი

პატიმრობის კოდექსის 72-ე მუხლის მე-8 ნაწილის თანახმად, ქალ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, 1 წლის განმავლობაში ჰქონდეს 2 ხანგრძლივი პაემანი, ხოლო წახალისების ფორმით – წელიწადში 1 დამატებითი ხანგრძლივი პაემანი. მიუხედავად ზემოაღნიშნული ცვლილებისა, რუსთავის N5 დაწესებულებაში დღესდღეობით არ არსებობს გრძელვადიანი პაემნებისათვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა, რის გამოც ქალები მოკლებულნი არიან კანონით განსაზღვრული უფლებით სარგებლობის საშუალებას.

ვიდეოპაემანი

საანგარიშო პერიოდში ვიდეოპაემნისთვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა არ არსებობდა რუსთავის N5 დაწესებულებაში, რის გამოც ქალები ვიდეოპაემნის უფლებითაც ვერ სარგებლობდნენ.

სატელეფონო საუბრები

პატიმრობის კოდექსის 72-ე მუხლის მე-6 ნაწილის თანახმად, ქალ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, 1 თვის განმავლობაში საკუთარი ხარჯით ჰქონდეს 4 სატელეფონო საუბარი, თითოეული – არა უმეტეს 15 წუთისა.

⁵²⁰ მინიტორინგის დროს დაწესებულებაში მხოლოდ ერთი არასრულწლოვანი მსჯავრდებული გოგონა იმყოფებოდა.

ბათუმის N3 დაწესებულებაში წლების განმავლობაში მოუგვარებელია სატელეფონო კავშირი. ეს პრობლემა უკვე რამდენიმე წელია არსებობს და ადმინისტრაცია აღნიშნულს ხან სატელეფონო კაბელის მოპარვით ხსნის, ხანაც – ტექნიკური დაბრკოლებებით.

ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში პატიმრებს თვეში ორჯერ ეძლევათ საშუალება, ისარგებლონ ტელეფონით (5–10 წთ.). N5 დაწესებულებაში პარატები განლაგებულია ეზოებში და მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, დაუბრკოლებლად ისარგებლონ ტელეფონით.

პრესის, ტელე- და რადიომაუწყებლობის ხელმისაწვდომობა

დადებითად აღსანიშნავია, რომ ყველა ქალ პატიმარს აქვს ტელევიზორის ქონის უფლება. ამასთან, ქუთაისის N2, ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებებში მხოლოდ ქალ და არასრულწლოვან პატიმრებს აქვთ ტელევიზორები. ბათუმის N3 და ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, პატიმართა გადმოცემით, არ შედის გაზეთები, ხოლო დაწესებულების მალაზიაში იყიდება მხოლოდ გაზეთი „კვირის პალიტრა“, კროსვორდები და ჟურნალები „სარკე“, „თბილისელები“ და „რეიტინგი“.

საჩივარ-განცხადებები

საჩივრის ყუთები ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაშია დამონტაჟებული, სადაც ქალები არიან განთავსებულნი, თუმცა, ისევე, როგორც წინა წლებში, კვლავ პრობლემად რჩება ქუთაისის N2, ზუგდიდის N4 და ბათუმის N3 დაწესებულებებიდან პატიმრების საჩივარ-განცხადებების ადრესატებთან გაგზავნა.

პატიმარ ქალთა რესოციალიზაცია

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 39-ე მუხლის თანახმად, „სასჯელის მიზანია სამართლიანობის აღდგენა, ახალი დანაშაულის თავიდან აცილება და დამნაშავის რესოციალიზაცია.“

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „პატიმრობა სრულად იმგვარად უნდა წარიმართოს, რომ ხელი შეუწყოს თავისუფლება აღკვეთილ პირთა რეინტეგრაციას თავისუფალ საზოგადოებაში.“⁵²¹

„ყველა საჭირო შესაძლებლობა უნდა იქნეს გამოყენებული: რელიგია, განათლება, ტრენინგი, სოციალური დაცვა, დასაქმება, ფიზიკური განვითარება, მორალური დამოკიდებულების განვითარება. ყოველივე ზემოაღნიშნული უნდა შეესაბამებოდეს პატიმრის პიროვნულ ხასიათს. ამასთანავე, გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი: პატიმრის კრიმინალური წარსული, სასჯელის ზომა და წინასწარ განსაზღვრული პერსპექტივები მისი გათავისუფლების შემდეგ.“⁵²²

ევროპის საბჭოს საპარლამენტო ასამბლეის რეზოლუცია 1663 (2009) „ქალები ციხეში“ ნევრ სახელმწიფოებს რეკომენდაციას აძლევს, ზოგადად მსჯავრდებულთა და მათ შორის, ქალ მსჯავრდებულთა განათლების დონის ამაღლების მიზნით, კვირაში მინიმუმ 24–საათიანი საგანმანათლებლო და ტრენინგკურსების დანერგვაზე ქალი მსჯავრდებულთათვის.⁵²³

N5 ქალთა დაწესებულებაში მოქმედებს პროგრამა „ქალი და ბიზნესი“, რომლის ფარგლებშიც ხდება კომპიუტერის, ენებისა და თექის სწავლება. სწავლება მიმდინარეობს 3 ჯგუფში და თითოეულში ჩართულია 8 პატიმარი. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში ჩართულია 70–მდე პატიმარი.

521 წესი 6

522 წესი 66

523 პუნქტი 11.1

დანესებულებაში არის ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრის სარეაბილიტაციო პროგრამა, რომელიც შედგება 3 ჯგუფისგან, თითოეულ ჯგუფში არის 8 პატიმარი. დანესებულებაში ფუნქციონირებს არასრულწლოვანთა სკოლა.

რაც შეეხება ქუთაისის N2, ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დანესებულებებს, იქ ქალი პატიმრებისათვის არ მოქმედებს არანაირი სარეაბილიტაციო პროგრამა.

დასაქმება

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში ამჟამად განთავსებულ არც ერთ ქალ მსჯავრდებულს არ აქვს ანაზღაურებადი სამუშაო.

რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს ქალი მსჯავრდებულებისათვის გრძელვადიანი პაემნებით და ვიდუპაემნებით სარგებლობის უფლების რეალიზება.

რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

ქალ პატიმართა კანონმდებლობით გათვალისწინებული უფლებების სრული რეალიზების მიზნით, უზრუნველყოს:

- ქალი პატიმრისათვის კანონით დადგენილი ყოველდღიური გასეირნება;
- ქალ მსჯავრდებულთა დროული გადაყვანა მათთვის კანონით გათვალისწინებულ ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დანესებულებაში;
- ყველა დანესებულებაში ტელეფონის ხელმისაწვდომობა კანონით დადგენილი წესითა და ხანგრძლივობით;
- ქალი პატიმრებისათვის კვირაში ორჯერ შხაპის მიღების შესაძლებლობა;
- ქალი პატიმრების მომარაგება მათი პირადი ჰიგიენისთვის აუცილებელი ნივთებით, მათ შორის, მაღაზიის საშუალებით;
- პაემნების ხანგრძლივობის დარეგულირება კანონის შესაბამისად;
- პატიმრების საჩივარ-განცხადებებისა და სხვა სახის კორესპონდენციის ადრესატებთან დროული გადაგზავნა.

უვადო თავისუფლებააღკვეთილ მსჯავრდებულთა მდგომარეობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში

2011 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში განთავსებული იყო 91 უვადო თავისუფლებააღკვეთილი პირი, მათ შორის – 4 ქალი. სპეციალური

პრევენციული ჯგუფი მონიტორინგის მსვლელობისას ხელმძღვანელობდა ეროვნული კანონმდებლობით, საერთაშორისო სტანდარტებით, ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციით წევრი სახელმწიფოებისადმი უვადო და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების მართვის შესახებ ციხის ადმინისტრაციების მიერ,⁵²⁴ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციით წევრი სახელმწიფოებისადმი პირობით გათავისუფლების შესახებ,⁵²⁵ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეზოლუციით პირობით მსჯავრდებულებისა და პირობით ვადამდე გათავისუფლებულთა ზედამხედველობისა და შემდგომი მეთვალყურეობის ღონისძიებათა პრაქტიკული ორგანიზების შესახებ,⁵²⁶ ასევე, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართლით.

საქართველოში 1997 წლამდე მოქმედი კანონმდებლობა ითვალისწინებდა სიკვდილით დასჯას. საქართველოს კონსტიტუციის მე-15 მუხლის მეორე პუნქტი შესაძლებელს ხდიდა სასჯელის განსაკუთრებული ღონისძიების - სიკვდილით დასჯის გამოყენებას, მის სრულ გაუქმებამდე, სიცოცხლის წინააღმდეგ მიმართული განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისათვის. ამ სასჯელის შეფარდების უფლება ჰქონდა მხოლოდ საქართველოს უზენაეს სასამართლოს.

საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 25 ივლისის N387 ბრძანებულებით, რომელიც შეეხებოდა იმ პირთა შეწყალებას, რომელთაც მისჯილი ჰქონდათ სასჯელის განსაკუთრებული ღონისძიება - სიკვდილით დასჯა, შეწყალებულ იქნა 54 სიკვდილმისჯილი მსჯავრდებული და ყველა მათგანს დანიშნული სასჯელი შეეცვალა 20 წლით თავისუფლების აღკვეთით.

1997 წლის 11 ნოემბერს საქართველოს პარლამენტმა მხარი დაუჭირა საქართველოს პრეზიდენტის მიერ ინიცირებულ კანონპროექტს და მიიღო საქართველოს კანონი „სასჯელის განსაკუთრებული ღონისძიების - სიკვდილით დასჯის სრული გაუქმების შესახებ.“

ამჟამად მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, სასჯელის განსაკუთრებულ ზომად გათვალისწინებულია უვადო თავისუფლების აღკვეთა. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 51-ე მუხლის თანახმად, „უვადო თავისუფლების აღკვეთა შეიძლება დაინიშნოს მხოლოდ განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისათვის“ და „უვადო თავისუფლების აღკვეთა არ დაენიშნება იმას, ვისაც დანაშაულის ჩადენამდე არ შესრულებია თვრამეტი წელი ან ვისაც განაჩენის გამოტანის მომენტისათვის შეუსრულდა სამოცი წელი.“

დღევანდელი რედაქციით, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი 19 დანაშაულისთვის ითვალისწინებს უვადო თავისუფლების აღკვეთას.⁵²⁷ ამჟამად უვადო თავისუფლება აღკვეთილთა უმრავლესობა სასჯელს იხდის განზრახ მკვლელობის მუხლით; შემდეგ ადგილზეა ნარკოტიკული დანაშაულები და დანაშაულები სახელმწიფოს წინააღმდეგ.

ამჟამად უვადო თავისუფლება აღკვეთილი პირები საქართველოს სასჯელალსრულების სისტემის რამდენიმე დაწესებულებაში არიან განთავსებული. ძირითადი ნაწილი განთავსებულია რუსთავის N6 დაწესებულებაში, ოთხი მსჯავრდებული - თბილისის N7, ხოლო უვადო მსჯავრდებული ქალები

524 2003 წლის 9 ოქტომბრის რეკომენდაცია Rec 2003 (23).

525 2003 წლის 24 სექტემბრის რეკომენდაცია Rec 2003 (22).

526 1970 წლის 26 იანვრის რეზოლუცია (70) 1.

527 მუხლი 109–3. განზრახ მკვლელობა დამამძიმებელ გარემოებაში; მუხლი 143²–4. არასრულწლოვნით ვაჭრობა (ტრეფიკინგი); მუხლი 227²–3. სტაციონარული პლატფორმის მართლსაწინააღმდეგოდ დაუფლება, განადგურება ან დაზიანება; მუხლი 260–3. ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის უკანონო დამზადება, წარმოება, შეძენა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება; მუხლი 308–2. საქართველოს ტერიტორიული ხელშეუხებლობის დარღვევა; მუხლი 318–3. საბოტაჟი; მუხლი 323–3. ტერორისტული აქტი; მუხლი 324–2. ტექნოლოგიური ტერორიზმი; მუხლი 324¹–2. კიბერტერორიზმი; მუხლი 325. საქართველოს პოლიტიკური თანამდებობის პირზე თავდასხმა; მუხლი 326. საერთაშორისო დაცვით მოსარგებლე პირზე ან დაწესებულებაზე თავდასხმა; მუხლი 330–2. სტრატეგიული ან განსაკუთრებული მნიშვნელობის ობიექტის ხელში ჩაგდება ან ბლოკირება ტერორისტული მიზნით; მუხლი 331¹–3. ტერორიზმის დაფინანსება; მუხლი 353¹–3. პოლიციელზე ან ხელისუფლების სხვა წარმომადგენელზე ანდა საჯარო დაწესებულებაზე თავდასხმა; მუხლი 404–2. აგრესიული ომის მომზადება ან წარმოება; მუხლი 407. გენოციდი; მუხლი 408. დანაშაული ადამიანურობის წინააღმდეგ; მუხლი 409. ეკოციდი; მუხლი 411–2. საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართლის ნორმების განზრახ დარღვევა შეიარაღებული კონფლიქტის დროს.

– რუსთავის N5 ქალთა დაწესებულებებში. სასჯელის ზომის საბოლოო განსაზღვრამდე უვადო თავისუფლებაალკვეთილი მსჯავრდებულები, რომელთა პროცესიც ჩანიშნულია დასავლეთ საქართველოში მდებარე სასამართლოებში, დროებით განთავსდებიან ქუთაისის N2 დაწესებულებაში.

მოპყრობა

არც პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მონიტორინგის დროს და არც სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული განცხადებების განხილვის შედეგად უვადო თავისუფლებაალკვეთილ პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტები არ გამოვლენილა. უვადო მსჯავრდებულების განცხადებები და საჩივრები ძირითადად შეეხება ყოფითი ხასიათის ან ჯანმრთელობის პრობლემებს, რომლებიც ზოგადად, საქართველოს პენიტენციური სისტემის ნაკლოვანი მიმართულებებია და ერთნაირად შეეხება როგორც უვადო, ასევე, ვადიან მსჯავრდებულებს.⁵²⁸

უვადო მსჯავრდებულთა განთავსების პირობების შესაბამისობა ევროპულ სტანდარტებთან

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის Rec(2003)23 რეკომენდაცია ნევრი სახელმწიფოებისადმი უვადო და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების მართვის შესახებ ციხის ადმინისტრაციების მიერ შეიცავს იმ პრინციპების ჩამონათვალს, რომლებიც ნევრმა სახელმწიფოებმა უნდა გაითვალისწინონ უვადო თავისუფლებაალკვეთილ პირთა პირობების განსაზღვრისას. რეკომენდაციის შესავალშივე ნათქვამია, რომ „სასჯელალსრულების სისტემა უნდა იცავდეს ბალანსს, ერთი მხრივ, უსაფრთხოების, წესრიგისა და დისციპლინის დაცვასა და, მეორე მხრივ, პატიმრების წესიერი საცხოვრებელი პირობებით, აქტიური რეჟიმისა და გათავისუფლებისთვის კონსტრუქციული მომზადებით უზრუნველყოფას შორის.“ „პატიმრების მართვა უნდა ხდებოდეს ინდივიდუალური გარემოებების გათვალისწინებით და შეესაბამებოდეს კანონიერების, თანასწორობისა და სამართლიანობის პრინციპებს.“

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნევრ სახელმწიფოებს რეკომენდაცია ეძლევათ, უვადო და გრძელვადიანი მსჯავრდებულების მართვისას გაითვალისწინონ შემდეგი მიზნები:

- ციხეების უსაფრთხოებისა და დაცულობის უზრუნველყოფა;
- უვადო და გრძელვადიანი პატიმრობის მანერე შედეგების შემცირება;
- აღნიშნულ პატიმართა გათავისუფლების შემდეგ წარმატებული რესოციალიზაციისა და კანონმორჩილი შესაძლებლობების გაზრდა.⁵²⁹

გარდა ზოგადი მიზნებისა, რეკომენდაცია შეიცავს იმ უმთავრეს პრინციპებსაც, რომლებსაც უნდა შეესაბამებოდეს უვადო თავისუფლებაალკვეთილ მსჯავრდებულთა მდგომარეობა სასჯელალსრულების სისტემაში. მათ შორის, „პატიმრობის დაგეგმვისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს უვადო და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების პიროვნული თვისებების განსხვავებულობა (ინდივიდუალიზაციის პრინციპი).“⁵³⁰ ამასთან, „ციხის საცხოვრებელი პირობები მაქსიმალურად მიახლოებული უნდა იყოს ციხის გარეთ ჩვეულებრივ საცხოვრებელ პირობებთან (ნორმალიზაციის პრინციპი).“⁵³¹ „არ უნდა მოხდეს უვადო და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების იზოლაცია მხოლოდ მათი სასჯელის ტიპის გამო (იზოლაციის დაუშვებლობის პრინციპი).“⁵³²

528 იხ. სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში „ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება და მასთან დაკავშირებული პრობლემები საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში“, 2009 წელი, 2010 წლის პირველი ნახევარი.

529 პუნქტი 2, ზოგადი პრინციპები

530 პუნქტი 3

531 პუნქტი 4

532 პუნქტი 7

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მონიტორინგის შედეგებიდან ცხადი ხდება, რომ საქართველოს კანონმდებლობა და პენიტენციურ სისტემაში არსებული პრაქტიკა შორს არის ზემოაღნიშნული სტანდარტებისა და მიზნებისაგან. დღესდღეობით, ერთადერთი მიზანი, რომელსაც სასჯელაღსრულების სისტემაში უვადო მსჯავრდებულთა მენეჯმენტი ემსახურება, არის ამ კატეგორიის მსჯავრდებულთა იზოლაცია საზოგადოებისგან.

სხვა მსჯავრდებულების მსგავსად, უვადო თავისუფლებააღკვეთილთა განთავსების პირობები რეგულირებულია საქართველოს პატიმრობის კოდექსით, რომელიც ითვალისწინებს ამ კატეგორიის მსჯავრდებულების განთავსებას დახურული ტიპის დაწესებულებაში – კოდექსის 64-ე მუხლის თანახმად, დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, „როგორც წესი სასჯელს იხდის: პირი, რომელიც პირველად არის მსჯავრდებული განზრახი, განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისათვის, სასამართლოს მიერ განესაზღვრა 10 ნელზე მეტი ვადით თავისუფლების აღკვეთა; განზრახი დანაშაულისათვის არაერთგზის ნასამართლეთი პირი, უვადო თავისუფლებააღკვეთილი პირი.....“

კანონი არ ითვალისწინებს ინდივიდუალიზაციისა და იზოლაციის დაუშვებლობის პრინციპებს – მსჯავრდებულთა განთავსების პირობები განისაზღვრება არა მათი პიროვნებიდან და მათგან მომავალი საფრთხის ხარისხიდან გამომდინარე, არამედ მხოლოდ სასჯელის ზომის მიხედვით. შესაბამისად, ავტომატურად ხდება ყველა უვადო თავისუფლებააღკვეთილი მსჯავრდებულის განცალკევება სხვა მსჯავრდებულებისგან, მიუხედავად იმისა, რომ პატიმრობის კოდექსი, განსხვავებით 2010 წლის ოქტომბრამდე მოქმედი „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონისგან, აღნიშნულს აღარ ითვალისწინებს.⁵³³ მაშინ, როდესაც ევროპის საბჭოს რეკომენდაციის თანახმად, „ციხის ადმინისტრაციამ უნდა განახორციელოს გულდასმითი შეფასება იმის დასადგენად, უქმნიან თუ არა ცალკეული პატიმრები საფრთხეს თავიანთ თავს ან სხვებს. უნდა შეფასდეს თვითდაზიანების საფრთხე, სხვა პატიმრებისთვის ზიანის მიყენების საფრთხე, ციხეში მომუშავე ან ციხეში მოსანახულებლად მოსული პირებისთვის ზიანის მიყენების საფრთხე (...).“⁵³⁴

ნამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) თავის ანგარიშებში არაერთხელ გაუსვა ხაზი უვადო მსჯავრდებულთა განცალკევების დაუშვებლობას. მაგალითად, თავის 2006 წლის ანგარიშში ჩეხეთის მთავრობისადმი კომიტეტი მითითებას აკეთებს ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2003 წლის 9 ოქტომბრის (2003) 23 რეკომენდაციაზე – „ციხის ადმინისტრაციის მიერ უვადო და გრძელვადიანი მსჯავრდებულების მართვის შესახებ“ და აღნიშნავს: „უვადო მსჯავრდებულები არ უნდა განცალკევდნენ სხვებისგან მხოლოდ სასჯელის ზომიდან გამომდინარე. აღნიშნული პრინციპი უსაფრთხოებისა და უვნებლობის პრინციპთან ერთობლიობაში უნდა იქნეს განხილული, რომელიც გულისხმობს დეტალურ ევალუაციას, რამდენად წარმოადგენს პატიმარი საშიშროებას საკუთარი თავის, სხვა პატიმრების, ციხის თანამშრომელთა და გარე საზოგადოების მიმართ. ეს ნიშნავს, რომ არასწორია, როდესაც უვადო მსჯავრდებული იმთავითვე განიხილება, როგორც საშიში კატეგორია. აღნიშნული რეკომენდაციის განმარტებით ბარათში აღნიშნულია, რომ „როგორც წესი, ბევრი ციხის ადმინისტრაციის გამოცდილება მოწმობს, რომ ამ მსჯავრდებულთა უმრავლესობა არ წარმოადგენს საფრთხეს საკუთარი თავისთვის ან სხვებისთვის“ და „მათი ქცევა სტაბილური და სანდოა“. ამგვარად, უვადო მსჯავრდებულთა განაწილება უნდა მოხდეს რისკების/საჭიროებების დეტალური და რეგულარული შეფასების შედეგად, რომელიც დაფუძნებული უნდა იყოს სასჯელის მოხდის ინდივიდუალურ გეგმაზე და არა მხოლოდ სასჯელის ზომაზე.“⁵³⁵

საქართველოს პატიმრობის კოდექსის თანახმად, უვადო თავისუფლებააღკვეთილი მსჯავრდებულები დღეში მხოლოდ ერთი საათი ან საათნახევარი სარგებლობენ სუფთა ჰაერზე გასვლის უფლებით.⁵³⁶ ლაპარაკიც ზედმეტია, რომ დახურულ რეჟიმში განთავსებითა და მხოლოდ ერთსაათიანი გასეირნების უფლების მინიჭებით ირღვევა ნორმალიზაციის პრინციპიც – უვადო თავისუფლებააღკვეთილ

533 „პატიმრობის შესახებ“ კანონის 22-ე მუხლის 1 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტი ითვალისწინებდა უვადო თავისუფლებააღკვეთილთა განცალკევებით მოთავსებას.

534 მე-12 პუნქტი

535 პარ. 42

536 მუხლი 14, ნაწილი 1, „ზ“ ქვეპუნქტი.

მსჯავრდებულთა განთავსების პირობებს ვერც კი შევადარებთ ნორმალურ საცხოვრებელ პირობებს.

წამებისა და არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან დასჯის პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) თავის 2007 წლის ანგარიშში საქართველოს მთავრობისადმი აღნიშნა, რომ N6 დაწესებულებაში უვადო თავისუფლებააღკვეთილი პირები მოწყვეტილნი არიან ადამიანურ კონტაქტებს და შემოიფარგლებიან მხოლოდ იშვიათი ვიზიტებითა და საკუთარ საკანში მყოფ პატიმართან ურთიერთობით. CPT-მ ამ მსჯავრდებულთა ცალკე ფლიგელში მოთავსება და მათი გამოყოფა სხვა ბინადართაგან შეაფასა დისკრიმინაციად.

უვადო თავისუფლებააღკვეთილთა ამგვარ იზოლაციას ხშირად ხსნიან იმით, რომ ამ კატეგორიის მსჯავრდებულები განსაკუთრებულად საშიშთა რიცხვს მიეკუთვნებიან, რომლებსაც „არაფერი აქვთ დასაკარგი“. როგორც ზემოთ აღინიშნა და ამაზე შემდგომშიც იქნება საუბარი, ამგვარი მიდგომა არამართებულია და არ შეესაბამება ევროპულ სტანდარტებს, ვინაიდან ნებისმიერი, მათ შორის, უვადო პატიმრების მიერ სასჯელის მოხდა ორიენტირებული უნდა იყოს მათ რესოციალიზაციაზე, მათ მომზადებაზე თავისუფალი ცხოვრებისთვის. უვადო მსჯავრდებულებმა უნდა იცოდნენ, რომ კარგი ყოფაცქევისა და რეაბილიტაციის პირობებში მათი სასჯელის ზომა გადაიხედება. შესაბამისად, მათ ბევრი ექნებათ დასაკარგი, თუ არ დაიცავენ წესრიგს და ჩაიდენენ კანონდარღვევას სასჯელის მოხდის განმავლობაში.

ქალთა N5 დაწესებულება

2011 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით, ქალთა N5 დაწესებულებაში სასჯელს იხდიდა ოთხი უვადო მსჯავრდებული ქალი და ისინი განთავსებულნი იყვნენ ორ საკანში (თითო საკანში ორი მსჯავრდებული).

იმ საკნების ფართობი, რომლებშიც მოთავსებულნი არიან უვადო თავისუფლებააღკვეთილი ქალები, 18კვ.მ-ია. საკანში დგას ორსართულიანი საწოლი. საკანს აქვს 1.7 კვ.მ ზომის ფანჯარა, რომელიც უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებას. თბება ცენტრალური სისტემით, ვენტილაცია ხდება როგორც ცენტრალური, ისე ბუნებრივი გზით, რადგან ფანჯრის ზომა იძლევა ბუნებრივი ვენტილაციის შესაძლებლობასაც. საკანში არის იზოლირებული საპირფარეშო, სადაც დამონტაჟებულია პირსაბანი. საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. საკანში დგას მაგიდა სკამებით. პატიმრებს აქვთ ინდივიდუალური ტუმბოები. საკნები ეკიპირებულია ტელევიზორით.

უვადო თავისუფლებააღკვეთილ ქალებს საშუალება ეძლევათ, ყოველდღიურად ორ საათამდე იმყოფებოდნენ სუფთა ჰაერზე. ისინი უზრუნველყოფილნი არიან შხაპის მიღების შესაძლებლობით კვირაში 3-ჯერ.

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის Rec(2003)23 რეკომენდაციის მიხედვით, „ვინაიდან ქალი პატიმრები, როგორც წესი, წარმოადგენენ სამუდამო პატიმრობამისჯილი და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების მცირე ნაწილს, მათი სასჯელის შესრულების ინდივიდუალური გეგმები ისე უნდა იქნას შედგეს, რომ შეესაბამებოდეს მათ სპეციფიკურ საჭიროებებს. განსაკუთრებული ძალისხმევა უნდა იქნეს გამოყენებული ქალ პატიმრებთან დაკავშირებით იმისათვის, რომ (...) თავიდან იქნას აცილებული მათი სოციალური იზოლაცია, რამდენადაც შესაძლებელია, მათი განთავსებით ქალი პატიმრების საერთო მოსახლეობაში. (...)“.⁵³⁷

საქართველოს პატიმრობის კოდექსის მეთორმეტე თავი შეეხება ქალი მსჯავრდებულის მიერ თავისუფლების აღკვეთის მოხდის თავისებურებებს, რომელშიც აღნიშნულია, რომ „ქალი მსჯავრდებული სასჯელს იხდის ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში“.⁵³⁸ აღნიშნული სპეციალური დისპოზიცია არ ვრცელდება უვადო მსჯავრდებულ ქალებზე, რომ-

537 30-ე პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტები.

538 მუხლი 72, ნაწილი 1.

ლებიც, ამავე კოდექსის 61-ე მუხლის 1-ლი ნაწილიდან გამომდინარე, დახურულ რეჟიმში არიან განთავსებულები.⁵³⁹

რუსთავის N6 დაწესებულება

რუსთავის N6 დაწესებულებაში, 2011 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით, განთავსებული იყო 82 უვადო თავისუფლებადაცვეთილი პირი. მონიტორინგის დროს ერთი მსჯავრდებული გადაყვანილი იყო N18 სამკურნალო დაწესებულებაში.

უვადო პატიმრები რუსთავის N6 დაწესებულებაში განთავსებულნი არიან ცალკე ფლიგელში და დათმობილი აქვთ 31 საკანი. აქედან 11 საკანში განთავსებულია თითო პატიმარი, ხუთ საკანში – 2-2 პატიმარი, ხუთ საკანში განთავსებულია 3-3 პატიმარი, 6 საკანში – 4-4 პატიმარი და დანარჩენ 4 საკანში განთავსებულია 5-5 პატიმარი. ერთი უვადო თავისუფლებადაცვეთილი მსჯავრდებული განთავსებულია დაწესებულების სხვა ნაწილში არსებულ ორადგილიან საკანში. აღნიშნულ მსჯავრდებულს, სხვა უვადო თავისუფლებადაცვეთილი მსჯავრდებულებისაგან განსხვავებით, არ აქვს ტელევიზორი, რადგან დაწესებულების ამ ნაწილში არ არის გაყვანილი სატელევიზიო კაბელი.

იმ საკნის ფართობები, რომლებშიც მოთავსებულნი არიან უვადო თავისუფლებადაცვეთილი მსჯავრდებულები 19.5 კვ.მ-ია. საკნებში დგას ორსართულიანი სანოლი. ფანჯრის ზომა უზრუნველყოფს საკმარის ბუნებრივ განათებას. თბება ცენტრალური სისტემით, ვენტილაცია ხდება როგორც ცენტრალური, ისე ბუნებრივი გზით, რადგან ფანჯრის ზომა იძლევა ბუნებრივი ვენტილაციის შესაძლებლობასაც. საკანში არის იზოლირებული საპირფარეშო, სადაც დამონტაჟებულია პირსაბანი. საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. საკანში დგას მაგიდა სკამებით. პატიმრებს აქვთ ინდივიდუალური ტუმბოები. საკნები ეკიპირებულია ტელევიზორებით.

N6 დაწესებულებაში განთავსებულ უვადო თავისუფლებადაცვეთილ პირებს შესაძლებლობა აქვთ, შაბათ-კვირის გარდა, ყოველდღიურად ისარგებლონ 1³⁰ საათი გასეირნების უფლებით, ასევე – შხაპის მიღებით კვირაში ერთხელ.

თბილისის N7 დაწესებულება

N7 დაწესებულებაში, 2011 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით, 4 უვადო თავისუფლებადაცვეთილი იყო განთავსებული. ისინი განთავსებულნი არიან თითო-თითოდ, ორადგილიან საკნებში.

იმ საკნების ფართობი, რომლებშიც მოთავსებულნი არიან უვადო თავისუფლებადაცვეთილი მსჯავრდებულები, 7.1 კვ.მ-ია. საკანში დგას ორსართულიანი სანოლი. საკანს აქვს 0.25 კვ.მ ზომის ფანჯარა, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებას. თბება ცენტრალური სისტემით, ვენტილაცია ხდება ცენტრალური გზით; ფანჯრის მცირე ზომის გამო ვერ ხდება საკნის ბუნებრივი ვენტილაცია. საკანში არის იზოლირებული საპირფარეშო. საკანშივე დამონტაჟებულია პირსაბანი. საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის საშუალო. საკანში დგას მცირე ზომის მაგიდა და პატიმრებს არ აქვთ ინდივიდუალური ტუმბოები.

მსჯავრდებულები ყოველდღე 1 საათით სარგებლობენ გასეირნების უფლებით. N7 დაწესებულების თავისებურებაა ის, რომ მსჯავრდებულები სატელევიზიო პროგრამების ნაცვლად DVD-ის საშუალებით უყურებენ ჩანაწერებს. დაწესებულების ადმინისტრაცია აღნიშნულს ხსნის ტექნიკური ხარვეზით, თუმცა, სავარაუდოდ, ნამდვილი მიზეზი N7 დაწესებულების განსაკუთრებული ხასიათია – ამ დაწესებულებაში სასჯელს იხდიან ე.წ. „კანონიერი ქურდები“.

539 აღნიშნული დისპოზიცია ითვალისწინებს ნახევრად ღია რეჟიმს იმ მსჯავრდებული ქალებისთვის, რომლებსაც ვადიანი თავისუფლების აღკვეთა აქვთ შეფარდებული.

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „პატიმრებს უნდა მიეცეთ საშუალება, რეგულარულად შეიტყონ საზოგადოებრივი მოვლენების შესახებ და ამისათვის გამოიწერონ და იკითხონ გაზეთები, პერიოდული გამოცემები და სხვა პუბლიკაციები, მოუსმინონ რადიოს ან სატელევიზიო გადაცემებს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც კონკრეტული აკრძალვაა დაწესებული სასამართლო ხელისუფლების მიერ გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ინდივიდუალურ შემთხვევაში.“⁵⁴⁰ შესაბამისად, N7 დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულებასაც უნდა მიეცეთ საშუალება, უყურონ ჩვეულებრივ სატელევიზიო პროგრამებს.

რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს: უზრუნველყოფილ იქნეს უვადო თავისუფლებაალკვეთილი მსჯავრდებულების განთავსების პირობების შესაბამისობა საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის, ევროპის საბჭოს და წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) სტანდარტებთან.

გარე სამყაროსთან ურთიერთობა

უვადო თავისუფლებაალკვეთილ მსჯავრდებულებს პატიმრობის კოდექსით განსაზღვრული აქვთ გარე სამყაროსთან ურთიერთობის შემდეგი ფორმები: გრძელვადიანი და მოკლევადიანი პაემანი, სატელეფონო საუბარი, მიმონერის უფლება, მედიასაშუალებებით ინფორმაციის მიღების უფლება.

უვადო მსჯავრდებულებთან, როგორც სხვებთან, რეგულარულად დადის სასულიერო პირი.

სახალხო დამცველი წლების განმავლობაში გასცემდა რეკომენდაციებს გრძელვადიანი პაემნების აღდგენის თაობაზე, რაც ნაწილობრივ დაკმაყოფილდა და 2011 წლიდან არასრულწლოვან, უვადო თავისუფლებაალკვეთილ და ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში განთავსებულ მსჯავრდებულებს მიეცათ საშუალება, ისარგებლონ აღნიშნული უფლებით.

პატიმრობის კოდექსის 65-ე მუხლის მესამე პუნქტის თანახმად, უვადო თავისუფლებაალკვეთილ მსჯავრდებულს, რომელიც სასჯელს იხდის დახურული ტიპის თავისუფლების ალკვეთის დაწესებულებაში, უფლება აქვს, ჰქონდეს 1 წლის განმავლობაში 2 ხანგრძლივი პაემანი, ხოლო ნახალისების ფორმით – წელიწადში 1 დამატებითი ხანგრძლივი პაემანი.

კანონში ზემოხსენებული ცვლილება წინადადებულ ნაბიჯად უნდა შეფასდეს, თუმცა ამ დროისთვის უვადო პატიმრების განთავსების ადგილებიდან მხოლოდ რუსთავის N6 დაწესებულებაში არსებობს გრძელვადიანი პაემნებისთვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა. სხვა დაწესებულებებში განთავსებული უვადო თავისუფლებაალკვეთილი მსჯავრდებულები, მათ შორის, უვადო პატიმარი ქალები, დღემდე ვერ სარგებლობენ კანონმდებლობით გათვალისწინებული უფლებით გრძელვადიან პაემანზე.

პატიმრობის კოდექსის 65-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტის თანახმად, დახურული ტიპის დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, „1 თვის განმავლობაში ჰქონდეს 1 ხანმოკლე პაემანი.“

წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) თავისი 2010 წლის თებერვლის ვიზიტის ამსახველ ანგარიშში საქართველოს მთავრობას მისცა რეკომენდაცია, გადახედოს მსჯავრდებულთა პაემნების პირობების განმსაზღვრელ კანონმდებლობას, ვინაიდან, კომიტეტის აზრით, თვეში ერთი პაემანი არ არის საკმარისი პატიმრისთვის ოჯახთან კარგი ურთიერთობის შესანარჩუნებლად. ამგვარი

540 წესი 24.1

შეხვედრების რაოდენობა საგრძნობლად უნდა გაიზარდოს (მაგალითად, სულ მცირე, ერთი პაემანი კვირაში).⁵⁴¹

ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) 2010 წლის ანგარიშში საქართველოს მთავრობისადმი აღნიშნულია: „ნამების საინალმდეგო კომიტეტმა 2007 წლის ანგარიშში უკვე აღნიშნა, რომ გარე სამყაროსთან პატიმრის კონტაქტის ზომის განმსაზღვრელი, საზოგადოდ, როგორც მისთვის მისჯილი სასჯელის ნაწილი, თავიდანვე მცდარია. ყველა მსჯავრდებულს ერთნაირად უნდა შეეძლოს კონტაქტი გარე სამყაროსთან და უნდა ჰქონდეს თავის ოჯახთან და მეგობრებთან, განსაკუთრებით კი თავის მეუღლესთან და შვილებთან ურთიერთობის შენარჩუნების საშუალება. ეს ურთიერთობები შეიძლება გადამწყვეტი აღმოჩნდეს ადამიანებისთვის, განსაკუთრებით პატიმრების სოციალური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით. სახელმძღვანელო პრინციპი უნდა იყოს გარე სამყაროსთან რაც შეიძლება ხშირი კონტაქტის ხელშეწყობა; ასეთი კონტაქტის ნებისმიერი შეზღუდვა უნდა ეფუძნებოდეს მხოლოდ უშიშროების მნიშვნელოვან საკითხებს ან ხელმისაწვდომ რესურსებთან დაკავშირებულ მოსაზრებებს. რაც შეეხება პატიმრებისთვის ციხიდან გარკვეული პერიოდით გასვლის ნებართვის გაცემას, იგი, ალბათ, ვერ შეცვლის გრძელვადიანი პაემნების უკმარისობას.“⁵⁴²

ევროპის საბჭოს რეკომენდაციის REC (2003) 23 მიხედვითაც, „საჭიროა განსაკუთრებული ძალისხმევა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ოჯახური კავშირების გაწყვეტა. ამ მიზნით:

- პატიმრების უნდა განათავსონ მათ ოჯახებთან ან ახლო ნათესავებთან მაქსიმალურად ახლოს მდებარე ციხეებში;
- წერილები, სატელეფონო ზარები და პაემნები დაშვებულ უნდა იქნეს მაქსიმალური სიხშირითა და რაც შეიძლება ნაკლები დაბრკოლებით. თუ ეს არღვევს უსაფრთხოებისა და დაცულობის მოთხოვნებს ან თუ საფრთხეების შეფასება ამართლებს სხვაგვარ ქმედებას, ურთიერთობის ეს საშუალებები უნდა გაკონტროლდეს უსაფრთხოების ისეთი გონივრული ზომებით, როგორებიცაა წერილების მონიტორინგი და პატიმართან სტუმრად მიმსვლელი პირების ჩხრეკა პაემნის წინ და შემდგომ.“⁵⁴³

საქართველოს პატიმრობის კოდექსის 46-ე მუხლის მე-3 ნაწილის მიხედვითაც, „მსჯავრდებული სასჯელს იხდის მისი ან მისი ახლო ნათესავის საცხოვრებელი ადგილიდან ყველაზე ახლოს მდებარე, შესაბამისი ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში (...).“

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში, უვადო თავისუფლება აღკვეთილ პირთა განთავსების პრაქტიკული თავისებურებებიდან გამომდინარე, ამ კატეგორიის მსჯავრდებულების შემთხვევაში არ არის დაცული მათი საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მდებარე დაწესებულებაში განთავსების პრინციპი, რაც დამატებით სირთულეს უქმნის იმ მსჯავრდებულთა ოჯახის წევრებს და ახლობლებს, რომლებიც დასავლეთ საქართველოში ცხოვრობენ.

თავის 2000 წლის ანგარიშში უკრაინის მთავრობისადმი ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი (CPT) აღნიშნავს, რომ „უვადო მსჯავრდებულების რისკები/საჭიროებები ინდივიდუალურად უნდა შეფასდეს. ამგვარი მიდგომა აღნიშნულ მსჯავრდებულებს ასევე მისცემს საშუალებას, თავიანთ საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მდებარე დაწესებულებაში იყვნენ განთავსებულნი და გააუმჯობესებს მათ კონტაქტს გარე სამყაროსთან.“⁵⁴⁴

საქართველოს პატიმრობის კოდექსის თანახმად, ზოგიერთი კატეგორიის მსჯავრდებულებს უფლება აქვს, ისარგებლოს ვიდეოპაემნით, თუმცა განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისათვის მსჯავრდებული პირებისთვის კანონი აწესებს გამონაკლისს.⁵⁴⁵ შესაბამისად, უვადო თავისუფლება აღკვეთილი

541 პარ. 109

542 იქვე

543 პუნქტი 22

544 პარ. 75

545 მე-17¹ მუხლის პირველი ნაწილი

პირები, რომლებიც სწორედ ამ უკანასკნელ კატეგორიას მიეკუთვნებიან, მოკლებულნი არიან ვიდუპაემნით სარგებლობის საშუალებას. დაწესებულებიდან ხანმოკლე გასვლის უფლებაც, ისევე, როგორც ვიდუპაემანი, არ ვრცელდება უვადო თავისუფლებააღკვეთილ პირებზე.⁵⁴⁶

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ ისევე, როგორც სხვა მსჯავრდებულებს, უვადო თავისუფლებააღკვეთილ პირებსაც უნდა ეძლეოდათ ვიდუპაემნით სარგებლობის უფლება.

საქართველოს პატიმრობის კოდექსის 65-ე მუხლის პირველი ნაწილის „გ“ ქვეპუნქტის თანახმად, დახურული ტიპის დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულს უფლება აქვს, „1 თვის განმავლობაში საკუთარი ხარჯით ჰქონდეს 2 სატელეფონო საუბარი, თითოეული – არა უმეტეს 15 წუთისა.“

დადებითად უნდა შეფასდეს N6 დაწესებულებაში არსებული მიდგომა სატელეფონო საუბრებთან დაკავშირებით, სადაც ყოველდღიურად ჩამოატარებენ ტელეფონის აპარატს თითოეულ საკანთან და უვადო მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, ისარგებლონ ტელეფონით.

რაც შეეხება N7 დაწესებულებას, მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, თვეში ორჯერ 5–10 წუთით ისარგებლონ აღნიშნული უფლებით. იგივე მდგომარეობაა ქალთა N5 დაწესებულებაშიც.

უვადო პატიმრების განთავსების პირობების აღწერისას საუბარი იყო ტელევიზორით სარგებლობის უფლებაზე. რადიოს ქონის საშუალება აქვთ ყველა დაწესებულებაში განთავსებულ უვადო პატიმრებს (მხოლოდ N7 დაწესებულებაში მსჯავრდებულებს აქვთ ხაზის რადიო). ისინი, როგორც წესი, შეუზღუდავად სარგებლობენ მიმონერის უფლებითაც. რაც შეეხება პრესის ხელმისაწვდომობას, ამ მხრივ დაწესებულებებში არაერთგვაროვანი მდგომარეობაა. ზოგიერთ მათგანში მხოლოდ ჟურნალები და ზოგიერთი გაზეთი ხელმისაწვდომი. თუმცა არც მონიტორინგის დროს, არც შემდგომში სახალხო დამცველისთვის არც ერთ უვადო თავისუფლებააღკვეთილ მსჯავრდებულს არ მიუმართავს არც ზეპირი და არც წერილობითი საჩივრით პრესის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.

რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს ყველა უვადო თავისუფლებააღკვეთილი პირისთვის გრძელვადიანი პაემნებით სარგებლობა;
- უზრუნველყოფილ იქნეს უვადო თავისუფლებააღკვეთილი პირების განთავსება მათი ან მათი ოჯახის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მდებარე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში;

რეკომენდაცია

როგორც უკვე აღინიშნა, ევროპის საბჭოსთვის უვადო თავისუფლებააღკვეთილებისადმი მიდგომის უმთავრესი პრინციპი ინდივიდუალიზაციის პრინციპია, რომლის მიხედვით, „პატიმრობის დაგეგმვისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს უვადო და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების პიროვნული თვისებების განსხვავებულობა.“⁵⁴⁷ იმავე დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „უვადო თავისუფლებააღკვეთილი მსჯავრდებულებისათვის პატიმრობის გეგმა უნდა იყოს საკმარისად დინამიკური იმის-

⁵⁴⁶ პატიმრობის კოდექსის 27-ე მუხლის 1-ლი ნაწილი განსაზღვრავს მსჯავრდებულთა კატეგორიებს, რომლებმაც შეიძლება ისარგებლონ დაწესებულებიდან ხანმოკლე გასვლის უფლებით.

⁵⁴⁷ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის Rec(2003)23 რეკომენდაცია ციხის ადმინისტრაციების მიერ უვადო და სხვა გრძელვადიანი პატიმრების მართვის შესახებ, პუნქტი 3.

თვის, რომ მათ მონაწილეობა მიიღონ შინაარსიან აქტივობებში და ადეკვატურ პროგრამებში, მათ შორის, ისარგებლონ ფსიქოსოციალური ჩარევებითა და მომსახურებებით, რომლებიც გამიზნულია სასჯელთან შეგუებაში დასახმარებლად.⁵⁴⁸

ამავე რეკომენდაციის მიხედვით, პატიმრობის ინდივიდუალური გეგმა, რომელიც პატიმრობის ადრეულ ეტაპზე უნდა შედგეს⁵⁴⁹ და რომლის შედგენაშიც თავად მსჯავრდებულმაც უნდა მიიღოს მონაწილეობა,⁵⁵⁰ უნდა მოიცავდეს ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა:

- პატიმრის დასაქმება და მისი ჩართვა ტრენინგებსა და სხვა საგანმანათლებლო აქტივობებში, რაც მას საშუალებას მისცემს ციხეში გატარებული დრო შინაარსიანად გამოიყენოს და დაეხმარება გათავისუფლების შემდეგ წარმატებულ რესოციალიზაციაში;
- ფსიქოსოციალური ჩარევები და პატიმრის მონაწილეობა პროგრამებში, რომლებიც მიზნად ისახავს საფრთხეებისა და მათი მოთხოვნილებების დაძლევის, ასევე – ციხეში პატიმრის დესტრუქციული ქცევისა და გათავისუფლების შემდეგ დანაშაულის ხელახლა ჩადენის ალბათობის შემცირებას;
- მონაწილეობა დასასვენებელ და სხვა აქტივობებში, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ან შემცირდეს ხანგრძლივი პატიმრობის მათგან შედეგები.⁵⁵¹

სამწუხაროდ, საქართველოს პენიტენციური სისტემა ჯერ კიდევ ძალიან შორსაა ზემოთ მოყვანილი სტანდარტებისგან და მასში არ არსებობს უვადო თავისუფლებააღკვეთილი მსჯავრდებულების მართვისა და პატიმრობის დაგეგმვისთვის გათვალისწინებული ინდივიდუალური გეგმების შემუშავების პრაქტიკა. შესაბამისად, არ არის დაცული პროგრესირების პრინციპი, რომლის თანახმად, მსჯავრდებულისთვის სასჯელის მართვის ინდივიდუალური დაგეგმვა მიზნად უნდა ისახავდეს ციხის სისტემაში მის პროგრესირებად მობილურობას, რაც მოიცავს პატიმრის მკაცრიდან რეჟიმიდან ნაკლებად მკაცრ რეჟიმზე გადაყვანას. უვადო პატიმრებისთვის არ არსებობს ელემენტარული პირობებიც კი დასაქმებისთვის, საგანმანათლებლო თუ სხვა სახის პროგრამები, რომლებიც მათი რეაბილიტაციისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა. კიდევ ერთხელ უნდა გაესვას ხაზი იმ გარემოებას, რომ აღნიშნული მსჯავრდებულები, ისევე, როგორც ბევრი სხვა კატეგორიის მსჯავრდებული, რომელთათვისაც საქართველოს პატიმრობის კოდექსი დახურული ტიპის დაწესებულებაში განთავსებას ითვალისწინებს, დღე-ღამეში 23 საათს საკანში ატარებენ, რაც არათუ მათ რესოციალიზაციას არ უწყობს ხელს, არამედ მძიმე ფსიქოლოგიური და ფსიქიკური პრობლემების წყაროცაა, რაც ასევე არ არის საქართველოს პენიტენციური სისტემის განსაკუთრებული ზრუნვის საგანი.

რუსთავის N6 დაწესებულებაში გასულ წლებში დასაქმებული იყო ფსიქოლოგი, თუმცა ამჟამად აღნიშნულ დაწესებულებაში განთავსებულ პირებს, მათ შორის, უვადო მსჯავრდებულებს, აღარ მიუწვდებოდა ხელი ფსიქოლოგის მომსახურებაზე. თბილისის N7 დაწესებულებაში არასოდეს ყოფილა ხელმისაწვდომი ამგვარი დახმარება. რაც შეეხება ქალთა N5 დაწესებულებას, იქ ამჟამად მოქმედებს არასამთავრობო ორგანიზაციის „GCRT“-ის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროექტი. ამით შემოიფარგლება უვადო მსჯავრდებულთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ღონისძიებები.

CPT-ის სტანდარტებში აქცენტი გაკეთდა უვადო თავისუფლებააღკვეთილ პირებზე და აღინიშნა, რომ „ისინი შესაძლოა გადაეჩვიონ ნორმალურ ურთიერთობებს და გახდნენ ასოციალურები. ასეთი პატიმრები განიცდიან ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, (შესაძლოა იყოს თვითმკვლელობის ტენდენცია, საკუთარი თავისადმი პატივისცემის დაკარგვა, სოციალური შესაძლებლობების დასუსტება და ა.შ.) ასევე, აქვთ სოციალური ურთიერთობების ტენდენცია.“⁵⁵² იგივე გაიმეორა კომიტეტმა, ახლა უკვე

548 პუნქტი 31

549 პუნქტი 11

550 პუნქტი 9

551 პუნქტი 10

552 ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მე-11 ზოგადი ანგარიში, CPT/Inf (2001) 16, პარ. 33.

უშუალოდ საქართველოსთან მიმართებაში, თავის 2007 წლის ვიზიტის ამსახველ ანგარიშში.⁵⁵³

სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ უვადო თავისუფლებათა დაცვითი პირების ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უნდა შემსუბუქდეს სასჯელალსრულების დანესებულებაში შექმნილი ადეკვატური პირობებით. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ასეთი კატეგორიის პატიმრებს და მათ უნდა ჰქონდეთ საშუალება ჩაერთონ სხვადასხვა სახის სარეაბილიტაციო პროგრამებში, მიიღონ პროფესიული განათლება და დასაქმდნენ. შესაბამისი პირობების შექმნა ხელს შეუწყობს მათ რესოციალიზაციასა და დროთა განმავლობაში შესაძლებელს გახდის მათ რეინტეგრაციას საზოგადოებაში. ციხის თანამშრომლებს სათანადო მომზადება უნდა ჰქონდეთ გავლილი, რათა მათ შეამჩნიონ ნებისმიერი ნეგატიური ფსიქოლოგიური მდგომარეობის დადგომა და მიიღონ ზომები მის აღმოსაფხვრელად. პატიმრებს ხელი უნდა მიუწევდებოდეთ ფსიქოლოგის კონსულტაციაზე და დახმარებაზე ნებისმიერ დროს.

უვადო თავისუფლებათა დაცვითი პირების პირობით ვადამდე

გათავისუფლების მექანიზმის შესაბამისობა ევროპულ სტანდარტებთან

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 70 (1) რეზოლუციის მიხედვით, „პირები, რომელთაც მისჯილი აქვთ უვადო თავისუფლების აღკვეთა, უზრუნველყოფილი უნდა იყვნენ შესაძლებლობით, რომ პერიოდული გადახედვის გზით, დაექვემდებარონ პირობით ვადამდე გათავისუფლებას ან ამნისტიას, მათი პიროვნების სათანადო შესწავლისა და საზოგადოების დაცვის საჭიროების გათვალისწინებით.“

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართლის მიხედვით, უვადო თავისუფლების აღკვეთა თავისთავად არ წარმოადგენს ევროკონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევას, რომელიც წამების აკრძალვას ითვალისწინებს, თუმცა აღნიშნული მუხლის დარღვევად შეიძლება შეფასდეს ის გარემოება, რომ კანონმდებლობა უვადო თავისუფლების აღკვეთის შემთხვევაში არ ითვალისწინებს სასჯელის გადახედვას.⁵⁵⁴

ევროსასამართლოს პრეცედენტული სამართლის მიხედვით, უვადო თავისუფლების აღკვეთის განაჩენი პერიოდულად უნდა გადაიხედოს იმ თვალსაზრისიდან გამომდინარე, რომ დროთა განმავლობაში სასჯელმა შეიძლება დაკარგოს თავდაპირველი მიზანი და აღარ შეესაბამებოდეს კონვენციის მე-5 მუხლის მე-4 პუნქტთან.⁵⁵⁵ სასამართლოს აზრით, სასჯელის მოხდის გარკვეულ ეტაპზე უნდა გადაიხედოს აღნიშნული სასჯელის ზომა იმ თვალსაზრისით, ისევე აკმაყოფილებს თუ არა თავისუფლების აღკვეთა კონვენციის მე-5 მუხლით გარანტირებულ კანონიერების პრინციპს.⁵⁵⁶

საქართველოს კანონმდებლობა ითვალისწინებს უვადო თავისუფლებათა დაცვითი პირობით ვადამდე გათავისუფლების შესაძლებლობას – პატიმრობის კოდექსის მე-40 მუხლის მე-6 ნაწილის თანახმად, „მსჯავრდებული უვადო თავისუფლების აღკვეთის მოხდისგან შეიძლება გათავისუფლდეს, თუ მან ფაქტობრივად მოიხადა თავისუფლების აღკვეთის 25 წელი.“

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 72-ე მუხლის მე-7 ნაწილის თანახმად, „მსჯავრდებული უვადო თავისუფლების აღკვეთის მოხდისაგან შეიძლება გათავისუფლდეს, თუ მან ფაქტობრივად მოიხადა თავისუფლების აღკვეთის ოცდახუთი წელი და თუ საქართველოს სასჯელალსრულების,

553 პარ. 54

554 ვიკისი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ, 1985 წლის 14 მარტის გადაწყვეტილება; ლეჟე საფრანგეთის წინააღმდეგ, 2006 წლის 11 აპრილის გადაწყვეტილება; კაფკარისი კვიპროსის წინააღმდეგ, 2008 წლის 12 თებერვლის გადაწყვეტილება და ა.შ.

555 „ყველას, ვისაც დაკავებით ან დაპატიმრებით აღკვეთა თავისუფლება, უფლება აქვს, მიმართოს სასამართლოს, რომელიც სწრაფად განიხილავს მისი დაპატიმრების მართლზომიერების საკითხს და გამოსცემს ბრძანებას მისი გათავისუფლების შესახებ, თუ დაპატიმრება არ არის კანონიერი.“

556 მაგ. თაინი, უილსონი და გუნელი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ, 1990 წლის 25 ოქტომბრის გადაწყვეტილება; ლეჟე საფრანგეთის წინააღმდეგ; ვიკისი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ.

პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ადგილობრივი საბჭო მიიჩნევს, რომ საჭირო აღარ არის, მსჯავრდებულმა გააგრძელოს ამ სასჯელის მოხდა.⁵⁵⁷

იმის გამო, რომ დღესდღეობით არც ერთ უფადო თავისუფლებააღკვეთილ მსჯავრდებულს არ აქვს მოხდილი 25 წელი, სახალხო დამცველის მიერ ვერ შეფასდება ზემოაღნიშნული მუხლის მუშაობა პრაქტიკაში, თუმცა განხილვას საჭიროებს საქართველოს კანონმდებლობით გარანტირებული პირობით ვადამდე გათავისუფლების სისტემის შესაბამისობა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-5 მუხლის მოთხოვნებთან.

ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლო მიიჩნევს, რომ პირობით ვადამდე გათავისუფლების მექანიზმის მხოლოდ ფორმალური არსებობა არ არის საკმარისი კონვენციის პრინციპებთან შესაბამისობის დადგენისთვის. ამ მიზნის მისაღწევად აღნიშნული მექანიზმი ასევე სრულად უნდა აკმაყოფილებდეს ევროკონვენციის მე-5 მუხლის მე-4 პუნქტის მოთხოვნებს, კერძოდ, პირობით გათავისუფლების გადაწყვეტილების მიმღები ორგანო უნდა იყოს დამოუკიდებელი, მიუკერძოებელი, პირობით ვადამდე გათავისუფლების პროცედურა უნდა იყოს საკმარისად გამჭვირვალე, უნდა უზრუნველყოფდეს მსჯავრდებულის სათანადო მონაწილეობას მისი საქმის განხილვაში და ა.შ.⁵⁵⁸

საქმეში „ვიკისი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ“ სასამართლომ განიხილა პირობით ვადამდე გათავისუფლების პროცედურების შესაბამისობა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-5 მუხლის მე-4 პუნქტთან და დაადგინა, რომ გაერთიანებული სამეფოს პირობით ვადამდე გათავისუფლების კომისიის პროცედურები არ შეიცავს საკმარის გარანტიებს მე-5 მუხლის მე-4 პუნქტით გარანტირებული კანონიერების პრინციპთან შესაბამისობისთვის.⁵⁵⁹

აღნიშნულ საქმეში სასამართლომ დეტალურად განიხილა კომისიის შემადგენლობა და მუშაობის წესი, რათა დაედგინა, რამდენად აკმაყოფილებდა ისინი კონვენციის მე-5 მუხლის მოთხოვნებს. კომისიის შემადგენლობა, დაკომპლექტების წესი, ასევე, დაინტერესებული პირის მიერ საკუთარი მოსაზრებების წარმოდგენის შესაძლებლობა (მათ შორის, პირადად) დამაკმაყოფილებლად ცნო სასამართლომ⁵⁶⁰, თუმცა ის გარემოება, რომ კომისიას არ აქვს ვალდებულება, მსჯავრდებულს გააცნოს მის წინააღმდეგ არსებული ყველა დოკუმენტი, სასამართლომ საკმარის პროცედურულ სისუსტედ მიიჩნია იმისთვის, რომ დაედგინა კონვენციის მე-5 მუხლის მე-4 პუნქტის დარღვევა, ვინაიდან, სასამართლოს აზრით, იმისთვის, რომ მსჯავრდებულმა სათანადოდ დაიცვას საკუთარი პოზიცია, იგი ასევე სათანადოდ უნდა იყოს ინფორმირებული მის წინააღმდეგ არსებული მასალის შესახებ. სხვა შემთხვევაში ირღვევა ერთ-ერთი უმთავრესი გარანტია – დაინტერესებული პირის ადეკვატური მონაწილეობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.⁵⁶¹

როგორც ზემოთ მოყვანილი გადაწყვეტილებიდან ჩანს, ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლო ძალიან სერიოზულად ეკიდება პირობით ვადამდე გათავისუფლების პროცედურებს, კომპეტენტური ორგანოს შემადგენლობას და დაკომპლექტების წესს, რომელიც უნდა უზრუნველყოფდეს აღნიშნული ორგანოს დამოუკიდებლობას აღმასრულებელი ხელისუფლებისგან და მის მიუკერძოებლობას, მსჯავრდებულის მიერ საკუთარი პოზიციის პირადად ან წარმომადგენლის მეშვეობით დაფიქსირების შესაძლებლობას და ამის მომზადებისთვის ადეკვატური პირობების გარანტირებას.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის N151 ბრძანებაში საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ადგილობრივი საბჭოების რაოდენობის, ტერიტორიული განსჯადობისა და ადგილობრივი საბჭოს ტიპური დებულების დამტკიცების შესახებ მოცემულია ადგილობრივი საბჭოს საქმიანობის წესი, რომელიც, სხვა საკითხებთან ერთად, განიხილავს მსჯავრდებულ პირს პირობით ვადამდე გათავისუფლების საკითხს.

557 მოქმედებს 2010 წლის 1 ოქტომბრიდან;

558 მაგ. უილდე, ომსი და ვერსიპი ბელგიის წინააღმდეგ, 1971 წლის 18 ივნისის გადაწყვეტილება; პერცეგვალვი ავსტრიის წინააღმდეგ, 1992 წლის 24 სექტემბრის გადაწყვეტილება.

559 პარ. 58

560 პარ. 66

561 იქვე

აღნიშნული ბრძანების მეორე მუხლის თანახმად, საბჭოს საქმიანობა ეფუძნება დამოუკიდებლობის, კანონიერების, გამჭვირვალობისა და მიუკერძოებლობის პრინციპებს. ამავე ბრძანების მე-6 მუხლის მიხედვით, საბჭო გადანყვეტილებას იღებს სხდომაზე, რომელიც არის ორი სახის – ზეპირი მოსმენის გარეშე და ზეპირი მოსმენით. ზეპირი მოსმენის გარეშე საბჭო არსებითად იხილავს წარმოებაში მიღებულ საქმეებს და იღებს გადანყვეტილებას შუამდგომლობაზე უარის თქმის ან საქმის ზეპირ მოსმენაზე განსახილველად დაშვებასთან დაკავშირებით.

როგორც ვხედავთ, მთავარი გადანყვეტილება საბჭოს მიერ მიიღება ზეპირი მოსმენის გარეშე, რაც იმას ნიშნავს, რომ პროცედურა არ უზრუნველყოფს დაინტერესებული პირის (მსჯავრდებულის ან მისი წარმომადგენლის) ადეკვატურ მონაწილეობას გადანყვეტილების მიღების პროცესში, რადგან საბჭო სწორედ აღნიშნულ სხდომაზე აფასებს იმ კრიტერიუმებს, რომელთა საერთო ანალიზის შემდეგ მსჯელობს, მიაღწია თუ არა სასჯელმა მიზანს. ბრძანების თანახმად, თითოეული გადანყვეტილება უნდა შეფასდეს დანაშაულის ხასიათის, მსჯავრდებულის ქცევის, ნასამართლეობის, ოჯახური პირობების, მსჯავრდებულის პიროვნების გათვალისწინებით.

მხოლოდ კრიტერიუმების შეფასების შემდგომ, ზეპირი მოსმენის დროს, დაინტერესებულ პირს აქვს უფლება მიიღოს მონაწილეობა გადანყვეტილების მიღების პროცესში, რომელიც ეხება მისი პირობით ვადაზე ადრე გათავისუფლებას. ვინაიდან გადანყვეტილება მიიღება კრიტერიუმების შეფასების შემდეგ მიღებულ შედეგზე დაყრდნობით, თამამად შეიძლება ითქვას, რომ პროცედურის მეორე სტადიაზე მსჯავრდებულის ჩართვა მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს და ვერ უზრუნველყოფს მის რეალურ მონაწილეობას გადანყვეტილების მიღების პროცესში. გაურკვეველია ისიც, როგორ ახერხებს საბჭო ისეთი კრიტერიუმების მხოლოდ დოკუმენტურ მასალებზე დაყრდნობით შეფასებას, როგორებიცაა მსჯავრდებულის ოჯახური პირობები ან ამ უკანასკნელის პიროვნება.

ალარ ჩაველრმავედებით აღნიშნული ორგანოს პრაქტიკაში ფუნქციონირების ხარვეზებს, რომლებიც ცალკე შესწავლის საგანია. მხოლოდ N151 ბრძანების მექანიზმის განხილვაც კი ცხადყოფს, რომ საქართველოში არსებული პირობით ვადაზე გათავისუფლების მექანიზმი არ შეესაბამება ევროკონვენციის მე-5 მუხლის მე-4 პუნქტის მოთხოვნებს.

აღსანიშნავია საბჭოს შემადგენლობაც. საბჭოს დაკომპლექტების წესის მიხედვით, რომელიც იმავე N151 ბრძანებაშია მოცემული, საბჭო შედგება 5 წევრისგან და მის შემადგენლობაში შედიან: საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ცენტრალური აპარატის ან სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ცენტრალური აპარატის 1 წარმომადგენელი; პრობაციის ეროვნული სააგენტოს, არასამთავრობო ორგანიზაციის, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოთა და იუსტიციის უმაღლესი საბჭოს თითო წარმომადგენელი.

ყოველგვარ აზრს მოკლებულია ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოთა წარმომადგენლის მონაწილეობა საბჭოს მუშაობაში, რადგან თუ გავითვალისწინებთ, რომ უვადო თავისუფლება ალკვეთილ პირთა განთავსება არ ხდება მათი მუდმივ საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს არსებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში და ყველა მათგანის ძირითადი განთავსების ადგილი გარდაბნის რაიონის სოფელი მთისძირია,⁵⁶² გაურკვეველია, რა ფუნქცია უნდა შეასრულოს ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოს წარმომადგენელმა, როგორც შეფასებისას, ასევე, მსჯავრდებულის გათავისუფლების შემთხვევაში, მისი დასაქმების ან რესოციალიზაციის სხვა ღონისძიებების ხელშეწყობაში.

საბჭოს წევრების დანიშვნა ან დამტკიცება ხდება სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის ბრძანებით და სამინისტროს მუდმივმოქმედი კომისიის თანხმობით. შესაბამისად, შეიძლება ეჭვქვეშ დადგეს საბჭოს წევრების დამოუკიდებლობა აღმასრულებელი ხელისუფლებისგან და შესაბამისად, მათი მიუკერძოებლობაც გადანყვეტილების მიღების პროცესში, რაც ასევე წარმოადგენს, კონვენციის მე-5 მუხლის მოთხოვნათა დარღვევას.⁵⁶³

562 რუსთავის N6 დაწესებულების მისამართი.

563 მაგ. ვიკი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ, კავკარიის კვიპროსის წინააღმდეგ და ა.შ.

ზემოაღნიშნულიდან ნათლად ჩანს, რომ ქართული კანონმდებლობით შექმნილი პირობით ვადამდე გათავისუფლების მექანიზმი, კერძოდ, საბჭოს დაკომპლექტებისა და მისი ფუნქციონირების პროცედურები, არ შეესაბამება ევროკონვენციის მე-5 მუხლის მოთხოვნებს ისე, როგორც ისინი განმარტებულია ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტულ სამართლში.

წინადადებები საქართველოს პარლამენტს:

- განხორციელდეს ცვლილებები საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში, ასევე – საქართველოს პატიმრობის კოდექსში პირობით ვადამდე გათავისუფლების მექანიზმის ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა ევროპული კონვენციის მე-5 მუხლის მოთხოვნებთან შესაბამისობაში მოყვანის თვალსაზრისით და გადაწყვეტილების მიმღები ორგანოს აღმასრულებელი ხელისუფლებისაგან სრული დამოუკიდებლობის, ასევე, დაინტერესებული პირის (მსჯავრდებულის ან მისი წარმომადგენლის) სრულყოფილი მონაწილეობის უზრუნველსაყოფად გადაწყვეტილების მიღების ყველა ძირითად ეტაპზე.

რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უვადო თავისუფლებააღკვეთილი ქალები, საქართველოს პატიმრობის კოდექსის 72-ე მუხლის 1-ლი ნაწილის შესაბამისად, განათავსონ ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში;
- უზრუნველყოფილ იქნეს უვადო თავისუფლებააღკვეთილი მსჯავრდებულების განთავსების პირობების შესაბამისობა საქართველოში მოქმედ სტანდარტებთან;
- უზრუნველყოფილ იქნეს ყველა უვადო თავისუფლებააღკვეთილი პირისთვის გრძელვადიანი პაემნებით სარგებლობა;
- შემუშავდეს უვადო თავისუფლებააღკვეთილი მსჯავრდებულებისათვის სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური გეგმის სისტემა;
- განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდეს უვადო თავისუფლებააღკვეთილ მსჯავრდებულთა ფსიქოლოგიური დახმარების კომპონენტზე.

არასრულწლოვანთა მდგომარეობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში

მოპყრობა

სასჯელსრულების სისტემაში, როგორც წესი, იშვიათია არასრულწლოვნების მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტები. გამოწვევებისა N8 დაწესებულება, სადაც არასრულწლოვანმა პატიმრებმა აღნიშნეს, რომ მათ მიმართ მოპყრობა ისეთივეა, როგორიც სხვა სრულწლოვანი მსჯავრდებულების მიმართ, თუმცა მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობის კონკრეტული ფაქტი ვერ დაასახელეს. ძირითადი პრობლემა, რომელიც არასრულწლოვნებს აქვთ გლდანის N8 დაწესებულებაში, არის დაწესებულების უმკაცრესი რეჟიმი, რომლის შესახებაც „არასათანადო მოპყრობის“ თავში ვრცლად იყო საუბარი და რომელიც სრულად ვრცელდება არასრულწლოვნებზეც. აღნიშნულს ემატება კიდევ ერთი წესი – არასრულწლოვნებს დაწესებულებაში შემოყვანისთანავე პარსავენ თმებს, მიუხედავად იმისა, რომ „პატიმრობის კოდექსის“ 21-ე მუხლის მეორე ნაწილის თანახმად, „...ადმინისტრაციას

მდგომარეობა საქართველოს სასჯელსრულების დანახვებებში

ეკრძალება მოსთხოვოს ბრალდებულს/მსჯავრდებულს თმის მთლიანი გადაპარსვა, თუ არ არსებობს ექიმის მოთხოვნა ან ჰიგიენური აუცილებლობა.“ ყოველივე ეს უტოლდება არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობას.

არასრულწლოვანთა N11 და ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში განთავსებული არასრულწლოვნები აღნიშნავენ, რომ მათ მიმართ დამოკიდებულება კარგია და ადმინისტრაცია ცდილობს, მუდმივად იქონიოს კონტაქტი მათთან.

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში არასრულწლოვანმა პატიმრებმა აღნიშნეს, რომ მათთან მოპყრობა ბევრად უკეთესია, ვიდრე სხვა პატიმრებთან.

განთავსება და საყოფაცხოვრებო პირობები

ზოგადად, არასრულწლოვანთა მიმართ დამოკიდებულება პენიტენციურ სისტემაში დამაკმაყოფილებელია. როგორც წესი, მათი განთავსების პირობები მთელ რიგ ასპექტებში არ შეესაბამება ციხის ევროპულ წესებსა და CPT-ის რეკომენდაციებს, თუმცა ისინი თითქმის ყოველთვის სარგებლობენ მეტ-ნაკლებად გაუმჯობესებული პირობებით.

სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული პასუხების⁵⁶⁴ თანახმად, სასჯელალსრულების სისტემაში განთავსებული არასრულწლოვანი პატიმრების სტატისტიკა ასე გამოიყურება:

	თვე	ბრალდებული	მსჯავრდებული	სულ
1	იანვარი	46	160	206
2	თებერვალი	43	152	195
3	მარტი	47	152	199
4	აპრილი	26	160	186
5	მაისი	51	166	217
6	ივნისი	43	166	209
7	ივლისი	41	167	208
8	აგვისტო	38	170	208
9	სექტემბერი	37	174	211
10	ოქტომბერი	25	165	190
11	ნოემბერი	21	179	200
12	დეკემბერი	18	161	179

საანაგარიშო პერიოდში არასრულწლოვნები განთავსებულნი იყვნენ ბათუმის N3, ზუგდიდის N4, ქუთაისის N2, რუსთავის N5, გლდანის N8 და ავჭალის N11 დაწესებულებებში. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში არასრულწლოვანი პატიმრებისათვის გამოყოფილი იყო 310 ადგილი. აქედან 90 ადგილი – N8 დაწესებულებაში, 18 – ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, 20 ადგილი – ქ.ბათუმის N3 დაწესებულებაში, 12 ადგილი – ქ.ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში, N5 დაწესებულებაში – 10 ადგილი, ხოლო ავჭალის N11 დაწესებულებაში – 160 ადგილი.

ქ.ბათუმის N3 დაწესებულებაში არასრულწლოვანთათვის გამოყოფილი იყო ერთი საკანი, სადაც იდგა 10 ორსართულიანი საწოლი. საკნის ფართი 45.1კვ.მ-ია. თითოეული არასრულწლოვნისთვის განკუთვნილი იყო 2.2კვ.მ. საკანს არ ჰქონდა ჭერი და გადახურული იყო თუნუქით, რის გამოც, ზაფხულის პერიოდში, საკანში იყო გაუსაძლისი სიცხე, ხოლო ზამთრის პერიოდში – სიცივე. საკანი თბობოდა ელექტროქურით, რაც არ იყო საკმარისი. ფანჯრის ზომა კი ვერ უზრუნველყოფდა

564 N10/6/5-9513; 10/6/5-2853; N10/6/5-16420; N10/6/5-15196; N10/6/5-13705; N10/6/5-12255;

საკნის ბუნებრივ განათებასა და ვენტილაციას. საკანში მოთავსებული იყვნენ ბრალდებულები და მსჯავრდებულები ერთად. პატიმრებს არ ჰქონდათ ინდივიდუალური ტუმბოები და ისინი ტანსაცმელს პარკებში ინახავდნენ.

ქ.ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში არასრულწლოვანთათვის გამოყოფილი იყო ერთი საკანი, სადაც იდგა 6 ორსართულიანი საწოლი. საკნის ფართობი 29.6 კვ.მ. და თითოეული არასრულწლოვანისთვის გამოყოფილი ფართი 2.4 კვ.მ.-ია. საკანში იყო ანტისანიტარია, წყალგაყვანილობის სისტემა – მოშლილი, ნახევრად იზოლირებული საპირფარეშო, სადენები იყო გაშიშვლებული. ფანჯარას არ ჰქონდა მინა, რის გამოც არასრულწლოვნები აკრავდნენ ცელოფნის პარკებს. საკანში ასევე, იყო დიდი რაოდენობით ტარაკნები. პატიმრებს არ ჰქონდათ ინდივიდუალური ტუმბოები და ისინი ტანსაცმელს ან კედელზე კიდებდნენ ან საწოლზე ჰქონდათ მოფენილი.

აღსანიშნავია, რომ 2011 წლის სექტემბერში N4 და N3 დაწესებულებებში გაუქმდა არასრულწლოვანთა საკნები და ისინი ქუთაისის N2 დაწესებულებაში გადაიყვანეს.

ქ.ქუთაისის N2 დაწესებულებაში არასრულწლოვანთათვის გამოყოფილია 3 საკანი, თითოეულში დგას 3 ორსართულიანი საწოლი და ფართობი 18.9 კვ.მ., შესაბამისად, თითოეულ არასრულწლოვანზე გამოყოფილია 3.1 კვ.მ. ფართი. დაწესებულების ადმინისტრაციის განმარტებით, არასრულწლოვანთა განყოფილებაში მიმდინარე სარემონტო სამუშაოების გამო, ისინი დროებით განთავსდებიან არიან „B“ საცხოვრებელ კორპუსში. მონიტორინგის მიმდინარეობისას არასრულწლოვანთა საკანში იყო ტარაკნების დიდი რაოდენობა. სისუფთავე საკნებში არ იყო დაცული. საწოლებზე დაგებული ლეიბები კი იმდენად დატკეპნილი იყო, რომ პატიმრებს ფაქტიურად რკინის ცხაურზე უწევდათ ძილი. საკნების გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის მეშვეობით, ბუნებრივი განათება და ვენტილაცია საკმარისია. ყველა არასრულწლოვანს აქვს ინდივიდუალური ტუმბო.

ქ.თბილისის N8 დაწესებულებაში არასრულწლოვანი პატიმრები მოთავსდებიან არიან მეოთხე საცხოვრებელი კორპუსის მეოთხე სართულზე, სადაც მათთვის გამოყოფილია 15 საკანი. საკნები ერთმანეთის იდენტურად არის ეკიპირებული. თითოეულში დგას 3 ორსართულიანი საწოლი. საკნის ფართობი 18.9 კვ.მ., შესაბამისად, თითოეულ არასრულწლოვანზე გამოყოფილია 3.1 კვ.მ. ფართი. არასრულწლოვნებს აქვთ ინდივიდუალური ტუმბოები. საკნები თბება ცენტრალური სისტემით. განათება, როგორც ბუნებრივი, ისე ხელოვნური საკმარისია. საპირფარეშოები იზოლირებულია. არასრულწლოვანთა განყოფილებაში არის საშხაპე ოთახი 6 შხაპით, რომელსაც აქვს გასახდელი ოთახიც.

N5 დაწესებულების საპატიმრო კორპუსში და „D“ საცხოვრებელ კორპუსში არასრულწლოვანი გოგონებისთვის გამოყოფილია თითო საკანი. საკნების ფართი 18 კვ.მ.-ია. საპატიმრო განყოფილებაში თითოეული არასრულწლოვანისთვის გამოყოფილია 3 კვ.მ, ხოლო მსჯავრდებული გოგონებისთვის – 6 კვ.მ. ბრალდებული არასრულწლოვნებისთვის განკუთვნილია 6 ადგილი, ხოლო მსჯავრდებულებისათვის – 3. საკნების თბება ცენტრალური სისტემით, განათება და ვენტილაცია უზრუნველყოფილია როგორც ბუნებრივი, ასევე ხელოვნური გზით საკმარისად. არასრულწლოვნებს აქვთ ინდივიდუალური ტუმბოები, ასევე, მაგიდა და სკამები.

ავჭალის №11 არასრულწლოვანთა დაწესებულებაში არასრულწლოვნები განთავსდებიან არიან ბარაკული ტიპის 9 საცხოვრებელ ოთახში. თითოეულ ოთახში განთავსებულია დაახლოებით 15–18 მსჯავრდებული. თითოეული არასრულწლოვანისთვის გამოყოფილი ფართი მერყეობს 1.7 კვ.მ.-იდან 2.1 კვ.მ.-დე. ზოგადად საკნები საჭიროებს რეკონსტრუქციული სამუშაოების ჩატარებას. გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ბუნებრივი განათება და ვენტილაცია საკმარისია. არასრულწლოვნებს არ აქვთ ტუმბოები, მაგიდა და სკამი. საერთო სარგებლობის საპირფარეშო განთავსებულია საცხოვრებელი კორპუსის დერეფანში. საპირფარეშოების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი და საჭიროებს სარემონტო სამუშაოების ჩატარებას.

2011

პირადი ჰიგიენა

N2, N3 და N4 დაწესებულებებში არასრულწლოვნებს შესაძლებლობა ჰქონდათ, მიეღოთ შხაპი კვირაში ერთხელ, N8 და N5 დაწესებულებებში – კვირაში ორჯერ. N11 დაწესებულებაში არასრულწლოვან მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, ყოველდღიურად მიიღონ შხაპი.

თეთრეულს პატიმრები ძირითადად ოჯახის წევრებს ატანენ გასარეცხად ან თვითონ რეცხავენ. რაც შეეხება N8 დაწესებულებას, მსჯავრდებულთა გადმოცემით, თეთრეულისა და გადასაფარებლების გარეცხვას უზრუნველყოფს ადმინისტრაცია ორ კვირაში ერთხელ.

სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლება

მიუხედავად იმისა, რომ პატიმრობის კოდექსით პატიმრებისათვის დადგენილია არანაკლებ 1 საათი გასეირნების უფლება, ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში გასეირნება 30–40 წუთს მოიცავდა, ბათუმის #3 დაწესებულებაში – 10–15 წუთს, N8 დაწესებულებაში 10–15 წუთს, ხოლო N2 დაწესებულებაში – 45 წუთს; შაბათ-კვირას არასრულწლოვნები სასეირნოდ საერთოდ არ გაჰყავთ. N5 დაწესებულების საპატიმრო განყოფილებაში მყოფი არასრულწლოვანი სუფთა ჰაერზე გაყავდათ ერთი საათის განმავლობაში ყოველდღიურად.

კონტაქტი გარე სამყაროსთან

პატიმრობის კოდექსის შესაბამისად, არასრულწლოვან მსჯავრდებულს უფლება აქვს, ერთი თვის განმავლობაში ჰქონდეს 4 ხანმოკლე პაემანი, ხოლო ნახალისების ფორმით – თვეში 1 დამატებითი ხანმოკლე პაემანი, 3 ვიდეოპაემანი და 5 სატელეფონო საუბარი. ასევე – წელიწადში 3 ხანგრძლივი პაემანი. დადებითად აღსანიშნავია, რომ N11 დაწესებულებაში არასრულწლოვან მსჯავრდებულებს ხანმოკლე პაემნის დროს უფლება აქვთ, შეხვდნენ ოჯახის წევრებს ყოველგვარი ტიხრის გარეშე. სხვა დაწესებულებებში პაემანი მიმდინარეობს შუშით გადატიხრულ ოთახებში. N11 დაწესებულებაში არასრულწლოვნებს შესაძლებლობა აქვთ, ისარგებლონ ვიდეოპაემნით და ხანგრძლივი პაემნით.

რესოციალიზაცია

სახალხო დამცველი მიესალმება იმ ფაქტს, რომ პენიტენციურ სისტემაში არასრულწლოვანი მსჯავრდებულებისთვის სპეციალური მიდგომები შემუშავდა. კერძოდ, N11 დაწესებულებაში ყველა მსჯავრდებულისთვის მიმდინარეობს სასჯელის ინდივიდუალური დაგეგმვა, რომლის მიზანია მოზარდისათვის რისკების შემცირება და მის საზოგადოებაში სრულყოფილ წევრად დაბრუნება. არასრულწლოვანი მსჯავრდებულები ჩართული არიან სხვადასხვა სახის საგანმანათლებლო, სარეაბილიტაციო და სპორტულ ღონისძიებებში.

N11 არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში მოქმედებს: რაგბის წრე, მსჯავრდებულებთან ჯგუფური მუშაობის წრე, სადაც ასწავლიან ბრაზის მართვას. დაწესებულებაში არის საჯარო სკოლა, რომლის დამთავრების შემთხვევაშიც პატიმრები იღებენ N123 საჯარო სკოლის ატესტატს.

დაწესებულებაში მოქმედებს ცენტრ „აფხაზეთის“ მიერ დაფინანსებული პროგრამები, თუმცა ამჟამად აღნიშნული პროგრამების მართვა გადავიდა განათლების სამინისტროს დაქვემდებარებაში:

- ვებდოზინის შესწავლა
- ანიმაცია

- 3D პროგრამის შესწავლა
- ტიხრულ მინანქარზე მუშაობის შესწავლა
- ხეზე კვეთა
- საპარიკმახერო მომსახურების შესწავლა

ყველა პროგრამაში მთლიანობაში ჩართულია 74 არასრულწლოვანი.

დანესებულებაში სკოლა ფუნქციონირებს მეორე სართულზე, სადაც ამისთვის გამოყოფილია 7 ოთახი. სკოლაში სწავლება მიმდინარეობს 7–12 კლასებში, თუმცა, შესაძლებელია უფრო დაბალ კლასებში განათლების ექსტერნად მიღება.

N11 დანესებულების ეზოში მოწყობილია ხელოვნურ საფარიანი ფეხბურთის სტადიონი, ასევე, დამონტაჟებულია სხვადასხვა სახის ტრენაჟორი. ზაფხულის განმავლობაში არასრულწლოვნებს შესაძლებლობა აქვთ, ისარგებლონ ეზოში არსებული პატარა აუზით.

ქუთაისის N2 დანესებულებაში მოქმედებს ფსიქოლოგიური დახმარების პროგრამა არასრულწლოვანთათვის.

იქვე არასრულწლოვნებისთვის განკუთვნილია ერთი სატრენაჟორო ოთახი, თუმცა მათი განმარტებით, დაახლოებით ორი თვეა, მათ არ ეძლევათ საშუალება, ივარჯიშონ.

ბათუმის N3 დანესებულებაში მოთავსებული არასრულწლოვანებისათვის მოქმედებდა ორგანიზაცია GCRT-ის სარეაბილიტაციო პროგრამა.

ტელე- და რადიომაუწყებლობის ხელმისაწვდომობა

გლდანის N8 და ავჭალის N11 დანესებულებებში არასრულწლოვან პატიმრებს აქვთ ტელევიზორის ქონის უფლება. ქუთაისის N2 დანესებულებაში და N5 დანესებულების საპატიმრო განყოფილებაში არასრულწლოვნებს არ აქვთ ტელევიზორები. N8 დანესებულებაში განთავსებული არასრულწლოვნების გარდა რადიო ყველა არასრულწლოვნისთვის ხელმისაწვდომია.

განათლება

ამჟამად არასრულწლოვანი პატიმრები ციხის პირობებში მხოლოდ ზოგადი განათლების მიღებით შემოიფარგლებიან, ისიც მხოლოდ N5 და N11 დანესებულებებში. ქუთაისის N2 და გლდანის N8 დანესებულებებში განთავსებული არასრულწლოვანი პატიმრები ამ საშუალებასაც არიან მოკლებულნი. ერთი მხრივ, ეს დანესებულებები წინასწარი პატიმრობის დანესებულებებია, შესაბამისად, არასრულწლოვნებს იქ მხოლოდ რამდენიმე თვის გატარება უნდა უწევდეთ, თუმცა ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც სხვადასხვა მიზეზის გამო მისჯილი არასრულწლოვნები არ გადაჰყავდათ შესაბამის დანესებულებებში და მათ ზემოაღნიშნულ დანესებულებებში გაცილებით მეტი ხნის გატარება უწევდათ, რაც უარყოფითად აისახებოდა მათი განათლების უწყვეტობაზე.

რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს

არასრულწლოვანი პატიმრებისთვის კანონმდებლობით გათვალისწინებული უფლებების სრული რეალიზებისათვის, უზრუნველყოს:

- პატიმრისათვის კანონით დადგენილი ყოველდღიური ერთსაათიანი გასეირნება;
- არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა დროული გადაყვანა მათთვის კანონით გათვალისწინებულ ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში;
- არასრულწლოვანი პატიმრებისათვის კვირაში ორჯერ შხაპის მიღების შესაძლებლობა;
- ყველა ტიპის დაწესებულებაში განთავსებულ არასრულწლოვან პატიმრებს მიეცეთ ტელევიზორის ქონის უფლება;
- თითოეული პატიმრისთვის გამოყოფილი ფართი, სულ მცირე, შეესაბამებოდეს „პატიმრობის კოდექსით“ დადგენილ ფართს;
- N11 დაწესებულებაში განხორციელდეს ე.წ. ბარაკული სისტემის ლიკვიდაცია და საკნის ტიპის სისტემაზე გადასვლა;
- ყველა ბრალდებულ არასრულწლოვანს მიეცეს სწავლის გაგრძელების საშუალება.

მდგომარეობა შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლაცორებში

პოლიცია

სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის ჯგუფის წევრებმა მონიტორინგი ჩაატარეს პოლიციის განყოფილებებში. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ საანგარიშო პერიოდში შემოწმდა ქობულეთის, ოზურგეთის, ლანჩხუთის, ჩოხატაურის, ზუგდიდის სამხარეო და რაიონული, სენაკის, ფოთის, ჩხოროწყუს, ხობის, მესტიის, ქუთაისის, ბაღდათის, ზესტაფონის, სამტრედიის, ჭიათურის, ცაგერის, ლენტეხის, რუსთავის სამხარეო სამმართველოს, მარნეულის, გარდაბნის, თეთრიწყაროს, ახალციხის, ახალქალაქის, ბორჯომის, ხაშურის, სიღნაღისა და საგარეჯოს შს სამმართველოებში დაკავებულ პირთა აღრიცხვის წიგნები და დროებითი მოთავსების იზოლაცორში გადაყვანილ პირთა აღრიცხვის ჟურნალები. ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად აღმოჩენდა რიგი დარღვევები. 2011 წლის 22 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტმა წერილობით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს გენერალური ინსპექციის უფროსს სახალხო დამცველის რწმუნებულების მიერ აღმოჩენილი დარღვევების თაობაზე. საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროდან სახალხო დამცველის აპარატში შემოსული N79659 და N189286 პასუხებით გვეცნობა, რომ მონიტორინგის შედეგად აღმოჩენილ დარღვევებზე, შს სამინისტროს გენერალურ ინსპექციაში ჩატარებული სამსახურებრივი დასკვნის საფუძველზე, სამსახურებრივ მოვალეობათა არაჯეროვანი შესრულებისათვის სხვადასხვა სახის დისციპლინური სახდელი შეეფარდა შს სამინისტროს 25 თანამშრომელს, მათ შორის, სამეგრელოსა და ზემო სვანეთის სამხარეო მთავარი სამმართველოს სამ, ბაღდათის რაიონული სამმართველოს ხუთ, ზესტაფონის რაიონული სამმართველოს სამ, ლანჩხუთის რაიონული სამმართველოს რვა და სენაკის რაიონული სამმართველოს ექვს თანამშრომელს.

სახალხო დამცველი მიესალმება საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს გენერალური ინსპექციის ამგვარ მყისიერ და ადეკვატურ რეაგირებას სახალხო დამცველის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის თანამშრომლების მიერ ჩატარებული მონიტორინგის შედეგებზე.

მოპყრობა

პოლიციას არსებითი როლი აკისრია სახელმწიფოში საზოგადოებრივი წესრიგისა და უსაფრთხოების დაცვის თვალსაზრისით. მან უნდა შეასრულოს კანონით დაკისრებული მოვალეობები, რათა თავიდან იქნეს აცილებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედებები. ამასთან, თავიანთი მოვალეობების

შესრულებისას სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლებმა პატივი უნდა სცენ და დაიცვან ადამიანის ღირსება და დაიცვან ყველა ადამიანის უფლებები.

პოლიციის საქმიანობის განხორციელების ფორმები, მეთოდები და საშუალებები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

„პოლიციის შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, პოლიცია თავისი ამოცანების განხორციელებისას მოვალეა, მკაცრად დაიცვას მოქალაქის კანონიერი უფლებები სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას, თავისი კომპეტენციის ფარგლებში სათანადო დახმარება აღმოუჩინოს სახელმწიფოს სხვა ორგანოებსა და მოქალაქეებს, მოქალაქეებთან ურთიერთობისას მკაცრად დაიცვას სამსახურებრივი ეთიკის ნორმები.

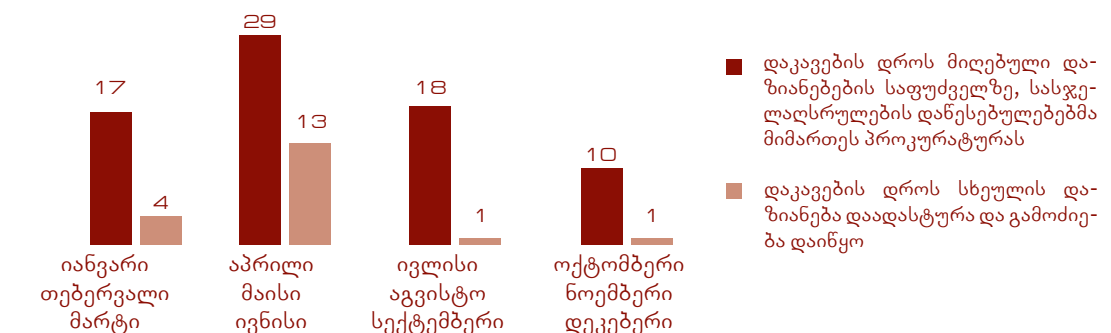
სამწუხაროდ, რიგ შემთხვევებში ადამიანის უფლებებს თავად პოლიციის თანამშრომელი არღვევს.

„ნებისმიერი ფორმით დაკავებულ ან პატიმრობაში მყოფ ყველა პირის დაცვის შესახებ“⁵⁶⁵ პრინციპით ერთობლიობის თანახმად, „ნებისმიერი ფორმით დაკავებულ ან პატიმრობაში მყოფ პირებს უფლება აქვთ ჰუმანურ მოპყრობასა და პიროვნების თანდაყოლილ ადამიანის ღირსების პატივისცემაზე“.

პრევენციული ჯგუფი მონიტორინგის დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს როგორც დაკავების დროს, ასევე დაკავების შემდეგ პოლიციელთა მხრიდან დაკვეთულთა მიმართ მოპყრობის საკითხს.

სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ შსს-ს შესაბამისი ორგანოებიდან მოპოვებული წერილობითი ინფორმაციით, 2010 წლის განმავლობაში დმი-ებში მოთავსებული იყო – 21603 პირი, სხეულის დაზიანება აღენიშნებოდა 466 პირს და მათგან 71 დაკავებულ პირს, რომლებმაც დაზიანებები მიიღეს დაკავებისას ან დაკავების შემდეგ, ჰქონდა პრეტენზია პოლიციის მიმართ. საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროდან სახალხო დამცველის აპარატი შემოსული 2011 წლის 05 აგვისტოს N950480 და 2012 წლის 18 იანვრის N73165 პასუხებით გვეცნობა, რომ 2011 წლის განმავლობაში დროებითი მოთავსების იზოლატორებში სულ მოთავსებული იყო 19283 პირი. 2011 წელს დროებითი მოთავსების იზოლატორებში შეყვანისას სხეულის დაზიანება აღენიშნებოდა 260 პირს, ხოლო 69 პირს ჰქონდა პრეტენზია პოლიციის თანამშრომლების მიმართ. 2010 წელს დაკავებულ პირთა საერთო რაოდენობის 15,2%-ს აღენიშნებოდა დაზიანება, ხოლო 2011 წელს – 26,5%-ს. 2010 წელს დაზიანებებით შეყვანილი პირების 2,2%-მა განაცხადა პრეტენზია, ხოლო 2011 წელს – 1,3%-მა.

სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან გამოთხოვილი ინფორმაციის თანახმად, სასჯელალსრულების საპატიმრო დაწესებულებებში 2011 წლის განმავლობაში სხეულის დაზიანებით შეყვანილია 977 პატიმარი. მათგან 74-მა აღნიშნა, რომ დაზიანებები მიღებული ჰქონდა დაკავების დროს. სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან ამ 74 პატიმრის სხეულის დაზიანების ფაქტი ეცნობა შესაბამის რაიონულ პროკურატურას, საიდანაც 19 დაკავებულის სხეულის დაზიანების ფაქტზე დაიწყო წინასწარი გამოძიება, დანარჩენმა პატიმრებმა კი არ დაადასტურეს დამკავებელი პირების მიერ მათ მიმართ რაიმე კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენის ფაქტი.



565 მიღებულია გენერალური ასამბლეის 1988 წლის 9 დეკემბრის 43/173 რეზოლუციით;

სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა ყველა დროებითი მოთავსების იზოლატორში შეისწავლა დაკავებულთა გარეგნული დაზიანებების ოქმები. რამდენიმე შემთხვევაში პირი არ გამოთქვამდა პრეტენზიას პოლიციის მიმართ, თუმცა აღნიშნავდა, რომ მან დაზიანებები დაკავების დროს მიიღო. ასევე, იყო შემთხვევები, როდესაც პირი არ გამოთქვამდა პრეტენზიას, თუმცა აღწერილი დაზიანებების ხარისხი და სერიოზულობა გვაფიქრებინებდა, რომ პირი დაექვემდებარა არასათანადო მოპყრობას. იყო შემთხვევები, როდესაც საეჭვო დაზიანებები აღენიშნებოდა ერთდროულად დაკავებულ რამდენიმე პირს, ზოგიერთი მათგანი აცხადებდა, რომ დაზიანება მიიღო დაკავებისას და გამოთქვამდა პრეტენზიას პოლიციის მიმართ, რომელმაც მის მიმართ განახორციელა ფიზიკური ზეწოლა, ხოლო რამდენიმე ამბობდა, რომ დაზიანებები მიიღო დაკავებამდე.

მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მოინახულეს საეჭვო დაზიანებების მქონე პირების ნაწილი. ზოგიერთმა მათგანმა ზეპირსიტყვიერად განაცხადა, რომ მათ მიმართ პოლიციის მხრიდან განხორციელდა ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა, თუმცა აღნიშნულის დადასტურებისგან და ახსნა-განმარტების მოცემისგან თავი შეიკავეს. ხშირია შემთხვევები, როდესაც პატიმრები საუბრობენ პოლიციის მხრიდან არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე, თუმცა განმარტავენ, რომ მათ აღნიშნულის თაობაზე არც დროებითი მოთავსების იზოლატორების თანამშრომლებისთვის და არც სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებაში შეყვანისას არ განუცხადებიათ, ვინაიდან მიიჩნევენ, რომ ჩივილი ხელს შეუშლიდა მათი საქმის სასურველი მიმართულებით წარმართვას.

ლაშა ა.-ს საქმე

2011 წლის 17 ივნისს სახალხო დამცველის რწმუნებული შეხვდა და გაესაუბრა სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონალურ დროებითი მოთავსების იზოლატორში მოთავსებულ ბრალდებულს, ლაშა ა.-ს. მისი განმარტებით, 2011 წლის 14 ივნისს, დაახლოებით 21-22 საათზე, იგი დააკავეს წალენჯიხის რაიონული სამმართველოს ჯვარის პოლიციის განყოფილების თანამშრომლებმა. მისი გადმოცემით, ჯვარის პოლიციის განყოფილებაში მიყვანისთანავე მიაყენეს ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა.

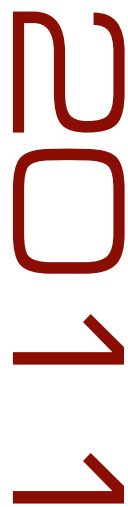
ბრალდებულის განმარტებით, პოლიციის თანამშრომლები მას უყენებდნენ პირობას, დახმარებოდა ძებნილ ზვიად ა-ს დაკავებაში, რის სანაცვლოდაც პირდაპირ განყოფილებიდან გაათავისუფლებდნენ. ზემოაღნიშნული მოთხოვნის შეუსრულებლობის შემთხვევაში კი აფეთქებებსა და მკვლელობებთან დაკავშირებულ დანაშაულებში ცნობდნენ დამნაშავედ. ბრალდებულის გადმოცემით, ფიზიკური ძალადობის განხორციელების შემდეგ სექსუალური ძალადობის მუქარით მოაწვინეს ხელი ჩვენებაზე, რომელიც მას არ დაუწერია.

ლაშა ა.-ს გადმოცემით, იგი ითხოვდა ტელეფონის საშუალებით ახლობლებთან დაკავშირებას, რათა ეცნობებინა მისი დაკავების ფაქტი, რაზეც პოლიციის თანამშრომლების მხრიდან მიიღო პასუხი, რომ მას მალე ახლობლები საერთოდ აღარ ეყოლებოდა, მისი მამა და ძმა კი მასზე უარეს დღეში აღმოჩნდებოდნენ.

ბრალდებულის გადმოცემით, ცემის ფაქტები მას არც ერთ დაწესებულებაში არ დაუფიქსირებია, რაც გამოწვეული იყო ჯვარის პოლიციის დეტექტივის, ილია აქუბარდიასა და სხვა თანამშრომელთა მიერ განხორციელებული მუქარით.

2011 წლის 17 ივნისს ვიზუალური დათვალიერებით ბრალდებულ ლაშა ა-ს აღენიშნებოდა შემდეგი სახის დაზიანებები: ჰიპერემია და დაჟეჟილობა ზურგის მარცხენა მხარეს, ჰიპერემია ორივე ყურის უკანა მხარეს და შეშუპება მარცხენა თვალზე.

2011 წლის 26 ივნისს სახალხო დამცველმა წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს ბრალდებულ ლაშა ა.-ს სავარაუდო ცემის ფაქტთან დაკავშირებით წინასწარი გამოძიების დასაწყებად.



2011 წლის 01 აგვისტოს სახალხო დამცველის რწმუნებული, ადვოკატ ქეთი ბექაურის N1075-11/1 განცხადების საფუძველზე, შეხვდა და გაესაუბრა ბრალდებულ ლაშა ა-ს. მას ორივე ილლიის არეში აღენიშნებოდა დაზიანებები. პატიმრის განმარტებით, აღნიშნული დაზიანებები მას მიაყენეს ჯვარის პოლიციის თანამშრომლებმა სიგარეტის მეშვეობით. გარეგნული დათვალიერებით მას მარცხენა ილლიის არეში აღენიშნებოდა 3 დაზიანების კვალი (სავარაუდოდ, დამწვრობა), ხოლო მარჯვენა ილლიის ქვეშ – 2 ლაქა.

სახალხო დამცველის რწმუნებულმა პატიმარს ჩამოართვა ახსნა-განმარტება, რომელშიც იგი აცხადებდა, რომ აღნიშნული დაზიანებები მიაყენა ჯვარის პოლიციის უფროსმა ვინმე აბაშიძემ და ორმა პოლიციის თანამშრომელმა. სახალხო დამცველის რწმუნებულის კითხვაზე, თუ რატომ არ განაცხადა მან აღნიშნული დაზიანებების შესახებ, ბრალდებულმა განმარტა, რომ მას დაემუქრნენ, რომ თუ ის განაცხადებდა აღნიშნულის შესახებ ან დაზიანებებს აჩვენებდა ექსპერტს, შურს იძიებდნენ მისი ოჯახის წევრებზე.

2011 წლის 1 აგვისტოს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში კვლავ გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა და ბრალდებულის მიერ სახალხო დამცველის სახელზე დაწერილი ახსნა-განმარტება.

2011 წლის 6 სექტემბერს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/33525 პასუხის თანახმად, ზუგდიდის რაიონულ პროკურატურაში დაიწყო გამოძიება სს N053170811801 საქმეზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 144¹-ე მუხლის მეორე ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით. ამჟამად საქმეზე მიმდინარეობს გამოძიება.

ბორის ხ.-ს საქმე

2011 წლის 28 სექტემბერს სახალხო დამცველს განცხადებით მიმართა მოქალაქე მისი მეუღლის, ბორის ხ.-ს, დაკავების ფაქტთან დაკავშირებით. 2011 წლის 29 სექტემბერს სახალხო დამცველის რწმუნებულები იმყოფებოდნენ გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სადაც შეხვდნენ და გაესაუბრნენ პატიმარს. მისი განმარტებით, 2011 წლის 24 სექტემბერს, დაახლოებით დილის 6 საათზე, იგი დაეკავეს გურჯაანის რაიონის სოფელ ვეჯინში, სისხლის სამართლის კოდექსის 177-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულისთვის. მისი განცხადებით, დააკავა ორმა პიროვნებამ, რომლებმაც განაცხადეს, რომ იყვნენ პოლიციის თანამშრომლები. როდესაც ბორის ხ. დაინტერესდა მისი დაკავების მიზეზით, უკნიდან კისრის მიდამოში იგრძნო ძლიერი დარტყმა და დაკარგა გონება. მისი განმარტებით, როდესაც მოვიდა გონს, დაინახა მის ირგვლივ შეკრებილი 15-20 პოლიციის თანამშრომელი. პატიმრის გადმოცემით, მას ყელზე მიაბეს თოკი და ძალის გამოყენებით მიიყვანეს დაახლოებით 100 მეტრში დაბმულ ცხენთან, რომლის მოპარვაშიც ადანაშაულებდნენ. პოლიციის თანამშრომლებმა მას მოსთხოვეს დანაშაულის აღიარება და თანამონაწილის დასახელება. როდესაც ბორის ხ.-მ უარი განაცხადა დანაშაულის აღიარებაზე, მას დაუწყეს ცემა და მუქარა. პატიმრის თქმით, დაახლოებით 2 საათის განმავლობაში მას ფიზიკურად და სიტყვიერად შეურაცხყოფდნენ პოლიციის თანამშრომლები. პატიმარი განმარტავდა, რომ იცნო იქ მყოფი ერთ-ერთი პოლიციის თანამშრომელი ალექსანდრე ბერიკაშვილი. მისი ცემის შესახებ ბორის ხ.-მ განუცხადა როგორც პოლიციის განყოფილების გამომძიებელს, ასევე მოსამართლეს, თუმცა მათი მხრიდან აღნიშნულ ფაქტს რეაგირება არ მოჰყოლია.

2011 წლის 30 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში გაიგზავნა პატიმარ ბორის ხ.-სთან გასაუბრებისას შედგენილი ოქმის ასლი.

2011 წლის 21 ოქტომბერს საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/43738 პასუხით გვეცნობა, რომ 2011 წლის 13 ოქტომბერს კახეთის საოლქო პროკურატურის საგამოძიებო ნაწილში დაიწყო გამოძიება სისხლის სამართლის N043131011801 საქმეზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

2012 წლის 12 იანვარს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში კვლავ გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა, მოეწოდებინა ინფორმაცია წინასწარი გამოძიების მიმდინარეობის თაობაზე. 2012 წლის 24 იანვრის N13/3209 პასუხით გვეცნობა, რომ მოწმის სახით დაიკითხნენ ბორის ხ. და სხვა მოწმეები, ჩატარდა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა. ამჟამად სს საქმეზე მიმდინარეობს გამოძიება.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოს დაქვემდებარებაში არსებული დროებითი მოთავსების იზოლატორები

მოპყრობა

როგორც გასულ წლებში, ახლაც უნდა დადებითად აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ მონიტორინგის დროს დროებითი მოთავსების იზოლატორებში განთავსებულ პირთაგან არც ერთს არ გამოუთქვამს არანაირი სახის პრეტენზია იზოლატორის თანამშრომელთა მიერ რაიმე სახის არასათანადო მოპყრობის თაობაზე. იგივე დასტურდება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განთავსებული პატიმრების მიერ. როგორც ითქვა, ეს უკანასკნელნი ზოგჯერ ჰყვებიან პოლიციის მხრიდან ძალადობაზე, თუმცა ყოველთვის აღნიშნავენ, რომ იზოლატორის თანამშრომლები მათ ექცეოდნენ კორექტულად და მაქსიმალურად ითვალისწინებდნენ მათ საჭიროებებს.

სამწუხარო გამოწვევისა არასათანადო მოპყრობის რამდენიმე ფაქტი, რომლებიც დაფიქსირდა 2011 წლის 26 მაისის მოვლენების შემდეგ დაკავებულ პირებთან დაკავშირებით (იხ. ქვემოთ).

სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ დროებით მოთავსების იზოლაცორებში შენარჩუნდება დაკავებულ პირთა/პატიმართა მიმართ კანონით გათვალისწინებული მოპყრობის ფორმები.

ადმინისტრაციული პატივმოება

დადებითად აღსანიშნავია, რომ საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ ნაწილობრივ გაითვალისწინა სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიშებში ასახული რეკომენდაციები და 2011 წლის 28 დეკემბერს საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის N1074 ბრძანებით „საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ტიპური დებულების, იზოლატორების შინაგანანგის და იზოლატორების საქმიანობის მარეგულირებელი დამატებითი ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2010 წლის 1 თებერვლის №108 ბრძანებაში შევიდა ცვლილებები, რომელთა თანახმად, განისაზღვრა ადმინისტრაციული პატიმრობის პირობები – ერთ ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირზე გამოყოფილი ფართი არ უნდა იყოს 3 კვ.მ.-ზე ნაკლები, ადმინისტრაციული პატიმრობის ადგილს უნდა ჰქონდეს ფანჯარა, რომელიც უნდა უზრუნველყოფდეს ბუნებრივ განათებას და ვენტილაციას, ადმინისტრაციული პატიმრობის ადგილი უნდა თბებოდეს სეზონის მოთხოვნების შესაბამისად, ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ნორმალური საძილე პირობების მოთხოვნების შესაბამისი საწოლით, ლეიბით, საბნითა და თეთრეულით, მიიღოს ამანათი, საკვები და ტანსაცმელი. იმ პირთათვის, რომელთაც 7 დღე-ღამეზე მეტი ვადით განესაზღვრა ადმინისტრაციული პატიმრობა, ხოლო არასრულწლოვნის შემთხვევაში – ერთ დღე-ღამეზე მეტი ვადით, კვირაში ორჯერ უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შხაპის მიღების, ასევე, ყოველდღიური ერთ საათიანი გასეირნების უფლება. იმ იზოლატორებში, სადაც არ არის მოწყობილი სპეციალური გასასეირნებელი ეზო, გასეირნება ხორციელდება საქართველოს შს ორგანოს ადმინისტრაციულ შენობასთან ან მის მიმდებარე ტერიტორიაზე. ასევე, დაკავებულ პირებს უნდა ჰქონდეთ სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვით ბუნებრივი საჭიროების დაკმაყოფილების

შესაძლებლობა და პატიმრობაშეფარდებულ პირს დღე-ღამის განმავლობაში მიუწვდებოდა მასზე ხელი. საპირფარეშო აღჭურვილი უნდა იყოს სანიტარული დანამატებით. 30 დღეზე მეტი ვადით ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებული პირი, მისი მოთხოვნით, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს საპარიკმახერო მომსახურებით. ადმინისტრაციული პატიმრობის აღსრულების ადგილის ადმინისტრაციას ეკრძალება, მოსთხოვოს ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირს თმების მთლიანად გადაპარსვა, თუ არ არსებობს ექიმის მოთხოვნა ან ჰიგიენური აუცილებლობა. იმ პირებს, რომელთაც 30 დღეზე მეტი ვადით განესაზღვრათ ადმინისტრაციული პატიმრობა, ხოლო არასრულწლოვნის შემთხვევაში – 15 დღეზე მეტი ვადით, ეძლევათ პაემნის – თვეში ორჯერ და თვეში ერთხელ 10 წუთის ხანგრძლივობით სატელეფონო საუბრის უფლება. ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირს, ასევე, მიეცა საშუალება, საკუთარი ხარჯებით გამოიწეროს ან/და მიიღოს ლიტერატურა და ჟურნალ-გაზეთები, გააგზავნოს საჩივარ-განცხადებები, წერილები. ბრძანების მიხედვით, ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირს აქვს უფლება საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით დარეგისტრირდეს აბიტურიენტად უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სწავლის გაგრძელებისა და ერთიან ეროვნულ გამოცდებში მონაწილეობის მიღების თაობაზე წერილობითი განცხადების წარდგენით. ასევე, ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირს უნდა შეექმნას ყველა პირობა იმისათვის, რომ არ ჩამორჩეს ზოგადი განათლების პროგრამას.

სახალხო დამცველი მიესალმება ზემოაღნიშნულ ცვლილებებს, რომლებიც უდავოდ გააუმჯობესებენ ადმინისტრაციული პატიმრების პირობებს, თუმცა მიაჩნია, რომ ზოგიერთი დისპოზიცია მაინც არ შეესაბამება სახალხო დამცველის რეკომენდაციებსა და ევროპულ სტანდარტებს.

სახალხო დამცველმა თავის არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში აღნიშნა, რომ დროებითი მოთავსების იზოლატორების ინფრასტრუქტურა არ არის ადაპტირებული ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირების მოსათავსებლად, რის გამოც რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს მთავრობას, უზრუნველყოფილი ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისთვის სპეციალური დაწესებულებების შექმნა რეგიონული პრინციპის გათვალისწინებით, რომლებიც ადაპტირებული იქნება პირთა ხანგრძლივი განთავსებისათვის. დღესდღეობით აღნიშნული რეკომენდაცია არ არის გათვალისწინებული, რის გამოც ადმინისტრაციული პატიმრები კვლავ თავსდებიან დროებითი მოთავსების იზოლატორებში.

საანაგრიშო პერიოდში სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფმა აღმოაჩინა არაერთი დარღვევა ადმინისტრაციული პატიმრების განთავსებასთან და პირობებთან დაკავშირებით, რაზეც რეკომენდაციებით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს.

გიორგი ხ.-ს, აკაკი ჩ.-ს და მერაბ ჭ.-ს საქმე

2011 წლის 29 მარტს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირებს, გიორგი ხ.-ს, აკაკი ჩ.-ს და მერაბ ჭ.-ს. 2011 წლის 26 მარტს, თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის დადგენილებით, ორ მათგანს შეეფარდა ადმინისტრაციული პატიმრობა 20 დღე-ღამის ვადით, ერთს კი – 10 დღე-ღამის ვადით.

ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულმა პირებმა აღნიშნეს, რომ დროებითი მოთავსების იზოლატორში შეზღუდული ჰქონდათ ყოველდღიური ერთსაათიანი გასეირნების უფლება, შხაპის მიღების შესაძლებლობა, რის გამოც ვერ იცავდნენ პირად ჰიგიენას, ასევე, ვერ ეცნობოდნენ პრესას. გიორგი ხ.-მ განაცხადა, რომ სამი დღის განმავლობაში ითხოვდა ექიმთან შეხვედრას, რაც მოგვიანებით დაკმაყოფილდა. მან ასევე აღნიშნა, რომ მიმართა პროტესტის ზომას - შიმშილობას, თუმცა იგი სხვა საკანში არ გადაუყვანიათ და არც ექიმს უნახავს შიმშილობის დაწყების შემდეგ.

საქართველოს სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარებული პირები უნდა სარგებლობდნენ ყველა იმ უფლებით, რომლებიც მსჯავრდებულებს აქვთ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ისინი არა მარტო ყოველდღიური გასეირნების უფლებით უნდა სარგებლობდნენ, არამედ უნდა ჰქონდეთ საშუალება, შეხვდნენ ოჯახის წევრებს, იქონიონ სატელეფონო საუბრები და გარე სამყაროსთან კონტაქტი, რასაც საანგარიშო პერიოდში საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა არ ითვალისწინებდა.

2011 წლის 5 აპრილს სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს, საწყის ეტაპზე უზრუნველყო ყველა იმ უფლების რეალიზება ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარებული პირებისათვის, რომლებიც შინაგან საქმეთა მინისტრის „საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ტიპური დებულების, იზოლატორების შინაგანწესისა და იზოლატორების საქმიანობის მარეგულირებელი დამატებითი ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“ N108 ბრძანებითაა გათვალისწინებული და უზრუნველყო დაკავებულთა/პატიმართა ყველა უფლების ამსახველი ახალი ნორმატიული აქტის გამოცემა.

აღნიშნულ რეკომენდაციაზე სახალხო დამცველის აპარატი პასუხი არ შემოსულა, თუმცა, როგორც ზემოთ აღინიშნა, მოგვიანებით N108 ბრძანებაში განხორციელდა ცვლილებები.

2011 წლის 26 მაისის მოვლენათა დაკავშირებით დაკავებულ პირთა უფლებები

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი (CPT) განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს პოლიციის მიერ დაკავებულ პირთა სამ უფლებას: შეატყობინოს თავისი დაკავების ფაქტის შესახებ მესამე მხარეს, რომელსაც თვითონ არჩევს (ოჯახის წევრი, მეგობარი, საკონსულო), უფლებას ადვოკატზე და უფლებას მოითხოვოს სამედიცინო შემოწმება იმ ექიმის მიერ, რომელსაც აირჩევს (დამატებით, ნებისმიერი სამედიცინო შემოწმება პოლიციის მიერ მოყვანილი ექიმის მიერ). კომიტეტის აზრით, ეს არის სამი ძირითადი საშუალება დაკავებული პირების სასტიკი მოპყრობისაგან დასაცავად, რომლებიც გამოიყენება თავისუფლების აღკვეთის საწყის ეტაპზე.⁵⁶⁶

2011 წლის 26 მაისის ღამეს განვითარებული მოვლენებისას დაკავებულ იქნა 200-მდე პირი, რომლებიც აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს სხვადასხვა დროებითი მოთავსების იზოლატორებში იქნენ გადანაწილებულნი. გარდა ამისა, რამდენიმე ათეული პირის ადგილსამყოფელი რამდენიმე დღე უცნობი იყო. მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში გამომძიებლები დაუკავშირდნენ დაკავებულების ოჯახს და შეატყობინეს მათი ახლობლის დაკავებისა და ადგილსამყოფელის შესახებ.

26 მაისს სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა მოინახულეს თბილისის N2, მცხეთის, კასპის, კახეთის, ქვემო ქართლის და შიდა ქართლის რეგიონალურ დროებითი მოთავსების იზოლატორში განთავსებული პირები. როგორც მოგვიანებით აღმოჩნდა, თბილისის N2 დმი-ში განთავსებული პირები იმავე დღეს გადაიყვანეს სხვა იზოლატორებში. შესაბამისად, ადვოკატებმა ვერ შეძლეს მათი მონახულება, პატიმრებს შეეზღუდათ დაცვის უფლება, ვერ გამოიყენეს ადმინისტრაციული პატიმრობის გასაჩივრების კანონით დადგენილი საშუალება 48 საათიანი ვადის გასვლის გამო, მათი ოჯახის წევრები კი მოკლებულნი იყვნენ ელემენტარულ შესაძლებლობას, სცოდნოდან სად იმყოფებდნენ მათი ახლობლები.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს, დაუყოვნებლივ უზრუნველყო 2011 წლის 26 მაისის ღამეს განვითარებული მოვლენების დროს დაკავებულ პირთა უფლებების აღდგენა, კერძოდ, დაკავებულ პირებს მისცემოდათ საშუალება, დაჰკავშირებოდნენ ოჯახის წევრებსა და ადვოკატებს,

566 [CPT/Inf (92) 3] მეორე საერთო ანგარიში, პარ.36

უზრუნველყოფილი ყოფილიყვნენ ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებით და ამანათით მიეღოთ კანონმდებლობით დაშვებული ნივთები.

აღნიშნულ რეკომენდაციაზე სახალხო დამცველის აპარატში პასუხი არ შემოსულა.

2011 წლის 28 მაისს სახალხო დამცველის ოფიციალურ ვებგვერდზე გამოქვეყნდა ინფორმაცია, რომელშიც აღნიშნული იყო ყველა იმ დაკავებულის სახელი და გვარი, რომლებიც 26 მაისის მოვლენებთან დაკავშირებით განთავსებული იყვნენ ამა თუ იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორში. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ დაკავებულთა ნაწილს მეტ-ნაკლებად სერიოზული ხასიათის დაზიანებები აღენიშნებოდა. რამდენიმე დაკავებულს მძიმე კატეგორიის დაზიანებები ჰქონდა, რაც ასევე დასტურდებოდა დროებითი მოთავსების იზოლატორში შეყვანისას შევსებული გარეგნული დათვალიერების ოქმებით. დაკავებულები ზეპირ საუბარში აცხადებენ, რომ დაზიანებები მიღებული ჰქონდათ როგორც აქციის დაშლისას, ისე დაკავების შემდეგ, თუმცა უმრავლესობამ უარი განაცხადა სახალხო დამცველის წარმომადგენლისთვის ახსნა-განმარტების მიცემაზე.

ლაშა ჩ.-ს საქმე

2011 წლის 11 ივნისს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ შიდა ქართლის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლატორში განთავსებულ ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირს, ლაშა ჩ.-ს, რომელმაც აღნიშნა, რომ პატიმრობის პირველივე დღიდან ირღვეოდა მისი უფლებები. კერძოდ, მან გამოაცხადა შიმშილობა, რის თაობაზეც დმი-ს ადმინისტრაციას განცხადებით მიმართა 2011 წლის 07 ივნისს. იგი აცხადებდა, რომ მასზე, როგორც მოშიმშილე პატიმარზე, არ ხორციელდებოდა სამედიცინო კონტროლი. მისი განმარტებით, მოთხოვნიდან მხოლოდ სამი დღის შემდეგ გამოიძახეს სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. პატიმრის გადმოცემით, მასთან ამანათით არ შეუშვეს ტანსაცმელი, სიგარეტი და პრესა. იგი აცხადებდა, რომ დმი-ში შესახლების შემდეგ ჩამოართვეს სიგარეტი და განუმარტეს, რომ სიგარეტის მოწევა დროებითი მოთავსების იზოლატორში აკრძალულია. ამ უკანასკნელ საკითხზე სახალხო დამცველის რწმუნებულები გაესაუბრნენ დმი-ს უფროსს, ელდარ დალაქიშვილს, რომელმაც დაადასტურა, რომ ლაშა ჩ.-ს ჩამოერთვა სიგარეტი, ვინაიდან, როგორც დმი-ს უფროსი აცხადებდა, აღნიშნული დაწესებულება არის „საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილი“ და იქ სიგარეტის მოწევა აკრძალულია.

2011 წლის 13 ივნისს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს შსს ადმინისტრაციის ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოს უფროსს რეაგირებისთვის გაეგზავნა ლაშა ჩ.-სთან შედგენილი ოქმის ასლი. აღნიშნულ წერილზე პასუხი არ მიგვიღია.

იმერეთის, რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის რეგიონალური დმი (ქ.ქუთაისი)

2011 წლის 31 მაისს სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ იმერეთის, რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლატორში განთავსებულ პატიმრებს: ლევან ჩ.-ს, ვასილ ბ.-ს, დავით თ.-ს, ვლად შ.-ს, იური კ.-ს, ოთარ ა.-ს, გიორგი ფ.-ს, ლევან კ.-ს, გელა დ.-ს, ირაკლი კ.-ს, მამუკა გ.-ს, ზურაბ შ.-ს, ზურაბ ტ.-ს და გ. გ.-ს. აღნიშნული პირები გადანაწილებულნი იყვნენ დროებითი მოთავსების იზოლატორის სამ საკანში. მათი განმარტებით, ისინი მოკლებულნი იყვნენ ყოველდღიური გასეირნების უფლებას, შხაპის მიღების შესაძლებლობას, ამანათის სახით ვერ იღებდნენ ტანსაცმელსა და სიგარეტს. მათ არც ჰიგიენური ნივთები ეძლეოდათ.

პატიმართა გადმოცემით, ისინი დმი-ს ადმინისტრაციას ყოველ ღამით გაჰყავდა დერეფანში, სადაც დასჯის მიზნით 30–40 წუთის განმავლობაში აყენებდნენ კედლისკენ სახით, თავდახრილებს. მათი განმარტებით, აღნიშნულ საქციელს ადმინისტრაცია „ამართლებდა“ ზეპირსიტყვიერი მითითებით შინაგან საქმეთა სამინისტროს ხელმძღვანელობის მხრიდან.

პატიმართა ნაწილი აღნიშნავდა, რომ მათ ესაჭიროებოდათ სამედიცინო დახმარება, რომელზეც, აღნიშნულ დროებითი მოთავსების იზოლატორში ხელი არ მიუწვდებოდათ.

2011 წლის 6 ივნისს სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს ზემოაღნიშნულ დარღვევათა აღმოფხვრისა და შესაბამისი პირების პასუხისმგებლობის საკითხის დაყენების შესახებ.

აღნიშნულ რეკომენდაციაზე სახალხო დამცველის აპარატში პასუხი არ შემოსულა.

ოთარ ა.-ს საქმე

2011 წლის 10 ივნისს სახალხო დამცველს განცხადებით მიმართა ზესტაფონის დროებითი მოთავსების იზოლატორში განთავსებული ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირის, ოთარ ა.-ს, მშობელმა. მისი განმარტებით, მის შვილს 2011 წლის 20 ივლისს უმთავრდებოდა პატიმრობის ვადა, 2011 წლის 14 და 15 ივლისს კი პატიმარს მონაწილეობა უნდა მიეღო ივ. ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო გამოცდებში.

განცხადებას თანდართული ჰქონდა გამოცდების ეროვნული ცენტრის მიერ 2011 წლის 6 ივნისს გაცემული ცნობა, რომელშიც აღნიშნული იყო, რომ ოთარ ა. ნამდვილად იყო დარეგისტრირებული 2011 წლის საერთო სამაგისტრო გამოცდებზე.

2011 წლის 21 ივნისს სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს, უზრუნველყო პატიმრის მონაწილეობა სამაგისტრო გამოცდებში.

2011 წლის 1 ივლისს, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროდან მიღებული პასუხის თანახმად, პატიმარი ოთარ ა. გაყვანილი იქნებოდა ივ.ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტში სამაგისტრო გამოცდებში მონაწილეობის მისაღებად.

საყოფაცხოვრებო პირობები

მისასალმებელია, რომ გაუქმდა იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორების ნაწილი, რომლებიც სრულად ამორტიზებულ შენობებში იყო განთავსებული და რომელთა ლიკვიდაციის თაობაზეც სახალხო დამცველმა რეკომენდაცია გასცა. ესენია გორის, ხაშურისა და ცაგერის დროებითი მოთავსების იზოლატორები.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საანგარიშო პერიოდში კვლავ ფუნქციონირებდა სამტრედიის დროებითი მოთავსების იზოლატორი, სადაც ადამიანის მოთავსება, თუნდაც მცირე ხნით, შეიძლება არაადამიანურ და ღირსების შემლახავ მოპყრობად ჩაითვალოს. სამტრედიის დმი შედგება 6 საკნისგან, მათგან 3 მოქმედია. დმი-ში ანტისანიტარიაა. საკნებში არის სინესტე და სიბინძურე. ფანჯრებზე აფარებულია ლითონის ნახერცებიანი ფირფიტა, რის გამოც შეუძლებელია საკნის ვენტილაციისა და განათების უზრუნველყოფა. კედლებიდან ჩამოყრილია ბათქაში. მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა მღრღნელებისა და მორიელების არსებობა. საპირფარეშო განთავსებულია დერეფნის ბოლოს და მისი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ძალიან ცუდი. დმი-ში არ არის საშხაპე, სასეირნო ეზო და გათბობის არანაირი საშუალება.

ციხის ევროპული წესების მიხედვით, „პატიმრებისათვის უზრუნველყოფილი საცხოვრებელი, განსაკუთრებით კი საძინებელი, უნდა პასუხობდეს ადამიანის ღირსების პატივისცემის და მაქსიმალური შესაძლებლობის ფარგლებში, ასევე, განმარტების მოთხოვნებს. დაცული უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის მოთხოვნები, ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს

საქართველოს
შინაგან საქმეთა
მინისტრის
განცხადება

კლიმატურ პირობებსა და განსაკუთრებით ფართის ოდენობას, ჰაერის მოცულობას, განათებასა და ვენტილაციის პირობებს.⁵⁶⁷

ზოგიერთ დროებითი მოთავსების იზოლაცორში არ არის დამონტაჟებული ცენტრალური გათბობის სისტემა (ბორჯომი, ახალქალაქი, ზესტაფონი, თეთრი წყარო, მესტია, თერჯოლა, ამბროლაური და სამტრედია), რის გამოც საკნები არ თბება და დაკავებულებს/პატიმრებს სიცივეში უწევთ ყოფნა.

დროებითი მოთავსების იზოლაციორების უმრავლესობაში არ არის საკმარისი განათება და ვენტილაცია; ზოგიერთ მათგანს საერთოდ არ გააჩნია ფანჯარა (ახალციხე, ბორჯომი) ან ეს უკანასკნელი იმდენად მცირე ზომისაა, რომ ვერ უზრუნველყოფს ბუნებრივ ვენტილაციასა და განათებას (ჩოხატაურის, ოზურგეთის და ლანჩხუთის ერთი საკანი, სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონალური, ხობის, ზუგდიდის N1, სენაკის, ქვემო ქართლის, თეთრი წყაროს, თერჯოლის 2 საკანი, ქუთაისის, საგარეჯოს, თელავის, ზესტაფონის, ჭიათურის, ხაშურის, კასპის, გარდაბნის, დუშეთისა და თბილისის N2 დმი-ები). ზოგიერთ დმი-ს საკნებში ფანჯრები საკმარისი ზომისაა, თუმცა სამმაგი გისოსები არ იძლევა ნორმალური განათებისა და ვენტილაციის საშუალებას (სიღნაღი).

აღსანიშნავია, რომ 2010–11 წლებში გარემონტდა და აშენდა არაერთი დროებითი მოთავსების იზოლაციორი, თუმცა სამწუხაროა, რომ მათი ინფრასტრუქტურა კვლავ არ იძლევა საშუალებას, საკნებში უზრუნველყოფილ იქნეს ბუნებრივი ვენტილაცია და განათება.

ციხის ევროპული წესების მიხედვით, „პატიმრებს იოლად უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი საპირფარეშოებზე, რომლებიც უნდა იყოს ჰიგიენური და იძლეოდეს განმარტოების საშუალებას.“⁵⁶⁸

დმი-ების საკნებში განთავსებული საპირფარეშოები არ არის იზოლირებული. სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს, ყველა დროებითი მოთავსების იზოლაციორში მოხდეს საპირფარეშოების იზოლირება, თუმცა აღნიშნული რეკომენდაცია ჯერ არ შესრულებულა.

ამბროლაურის, თბილისის N1 და ბათუმის დმი-ს ზოგიერთი საკნის გარდა, სხვა იზოლაციორების საკნებში თითოეულ დაკავებულზე გამოყოფილი ფართი არ აკმაყოფილებს 4 კვ.მ. სტანდარტს. სახალხო დამცველმა თავის არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში გასცა რეკომენდაცია, თითოეულ დაკავებულზე გათვალისწინებული ყოფილიყო 4 კვ.მ. ფართი. აღნიშნული რეკომენდაცია გასცა წამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმაც. რაც შეეხება საკნებს, სადაც დაკავებულები მარტო არიან განთავსებულნი, მათი ფართობი არ უნდა იყოს 7 კვ.მ.-ზე ნაკლები.⁵⁶⁹

მიუხედავად სახალხო დამცველის რეკომენდაციისა, ზოგიერთ დროებითი მოთავსების იზოლაციორ-ში საწოლების მაგივრად კვლავ გამოიყენება ფიცარნაგი. ესენია: ახალქალაქის, გარდაბნის, წალკის დმი-ები, თბილისის N2 დმი-ს ზოგიერთი საკანი და ქვემო ქართლის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლაციორები.

სახალხო დამცველმა არაერთგზის გასცა რეკომენდაცია იმის თაობაზე, რომ 24 საათზე მეტი ხნით დაკავებულ პირებს ჰქონოდათ ყოველდღიურად, მინიმუმ ერთსაათიანი გასეირნების უფლება, თუმცა დროებითი მოთავსების იზოლაციორების უმეტესობაში არ არის სასეირნო ეზოები. ესენია: დუშეთის, თეთრიწყაროს, წალკის, სიღნაღის, საგარეჯოს, კასპის, ზესტაფონის, სამტრედიის, თერჯოლის, ამბროლაურის, ლენტეხის, ბორჯომის, ქობულეთის, ზუგდიდის, ფოთის, ხობის, ჩხოროწყუს დმი-ები, ასევე, სამცხე-ჯავახეთის, იმერეთის, რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონულ დროებითი მოთავსების იზოლაციორები. დადებითად აღსანიშნავია, რომ ეზოს არქონის შემთხვევაში 7 დღეზე მეტი ვადით განთავსებულ ადმინისტრაციულ პატიმრებს ასეირნებენ იზოლაციორის მიმდებარე ტერიტორიაზე. მათ სეირნობის წინ ხელს აწერიან გაფრთხილების ფურცელზე, რომელზეც აღნიშნულია იმ პასუხისმგებლობის შესახებ, რომელიც პირს დაეკისრება გაქცევის შემთხვევაში.

567 18.1-ე წესი

568 19.3-ე წესი

569 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) 2010 წლის ანგარიში საქართველოს მთავრობას, პარ.117

ზოგიერთ ახალ დროებითი მოთავსების იზოლატორში სასაქონლო ეზოდ გამოიყენება დერეფნები, რაც ყოველად გაუმართლებელია. ესენია თბილისის N1 და ოზურგეთის რეგიონული დმი-ები.

საანგარიშო პერიოდში მოქმედი შინაგან საქმეთა მინისტრის N108 ბრძანების მიხედვით, „საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ტიპური დებულების, იზოლატორების შინაგანანგის და იზოლატორების საქმიანობის მარეგულირებელი დამატებითი ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“, ყოველდღიური გასაღებების უფლება ეძლევათ მხოლოდ იმ პირებს, რომლებსაც სასამართლოს მიერ განესაზღვრათ პატიმრობა არანაკლებ 15 დღის ვადით.

სისუფთავისა და პირადი ჰიგიენის დაცვა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია პატიმართა ღირსებისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების თვალსაზრისით. ამდენად, ყველაფერი უნდა გაკეთდეს იმისათვის, რომ ნებისმიერ პატიმარს მიეცეს შხაპით სარგებლობისა და სისუფთავის დაცვის საშუალება. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორებში, სადაც მონყოილია საშხაპე ოთახები, პატიმრებს შესაძლებლობა აქვთ, მიიღონ შხაპი კვირაში ერთხელ, თუმცა პრობლემად რჩება ის დროებითი მოთავსების იზოლატორები, სადაც არ არის საშხაპე ოთახები. ესენია დუშეთის, სამტრედიის, ლენტეხის, ახალქალაქის და მესტიის დროებითი მოთავსების იზოლატორები. დადებითად აღსანიშნავია, რომ დმი-ების საკნებს დღეში ორჯერ ალაგებენ დამლაგებლები.

ყველა დმი-ში დაკავებულებს მიეწოდებათ სტანდარტული საკვები – პური, კონსერვის პაშტეტი და პაკეტის სუპი. აღნიშნული საკვები არასრულფასოვანია, რაც განსაკუთრებით შემაშვოთებელია იმის გათვალისწინებით, რომ პირს შეიძლება 3 თვის მანძილზეც კი მოუწიოს დროებითი მოთავსების იზოლატორში ყოფნა და არ ჰყავდეს ახლობლები, რომლებიც ამანათით დამატებით საკვებს შემოუგზავნიან.

გამონაკლისია თბილისის N1 და N2 დმი-ები, სადაც განთავსებულ პირებს საკვები მიეწოდებათ დანესებულების სასაბუღალტროდან, რაც თავისუფლებაალკვეთილი პირებისთვის გაცილებით სრულფასოვან და მრავალფეროვან კვებას უზრუნველყოფს.

დოკუმენტაციის დამოწმება

მონიტორინგის დროს, დმი-ების ადმინისტრაციის წარმომადგენლებთან გასაუბრებისას, მათი მხრიდან წამოიჭრა შემდეგი სახის პრობლემა: ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება დაკავებული პირის/ადმინისტრაციული პატიმრის მიერ ხელმოწერილი დოკუმენტის ნოტარიული წესით დამოწმება, მაგალითად, როცა დაკავებულის/პატიმრის არასრულწლოვანი შვილი მიემგზავრება საზღვარგარეთ და ამისთვის საჭიროა დედის ან მამის ნოტარიულად დამოწმებული თანხმობა.

განსხვავებით სასჯელსრულების დანესებულებების დირექტორებისგან, დროებითი მოთავსების იზოლატორების უფროსებს არ აქვთ კანონით მინიჭებული უფლებამოსილება, შეასრულონ ნოტარიუსის ფუნქციები – „ნოტარიატის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლი განსაზღვრავს თანამდებობის პირთა მიერ იმ ანდერძებისა და რწმუნებულებების დადასტურებას, რომლებიც უთანაბრდება სანოტარო წესით დადასტურებულ დოკუმენტებს და რომელთა ჩამონათვალიც არ გვხვდება დროებითი მოთავსების იზოლატორის უფროსი. შესაბამისად, დაკავებულ პირს/ადმინისტრაციულ პატიმარს და მის ოჯახს ან საქმიან პარტნიორებს ექმნებათ პრობლემა დოკუმენტის დადასტურებასთან დაკავშირებით.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ „ნოტარიატის შესახებ“ საქართველოს კანონში უნდა შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და დროებითი მოთავსების იზოლატორების უფროსებს მიეცეთ ისეთივე უფლებამოსილება, როგორც პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დანესებულებების

საქართველოს
კანონი

დირექტორებს აქვთ. აღნიშნული ცვლილება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იქნება ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისათვის.

წინადადება საქართველოს პარლამენტს: „ნოტარიატის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის 1-ლ პუნქტს დაემატოს შესაბამისი შინაარსის ქვეპუნქტი, რომელიც დროებითი მოთავსების იზოლატორის უფროსის მიერ დოკუმენტის დადასტურებას გაუთანაბრებს სანოტარო წესით დადასტურებას.

რეკომენდაცია საქართველოს მთავრობას: ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისთვის უზრუნველყოფილ იქნეს სპეციალური დანესებულებების შექმნა, რეგიონული პრინციპის გათვალისწინებით, რომლებიც ადაპტირებული იქნება პირთა ხანგრძლივი განთავსებისათვის.

რეკომენდაციები საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს:

განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები N108 ბრძანებაში, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს:

- 24 საათზე მეტი ხნით ყველა დაკავებულის/პატიმრის ყოველდღიური გასეირნების უფლება სუფთა ჰაერზე ამისთვის სპეციალურად გამოყოფილ ადგილას, ასევე, საკმარისი რეგულარობით შხაპის მიღების საშუალება;
- თითოეული დაკავებულისათვის საერთო განთავსების საკნებში 4 კვ.მ. ფართის, ხოლო ერთი პირის განთავსებისთვის განკუთვნილ საკნებში – მინიმუმ 7 კვ.მ. ფართის გათვალისწინება;

შინაგან საქმეთა სამინისტროს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოს უფროსს:

- ყველა დმი-ში ლიკვიდირებულ იქნეს ფიცარნაგები და ყველა დაკავებული უზრუნველყოფილ იქნეს ინდივიდუალური საწოლით;
- ყველა დროებითი მოთავსების იზოლატორის საკნებში დამონტაჟდეს ცენტრალური გათბობა, ასევე უზრუნველყოფილ იქნეს საკნების სათანადო განათება და ვენტილაცია, მათ შორის, ბუნებრივი საშუალებით;
- მოხდეს იმ იზოლატორების ლიკვიდაცია, რომლებშიც, ინფრასტრუქტურის თავისებურებებიდან გამომდინარე, შეუძლებელია სათანადო პირობების შექმნა;
- ყველა დროებითი მოთავსების იზოლატორში მოხდეს საპირფარეშოს იზოლირება;
- დროებით მოთავსების იზოლატორებში განთავსებული პირები უზრუნველყოფილნი იყვნენ სამჯერადი, სრულფასოვანი კვებით.

ჯანმრთელობის უზღავის დაცვა პენიტენციურ სისტემაში

ციხეთა გადატვირთულობის ჯანდაცვითი ასაქმება

საქართველოს პენიტენციური სისტემის მოსახლეობა, ბოლო წლების მონაცემებით, მკვეთრი ზრდის ტენდენციით გამოირჩევა. მიუხედავად იმისა, რომ პარალელურ რეჟიმში ინტენსიურად მიმდინარეობს სასჯელაღსრულების ახალი დაწესებულებების მშენებლობა და არსებული ინფრასტრუქტურის სიმძლავრეების გაზრდა, პატიმართა რაოდენობა და არსებული ჯანდაცვითი შესაძლებლობები მაინც დისპროპორციულია. გადატვირთულობა ნამდვილად წარმოადგენს ციხეში მრავალი ჯანდაცვითი პრობლემის გაჩენის ან დამძიმების აშკარა მიზეზს. მათ შორის უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოვყოთ კომუნიკაბელური დაავადებების მატება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემათა გამწვავება. გადატვირთულ დაწესებულებებში, გარდა იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალის ისედაც ზენორმირებული დატვირთვა ველარ უმკლავდება პაციენტთა ჯანდაცვით საჭიროებებს, არ არსებობს ასევე რესურსები და სახსრები სამედიცინო პრობლემების მოსაგვარებლად. ამის ნათელი მაგალითია სამკურნალო დაწესებულებებში გადაყვანის დაყოვნება, მკურნალობისათვის ნაკლებად ეფექტური სამკურნალო საშუალებების გამოყენება (პრინციპით - რაც შეიძლება ფართო მოცვა არასაკმარისი რესურსებით), უკანონო საექიმო საქმიანობის განხორციელება (როდესაც სპეციალისტთა ნაკლებობის გამო სხვა სპეციალისტების ექიმს უწევს მისთვის არაპროფილური საქმიანობის შესრულება, რაშიც მას საკმარისი ცოდნა და გამოცდილება არ გააჩნია) და სხვა.

2011 წლისათვის საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მიერ დამტკიცებული ლიმიტების შესაბამისად, შესაძლებელია განთავსდეს 24.280 თავისუფლება აღკვეთილი პირი. (ამ მაჩვენებელში არ შედის თბილისის N10 დაწესებულება, რომელიც 2011 წლის განმავლობაში პრაქტიკულად დახურულია და მასში პატიმრები 2011 წლის 18 მარტიდან განთავსებულნი აღარ არიან, ასევე ხონის N13 დაწესებულება, რომელიც მხოლოდ წლის პირველ ნახევარში ფუნქციონირებდა). მონიტორინგის ჩატარების დროს, პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა დაადგინა, რომ 2011 წლის პირველ ნახევარში სულ საქართველოს პენიტენციური სისტემის მოქმედ 18 დაწესებულებაში განთავსებული იყო 24.261 პატიმარი, ხოლო მეორე ნახევარში მოქმედ 17 დაწესებულებაში - 24.114 პატიმარი. აღნიშნული პრაქტიკულად შეესაბამება დადგენილი ლიმიტის საზღვრებს. აღნიშნული სტატისტიკა ცალკეული დაწესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

2011

№	დანესებულების დასახელება	პატიმართა ლიმიტი		არსებული მდგომარეობა	
		I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ
1	№1 თბილისი	750	750	1074	1329
2	№2 ქუთასი	1840	1840	1451	1450
3	№3 ბათუმი	557	557	652	531
4	№4 ზუგდიდი	305	305	378	338
5	№5 რუსთავი	1200	1200	1157	1174
6	№6 რუსთავი	1400	1400	1194	1246
7	№7 თბილისი	108	108	39	37
8	№8 თბილისი	3672	3672	3505	3408
9	№9 თბილისი	970	970	1044	1064
10	№10 თბილისი	---	---	---	---
11	№11 თბილისი	160	160	164	138
12	№12 თბილისი	700	700	796	849
13	№13 ხონი	650	--	73	--
14	№14 გეგუთი	2500	2500	2693	2693
15	№15 ქსანი	3300	3300	3271	3645
16	№16 რუსთავი	2704	2704	2560	2515
17	№17 რუსთავი	2744	2744	3168	2721
18	№18 თბილისი	180	180	218	222
19	№19 ქსანი	540	540	824	754
	ს უ ლ:	24.280	23.630	24.261	24.114

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მიუხედავად იმისა, რომ მონიტორინგის ჩატარების პერიოდში პატიმართა არსებული რაოდენობა არ აღემატებოდა საქართველოს ყველა სასჯელაღსრულების დანესებულების ლიმიტს, ცალკეულ დანესებულებებში ეს ასე არ არის და, სამწუხაროდ, გადატვირთულობის პრობლემა რამდენიმე დანესებულებაში. გადატვირთულობის პროცენტი მერყეობს 8-იდან 77-ის შუალედში. განსაკუთრებით საგანგაშოა ის მდგომარეობა, რომ სისტემაში არსებული ორივე სამკურნალო დანესებულება მკვეთრი გადატვირთულობის პირობებში მუშაობს, რაც აუცილებლად აისახება განუხლები მომსახურების ხარისხზე. გადატვირთული დანესებულების სია და გადატვირთულობის დონე ასახულია ცხრილში:

2011 წლის პირველ ნახევარში:

№	დანესებულების დასახელება	პატიმართა ლიმიტი	არსებული მდგომარეობა	გადატვირთულობა	
				რიცხვ.	%
1	№19 ქსანი	540	824	284	53 %
2	№1 თბილისი	750	1074	324	43 %
3	№4 ზუგდიდი	305	378	73	24 %
4	№18 თბილისი	180	218	38	21 %
5	№3 ბათუმი	557	652	95	17 %
6	№17 რუსთავი	2744	3168	424	15 %
7	№12 თბილისი	700	796	96	14 %
8	№9 თბილისი	970	1044	74	8 %
9	№14 გეგუთი	2500	2693	193	8 %

2011 წლის მეორე ნახევარში:

№	დანესებულების დასახელება	პატიმართა ლიმიტი	არსებული მდგომარეობა	გადატვირთულობა	
				რიცხვ.	%
1	№1 თბილისი	750	1329	579	77 %
2	№19 ქსანი	540	754	214	40 %
3	№18 თბილისი	180	222	42	23 %
4	№12 თბილისი	700	849	149	21 %
5	№4 ზუგდიდი	305	338	33	11 %
6	№9 თბილისი	970	1064	94	10 %
7	№14 გეგუთი	2500	2693	193	8 %

როგორც ჩანს, გადატვირთულობა მაქსიმალურია ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დანესებულებაში, თბილისის N1 დანესებულებაში, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულებაში, ზუგდიდის N4 დანესებულებაში და ა.შ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გადატვირთულობის პრობლემა განსაკუთრებულ სირთულეებს ქმნის სასჯელაღსრულების სისტემის იმ დანესებულებებში, სადაც არსებული ინფრასტრუქტურა მოძველებულია და რთულ მდგომარეობაშია. ამ მხრივ უნდა გამოიყოს თბილისის N1, ზუგდიდის N4, ბათუმის N3, თბილისის N12 და თბილისის N9 დანესებულებები. გადატვირთულობის ზღვარზე უნევეს მუშაობა N11 არასრულწლოვანთა დანესებულებასაც.

სასჯელაღსრულების დანესებულებათა სამედიცინო პერსონალი

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზე გამოქვეყნებული ინფორმაციის მიხედვით, „სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა ადგილებზე შეესაბამება ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სტანდარტებით გათვალისწინებულ ნორმებს“. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა ვერ მოიძია ქვეყანაში არსებული რომელიმე სტანდარტიან ნორმატიული დოკუმენტი, რომელიც არეგულირებს სამედიცინო პერსონალის რაოდენობას მომსახურების მიწოდების ადგილებში. განსაკუთრებით ხაზგასასმელია, რომ ასეთი დოკუმენტი არ არსებობს პენიტენციური დანესებულების მიმართ. აქედან გამომდინარე, კვლავ გაურკვეველია, თუ რას გულისხმობდა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო ამ ინფორმაციის გავრცელებისას.

საქართველოს სახალხო დამცველმა 2011 წლის პირველ და მეორე ნახევარში ჩატარებული გვერდითი მონიტორინგების დროს დეტალურად შეისწავლა ადამიანური რესურსების საკითხი პენიტენციურ ჯანდაცვაში, მათი გვარობა და გადანაწილება დანესებულებების მიხედვით. აღნიშნულ საკითხს ყოველწლიურად დიდი მნიშვნელობა ეთმობა. ადამიანური რესურსების არსებობა ერთ-ერთი წინაპირობაა იმისა, რომ სამედიცინო მომსახურების სახეები ფიზიკურად არსებობდეს და მიეწოდებოდეს ბენეფიციარებს. 2011 წლის განმავლობაში ექიმთა და ექთანთა რაოდენობა მცირე ფარგლებში მერყეობდა, თუმცა უფრო სტაბილური იყო წინა წლებთან შედარებით.

საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა 2011 წლის 8 აგვისტოს წერილობით მიმართა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს (N756/03) და სხვა პუნქტებთან ერთად, მოსთხოვა წარმოედგინა საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის (ექიმები, ექთნები, ტექნიკური პერსონალი) სრული სია დანესებულებების მიხედვით და ექიმის სპეციალობის მითითებით (რომელ დარგში ფლობს სახელმწიფო სერტიფიკატს); მიუხედავად ამისა, სახალხო დამცველის აპარატში საპასუხო წერილი არ შემოსულა. ხოლო 2011 წლის 6 სექტემბერს შემოსული ერთ-ერთი წერილით (N07-8504), რომელიც სულ სხვა საკითხებს ეხებოდა,

მ
ე
დ
ი
ა

სამედიცინო დეპარტამენტმა სახალხო დამცველის აპარატს აცნობა, რომ „შესაბამისი მასალისა და ინფორმაციის მოძიების შემდგომ პასუხი გეცნობებათ დამატებით.“ მიუხედავად ამისა, სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ აღნიშნული ინფორმაცია არ ყოფილა წარმოდგენილი, რაც უხეშად არღვევს საქართველოს ორგანულ კანონს „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ.“

პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა, 2011 წლის ზაფხულში ადგილზე ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად დაადგინა, რომ პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებულია სულ 177 ექიმი, 16 სტომატოლოგი, 168 ექთანი, 19 ფარმაცევტული განათლების მქონე პირი და 20 სხვა პროფილის სამედიცინო პერსონალი. რაც შეეხება წლის მეორე ნახევარს, შესაბამისი გეგმური მონიტორინგის ჩატარების დროს აღმოჩნდა, რომ სულ სისტემაში დასაქმებულია 171 ექიმი, 16 სტომატოლოგი, 173 ექთანი, 18 ფარმაცევტული განათლების მქონე პირი, 8 სანიტარი და 13 სხვა პროფილის სამედიცინო პერსონალი. როგორც ჩანს, წლის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის სამტატო სტაბილურობაა.

აღნიშნული სპეციფიკა დაწესებულებების მიხედვით წლის პირველი და მეორე ნახევრების შესაბამისად შემდგენილად გამოიყურება:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	ექიმთა რაოდენობა	ექთანთა რაოდენობა	სტომატოლოგთა რაოდენობა	ფარმაცევტთა რაოდენობა	სხვა პერსონალი
1	№1 თბილისი	4	5	0.5*	1	0
2	№2 ქუთაისი	7	8	1	1	0
3	№3 ბათუმი	5	4	1	1	0
4	№4 ზუგდიდი	4	4	0.5	1	0
5	№5 რუსთავი	8	6	1	1	0
6	№6 რუსთავი	5	6	1	1	0
7	№7 თბილისი	2	2	0.5	0.5	0
8	№8 თბილისი	15	16	1	1	0
9	№9 თბილისი	4	6	1	1	0
10	№10 თბილისი	---	---	---	---	---
11	№11 თბილისი	3	4	1	1	0
12	№12 თბილისი	3	4	0.5	0.5	0
13	№13 ხონი	5	4	0.5	1	0
14	№14 გეგუთი	5	5	0.5	1	0
15	№15 ქსანი	8	7	0.5	1	0
16	№16 რუსთავი	8	7	1	1	0
17	№17 რუსთავი	8	11	2	1	0
18	№18 თბილისი	65	52	2	2	17
19	№19 ქსანი	18	17	0.5	2	3
სულ:		177	168	16	19	20

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	ექიმთა რაოდენობა	ექთანთა რაოდენობა	სტომატოლოგთა რაოდენობა	ფარმაცევტთა რაოდენობა	სხვა პერსონალი
1	№1 თბილისი	5	5	0.5 ⁵⁷⁰	1	0
2	№2 ქუთაისი	10	9	1	1	0
3	№3 ბათუმი	5	4	1	1	0
4	№4 ზუგდიდი	4	4	1	1	0

570 თბილისის N1 და N12-ს ემსახურება ერთი სტომატოლოგი

5	№5 რუსთავი	8	8	1	1	0
6	№6 რუსთავი	5	7	1	1	0
7	№7 თბილისი	2	3	0.33 ⁵⁷¹	0.5 ⁵⁷²	0
8	№8 თბილისი	15	17	1	1	0
9	№9 თბილისი	2	6	1	1	0
10	№10 თბილისი	---	---	---	---	---
11	№11 თბილისი	3	4	1	1	0
12	№12 თბილისი	3	4	0.5*	0.5**	0
13	№13 ხონი	-	-	-	-	-
14	№14 გეგუთი	8	7	1	1	0
15	№15 ქსანი	8	7	0.33***	1	0
16	№16 რუსთავი	7	7	1	1	0
17	№17 რუსთავი	7	10	2	1	0
18	№18 თბილისი	59	52	2	2	10
19	№19 ქსანი	20	19	0.33***	2	3
ს უ ლ:		171	173	16	18	13

177 და 171 ექიმის სიაში (წლის ნახევრების მიხედვით) შეყვანილი არიან ადგილობრივი მთავარი ექიმებიც, თუმცა მათგან 11 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტია, ხოლო 7 მთავარ ექიმს კი სახელმწიფო სერტიფიკატი რომელიმე ამჟამად მოქმედ სპეციალობაში არ აქვს. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ 2011 წლის პირველ ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგის მომენტისათვის 170 ექიმი ემსახურებოდა 24.261 თავისუფლებადკვეთილ პირს. ამრიგად, მთელი საქართველოს მასშტაბით წლის პირველ ნახევარზე 1 ექიმზე მოდის 142.7 პაციენტი, ხოლო 1 ექთანზე – დაახლოებით ამდენივე პაციენტი (144.4). მიუხედავად ამისა, ადგილებზე ექიმ-პაციენტთა თანაფარდობის მაჩვენებელი მკვეთრად განსხვავებულია და იქმნება ერთგვარი დისპროპორცია, რომელიც საკმაოდ ფართო ზღვრებში მერყეობს. აღნიშნული თანაფარდობა წარმოდგენილია ცხრილში.

№	დანესებულების დასახელება	ექიმთა რაოდენობა		პაციენტთა რაოდენობა		თანაფარდობა ექიმი/პაციენტი	
		I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ
1	№1 თბილისი	4	5	1074	1329	268.5	265.8
2	№2 ქუთაისი	7	10	1451	1450	207.3	145
3	№3 ბათუმი	5	5	652	531	130.4	106.2
4	№4 ზუგდიდი	3	4	378	338	130.4	84.5
5	№5 რუსთავი	8	8	1157	1174	144.6	146.75
6	№6 რუსთავი	4	5	1194	1246	298.5	249.2
7	№7 თბილისი	1	2	39	37	39	18.5
8	№8 თბილისი	15	15	3505	3408	233.6	227.2
9	№9 თბილისი	3	2	1044	1064	348	532
10	№10 თბილისი	---	---	---	---	---	---
11	№11 თბილისი	3	3	164	138	54.6	46
12	№12 თბილისი	3	3	796	849	265.3	283
13	№13 ხონი	4	-	73	-	18.25	--
14	№14 გეგუთი	4	8	2693	2693	673.25	336.63
15	№15 ქსანი	8	8	3271	3645	408.8	455.63

571 თბილისის N7, ქსნის N15 და ქსნის N19 ტუბს ემსახურება ერთი სტომატოლოგი

572 თბილისის N7 და N12 ემსახურება ერთი ფარმაცევტი

2011

16	№16 რუსთავი	7	7	2560	2515	365.7	359.29
17	№17 რუსთავი	8	7	3168	2721	396	388.71
18	№18 თბილისი	65	59	218	222	3.35	3.76
19	№19 ქსანი	18	20	824	754	45.7	37.7
საქართველო სულ:		170	171	24261	24114	142.7	141.01

სპეციფიკა მოითხოვს, ცალკე განვიხილოთ ექიმ-პაციენტთა თანაფარდობა სასჯელაღსრულების სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებში და ცალკე ვიმსჯელოთ სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში არსებულ თავისებურებებზე. როგორც ცხრილიდან ჩანს, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში (N18) 1 ექიმზე მოდის 3.35-3.76 პაციენტი. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ N18 დაწესებულება დადგენილი ლიმიტის ზემოთ მკვეთრად გადატვირთული (ნაცვლად 180 პაციენტისა, მასში 218/222 პირი იყო ჰოსპიტალიზებული), პაციენტთა ნორმალური შევსების პირობებში 1 ექიმის წილად 2,5 პაციენტი მოვა, რაც არაბუნებრივი მაჩვენებელია და შემდგომ მსჯელობას და განხილვას მოითხოვს. რაც შეეხება ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, აქერთი ექიმის წილად საშუალოდ 42 პაციენტი მოდის. აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი დადგინდა მონიტორინგის დროს მკვეთრი გადატვირთულობის ფონზე. პაციენტებით ნორმალურად შევსების პირობებში კი 1 ექიმზე დაწესებულებაში 30 პაციენტი მოვა.

რაც შეეხება სასჯელის მოხდის ადგილებს (მოქმედი დაწესებულებები), როგორც ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, წლის პირველ ნახევარში 5 დაწესებულებაში აღნიშნული მაჩვენებელი ჩამორჩება ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს.

№13 ხონი	18.25
№7 თბილისი	39
№11 თბილისი	54.6
№3 ბათუმი	130.4
№4 ზუგდიდი	130.4
	142.7
№5 რუსთავი	144.6
№2 ქუთასი	207.3
№8 თბილისი	233.6
№12 თბილისი	265.3
№1 თბილისი	268.5
№6 რუსთავი	298.5
№9 თბილისი	348
№16 რუსთავი	365.7
№17 რუსთავი	396
№15 ქსანი	408.8
№14 გეგუთი	673.25

11 დაწესებულებაში კი ექიმ-პაციენტთა თანაფარდობის მაჩვენებელი აღემატება საქართველოს საშუალო მაჩვენებელს. ცხრილის მიხედვით აშკარაა დისბალანსის მკვეთრი სურათი, კერძოდ, მაჩვენებლის მერყეობა 18-იდან 673-ის შუალედში.

რაც შეეხება წლის მეორე ნახევარს,

N7 თბილისი	18.5
N11 თბილისი	46
N4 ზუგდიდი	84.5
N3 ბათუმი	106.2
	142.7
N2 ქუთაისი	145
N5 რუსთავი	146.74
N8 თბილისი	227.2
N6 რუსთავი	249.2
N1 თბილისი	265.8
N12 თბილისი	283
N14 გეგუთი	336.63
N16 რუსთავი	359.29
N17 რუსთავი	388.71
N15 ქსანი	455.63
N9 თბილისი	532

4 დანესებულებაში აღნიშნული მაჩვენებელი ჩამორჩება ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს. 11 დანესებულებაში კი ექიმ-პაციენტი თანაფარდობის მაჩვენებელი ისევე, როგორც პირველ ნახევარში, აღემატება საქართველოს საშუალო მაჩვენებელს. ცხრილების მიხედვით ჩანს დისბალანსის მკვეთრი სურათი, კერძოდ, მაჩვენებლის მერყეობა 18-იდან 532-ის შუალედში.

აღნიშნული თვალსაზრისით მდგომარეობის შესწავლას დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ მხრივაც, რომ სამომავლოდ განისაზღვროს სხვადასხვა ტიპის სასჯელსრულების დანესებულებებში მომუშავე ექიმთა და სხვა სამედიცინო პერსონალის ზღვრული დატვირთვა. ევროპის ქვეყანათა უმრავლესობაში ექიმის ნორმირებული ყოველკვირეული დატვირთვა საშუალოდ 38-40 საათია 5 სამუშაო დღეზე გათვალისწინებით. European Working Time Directive-ის მიღებამ ცალკეულ სფეროებში მეტ-ნაკლებად მოაწესრიგა ზღვრული დატვირთვის ნორმები. ექიმებისთვის ეს განსაკუთრებით აქტუალური იყო. ვინაიდან ციხეები ექიმებისათვის წარმოადგენს “რისკის ზონას”, ამ მხრივ გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ის ფაქტორი, რომლებიც ამძიმებს ექიმის სამუშაო გარემოსა და პირობებს, ეროვნული ტენდენციების გათვალისწინებით. აქედან გამომდინარე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საკითხი დეტალურად უნდა შეისწავლის, გააანალიზოს და ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობით დაადგინოს ეროვნული სტანდარტი, რომელიც უნდა შეუსაბამოს მონივრულ ევროპულ პრაქტიკას.

მონიტორინგის მსვლელობისას პრევენციის ეროვნული მექანიზმი ასევე დაინტერესდა დანესებულებებში არსებულ ექიმთა სპეციალობებით. „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანების შესაბამისად, საქართველოში ამჟამად 21 მოქმედი საექიმო სპეციალობაა. სწორედ აღნიშნული ნუსხის შესაბამისად მოვახდინეთ ექიმთა სპეციალობების კლასიფიცირება. (ჩამონათვალი არ შედის მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულების 65 ექიმის სპეციალობათა სტრუქტურა). ჩვენ მიერ დადგენილი ექიმთა სპეციალობები 2011 წლის პირველი ნახევრისათვის შემდეგნაირად გამოიყურება: სასჯელსრულების სისტემაში (გარდა N18 დანესებულებისა) დასაქმებულია 30 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი სპეციალობით „შინაგანი მედიცინა“, 12 ქირურგი, 17 ფტიზიატრი, 10 თერაპევტი, 3 კარდიოლოგი, 2 უროლოგი,

საქართველოს
შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის
მინისტრის

5 პედიატრი, 12 ზოგადი პროფილის ექიმი, 6 ნევროლოგი, 3 ოჯახის ექიმი, 1 გინეკოლოგი, 1 დერმატოვენეროლოგი, 1 პულმონოლოგი, 3 ექიმი-ლაბორანტი, 1 რადიოლოგი, 2 რენიმატოლოგი, 1 ონკოლოგი, 2 ინფექციონისტი.

გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ, პენიტენციური სისტემის ექიმების გარკვეულ ნაწილს აქვს სახელმწიფო სერტიფიკატი სხვა სამედიცინო სპეციალობებში და სუბსპეციალობებში. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ადგილებზე მუშაობენ ისეთი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტები, რომელთაც სახელმწიფო სერტიფიკატი, გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი სპეციალობებისა, განსაზღვრული აქვთ ონკოლოგია და ოტორინოლარინგოლოგია.

2011 წლიდან მიმდინარეობს ადგილობრივი ექიმების გადამზადება ოჯახის ექიმებად. ამ პროგრამის ფარგლებში რამდენიმე ექიმმა უკვე ჩააბარა სასერტიფიკაციო გამოცდა და მოიპოვა შესაბამისი სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატი, ექიმთა მეორე ნაკადს კი აღნიშნული გადამზადება წლის ბოლოსათვის უნდა დაესრულებინა. ამ პროცესის მიმართ სახალხო დამცველს აქვს საკმაოდ კრიტიკული და მნიშვნელოვანი შენიშვნები, რომლებიც დეტალურად იქნება აღწერილი მოხსენების შესაბამის თავში.

როგორც ზემოთ წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს, სასჯელაღსრულების სისტემას წლის პირველი ნახევარში სულ ემსახურებოდა 16 ექიმი სტომატოლოგი. 8 დაწესებულებაში მუდმივად მუშაობს თითო სტომატოლოგი. რუსთავის N17 და მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დასაქმებულია ორ-ორი ექიმი სტომატოლოგი, ხოლო 8 დაწესებულებაში სტომატოლოგი მუშაობს არასრულ სტაჟზე. ხშირ შემთხვევაში იგი ორ ან მეტ დაწესებულებას ემსახურება. აღნიშნულთან დაკავშირებით არსებობს კვირის განმავლობაში დაწესებულებაში სტომატოლოგის სამუშაო დღეები, რომლებიც ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილისათვის წინასწარაა ცნობილი და ამ განრიგით მობილიზდებიან პაციენტები სტომატოლოგიური დახმარების მისაღებად. წინა წლებისაგან განსხვავებით, როდესაც სტომატოლოგიური დახმარება შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში მხოლოდ დაზიანებული კბილის ექსტრაქციით შემოიფარგლებოდა, დღეისათვის სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა საკმაოდ გაფართოებულია. ქირურგიულ სტომატოლოგიასთან ერთად ადგილობრივი სტომატოლოგები პაციენტებს სთავაზობენ თერაპიული სტომატოლოგიური დახმარების სერვისებსაც, რაც შესაძლებელი გახდა ყველა დაწესებულებაში ბოლო 2 წლის განმავლობაში სტომატოლოგიური კაბინეტების დამონტაჟების შემდეგ. გარდა ამისა, უკვე პროგრესულად იზრდება ორთოპედიული სტომატოლოგიური დახმარების კომპონენტიც, რაც უდავოდ მისასალმებელი ფაქტია. სტომატოლოგიას, როგორც საექიმო სპეციალობას, აქვს მომიჯნავე სპეციალობები და ასევე სუბსპეციალობები. დღევანდელი მდგომარეობით „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანებით განსაზღვრულია, რომ სტომატოლოგიის მომიჯნავე სპეციალობებად განიხილება: ყბა-სახის ქირურგია, ორთოდონტია, ორთოპედიული სტომატოლოგია, თერაპიული სტომატოლოგია, ქირურგიული სტომატოლოგია, ბავშვთა თერაპიული სტომატოლოგია და ბავშვთა ქირურგიული სტომატოლოგია. მონიტორინგის პროცესში დადგინდა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებებში მომუშავე სტომატოლოგთა უმრავლესობას აქვს სახელმწიფო სერტიფიკატი „თერაპიულ სტომატოლოგიაში“ და ასევე „ქირურგიულ სტომატოლოგიაში“, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელია პაციენტებს ჩაუტარდეთ პირის ღრუსა და კბილების დაავადებების როგორც თერაპიული (მაგალითად, დაბუნა), ასევე ქირურგიული მკურნალობა (მაგალითად, კბილის ექსტრაქცია).

რაც შეეხება ფარმაცევტული პროფილის პერსონალს, სასჯელაღსრულების სისტემაში სულ 18 ასეთი პირია დასაქმებული. მათი საქმიანობის აღწერა და თავისებურებები განხილული იქნება მოხსენების შესაბამის თავში.

გარდა სამედიცინო (ექიმი და სტომატოლოგი), საექთნო და ფარმაცევტული პერსონალისა, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სისტემის

2 დაწესებულებაში (სამკურნალო დაწესებულებები) ასევე დასაქმებულნი არიან ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებიც. კერძოდ: ტუბერკულოზით დაავადებულთა დაწესებულებაში (N19) ასევე მუშაობს 2 ლაბორანტი (არასამედიცინო განათლებით) და 1 სტატისტიკოსი. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, მასში ტექნიკური და დამხმარე პერსონალის რიცხვი გაცილებით დიდია. დღეისათვის ადგილზე მუშაობს: 8 სანიტარი, 5 ლაბორანტი (არასამედიცინო განათლებით) და თითო-თითო პირი შემდეგ თანამდებობებზე: მასაჟისტი, სტატისტიკოსი, დიასახლისი, არქივარიუსი და ფსიქოლოგი.

მონიტორინგის შედეგების ანალიზი ცხადყოფს, რომ სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა წლის პირველი და მეორე ნახევრის განმავლობაში სტაბილურობით გამოირჩეოდა – წლის მეორე ნახევარშიც, ექიმთა პროფესიული მოღვაწეობის სფეროს მხრივ, მსგავსი ტენდენციები შენარჩუნდა.

გარდა ძირითადი საშტატო განრიგით გათვალისწინებული სამედიცინო პერსონალისა, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებს ემსახურება აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს ექიმ-კონსულტანტთა ჯგუფი. აღმოსავლეთ საქართველოს პენიტენციურ დაწესებულებათა უმრავლესობაში ჯგუფის წევრთა ვიზიტები უფრო ინტენსიურია. ჯგუფის წევრები დაწესებულებაში ვიზიტს ახორციელებენ როგორც არსებული გეგმით, ასევე ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილებიდან შემოსული შეტყობინებების საფუძველზე. სპეციალისტი საშუალოდ 1-ლ ან 2-ჯერ მიდის დაწესებულებაში თვის განმავლობაში, ზოგჯერ უფრო ხშირადაც. ზოგიერთ შემთხვევაში დაფიქსირდა ყოველკვირეული ვიზიტებიც, თუმცა აღნიშნული პრაქტიკა სისტემური ხასიათის არ არის. აღსანიშნავია, რომ როგორც აღმოსავლეთ, ისე დასავლეთ საქართველოს თითქმის ყველა დაწესებულებაში, პერიოდულ ვიზიტები აქვთ ექოსკოპისტსა და რენტგენ-ლაბორანტს. დასავლეთ საქართველოში ამ მხრივ მდგომარეობა გაუმჯობესდა. კერძოდ, გეგუთის დაწესებულებაში 2011 წლის გაზაფხულის ბოლოდან უკვე არსებობს პორტატული რენტგენის აპარატი, რომელიც პერიოდულად ქუთაისის N2 დაწესებულებაშიც გადააქვთ. ბათუმში ხელშეკრულება გაფორმდა სპეციალისტ ექოსკოპისტთან და რენტგენ-ლაბორანტთან, რომლებიც ბათუმის დაწესებულების გარდა ემსახურება ასევე ზუგდიდის დაწესებულებასაც, რომელიც წარსულში ამგვარ სერვისს მოკლებული იყო.

დასავლეთ საქართველოს ექიმ-კონსულტანტთა ჯგუფი 2011 წლის პირველ ნახევარში მოიცავდა 7 სპეციალისტს, რომელთაგანაც 4 სპეციალისტი ძირითადია, ხოლო დანარჩენ სამს კი მხოლოდ ერთეული კონსულტაციები აქვს ჩატარებული. ქუთაისის დაწესებულებაში ყოველთვიურად სისტემატურად დადის ექიმი კარდიოლოგი, დერმატოვენეროლოგი, ფსიქიატრი, ოფთალმოლოგი და ნევროპათოლოგი; ბათუმის დაწესებულებაში მხოლოდ ფსიქიატრის ვიზიტებია სტაბილური. დანარჩენ შემთხვევებში კარდიოლოგის, დერმატოვენეროლოგისა და უროლოგის მიერ 2011 წლის პირველ და მეორე ნახევარში ერთეული კონსულტაციებია ჩატარებული. ზუგდიდის დაწესებულებაში სტაბილურობით გამოირჩევა ასევე ექიმი ფსიქიატრი. მის გარდა წლის პირველ ნახევარში დაწესებულებაში ვიზიტები ჰქონდათ ნევროპათოლოგსა და უროლოგს, რომლებმაც მთლიანობაში სულ 7 პაციენტს ჩაუტარეს კონსულტაცია.⁵⁷³ რაც შეეხება გეგუთის N14 დაწესებულებას, ქუთაისის დაწესებულების მსგავსად აქაც 5 სპეციალისტის ექიმი (იგივე სპეციალობებია და იგივე ექიმები, ვინც ქუთაისში) პერიოდულად და სტაბილურად დადიან პაციენტთა საკონსულტაციოდ. გარდა ამისა, ქუთაისში, ბათუმსა და ზუგდიდში დამატებით ვიზიტი ჰქონდათ ქირურგსა (სულ 10 კონსულტაცია) და გინეკოლოგს (სულ 3 კონსულტაცია). დადებითად აღსანიშნავია, რომ 2011 წლის მეორე ნახევარში იმატა სხვადასხვა სპეციალისტის კონსულტანტთა ვიზიტებმა ქუთაისის N2 დაწესებულებაში. აღნიშნული სტატისტიკა, წლის პირველი და მეორე საანგარიშო პერიოდების მიხედვით, დეტალურად გამოსახულია ცხრილში:

573 წლის მეორე ნახევარში ზუგდიდის დაწესებულებაში იგივე მონაცემები დაფიქსირდა, გარდა ერთი განსხვავებისა – აღნიშნულ პერიოდში ერთი ვიზიტი განახორციელა ოფთალმოლოგმა, რა დროსაც კონსულტაცია გაენია ერთ პაციენტს.

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დასავლეთ საქართველო სპეციალობა	ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა დანესებულებათა მიხედვით					
		ქუთაისი N2	ბათუმი N3	ზუგდიდი N4	ხონი N13	გეგუთი N14	სულ
1	ნევროპათოლოგი	374	0	5	22	300	701
2	დერმატოვენეროლოგი	373	1	0	12	206	592
3	ოფთალმოლოგი	273	0	0	7	280	560
4	ფსიქიატრი	259	97	63	6	92	517
5	კარდიოლოგი	194	1	0	2	268	465
6	უროლოგი	0	2	2	0	0	4
7	ქირურგი	0	3	1	0	0	4
8	გინეკოლოგი	0	0	1	0	0	1
	კონსულტაციები სულ:	1 473	104	72	49	1 146	
	ექოსკოპისტი	288	197	40	21	352	898
	რენტგენ ლაბორანტი	281	55	35	25	321	717
	გამოკვლევები სულ:	569	252	75	46	673	

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დასავლეთ საქართველო სპეციალობა	ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა დანესებულებათა მიხედვით					
		ქუთაისი N2	ბათუმი N3	ზუგდიდი N4	ხონი N13	გეგუთი N14 ⁵	სულ
1	ნევროპათოლოგი	378	0	6	-	230	614
2	დერმატოვენეროლოგი	350	0	0	-	238	588
3	ოფთალმოლოგი	250	7	1	-	220	478
4	ფსიქიატრი	370	76	52	-	103	601
5	კარდიოლოგი	193	0	0	-	172	365
6	უროლოგი	0	1	1	-	0	2
7	ქირურგი	3	3	0	-	0	6
8	გინეკოლოგი	2	0	0	-	-	2
9	ენდოკრინოლოგი	6	0	0	-	-	6
10	ტრავმატოლოგი	6	0	0	-	-	6
11	ოტორინოლარინგოლოგი	15	0	0	-	-	15
12	ანგიოლოგი	2	2	0	-	-	4
13	ინფექციონისტი	8	0	0	--	-	8
14	პროქტოლოგი	2	4	0	-	-	6
15	რევმატოლოგი	1	0	0	-	-	1
16	ონკოქირურგი	1	0	0	-	-	1
	კონსულტაციები სულ:	1 587	106	59	-	963	
	ექოსკოპისტი	254	176	31	-	221	682
	რენტგენ ლაბორანტი	308	40	39	-	365	752
	გამოკვლევები სულ:	562	216	70	-	586	

574 გეგუთის დანესებულებაში არ არის სექტემბრის თვის მონაცემები (ვერ წარმოადგინეს), რაც შესაბამისად აისახება გრაფაზე „სულ“.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, კონსულტანტთა მომსახურების მხრივ ყველაზე ნაყოფიერი მუშაობა ქუთაისის N2 დაწესებულებაში მიმდინარეობს. რაც შეეხება თავად კონსულტანტებს, ნევროპათოლოგი, დერმატოვენეროლოგი, ოფთალმოლოგი, ფსიქიატრი და კარდიოლოგი თვის განმავლობაში საშუალოდ 90-95 პაციენტს ნახულობენ, რაც მინიმუმ თვეში ოთხჯერად ვიზიტზეა გადანაწილებული, ანუ ერთი ვიზიტის დროს დაახლოებით 25 პაციენტს უტარებენ კონსულტაციას. აღნიშნული მაჩვენებელი ექიმთა საკმაოდ მაღალ დღიურ დატვირთვაზე მიუთითებს.

რაც შეეხება აღმოსავლეთ საქართველოს პენიტენციურ დაწესებულებებს, ამ მხრივ მდგომარეობა ბევრად უფრო მონესრიგებულია და პატიმრები უფრო მეტი სპეციალობის ექიმისაგან იღებენ სამედიცინო მომსახურებას. კონსულტანტთა ვიზიტების რეგულარობა ციხეებში შედარებით უფრო მონესრიგებულია და პერიოდულ და სისტემატიზებულ ხასიათს ატარებს, უფრო ფართო სპეციალიზაციის სპექტრის მოცვით. აღმოსავლეთ საქართველოს რეგიონში, მონიტორინგის ჯგუფმა დააფიქსირა 13 სპეციალობის ექიმთა რეგულარული და სისტემატური ვიზიტები სხვადასხვა დაწესებულებაში. სულ კი აღმოსავლეთში განთავსებულ ყველა დაწესებულებაში ვიზიტი ჩატარებული აქვს 25 სპეციალობის ექიმს. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ჩატარებულია ასევე ვიწრო სპეციალობის ექიმთა ვიზიტები, რომელთაგანაც აღსანიშნავია ნეიროფთიზიატრი (9 კონსულტაცია), ვერტებროფთიზიატრი (2 კონსულტაცია), ფთიზიატრი (18 კონსულტაცია), თორაკალისტი (21 კონსულტაცია), რითმოლოგი (2 კონსულტაცია) და პარაზიტოლოგი (3 კონსულტაცია). აღმოსავლეთ საქართველოს ექიმ კონსულტანტთა ჯგუფის სრული მუშაობის ამსახველი ინფორმაცია წლის პირველი და მეორე ნახევრის შესაბამისად, წარმოდგენილია შესაბამის ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	აღმოსავლეთ საქართველო სპეციალობა	ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა დაწესებულებათა მიხედვით													
		№1	№5	№6	№7	№8	№9	№11	№12	№15	№16	№17	№18	№19	სულ
1	დერმატოვენერ.	105	108	61	15	11	0	48	54	163	150	215	0	26	956
2	უროლოგი	72	52	59	6	25	1	19	44	88	98	67	0	36	567
3	ოფთალმოლ.	48	93	31	6	38	29	16	17	84	111	66	0	23	562
4	კარდიოლოგი	66	110	33	5	0	4	21	35	99	126	0	0	59	558
5	ფსიქიატრი	17	74	78	2	62	0	9	6	97	32	60	0	78	515
6	ოტორინოლარ.	61	36	9	14	26	0	42	30	62	19	71	0	44	414
7	ნევროპათოლ.	24	2	45	3	37	10	0	33	19	101	78	0	11	363
8	ენდოკრინოლ.	9	100	6	1	16	8	4	3	26	25	19	0	0	217
9	ანგიოლოგი	0	81	5	0	9	2	0	21	5	5	0	61	2	191
10	რევმატოლოგ	7	40	0	0	14	1	2	10	16	0	16	17	0	123
11	ნეიროქირურ.	0	16	0	0	1	0	0	0	0	0	0	26	0	43
12	ინფექც. დაავ.	10	2	0	11	2	0	9	0	3	0	5	0	0	42
13	ყბა-სახის ქირ.	0	1	0	1	8	0	0	0	0	0	6	25	0	41
14	ჰემატოლოგი	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0	24
15	ონკოლოგი	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	18	0	19
16	ალერგოლოგი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	7
17	ჰეპატოლოგი	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
18	ტრავმატოლ.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
19	ნარკოლოგი	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
კონსულტაციები სულ:		420	718	327	66	249	55	170	253	662	667	603	175	281	
ექოსკოპისტი		102	199	106	5	86	25	8	52	245	302	316	1063	101	2610
რენტგენ ლაბ.		140	213	230	7	185	3	6	96	348	244	390	1961	1642	5465
გამოკვლევები სულ:		242	412	336	12	271	28	14	148	593	546	706	3024	1743	

2011

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	აღმოსავლეთ საქართველო სპეციალობა	ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა დანესებულებათა მიხედვით													სულ
		№1	№5	№6	№7	№8	№9	№11	№12	№15	№16	№17	№18	№19	
1	დერმატოვენერ.	112	109	45	9	0	72	44	53	98	108	61	0	46	757
2	უროლოგი	44	46	39	7	23	19	10	22	98	99	40	0	38	485
3	ოფთალმოლ.	16	56	54	2	48	38	15	39	85	86	33	0	5	477
4	კარდიოლოგი	35	115	0	5	0	36	6	39	127	46	0	0	80	489
5	ფსიქიატრი	17	55	143	1	76	17	16	45	54	24	59	0	194	701
6	ოტორინოლარ.	39	12	41	7	21	37	28	45	95	60	50	0	45	480
7	ნევროპათოლ.	30	1	72	4	67	33	0	18	0	55	77	2	47	406
8	ენდოკრინოლ.	6	77	4	0	29	22	0	0	25	30	4	0	0	197
9	ანგიოლოგი	18	28	0	1	3	15	0	9	16	0	0	30	5	125
10	რევმატოლოგ	2	28	4	0	0	7	4	6	25	0	4	3	0	83
11	ნეიროქირურ.	0	24	0	0	4	2	0	2	9	0	0	17	0	58
12	ინფექც. დაავ.	3	5	17	2	0	4	31	5	3	0	0	0	0	70
13	ყბა-სახის ქირ.	0	0	0	0	33	0	0	2	0	0	0	38	0	73
14	ჰემატოლოგი	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	25
15	ონკოლოგი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	ალერგოლოგი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	ჰეპატოლოგი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	ტრავმატოლ.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
19	ნარკოლოგი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	თავ-კისრის	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5
21	ფტიზიატრი	0	8	0	0	0	0	2	0	0	0	0	34	0	44
22	ნეფროლოგი	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
23	თორაკოქირურგი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	25
კონსულტაციები სულ:		322	567	420	39	304	302	156	285	635	508	328	176	460	
ექოსკოპისტი		40	243	108	8	42	95	4	95	144	181	250	900	74	2184
რენტგენ ლაბ.		168	127	213	5	164	19	16	27	337	227	237	1808	1563	4911
გამოკვლევები სულ:		208	370	321	13	206	114	20	122	481	408	487	2708	1637	

როგორც ცხრილიდან ირკვევა, კონსულტაციების მაქსიმალური რაოდენობა ჩატარებული აქვს ექიმ დერმატოვენეროლოგს (956/757 პაციენტის კონსულტაცია). ასევე ხშირია უროლოგისა და ოფთალმოლოგის ვიზიტები როგორც წლის პირველ, ისე მეორე ნახევარში. რაც შეეხება კონსულტანტთა ვიზიტების პერიოდულობას, მინიმუმ თვეში 4-ჯერ დანესებულებებში დადის 10 ექიმი სპეციალისტი (იხილეთ ცხრილში №№1-10), რომლებიც თვეში საშუალოდ 445 პაციენტს უწევენ კონსულტაციას. ზოგიერთ დარგში (მაგალითად, ფსიქიატრია) კონსულტანტთა რაოდენობა ერთზე მეტია, ამის გათვალისწინების მიუხედავად, არსებული დატვირთვა ექიმებისათვის მაინც მაღალ მაჩვენებლად უნდა შეფასდეს. განსაკუთრებით ამ მხრივ უნდა გამოვყოთ ფსიქიატრი, რომელიც პაციენტის პირველად გამოკვლევასა და კონსულტაციის ჩატარებას საშუალოდ ყველაზე მეტ დროს უნდა უთმობდეს. მოცემულ სტატისტიკაში არ არის დიფერენცირებული ფსიქიატრის კონსულტაცია პირველადია თუ განმეორებითი, რის გამოც უფრო კონკრეტულ დეტალებზე მსჯელობა ამ ეტაპზე შეუძლებელია და საკითხი უფრო მეტად ღრმა შესწავლას მოითხოვს.

როგორც წარმოდგენილი სტატისტიკიდან ჩანს, აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს პრაქტიკაში, პაციენტთათვის მიწოდებული სამედიცინო დახმარების სახეები ეკვივალენტური არ არის. კერძოდ, აღმოსავლეთის რეგიონში ხელმისაწვდომია 5-ჯერ უფრო მეტი პროფილის ექიმის მომსახურება. ამასთან ექიმ კონსულტანტთა ვიზიტები უფრო მეტად პერიოდული და

სისტემატიზებულია. საქართველოს სახალხო დამცველის შეხედულებით, არსებული რესურსების სამართლიანი და პროპორციული გადანაწილება ხელს შეუწყობს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში უფლებრივი დარღვევების შემცირებას.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი დადგენილი გრაფიკის მიხედვით მორიგეობს ღამის და არასამუშაო საათებში. სახალხო დამცველის გასული წლის ანგარიშებში აღწერილი იყო ამ საკითხთან დაკავშირებული დეტალები და არსებული პრაქტიკა. კერძოდ, რამდენიმე დაწესებულებაში, ღამის საათებში ექიმის მომსახურება ხელმიუწვდომელია. გარდა ამისა, პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის დაწყებასთან ერთად, რუსთავეის N6 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, მათთან ექიმთა ღამის მორიგეობა შეწყდა და მიეცათ მითითება საჭიროების შემთხვევაში გამოიძახონ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. ექიმთა და ექთანთა მორიგეობების თავისებურებები წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

№	დაწესებულებას დასახელება	მორიგე ექიმის არსებობა		მორიგე ექთანის არსებობა	
		I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ
1	№1 დაწესებულება	1	1	1	1
2	№2 დაწესებულება	1	1	2	2
3	№3 დაწესებულება	1	1	1	1
4	№4 დაწესებულება	1	1	1	1
5	№5 დაწესებულება	1	1	2	1
6	№6 დაწესებულება	0	0	1	1
7	№7 დაწესებულება	0	0	1	1
8	№8 დაწესებულება	1	1	1	1
9	№9 დაწესებულება	1	1	1	1
10	№11 დაწესებულება	1	1	1	1
11	№12 დაწესებულება	0	0	1	1
12	№13 დაწესებულება	1	–	1	–
13	№14 დაწესებულება	1	1	1	1
14	№15 დაწესებულება	1	1	1	1
15	№16 დაწესებულება	1	1	1	2
16	№17 დაწესებულება	1	1	2	2
17	№18 დაწესებულება	3	3	6	8
18	№19 დაწესებულება	1	1	2	2
ს უ ლ:		17	16	27	28

როგორც ცხრილიდან ნათლად ჩანს, ღამით და არასამუშაო საათებში საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში რჩება 17/16 ექიმი და 27/28 ექთანი. ექიმები ღამით არ მორიგეობენ N6, N7 და N12 დაწესებულებებში.

გარდა სამედიცინო პერსონალის მორიგეობისა, მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა ექიმთა მიერ უწყვეტი პროფესიული განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობით, რაც უზრუნველყოფს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის კვალიფიკაციის მუდმივ განახლებას. ამ მხრივ ისევე, როგორ გასულ წელს, აღსანიშნავია, რომ არც ერთ ექიმს მონაწილეობა არ მიუღია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ აკრედიტებულ რომელიმე უსგ/უპგ პროგრამაში. სხვა ტრენინგებთან დაკავშირებით კი მდგომარეობა საქართველოს მასშტაბით არაერთგვაროვანია. ყველა დაწესებულების რამდენიმე ექიმმა და/ან ექთანმა გაიარა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხისადმი მიძღვნილი ტრენინგი, ზოგიერთმა – შიდსთან დაკავშირებული

2017

ტრენინგი. უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია, რომ ექიმთა უმრავლესობა ვერ იხსენებს, რა ერქვა ტრენინგს, რა საკითხებს ეძღვნებოდა იგი და რა მიზნით ან ვის მიერ იყო მოწყობილი. ამ საკითხთან დაკავშირებით საუკეთესო შემთხვევაში ექიმები განმარტავდნენ, რომ ტრენინგს ერქვა: „ფსიქიატრიის ტრენინგი“, „სუიციდის პრევენციისა და ფსიქოდაავადებების ტრენინგი“, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტრენინგი“, „ფსიქიკური დაავადებების მართვის ტრენინგი“, „ფსიქოტრენინგი“, „წამების ტრენინგი“ და ა.შ. ზოგიერთი ექიმი ტრენინგში მონაწილეობას იხსენებს მხოლოდ მისი ჩატარების ადგილის მიხედვით. კვალიფიკაციის ამაღლების საკითხებისადმი ამგვარი მიდგომა, მით უფრო სასჯელალსრულების სისტემის ექიმთა მხრიდან ნეგატიურ გავლენას ახდენს ექიმთა და ექთნების საქმიანობაზე და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. გარდა ამ ორი ტრენინგისა, ზოგიერთ დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მათი მედპერსონალი ასევე მონაწილეობდა ინფექციური დაავადებების სპეციფიკისადმი მიძღვნილ ტრენინგში (N2 დაწესებულება), DOTS პროგრამის ორგანიზაციულ საკითხებთან დაკავშირებულ ტრენინგში (N19 და N18 დაწესებულების ექიმები და ექთნები).

პრევენციის ეროვნული მექანიზმი დაინტერესდა ასევე სასჯელალსრულების დაწესებულებაში სამოქალაქო სექტორიდან პაციენტის მიერ არჩეული ექიმის შემოყვანის საკითხებით. როგორც გაირკვა, ამ საკითხის გადაწყვეტაში მთავარ ექიმებს განსხვავებული ინსტრუქტაჟი და პრაქტიკა აქვთ. ზოგიერთი დაწესებულების მთავარი ექიმი განმარტავს, რომ აღნიშნული საკითხი ადგილზე წყდება. ზოგიერთი მიგვითითებს, რომ ამის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს მხოლოდ სამედიცინო დეპარტამენტი. ნებისმიერ შემთხვევაში ექიმმა უნდა წარმოადგინოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატისა და პირადობის მოწმობის ასლი. აღსანიშნავია, რომ გარედან ექიმთა შეყვანის საკითხის გადაწყვეტა ხშირად გახანგრძლივებულ პროცედურებს უკავშირდება, რაც ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე პირდაპირ აისახება და მას ნაკლებად ეფექტურს ხდის. 2011 წლის პირველ ნახევარში სასჯელალსრულების სისტემის N1, N3, N4, N7 დაწესებულებაში კატეგორიულად განგვიცხადეს, რომ გარედან ექიმის შემოყვანის არანაირი საჭიროება არ არსებობს და საკითხი არც ყოფილა განხილული. N9, N11, N13 და N14 დაწესებულებებში განგვიმარტეს, რომ ამგვარი პრაქტიკა მათ წარსულში ჰქონიათ, თუმცა საანგარბო პერიოდში პატიმარს ასეთი მოთხოვნა არ დაუყენებია. წერილობითი მომართვის საფუძველზე ისინი იმოქმედებენ არსებული პრაქტიკის მიხედვით. რაც შეეხება სხვა დაწესებულებებს, ყველაზე ხშირად ექიმთა შეყვანა სამოქალაქო სექტორიდან დაფიქსირებულია ქუთაისის N2, თბილისის 12 და გეგუთის N14 დაწესებულებებში. 2011 წლის მეორე ნახევრის მონიტორინგის დროს მთავარი ექიმები, როგორც წესი, აღნიშნავდნენ, რომ პაციენტის მოთხოვნის შემთხვევაში პირადი ექიმის დაწესებულებაში დაშვების პრობლემა არ არსებობდა და სასჯელალსრულების დეპარტამენტის ან დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან უარის შემთხვევა არ ყოფილა. მიუხედავად ამისა, საკუთარი ექიმის შემოყვანის სტატისტიკა არც ერთ დაწესებულებაში არ მოიძებნა. ექიმების თქმით, ეს მონაცემები შერეული იყო ექიმ-კონსულტანტთა საერთო ვიზიტების მონაცემებში. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიმარტა, რომ ამგვარი შემთხვევები ხშირია მათ დაწესებულებაში, თუმცა ამის სტატისტიკა ან რაიმე დამადასტურებელი დოკუმენტი ან ინფორმაცია ვერ წარმოგვიდგინა.

საქართველოს სახალხო დამცველი, ბოლო წლების განმავლობაში ყურადღებით ადევნებს თვალყურს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ პენიტენციური ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროს შემოწმებისა და გამოვლენილი ნაკლოვანებების აღმოფხვრის საკითხებს. საქართველოს სახალხო დამცველმა არაერთგზის მიმართა სააგენტოს, შეესწავლა კონკრეტული მსჯავრდებულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხები და მისი კომპეტენციის ფარგლებში მოეხდინა რეაგირება. აღნიშნული ინფორმაცია ყოველწლიურად აისახება სახალხო დამცველის საპარლამენტო და სპეციალურ ანგარიშებში. ამ მიზნით 2011 წლის 8 აგვისტოს საქართველოს სახალხო დამცველმა წერილობით მიმართა (N755/03) სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს და მოითხოვა ინფორმაცია სამინისტროში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის მიზნით

შექმნილი კონტროლის ჯგუფის პერსონალური შემადგენლობის, ასევე, ჯგუფის მიერ ჩატარებული საქმიანობის ამსახველი ანგარიშებისა და იმის შესახებ, თუ რა დადებითი და უარყოფითი ტენდენციები დაფიქსირდა სისტემაში ამ კუთხით 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში და რა სახის ღონისძიებების გატარება იქნა რეკომენდებული; გარდა ამისა, სახალხო დამცველი დაინტერესდა იმ ინფორმაციით, რომელიც საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ინტერნეტგვერდზე გავრცელდა და რომლის მიხედვითაც „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს „შესაბამისი უფლებამოსილი სამსახურები“ ატარებენ პენიტენციურ სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგს. ამასთან დაკავშირებით, სახალხო დამცველმა სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს მოსთხოვა იმ ინფორმაციის მონოდება, რომელიც ასახავს დეტალებს, თუ რომელი სამსახურები და რა პრინციპით ახორციელებენ აღნიშნულ საქმიანობას (გეგმური და არაგეგმური ვიზიტები და ა.შ.), რა სახის რეკომენდაციები გაიცა აღნიშნული სამსახურის მიერ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მიმართ და როგორია აღნიშნული რეკომენდაციების შესრულების სტატისტიკა და დინამიკა; სახალხო დამცველი ასევე დაინტერესდა ინფორმაციით, 2011 წლის 1 იანვრიდან 1 ივლისამდე სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს დაუყენებია თუ არა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი სასჯელაღსრულების სისტემაში დასაქმებული ექიმების მიმართ, რა სახის პასუხისმგებლობა დაისვა და რა ქმედითი ღონისძიებები გატარდა აღნიშნული ხარვეზების აღმოსაფხვრელად.

2011 წლის 06 სექტემბერს სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან შემოსული საპასუხო წერილით (N07-8540) გვეცნობა, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 20 აპრილის N73 ბრძანების შესაბამისად, შეიქმნა გენერალური ინსპექციისა და სამედიცინო დეპარტამენტის ერთობლივი შემოწმების ჯგუფი ნიკოლოზ მეგრელიშვილის, გიორგი ფრუიძის, ბადრი ბალავაძის, რევაზ დაფქვიაშვილის, შოთა გელაშვილის და გივი მიქანაძის შემადგენლობით. შემოწმების ჯგუფს დაევალა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის, სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების, მედიკამენტებისა და სამედიცინო სახარჯი მასალის ბრუნვის, ხარჯვისა და აღრიცხვის, ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა კვებისა და სამედიცინო პერსონალის სამსახურებრივი დისციპლინის შესწავლა. 2011 წლის 26 აპრილიდან 12 მაისის ჩათვლით ჯგუფმა აღნიშნული საკითხები შეისწავლა სისტემის ყველა დაწესებულებაში. შემოწმების შედეგად დადგინდა, რომ „სასჯელაღსრულების ყველა დაწესებულებაში გაუმჯობესებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხი. მედიკამენტებისა და სხვა სახარჯი მასალების მიღება, გაცემა და აღრიცხვა ხდება მკაცრად კანონით დადგენილი წესის მიხედვით. რიგ დაწესებულებებში, მიუხედავად იმისა, რომ პატიმრებს ჩატარებული აქვთ სათანადო გამოკვლევები, ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციები, დანიშნული აქვთ და უტარდებათ დაავადების ადეკვატური მკურნალობა, დაწესებულების ექიმების მიერ სამედიცინო ბარათებში სრულყოფილად არ ხდება დინამიკაში ავადმყოფების ზოგადი მდგომარეობისა და მათ მიმართ გაწეული სამედიცინო დახმარების დაფიქსირება. გამოვლინდა ერთეული შემთხვევები, როდესაც ექიმების მიერ არასრულფასოვნად იყო შევსებული სამედიცინო ბარათის ტუბერკულოზზე გამოკვლევის კითხვარი. შემოწმების პროცესში დაწესებულებების სამედიცინო პუნქტების მთავარ ექიმებს მიეთითათ არსებული ხარვეზების შესახებ და მიეცათ ვადა ნაკლოვანებების გამოსასწორებლად. თუ ამ პერიოდის განმავლობაში მათ მიერ ამ მიმართებით არ იქნება გატარებული შესაბამისი ღონისძიებები, სამინისტროს ხელმძღვანელობის მიერ გატარდება კანონით დადგენილი ადმინისტრაციული ზომები.“ როგორც საპასუხო წერილიდან ჩანს, ჩატარებულმა „შემოწმებამ“ პრაქტიკულად უმნიშვნელო შედეგები მოიტანა. ყურადღება გამახვილდა მეთხუთხარისხოვან საკითხებზე, როდესაც გადაუჭრელია ძირითადი პრობლემები. გაურკვეველია ასევე ჯგუფის ყველა წევრის კომპეტენცია სამედიცინო საკითხების შესწავლის თვალსაზრისით, რა პრინციპითა და მეთოდოლოგიით ახდენდნენ საქმიანობას ან რა სახისა და მოცულობის დაშვება ჰქონდათ პაციენტის კონფიდენციალური ინფორმაციის შემცველ დოკუმენტაციასთან.

რაც შეეხება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ ჩატარებულ შესწავლებს, სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსმა გვაცნობა, რომ „პენიტენციურ სისტემაში სა-

საქართველოს
სასჯელაღსრულების
სისტემაში

მედიცინო მომსახურების მონიტორინგს აწარმოებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, რომლის წარმომადგენლებიც სამართალდამცავი ორგანოების, საქართველოს სახალხო დამცველის, მოქალაქეების მომართვის საფუძველზე შეისწავლიან რა სამედიცინო დოკუმენტაციას და სათანადო პროფილის ექიმ-სპეციალისტთა დასკვნას არსებულ გარემოებებთან დაკავშირებით, განსაზღვრავენ პენიტენციურ სისტემაში ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთათვის განეული სამედიცინო დახმარების ხარისხსა და მოცულობას. არაადეკვატური სამედიცინო დახმარების განევის შემთხვევაში, სააგენტო უფლებამოსილია სამედიცინო პერსონალის მიმართ გაატაროს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი ადმინისტრაციული ზომები ან დააყენოს მათი სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი.“ როგორც პასუხიდან ჩანს, სამედიცინო დეპარტამენტი სრულყოფილად ვერ ერკვევა საექიმო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფუნქციებში და ასევე ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის (და არა ადმინისტრაციული და სამართლებრივი) სფეროში, რაც გათვალისწინებულია საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ შესაბამისი თავით. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ გადამწყვეტილებას იღებს არა სააგენტო, არამედ „პროფესიული განვითარების საბჭო“, რომელიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის თავმჯდომარეობით პერიოდულად იკრიბება. გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ სააგენტოს მიერ საკითხის შესწავლა შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში სწორედ საქართველოს სახალხო დამცველის მიმართვის შედეგად არის ინიცირებული. სამედიცინო დეპარტამენტი გვაცნობებს, რომ სააგენტომ შეისწავლა 24 საქმე, რომელთაგანაც ერთ შემთხვევაში N18 დაწესებულების ექიმს გამოეცხადა წერილობითი გაფრთხილება, 10 საქმეზე კი გადაიგზავნა სხვადასხვა პროფილის დარგობრივ ასოციაციაში. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან სახალხო დამცველის სახელზე შემოსულ საპასუხო წერილებში სიტუაცია უფრო რთული და დამაფიქრებელია. მოწოდებული ინფორმაციით, არაერთხელ იქნა დასმული საკითხი ექიმისთვის სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერებისა და წერილობითი გაფრთხილებების მიცემის თაობაზე. გარდა ამისა, რეგულირების სააგენტო პერიოდულად უგზავნის რეკომენდაციებსა და ინფორმაციას სამედიცინო დეპარტამენტს და სთხოვს, წარმოადგინოს ინფორმაცია რეაგირების შესახებ, რაზედ დეპარტამენტი მხოლოდ წერილის სხვა ადრესატთან გადამისამართებითა და ინფორმაციის ცნობად მიღებით შემოიფარგლება. სააგენტოს არასდროს არ უცნობებია დეპარტამენტის პასუხი იმის თაობაზე, თუ როგორი რეაგირება ჰქონდა სამედიცინო დეპარტამენტს და რა ზომები მიიღო არსებული ხარვეზებისა და ნაკლოვანებების აღმოსაფხვრელად.

მაგალითად მოვიყვანთ ერთ-ერთ ბოლო შემთხვევას, რომელიც გამონაკლისად უნდა ჩაითვალოს იმ მხრივ, რომ სააგენტოს მიერ მიწოდებულ ინფორმაციას მოჰყვა რეაგირება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსმა 2011 წლის 21 სექტემბერს შემოსული წერილით (N02/39527) სახალხო დამცველს აცნობა, რომ „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ შესწავლილ იქნა, თქვენს წერილში (11.07.2011 N2697/03-4/0430-11) მოყვანილი ფაქტები, კერძოდ, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N2 პატიმრობისა და დახურული თავისუფლების აღკვეთის შერეული ტიპის დაწესებულების სამედიცინო სამსახურში ან გარდაცვლილი მსჯავრდებულ ა.დ.-სათვის განეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ, შესწავლის შედეგები სათანადო რეაგირებისათვის გადაეგზავნა (01.09.11.წ.) საქართველოს სასჯელაღსრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს. 13.09.11.წ. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში შემოვიდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსის, დავით ასათიანის წერილი (09.09.11.წ. N07-8693), ან გარდაცვლილ მსჯავრდებულ ა.დ.-ს მკურნალობის პროცესში მონაწილე მედპერსონალის (N2 პატიმრობისა და დახურული თავისუფლების აღკვეთის შერეული ტიპის დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის

ექიმები: ნ. ყურაშვილი, რ. ბეშენაშვილი და მ. ნიკოლაიშვილი), სამსახურიდან გათავისუფლების შესახებ.“ რაც შეეხება პროფესიული განვითარების საბჭოს გადაწყვეტილებას ზემოთ აღნიშნულ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვის შესახებ, გვეცნობება დამატებით.

**„ოჯახის ექიმები“ საქართველოს პანიტანციური
სისტემის დანახაჯულებაში**

უკანასკნელი წლების განმავლობაში სულ უფრო და უფრო აქტიურად მიმდინარეობს საუბარი პანიტანციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის პილოტირებისა და შემდგომ ამ მოდელის მთელ სისტემაზე გავრცობის შესახებ. აღნიშნული სისტემის ცენტრალური კომპონენტია „საოჯახო მედიცინის“ სისტემაზე გადასვლა და ციხეში „ოჯახის ექიმისა და ექთნის“ კომპეტენციების შემოტანა და დამკვიდრება. ამ მიზნით 2011 წლიდან აქტიურად მიმდინარეობს პანიტანციური სისტემის ექიმთა და ექთანთა „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობით გადამზადება. პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა ჩატარებული მონიტორინგის დროს დეტალურად შეისწავლა ექიმთა და ექთანთა გადამზადების სისტემა და ის რეალობები, რომლებიც ამჟამად არის დამკვიდრებული. 2011 წლის მონაცემები წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

№	დანესებულების დასახელება	გადამზადებამდე არსებულ სპეციალისტთა რაოდენობა	გადამზადება დასრულებულია		გადამზადება მიმდინარეობა		შენიშვნა
			ექიმი	ექთანი	ექიმი	ექთანი	
1	№1 დანესებულება	0	0	1	1	0	
2	№2 დანესებულება	1	2	4	1	0	1 ექიმი წავიდა
3	№3 დანესებულება	1	1	0	0	0	
4	№4 დანესებულება	1	0	0	0	0	
5	№5 დანესებულება	0	2	2	0	0	
6	№6 დანესებულება	0	3	5	0	0	1 ექთანი წავიდა
7	№7 დანესებულება	0	1	2	0	0	
8	№8 დანესებულება	1	6	4	0	0	2 ექთანი წავიდა
9	№9 დანესებულება	0	0	2	0	0	
10	№11 დანესებულება	0	1	1	0	0	
11	№12 დანესებულება	0	1	1	0	0	
12	№13 დანესებულება	-	-	-	0	0	
13	№14 დანესებულება	1	1	0	0	0	
14	№15 დანესებულება	1	2	1	0	0	
15	№16 დანესებულება	1	3	3	0	0	
16	№17 დანესებულება	0	1	1	0	0	
17	№18 დანესებულება	1	0	0	0	0	არ საჭიროებენ
18	№19 დანესებულება	0	0	0	0	0	არ საჭიროებენ
ს უ ლ:		8	24	9	2	0	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პანიტანციური სისტემის ჯანდაცვის სტრუქტურებში „ოჯახის ექიმის გადამზადების პროცესის“ დაწყებამდე სულ დასაქმებული იყო 8 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, სპეციალობით „საოჯახო მედიცინა“. მათგან გარკვეულ ნაწილს ასევე ჰქონდა სახელმწიფო სერტიფიკატი სხვა სპეციალობაშიც (ძირითად ნაწილს შინაგან მედიცინაში). რაც შეეხება საექიმო სპეციალობას, „საოჯახო მედიცინა“, ასეთი სპეციალისტი სისტემაში საერთოდ არ მოშაობდა. გადამზადების პროცესი დაიგეგმა ორ ეტაპად. პირველ ეტაპზე უპირველეს ყოვლისა, გადამზადდნენ საბილოტე დანესებულების (N6 და N8 დანესებულებები) ექიმები, ხოლო შემდგომ ეტაპზე – უპირატესად სხვა დანესებულების ექიმები. პარალელურად გადამზადების

2011

პროცესი დაიწყო დასავლეთ საქართველოშიც. როგორც მონიტორინგის დროს ჩატარებულმა შესწავლამ აჩვენა, გადამზადების პროცესი უკვე დაასრულა, სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა ჩააბარა და სახელმწიფო სერტიფიკატი სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ უკვე მიიღო 24-მა ექიმმა. პარალელურად 9 ექთნის მომზადება უკვე დასრულებულია და ექთნებიც მუშაობენ ახალი სპეციალობით. მეორე ნახევრის მონიტორინგის დროს გადამზადების პროცესში იყო მხოლოდ 2 ექიმი. მონიტორინგის დროს აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთ დაწესებულებაში უკვე გადამზადებული ექიმები და ექთნები აღარ მუშაობენ მათი სამსახურიდან წასვლის გამო; ასევე, სამსახურში მიიღეს ახალი პერსონალი, რომელსაც აღნიშნული სპეციალობა აქვს; ანუ მიუხედავად დროის მცირე შუალედისა, აშკარაა სამედიცინო პერსონალის მიგრაცია.

ვინაიდან ოჯახის ექიმთა და ექთანთა გადამზადების საკითხი საქართველოს პენიტენციური სისტემისათვის ახალი ტენდენციაა, მონიტორინგის ჯგუფი მაქსიმალურად შეეცადა შეხვედროდა ყველა იმ ექთანსა და ექიმს, რომლებმაც აღნიშნული გადამზადების ციკლი გაიარეს და ასევე ყველა იმ პირს, რომლებიც აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ადგილზე ფლობდნენ ინფორმაციას, რათა მათგან მიეღო ცნობები პროცესის მიმდინარეობის და სამომავლო გეგმების შესახებ.

როგორც გადამზადებული ექიმები აღნიშნავენ, პროგრამის ფარგლებში მსმენელებმა მოისმინეს სალექციო კურსი, რომელიც მთელი დღის განმავლობაში მიმდინარეობდა. გადამზადების პროცესის დროს ექიმები არ იყვნენ მონყვეტილი სამუშაო ადგილებს; მიუხედავად იმისა, რომ დღის საათებში არ მუშაობდნენ დაწესებულებაში, ისინი ასრულებდნენ მხოლოდ ღამის მორიგეობებს. მათ შენარჩუნებული ჰქონდათ ხელფასი. ერთ-ერთმა გადამზადებულმა ექიმმა აღნიშნა, რომ მათ გაიარეს თერაპიის, ინფექციური სნეულებებისა და ფსიქიატრიის „მოკლე კურსი“ კურსები, რომელიც შეეხებოდა „პრევენციაზე დაფუძნებულ პირველად ჯანდაცვას.“ პროგრამის მიმდინარეობის პერიოდში მათ ჰქონდათ 4 შიდა „გამოცდა.“ ხოლო სრული კურსის დასრულების შემდეგ ჩააბარეს სახელმწიფო სალიცენზიო გამოცდა და მიიღეს სახელმწიფო სერტიფიკატი, სპეციალობით - „საოჯახო მედიცინა.“ გადამზადებული ექიმები აღნიშნავენ, რომ ექთნებიც იმავე ბაზაზე გადიოდნენ გადამზადების პროცესს, თუმცა მათთვის საექთნო პროგრამის დეტალები ნაკლებადაა ცნობილი. ექიმების პროგრამა მოიცავდა ასევე ფსიქიატრიის 1-კვირიან მოდულს. რაც შეეხება პროგრამის „პრაქტიკულ ნაწილს“, იგი წარიმართა გლდანის N8 და რუსთავის N6 დაწესებულებებში 2-2 კვირის განმავლობაში. სალექციო კურსის დასრულების შემდეგ ამ პერიოდში (4 კვირის განმავლობაში) ისინი პროგრამის კურატორებთან ერთად იმყოფებოდნენ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მსჯავრდებულებთან. პროგრამის კურატორები მათ აძლევდნენ შეფასებას. ექიმების თქმით, ძირითადად მათ მოიცვეს თერაპიული ნოზოლოგიები და განიხილეს მოქმედი 40-მდე „გაიდლაინი“. აქცენტი გაკეთდა 5 ძირითად სამედიცინო პრობლემაზე, ესენია: შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტენზია, გულის იშემიური დაავადება, გასტრო-ეზოფაგული რეფლუქსური დაავადება და ბრონქული ასთმა.

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში 2011 წლის პირველ ნახევარში შევხვდით ექიმს, რომელიც გადიოდა გადამზადების პროცესს, თუმცა იგი ჩვენი მისვლის მომენტში სამსახურში იმყოფებოდა. მისი განმარტებით, დასავლეთ საქართველოს პენიტენციური დაწესებულებების ექიმთა გადამზადების პროგრამა მიმდინარეობს N3 პოლიკლინიკაში, ხოლო პრაქტიკული მეცადინეობები პერიოდულად მიმდინარეობს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 15 აპრილის N80/ნ ბრძანების შესაბამისად, დამტკიცებულია დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადების შედეგად მიღებული და მომიჯნავე საექთნო სპეციალობების ნუსხა. აღნიშნული ნუსხის მიხედვით, ექთნებს, სავარაუდოდ, სერტიფიკატი მიენიჭათ „ზოგადი პრაქტიკის (თემის) ექთნის“ სპეციალობით.

როგორც არსებული ფაქტებით ირკვევა, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას შეემატა 8 ახალი ოჯახ-ხის ექიმი და ამდენივე ახალი ზოგადი პრაქტიკის (თემის) ექთანი. მათი აბსოლუტური უმრავლესობა ამჟამად პენიტენციური სისტემის სხვადასხვა დაწესებულებაშია დასაქმებული. აღნიშნული ე.წ. „გადამზადების პროცესი კვლავ გრძელდება და, სავარაუდოდ, წლის ბოლოს ამგვარი წესით „გადამზადებულ“ და სერტიფიცირებულ პირთა რაოდენობა კიდევ უფრო გაიზრდება. საქართველოს

სახალხო დამცველის შეხედულებით, ამ წესითა და მოდელით სამედიცინო პერსონალისა და განსაკუთრებით, ექიმის გადამზადება საფრთხეს უქმნის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას. პრობლემა საკმაოდ ღრმა და კომპლექსურია.

იმისათვის, რომ ნათლად და დეტალურად იქნეს დანახული ის პრობლემები, რომლებიც პენიტენციურ ჯანდაცვაში ე.წ. „პირველადი ჯანდაცვისა“ და „ოჯახის ექიმის“ ცნებების შემოტანას ახლავს, მნიშვნელოვანია ამ საკითხთან დაკავშირებით არსებული წინაპირობებისა და რეალობების გაცნობა და ამ სფეროში მოკლე ექსკურსის გაკეთება. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა განიარტება, როგორც: **„ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.“** საქართველოს სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემაში, პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის აქცენტირების შემდეგ, რაც განსაკუთრებით 2002 წლიდან გააქტიურდა, შემოღებულია ახალი საექიმო დარგი, საოჯახო მედიცინა (საოჯახო მედიცინა – **პირველადი ჯანდაცვაზე ორიენტირებული სამედიცინო დისციპლინა, დამოუკიდებელი და სხვა დისციპლინებისაგან განსხვავებული პროფესიული მზადების, კვლევისა და კლინიკური საქმიანობის სისტემით**) და ასევე საექიმო სპეციალობა – „ოჯახის ექიმი“, რომელსაც ქვეყნის კანონმდებლობა განმარტავს, როგორც – **„ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უფლება აქვს პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ყველა ასაკის ორივე სქესის პირს“**. სპეციალურად აღნიშნული ცვლილებებისა და მათი უზრუნველყოფისათვის საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ ჩაიდო დამატება მუხლი 89¹-ის სახით, რომლის მიხედვითაც, **„პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, მათ შორის საოჯახო მედიცინის განვითარებისათვის აუცილებელ სამართლებრივ ბაზას და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მონყოფის წესს შეიმუშავენ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო“**. ამგვარად, ქვეყანამ ნელ-ნელა დაიწყო გადასვლა პირველადი ჯანდაცვის ახლებურ მოდელზე. ბუნებრივია, სულ მალე დღის წესრიგში დადგა ამ დარგის სპეციალისტების მომზადების საკითხი, რის გამოც საჭირო გახდა სპეციალობის ჩარჩოს განსაზღვრა და დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამის შექმნა, რომლის მიხედვითაც მომზადდებოდნენ ამ დარგის სპეციალისტები. ეს ყოველივე მოხდა იმ ფონზე, როდესაც საქართველოში გაუქმდა ე.წ. „ზოგადი პროფილის ექიმი-მკურნალის“ ცნება და ამ სპეციალობის შესაბამისი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე ათასობით ახალბედა ექიმი კვლავ გაურკვეველ მდგომარეობაში აღმოჩნდა. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში მუხლი 89¹-ის ამოქმედებიდან რამდენიმე წლის შემდეგ, მიუხედავად დაგვიანებისა, მაინც დამტკიცდა შესაბამისი დიპლომისშემდგომი განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამაც.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 15 აგვისტოს N 239/6 ბრძანებით (სარეზიდენტო პროგრამების დამტკიცების შესახებ), „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, დამტკიცდა 5 სარეზიდენტო პროგრამა; მათ შორის იყო „საოჯახო მედიცინა.“ აქედან მოყოლებული, გაჩნდა გარკვეული პერსპექტივა და განმარტებები, ასევე, იმის საფუძველი, რომ მომხდარიყო ახალი დარგის ინტეგრაცია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში შესაბამისი ჯანდაცვითი საჭიროებების გადაჭრის მიზნით. საგანმანათლებლო პროგრამის კომპონენტები ესადაგება სტრუქტურირებული საგანმანათლებლო პროგრამის ჩარჩოს, რომლის მიზანია, ექიმისათვის მრავალმხრივი ცოდნის, კომპეტენციის, კომუნიკაციის ჩვევებისა და პროფესიული მიდგომების სწავლება. პროგრამის ზოგადი ჩარჩო და სტრუქტურა დეტალურად ასახავს ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპულ განმარტებას (WONCA Europe [The European Society of General Practice / Family Medicine]: The European Definition of General Practice/Family Medicine; Barcelona: WONCA, 2002), რომელიც მოცემულია

2011

ოჯახის ექიმთა მასწავლებლების ევროპული აკადემიის მიერ მომზადებულ საგანმანათლებლო პროგრამაში (EURACT [European Academy of Teachers in General Practice] Education Agenda; EURACT, Leuven 2005). კერძოდ, EURACT-ის საგანმანათლებლო პროგრამაში აღწერილია ევროპაში ზოგადი პრაქტიკის წარმოებისათვის აუცილებელად მიჩნეული ძირითადი კომპეტენციები. კურიკულუმი ისეა შედგენილი, რომ მოიცავს ზემოაღნიშნული დოკუმენტით გათვალისწინებულ ყველა ძირითად საკითხს და დაავადებებს იმ ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და მიდგომების ჩვენებით, რომლებიც შესაძლებლობას მისცემს პრაქტიკოსს ოჯახის ექიმს სპეციფიკურ (ქვეყნისათვის დამახასიათებელ) კონტექსტში წარმოაჩინოს ოჯახის ექიმის კომპეტენციები. რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, „ოჯახის ექიმის“ მოსამზადებელი პროგრამა მოიცავს ინტენსიური მზადების 3 წელს (36 თვე) და შედგება სამი ძირითადი ეტაპისაგან – (ა) საოჯახო მედიცინის შესავალი კურსი (6 თვე), (ბ) როტაციები საავადმყოფოებში (18 თვე) და საოჯახო მედიცინის სპეციალიზებული კურსი (12 თვე). რეზიდენტურის პროგრამის ზემოთ მოხსენიებული 3 ნაწილის გავლამ საშუალება უნდა მისცეს რეზიდენტს ეტაპობრივად შეიძინოს ის ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რომლებიც „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობის აღწერილობაშია მოცემული და, რომლებიც მისი როგორც ოჯახის ექიმის პროფესიულ კომპეტენციაა. თვით პროგრამის შინაარსი წარმოდგენილია 115 ნაბეჭდ გვერდზე. პროგრამა უნდა ხორციელდებოდეს საუნივერსიტეტო კლინიკებსა და იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთაც მიღებული აქვთ აკრედიტაცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით (“რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვისა და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის კრიტერიუმებისა და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ბრძანების შესაბამისად).

პროგრამის ერთ-ერთი საკვანძო მომენტია „მზადება II ეტაპზე“, რომელიც, როგორც უკვე აღინიშნა, 18 თვეს მოიცავს და რომლის ძირითადი ნაწილი (15 თვე) სავალდებულო მოდულებს ეთმობა, ხოლო დარჩენილი 3 თვე – ელექტიურ მოდულებს:

სავალდებულო მოდულებიდან (სულ 15 თვე) სპეციალობის მაძიებელმა უნდა გაიაროს:

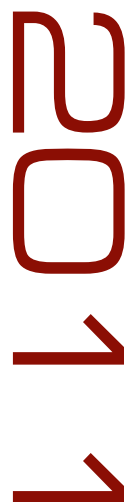
- ა) შინაგანი მედიცინა – 4 თვე;
- ბ) გადაუდებელი მედიცინა და ტრავმა – 3 თვე;
- გ) ბავშვთა ჯანმრთელობა – 3 თვე;
- დ) ქალთა ჯანმრთელობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები – 3 თვე;
- ე) ფსიქიკური ჯანმრთელობა – 2 თვე;

რაც შეეხება შერჩევით (ელექტიურ) მოდულებს, ამ მიმართულებით სწავლება სულ 3 თვე გრძელდება და მოიცავს:

- ა) ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები (4 კვირა);
- ბ) დერმატოლოგია (4 კვირა);
- გ) ოფთალმოლოგია (4 კვირა);
- დ) ნევროლოგია (4 კვირა);
- ე) ორთოპედია (4 კვირა);
- ვ) ონკოლოგია (4 კვირა);
- ზ) ქირურგია (4 კვირა).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, სპეციალობის მაძიებელმა უნდა აითვისოს საკმაოდ მოცულობითი და რთული მასალა როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული კუთხით და ამისთვის სამი წელი ის მინიმალურ პერიოდია, რომელიც საქართველოში სტანდარტად არის დადგენილი. მზადების პროცესში ყველაზე რთული კომპონენტია პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გამომუშავება, რომელთა გარეშეც ოჯახის ექიმის მუშაობა და საქმიანობა აზრს არის მოკლებული. პროგრამაში მოცემულია იმ მინიმალურ სამკურნალო და სადიაგნოზო მანიპულაციების ჩამონათვალი, რომელთა შესრულებაც ოჯახის ექიმს დამოუკიდებლად უნდა შეეძლოს. ესენია:

- ა) ფიზიკური გასინჯვის ზოგადი მეთოდები ორგანოთა სისტემების მიხედვით (დათვალიერება, პალპაცია, პერკუსია, აუსკულტაცია);
- ბ) ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნება და კარდიოპულმონური რეანიმაცია (მოზრდილებში, ბავშვებში, ჩვილებსა და ახალშობილებში);
- გ) ეკგ-ის გადაღება და ინტერპრეტაცია;
- დ) ფატალური არითმიების მართვა და დეფიბრილაცია;
- ე) ახალშობილის პირველადი ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარება;
- ვ) მცირექირურგიული მანიპულაციები: ჭრილობის პირველადი დამუშავება, ქირურგიული ნაკერების დადება და მოხსნა, ინფილტრაციული ანესთეზია (გამტარებლობითი და ბუდობრივი), აბსცესების, პანარიციუმების, ფლეგმონების გაკვეთა და გახსნა, ჩაზრდილი ფრჩხილის მოცილება, რბილი ქსოვილების ზედაპირულ სიმსივნეთა ინოკულაცია, ნახვევის დადება და სხვ.;
- ზ) დამწვრობისა და ინფიცირებული ჭრილობის დამუშავება;
- თ) ზედაპირული უცხო სხეულების მოცილება;
- ი) ინექციები: კანშიდა, კანქვეშა, ინტრამუსკულური, ინტრავენური; ინტრავენური ინფუზია;
- კ) მხედველობის ორგანოს შეფასება/გასინჯვა: დათვალიერება, მხედველობის სიმახვილის დადგენა, ოფთალმოსკოპია/ფუნდოსკოპია;
- ლ) ოტოსკოპია, გოგირდის საცობის გამოძევა ნყლის ქავლით;
- მ) რინოსკოპია, ფარინგოსკოპია, არაპირდაპირი ლარინგოსკოპია;
- ნ) ბიმანუალური ვაგინალური და რექტოვაგინალური გამოკვლევა, “სარკის ჩადგმა”;
- ო) გარეგანი სამეანო გასინჯვა, ნაყოფის გულისცემის შეფასება;
- პ) პლაცენტის მდებარეობის შეფასება;
- ჟ) ორსულის მდგომარეობის შეფასება ფუნქციონალური დიაგნოსტიკის მეთოდებით;
- რ) ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა;
- ს) შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია;
- ტ) სწორი ნაწლავისა და წინამდებარე ჯირკვლის გასინჯვა თითით;
- უ) ამოვარდნილობის კორექცია;
- ფ) სატრანსპორტო იმობილიზაცია კიდურების ძვლებისა და ხერხემლის მოტეხილობის შემთხვევაში;



ქ) ნაცხის აღება ბაქტერიოლოგიური და ციტოლოგიური გამოკვლევებისათვის;

ლ) პარაცენტეზი, პლევრის პუნქცია, დაჭიმული პნევმოთორაქსის გადაყვანა ღია პნევმოთორაქსში.

ზემოთ აღნიშნული წარმოადგენს სპეციალობის აღწერილობას, ანუ, როგორც საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ განმარტავს, ეს არის იმ საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალი, რომელთა ცოდნა და ათვისება აუცილებელია ამა თუ იმ საექიმო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმისათვის;

როგორც ჩანს, პროგრამა საკმაოდ რთული და მრავლისმომცველია. მიუხედავად ამისა, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში ამას ხელი არ შეუშლია ექიმთა გადამზადების პროცესისთვის, იმისათვის, რომ ე.წ. „სპეციალობის მაძიებლები“ დაეშვათ სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე სერტიფიკატის მოსაპოვებლად.

შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმების გადამზადება „საოჯახო მედიცინის“ პროგრამით არ შეესაბამება ქვეყანაში არსებულ სტანდარტს (საოჯახო მედიცინის დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების დამტკიცებული პროგრამა). 3-წლიანი პერიოდის ნაცვლად ექიმების გადამზადება ხდება 7 თვეში. გადამზადების დროს ექიმები არ გადიან კურიკულუმის ყველა ძირითად მოდულს. გარდა ამისა, ისეთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი, როგორიცაა პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ათვისება, ამგვარი „გადამზადების“ პროცესში თითქმის იგნორირებულია. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ექიმი და ექთანი უკვე აღარ მუშაობს პენიტენციურ სისტემაში. მომავალში მათი რიცხვი შესაძლებელია გაიზარდოს. მიუხედავად ამისა, მათ აქვთ ოჯახის ექიმის სახელმწიფო სერტიფიკატი. ასეთი ექიმები შესაძლებელია მომავალში დასაქმდნენ ნებისმიერ საოჯახო მედიცინის ცენტრში ან სხვა შესაბამის დაწესებულებაში. მათი კვალიფიკაცია კი არ შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ და დამკვიდრებულ პროგრამის ჩარჩოს, რის გამოც ამ ექიმებმა შესაძლებელია რეალური საფრთხე შეუქმნან ზოგადად საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა არის უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზეც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით; საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, კერძოდ, მისი 23-ე მუხლი განმარტავს, რომ „სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების მიზანია **ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა არაკომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის საქმიანობისაგან.**“ სერტიფიკატის მინიჭებისას სახელმწიფო იძლევა გარანტიას, რომ მის მფლობელ სპეციალისტს უნარი აქვს აწარმოოს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობა ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად. ამ კონკრეტულ შემთხვევაში კი უხეშადაა იგნორირებული კანონით გათვალისწინებული ძირითადი პრინციპი, რომლისთვისაცაა საერთოდ შემოღებული ექიმთა სერტიფიცირება. გარდა ამისა, იმავე კანონის მე-13 მუხლი ცალსახად განმარტავს, რომ „პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა ... ხორციელდება ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით.“ აქედან გამომდინარე, პენიტენციური დაწესებულებების მოსახლეობა უკვე რისკის ქვეშაა დაყენებული არაკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების თვალსაზრისით.

ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციის ამგვარი გზით „მიღება“ ასევე არ შეესაბამება საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. კანონის პირველივე მუხლში ნათქვამია, რომ „ამ კანონის მიზანია უზრუნველყოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის შესაბამისი პროფესიული განათლება და პრაქტიკული მომზადება, მის პროფესიულ საქმიანობაზე სათანადო სახელმწიფო ზედამხედველობის დაწესება, მისი უფლებების დაცვა, აგრეთვე **ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების საექიმო საქმიანობაში დამკვიდრებით საქართველოს მოსახლეობის მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება.**“ კანონის

შესაბამისად, საქართველოში ექიმი-სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გაცემის ერთ-ერთი მთავარი საფუძველია შესაბამისი საექიმო სპეციალობაში დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის (სარეზიდენტო ან რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომის-შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების)) პროგრამის გავლა და ასევე სახელმწიფო სერტიფიკატის მაძიებლის მიერ შესაბამისი საექიმო სპეციალობაში ბოლო 2 წლის განმავლობაში ჩატარებულ სამუშაოთა აღწერა. პენიტენციურ სისტემაში „გადამზადებულ“ ექიმებს, არც ერთი და არც მეორე პირობის შესრულება თეორიულადაც არ შეეძლოთ 7 თვის განმავლობაში. ამგვარი გზით გადამზადებული ექიმების სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაშვება კი იყო „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 28-ე მუხლის უხეში დარღვევა, რომლის მიხედვითაც - „სახელმწიფო სერტიფიკატის მისაღებად სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაიშვება პირი, რომელსაც ... გავლილი აქვს დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსი შესაბამისი საექიმო სპეციალობაში.“ საქართველოს კანონმდებლობა დიპლომის შემდგომი განათლების მხოლოდ და მხოლოდ 2 შესაძლო ფორმას იცნობს. ესენია: რეზიდენტურა და რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომის შემდგომი განათლება (პროფესიული მზადება). რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომის შემდგომი განათლება (პროფესიული მზადება) გულისხმობს სარეზიდენტო პროგრამის ყველა მოდულის გავლას ცალკეული მოდულისა და მთლიანად პროგრამის ხანგრძლივობის ზუსტად განსაზღვრის გარეშე. ამასთანავე, რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მაქსიმალური ჯამური ვადა არ უნდა იყოს შესაბამისი სპეციალობაში სარეზიდენტო პროგრამის ხანგრძლივობაზე ნაკლები და არ უნდა აღემატებოდეს მას 2-ჯერ. ამასთან, დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა შესაძლებელია მხოლოდ სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით აკრედიტებულ სამედიცინო დაწესებულებებში ან/და სასწავლებლებში. დიპლომის შემდგომი განათლებაში (პროფესიული მზადებაში) მონაწილეობის უფლების მისანიჭებლად დაწესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციას ახორციელებს პროფესიული განვითარების საბჭო. დაწესებულებებმა ან/და სასწავლებლებმა აკრედიტაცია შეიძლება მიიღონ ცალკეული საექიმო სპეციალობის (სპეციალობების) ერთი ან რამდენიმე მოდულის ფარგლებში. ფაქტია, რომ თბილისის N8 და რუსთავეის N6 სასჯელაღსრულების დაწესებულებები ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ არ არიან აკრედიტირებული საგანმანათლებლო დაწესებულებები, შესაბამისად, ამ დაწესებულებებში გავლილი თუნდაც 2-კვირიანი პრაქტიკული პერიოდი საეჭვოა, რომ შესაბამებოდეს საგანმანათლებლო პროგრამას ან რაიმე კრიტერიუმით მაინც აკმაყოფილებდეს ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტებს.

ასევე, დამატებით აღნიშვნის ღირსია ცვლილებები ნორმატიულ აქტებში, რომლებიც საგანგებოდ ამ უკანონო პროცესის „დაცვისა და ლეგალიზაციის“ მცდელობად უნდა შეფასდეს. კერძოდ, საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, ნებისმიერ საექიმო სპეციალობაში (სპეციალობებში) სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს მიიღოს სახელმწიფო სერტიფიკატი სხვა საექიმო სპეციალობითაც (სპეციალობებითაც). კანონის მიხედვით, თუ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ არჩეული ახალი საექიმო სპეციალობა არ არის იმ საექიმო სპეციალობის მომიჯნავე, რომლის სახელმწიფო სერტიფიკატიც მას უკვე აქვს, ახალი სახელმწიფო სერტიფიკატის მისაღებად დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა შესაბამისი საექიმო სპეციალობაში უნდა გაიაროს დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) დადგენილი კურსი და სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ მიიღოს შესაბამისი სახელმწიფო სერტიფიკატი. თუ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ არჩეული ახალი საექიმო სპეციალობა იმ სპეციალობის მომიჯნავეა, რომლის სახელმწიფო სერტიფიკატიც მას უკვე აქვს, ახალი სახელმწიფო სერტიფიკატის მისაღებად დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა შესაბამისი საექიმო სპეციალობაში უნდა გაიაროს დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) დადგენილი კურსის ნაწილი. მის მოცულობასა და ხანგრძლივობას ექიმთა პროფესიულ ასოციაციებთან ერთად განსაზღვრავს პროფესიული განვითარების საბჭო. აქედან გამომდინარე, „ოჯახის ექიმის“ დიპლომის შემდგომი განათლების პროგრამის ანალიზი საფუძველს გვაძლევს, გავაკეთოთ დასკვნა, რომ საოჯახო მედიცინა შესაძლებელია ჩაითვალოს სპეციალობა „შინაგანი მედიცინის“ მომიჯნავედ. პენიტენციურ-

საქართველოს

რი სისტემის ექიმთა სპეციალობა კი ხშირ შემთხვევაში იყო „ქირურგია“ და არა „შინაგანი მედიცინა.“ ზემოთქმულიდან გამომდინარე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 20 აპრილის №01-17/6 ბრძანებით, ცვლილება შევიდა „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/6 ბრძანებაში. კერძოდ, ბრძანების მე-3 პუნქტის შესაბამისად, „საექიმო სპეციალობა „საოჯახო მედიცინა“ განისაზღვროს საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხით (დანართი №1) განსაზღვრული სპეციალობების მომიჯნავე სპეციალობად, **გარდა შემდეგი სპეციალობებისა: ფსიქოთერაპია, ფსიქიატრია (შესაბამისი მომიჯნავე სპეციალობებით), ბავშვთა ფსიქოთერაპია, ლაბორატორიული მედიცინა, პათოლოგიური ანატომია-კლინიკური პათოლოგია, სასამართლო მედიცინა, სამედიცინო რადიოლოგია (შესაბამისი მომიჯნავე სპეციალობებით), სამედიცინო რეაბილიტაცია და სპორტის მედიცინა, კლინიკური ფარმაკოლოგია, ფიზიკური მედიცინა და კურორტოლოგია, სამედიცინო გენეტიკა, ჰომეოპათია.** საექიმო სპეციალობები, რომელთა მომიჯნავედ განსაზღვრულია „საოჯახო მედიცინა“, თავის მხრივ, არ წარმოადგენს საოჯახო მედიცინის მომიჯნავე სპეციალობებს და „საოჯახო მედიცინაში“ სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირების ამ სპეციალობებში მზადება უნდა განხორციელდეს დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების)/ სარეზიდენტო პროგრამის გავლის გზით“. აღნიშნული ცვლილება პრაქტიკულად ნიშნავს, რომ „საოჯახო მედიცინა“ გახდა ისეთი სპეციალობების მომიჯნავე, როგორებიცაა: ქირურგია, კარდიოქირურგია, ორთოპედია-ტრავმატოლოგია, ნეიროქირურგია, ოტორინოლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია და ასე შემდეგ. აღნიშნულის შესაძლებლობას კი ცალსახად გამოიყენა საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, რომლის მიხედვითაც მომიჯნავე სპეციალობები განიმარტება, როგორც „მედიცინის ერთ დარგში შემავალი საექიმო სპეციალობები, რომელთა საგანმანათლებლო პროგრამა და პროფესიული საქმიანობის ხასიათი გარკვეულწილად ესადაგება ერთმანეთს.“ ალბათ, საკამათო არ არის, რომ „ოჯახის ექიმისა“ და ზემოთ ჩამოთვლილი სპეციალობების (ქირურგია, კარდიოქირურგია, ორთოპედია-ტრავმატოლოგია, ნეიროქირურგია, ოტორინოლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია და სხვ) საგანმანათლებლო პროგრამა და პროფესიული საქმიანობის ხასიათი არათუ ესადაგება, არამედ კარდინალურად განსხვავებულია ერთმანეთისაგან, შესაბამისად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 20 აპრილის №01-17/6 ბრძანებით განმტკიცებული ცვლილებები პოტენციურად საფრთხის შემცველია და ნეგატიურად აისახება პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

ტუბერკულოზის პრობლემა პენიტენციურ სისტემაში

ტუბერკულოზის პრობლემა მეტად მწვავე და აქტუალურია არა მარტო საქართველოს, არამედ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების პენიტენციური სისტემებისათვის. რეგიონში ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სურათი 1990 წლებიდან გამწვავდა. პენიტენციურ სისტემაში გავრცელებული ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლას ახლავს მთელი რიგი სირთულეები და სპეციფიკა, რაც არ გვხვდება სამოქალაქო სექტორში. უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ ტუბერკულოზური ინფექციის ის შტამები, რომლებიც დახურულ დაწესებულებებში პრევალირებს, უფრო ხშირად რეზისტენტულია ჩვეულებრივი ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების მიმართ. ტუბერკულოზის გავრცელება ციხეებში ხშირად 10-100 ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე ანალოგიური მაჩვენებელი იმავე ქვეყანაში ზოგადად. გარდა ამისა, ციხის მოსახლეობაში ხშირია შემთხვევები, როდესაც ტუბერკულოზი ასოცირებულია ჰეპატიტისა და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსთან და კოინფექციის სახით გვხვდება. ციხეებში ტუბერკულოზის გავრცელების ხელშემწყობ და მის წინააღმდეგ ბრძოლის შემაფერხებელ მნიშვნელოვან ფაქტორებად უნდა დასახელდეს დაწესებულებათა გადატვირთულობა, არასათანადო კვებითი რაციონი, აერაციისა და ვენტილაციის სისტემის, ასევე გარემოს სხვა ფაქტორების მავნე ზემოქმედება, მზის სხივებისა და ჰაერის ნაკადის არასაკმარისობა. გარდა ამისა, დახურულ დაწესებულებაში ტუბერკულოზთან ბრძოლის სტრატე-

გია მეორეხარისხოვნად განიხილება დაწესებულების რეჟიმისა და უსაფრთხოების ინტერესების მიმართ, რის გამოც ტუბერკულოზით ინფიცირებული ან მკურნალობის ეტაპზე მყოფი პაციმარი ხშირად გადაჰყავთ ისეთ ადგილზე, რომელიც დაავადების მართვის სტანდარტებისათვის შეუფერებელია. გარდა იმისა, რომ ეს უკანასკნელი მკვეთრად ნეგატიურად მოქმედებს თავად ინფიცირებული პირის ჯანმრთელობაზე, ინფიცირებული რეალურ საფრთხეს უქმნის სხვათა ჯანმრთელობასაც, რის გამოც აღნიშნული ფაქტორი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მწვავე პრობლემად უნდა განვიხილოთ.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ტუბერკულოზი ბოლო რამდენიმე წელია საკმაოდ კრიტიკულ როლს თამაშობს ციხის მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის ინდიკატორებთან მიმართებაში. ბოლო წლებში გარდაცვლილ პაციმართა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი ფაქტორი სწორედ აღნიშნული დაავადება, კერძოდ, მისი შორსნასული ფორმებია. მიუხედავად სისტემაში გატარებული ანტიტუბერკულოზური ღონისძიებებისა და მთელი რიგი ძალისხმევისა, მონაცემები პრაქტიკულად უცვლელი რჩება. 2010 წელს საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში გარდაცვლილი 142 პირიდან ტუბერკულოზით ინფიცირებული იყო 49.3%, ანუ ყოველი მეორე გარდაცვლილი პაციმარი. რაც შეეხება 2011 წლის სიკვდილობის მონაცემებს, ამ წელს სულ გარდაცვლილი 140 პაციენტიდან 31.5% შემთხვევაში გარდაცვალების უშუალო მიზეზი სწორედ ტუბერკულოზი იყო.

რაც შეეხება ტუბერკულოზით ავადობის პრობლემას პენიტენციურ სისტემაში, უნდა აღინიშნოს, რომ 2011 წლის პერიოდში გამოვლენილია დაავადების 1651 ახალი შემთხვევა, რომლიდანაც 924 წლის პირველ ნახევარზე, ხოლო 727 შემთხვევა მეორე ნახევარზე მოდის. ეს უკანასკნელი კი, თავის მხრივ, საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია.

ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელების, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის ძირითადი სტატისტიკური დეტალები წლის პირველი და მეორე ნახევრების მიხედვით წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში.

2011 წლის პირველი ნახევრის მდგომარეობა

№	დაწესებულების დასახელება	ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის ინფრასტრუქტურა		გამოკვლ. რაოდენობა	სკრინინგი	ნახველის ანალიზი	ახლად გამოვლენილ	მულტირე-ზისტენოზა	მკურნალობის კურსში ახლად ჩართულთა რაოდენობა		N19 დაწეს. გადაწყვეტა
		საკნები	ადგილი						DOTS	DOTS+	
1	№1 თბილისი	4	80	772	463	420	43	0	43	0	27
2	№2 ქუთაისი	3	11	1327	1327	275	42	0	37	0	47
3	№3 ბათუმი	1	4	190	698	196	9	0	9	0	12
4	№4 ზუგდიდი	1	8	101	653	54	5	1	4	1	7
5	№5 რუსთავი	3	12	313	10	78	2	4	1	4	0
6	№6 რუსთავი	4	60	259	673	115	34	0	34	0	17
7	№7 თბილისი	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
8	№8 თბილისი	0	0	198	741	170	17	0	25	0	37
9	№9 თბილისი	2	10	48	641	1	0	0	0	0	0
10	№11 თბილისი	0	0	239	239	23	0	0	0	0	0
11	№12 თბილისი	0	0	0	1845	145	5	0	2	0	5
12	№13 ხონი	1	4	11	2	11	2	0	0	0	2
13	№14 გეგუთი	2	12	399	559	355	26	0	0	0	147
14	№15 ქსანი	0	0	1164	6001	70	108	0	0	0	108
15	№16 რუსთავი	0	0	593	613	671	58	2	103	2	98
16	№17 რუსთავი	2	70	3864	338	400	130	0	29	0	150

2011

17	№18 თბილისი	10	40	1097	0	1097	160	12	160	12	170
18	№19 ქსანი	-	540	486	-	6440	283	94	374	94	-
ს უ ლ:		33	851	11062	14803	10522	924	113	822	113	827

2011 წლის მეორე ნახევრის მდგომარეობა:⁵⁷⁵

№	დანესებულების დასახელება	ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის ინფრასტრუქტურა		გამოკვლ. რაოდენობა	სკრინინგი	ნახველის ანალიზი	ახლად გამოვლენილ	მულტირეზისტენტობა	მკურნალობის კურსში ახლად ჩართულთა რაოდენობა		N19 დანეს. გადაყვანა
		საკანები	ადგილი						DOTS	DOTS+	
1	№1 თბილისი	4	80	3538	3004	534	30	0	40	0	19
2	№2 ქუთაისი	3	11	3360	3360	557	54	0	54	0	51
3	№3 ბათუმი	1	4	193	1410	193	5	0	5	0	3
4	№4 ზუგდიდი	1	10	250	1047	196	5	0	5	0	6
5	№5 რუსთავი	3	18	1555	1030	244	5	2	3	1	0
6	№6 რუსთავი	4	60	561	2282	189	13	0	21	0	7
7	№7 თბილისი	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
8	№8 თბილისი	6	36	137	4127	466	16	0	29	4	31
9	№9 თბილისი	3	12	678	2004	89	6	0	3	2	0
10	№11 თბილისი	0	0	340	340	22	0	0	0	0	0
11	№12 თბილისი	0	0	666	1247	411	7	0	6	0	7
12	№13 ხონი	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	№14 გეგუთი	2	12	1059	4677	1059	91	0	0	0	140
14	№15 ქსანი	1	4	1048	3408	1048	78	2	0	0	78
15	№16 რუსთავი	25	150	2054	3572	1793	48	-	47	0	104
16	№17 რუსთავი	2	70	3132	2708	1438	71	0	35	23	100
17	№18 თბილისი	10	40	989	0	989	107	-	107	14	118
18	№19 ქსანი	-	540	430	98	8943	191	-	292	115	-
ს უ ლ:		65	1047	19991	34315	18172	727	2 ⁵⁷⁵	647	159	664

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ამჟამინდელი მდგომარეობით, პენიტენციურ სისტემაში სპეციფიკური ინფრასტრუქტურა ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალოდ ყველა დანესებულებაში შექმნილი არ არის. ზოგიერთ დანესებულებაში კი მას ფორმალური ხასიათი აქვს. დანესებულებათა უმრავლესობაში ტუბერკულოზით დაავადებულები რომელიმე საკანში გადაჰყავთ იზოლაციის მიზნით. მხოლოდ დანესებულებათა ნაწილს აქვს სამედიცინო ნაწილში ცალკე მონყოილი ტუბერკულოზით დაავადებულთა სექცია (მაგალითად ქუთაისის N2 დანესებულება, რუსთავის ქალთა N5 დანესებულება). რაც შეეხება N19 დანესებულებას, ანუ ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულებას, აქ პაციენტები განთავსებულნი არიან 3 კორპუსში. დანესებულების ლიმიტია 540 მსჯავრდებული. 2011 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით, N19 დანესებულებაში განთავსებული იყო 754 მსჯავრდებული.

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულებაში (N18), ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები თავსდებიან ინფექციურ განყოფილებაში, რომელიც 40 საწოლზეა გათვლილი. მიუხედავად იმისა, რომ ორმოცივე საწოლი, რა თქმა უნდა, ტუბერკულოზით დაავადებულთათვის არარისგამოყოფილი, პაციენტთა უმრავლესობა აქსწორედ ტუბერკულოზითაა დაავადებული. მეორე ადგილზე, სიხშირის მიხედვით, განყოფილებაში ათავსებენ ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულ პაციენტებს.

575 აღნიშნული ციფრი არ მოიცავს სამკურნალო დანესებულებების მონაცემებს

რუსთავის ქალთა მე-5 დაწესებულებაში ტუბერკულოზით დაავადებულთა სექცია სამედიცინო ნაწილისგან იზოლირებულია, რაც საკმაოდ დადებით როლს თამაშობს დაავადებულთა მკურნალობისა და მოვლის თვალსაზრისით. მსგავსი მიდგომით ხდება ტუბერკულოზით დაავადებულთა იზოლაცია ქუთაისის N2 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილში, თუმცა დაავადებულთა მაღალი რიცხვის გამო ისინი სხვა საკნებშიც არიან განთავსებულნი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დაწესებულება, მისი რეჟიმიდან გამომდინარე (დახურული), ტუბერკულოზის მკურნალობისა და ინფექციის მართვისათვის საუკეთესო მაგალითად მაინც ვერ გამოდგება. დანარჩენ დაწესებულებებში ტუბერკულოზით დაავადებულები, რომლებსაც დაუდგინდათ ინფექცია, განთავსებულნი არიან ჩვეულებრივ საპატიმრო საკნებში. ზოგიერთ დაწესებულებაში ასეთ ერთ საკანში ათეულობით პაციენტი განთავსებული. საკნებში პაციენტები განთავსებულნი არიან იმის მიხედვით თუ რომელი ფორმა (მგბ-/მგბ+) აქვთ მათ. დაწესებულებათა ნაწილში (მაგალითად თბილისის N1, ქუთაისის N2, რუსთავის N16, რუსთავის N17) ამგვარ ინფრასტრუქტურაში განთავსებულნი არიან ისეთი პაციენტები, რომლებიც დააბრუნეს ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულებიდან და სასჯელის მოხდის ძირითად ადგილზე ასრულებენ მკურნალობის მე-2 ფაზას. ქსანის N15 დაწესებულების მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ამის გაკეთება დაგეგმილია მათ დაწესებულებაშიც. ტუბერკულოზის შემთხვევათა უფრო კარგად გამოსავლენად დაწესებულებებში სისტემატურად მიმდინარეობს სკრინინგი. ამისათვის დანერგილია შესაბამისი ანკეტა, რომელიც ივსება ახლად შესული ყველა პატიმრის შემთხვევაში.

2011 წლის 8 აგვისტოს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა (N759-03) ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრს და მოითხოვა ინფორმაცია იმ მსჯავრდებულებისა და ბრალდებულების შესახებ, რომლებიც 2011 წლის პირველ ნახევარში მკურნალობის კურსს გადიოდნენ ამ დაწესებულებაში. დამატებით, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა მოითხოვა იმ ექიმთა სია, რომლებიც მივლინებულნი არიან სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის სტრატეგიის ფარგლებში და ასევე – რა სახის და რა მოცულობის დახმარებას უწევენ აღნიშნული პირები პენიტენციურ სისტემას და რას მოიცავს თანამშრომლობის აღნიშნული ასპექტები. 2011 წლის 18 აგვისტოს, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრიდან შემოსული საპასუხო წერილით (N1851/01-17) ირკვევა, რომ 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში სტაციონარში პენიტენციური სისტემიდან სულ გადმოყვანილია 21 პაციენტი. მათგან 11 შემთხვევაში პაციენტი გარდაიცვალა, 4 შემთხვევაში ჩატარდა ოპერაციული მკურნალობა და მდგომარეობა გაუმჯობესდა. კიდევ ერთ შემთხვევაში კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე მიღწეულ იქნა დადებითი დინამიკა. 4 შემთხვევაში მდგომარეობა უცვლელი დარჩა, ხოლო 1 შემთხვევაში მდგომარეობა თავდაპირველად გაუმჯობესდა, ხოლო მოგვიანებით მდგომარეობა გართულდა მწვავე მუცლითა და სეფსისით. პაციენტი წერილის გამოგზავნის მომენტში კვლავ აგრძელებდა მკურნალობას. გარდა ამისა, წერილით გვეცნობა, რომ ცენტრის წამყვან სპეციალისტებთან (3 ექიმი) საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს გაფორმებული აქვს შრომითი ხელშეკრულება, როგორც კონსულტანტებთან და მათი მოვალეობაა საჭიროების შემთხვევაში სასჯელაღსრულების სისტემის სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსებული მსჯავრდებულებისა და ბრალდებულების კონსულტირება.

როგორც ცნობილია, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ს.ს. „ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრს“ შორის 2011 წლის 28 მარტს გაფორმდა ურთიერთშეთანხმების მემორანდუმი, რომლის თანახმადაც, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის აღსრულების სისტემის დაწესებულებებში, ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის ფარგლებში, სპეციალურად ტრენინგებული ექთნების ახორციელებენ რუტინულ სკრინინგს ტუბერკულოზის შემთხვევათა ადრეული გამოვლენისათვის. მემორანდუმის მიხედვით, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო იღებს ვალდებულებას, 2013 წლამდე უზრუნველყოს ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა ახალი სამკურნალო დაწესებულების აშენება ინფექციის კონტროლის საინ-

საქართველოს
სასჯელაღსრულების
სისტემა

ქინრო და ადმინისტრაციული ღონისძიებების დაცვის გათვალისწინებით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის აღსრულების სისტემის ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის ფარგლებში, სკრინინგის სრული მოცულობით შესრულების მიზნით, სათანადო ასიგნებების დამატებით გამოყოფას ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტისათვის. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი, მემორანდუმის მიხედვით, იღებს ვალდებულებას, რომ უზრუნველყოფს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებს ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენისათვის სკრინინგისა და შესაბამისი დიაგნოსტიკური კვლევების სრული განხორციელებით, ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი დამატებითი კომპონენტის ფარგლებში. მემორანდუმის გაფორმებიდან დაახლოებით 1 თვის შემდეგ სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში მივლინებულ იქნენ ტუბერკულოზის სკრინინგისა და კონტროლის სფეროში შესაბამისად მომზადებული ექთნები. პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა ადგილზე შეისწავლა აღნიშნული პერსონალის საქმიანობის ძირითადი ასპექტები. მათი რაოდენობა და განაწილება დაწესებულებების მიხედვით, 2011 წლის მეორე ნახევრის მონაცემებით, წარმოდგენილია ცხრილში:

№	დაწესებულების დასახელება	ტექ-იდან მოვლენილი ექთნების რაოდენობა	შენიშვნა
1	№1 დაწესებულება	2	მაისიდან
2	№2 დაწესებულება	2	10 მაისიდან
3	№3 დაწესებულება	1	
4	№4 დაწესებულება	1	აპრილიდან
5	№5 დაწესებულება	1	ივნისიდან
6	№6 დაწესებულება	2	
7	№7 დაწესებულება	0	არ მოუვლენიათ
8	№8 დაწესებულება	4	ივნისიდან
9	№9 დაწესებულება	1	
10	№11 დაწესებულება	1	
11	№12 დაწესებულება	1	მაისიდან
12	№13 დაწესებულება	—	არ მოუვლენიათ
13	№14 დაწესებულება	2	ივნისიდან
14	№15 დაწესებულება	2	
15	№16 დაწესებულება	2	ივნისიდან
16	№17 დაწესებულება	2	მაისიდან
17	№18 დაწესებულება	0	არ მოუვლენიათ
18	№19 დაწესებულება	0	არ მოუვლენიათ
ს უ ლ:		24	

მაგალითად, ქალთა N5 დაწესებულებაში ექთნები იღებენ ნახველს და ატარებენ ტუბერკულოზურ სკრინინგს. რაც შეეხება მკურნალობას, იგი ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის კომპეტენციას და ექთნები მასში არ ერევიან. რუსთავის N6 დაწესებულებაში ტუბერკულოზის ექთნების ძირითადი ფუნქციაა ასევე სკრინინგის ჩატარება. ადგილობრივი მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, 1 ექთანი მუდმივად იმყოფება N6 დაწესებულების კარანტინში, სადაც მისი ძირითადი ფუნქციაა ყველა ახლად შემოსული პატიმრისთვის სკრინინგის ჩატარება. თბილისის N8 დაწესებულების მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ ამგვარი თანამშრომლობის ფარგლებში ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის ექთნების დანიშვნამ გაზარდა ახლად შემოსულ პატიმართა შორის ტუბერკულოზური ინფექციის გამოვლენის სტატისტიკა. N1 დაწესებულებაში აღნიშნეს, რომ ექთნები ატარებენ სკრინინგს, ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის იღებენ მასალას, რაც ვრცელდება ახლად შემოსული ყველა პატიმარზე. პერიოდულად ტარდება მასობრივი სკრინინგიც. ამ ფონზე ექთნების მუშაობის დაწყების საწყის ეტაპზე ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენამ იმატა, მოგვიანებით კი გამოვლენის ინდიკატორი სტაბილური გახდა. რაც შეეხება მკურნალობას, ამაზე ექთნები არ არიან პასუხისმგებელნი. აღნიშნული საკითხი ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის კომპეტენციას განეკუთვნე-

კენიტიანციური ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურა

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ამჟამად მოქმედებს ორი სამკურნალო დაწესებულება (N18 და N19), ხოლო სამედიცინო პუნქტები ფუნქციონირებს სასჯელაღსრულების ყველა დანარჩენ დაწესებულებაში. ეს უკანასკნელი დაწესებულებაში არსებულ პატიმრებს უწევენ ამბულატორულ მომსახურებას. რაც შეეხება სტაციონარულ კომპონენტს, ყველა დაწესებულებაში ამ ტიპის მომსახურების განევის საშუალება არ არის, ვინაიდან სტაციონარული ტიპის სამედიცინო ნაწილები ყველგან არ არის მოწყობილი. მოქმედი კანონის შესაბამისად, თუ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის მკურნალობა არ შეიძლება განხორციელდეს პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტში, იგი შეიძლება გადაყვანილ იქნეს დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში არსებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ან საერთო პროფილის საავადმყოფოში. შესაბამისად, იმ დაწესებულებებიდან, რომლებშიც სტაციონარული დახმარების განევა შეუძლებელია, გადაყვანები კანონში მითითებულ დაწესებულებებში გაცილებით ხშირი უნდა იყოს. მიუხედავად ამისა, ამ მხრივ დაწესებულებებში განსხვავებული მდგომარეობაა. სანამ აღნიშნულ საკითხს შევხებოდეთ, წარმოვადგენთ ამბულატორული და სტაციონარული მომსახურების განევის შესაძლებლობებს სასჯელაღსრულების სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებში, რაც მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

დანესებულების დასახელება	სამედიცინო მომსახურების ტიპები		საექიმო-სამედიცინო პუნქტი	
	ამბულა- ტორული	სტაციო- ნარული	პალატების რაოდენობა	საწოლთა რაოდენობა
№1 დანესებულება	+	+	5	25
№2 დანესებულება	+	+	7	30
№3 დანესებულება	+	+	3	16
№4 დანესებულება	+	+	2	8
№5 დანესებულება	+	+	16	60
№6 დანესებულება	+	+	9	24
№7 დანესებულება	+	-	0	0
№8 დანესებულება	+	-	0	0
№9 დანესებულება	+	+	3	12
№11 დანესებულება	+	-	0	0
№12 დანესებულება	+	+	2	9
№13 დანესებულება	-	-	-	-
№14 დანესებულება	+	+	8	40
№15 დანესებულება	+	+	8	57
№16 დანესებულება	+	+	5	25
№17 დანესებულება	+	+	3	30
№18 დანესებულება	+	+	64	180
№19 დანესებულება	+	+	82	540
ს უ ლ:	17	14	217	1056

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ამბულატორიული დახმარების ხელმისაწვდომობა დღეისათვის მოქმედ ჩვედმეტივე დანესებულებაშია შესაძლებელი, ხოლო რაც შეეხება სტაციონარულ დახმარებას - მხოლოდ 14-ში. სტაციონარული კომპონენტი არ არის გათვალისწინებული თბილისის N8, თბილისის N7 და არასრულწლოვანთა N11 დანესებულებებში. სამედიცინო მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ დღეისათვის, გარდა სასჯელაღსრულების სისტემის სამკურნალო დანესებულებებისა, სხვა სასჯელის მოხდის ადგილებში მოწყობილია 71 ე.წ. „პალატა-საკანი“, რომელშიც ხდება სტაციონარული მომსახურების გაწევა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთათვის. საწოლთა რაოდენობების მიხედვით, იმავე დანესებულებებში გათვალისწინებულია სულ 336 საწოლი. რაც შეეხება ხსენებულ „პალატა-საკნებს“, რომლებიც სამედიცინო ნაწილს ექვემდებარება და მის ინფრასტრუქტურას ქმნის, ისინი ჩვეულებრივი საპატიმრო საკნებია, რომლებშიც განსაკუთრებული პირობები დაავადებული მსჯავრდებულის ან ბრალდებულის მკურნალობისა და მოვლისათვის არ არსებობს. იგივეა განათების, ვენტილაციის და სხვა სახის სტანდარტებიც. აქ განთავსებულ მსჯავრდებულებს სხვებისგან ის უპირატესობა აქვთ, რომ ისინი მუდმივად იმყოფებიან სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ და ექიმთან ხელმისაწვდომობა უფრო ხანმოკლე დროშია შესაძლებელი. ამ საკნებში პაციენტთა საშუალო რაოდენობა შეადგენს 5-ს. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ დანესებულებაში პაციენტთა რაოდენობა ერთ ასეთ პალატაში 10-15 პირსაც აჭარბებს (მაგალითად რუსთავის N17 დანესებულება). არსებობს უფრო მცირე საკნებიც, სადაც პაციენტებს უტარდებათ მკურნალობა. აღსანიშნავია, რომ ამ „პალატა-საკნებში“ განთავსებული ავეჯი არ შეესაბამება სამკურნალო დანესებულებების მოთხოვნებს. არსად გვხვდება ფუნქციური საწოლები. შეუსაბამოა ასევე სათავსოს იატაკის, ჭერისა და კედლების მოპირკეთების ტიპი, ვინაიდან ისინი ისეა მოწყობილი, რომ შეუძლებელია მათი ისეთი წესით დამუშავება, როგორიც სამკურნალო დანესებულების შესაბამის ოთახებში უნდა გამოიყენებოდეს. აღსანიშნავია, რომ სველი წერტილები სხვადასხვა დანესებულებაში სხვადასხვა პრინციპითაა განთავსებული. შხაპი, გამონაკლისების გარდა (ქალთა N5-ის და გეგუთის N14-ის ზოგიერთი საკანი), ყოველთვის გარეთ მდებარეობს,

ტულეტი ზოგჯერ საკან-პალატაშია, ზოგჯერ კი – სამედიცინო ნაწილის დერეფანში. აღნიშნულის გამო პაციენტთა ადეკვატური მოვლის პირობები შეუსაბამოა არსებული მოთხოვნებისადმი.

რამდენიმე დაწესებულებაში რენტგენოლოგიური აპარატურა სტაციონარული ფორმისაა და ადგილზეა დამონტაჟებული. ეს დაწესებულებებია N18, N19 და N12. გეგუთის N14 დაწესებულებაში კი არსებობს პორტატული რენტგენის აპარატი, რომელიც პერიოდულად გადააქვთ ქუთაისის N2 დაწესებულებაში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აპარატურის ექსპლუატაცია მიმდინარეობს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 4 მარტის N 41/6 ბრძანების (სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარიული ნორმების დამტკიცების შესახებ) მოთხოვნათა გაუთვალისწინებლად და სრული იგნორირებით. რაც შეეხება რენტგენოლოგიური და ექოსკოპიური გამოკვლევების ორგანიზებას, ამ მხრივ დაწესებულებებში მდგომარეობა ბოლო პერიოდში შედარებით მოწესრიგდა. რადიოლოგიური მომსახურების სიხშირე/ პერიოდულობა, ასევე მომსახურების წესი პენიტენციური სისტემის სხვადასხვა დაწესებულებაში განსხვავებულია. ზოგიერთ დაწესებულებაში ექოსკოპისტი და რენტგენ-ლაბორანტი პერიოდულად დადიან და ატარებენ გამოკვლევებს, ზოგიერთ შემთხვევაში კი მათი მისვლა არ არის რაიმე წესით ნორმირებული და მთავარი ექიმების განმარტებით, „მხოლოდ საჭიროებისამებრ იძახებენ“, თუმცა სწორედ ასეთ დაწესებულებებში ჩატარებული შესწავლით აღმოჩნდა, რომ „საჭიროების შემთხვევაში“ ნიშნავს ან გამოძახებათა და ჩატარებული კვლევების მინიმალურ დონეს, ან პაციენტების ამ სერვისის გარეშე დატოვებას. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებული დეტალები შეკრებილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში:

2011 წლის პირველი ნახევარი

№	დაწესებულებას დასახელება	რენტგენის აპარატურა	რენტგენოლოგიური კვლევის ორგანიზება		ექოსკოპიური კვლევის ორგანიზება	
			Rგ-ლაბორ მოსვლის სიხშირე	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა	ექოსკოპ. მოსვლის სიხშირე	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა
1	№1 დაწესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	140	თვეში 1X	102
2	№2 დაწესებულება	კონსულტანტის	კვირაში 1X	281	კვირაში 1X	288
3	№3 დაწესებულება	კონსულტანტის	კვირაში 1X	55	კვირაში 1X	197
4	№4 დაწესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	35	თვეში 1X	40
5	№5 დაწესებულება	კონსულტანტის	ხელშეკრ.	213	ადგილზე	199
6	№6 დაწესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	230	თვეში 1X	106
7	№7 დაწესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	7	საჭიროებ	5
8	№8 დაწესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	185	ადგილზე	86
9	№9 დაწესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	3	საჭიროებ	25
10	№11 დაწესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	6	საჭიროებ	8
11	№12 დაწესებულება	სტაციონარული	თვეში 2X	96	თვეში 2X	52
12	№13 დაწესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	25	საჭიროებ	21
13	№14 დაწესებულება	პორტატული	კვირაში 1X	321	კვირაში 1X	352
14	№15 დაწესებულება	კონსულტანტის	კვირაში 1X	348	თვეში 2X	245
15	№16 დაწესებულება	კონსულტანტის	თვეში 2X	244	თვეში 2X	302
16	№17 დაწესებულება	კონსულტანტის	თვეში 2X	390	თვეში 2X	316
17	№18 დაწესებულება	სტაციონარული	ადგილზე	1961	ადგილზე	1063
18	№19 დაწესებულება	სტაციონარული	ადგილზე	1642	თვეში 1X	101
				6182		3508

2011

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	რენტგენის აპარატურა	რენტგენოლოგიური კვლევის ორგანიზება		ექსოკოპიური კვლევის ორგანიზება	
			R-ლაბორ მოსვლის სიხშირე	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა	ექსოკოპ. მოსვლის სიხშირე	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა
1	№1 დანესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	168	თვეში 1X	40
2	№2 დანესებულება	კონსულტანტის	კვირაში 1X	308	კვირაში 1X	254
3	№3 დანესებულება	კონსულტანტის	კვირაში 1X	40	კვირაში 1X	176
4	№4 დანესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	39	თვეში 1X	31
5	№5 დანესებულება	კონსულტანტის	ხელშეკრ.	127	ადგილზე	243
6	№6 დანესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	213	თვეში 1X	108
7	№7 დანესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	5	საჭიროებ	8
8	№8 დანესებულება	კონსულტანტის	თვეში 1X	164	ადგილზე	42
9	№9 დანესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	19	საჭიროებ	95
10	№11 დანესებულება	კონსულტანტის	საჭიროებ	16	საჭიროებ	4
11	№12 დანესებულება	სტაციონარული	თვეში 2X	27	თვეში 2X	95
12	№13 დანესებულება	–	–	–	–	–
3	№14 დანესებულება	პორტატული	კვირაში 1X	365	კვირაში 1X	221
14	№15 დანესებულება	კონსულტანტის	კვირაში 1X	337	თვეში 2X	144
15	№16 დანესებულება	კონსულტანტის	თვეში 2X	227	თვეში 2X	181
16	№17 დანესებულება	კონსულტანტის	თვეში 2X	237	თვეში 2X	181
17	№18 დანესებულება	სტაციონარული	ადგილზე	1808	ადგილზე	900
18	№19 დანესებულება	სტაციონარული	ადგილზე	1563	თვეში 1X	74
				5663		2866

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სულ საანგარიშო პერიოდში, კონსულტანტთა სიარულის აღწერილი რეჟიმის ან ადგილობრივი აპარატურის გამოყენების პირობებში ჩატარებულია 11845 (6182 + 5663) რენტგენოლოგიური კვლევა (შედის როგორც რენტგენოგრაფია, ისე რენტგენოსკოპია), ასევე – 6374 (3508 + 2866) სონოგრაფიული კვლევა.

აღსანიშნავია, რომ რუსთავის ქალთა N5 და გლდანის N8 დანესებულების აღჭურვის შემდეგ ექსოკოპიის აპარატი ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილში მუდმივად არის.

რაც შეეხება საანგარიშო პერიოდში გამოკვეთილ ინფრასტრუქტურულ ცვლილებებს, ისაა, რომ რუსთავის N6 და თბილისის N8 დანესებულებებში მოეწყო ე.წ. პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები, სადაც ახალი პროგრამით გადამზადებულ ოჯახის ექიმებს სხვა პერსონალთან ერთად უწევთ მუშაობა.

რუსთავის N6 დანესებულების მთავარი ექიმის განმარტებით, პილოტური პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც ჩამოყალიბდა ე.წ. პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები, ზაფხულის შუა პერიოდში დაიწყო. პროგრამის მიზანია გაიზარდოს პაციენტთა და ექიმს შორის კომუნიკაცია. ამ მიზნით, დილის შემოწმების შემდეგ, პაციენტთა გარკვეულ რაოდენობას (რომლებიც დაიყო ჯგუფებად) შემოვიღოს პირველადი ჯანდაცვის ექთანი და გადანყვეტს ექიმის ვიზიტის მიზანშეწონილობას ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. თითოეულ ექიმსა და ექთანს ჩატარებული ეყოლებათ 400–კაციანი კონტინგენტი, რომელთა ჯანდაცვაზეც ისინი აიღებენ პასუხისმგებლობას. ასეთი პრინციპით მომუშავე სამედიცინო პერსონალს კორპუსებზე მოუწყვეს ოთახები, ე.წ. პუნქტები. ამ პუნქტებში მიიღებენ პაციენტებს, მანიპულაციის ან სხვა სახის დახმარების გასაწევად კი პაციენტებს ჩაიყვანენ სამედიცინო ნაწილში. ექთანი გააკონტროლებს ექიმის მიერ მიცემული დანიშნულების შესრულებას. დღის განმავლობაში დანიშნულების შესაბამისად დარიგდება ყველა მედიკამენტი.

ლამით გაკეთდება მხოლოდ ინიექციები. მთავარი ექიმის განცხადებით, მან დააყენა საკითხი ექიმის შტატის დამატებასთან დაკავშირებით, რომელიც ასევე იქნება სრულად ბაზირებული სამედიცინო ნაწილი, თუმცა აღნიშნული პრობლემა ჯერ არ არის გადაწყვეტილი. მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ახალ სისტემაზე გადასვლასთან დაკავშირებით სამედიცინო პუნქტში დამატებით შემოიტანეს კარდიოგრაფი და დეფიბრილატორი. რაც შეეხება პირველადი ჯანდაცვის პუნქტებს, ისინი აღჭურვეს ავეჯით, ადგილზე გადაიტანეს პატიმართა სამედიცინო ბარათები, ექიმები კი აღჭურვეს გლუკომეტრებით, ოტოსკოპით, ნევროლოგიური ჩაქუჩით, სამედიცინო სანათითა და ლუპით, რომლებიც დაეხმარება მათ საქმიანობის შესრულებაში. მთავარი ექიმის განცხადებით, მათთვის ჯერ არ დაურიგებიათ მოქმედი გაიდლაინები, რომლის მიხედვითაც უნდა განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურება კონკრეტული ნოზოლოგიების დროს. ასევე აქვთ გარკვეული შეზღუდვა მედიკამენტების მომარაგების მხრივაც. პირველადი ჯანდაცვის მოდელზე გადასვლის პილოტური პროგრამის განხორციელების დაწყების შემდეგ დაწესებულებაში ღამის საათებში ექიმი აღარ მორიგეობს. მორიგეობას მხოლოდ ექთანი ასრულებს. ასეთ შემთხვევაში მათ მიეცათ მითითება, საჭიროების შემთხვევაში გამოიძახონ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. საქართველოს სახალხო დამცველის შეხედულებით, ასეთი მიდგომა გაუმართლებელია, ვინაიდან ექიმის საქმიანობას დაწესებულებაში ვერ ჩაანაცვლებს ექთანი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოყენება ამ ვაკუუმის ამოვსების მცდელობისათვის არაეფექტური და დაუშვებელი ქმედებაა. რუსთავის N6 დაწესებულებაში 2011 წლის პირველ ნახევარში მომხდარი ფაქტი, რომელიც პაციენტის გარდაცვალებით დასრულდა, ამყარებს ჩვენს პოზიციებს და დღის წერტილში აბრუნებს ექიმთა მორიგეობის აღდგენის სავალდებულო ფორმას. რაც შეეხება ამ კონკრეტულ შემთხვევას, 2011 წლის 9 იანვარს გარდაიცვალა 55 წლის პატიმარი ვ. ქ. როგორც სამედიცინო ბარათში გაკეთებული ჩანაწერებით ირკვევა, გარდაცვალებამდე 2 დღით ადრე პაციენტს მიუმართავს ექიმისთვის, რადგან იმ დროს უჩიოდა საერთო სისუსტეს, მუცლის არეში მოვლითი ხასიათის ტკივილს, გულისრევასა და პირღებინებას. არტერიული წნევის, ტემპერატურისა და პულსის მაჩვენებელი არ იპყრობდა ყურადღებას. მუცელი გასინჯვით რბილი იყო, მეზოგასტრიუმის არე კი – მგრძნობიარე. სუნთქვა – ნორმალური, ტარდებოდა ორივე მხარეს. პაციენტი აღნიშნავდა, რომ აღნიშნული მოვლენების დაწყებას უკავშირებდა საკვების მიღებას. ექიმმა მიიჩნია, რომ საქმე ეხებოდა საკვებისმიერ ინტოქსიკაციას, რის გამოც პაციენტმა მიიღო რეჰიდრონი, ცერუკალი და გადაესხა გლუკოზა „B“ ჯგუფის ვიტამინების კომპლექსთან ერთად. იმავე ღამეს, 02:40 სთ-ზე, პაციენტი იწვა საკნის იატაკზე, კანის საფარველი ციანოზური ჰქონდა, პირიდან გამოიყოფოდა ქაფი, პულსი პერიფერიაზე და საძილე არტერიებზე არ აღენიშნებოდა, არტერიული წნევა არ ისინჯებოდა, არ სუნთქავდა. მსჯავრდებული გადაიყვანეს სამედიცინო ნაწილში, დაეწყო გულის პირდაპირი მასაჟი და ხელოვნური სუნთქვა ამბუს პარკით, ინტრავენურად გაუკეთდა ადრენალინი, ატროპინი და მეზატონი, კალციუმის ქლორიდი. მიუხედავად ამისა, ჩატარებულმა ღონისძიებებმა შედეგი ვერ გამოიღო და პაციენტი გარდაიცვალა. ექიმებმა გამოიტანეს დიაგნოზი - უეცარი სიკვდილი, გულის მწვავე უკმარისობა. გამოიძახეს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა, რომელმაც დაადასტურა პაციენტის სიკვდილი. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, პაციენტის სიკვდილის მიზეზი გახდა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი. ასევე, დადგინდა გულის იშემიური დაავადების შორსნასული ფორმა, კორონარული ფილტვების შეშუპება, პნევმონია. ექსპერტიზის დასკვნაში ჩამოთვლილი არც ერთი დაავადება პაციენტის სიცოცხლის პერიოდში არსებულ ჩანაწერებში არ ფიგურირებს და არც ეჭვი გამოთქმულა აღნიშნულზე. პაციენტს არ ჩასტარებია ეკგ კვლევა, სისხლში ფერმენტების განსაზღვრა და მთელი რიგი ის გამოკვლევები, რომლებსაც ამგვარი მდგომარეობებისას თანამედროვე სტანდარტი ითვალისწინებს. აქედან გამომდინარე, შეუძლებელია იმის დაჯერება, რომ ექთანი ასეთ პრობლემებს ღამის და არასამუშაო საათებში გაუმკლავდება და მოახდენს ლეტალური შედეგის პრევენციას.

რაც შეეხება გლდანის N8 დაწესებულებას, აქ ღამით ექიმი კვლავ რჩება სამორიგეოდ. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის პილოტური პროგრამა აქაც იწერება. კორპუსებში მოეწყო პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები, შესაბამისი ავეჯით, წნევის აპარატებით, ფონენდოსკოპებით, სიმალის საზომებითა და სასწორებით. გარდა ამისა, სამედიცინო პუნქტს გადაეცა კარდიოგრაფი, ექოსკოპის აპარატი, დეფიბრილატორი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, სამედიცინო სანათი, გლიკომეტრი და

2011

პირველადი სამედიცინო დახმარების ყუთები. N8 დაწესებულების მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, 1-ლ და მე-2 კორპუსზე უკვე არსებობს პირველადი ჯანდაცვის ასეთი კაბინეტები. პატიმართა კონტინგენტი დაიყო და ყველა ნაწილს ჰყავს მისთვის გამოყოფილი პირველადი ჯანდაცვის ექიმი. კადრების დეფიციტი, მთავარი ექიმის აზრით, N8 დაწესებულებაში არ არსებობს. რაც შეეხება ახლად შემოსულ პატიმრებს, მათ სამედიცინო შემოწმებაზე პასუხისმგებელი პირი მუდმივად იმყოფება კარანტინში და იგი პილოტურ პროგრამაში არ მონაწილეობს. მთავარი ექიმის აზრით, აღნიშნულის შედეგად გაიზარდა დაავადებათა გამოვლინების რიცხვი და საქმიანობის ეფექტურობა გაუმჯობესდა.

როგორც მონიტორინგის ჯგუფის მიერ იქნა შესწავლილი, ზემოთ აღნიშნული ორივე დაწესებულების სამედიცინო პუნქტები 2011 წლის განმავლობაში აღიჭურვა დამატებითი სამედიცინო ინვენტარით, რაც მისასალმებელი ფაქტია. ამ მხრივ მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებაა ქალთა N5 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილშიც. აქ სამედიცინო ნაწილს აქვს მთლიანად ახალი ინფრასტრუქტურა. თავად სამედიცინო ნაწილი განთავსებულია იზოლირებულად ცალკე მდგომ „B“ კორპუსში. პირველ სართულზე განთავსებულია: მთავარი ექიმის სამუშაო ოთახი, საორდინატორო, ქირურგიული შესახვევი, გადაუდებელი ინტენსიური პალატა, სტომატოლოგიური კაბინეტი, სამანიპულაციო, გინეკოლოგიური კაბინეტი და აფთიაქი (ცალკე შესასვლელით, რომელიც შენობასთან ფანჯრითაა დაკავშირებული). აქვეა განთავსებული: საშხაპეები, რენტგენოლოგიური კაბინეტი, სველი წერტილები და 4 პალატა (ერთი - 2-კაციანი, ერთი - 4-კაციანი და სამი - 5 - კაციანი). მეორე სართულზე განთავსებულია შიდსის ლაბორატორია, 1 პაციენტის გამოსაკვლევი და საკონსულტაციო ოთახი და მედპერსონალის გასახდელი. ამ სართულზე ასევე განლაგებულია ორი -4 კაციანი პალატა, ხუთი - 5 კაციანი პალატა და ორი -2 კაციანი პალატა, პაციენტთა სტაციონარული მომსახურების უზრუნველსაყოფად. გადაუდებელი ინტენსიური პალატა დაახლოებით 17 კვადრატული მეტრის ფართობის ოთახია, რომელიც აღჭურვილია: დეფიბრილატორით, ელექტროკარდიოგრაფით, კარდიომონიტორებით, ექოსკოპიის აპარატით. აქვეა განთავსებული სამედიცინო კარადა, ხელსაბანი, წამლების მაგიდა, სამანიპულაციო მაგიდა, მედიკამენტების კარადა და შტატივი. სამანიპულაციო ოთახი 35 კვადრატული მეტრის ფართობისაა. მასში განთავსებულია: 2 სამედიცინო ტახტი, კარადები, მაგიდა, სკამები, წამლების კარადა და ბიქსები. ქირურგიული სამანიპულაციო 12 კვადრატული მეტრის ფართობისაა, სადაც განთავსებულია: სამანიპულაციო მაგიდა, 2 სტერილიზატორი, განათების წყარო, სადებინფექციო ხსნარები, იარაღების 2 მაგიდა და ექიმის მაგიდა. გინეკოლოგის ოთახში განთავსებულია: გინეკოლოგიური სავარძელი, წამლების კარადა, განათების წყარო, სამედიცინო ტახტი, მაგიდა და სკამები. აივ ინფექცია/შიდსის ოთახი მოწყობილია მე-2 სართულზე, რომელიც 2 ცალკე გადატიხრულ სათავსოს წარმოადგენს. მასში განთავსებულია: მაცივარი, კარადა, მაგიდა და სკამები. მისაღებ ოთახში განთავსებულია ხელსაბანი, მაგიდა და სკამები. კონსულტაციების ოთახში არის მხედველობის სიმახვილის შესამოწმებელი ტაბლო. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო ნაწილში არის მოწყობილი ციხის პერსონალის სამორიგეო, რომელთა წარმომადგენლები მუდმივად იმყოფებიან ნაწილის ტერიტორიაზე. რაც შეეხება ქალთა N5 დაწესებულების ტუბპალატებს, ისინი ცალკე ერთსართულიანი შენობის სახით არის იზოლირებული. მათში განთავსებულია: წამლების დასარიგებელი ოთახი (ავეჯი - ტახტი, კარადა, ხელსაბანი, მაგიდა, საბუთების კარადა) და 3 პალატა. შენობას აქვს ცალკე სასეირნო ეზო. სწორედ ამ შენობაში დადიან ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ექთნები. შენობის დერეფანში განთავსებულია საერთო მაგიდა კვებისათვის, სარეცხი მანქანა, მაცივარი. ყველა პალატაში არის საშხაპე და ტუალეტი.

რაც შეეხება სასჯელაღსრულების სხვა დაწესებულებათა სამედიცინო ნაწილებს, 2011 წლის განმავლობაში მათ მატერიალურ ბაზას დაემატა პირველადი ჯანდაცვის ყუთები. სხვა მხრივ, წვრილმანი სამედიცინო ინვენტარის გარდა, მათი მარაგი არაფრით შევსებულია.

საქართველოს სახალხო დამცველი უკვე რამდენიმე წელია ყველა ანგარიშში აღნიშნავდა, რომ წლების განმავლობაში მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება სამედიცინო საქმიანობის შესაბამისი ლიცენზიის გარეშე მუშაობდა. მიუხედავად იმისა, რომ როგორც სასჯელაღსრულების, ისე ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლები განმარტავდნენ, რომ ამგვარი ლიცენზია დაწესებულებას არ ესაჭიროება, საქართველოს სახალხო დამცველი არ

იზიარებდა აღნიშნულ მოსაზრებას. ის არგუმენტები, თუ რატომ არ იყო დამაჯერებელი და საკმარისო ჯანდაცვისა და სასჯელაღსრულების სამინისტროების პოზიციები, განხილულია დეტალურად წინა ნაწილის ანგარიშებსა და სპეციალურ ანგარიშებში. აღნიშნულ საკითხებზე კამათი და დებატები მიმდინარეობდა ასევე საქართველოს პარლამენტის საკომიტეტო მოსმენების დროს. შექმნილი სიტუაციის ფონზე მისასაღმებელია ის ფაქტი, რომ 2011 წლის 8 აპრილს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსის 02-176/ო ბრძანების შესაბამისად, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაზე გაიცა სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსის მიერ 2011 წლის 13 მაისს გამოგზავნილი წერილის (02/13810) მიხედვით, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატს ეცნობა, რომ „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ საქართველოს კანონის (2010 წლის 1 დეკემბრის რედაქციით) 1 მუხლის მე-2 პუნქტისა და 2010 წლის 17 დეკემბრის საქართველოს მთავრობის N385 დადგენილების მე-7 მუხლის გათვალისწინებით, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებამ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში შემოიტანა იმ სამედიცინო საქმიანობებზე გაცემული სალიცენზიო ბარათები, რომელთა ავტომატურად შესაბამისი ნებართვით შეცვლას ითვალისწინებს ზემოხსენებული საკანონმდებლო აქტები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ (08.04.2011) გაიცა სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა და ნებართვის დანართები“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსის 2011 წლის 8 აპრილის ბრძანების შესაბამისად ნებართვა გაიცა შემდეგ საქმიანობებზე:

	დასახელება	მისამართი	დანართი	საფუძველი
1	საქვეუწყებო დაწესებულება - სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სტრუქტურული ერთეული „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	ქ. თბილისი გლდანის მე-7 მ/რ მე-2 კმ	1) ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობა; 2) ფთიზიატრია; 3) ფსიქიატრია; 4) ქირურგიული პროფილი; 5) რენიმატოლოგია; 6) რადიოლოგიური სამკიანობა-რენტგენოლოგიური კვლევა; 7) ონკოლოგია; 8) ოტორინოლარინგოლოგია; 9) ოფთალმოლოგია	ადგილზე შემოწმების აქტი N33 06.04.2011 წ. მოხსენებითი ბარათი 07.04.2011 წ.

აღნიშნული ნაბიჯის გადადგმა, რა თქმა უნდა, მისასაღმებელია, თუმცა პროცესის შემდეგ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებას მკვეთრად გაეზარდა პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება ჯანდაცვის სახელმწიფო მარეგულირებლის მიმართ. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის დროს ცვლილებები N18 დაწესებულების საქმიანობაში ვერ დადგინდა. ერთადერთი ცვლილება, რომელიც განხორციელდა, ისაა, რომ საწოლთა რაოდენობა შემცირდა 180-მდე, თუმცა აღნიშნული ცვლილება მხოლოდ ფურცელზე აისახა, პატიმართა რაოდენობა კი დაწესებულებაში იგივე დარჩა. დღეის მდგომარეობით დაწესებულება სულ 180 საწოლზეა გათვლილი. განყოფილების მიხედვით საწოლთა რაოდენობა შემდეგნაირად ნაწილდება:

2011

	განყოფილების დასახელება	საწოლთა რაოდენობა
1	თერაპიული განყოფილება	40
2	ქირურგიული განყოფილება	66
3	ინფექციური განყოფილება	40
4	ფსიქიატრიული განყოფილება	26
5	ანესთეზია-რეანიმაციის და ინტენსიური თერაპიის განყოფილება	8

მონიტორინგის ჯგუფმა აღმოაჩინა არაერთი დარღვევა თუ ნაკლოვანება, რომლებიც დაწესებულების საწარმოო პირობებს არ შეესაბამება. უპირველეს ყოვლისა, აღნიშნული ეხება საწოლთა რაოდენობის ფორმალურ შემცირებასა და დაწესებულების მიერ პაციენტთა „მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის“ გაგრძელებას იმ სფეროებში, რომლებსაც საწარმოო პირობები და დანართები არ ითვალისწინებს. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი იმედს გამოთქვამს, რომ აღნიშნული ნაკლოვანებები უახლოეს პერიოდში გამოსწორდება და მოექცევა კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნორმების ფარგლებში.

რაც შეეხება ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულებას, მისი დებულება ასევე დამტკიცდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის №97 ბრძანებით (პატიმრობის, თავისუფლების აღკვეთის, შერეული ტიპის ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა დაწესებულებების, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებისა და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების დებულებების დამტკიცების შესახებ), რომლის მე-5 დანართადაც არის წარმოდგენილი. დანართში ზოგადი დებულებები, დაწესებულების მიზნები და ამოცანები, ფუნქციები, უფლებამოსილებები და ვალდებულებები და ხელმძღვანელობა - მართვა აბსოლუტურად იმავე პრინციპებზეა დაფუძნებული, რომლებზეც მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულება; დებულებაში გათვალისწინებულია ის სპეციფიკა, რომელიც ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობას ახლავს თან. სამკურნალო დაწესებულების სტრუქტურის შესახებ საუბარია მე-18 მუხლში. აქაც სტრუქტურა ორ ნაწილადაა გაყოფილი: ადმინისტრაციულ და სამედიცინო ნაწილებად. სამედიცინო ნაწილის სტრუქტურულ ერთეულებად კი წარმოდგენილია: ა) რეზისტენტული ტუბერკულოზის განყოფილება; ბ) სენსიტიური ტუბერკულოზის განყოფილება; გ) ამბულატორიული განყოფილება. სამედიცინო ნაწილის ძირითადი ამოცანაა მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, სამკურნალო დაწესებულების სამედიცინო კონტროლისა და საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა უფლება/მოვალეობების განხორციელება. დებულებაში ასევე ნათქვამია, რომ სამკურნალო დაწესებულებაში ფუნქციონირებს „პათოლოგ-ანატომიური კონსილიუმი“, თანამშრომელთა თანამდებობრივი ინსტრუქციები და დღის განრიგი, სამკურნალო დაწესებულებისა და თანამშრომელთა მუშაობის გეგმა (კვარტალური, წლიური). რაც შეეხება „პათოლოგ-ანატომიურ კონსილიუმს“, აღსანიშნავია, რომ ამგვარ ცნებას საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა საერთოდ არ იცნობს. საქართველოს კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ განმარტებულია, რა არის კონსილიუმი და რა მიზანს ემსახურება იგი, თუმცა დებულებაში კონსილიუმისათვის მინიჭებული ფუნქცია სცდება ამ დეფინიციას. რეზისტენტული ტუბერკულოზის განყოფილება ახორციელებს რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. სენსიტიური ტუბერკულოზის განყოფილება ახორციელებს ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. რაც შეეხება ამბულატორიულ განყოფილებას, დებულების მიხედვით,

ეს უკანასკნელი ახორციელებს ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს პაციენტთა კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. სამწუხაროდ, დებულების 23-ე მუხლის მე-4 პუნქტი ისევე, როგორც N18 დაწესებულების შემთხვევაში, განმარტავს, რომ „თუ მსჯავრდებული განზრახ უხეშად არღვევს სამკურნალო დაწესებულების დებულებას, დღის განრიგს ან/და სამკურნალო რეჟიმს, სამკურნალო დაწესებულების დირექტორი უფლებამოსილია მთავარი ექიმის წარდგინებით დააყენოს საკითხი დაწესებულებიდან მსჯავრდებულის შესაბამის დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ, თუ კანონით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული“. აქაც აშკარაა, რომ პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებთან შედარებით რეჟიმის ინტერესებს უპირატესი მნიშვნელობა აქვს, რაც ნამდვილად ვერ შეუწყობს ხელს პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ღონისძიებების განხორციელებას.

მედიკამენტებით მომარაგება და ავთიაქის საქმიანობა

მედიკამენტებით მომარაგების საკითხი სხვადასხვა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში განსხვავებულია. მიუხედავად იმისა, რომ 2010-11 წლებში მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხა გაიზარდა, ადგილზე არსებული მედიკამენტების ჩამონათვალი აბსოლუტურად ვერ აკმაყოფილებს იმ ჯანდაცვითი საჭიროებების მოგვარებას, რომლებიც სასჯელალსრულების დაწესებულებებშია შექმნილი. მედიკამენტების მიწოდება ზოგან შეფერხებულია. მედიკამენტების სხვადასხვა ჯგუფის შესაძენად სატენდერო სისტემის არასწორმა დანერგვამ ასევე მრავალი ორგანიზაციული და ტექნიკური პრობლემა შექმნა. ტენდერები ხშირად დაგვიანებულად ტარდება, რაც იწვევს მედიკამენტების მიწოდების შეფერხებას. ფარმაცევტულ ბაზარზე, ზოგადად, მედიკამენტების ფასების მატებამ პრობლემები შექმნა პენიტენციური ჯანდაცვის სფეროშიც. გამოყოფილი თანხებით შეუძლებელია ძვირად ღირებული მედიკამენტების მოთხოვნა და შეტანა სამედიცინო ნაწილებში ან მათი რაოდენობა არასაკმარისია, რაც მკურნალობის კურსის ადეკვატურად ჩატარების საშუალებას არ იძლევა. ავთიაქების საქმიანობა სამედიცინო ნაწილებში ძირითადად წარმართავდნენ დარგის სპეციალისტები. 2010 წლის მეორე ნახევრიდან ავთიაქებს გადაერქვათ სახელი და ეწოდათ „ნამლების სამარაგო“, ხოლო პერსონალს – „ნამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი“. ამ თანამდებობაზე შესაძლებელია დაინიშნოს არაფარმაცევტული განათლების მქონე პირიც. მიუხედავად ამისა, 2011 წლიდან სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ გამოაცხადა, რომ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა შეეხო ავთიაქებსაც, რაც იმით გამოიხატება, რომ ავთიაქები გახდნენ ლიცენზირებული.

პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა შეისწავლა საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და სოციალური დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებების მომარაგება ნამლებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით 2011 წლის განმავლობაში. როგორც აღმოჩნდა, ამ მხრივ არაერთგვაროვანი სიტუაციაა შექმნილი სხვადასხვა დაწესებულებაში. თუ წინა წლებში ნამლების შეძენისათვის განკუთვნილი თანხა წინასწარ იყო განსაზღვრული თითოეული დაწესებულებისათვის, წელს ეს პრაქტიკა შეცვლილია იმ თვალსაზრისით, რომ ასეთი ე.წ. „მკაცრად დაწესებული ლიმიტი“ აღარ არსებობს. ამ მიდგომამ მდგომარეობის გაუმჯობესება განაპირობა, თუმცა ცალკეულ დაწესებულებაში პრობლემები მაინც რჩება. ნამლების შესაძენად გამოყოფილი თანხის ანალიზი და დაწესებულებებში მომუშავე ფარმაცევტული განათლების მქონე პირების შესახებ ინფორმაცია წარმოდგენილია ქვემოთ:

2011

№	დანესებულების დასახელება	წამლებისთვის გამოყოფილი თანხა ლარებში	
		I ნახევარი	II ნახევარი
1	№1 დანესებულება	6497	33241,3
2	№2 დანესებულება	13159	4361,53
3	№3 დანესებულება	3927	3180,71
4	№4 დანესებულება	7296	3050,01
5	№5 დანესებულება	22519	36833,2
6	№6 დანესებულება	11382	2644,06
7	№7 დანესებულება	899	-
8	№8 დანესებულება	31460	1627,73
9	№9 დანესებულება	11747	25222,2
10	№11 დანესებულება	2689	847,1
11	№12 დანესებულება	3039	0
12	№13 დანესებულება	4022	-
13	№14 დანესებულება	22053	12790,2
14	№15 დანესებულება	7680	0
15	№16 დანესებულება	4902	0
16	№17 დანესებულება	14210	41556,2
17	№18 დანესებულება	130021	29736,8
18	№19 დანესებულება	35726	206167,
ს უ ლ:		333228	401258

საქართველოს კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ მიზნად ისახავს, ხელი შეუწყოს სანდო ფარმაცევტულ პროდუქტზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ზრდას, რის უზრუნველსაყოფადაც ადგენს ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის რეგულირების სამართლებრივ საფუძვლებს და ამ სფეროში ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა უფლება-მოვალეობებს. კანონით გათვალისწინებული რეგულირების სფერო ვრცელდება ასევე ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევაზე, რომელიც მოიცავს: ფარმაცევტული პროდუქტის მომზადებას, წარმოებას, სტანდარტიზაციას, ხარისხის კონტროლს, შეფუთვის, შესყიდვას, გადაგზავნა-გადაზიდვას, შენახვას, გაყიდვას, მის შესახებ მოსახლეობისა და სპეციალისტების ინფორმირებას, მის რეკლამას, მარკეტინგს, ექსპორტს, იმპორტს, რეექსპორტს, გამოყენებას, განადგურებასა და ფარმაცევტულ პროდუქტთან დაკავშირებულ სხვა მოქმედებებს.

სასჯელალსრულების დანესებულებების სპეციფიკიდან გამომდინარე, უპირველეს ყოვლისა, გასათვალისწინებელია ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის პრინციპები. ამ უკანასკნელს ახორციელებს ავტორიზებული აფთიაქი (სპეციალიზებული სავაჭრო ობიექტი), საცალო რეალიზაციის სავაჭრო ობიექტი და საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილ შემთხვევებში – ფარმაცევტული განათლების მქონე პერსონალი ან დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტი ფიზიკური პირი. საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ჯანდაცვის რეფორმის განვითარების ერთ-ერთი მიმართულება სწორედ სასჯელალსრულების დანესებულებებში ავტორიზებული აფთიაქების შექმნა და მათ მიერ კანონის შესაბამისად მუშაობის წარმართვაა. აღსანიშნავია, რომ ავტორიზებული აფთიაქი ექვემდებარება სანებართვო კონტროლს და მასში დაშვებულია პირველი, მეორე და მესამე ჯგუფებისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტების რეალიზაცია, აგრეთვე, ფარმაცევტული პროდუქტის ოფიციალური ან მაგისტრალური რეცეპტით მომზადება. ამ უკანასკნელის განხორციელება რა თქმა უნდა, შეუძლებელია პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში. სასჯელალსრულების დანესებულების ავტორიზებულ აფთიაქში,

როგორც კანონი ითვალისწინებს, დაშვებულია მეორე და მესამე ჯგუფებისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტების რეალიზაცია. ავტორიზაციის შემდეგ სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა აფთიაქებზე გავრცელდება კანონით დადგენილი ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორისადმი წაყენებული მოთხოვნები, კერძოდ, ფარმაცევტული პროდუქტის შენახვისა და გაცემის პირობების უზრუნველყოფა და რეალიზებული პროდუქტის სერიის აღრიცხვის განსახორციელებლად აუცილებელი დოკუმენტაციის ადეკვატური წარმოება. ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორი ვალდებულია, ასევე დანერგოს ფარმაცევტული პროდუქტის შესაბამისად თანამედროვე საშუალებები და უზრუნველყოს ფარმაცევტული პროდუქტის ისეთ პირობებში შენახვა და რეალიზაცია, რომლებიც დაიცავს პროდუქტს გარემო ფაქტორების (ტემპერატურა, ტენიანობა) უარყოფითი გავლენებისაგან. ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორი ვალდებულია შეინახოს ფარმაცევტული პროდუქტი შესაბამისი პროდუქტის ინსტრუქციით გათვალისწინებული სანიტარულ-ჰიგიენური/ტექნიკური პირობების სრული დაცვით. აფთიაქში ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაცია, შენახვა და განთავსება ხორციელდება სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების სრული დაცვით. მეორე ჯგუფისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტი მომხმარებლისთვის არ არის ხელმისაწვდომი პასუხისმგებელი პერსონალის გარეშე. ვადაგასული და გაუვარგისებული ფარმაცევტული პროდუქტი მის განადგურებამდე ინახება ცალკე და სხვა ფარმაცევტული პროდუქტისაგან იზოლირებულად.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 24 ნოემბერის N 387/6 ბრძანების შესაბამისად, რომელიც გამოცემულია “წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ” საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-5 პუნქტის საფუძველზე, დამტკიცებულია აფთიაქის სანიტარულ-ჰიგიენური/ტექნიკური პირობები. ბრძანებაში განმარტებულია, რომ აფთიაქში დაშვებულია მეორე და მესამე ჯგუფისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაცია, რომელიც ხორციელდება პასუხისმგებელი სამედიცინო ან ფარმაცევტული განათლების მქონე პერსონალის მიერ. აფთიაქში მეორე ჯგუფისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტი მომხმარებლისათვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი პასუხისმგებელი პერსონალის გარეშე, ხოლო მესამე ჯგუფისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტი შესაძლებელია იყოს ხელმისაწვდომი პასუხისმგებელი პერსონალის გარეშეც. აფთიაქის პერსონალი ვალდებულია დაიცვას პირადი ჰიგიენის წესები და ატაროს დაკისრებული მოვალეობის შესაბამისი ტანსაცმელი (ხალათი, ხელთათმანი – შესაბამისი პროცედურის განხორციელების დროს). ბრძანების მიხედვით მნიშვნელოვანია, რომ აფთიაქის სარეალიზაციო დარბაზის ფართი იძლეოდეს მომხმარებლისათვის ფარმაცევტული პროდუქტების გაცემისა და კონსულტაციის მიწოდების შესაძლებლობას. გარდა ამისა, აფთიაქს უნდა ჰქონდეს ფარმაცევტული პროდუქტის ინსტრუქციის შესაბამისი შენახვის რეჟიმის უზრუნველყოფისა და დასაწყობების შესაბამისად აღჭურვილი სამარაგო. კანონქვემდებარე აქტის მიხედვით, აფთიაქში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს თამბაქოს მოწევის აკრძალვა, მომხმარებლის მოთხოვნის შემთხვევაში კი – აფთიაქში ფარმაცევტული პროდუქტის შენახვის მდგომარეობის გაცნობის (დათვალიერების) შესაძლებლობა დამთვალიერებლის მიერ ჰიგიენური ნორმების (სანიტარული ტანსაცმლის) დაცვის პირობით. ფარმაცევტული პროდუქტის შენახვის, განთავსებისა და რეალიზაციის პირობები უნდა აკმაყოფილებდეს ფარმაცევტული პროდუქტის ინსტრუქციითა და წინამდებარე აქტით დადგენილ მოთხოვნებს, მათ შორის, გარემო ფაქტორების (ტემპერატურა, სინათლე, ტენიანობა) ზემოქმედებისაგან დაცვის თვალსაზრისით, პრეპარატის შემადგენელი ინგრედიენტების ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების გათვალისწინებით. ვადაგასული და გაუვარგისებული ფარმაცევტული პროდუქტი უნდა ინახებოდეს ცალკე, სპეციალურად ამ მიზნებისათვის განკუთვნილ ადგილას, იზოლირებულად სხვა ფარმაცევტული პროდუქტისაგან. აფთიაქის ძირითად შესასვლელ (მომხმარებელთათვის განკუთვნილ) კართან გარე პერიმეტრზე უნდა იყოს ვიდეომეთვალყურეობის სისტემა, რომელიც შეესაბამება „აზარტული და სხვა მოგებიანი თამაშობების (გარდა წამახალისებელი გათამაშებისა) ადგილებზე და გარე პერიმეტრზე ვიდეომეთვალყურეობის სისტემებისა და მათი დამონტაჟება-ექსპლუატაციის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2007 წლის 29 აგვისტოს №1143 ბრძანებით განსაზღვრულ ვიდეომეთვალყურეობის სისტემებსა და მათი დამონტაჟება-ექსპლუატაციის წესებს.

პენიტენციური სისტემა

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სხვადასხვა დაწესებულების აფთიაქები, ავტორიზაციის შემთხვევაში, სწორედ ზემოთ აღწერილ მოთხოვნებს უნდა შეესაბამებოდეს. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ დადგენილი სტანდარტები ყველა დაწესებულებაში ამ მხრივ დაცული არ არის.

2011 წლის ბოლოსთვის პენიტენციურ სისტემაში ფუნქციონირებდა 12 „ავერსის“ აფთიაქი. თავისთავად ეს მოვლენა დადებითია და პატიმრების მედიკამენტებით მომარაგების ალტერნატიული წყაროა, თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თავიდან უნდა იქნეს აცილებული დაწესებულებების მედიკამენტებით ადეკვატური მომარაგების ჩანაცვლება კომერციული აფთიაქით – ეს უკანასკნელი უნდა დარჩეს მედიკამენტების შეძენის დამატებით წყაროდ.

ტრავმებისა და დაზიანებათა სახეები და მათი აღრიცხვა

პენიტენციური სისტემა რისკის ზონაა, სადაც შესაძლებელია განხორციელდეს ძალადობა პატიმარ-ზე. აქედან გამომდინარე, წამების საწინააღმდეგო ეროვნული თუ საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ციხეში და დაკავების დროს ძალადობის ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური კვალის სათანადო დაფიქსირებას. ამ მხრივ სამედიცინო პერსონალს შეუძლია ფასდაუდებელი დახმარება გაუწიოს როგორც თვით დაზიანების მქონე პირს, ასევე გამოძიებასა და ზოგადად მართლმსაჯულების განხორციელებას. როგორც უკვე აღინიშნა, ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ პატიმრის ფიზიკური დათვალიერების დროს (განსაკუთრებით, ახლად შემოყვანილი პატიმრის გასინჯვისას) ძალადობის ნებისმიერი კვალი, რომელიც შესაძლებელია გამოენიჭოს არასათანადო მოპყრობას, აუცილებლად აღინიშნოს შესაბამისი წესით და დოკუმენტირებული იყოს როგორც პატიმრის პირად სამედიცინო ბარათში, ასევე ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალში. მსგავსი წესით უნდა დაფიქსირდეს ნებისმიერი ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული ნიშანი, რომელიც შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ აღნიშნულმა პირმა არასათანადოდ მოეპყრნენ. ასეთი ინფორმაცია, ავტომატურ რეჟიმში, დაუყოვნებლივ უნდა მიეწოდოს პენიტენციური დაწესებულების ხელმძღვანელობასა და საგამოძიებო ორგანოებს. პატიმარს ნებისმიერ დროს უნდა ჰქონდეს იმის შესაძლებლობა, რომ მოთხოვნისთანავე მიიღოს აღნიშნული დოკუმენტის ასლი. ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის საწინააღმდეგო კომიტეტის (CPT) მე – 3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, „სამედიცინო პერსონალს პენიტენციურ სისტემაში შეუძლია, მონაწილეობა მიიღოს პატიმართა მიმართ ძალადობის გამოყენების პროფილაქტიკაში ტრავმებისა და დაზიანებების სისტემატური რეგისტრაციის გზით და აუცილებელ შემთხვევაში – ზოგადი ინფორმაციის გადაცემით შესაბამის ინსტანციებში. ასევე შესაძლებელია, როგორც წესი, მხოლოდ პატიმრის თანხმობის შემთხვევაში, კონკრეტულ შემთხვევებზე ინფორმაციის გადაცემაც. დაზიანების ნებისმიერი ნიშნები ციხეში შესვლისთანავე დაწვრილებით უნდა რეგისტრირდეს ისევე, როგორც ნებისმიერი ამ გარემოებასთან დაკავშირებული პატიმრის განცხადება და ექიმის დასკვნა. შემდეგში პატიმრისათვის ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ყოველი სამედიცინო გასინჯვისას ამგვარივე მიდგომა უნდა ხორციელდებოდეს პატიმრის მიმართ, რომელზეც იყო განხორციელებული ძალადობა ციხის ტერიტორიაზე ან ციხეში კვლავ დაბრუნებისას მას შემდეგ, რაც იგი იმყოფებოდა პოლიციის ნაწილში გამოძიებისათვის. სამედიცინო მუშაკები პერიოდულად უნდა ადგენდნენ სტატისტიკურ ანგარიშებს ტრავმათა და დაზიანებათა შესახებ და აწვდიდნენ ამგვარ ანგარიშებს ციხის ადმინისტრაციას, იუსტიციის სამინისტროს.“

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში დაზიანებათა რეგისტრაციისა და აღწერის მხრივ განსხვავებული პრაქტიკა და მიდგომა არსებობს. დაწესებულებათა ნაწილი აღნიშნულ ვალდებულებას ზოგიერთ შემთხვევაში იგნორირებას უკეთებს, ხოლო საუკეთესო შემთხვევებში, ადგილობრივი ექიმები ცდილობენ ზედმინიჭებით აღწერონ ფაქტი და დაეხმარონ პაციენტს აღიშნულის გამო წარმოქმნილი ჯანდაცვითი საჭიროებების მოგვარებაში.

ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებში დღეს მოქმედი სამედიცინო დოკუმენტაციებიდან ამ მხრივ უნდა გამოიყოს ე.წ. „ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი“ (ფორმა N15), რომელიც სრულად არ შეესაბამება წამების პრევენციის სტანდარტებს, თუმცა, გარკვეულწილად აღნიშნული ჟურნალის ზედმინევენით ზუსტი წარმოება მეტად საპასუხისმგებლო და აუცილებელი საქმეა ექიმების მხრიდან. როგორც სახელწოდებიდანვე ჩანს, ფორმა N15 განკუთვნილია სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ადგილზე მომხდარი ინციდენტების რეგისტრაციისათვის. რაც შეეხება ახლად შემოსულ პატიმრებს, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, შესაძლო დაზიანების არსებობისას, დაზიანების ნიშნების აღიწერება ე.წ. „სამედიცინო ბარათში.“ ამ მხრივაც სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მოქმედი პრაქტიკა არაერთგვაროვანია. მაგალითად, დასავლეთ საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებები და აღმოსავლეთის ზოგიერთი დაწესებულება აწარმოებს ე.წ. „ახლად შემოსულ პატიმართა სამედიცინო დათვალიერების ჟურნალს“, რომელშიც მოკლედ, თუმცა მაინც ხდება ზოგიერთ შემთხვევაში დაზიანების არსებული კვალის დაფიქსირება. ინფორმაცია, როგორც წესი, ამ ჟურნალში მწირია, ხშირად არაკვალიფიციური. პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა დროებითი მოთავსების იზოლატორების მონიტორინგის დასრულების შემდეგ შერჩევით შეისწავლა რამდენიმე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ახლად შესულ პატიმართა დაზიანების შესახებ ინფორმაციის ამსახველი დოკუმენტაცია. ჩვენ ამოვეწერეთ კონკრეტული პირები, რომლებსაც დმი-ის მონაცემებით აღენიშნებოდათ დაზიანებები. აღმოჩნდა, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გადაყვანის შემდეგ დაზიანებები აღწერილი იყო მხოლოდ 36% შემთხვევაში, დანარჩენ შემთხვევაში კი იმის შესახებ, რომ პატიმარს აღენიშნებოდა სხეულის ამა თუ იმ სახის დაზიანება, არსად არ იყო ნახსენები. ზემოთ აღნიშნული საკითხების შესახებ დეტალური ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილებში:

2011 წლის პირველი ნახევარი

№	დანესებულების დასახელება	საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი (ფორმა №15)		ახლად შემოსულთა დაზიანების აღრიცხვის ჟურნალის არსებობა	ახლად შემოსულ პატიმართა დაზიანებების სტატისტიკა		
		ჟურნალის ფიზიკური არსებობა	რეგისტრირ. შემთხვევათა რაოდენობა		ახლად შემოსულთა რაოდენობა	დაზიანება აქვს	%
1	№1 დანესებულება	+	42	-	411	0	0
2	№2 დანესებულება	+	159	+	490	29	5.91 %
3	№3 დანესებულება	+	17	+	527	54	10.24 %
4	№4 დანესებულება	+	14	+	297	36	12.12 %
5	№5 დანესებულება	+	45	+	220	4	1.81 %
6	№6 დანესებულება	+	76	-	237	1	0.42%
7	№7 დანესებულება	+	0	-	8	0	0
8	№8 დანესებულება	+	2	+	3793	277	7.30 %
9	№9 დანესებულება	+	1	-	575	1	0.17%
10	№11 დანესებულება	+	1	-	86	4	4.65 %
11	№12 დანესებულება	+	0	-	503	0	0
12	№13 დანესებულება	+	2	-	2	0	0
13	№14 დანესებულება	+	7	+	523	6	1.14 %
14	№15 დანესებულება	+	106	-	625	0	0
15	№16 დანესებულება	+	16	-	452	0	0
16	№17 დანესებულება	+	58	-	139	8	5.75 %
17	№18 დანესებულება	-	0	-	937	0	0
18	№19 დანესებულება	+	16	-	859	0	0
ჯამი:		17	562	6	10684	420	

2011

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი (ფორმა №15)		ახლად შემოსულთა დაზიანების აღრიცხვის ჟურნალის არსებობა	ახლად შემოსულ პატიმართა დაზიანებების სტატისტიკა		
		ჟურნალის ფიზიკური არსებობა	რეგისტრირ. შემთხვევათა რაოდენობა		ახლად შემოსულთა რაოდენობა	დაზიანება აქვს	%
1	№1 დანესებულება	+	35	-	0	0	0
2	№2 დანესებულება	+	121	+	496	43	8.67 %
3	№3 დანესებულება	+	28	+	551	66	11.98 %
4	№4 დანესებულება	+	5	+	220	30	13.64 %
5	№5 დანესებულება	+	52	+	219	4	1.83 %
6	№6 დანესებულება	+	58	-	258	0	0
7	№7 დანესებულება	+	0	-	0	0	0
8	№8 დანესებულება	+	8	+	3262	247	7.57 %
9	№9 დანესებულება	+	0	-	241	0	0
10	№11 დანესებულება	+	1	-	71	1	1.4 %
11	№12 დანესებულება	+	1	-	750	0	0
12	№13 დანესებულება	-	-	-	-	-	-
13	№14 დანესებულება*	+	18*	+	521*	0	0
14	№15 დანესებულება	+	119	-	1080	3	0.28%
15	№16 დანესებულება	+	23	-	401	1	0.25%
16	№17 დანესებულება	+	48	-	374	0	0
17	№18 დანესებულება	+	4	-	897	არ აღრიცხავენ	0
18	№19 დანესებულება	+	24	-	719	არ აღრიცხავენ	0
ჯამი:		17	545	6	10060	395	

როგორც ცხრილიდან ნათლად ჩანს, 18 დანესებულებიდან 17-ში „საყოფაცხოვრებო ტრავმების ჟურნალი“ არსებობს. რაც შეეხება ახლად შემოსულ პატიმართა დაზიანებების აღწერის ჟურნალს, აღნიშნული 18-იდან მხოლოდ 6 დანესებულებაში ინარმოება. 2011 წლის პირველ ნახევარში საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში შეყვანილი და გადაყვანილი 10684 შემთხვევიდან დაზიანება აღინერა მხოლოდ 420 შემთხვევაში, ანუ თითქმის 4 %-ში. რაც შეეხება 2011 წლის მეორე ნახევარს, 10060 შეყვანილი და გადაყვანილი პატიმრიდან დაზიანება დაფიქსირებულია 395 შემთხვევაში, ანუ 3.92% შემთხვევაში, ანუ მაჩვენებელი წლის ორივე ნახევარში სტაბილურად დაახლოებით 4%-ის ფარგლებში მერყეობს.

ზოგიერთი დანესებულება დაზიანებებს საერთოდ არ აღრიცხავს. ამ მხრივ სხვადასხვა დანესებულებაში დამკვიდრებული პრაქტიკა ასევე წარმოდგენილია ცხრილში. რაც შეეხება ადგილზე განხორციელებული შესაძლო ძალადობის ან სხვა გზით მიღებული ტრავმების აღწერას, სულ მთელი საქართველოს მასშტაბით, მხოლოდ 1107 შემთხვევაა დაფიქსირებული.

საკითხის უდიდესი მნიშვნელობის გამო პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა შეისწავლა სათითაოდ ყველა დანესებულებაში არსებული ტრავმების ჟურნალი, მათი შევსების წესი, ასევე მათში ასახული ინფორმაციის სტრუქტურა.

წარმოდგენილი ინფორმაციის ანალიზით ვლინდება, რომ დაზიანებებს შორის დომინირებს ჭრილობები. აღნიშნულს მოჰყვება სისხლნაჟღერებები და ნაჭდევეები. არცთუ იშვიათობაა ასევე მოტეხილობები. შედარებით იშვიათია სხეულის სხვადასხვა ზედაპირზე არსებული ჰიპერემია (რაც ძირითად შემთხვევებში ახლად მიღებულ ტრავმას შეესაბამება). ჟურნალებში ასევე გვხვდება

დაუკონკრეტებელი სახის დაზიანებები. აღსანიშნავია, რომ 2011 წელს დამწვრობების რიცხვმა საკმაოდ იმატა. გასულ წლებში დამწვრობის მხოლოდ ერთეული შემთხვევები ფიქსირდებოდა. დანესებულებათა უმრავლესობის მთავარი ექიმების განმარტებით, აღნიშნულის მიზეზია წყლის ელექტროასადულებიდან მდუღარე წყლის გადმოსხმა. რაც შეეხება ცალკეულ დანესებულებებს, ამ მხრივაც მრავალი ტენდენცია გამოიკვეთა. მაგალითად, დაზიანების სახით ნაჭდევი ყველაზე ხშირად გვხვდება №16 დანესებულებაში. სისხლნაჟღენთი ყველაზე გავრცელებული დაზიანების ტიპია №17 დანესებულებაში, ჰიპერემია (რაც ახალ დაზიანებაზე მიუთითებს) – №3 დანესებულებაში. ჭრილობების რაოდენობის მიხედვით პირველ ადგილს იკავებს თბილისის №1 დანესებულება. ძვალ-სახსართა სისტემის დაზიანების მხრივ (მოტეხილობა, ღრძობა და ა.შ.) ნამყვანი ადგილი კვლავ რუსთავის №16 დანესებულებას უკავია. დაჟეჟილობა და სხეულის ამა თუ იმ უბნის შემუშება დომინირებს №14 დანესებულებაში, დამწვრობა – №4 დანესებულებაში; ყველაზე ხშირად დაზიანების ტიპს არ მიუთითებენ №14 დანესებულების ექიმები. აღნიშნული სტატისტიკა დეტალურადაა ასახული ცხრილში (ცხრილში მოყვანილი მონაცემები მოცემულია პროცენტებში):

2011 წლის პირველი ნახევარი

№	დანესებულების დასახელება	ნაჭდევი	სისხლ-ნაჟღენთი	ჰიპერემია	ჭრილობა	მოტეხილობა/ტრავმა	დაჟეჟ/შეშუპება	დამწვრობა	სხვა/დაუკონკრ.
1	№1 დანესებულება	0	17.94	0	78.21	0	3.85	0	0
2	№2 დანესებულება	21.62	20.27	5.41	46.21	0.82	4.59	1.08	0
3	№3 დანესებულება	13.04	30.43	8.69	30.43	0	4.37	13.04	0
4	№4 დანესებულება	4.76	0	4.76	57.15	0	0	33.33	0
5	№5 დანესებულება	3.52	12.28	8.77	57.89	8.77	0	0	8.77
6	№6 დანესებულება	4.93	14.81	1.23	79.03	0	0	0	0
7	№7 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
8	№8 დანესებულება	0	0	0	50	0	0	50	0
9	№9 დანესებულება	0	0	0	100	0	0	0	0
10	№11 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
11	№12 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
12	№13 დანესებულება	0	50	0	50	0	0	0	0
13	№14 დანესებულება	14.3	0	0	42.8	0	14.3	0	28.6
14	№15 დანესებულება	5.39	14.23	0	72.05	2.94	5.39	0	0
15	№16 დანესებულება	32.55	0	0	51.16	9.32	6.97	0	0
16	№17 დანესებულება	18.44	31.06	0.97	33.98	6.79	4.85	0.97	2.94
17	№18 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
18	№19 დანესებულება	9.37	12.51	0	68.75	3.12	6.25	0	0

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ნაჭდევი	სისხლ-ნაჟღენთი	ჰიპერემია	ჭრილობა	მოტეხილობა/ტრავმა	დაჟეჟ/შეშუპება	დამწვრობა	სხვა/დაუკონკრ.
1	№1 დანესებულება	6.12	6.12	0	81.64	0	6.12	0	0
2	№2 დანესებულება	16.02	1.85	0.62	76.8	0.41	2.47	1.03	0.82
3	№3 დანესებულება	37.29	1.69	0	42.37	0	5.08	6.78	6.78

2011

4	№4 დაწესებულება	16.67	8.33	0	66.67	0	8.33	0	0
5	№5 დაწესებულება	20.83	12.5	1.04	43.75	0	9.38	1.04	11.46
6	№6 დაწესებულება	6.82	14.39	0	71.21	0	0.76	1.52	5.3
7	№7 დაწესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
8	№8 დაწესებულება	38.46	7.69	0	53.85	0	0	0	0
9	№9 დაწესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
10	№11 დაწესებულება	0	0	0	100	0	0	0	0
11	№12 დაწესებულება	0	0	0	100	0	0	0	0
12	№13 დაწესებულება	-	-	-	-	-	-	-	-
13	№14 დაწესებულება	0	0	0	90.91	0	0	0	9.09
14	№15 დაწესებულება	12.32	14.9	0.29	58.74	2.87	10.32	0	0.57
15	№16 დაწესებულება	12.86	1.43	0	80	2.86	0	0	2.86
16	№17 დაწესებულება	21.43	9.18	0	51.02	1.02	10.2	1.02	6.12
17	№18 დაწესებულება	50	0	0	50	0	0	0	0
18	№19 დაწესებულება	9.84	1.64	0	88.52	0	0	0	0

რაც შეეხება დაზიანებათა ლოკალიზაციას, ამ მხრივ მონაცემები გასული წლის მსგავსია, კერძოდ, მთელი საქართველოს მასშტაბით დაზიანებები ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია ზედა კიდურისა და სახის მიდამოში. წელს მესამე ადგილზე სტატისტიკის მიხედვით გამოდის ქვედა კიდურზე არსებული დაზიანებები. დაახლოებით იმავე ფარგლებში მერყეობს მუცლისა და კისრის მიდამოში არსებული დაზიანებების რიცხვი. აღსანიშნავია, რომ წელს იმატა კისრის მიდამოში ლოკალიზებულმა დაზიანებებმა. დაზიანებათა ლოკალიზაციის შედარებით იშვიათი ადგილებია გულმკერდის და ზურგის მიდამო. აღსანიშნავია, რომ ამ მიდამოთა დაზიანება დომინირებდა რამდენიმე წლის წინ. რაც შეეხება ქალასარქველზე მიყენებული დაზიანების სახეებს, აღნიშნული მაჩვენებელი დაახლოებით იმავე საზღვრებში მერყეობს, როგორც გასული წლის ანალოგიური მაჩვენებლის შემთხვევაში.

რაც შეეხება აღნიშნული საკითხის სპეციფიკას, ცალკეული დაწესებულებების მიხედვით, უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს, რომ დაწესებულებათა უმრავლესობაში დაზიანების წამყვანი მიდამო შეესაბამება საქართველოს საშუალო მაჩვენებელს. რაც შეეხება განსხვავებულ მაჩვენებელს, დაფიქსირებულია N3 და N17 დაწესებულებებში, სადაც დაზიანებათა უმრავლესობა სახის მიდამოშია.

აღნიშნული სპეციფიკა დაწესებულებათა მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	ქალა-სარქველი	სახე	კისერი	გულმკერდი	მუცელი	ზურგი	ზედა კიდური	ქვედა კიდური
1	№1 დაწესებულება	1.32	22.37	11.84	2.63	7.89	0	52.63	1.32
2	№2 დაწესებულება	2.75	39.4	2.21	1.37	1.92	4.43	41.59	6.33
3	№3 დაწესებულება	0	48	16	0	4	4	24	4
4	№4 დაწესებულება	0	34.78	4.34	0	4.34	0	47.85	8.69
5	№5 დაწესებულება	1.88	16.98	7.56	1.88	5.68	0	47.16	18.86
6	№6 დაწესებულება	2.99	24.58	5.98	1.79	10.79	1.79	50.89	1.19
7	№7 დაწესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
8	№8 დაწესებულება	0	0	50	0	0	0	50	0
9	№9 დაწესებულება	0	0	0	0	0	0	100	0

10	№11 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
11	№12 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
12	№13 დანესებულება	0	0	0	0	50	0	0	50
13	№14 დანესებულება	0	0	15	0	0	0	85	0
14	№15 დანესებულება	7.33	28.35	3.62	0	6.71	2.46	42.26	9.27
15	№16 დანესებულება	7.14	14.28	0	0	26.19	0	33.35	19.04
16	№17 დანესებულება	7.76	50.48	4.85	0.97	4.85	0.97	25.27	4.85
17	№18 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
18	№19 დანესებულება	0	34.37	0	3.12	3.12	3.12	43.75	12.52

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ქალაქ-სარჩველი	სახე	კისერი	გულმკერდი	მუცელი	ზურგი	ზედა კიდური	ქვედა კიდური	შორისი/გენიტალიები	დაუკონკრეტებელი
1	№1 დანესებულება	4.08	20.41	4.08	0	2.04	0	67.35	0	0	2.04
2	№2 დანესებულება	1.88	8.79	3.14	0	7.53	4.81	70.71	5.23	0	0
3	№3 დანესებულება	3.64	12.73	5.45	0	25.45	3.64	36.36	7.27	1.8	3.64
4	№4 დანესებულება	8.33	16.67	33.33	0	0	0	41.67	0	0	0
5	№5 დანესებულება	5.26	14.74	2.11	3.16	4.21	2.11	48.42	14.74	0	5.26
6	№6 დანესებულება	0.78	28.9	10.94	3.13	7.03	0	46.89	2.34	0	0
7	№7 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	№8 დანესებულება	7.69	15.38	15.38	0	0	0	61.54	0	0	0
9	№9 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	№11 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0
11	№12 დანესებულება	0	0	50	0	0	0	50	0	0	0
12	№13 დანესებულება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	№14 დანესებულება	0	9.1	22.73	0	4.55	0	54.55	9.1	0	0
14	№15 დანესებულება	4.11	23.46	3.23	1.47	13.2	2.93	43.99	6.45	0.29	0.88
15	№16 დანესებულება	1.43	8.57	2.86	0	0	0	62.86	24.29	0	0
16	№17 დანესებულება	2.1	44.21	2.1	0	8.42	1.05	31.58	10.53	0	0
17	№18 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	75	25	0	0
18	№19 დანესებულება	0	6.56	3.28	0	9.84	0	80.33	0	0	0

დაზიანებათა შესწავლის დროს განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა ტრავმის წარმომავლობის საკითხს. ამ მხრივ უდიდესი მნიშვნელობა აქვს თავად პაციენტის მიერ მონოდეზულ ინფორმაციას დაზიანების შესახებ, კერძოდ, ეს არის თვითდაზიანება, ურთიერთდაზიანება, დაზიანება მიყენებული სხვა პირის მიერ თუ საყოფაცხოვრებო ტრავმა. სამწუხაროდ, შემთხვევათა უმრავლესობაში დაზიანების წარმომავლობა ექიმთა მიერ კლასიფიცირებული კვლავ არ არის. არსებული ჩანაწერების მიხედვით შემთხვევათა დაახლოებით 2%-ში დაზიანება მიყენებული იყო სხვა პირთა მიერ. ზოგიერთ შემთხვევაში განმარტებულია ვის მიერ, ზოგჯერ კი ნაჩვენებია, რომ დაზიანება მიაყენეს თანასაკნელებმა და ასე შემდეგ. 22% შემთხვევაში საქმე ეხება საყოფაცხოვრებო ტრავმას, რომლის ტიპური მაგალითები უკვე იყო განხილული, ხოლო 30% შემთხვევაში დაფიქსირებულია პაციენტის მიერ თვითდაზიანების მიყენების ფაქტები. ჩვენ მიერ იდენტიფიცირებულ იქნა ის პაციენტები, რომლებიც პერიოდულად განზრახ იყენებენ თვითდაზიანების სერიებს. შემდგომში გადამოწმდა ასევე, ამ კატეგორიის პაციენტები ნანახი ჰყავდა თუ არა ფსიქიატრს. სამწუხაროდ, შემთხვევათა უმრავლესობაში ფსიქოპატიით დაავადებულ პირთა მკურნალობას მხოლოდ ფსიქიატრის

2011

ძალისხმევა ვერ ყოფნის და სხვა გარეშე ფაქტორებზე (ცაა დამოკიდებული. რაც შეეხება დაზიანებათა წარმომავლობის სტრუქტურას, ცალკეული დანესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	თვით- დაზიანება	საყოფაცხ. ტრავმა	სხვა პირის მიერ მიყენ.	არ არის მითითებული
1	№1 დანესებულება	0	0	0	100
2	№2 დანესებულება	64.77	29.55	0	5.68
3	№3 დანესებულება	29.42	17.64	0	52.94
4	№4 დანესებულება	57.15	28.57	14.28	0
5	№5 დანესებულება	37.77	53.33	8.9	0
6	№6 დანესებულება	0	0	0	100
7	№7 დანესებულება	0	0	0	0
8	№8 დანესებულება	50	50	0	0
9	№9 დანესებულება	0	0	0	0
10	№11 დანესებულება	0	0	0	0
11	№12 დანესებულება	0	0	0	0
12	№13 დანესებულება	0	0	0	100
13	№14 დანესებულება	43	0	0	57
14	№15 დანესებულება	24.52	21.71	0	53.77
15	№16 დანესებულება	50	18.75	0	31.25
16	№17 დანესებულება	20.68	60.36	0	18.96
17	№18 დანესებულება	0	0	0	0
18	№19 დანესებულება	18.75	0	0	81.25

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	თვით- დაზიანება	საყოფაცხ. ტრავმა	სხვა პირის მიერ მიყენ.	არ არის მითითებული
1	№1 დანესებულება	40	0	0	60
2	№2 დანესებულება	59.45	36.93	0.9	2.7
3	№3 დანესებულება	50	50	0	0
4	№4 დანესებულება	60	40	0	0
5	№5 დანესებულება	42.3	50	3.84	3.84
6	№6 დანესებულება	0	0	0	100
7	№7 დანესებულება	0	0	0	0
8	№8 დანესებულება	12.5	0	0	87.5
9	№9 დანესებულება	0	0	0	0
10	№11 დანესებულება	100	0	0	0
11	№12 დანესებულება	0	0	0	100
12	№13 დანესებულება	-	-	-	-
13	№14 დანესებულება	77.78	16.66	0	5.55

14	№15 დაწესებულება	47.89	37.81	0.84	13.44
15	№16 დაწესებულება	78.26	21.73	0	0
16	№17 დაწესებულება	33.33	43.75	0	22.91
17	№18 დაწესებულება	0	100	0	0
18	№19 დაწესებულება	54.16	0	0	45.83

როგორც ცხრილიდან ჩანს, N1, N13 და N6 დაწესებულებაში ექიმები საერთოდ არ მიუთითებენ დაზიანების წარმომავლობას. N3, N15 და N19 დაწესებულებაში კი მიუთითებლობა 50%-ს აჭარბებს. აღნიშნული საკითხის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ყველა ამ დაწესებულებას უნდა მიეცეს მითითებები და რეკომენდაციები, რომ აღმოფხვრან ეს ნაკლოვანება და ყოველთვის მიუთითონ დაზიანების წარმომავლობა, როგორც მინიმუმ, მოწოდებული კლასიფიკაციის მიხედვით (თვითდაზიანება, ურთიერთდაზიანება, საყოფაცხოვრებო ტრავმა, დაზიანება მიყენებული სხვა პირის მიერ).

აივ/ჰივ-ს პენიტენციურ სისტემაში

ევროპისა და განსაკუთრებით აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში, აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი პენიტენციურ სისტემაში გაცილებით უფრო მაღალია ვიდრე ზოგადად ამ ქვეყნის მაჩვენებელი. სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა ამ მხრივ დიდი ვარიაციები აჩვენა ციხეებში აივ ინფექციის პრევალენციასთან დაკავშირებით. ციხეები ის ადგილებია, სადაც აივ ინფიცირებული მონაცვლადი ჯგუფები ყველაზე უფრო დიდი რაოდენობით გვხვდება. ამის მიზეზი, უპირველეს ყოვლისა, ინტრავენური ნარკომანები არიან, რომლებიც არასტერილური შპრიცებით იკეთებენ ინექციებს. ასევე, სხვა საინექციო საშუალებებისა (წყალი, კოვზი და ა.შ.) და ზოგჯერ საყოფაცხოვრებო დანიშნულების ნივთების (საპარსი, კბილის ჯაგრისი) გაზიარება უწყობს ხელს „B“ და „C“ ჰეპატიტების გავრცელებას; ასევე ამ პრობლემის ხელშემწყობია: ტატუირება, პირსინგი და სკარიფიკაციები; დაუცველი სქესობრივი კავშირები (პროსტიტუცია, გაუპატიურება და ა.შ.); ინფიცირებული ნემსების შემთხვევითი შერჭობა (საკნებში ჩხრეკის ჩატარების დროს ხშირია); ჯანდაცვის სერვისებისადმი არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა; სამედიცინო აპარატურის და დანიშნულების საგნების უსაფრთხოება (სტომატოლოგიური, სამედიცინო და გინეკოლოგიური). ამ მიზეზების გამო აივ ინფექციის ეპიდემია საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს აღწევს განვითარებად და გარდამავალ ქვეყნებში. მსოფლიოში ინტრავენური ნარკომანია მიჩნეულია შიდსის გადაცემის გზად 10%-ში, მაშინ როცა იგივე მაჩვენებელი ჩვენს რეგიონში (აღმოსავლეთ ევროპისა და აზიის ქვეყნებში) 80%-ს აღწევს.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი ყოველთვის სათანადო ყურადღებას აქცევს პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფექცია/შიდსის პრობლემას და აღნიშნულ მონაცემებს რეგულარულად ასახავს ანგარიშებში. ამ მხრივ 2011 წლის საანგარიშო პერიოდი გამონაკლისი არ ყოფილა. აღნიშნული პერიოდი გამოირჩევა იმით, რომ წლის განმავლობაში პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ყველაზე მეტი აივ ინფიცირებული გარდაიცვალა, ვიდრე გასულ წლებში. მონიტორინგის დროს გამოვლენილი აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა და მათი მკურნალობის საკითხები წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

დაწესებულების დასახელება	აივ ინფექციაზე გამოკვლეულთა რაოდენობა		აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა		ახლად გამოვლენილთა რაოდენობა		მკურნალობაში ჩართულთა რაოდენობა	
	I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ	I ნახ	II ნახ
№1 დაწესებულება	60	145	3	5	0	2	3	1
№2 დაწესებულება	46	156	5	-	1	6	0	1
№3 დაწესებულება	80	121	2	1	2	1	0	4

№4 დანესებულება	85	230	1	2	0	2	1	0
№5 დანესებულება	59	98	3	3	0	0	0	1
№6 დანესებულება	0	123	7	6	0	0	0	0
№7 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0
№8 დანესებულება	6	114	6	7	2	0	2	0
№9 დანესებულება	30	117	1	2	1	0	0	0
№11 დანესებულება	35	53	0	0	0	0	0	0
№12 დანესებულება	47	160	6	3	1	0	1	0
№13 დანესებულება	0	-	2	-	0	-	0	-
№14 დანესებულება	125	104*	12	14	3	1	2	2
№15 დანესებულება	74	268	12	12	1	1	1	3
№16 დანესებულება	13	140	13	9	9	0	4	0
№17 დანესებულება	50	178	14	9	1	1	0	3
№18 დანესებულება	472	768	5	19	4	5	1	0
№19 დანესებულება	118	165	18	17	3	1	5	4
ს უ ლ:	1300	2940	110	109	28	20	20	19

როგორც ცხრილიდან ჩაის, 2011 წლის პირველ ნახევარში პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში აივ ინფექციის სადიაგნოსტიკოდ ჩატარდა 1300 გამოკვლევა, ხოლო წლის მეორე ნახევარში გაცილებით უფრო მეტი პირი იქნა გამოკვლეული (2940). გამოკვლევების შედეგად 48 ახალი შემთხვევა დადასტურდა, რომელთაგანაც 39 პირი ჩაერთო ანტირეტროვირუსული მკურნალობის პროგრამაში. აღსანიშნავია, რომ ახალი შემთხვევების ჩათვლით, 2011 წლის ბოლოსთვის პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 100-ზე მეტი შიდსით დაავადებული მსჯავრდებული და ბრალდებული იმყოფებოდა, მათ შორის 3 ქალი. საბედნიეროდ, ინფიცირებულთა ან დაავადებულთა შორის არ არიან არასრულწლოვნები.

მდგომარეობის უფრო ფართოდ და დეტალურად გაცნობის მიზნით საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრს (08.08.2011 N758-3) და მოითხოვა ინფორმაცია მთელ რიგ საკითხებთან დაკავშირებით.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრიდან 2011 წლის 7 სექტემბერს შემოსული საპასუხო წერილის (N01-19/473) მიხედვით ირკვევა, რომ 1997-2011 წლის 17 აგვისტომდე რეგისტრირებულია 285 აივ ინფიცირებული, რომლებიც სხვადასხვა პერიოდში იხდიდნენ სასჯელს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში. 285 პაციენტიდან 277 მამაკაცია, ხოლო 8 – ქალი. მათგან 60 აივ ინფიცირებული გარდაიცვალა (59 მამაკაცი და 1 ქალი). 60 გარდაცვლილიდან სასჯელალსრულების დაწესებულებებში გარდაიცვალა 41 პატიმარი.

2011 წლის 17 აგვისტოს მონაცემებით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში იმყოფება 110 აივ ინფიცირებული, მათ შორის 107 მამაკაცი და 3 ქალი, მათ შორის ანტირეტროვირუსული (შიდსის საწინააღმდეგო) მკურნალობა უტარდება 67 პაციმარს, რომელთაგან 66 მამაკაცია და 1 ქალი.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრი მჭიდროდ თანამშრომლობს სასჯელალსრულების დეპარტამენტთან. შიდსის ცენტრის დახმარებით სასჯელალსრულების დაწესებულებებში შეიქმნა აივ კონსულტირებისა და ტესტირების კაბინეტები, სადაც ყველა მსჯავრდებულს აქვს შესაძლებლობა ჩაიტაროს ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე. ამასთან ერთად, შიდსის ცენტრის ექიმების მიერ აივ ინფექცია/შიდსის საკითხებზე მომზადებულია სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მომუშავე ექიმები, ექიმი ლაბორანტები, ბადრაგი და სხვა მომუშავე პერსონალი. სასჯელალსრულების დაწესებულების აივ შიდსის პროგრამის მენეჯერი კოტე ტურაშვილი ასევე არის შიდსის ცენტრის

ექიმი კონსულტანტი, რომელიც ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის მხრიდან კურიებს აივ ინფიცირებულ პაციენტებს.

სასჯელის მოხდის ადგილებში მყოფი აივ ინფიცირებული პაციენტები უზრუნველყოფილი არიან უფასო სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურებით, რომელიც ხორციელდება საერთაშორისო სტანდარტებით. აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულ პაციენტებს რეგულარულად უტარდებათ (3-4 თვეში ერთხელ) ექიმი სპეციალისტის კონსულტაცია და საკონტროლო გამოკვლევები. აივ ინფიცირებულებს კი თვეში ერთხელ მიეწოდებათ საჭირო ანტივირუსული მედიკამენტები. საჭიროების შემთხვევაში პაციენტების გადაყავთ ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრში სტაციონარულ მკურნალობაზე.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა 2011 წლის 8 აგვისტოს გაგზავნილ წერილში (N758-3) მიმართა ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრს, ასევე მოეწოდებინა ინფორმაცია 2011 წლის განმავლობაში იმ ბრალდებულთა ან მსჯავრდებულთა შესახებ, რომლებიც 2011 წლის პირველ ნახევარში იყვნენ გადმოყვანილი ცენტრში სადიაგნოზო ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩასატარებლად. საპასუხო წერილში (N01-19/473) ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულმა ცენტრმა მოგვანოდა ინფორმაცია, რომ „2011 წლის 1 იანვრიდან 1 ივლისამდე მსჯავრდებული და/ან ბრალდებული არ ყოფილა გადმოყვანილი ჩვენს დაწესებულებაში სტაციონარული მკურნალობისათვის (არ ყოფილა ამის საჭიროება)“. მიუხედავად ასეთი პასუხისა, მონიტორინგის დოკუმენტაციის შესწავლისა და მონიტორინგის პროცესის ჩატარების შედეგად აღმოჩნდა, რომ ეს ინფორმაცია არ შეესაბამება სინამდვილეს. 2011 წლის 14 მარტს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის რეანიმაციულ განყოფილებაში გარდაიცვალა პაციენტი თ.პ. (დაბადებული 1980 წელს). ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ გაცემული ცნობა N1086-ის მიხედვით ირკვევა, რომ პაციენტი სტაციონარში მოათავსეს 2011 წლის 25 თებერვალს და მან გარდაცვალებამდე 17 დღე დაყო ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრში.

ამგვარად, აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ბოლო პერიოდში გამოირჩევა ზრდის ტენდენციით, რაც ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მონაცემის პარალელურად და პროპორციულად მიმდინარეობს.

სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური საკითხები

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში სანიტარიული და ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის კონტროლი ადგილობრივი ექიმებისა და, ზოგადად, საექიმო-სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული მედპერსონალის პრეროგატივაა. საქართველოს კანონის „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ 35-ე მუხლის შესაბამისად, პაციმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კომპეტენციაა:

ა) პაციმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში სანიტარიული და ჰიგიენური ნორმების დაცვის ზედამხედველობა; ბ) პაციმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრევენციული ღონისძიებების გატარება. ამასთან, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო პაციმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებისათვის ერთობლივად ადგენენ შესაბამის სანიტარიულ და ჰიგიენურ ნორმებს. საქართველოს კანონის „პაციმრობის კოდექსის“ 125-ე მუხლის მე-2 პუნქტის



შესაბამისად, კოდექსის ამოქმედებიდან 2 თვის ვადაში, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საქმეთა მინისტრსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს დაევალით ბრალდებულის/მსჯავრდებულის კვების ნორმების განსაზღვრის თაობაზე ერთობლივი ბრძანების გამოცემის უზრუნველყოფა.

გარდაჯანდაცვის კანონმდებლობისა, სანიტარიულ-ჰიგიენურ და ეპიდემიოლოგიურ მდგომარეობაზე კონტროლის ვალდებულება ასევე გაწერილია პატიმრობის კოდექსში. კოდექსის მე-15 მუხლი განსაზღვრავს მოთხოვნებს ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა საცხოვრებელი პირობების მიმართ. კერძოდ, მასში ნათქვამია, რომ ბრალდებულისათვის /მსჯავრდებულისათვის გამოყოფილი საცხოვრებელი უნდა შეესაბამებოდეს მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით დადგენილ სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებს და უნდა უზრუნველყოფდეს ბრალდებულის/მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას.

პატიმრობის კოდექსის მე-15 მუხლის პირველი ნაწილის, 125-ე მუხლის მე-2 ნაწილისა და „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 35-ე მუხლის მე-5 პუნქტის შესაბამისად, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 20-25 მაისის N87-83/6 ერთობლივი ბრძანებით დამტკიცებულია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა კვების და სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები. აღნიშნული ბრძანების შესაბამისად, დაწესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტის შესაბამისი პერსონალი ვალდებულია რეგულარულად შეამოწმოს:

- ა) ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთათვის განკუთვნილი საკვების ხარისხი და ოდენობა, მათი მომზადების სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები;
- ბ) დაწესებულების ტერიტორიისა და ნაგებობის სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა;
- გ) ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა ტანსაცმლისა და საწოლის თეთრეულის მდგომარეობა და სეზონის პირობებთან შესაბამისობის დარღვევათა აღმოჩენის შემთხვევაში წერილობით აცნობოს დაწესებულების ადმინისტრაციას.
3. საექიმო-სამედიცინო პუნქტის პერსონალი ვალდებულია სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების დარღვევათა აღმოჩენის შემთხვევაში წერილობით აცნობოს დაწესებულების ადმინისტრაციას.
4. სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების გამოვლენილ დარღვევათა საკუთარი ძალებით აღმოფხვრის შეუძლებლობის შემთხვევაში დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია მოხსენებითი ბარათით მიმართოს დეპარტამენტის ადმინისტრაციას. მოხსენებით ბარათს უნდა დაერთოს საექიმო-სამედიცინო პუნქტის ან ექიმის წერილი.

ბრძანების დანართი N2-ის მე-3 მუხლის შესაბამისად, დაწესებულებაში მყოფ პირთა სათავსების არქიტექტურულ-ინფრასტრუქტურული გადაწყვეტა და აღჭურვა უნდა უზრუნველყოფდეს ბუნებრივი ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების, პირადი ჰიგიენის დაცვის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ხელშეწყობის შესაძლებლობას ადამიანის პატივისა და ღირსების შეუღებად, რაც გულისხმობს: ხარისხიანი, უსაფრთხო და საკმარისი სასმელი წყლით უზრუნველყოფას (არანაკლებ 2,5 ლიტრი ერთ პირზე დღეში); პირადი ჰიგიენის წესების (ხელ-პირის დაბანა, პირის ღრუს ჰიგიენური დამუშავება, სხეულის დაბანა არანაკლებ კვირაში ერთხელ, საპარკმახერო მომსახურება: პირის გაპარსვა, თმის შეჭრა, ფრჩხილის დაჭრა) შესრულებისათვის წყალმომარაგებისა და კანალიზაციის ცენტრალიზებულ ქსელთან მიერთებული, შესაბამისად აღჭურვილი სანიტარიულ-ტექნიკური ინფრასტრუქტურითა და ჰიგიენური საშუალებებით (საპონი, კბილის პასტა, ნეჭი, პირსახოცი) უზრუნველყოფას; საწოლითა და ლოგინით (ლეიბი, ბალიში, საბანი) უზრუნველყოფას; სუფთა თეთრეულით არანაკლებ კვირაში ერთხელ უზრუნველყოფას, აგრეთვე,

სეზონის შესაფერისი სპეციალური ტანსაცმლის მიწოდებასა და ცვლას დაბინძურების მიხედვით; მიკროკლიმატის ოპტიმალურ დაცვას სათავსებში (18-25 °C); ბუნებრივ და ხელოვნურ განათებას, ვენტილაციას; ნარჩენების შეგროვებისა და დროული გატანის უზრუნველყოფას; სათავსების ყოველდღიური დასუფთავების, ავეჯისა და ფანჯრების ყოველკვირეული წმენდის, პერიოდული სადენზიფიკაციო სამუშაოების ორგანიზებას; სათავსის აღჭურვას საერთო სარგებლობის ავეჯით (მაგიდა, სკამი, ტუმბო, კარადა და სხვ.); პერიოდული სამედიცინო შემოწმების, პროფილაქტიკური აცრებისა და სხვა ეპიდსანინალმდეგო ღონისძიებების ჩატარებას. ორსულ ქალებს, მეძუძურ დედებს, არასრულწლოვნებს, ავადმყოფებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უნდა შეექმნათ შესაფერისი საყოფაცხოვრებო და კვების პირობები კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად.

ზემოთ განხილული ნორმების შესაბამისად, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის ფარგლებში განსაკუთრებულად გამახვილდა ყურადღება სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური პირობების ჯეროვან დაცვასა და კონტროლზე.

უპირველეს ყოვლისა, მონიტორინგის დროს შემოწმდა დაწესებულებებში ჩატარებული სადეზინფექციო, სადერატიზაციო და სადენზიფიკაციო სამუშაოების ჩატარების მიმდინარეობის პერიოდულობა და ეფექტურობა. როგორც აღმოჩნდა, ყველა დაწესებულებაში რეგულარულად მიდის კონტრაქტორი ორგანიზაცია, თუმცა სამუშაოთა პერიოდულობა განსხვავებულია დაწესებულებათა მიხედვით. ასევე განსხვავებულია ჩატარებული სამუშაოს მოცულობა და სახეობები. როგორც აღმოჩნდა, ადგილზე ტარდება დეზინსექცია და დერატიზაცია, ხოლო დენზიფიკაცია ყველა დაწესებულებაში არ ტარდება. ჩვენ მიერ ასევე გამახვილდა ყურადღება დატილიანების, საკნებში ბაღლინჯოს გავრცელების, მღრღნელების, მწერების, პარაზიტების, მუნისა და ინფექციური დაავადებების გავრცელების შესახებ. ისევე, როგორც გასულ საანგარიშო პერიოდში, ამჯერადაც ცხადი გახდა, რომ იმ დაწესებულებებში, რომლებიც გადატვირთულობის პირობებში ფუნქციონირებს, ან რომელთა ინფრასტრუქტურაც ძველი და ამორტიზებულია (მათი დახურვის შესახებ სახალხო დამცველმა არაერთხელ გასცა რეკომენდაცია), სანიტარიული დამუშავების სამუშაოთა ჩატარებას მნიშვნელოვანი ეფექტი ვერ მოაქვს. ახლად შემოსული პატიმრების დატილიანების ფაქტები დაადასტურეს რუსთავის ქალთა N5, თბილისის N8 და ქსნის N15 დაწესებულებებში. დანარჩენ დაწესებულებებში მთავარმა ექიმებმა კატეგორიულად უარყვეს აღნიშნული პრობლემის არსებობა. რაც შეეხება საკნებში და პატიმართა ლოგინებში ბაღლინჯოს არსებობას, სამედიცინო პერსონალთან და ზოგადად პენიტენციური დაწესებულების მოსახლეობასთან გასაუბრებისა და დათვლიერების შედეგად დადასტურდა თბილისის N1, ქუთაისის N2, ბათუმის N3, ზუგდიდის N4, რუსთავის N6, თბილისის N9, თბილისის N12, ხონის N13, ქსნის N15, რუსთავის N16 და ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებებში. რაც შეეხება მუნის გავრცელებას, ყველა დაწესებულებაში მედპერსონალი აღნიშნავს, რომ ამ დაავადების შემთხვევებმა ბოლო პერიოდში მკვეთრად იკლო. ერთეული შემთხვევები დაფიქსირებულია რუსთავის ქალთა N5, თბილისის N8, რუსთავის N16 და ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებებში. დანარჩენი დაწესებულებების მთავარი ექიმები კატეგორიულად უარყოფენ ამ პრობლემას, თუმცა, აღნიშნული არ დასტურდება ზოგიერთ დაწესებულებაში კონსულტანტ დერმატოვენეროლოგის მიერ გაკეთებული ჩანაწერებით. „A“ ჰეპატიტის შემთხვევების არსებობას საანგარიშო პერიოდში უარყოფს აბსოლუტურად ყველა დაწესებულება. რაც შეეხება ინფექციური დაავადებების გავრცელებას, ამ მხრივ დაწესებულებებში არაერთგვაროვანი მდგომარეობაა. რუსთავის N5 და N16 დაწესებულებებში აღნიშნეს კვებითი ინტოქსიკაციის შემთხვევის შესახებ, რომელმაც ზაფხულის პერიოდში იჩინა თავი და რამდენიმე პატიმარი ერთდროულად მოიცვა. თბილისის N8 დაწესებულებაში აღნიშნავენ ჩუტყვავილას რამდენიმე შემთხვევის შესახებ. ბავშვთა ასაკის ეს ინფექცია საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა ასევე არასრულწლოვანთა N11 სპეციალურ დაწესებულებაში. ჩუტყვავილას 3 შემთხვევის არსებობა დაადასტურა ქსნის N15 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა, ხოლო ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს სამედიცინო ნაწილში განგვიცხადეს, რომ ინფექციური დაავადებების ერთეული შემთხვევები პერიოდულად იქაც ფიქსირდება. მიუხედავად ამ მონაცემებისა, ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა მკვეთრად არ

საქართველო

გაუარესებულა და არსებულ პრობლემებს ყველა შემთხვევაში საექიმო-სამედიცინო პუნქტები პრაქტიკულად ადგილობრივი რესურსებით გაუმკლავდნენ.

რაც შეეხება კონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებული სანიტარიული ღონისძიებების პერიოდულობას და სახეს, წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

N	დანესებულების დასახელება	ღონისძიებათა ჩატარების სიხშირე	ჩატარებული ღონისძიებები		
			დეზინსექცია	დეზინფექცია	დერატიზაცია
1	№1 დანესებულება	2 თვეში ერთხელ	+	+	+
2	№2 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
3	№3 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
4	№4 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
5	№5 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	+	+
6	№6 დანესებულება	თვეში ორჯერ	+	-	+
7	№7 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
8	№8 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
9	№9 დანესებულება	თვეში ორჯერ	+	-	+
10	№11 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
11	№12 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	+	+
12	№13 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	-	+
13	№14 დანესებულება	თვეში ორჯერ	+	+	+
14	№15 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	+	+
15	№16 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	+	+
16	№17 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	+	+
17	№18 დანესებულება	თვეში სამჯერ	+	+	+
18	№19 დანესებულება	თვეში ერთხელ	+	+	+

ავჭალის არასრულწლოვანთა N11 დანესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრთან მიმდინარეობს მოლაპარაკება, რათა პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად, არასრულწლოვანთა ბოლო გეგმური ვაქცინაცია „დტყ“ ვაქცინით (დიფთერია, ტეტანუსი, ყივანახველა) განხორციელდეს ორგანიზებულად და შეუფერხებლად.

მნიშვნელოვანია, რომ ზოგიერთ დანესებულებაში საკამოდ ხშირია ცხოველთა მიერ პატიმართა დაკბენის ფაქტები. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ქსნის N15 დანესებულება. ასეთ შემთხვევათა უმრავლესობაში პატიმრები ამბულატორიულ რეჟიმში გაჰყავთ ანტირაბიული ვაქცინაციის ჩასატარებლად. გარდა ამისა, მიუხედავად თვითდაზიანებებისა, საყოფაცხოვრებო და სხვა სახის ტრავმების საკამოდ მაღალი სიხშირისა, ანტიტეტანური ვაქცინაცია პრაქტიკულად არ წარმოებს და აღნიშნულ მხოლოდ გამონაკლისების სახით ვხვდებით, რაც სერიოზულ რისკს უქმნის პაციენტთა ჯანმრთელობას.

როგორც უკვე აღინიშნა, პენიტენციურ დანესებულებაში კვების ნორმები დამტკიცებულია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 20-25 მაისის N87-83/6 ერთობლივი ბრძანების N1 დანართით. დადგენილ სანიტარიულ-ჰიგიენურ მოთხოვნათა მკაცრი დაცვა აუცილებელია პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო კვების ორგანიზების უზრუნველყოფის მიზნით. დანართით

განსაზღვრება დაწესებულებაში კვების ორგანიზაცია, რომლის მიმართ ნაყენებულა ორი ძირითადი პრინციპი: კვება უნდა იყოს ბალანსირებული და სრულფასოვანი, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს დაწესებულებაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობის შენარჩუნება. ბრძანება კრძალავს საკვების კალორიულობის შემცირებას დისციპლინური სადამსჯელო ღონისძიებების გატარების მიზნით. ბრძანების მიხედვით, განსაკუთრებული (დიეტური) კვების რეჟიმის საჭიროების მქონე ბრალდებულები/მსჯავრდებულები უზრუნველყოფილი უნდა იყვნენ ექიმის მიერ სამედიცინო ჩვენების შესაბამისად დადგენილი სამკურნალო კვებისათვის აუცილებელი პროდუქტებით. დიეტური მაგიდები და მათი აღწერა კი განსაზღვრულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ნორმატიული აქტით. ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა კვების რეჟიმი განსაზღვრავს დღის განმავლობაში კვების ჯერადობას, მათ შორის ფიზიოლოგიური თვალსაზრისით გამართლებული შუალედების დაცვას, ასევე, შესაბამისი ნორმატიული აქტებით დამტკიცებული ნორმების მიზანმიმართულ განაწილებას დღისა და კვირის განმავლობაში და საკვების მიღებას განრიგით მკაცრად განსაზღვრული დროის მონაკვეთში. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ დაწესებულებაში პატიმართა რაოდენობის მაღალი მაჩვენებლის ან ადგილობრივი რესურსების არასაკმარისობის გამო ისეთ გადაწყვეტილებებს იღებენ, რომ ირღვევა კვების პერიოდებს შორის დადგენილი ფიზიოლოგიური შუალედები. ბრძანების მიხედვით ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა დღიური კვება უნდა იყოს სამჯერადი. შუალედი საკვების მიღებათა შორის არ უნდა აღემატებოდეს 5 – 6 საათს. სამჯერადი კვების მენიუ-განრიგის შედგენისას დაუშვებელია დღიურ მენიუში ჩაირთოს ერთნაირი დასახელების კერძები. ამასთან, დღიური რაციონი კალორიულობის მიხედვით უნდა განაწილდეს შემდეგი მოთხოვნების დაცვით:

- ა) საუზმე – 30 - 35%;
- ბ) სადილი – 40 - 45%;
- გ) ვახშამი – 30 - 20%.

მენიუ, როგორც წესი, უნდა შედგეს ერთი კვირის ვადისთვის ყოველდღიური ნორმების გათვალისწინებით, სამეგზემპლარად. პირველი მეგზემპლარი (დედანი) ინახება სასჯელსრულების დეპარტამენტში, მეორე – დაწესებულებაში, ხოლო მესამე მეგზემპლარი უნდა გამოიკრას ვესტიბულში ბრალდებულთათვის /მსჯავრდებულთათვის, გაცნობის მიზნით. თუმცა ყველა მსჯავრდებულსა და ბრალდებულს არ აქვს მენიუს გაცნობის საშუალება. ბრძანების შესაბამისად, ავადმყოფებს, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ დიეტას ექიმის დანიშნულების შესაბამისად, შეიძლება შეეცვალოს ერთი სახის პროდუქტი მეორეთი ისე, რომ შენარჩუნდეს საკვების ზემოაღნიშნული ნორმებით გათვალისწინებული კვებითი ღირებულება, ხოლო სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ტუბერკულოზით, დისტროფიით, წყლულოვანი ავტამინოზითა და ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ბრალდებულთა/ მსჯავრდებულთათვის ცალკეა დადგენილი კვირის სასურსათო ნორმები.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის ექიმი ყოველდღიურად სამჯერ ამოწმებს საკვებს. საკვების შემოწმება გულისხმობს მის ორგანოლეპტიურ შეფასებას და დაგეგმვებას. საკვების ნიმუშები დაწესებულებათა უმრავლესობაში ინახება დადგენილი ვადით. მთავარი ექიმების განცხადებით, საანგარიშო პერიოდში საკვების ნუნდების ფაქტი, რომელიც წერილობით უნდა დაფიქსირდეს, არ ყოფილა. თუმცა მთავარ ექიმთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ისინი სიტყვიერ რეკომენდაციებს აწვდიან სამზარეულოს და მათ შორის მუდმივი კომუნიკაციაა. რუსთავის N5 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, ექიმის რეკომენდაციის გამო ერთხელ იყო შემთხვევა, როდესაც საკვები არ დარიგდა. N9 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განაცხადა, რომ მასაც ახსოვს ერთი შემთხვევა, როდესაც შავი პურის ხარისხის გამო სიტყვიერად მიმართა კვების ბლოკის მენეჯერს. N9 დაწესებულების ექიმები მიმართავენ რეკომენდაციით საკვების მარილიანობისა და ცხიმოვანობასთან დაკავშირებით. მსგავსი სახის რეკომენდაციებს იძლევა პერიოდულად გეგუთის N14 დაწესებულების მთავარი ექიმიც. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფი

საქართველოს
საპროკურორუ
სამართლებრი
სამსახურის

პატიმრების, მათ შორის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთათვის არ არსებობს დიეტური მაგიდები. საუკეთესო შემთხვევაში, დიაბეტით დაავადებული პაციენტები „ექიმის დანიშნულებით“ იღებენ შაქ პურს. ამ მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებაში არსებობს ტუბერკულოზისათვის შესაფერისი დიეტური მაგიდა. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, პენიტენციურ სისტემაში აღნიშნული ერთადერთი დაწესებულებაა, რომელშიც მუშაობს ექიმი დიეტოლოგი. მასთან გასაუბრების შემდეგ გაირკვა, რომ დაწესებულებაში მოქმედებს N1, N5, N9 და N11 მაგიდები. დიეტოლოგის განცხადებით, საკვებს ყოველი დარიგების წინ ამოწმებს მიმღები განყოფილების მორიგე ექიმი. მონიტორინგის დროს აღმოჩნდა, რომ დიეტოლოგმა მიიღო გადაწყვეტილება პურის შემოტანილი პარტიის უკან გაბრუნების შესახებ, რაც პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებისათვის პრაქტიკულად უპრეცედენტო შემთხვევაა.

პატიმართა ავადობასთან და ავციენტთა გადაყვანასთან დაკავშირებული საკითხები პენიტენციური სისტემის დაწესებულებაში

ავადობის საკითხების შესწავლას პენიტენციური სისტემის დაწესებულებაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, რადგან სწორედ აღნიშნული ინდიკატორის თავისებურებებიდან გამომდინარე უნდა შეფასდეს სისტემის ეფექტურობა და ადამიანური და სხვა სახის რესურსების დაგეგმვა და განვითარება. ავადობის ინდიკატორის სტრუქტურა უნდა დაედოს საფუძვლად ნებისმიერი სახის რეფორმასა და სტრატეგიას და პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების გეგმას. ავადობის მაჩვენებელი ციხეებში მნიშვნელოვანია ასევე ზოგადად ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებზე მსჯელობისათვის. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი უკვე რამდენიმე წელია აკვირდება ამა თუ იმ ჯგუფის დაავადებების პრევალენციის შესწავლას ციხეებში. ზოგადად ავადობა დაავადებულთა მდგომარეობის, შესაძლებლობის შეზღუდვის ან ჯანმრთელობის მოშლის მდგომარეობის ინდიკატორია ნებისმიერი მიზეზის გამო. ტერმინი შესაძლებელია ასევე გამოიყენებოდეს დაავადების ამა თუ იმ ფორმის არსებობისას ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხარისხის აღსაწერად იმ ვითარებაში, როდესაც დაავადება იწვევს პაციენტის ჯანმრთელობის მოშლას. აქვე უნდა გამოიყოს ტერმინი „თანა-ავადობა“, რომელიც გულისხმობს ერთზე მეტი სამედიცინო მდგომარეობის ერთდროულ არსებობას ერთ ინდივიდში. ავადობის მაჩვენებლის შესწავლა პენიტენციური სისტემის მოსახლეობაში დადგენილი წესითა და სტანდარტებით არ მიმდინარეობს. მიუხედავად ამისა, ბოლო პერიოდში სასჯელაღსრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს სამედიცინო დეპარამენტის მიერ შემუშავებულია სპეციალური ფორმები, რომელთა მიხედვითაც ცალკეული პენიტენციური დაწესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტები ყოველთვიურად აღრიცხავენ დაავადებათა ახლად გამოვლენილი ფორმებს და ინფორმაციას დეპარტამენტს გადასცემენ. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული ინფორმაცია სრულად არ შეესაბამება თვითონ „ავადობის“ ინდიკატორის არსს, მას მაინც მნიშვნელოვანი და ფასეული ინფორმაციის მოცემა შეუძლია. გარდა ამისა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ინფორმაციის სტანდარტიზებული მოპოვება და დამუშავება ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალის მიერ არ ხდება, რაც კიდევ უფრო ზრდის არაზუსტი ინფორმაციის ბაზაში მოხვედრის ალბათობის რისკს. სტანდარტული ცხრილი, რომლითაც ადგილობრივი ექიმები ახლად გამოვლენილ დაავადებათა სტატისტიკურ აღრიცხვას აწარმოებენ, არ შეესაბამება დადგენილ და საერთაშორისოდ აღიარებულ ეპიდემიოლოგიურ კრიტერიუმებსა და მოთხოვნებს.

2011 წელს აღნიშნული მიმართულებით მოპოვებული ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი

ახლად გამოვლენილი დაავადებები დანესებულების მიხედვით	გულ- სისხლძარღვთა	სასუნთქი სისტემის	საჭმლის მომწელებელი	შარდ-სასქესო	ნერვული სისტემის	ფსიქიკური	ენდოკრინული	ჰემატო-ლოგიურ	გრძნობათა ორგანოების	ინფექციური	ძვალ-სახსართა და შემ. ქსოვილ	კანისა და ვენერული	ქირურგიული	ონკოლოგიური	ს უ ლ:
№1 დანესებულება	66	198	141	72	24	18	9	0	109	10	112	0	26	0	
№2 დანესებულება	22	56	29	26	66	57	8	0	90	2	0	0	8	0	
№3 დანესებულება	23	106	44	73	18	16	6	0	20	7	17	1	29	2	
№4 დანესებულება	36	27	46	18	32	4	6	0	12	26	5	25	3	2	
№5 დანესებულება	171	50	62	137	186	86	110	6	92	0	68	1	49	0	
№6 დანესებულება	0	93	27	0	11	1	1	0	0	0	0	1	0	0	
№7 დანესებულება	0	0	1	5	4	0	0	0	9	5	0	4	0	0	
№8 დანესებულება	9	0	0	25	25	80	16	0	64	2	14	1	0	0	
№9 დანესებულება	12	5	12	0	0	0	0	5	24	0	0	0	0	0	
№11 დანესებულება	8	22	2	8	38	4	1	0	50	26	1	49	0	0	
№12 დანესებულება	21	23	34	47	19	3	1	0	36	0	3	0	0	0	
№13 დანესებულება	0	4	1	5	4	0	0	1	2	49	2	0	0	0	
№14 დანესებულება	9	190	10	1	5	0	0	3	1	0	0	0	4	0	
№15 დანესებულება	52	182	71	86	77	60	9	0	111	0	15	4	7	1	
№16 დანესებულება	45	55	104	183	72	12	5	0	262	8	0	1	10	0	
№17 დანესებულება	220	650	290	60	112	80	30	1	118	6	1	1	30	1	
№18 დანესებულება	53	40	74	63	41	49	1	7	35	115	21	15	33	19	
№19 დანესებულება	61	55	0	36	6	53	0	0	45	0	0	13	1	1	
ს უ ლ:	808	1756	948	845	740	523	203	23	1080	256	259	116	200	26	

2011 წლის მეორე ნახევარი:

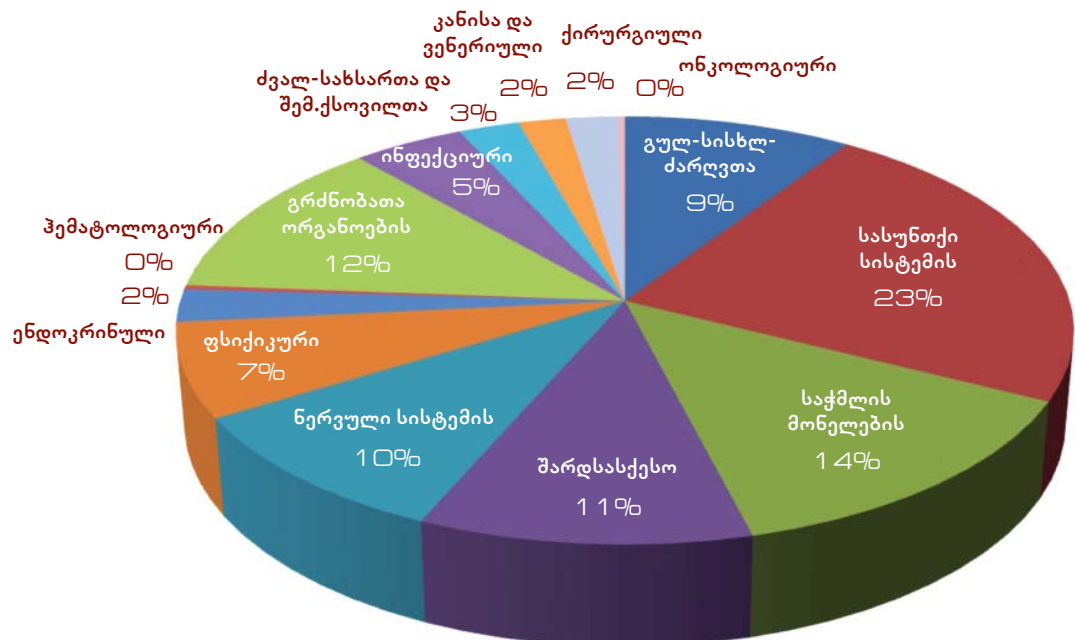
ახლად გამოვლენილი დაავადებები დანესებულების მიხედვით	გულ-სისხლ- ძარღვთა	სასუნთქი სისტემის	საჭმლის მომწელებელი	შარდ-სასქესო	ნერვული სისტემის	ფსიქიკური	ენდოკრინული	ჰემატოლოგიურ	გრძნობათა ორგანოების	ინფექციური	ძვალ-სახსართა და შემ. ქსოვილ	კანისა და ვენერული	ქირურგიული	ონკოლოგიური	ს უ ლ:
№1 დანესებულება	41	264	72	34	30	18	6	0	55	3	63	40	12	0	
№2 დანესებულება	6	34	60	33	105	59	1	2	94	2	5	0	19	1	
№3 დანესებულება	25	67	57	42	23	8	12	0	28	10	7	0	31	4	
№4 დანესებულება	39	58	68	27	19	11	12	0	22	34	29	13	3	0	
№5 დანესებულება	87	8	11	68	94	19	35	0	50	0	20	3	20	3	
№6 დანესებულება	40	114	56	39	72	143	4	0	0	8	0	33	0	0	
№7 დანესებულება	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	5	0	0	
№8 დანესებულება	3	0	0	22	67	76	23	0	69	0	0	1	0	0	
№9 დანესებულება	9	18	9	17	5	3	2	0	5	0	5	0	4	0	
№11 დანესებულება	0	9	1	6	21	7	0	0	14	16	1	71	0	0	
№12 დანესებულება	13	9	21	13	8	19	1	6	32	0	2	0	2	0	
№13 დანესებულება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
№14 დანესებულება ⁶	25	168	94	40	50	8	1	1	18	149	8	3	8	0	

2011

№15 დაწესებულება	53	110	65	78	73	39	22	0	115	1	27	0	6	0	
№16 დაწესებულება	15	46	162	138	33	10	3	0	240	105	4	5	4	0	
№17 დაწესებულება ⁷	352	1317	696	355	287	56	106	1	244	113	7	0	28	4	
№18 დაწესებულება	56	46	63	60	36	59	3	15	34	84	4	34	29	13	
№19 დაწესებულება	80	20	0	38	47	194	0	5	61	29	0	18	9	0	
ს უ ლ:	845	2289	1435	1011	970	729	231	31	1083	554	182	226	175	25	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ყველაზე ხშირად სასუნთქი სისტემის დაავადებები გვხვდება. აღნიშნულის შემდეგ პოზიციას 2011 წლის პირველ ნახევარში იკავებს გრძნობათა ორგანოების დაავადებების გამოვლინება. მეორე ნახევარში ამ პოზიციაზე გადმოინაცვლა საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებებმა, ხოლო გრძნობათა ორგანოების დაავადებები განთავსდა მესამე პოზიციაზე. თუ იმას გავითვალისწინებთ, რომ ამ ჯგუფის დაავადებათა მართვისათვის მხოლოდ ორი სპეციალობის ექიმი მუშაობს (ოფთალმოლოგი და ოტორინოლარინგოლოგი), შეიძლება ითქვას, რომ თვალისა და ყელ-ყურ-ცხვირის ახლად გამოვლენილი შემთხვევები პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 2011 წლის ერთ-ერთ ლიდერ პოზიციას იკავებს. ყველაზე მცირე რაოდენობით გამოვლენილ დაავადებათა ჯგუფს მიეკუთვნება ჰემატოლოგიური დაავადებები და ონკოლოგიური დაავადებები. აღსანიშნავია, რომ ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილობა, 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში, განსაკუთრებით მაღალი იყო. მათ შორის ვხვდებით ისეთ შემთხვევებს, როდესაც დიაგნოსტიკა არასრული ან საერთოდ განუხორციელებელი დარჩა, რის გამოც ონკოლოგიური დიაგნოზის დასმა მხოლოდ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზამ ჰისტოლო-მორფოლოგიური კვლევის შედეგად მოახერხა. რაც შეეხება ტუბერკულოზით ავადობას, აღნიშნული ნოზოლოგიის ახლად გამოვლენილ შემთხვევებს, მისი განსაკუთრებული სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, პენიტენციურ სისტემაში ცალკე აღრიცხავენ, რის გამოც ტუბერკულოზი ამ შემთხვევაში არ არის შეყვანილი რომელიმე სხვა ჯგუფში (მაგალითად, ინფექციურ დაავადებათა ჯგუფში, ან ფილტვების ტუბერკულოზი, შესაბამისად, სასუნთქი სისტემის დაავადებათა ჯგუფში).

რაც შეეხება დაავადებათა წილს, წარმოდგენილი ინფორმაციის საერთო სპექტრში, აღნიშნული მოცემულია დიაგრამაზე:



მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დაფიქსირდა ის შეუსაბამოებები, რომლებიც ახლად გამოვლენილ დაავადებათა შემთხვევების დისპროპორციაში გამოიხატება შესაბამისი სპეციალისტის კონსულტაციებისა და შესაბამისი ინსტრუმენტული, ლაბორატორიული და კლინიკური გამოკვლევების მაჩვენებელთან. მაგალითად, იმ ფონზე, როდესაც სისტემაში ტრავმატოლოგი მხოლოდ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშია ხელმისაწვდომი და, როდესაც სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში ამ პროფილის ექიმის კონსულტაციათა რიცხვი პრაქტიკულად უმნიშვნელოა, საკმაოდ მაღალია ახლად გამოვლენილ ძვალ-სახსართა სისტემის დაავადებათა რიცხვი საერთო სურათში. იგივე შეიძლება ითქვას ნევროლოგიურ პათოლოგიაზეც. კონსულტაციების რაოდენობა დაწესებულების მიხედვით განხილული იყო მოხსენების შესაბამის თავში, რაც შეეხება ჩატარებულ ინსტრუმენტულ და ლაბორატორიულ კვლევებს, მათი რაოდენობა 2011 წლის საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში გამოსახულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	ინსტრუმენტული გამოკვლევა					ლაბორატორიული გამოკვლევა				
		რენტგენ. კვლევა	ექოსკოპია	ეკგ	ენდოსკოპია	ს უ ლ	სისხლის საერთო	შარდის კლინიკური	სისხლის ბიოქიმია	ნახევლის	ს უ ლ
1	№1 დაწესებულება	140	102	27	0	269	3	0	4	420	427
2	№2 დაწესებულება	281	288	51	4	624	169	75	240	275	759
3	№3 დაწესებულება	55	197	80	0	332	28	0	14	196	238
4	№4 დაწესებულება	35	40	11	1	87	7	0	0	54	61
5	№5 დაწესებულება	213	199	64	0	476	52	12	135	78	277
6	№6 დაწესებულება	230	106	33	0	369	45	7	24	115	191
7	№7 დაწესებულება	7	5	2	1	15	6	0	4	1	11
8	№8 დაწესებულება	185	86	12	16	299	73	31	30	170	304
9	№9 დაწესებულება	3	25	13	0	41	8	0	6	1	15
10	№11 დაწესებულება	6	8	8	0	22	20	0	8	23	51
11	№12 დაწესებულება	96	52	43	0	191	4	0	5	145	154
12	№13 დაწესებულება	25	21	8	0	54	17	1	10	11	39
13	№14 დაწესებულება	321	352	66	2	741	135	106	85	355	681
14	№15 დაწესებულება	348	245	68	10	671	19	4	41	70	134
15	№16 დაწესებულება	244	302	66	5	617	18	0	30	671	719
16	№17 დაწესებულება	390	316	171	0	877	25	4	20	400	449
17	№18 დაწესებულება	1961	1063	1031	278	4333	2594	1119	516	1097	5326
18	№19 დაწესებულება	1642	101	52	0	1795	1195	199	873	6440	8707
ს უ ლ:		6182	3508	1806	317		4418	1558	2045	10522	

2011

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ინსტრუმენტული გამოკვლევა					ლაბორატორიული გამოკვლევა				
		რენტგენ. კვლევა	ექსკოპია	ეკგ	ენდოსკოპია	სულ	სისხლის საერთო	შარდის კლინიკური	სისხლის ბიოქიმია	ნახველის	სულ
1	№1 დანესებულება	168	40	28	0	236	3	0	8	534	545
2	№2 დანესებულება	308	254	14	0	576	136	86	146	557	925
3	№3 დანესებულება	40	176	59	0	275	37	0	6	193	236
4	№4 დანესებულება	39	31	5	0	75	7	2	5	196	210
5	№5 დანესებულება	127	243	119	21	510	40	25	89	244	398
6	№6 დანესებულება	213	108	53	0	374	12	1	29	189	231
7	№7 დანესებულება	5	8	2	0	15	0	0	2	1	3
8	№8 დანესებულება	164	42	85	15	306	43	23	10	466	542
9	№9 დანესებულება	19	95	27	2	143	24	6	26	89	145
10	№11 დანესებულება	16	4	2	0	22	33	0	0	22	55
11	№12 დანესებულება	27	95	39	0	161	28	1	12	411	452
12	№13 დანესებულება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	№14 დანესებულება ⁵⁷⁶	365	221	41	0	627	116	99	94	1059	1368
14	№15 დანესებულება	337	144	73	3	557	43	1	156	1048	1248
15	№16 დანესებულება	227	181	34	3	445	13	1	13	1793	1820
16	№17 დანესებულება	237	181	124	1	543	57	0	60	1438	1555
17	№18 დანესებულება	1808	900	939	269	3916	2430	1818	7430	989	12667
18	№19 დანესებულება	1563	74	69	0	1706	968	217	1194	8943	11322
სულ:		5663	2866	1710	314		3990	2280	9280	18172	

ცხრილში მოცემულია ლაბორატორიული გამოკვლევების ის ძირითადი სახეები, რომლებიც ტარდება სასჯელაღსრულების სისტემაში. იგივე შეიძლება ითქვას ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე. სხვა სახის ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები სისტემაში ზოგადად ტარდება (მაგალითად CT და MRT კვლევები), თუმცა - მხოლოდ სპეციალიზებულ სამკურნალო დანესებულებებში და მათი რაოდენობა, სამწუხაროდ, არსებული საჭიროების ადეკვატური არ არის.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის ფარგლებში სათანადო ყურადღება დაეთმო ისეთი დაავადებების გავრცელების შესწავლას, როგორებიცაა დიაბეტი, ასთმა და ეპილეფსია. აღსანიშნავია, რომ ამ დაავადებათა გავრცელების გამო არსებულ პრობლემებზე სახალხო დამცველი წარსულშიც არაერთხელ მიუთითებდა. კერძოდ, საუბარი იყო დაავადებულთათვის მკურნალობისა და მოვლის ადეკვატური დიეტის, შესაბამისი სამკურნალო კვებისა და მეთვალყურეობის სისტემის უზრუნველყოფაზე.

2011 წლის პირველ ნახევარში, სასჯელაღსრულების სისტემის სხვადასხვა დანესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტებმა სულ 203 ახლად გამოვლენილი ენდოკრინული დაავადება აღრიცხეს. მათი უმეტესობა დიაბეტია. იმავე წყაროზე დაყრდნობით, მთელ სისტემაში ინსულინი დანიშნული ჰქონდა 84 პაციენტს, ხოლო დესმოპრესინი - 65 პაციენტს.

⁵⁷⁶ არ მოიცავს სექტემბრის თვის მონაცემებს.

დანესებულების დასახელება	დიაბეტით დაავადებულითა რაოდენობა	ინსულინზე მყოფთა რაოდენობა	ჰიპო / ჰიპერ გლიკემიური კომა აღენიშნა	დიაეტური კვების საკითხები	შენიშვნა
№1 დანესებულება	3	1	0	შავი პური და რძის პროდუქტები	
№2 დანესებულება	5	2	0		
№3 დანესებულება	2	2	0		
№4 დანესებულება	5	1	0		
№5 დანესებულება	29	7	0	შავი პური	
№6 დანესებულება	2	2	0	შავი პური	
№7 დანესებულება	0	0	0		
№8 დანესებულება	42	8	0		
№9 დანესებულება	15	10	0	რუხი პური	
№11 დანესებულება	0	0	0		
№12 დანესებულება	5	2	0		
№13 დანესებულება	0	0	0		
№14 დანესებულება	5	1	0		1 პაციენტი უშაქრო დიაბეტით
№15 დანესებულება	20	8	1	თვითონ ყიდულობენ შავ პურს	
№16 დანესებულება	7	3	0	შავი პური	
№17 დანესებულება	42	9	1	მანონი, შავი პური მოხარშ. ხორცი	
№18 დანესებულება	8	7	0		
№19 დანესებულება	5	5	0		
ს უ ლ:	195	68	2		

რაც შეეხება წლის მეორე ნახევარს, მთელ სისტემაში ინსულინი დანიშნული ჰქონდა 72 პაციენტს, ხოლო დესმორესინი - 15 პაციენტს. არსებული მონაცემები, რომლებიც წლის მეორე ნახევარს ასახავს, წარმოდგენილია ცხრილში:

დანესებულების დასახელება	დიაბეტით დაავადებულითა რაოდენობა	ინსულინზე მყოფთა რაოდენობა	ჰიპო / ჰიპერ გლიკემიური კომა აღენიშნა	დიაეტური კვების საკითხები	შენიშვნა
№1 დანესებულება	7	1	0	შავი პური და რძის პროდუქტები	დიაეტა 1 მსჯ-ს ინსულინდამოკიდებულს
№2 დანესებულება	5	3	0	ნახშირწყლები, შავი პური, წინიზურა	
№3 დანესებულება	20	3	0	ჰერკულესი, წინიზურა, შავი პური	
№4 დანესებულება	4	2	0	უმარილო ყველი ამანათით	მხოლოდ ინსულინ- დამოკიდებულებს
№5 დანესებულება	30	5	3	შავი პური, წინიზურა	სამივე შემთხვევა იყო პრეკომა
№6 დანესებულება	4	1	0	შავი პური	

2011

№7 დანესებულება	0	0	0		
№8 დანესებულება	21	6	0	ნახშირწყლოვანი	
№9 დანესებულება	32	7	1	შავი პური და ნახშირწყლები	
№11 დანესებულება	0	0	0		
№12 დანესებულება	5	2	0		
№13 დანესებულება	-	-	-		
№14 დანესებულება	17	5	0	ხორციანი დიეტა და რძის პროდუქტები	
№15 დანესებულება	29	8	1-2 შემთხვევა	თვითონ ყიდულობენ შავ პურს	დიეტები არ არის, მაგრამ ედლევათ რეკომენდაცია, რომელიც შეუძლიათ შეასრულონ მაღაზიაში საკვების შეძენით
№16 დანესებულება	8	3	0	შავი პური	
№17 დანესებულება	26	13	2-ჯერ კომა	მანონი, შავი პური მოხარშ. ხორცი, კვერცხი, არაჟანი, ხაჭო	
№18 დანესებულება	11	8	0		ედლევათ რძის პროდუქტები
№19 დანესებულება	7	5	0	ნახშირწყლებს უზღუდავენ ტუბის გამო, ედლევათ ბოსტნეული, ხორცი, რძის პროდუქტები	
ს უ ლ:	226	72	8		

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციით, შექრიანი დიაბეტი სისტემაში დადგენილი აქვს 206 პირს. ამასთან, 72 პირი მკურნალობს ინსულინით, ხოლო დანარჩენი პაციენტები მკურნალობენ ტაბლეტირებული ფორმებით. დიეტის გამო ჰიპო- ან ჰიპერგლიკემიური კომის შემთხვევა დაფიქსირდა 10 შემთხვევაში. რაც შეეხება საპედიკულური კვების საკითხებს, არც ერთ დანესებულებაში ეს უკანასკნელი მოგვარებული არ არის. აღნიშნულთან დაკავშირებით ზოგიერთი დანესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიმარტა, რომ რისი შესაძლებლობაც მათ აქვთ, ეს არის შავი პური, რომელიც ზოგიერთ დანესებულებაში ექიმის დანიშნულებითაც კი ინიშნება. ექიმთა მიერ გაკეთებული კომენტარები შეტანილია ზემოთ მოცემულ ცხრილში.

საქართველოს სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფი, დიაბეტის გარდა, დაინტერესდა სისტემაში ბრონქული ასთმისა და ეპილეფსიის გავრცელებით. მოპოვებული ინფორმაცია ასახულია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი

დანესებულების დასახელება	ბრონქული ასთმა			ეპილეფსია		
	რაოდენობა	მძიმე ფორმები	სტატუსი	რაოდენობა	მძიმე ფორმები	სტატუსი
№1 დანესებულება	1	0	0	5	0	0
№2 დანესებულება	3	0	0	2	0	0
№3 დანესებულება	1	0	0	2	0	0
№4 დანესებულება	3	0	0	1	1	0

№5 დანესებულება	2	0	0	4	0	0
№6 დანესებულება	1	0	1	2	1	1
№7 დანესებულება	0	0	0	1	1	1
№8 დანესებულება	4	0	1	20	0	1
№9 დანესებულება	5	1	0	1	0	0
№11 დანესებულება	0	0	0	1	0	0
№12 დანესებულება	3	1	0	7	0	0
№13 დანესებულება	1	0	0	3	0	0
№14 დანესებულება	7	0	0	15	0	1
№15 დანესებულება	18	2	1	15	2	0
№16 დანესებულება	8	1	0	25	1	1
№17 დანესებულება	10	1	0	30	0	0
№18 დანესებულება	0	0	0	0	0	0
№19 დანესებულება	2	1	1	3	1	1
ს უ ლ:	69	7	4	137	7	6

2011 წლის მეორე ნახევარი:

დანესებულების დასახელება	ბრონქული ასთმა			ეპილეფსია		
	რაოდენობა	მძიმე ფორმები	სტატუსი	რაოდენობა	მძიმე ფორმები	სტატუსი
№1 დანესებულება	3	0	0	4	1	1
№2 დანესებულება	0	0	0	4	0	0
№3 დანესებულება	3	0	0	0	0	0
№4 დანესებულება	0	0	0	1	1	0
№5 დანესებულება	1	0	0	3	0	0
№6 დანესებულება	0	0	0	2	0	0
№7 დანესებულება	0	0	0	1	1	1
№8 დანესებულება	5	0	1	ვერ დააზუსტეს	0	0
№9 დანესებულება	5	1	2	1	0	0
№11 დანესებულება	0	0	0	1	0	0
№12 დანესებულება	0	0	0	2	0	0
№13 დანესებულება	-	-	-	-	-	-
№14 დანესებულება	15	0	0	0	0	0
№15 დანესებულება	25	1	2	3 (დანარჩენს ისტერიული გულყრები აქვს და არ დასტურდება "ეპი")	2	0
№16 დანესებულება	4	0	0	35	1	0
№17 დანესებულება	20	0	0	10	1	1
№18 დანესებულება	2	0	0	3	0	0
№19 დანესებულება	5	1	1	3	3	3
ს უ ლ:	88	3	6	73	10	6

ადგილობრივი საექიმო-სამედიცინო პუნქტების მიერ სულ მთელ სისტემაში აღრიცხულია ბრონქული ასთმით დაავადებული 88 პაციმარი. ეს, რა თქმა უნდა, გაცილებით ნაკლებია იმ რეალურ მონაცემებზე, რომლებიც მხედველობაშია მისაღები. აღნიშნული სტატისტიკის მიხედვით ასთმით

2011

დაავადებულ პაციენტთა ყველაზე დიდი რაოდენობა თავმოყრილია N15 და N17 დაწესებულებებში. დაავადების მძიმედ მიმდინარე ფორმა აღენიშნება 7 პაციენტს, მათგან ასთმური სტატუსი განვითარდა მხოლოდ 10 შემთხვევაში.

რაც შეეხება ისეთ გავრცელებულ ნევროლოგიურ პათოლოგიას, როგორიცაა ეპილეფსია, სასჯელაღსრულების სისტემაში სულ 137 დაავადებულია აღრიცხული წლის პირველი ნახევრისათვის, ხოლო წლის მეორე ნახევარში მთავარი ექიმების მიერ მოგვეწოდა ინფორმაცია, რომ ეპილეფსიით მხოლოდ 73 პირია დაავადებული. მათგან ეპილეფსიის მძიმე ფორმა აღენიშნება 10 პაციენტს, ხოლო ეპილეფსიური სტატუსი დაფიქსირებულია 12 შემთხვევაში. დაავადებულთა ყველაზე დიდი რაოდენობა დაფიქსირებულია N14, N15, N16, N17 და N8 დაწესებულებებში. აქვე უნდა აღინიშნოს ის, რომ კვალიფიციური ნევროლოგიური დახმარების არარსებობის ან არასაკმარისობის პირობებში პაციენტთა დიდ ნაწილს ხელი არ მიუწვდება ადეკვატური სადიაგნოზო და სამკურნალო სერვისებისადმი, რის გამოც ეპილეფსიით დაავადებულთა საკმაოდ დიდი ნაწილი აღურიცხავი და უმკურნალო რჩება. ადგილობრივი ექიმები და, განსაკუთრებით მთავარი ექიმები, აღნიშნავენ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მათთვის ცნობილი ხდება კრუნჩხვის განვითარების შესახებ, ისინი დიაგნოზს თავად ვერ დასვამენ ნევროლოგის კონსულტაციისა და გამოკვლევების გარეშე. ნევროლოგის მოსვლის შემთხვევაში კი ეს უკანასკნელი ყოველთვის აფიქსირებს, რომ „კრუნჩხვა აღენიშნა - გადმოცემით“, რაც შეეხება „ეგ“, „მრტ“ და „კტ“ კვლევებს, ისინი დიაგნოზის დასადასტურებლად ან არ ინიშნება, ან ხშირად შეუსრულებელი რჩება.

სახალხო დამცველის აპარატი არა მარტო მონიტორინგის, არამედ გეგმური სამუშაოს შესრულების დროს პერიოდულად დიდ ყურადღებას უთმობს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს და მათი გადაწყვეტის გზებს. ამ მხრივ უნდა ითქვას, რომ დაწესებულებებში არაკეთილსაიმედო მდგომარეობაა შექმნილი.

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	ფსიქიატრის კონსულტაციები	ახლად გამოვლენილი პაციენტები	ფსიქიკური პრობლემების მქონე (აღრიცხვაზე)	სუიციდი	პარასუიციდი
1	№1 დაწესებულება	18	18	1	0	0
2	№2 დაწესებულება	259	57	57	0	2
3	№3 დაწესებულება	137	16	8	0	0
4	№4 დაწესებულება	73	4	5	0	0
5	№5 დაწესებულება	72	86	22	0	1
6	№6 დაწესებულება	77	1	40	1	0
7	№7 დაწესებულება	1	0	1	0	0
8	№8 დაწესებულება	62	80	12	0	0
9	№9 დაწესებულება	0	0	1	0	0
10	№11 დაწესებულება	8	4	1	0	0
11	№12 დაწესებულება	0	3	24	0	0
12	№13 დაწესებულება	6	0	8	0	0
13	№14 დაწესებულება	90	0	20	0	0
14	№15 დაწესებულება	128	60	45	1	0
15	№16 დაწესებულება	23	12	24	0	0
16	№17 დაწესებულება	26	80	20	0	2
17	№18 დაწესებულება	168	49	83	1	3
18	№19 დაწესებულება	78	53	5	0	0
სულ		1226	523	377	3	8

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ფსიქიატრის კონსულტაციები	ახლად გამოვლენილი პაციენტები	ფსიქიკური პრობლემების მქონე (აღრიცხვაზე)	სუიციდი	პარასუიციდი
1	№1 დანესებულება	17	18	-	0	0
2	№2 დანესებულება	370	59	32	0	2
3	№3 დანესებულება	76	8	23	0	0
4	№4 დანესებულება	52	11	-	0	0
5	№5 დანესებულება	55	19	2	0	1
6	№6 დანესებულება	143	143	40	1	0
7	№7 დანესებულება	1	0	1	0	0
8	№8 დანესებულება	76	76	-	0	0
9	№9 დანესებულება	17	3	19	0	0
10	№11 დანესებულება	16	7	0	0	0
11	№12 დანესებულება	45	19	9	0	0
12	№13 დანესებულება	-	-	-	0	0
13	№14 დანესებულება ⁵⁷⁷	103	8	-	0	0
14	№15 დანესებულება	54	39	45	1	0
15	№16 დანესებულება	24	10	25	0	0
16	№17 დანესებულება ⁵⁷⁸	59	56	31	0	2
17	№18 დანესებულება	0	59	29	1	3
18	№19 დანესებულება	194	194	3	0	0
სულ:		1302	729	*****	3	8

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში სულ 2528 პირველადი და განმეორებითი კონსულტაცია ჩატარებული ფსიქიატრების მიერ. აქედან 1252 ახლად გამოვლენილი შემთხვევაა დაფიქსირებული. ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებში აღრიცხვაზე მყოფი პირების რაოდენობის დადგენა, ჩანაწერთა არასისტემატურობის გამო, შეუძლებელია. აღნიშნული პირები ექიმის დანიშნულებით იღებენ სპეციფიკურ მედიკამენტებს. ამგვარი პრეპარატების დანესებულებაში შემოტანა, დანიშვნა და მოხმარება-აღრიცხვა მკვეთრად განსხვავებული იყო დანესებულებების მიხედვით. საანგარიშო პერიოდში ამ მხრივ მდგომარეობა მეტ-ნაკლებად გამოსწორდა, თუმცა კვლავ სერიოზული ხარვეზებითა და დარღვევებით მიმდინარეობს. მაგალითად, გვაქვს ქალთა N5 დანესებულების მთავარი ექიმის მიერ მონოდედული ინფორმაცია, ფსიქოტროპული მედიკამენტის დანიშვნის შესახებ. ექიმის განმარტებით, წამალი უნდა დანიშნოს ექიმმა ფსიქიატრმა, რომელიც პერიოდულად მოდის კონსულტაციებზე. კონსულტანტის დანიშნულებას იხილავს მთავარი ექიმი, რის შემდეგაც პრეპარატი გაიცემა და აღრიცხება. ასე ინიშნება, მაგალითად, ზოლომაქსი, დიაზეპამი (როგორც ამპულირებული ისე ტაბლეტირებული) და სხვა. რაც შეეხება პაციენტთა გადაყვანას ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების გამო, მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ საანგარიშო პერიოდში მათი დანესებულებიდან 4 მსჯავრდებული იქნა წარდგენილი ფსიქიატრიულ კომისიაზე; ყველა მათგანი გადაყვანილ იქნა ქუტირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში. რაც შეეხება კომისიაზე პაციენტის მოხვედრის მექანიზმს, ექიმმა შემდეგნაირად განმარტა: პაციენტის პირველადი კონსულტაციის შემდეგ ისმება პირველადი დიაგნოზი. პაციენტი ამის შემდეგ კვირაში 2-ჯერ მაინც უნდა მოინახულოს ფსიქიატრმა და გააკეთოს შესაბამისი ჩანაწერი. დაახლოებით 7-8 ასეთი ჩანაწერის შემდეგ მთავარი ექიმი აკეთებს შესაბამის შუამდგომლობას და მიმართავს დანესებულების ადმინისტრაციას, რომელიც, თავის მხრივ, დოკუმენტაციასა და ინფორმაციას აწვდის სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს.

577 არ მოიცავს სექტემბრის თვის მონაცემებს.

578 არ მოიცავს ოქტომბრის თვის მონაცემებს.

2011

დეპარტამენტი კი პაციენტის დოკუმენტაციას აგზავნის კომისიაზე შესასწავლად. კომისიის მიერ პაციენტის გადაყვანის რეკომენდაციის შემთხვევაში დასკვნა დაახლოებით 1 კვირის ვადაში იგზავნება სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე. ექსპერტიზა მიმდინარეობს სახელმწიფო ბიუროში და იგი დაახლოებით 20 დღე გრძელდება. თავად კომისიის სხდომები ტარდება თვეში ორჯერ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა კი იგზავნება უკვე სასამართლოში და მოსამართლე იღებს საბოლოო გადაწყვეტილებას.

რუსთავის N6 დაწესებულებაში ადგილზე შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ისეთი მედიკამენტები, როგორებიცაა: დიაზეპამი, ოპტიმალი, ამიტრიპტილინი, ჰალოპერიდოლი, ზოლომაქსი, აზალეპტინი, ციკლოდოლი და ა.შ.

რუსთავის N17 დაწესებულების მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ ზოგჯერ მას ნამღების შემოტანა გარედან უწევს.

როგორც ზემოთ წარმოდგენილი სტატისტიკური ინფორმაციიდან ჩანს, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 2011 წლის განმავლობაში დაფიქსირებულია თვითმკვლელობის 6 შემთხვევა. რაც შეეხება თვითმკვლელობის მცდელობას, სულ 16 ასეთი შემთხვევაა დაფიქსირებული, რასაც ექიმის მიერ სუიციდის მცდელობის კვალიფიკაცია აქვს მიცემული. ზოგიერთ შემთხვევაში, დაზიანებათა ჟურნალის ჩანაწერების მიხედვით ნათლად ჩანს, რომ აქ შესაძლებელია თვითმკვლელობის მცდელობაზე ვისაუბროთ, თუმცა კონკრეტულ ფაქტებს ამგვარი კვალიფიკაცია არ აქვს. სუიციდის მცდელობის შემდეგ, როგორც წესი, ასეთი რისკის მქონე პაციენტებს ნახულობს ფსიქიატრი, თუმცა საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით პრევენცია გაცილებით უფრო ადრეულ ეტაპზეა ჩასატარებელი.

პენიტენციურ სისტემაში წამალდამოკიდებულების მქონე პაციენტების შესახებ სრული და ამომწურავი ინფორმაცია იყო ასახული სახალხო დამცველის სპეციალურ ანგარიშში „ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება და მასთან დაკავშირებული პრობლემები საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში“ (2009 წელი, 2010 წლის პირველი ნახევარი). ამ მხრივ ცვლილებები 2011 წლის პირველ და მეორე ნახევარში არ ყოფილა. წამალდამოკიდებულების მქონე პირები თითქმის არც ერთ დაწესებულებაში ცალკე არ აღირიცხება. ამავე პერიოდში ნარკოლოგიის კონსულტაციების მხოლოდ ერთეული ფაქტებია დაფიქსირებული. დაწესებულებათა მთავარი ექიმების უმრავლესობა მიჩნევს, რომ მათ ეს პრობლემა რეალურად არ აქვთ, რადგან პაციენტებმა, რომლებიც წარსულში მოიხმარდნენ ნარკოტიკულ საშუალებას, პატიმრობის შემდეგ იძულებით დაანებეს თავი და მწვავე პერიოდი გადატანილი აქვთ. ამ მოსაზრებას, რატომ უნდა, ვერ გავავრცელებთ იმ დაწესებულებებზე, რომლებშიც პირველად ხდება პატიმართა შეყვანა. N8 დაწესებულებაში მოქმედებს მეთადონის პროგრამა,⁵⁷⁹ რომელიც დეტალურად იყო აღწერილი წინა საანგარიშო პერიოდში. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამის ხელმძღვანელი გვარწმუნებდა პროგრამის შეუფერხებლობასა და საკმარისობაზე, მონიტორინგის ჯგუფი პირადად შეხვდა პატიმარს, რომელიც ალკეითის სინდრომის გამო საკმაოდ მძიმე მდგომარეობაში იყო და მოითხოვდა პროგრამაში ჩართვას. მას წარმოდგენილი ჰქონდა დოკუმენტაცია, რომ იგი დაკავებამდე მონაწილეობდა მეთადონის პროგრამაში, რომელშიც იგი დროებითი მოთავსების იზოლატორიდანაც კი გააჰყავდათ. მიუხედავად ამისა, იგი N8 დაწესებულებაში მიმდინარე მეთადონის პროგრამაში არ ჩაურთავთ, რაც მონიტორინგის ჯგუფს აფიქრებინებს, რომ ასეთი კონკრეტული შემთხვევები შესაძლებელია სხვაც არსებობდეს.

ქალთა N5 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, „მეთადონის პროგრამა მათ არ ესაჭიროებათ.“ წამალდამოკიდებულების მქონე პირები ექსცესებს არ აწყობენ, ხოლო საჭიროებისას შესაძლებელია ნარკოლოგიის გამოძახება, რომელიც რეალურად მხოლოდ ერთხელ დასჭირდათ საანგარიშო პერიოდში.

რაც შეეხება ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელებას პენიტენციურ სისტემაში, აღნიშნული კვლავ ერთ-ერთ უმწვავეს საკითხად რჩება. 2011 წელს გარდაცვლილ პატიმართა დიდ ნაწილს

579 2012 წლიდან დაგეგმილია მეთადონის პროგრამის ამოქმედება ქუთაისის N2 დაწესებულებაში.

ვირუსული ჰეპატიტი აღენიშნებოდა, რომელსაც თან ახლდა პორტული ჰიპერტენზია და შესაბამისი გართულებები სისხლდენის, ციროზის, ასციტისა და სიცოცხლისათვის საშიში სხვა მდგომარეობების სახით. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული მონიტორინგით დადგინდა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებათა ექიმები ვირუსულ ჰეპატიტს კვლავ ერთ-ერთ ყველაზე უპირატესად გავრცელებულ დაავადებად აღიარებენ. მიუხედავად ამისა, ვირუსული ჰეპატიტების ზუსტი აღრიცხვიანობა ან რაიმე სახის სტატისტიკა საქართველოს ციხეებში არ ინარმოება. ექიმები ფლობენ ინფორმაციას მხოლოდ იმ შემთხვევების შესახებ, როდესაც ჰეპატიტი ლაბორატორიულადაა დადასტურებული. მონიტორინგის დროს ჩვენ ვნახეთ, რომ ძალიან ბევრ პატიმარს, რომლებსაც კლინიკურად გამოხატული აქვთ ღვიძლის დაზიანების ნიშნები, გამოკვლევა ჰეპატიტზე საერთოდ არ ჩასტარებიათ. გამოკვლევა ყოველთვის არ ტარდება ასევე ეპიდემიოლოგიურად არაკეთილსაიმედო შემთხვევების დროს.

2009 წლის 25 ივნისს საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრთან ერთად ერთობლივი ბრძანება გამოსცა (№267-219/6), რომლითაც დამტკიცებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგია. ბრძანების მიხედვით ბრძანების გამომცემ სამინისტროებს დაევალით, ამ ბრძანებით დამტკიცებული სტრატეგიის შესაბამისად, სამოქმედო გეგმის შემუშავება. მიუხედავად იმისა, რომ საკითხი დაუყოვნებლივ დარეგულირებასა და გადაწყვეტას მოითხოვს, ბრძანების გამოცემიდან 2 წელზე მეტი ხნის გასვლის შემდეგაც სამოქმედო გეგმა არ არის შემუშავებული, ხოლო სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ამ მხრივ კვლავ საგანგაშო მდგომარეობა რჩება. მონიტორინგის დროს მოპოვებული ინფორმაცია, ჰეპატიტების მხრივ სისტემაში არსებული მდგომარეობის შესახებ, წარმოდგენილია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ჰეპატიტზე გამოკვლეულია რაოდენობა	ინტერფერონით მკურნალობს
1	№1 დანესებულება	8	
2	№2 დანესებულება	8	
3	№3 დანესებულება	0	
4	№4 დანესებულება	0	
5	№5 დანესებულება	4	
6	№6 დანესებულება	9	1
7	№7 დანესებულება	0	1
8	№8 დანესებულება	6	1
9	№9 დანესებულება	1	
10	№11 დანესებულება	1	
11	№12 დანესებულება	2	1
12	№13 დანესებულება	0	
13	№14 დანესებულება	17	
14	№15 დანესებულება	7	
15	№16 დანესებულება	2	
16	№17 დანესებულება	5	
17	№18 დანესებულება	659	
18	№19 დანესებულება	123	
სულ		852	

2011

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ჰეპატიტზე გამოკვლეული რაოდენობა	ინტერფერონით მკურნალობის
1	№1 დანესებულება	3	0
2	№2 დანესებულება	6	0
3	№3 დანესებულება	0	0
4	№4 დანესებულება	2	0
5	№5 დანესებულება	5	0
6	№6 დანესებულება	23	0
7	№7 დანესებულება	0	0
8	№8 დანესებულება	3	0
9	№9 დანესებულება	1	0
10	№11 დანესებულება	0	0
11	№12 დანესებულება	2	0
12	№13 დანესებულება	-	-
13	№14 დანესებულება ⁵⁸⁰	22	0
14	№15 დანესებულება	1	0
15	№16 დანესებულება	5	0
16	№17 დანესებულება	24	0
17	№18 დანესებულება	794	6
18	№19 დანესებულება	144	0
სულ		1035	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ჰეპატიტის დიაგნოსტიკის მიზნით 2011 წლის პირველ 6 თვეში სულ 852 პაციენტია გამოკვლეული, ხოლო წლის მეორე ნახევარში - 1035 პაციენტი. ჰეპატიტის მკურნალობის მიზნით ინტერფერონის ნიშნავენ მხოლოდ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულებაში, სადაც ყველა პაციენტი მკურნალობის კურსის დასრულებამდე არ რჩება. მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ 4 პაციენტი ინტერფერონით მკურნალობას სასჯელაღსრულების №6, №7, №8 და №12 დანესებულებებში აგრძელებს. რაც შეეხება 2011 წლის მეორე ნახევარს, ინტერფერონით მკურნალობას გადიოდა 6 პაციენტი №18 სამკურნალო დანესებულებაში.

რაც შეეხება ვენერულ დაავადებებს, მათ მიმართ პაციენტთა მიზანმიმართული და პერიოდული შემოწმება არ წარმოებს. 2011 წლის პირველი ნახევრის პერიოდში ამ მიმართულებით მოპოვებული ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	დერმატოვენეროლოგიური პათოლოგიის ახლად გამოვლენ.	ვენ სნეულებებზე გამოკვლეულ იქნა
1	№1 დანესებულება	0	1
2	№2 დანესებულება	0	1

580 არ მოიცავს სექტემბრის თვის მონაცემებს.

3	№3 დანესებულება	1	1
4	№4 დანესებულება	25	2
5	№5 დანესებულება	1	19
6	№6 დანესებულება	1	1
7	№7 დანესებულება	4	0
8	№8 დანესებულება	1	2
9	№9 დანესებულება	0	0
10	№11 დანესებულება	49	0
11	№12 დანესებულება	0	0
12	№13 დანესებულება	0	0
13	№14 დანესებულება	0	0
14	№15 დანესებულება	4	8
15	№16 დანესებულება	1	4
16	№17 დანესებულება	1	0
17	№18 დანესებულება	15	205
18	№19 დანესებულება	13	0
სულ		116	244

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	დერმატოვენეროლოგიური პათოლოგიის ახლად გამოვლენა	ვენ სნეულებებზე გამოკვეთილი იქნა
1	№1 დანესებულება	40	2
2	№2 დანესებულება	0	0
3	№3 დანესებულება	0	0
4	№4 დანესებულება	13	0
5	№5 დანესებულება	3	20
6	№6 დანესებულება	33	1
7	№7 დანესებულება	5	0
8	№8 დანესებულება	1	2
9	№9 დანესებულება	0	3
10	№11 დანესებულება	71	2
11	№12 დანესებულება	0	1
12	№13 დანესებულება	-	-
13	№14 დანესებულება	3	5
14	№15 დანესებულება	0	2
15	№16 დანესებულება	5	11
16	№17 დანესებულება	0	0
17	№18 დანესებულება	34	294
18	№19 დანესებულება	18	0
სულ		226	343

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სულ 577 პაციენტს ჩაუტარდა გამოკვლევა ვენსნეულებებზე. დერმატოვენეროლოგმა, პროფილური დაავადებები სულ 342 მსჯავრდებულს დაუსვა დიაგნოზად (მათგან უმრავლესობა კანის დაავადებებია). მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ ადგილობრივი

2011

ექიმები ვენერულ დაავადებებს სერიოზულ პრობლემად არ განიხილავენ მათი რაოდენობის სიმცირის გამო. ისეთ დაავადებების გამოვლინებას, როგორებიცაა გონორეა და ათაშანგი, მხოლოდ ერთეული შემთხვევების სახით ვხვდებით.

მონიტორინგის ჯგუფმა, მნიშვნელოვანი ყურადღება დაუთმო სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სტომატოლოგიური მომსახურების სახეების შესწავლას. როგორც აღმოჩნდა, სტომატოლოგიური მომსახურება მსჯავრდებულებსა და ბრალდებულებს მიენოდათ 8634-ჯერ, სასჯელაღსრულების სისტემის ყველა დაწესებულებაში. აღნიშნული რიცხვი ითვალისწინებს როგორც სტომატოლოგის პირველად, ისე განმეორებით კონსულტაციებსა და მომსახურების სახეებს.

2011 წლის პირველი ნახევარი

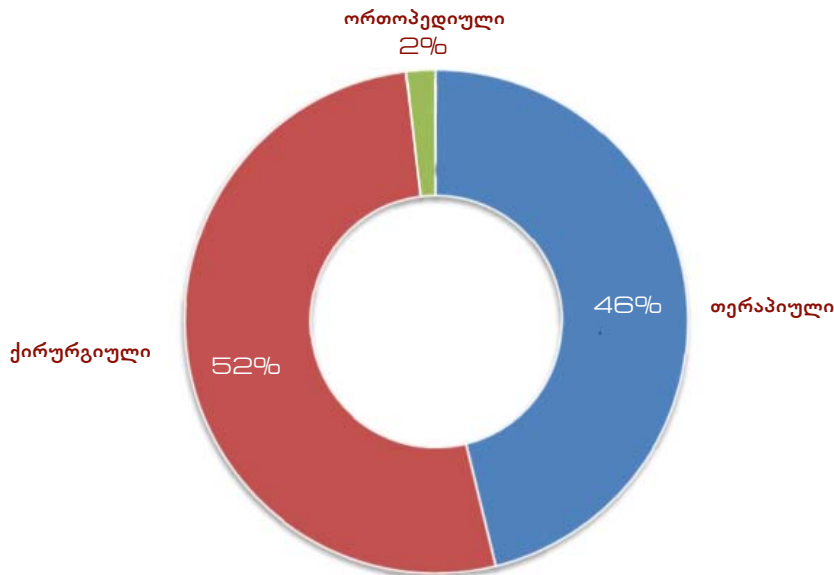
№	დაწესებულების დასახელება	ახლად გამოვლენილი სტომატოლოგ. დაავადებები	სტომატოლოგის მიერ მომსახურებულთა საერთო რაოდენობა	მომსახურების სახეები		
				თერაპიული	ქირურგიული	ორთოპედიული
1	№1 დაწესებულება	322	412	48	347	17
2	№2 დაწესებულება	1242	1234	747	481	6
3	№3 დაწესებულება	47	310	132	165	13
4	№4 დაწესებულება	111	111	43	65	3
5	№5 დაწესებულება	963	1021	601	411	9
6	№6 დაწესებულება	136	544	255	277	12
7	№7 დაწესებულება	48	20	18	2	0
8	№8 დაწესებულება	923	1082	625	457	0
9	№9 დაწესებულება	125	125	20	104	1
10	№11 დაწესებულება	170	156	121	35	0
11	№12 დაწესებულება	298	298	260	37	1
12	№13 დაწესებულება	97	97	80	17	0
13	№14 დაწესებულება	646	638	42	592	4
14	№15 დაწესებულება	1090	1072	492	553	27
15	№16 დაწესებულება	518	518	117	390	11
16	№17 დაწესებულება	395	612	162	450	0
17	№18 დაწესებულება	172	172	108	42	22
18	№19 დაწესებულება	195	212	129	69	14
სულ		7498	8634	4000	4494	140

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	ახლად გამოვლენილი სტომატოლოგ. დაავადებები	სტომატოლოგის მიერ მომსახურებულთა საერთო რაოდენობა	მომსახურების სახეები		
				თერაპიული	ქირურგიული	ორთოპედიული
1	№1 დაწესებულება	445	445	142	269	34
2	№2 დაწესებულება	1424	1424	721	700	3
3	№3 დაწესებულება	313	313	141	151	21

4	№4 დანესებულება	76	76	50	24	2
5	№5 დანესებულება	1092	1092	701	344	47
6	№6 დანესებულება	481	481	228	235	18
7	№7 დანესებულება	42	42	24	18	0
8	№8 დანესებულება	1027	1027	505	522	0
9	№9 დანესებულება	109	109	49	60	0
10	№11 დანესებულება	128	197	90	38	0
11	№12 დანესებულება	328	328	222	102	4
12	№13 დანესებულება	-	-	-	-	-
13	№14 დანესებულება ⁵⁸¹	573	573	21	546	6
14	№15 დანესებულება	843	843	340	489	14
15	№16 დანესებულება	419	419	26	386	7
16	№17 დანესებულება	873	873	453	417	3
17	№18 დანესებულება	163	163	105	41	17
18	№19 დანესებულება	228	228	124	94	10
სულ		8564	8633	3942	4436	186

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ახლად გამოვლინდა 7498 და 8564 სტომატოლოგიური პრობლემა, შესაბამისად წლის პირველ და მეორე ნახევარში. თერაპიული დახმარება გაენიათ 7942 შემთხვევაში; ქირურგიული დახმარება - 8930 შემთხვევაში, ხოლო ორთოპედიული - 326 შემთხვევაში. სტომატოლოგიური მომსახურების სახეებს შორის თანაფარდობა გამოსახულია გრაფიკულად:



აღსანიშნავია, რომ ბოლო პერიოდის განმავლობაში თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურების სახე თანდათან უფრო მზარდ მასშტაბებს იძენს და პრაქტიკულად უახლოვდება ქირურგიულ სტომატოლოგიურ მომსახურებას, რაც წარსულში ციხეებში სტომატოლოგიური მომსახურების ერთადერთ სახედ ითვლებოდა. გარდა ამისა, თანდათან გაჩნდა და განვითარდა ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურებაც, რაც წარსულში პატიმართათვის პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელი სერვისი იყო. აღნიშნული მისასაღებელი ფაქტია.

პენიტენციურ სისტემაში განხორციელებული სამედიცინო მონიტორინგის ფარგლებში ტრადიციულად შესწავლილ იქნა იმ პატიმართა საკითხები და მონაცემები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა. ამ მხრივ მდგომარეობა სულ უფრო და უფრო მძიმ-

581 არ მოიცავს სექტემბრის თვის მონაცემებს.

დება. თუ გადავხედავთ საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულ სიკვდილობის მიზეზებსა და სტატისტიკას, თვალშისაცემია, რომ გარდაცვლილთა საკმაოდ სოლიდური ნაწილი გარდაცვლილია მძიმე და განუკურნებელი დაავადებების ტერმინალური ფორმებით. მიუხედავად ამისა, პაციენტის გარდაცვალებამდე სასჯელისაგან გათავისუფლების ან გადავადების საკითხი შემთხვევათა უმრავლესობაში არ დასმულა, რაც მათ მიმართ არაჰუმანური მოპყრობის ერთ-ერთი ნათელი მაგალითია. მონიტორინგის დროს ასევე შესწავლილ იქნა ამ და სხვა კატეგორიის პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ მოვლას, რისი პირობები, რა თქმა უნდა, დაწესებულებებში პრაქტიკულად არ არსებობს. აღნიშნული მიმართულებით შეგროვილი ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილში:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ონკოლოგიური დაავადება	ტუბერკულოზი MDR/XDR	ამპუტირებული კიდურით	ნევროლოგიური დეფიციტი	გადადგინდება ეტლით	გადადგინდება ყავარჯნით	ლეტალობა	სასჯელის გადავადება ან განთავისუფლება	სამედ/ფსიქიატრ ექსპერტიზის ჩატარება
1	№1 დანესებულება	0	3	2	1	1	2	0	0	0
2	№2 დანესებულება	1	0	3	4	0	0	0	0	1
3	№3 დანესებულება	0	1	1	2	0	1	0	0	0
4	№4 დანესებულება	2	1	0	0	1	0	0	0	1
5	№5 დანესებულება	2	1	1	2	3	1	1	0	6
6	№6 დანესებულება	1	1	1	1	0	10	2	0	0
7	№7 დანესებულება	1	0	0	1	1	1	0	0	0
8	№8 დანესებულება	3	0	3	3	0	2	0	0	1
9	№9 დანესებულება	0	3	0	0	0	2	0	0	0
10	№11 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	№12 დანესებულება	3	0	2	5	1	2	0	0	3
12	№13 დანესებულება	1	0	0	1	0	0	0	0	0
13	№14 დანესებულება	1	2	6	15	0	4	1	0	0
14	№15 დანესებულება	3	0	1	50	3	15	4	0	0
15	№16 დანესებულება	1	0	1	0	1	3	1	0	1
16	№17 დანესებულება	1	2	10	5	4	0	1	0	4
17	№18 დანესებულება	17	12	8	12	6	12	43	0	0
18	№19 დანესებულება	1	94	0	5	1	5	3	1	1
ს უ ლ:		38	120	39	107	22	60	56	1	18

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დანესებულების დასახელება	ონკოლოგიური დაავადება	ტუბერკულოზი MDR/XDR	ამპუტირებული კიდურით	ნევროლოგიური დეფიციტი	გადადგინდება ეტლით	გადადგინდება ყავარჯნით	ლეტალობა	სასჯელის გადავადება ან განთავისუფლება	სამედ/ფსიქიატრ ექსპერტიზის ჩატარება*
1	№1 დანესებულება	0	0	2	0	2	2	0	0	0
2	№2 დანესებულება	1	0	5	12	0	2	1	0	1
3	№3 დანესებულება	0	0	0	0	0	0	1	0	0

4	№4 დანესებულეპა	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	№5 დანესებულეპა	3	2	1	0	3	1	2	3	-
6	№6 დანესებულეპა	1	0	1	2	0	2	1	0	1
7	№7 დანესებულეპა	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8	№8 დანესებულეპა	3	12	0	0	0	0	0	0	0
9	№9 დანესებულეპა	0	5	1	2	1	1	0	0	0
10	№11 დანესებულეპა	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	№12 დანესებულეპა	0	0	0	2	2	0	0	0	0
12	№13 დანესებულეპა	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	№14 დანესებულეპა	1	0	5	1	6	2	0	0	0
14	№15 დანესებულეპა	1	0	3	22	3	20	6	2	1
15	№16 დანესებულეპა	0	0	3	3	1	0	0	0	0
16	№17 დანესებულეპა	3	0	3	10	5	10	3	0	0
17	№18 დანესებულეპა	7	6	1	6	15	0	45	0	0
18	№19 დანესებულეპა	1	502***	0	3	0	5	3	10	0
ს უ ლ:		21	527	23	62	38	45	62	15	4

***-N19-რაოდენობა 502-242 არის დოტს+ში, ხოლო 260-მ შეწყვიტა მკურნალობა და დაუფიქსირდა „უშედეგო.“

დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელზე პირდაპირ მოქმედებს ასევე ის ფაქტორი, თუ სად იმყოფება პაციენტი - სამკურნალო დანესებულეპაში, სასჯელის მოხდის ძირითად ადგილას თუ რომელიმე სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში. ამ მხრივ, უპირველეს ყოვლისა მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის ფაქტორები დამიზეზები, რომლებიც პაციენტთა გადაყვანას ახლავს თან. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულეპა, ასევე, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულეპა, როგორც ცნობილია მკვეთრი გადატვირთულობის პირობებში მუშაობს. ამ ფონზე ზოგიერთ დანესებულეპაში ე.წ. „რიგებიც“ კი არის შედგენილი, თუ როდის გადაიყვანენ პაციენტებს სამკურნალო დანესებულეპაში, სამედიცინო ჩვენების მიუხედავად. ასეთ პირობებში გადაყვანა შეფერხებულია და უპირატესობა ენიჭებათ მხოლოდ განსაკუთრებით მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე პაციენტებს ან მათ, ვისი ჯანმრთელობის მდგომარეობაც უცებ მძიმდება. ხშირად პატიმრები გადაყვანის მოთხოვნის „აქტუალიზაციის“ გამო იყენებენ სხვადასხვა ხასიათისა და სიმძიმის თვითდაზიანებებს ან არღვევენ რეჟიმს, რის გამოც მათ მიმართ შესაბამისი სადამსჯელო ღონისძიებები ტარდება. აღნიშნული საკითხი ამჟამად რეგულირდება საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 10 მარტის №38 ბრძანებით (პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დანესებულეპიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულეპასა და ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულეპაში დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა გადაყვანის წესის დამტკიცების შესახებ). აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული წესი არაერთხელ შეიცვალა და მასში არაერთი ცვლილება შეტანილი ბოლო 2 წლის განმავლობაში. ბოლო ცვლილება ბრძანებაში 2011 წლის 31 მარტს შევიდა. ამჟამად მოქმედი მდგომარეობის მიხედვით ბრძანებით დამტკიცებული დებულებები არეგულირებს პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დანესებულეპიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულეპასა და ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულეპაში დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა გადაყვანის წესს, რითაც იგი პრაქტიკულად ანაცვლებს ამავე კანონქვემდებარე აქტით გაუქმებულ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 29 დეკემბრის №902 ბრძანებას, სასჯელაღსრულების დანესებულეპიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულეპასა და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დანესებულეპაში დაავადებულ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა გადაყვანის წესის დამტკიცების შესახებ.”

საქართველოს
სასჯელაღსრულების,
პრობაციისა და
იურიდიული
დახმარების
საკითხთა
მინისტრის

ბრძანების მიხედვით, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებიდან დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სადიაგნოსტიკო გამოკვლევების ან/და მკურნალობის მიზნით, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში გეგმური ან გადაუდებელი გადაყვანა ხორციელდება საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის რეკომენდაციის საფუძველზე დაწესებულების დირექტორის ბრძანებით. ამასთან, ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ სამედიცინო დეპარტამენტის რეკომენდაცია მიიღება დაწესებულების ექიმის შუამდგომლობის საფუძველზე, რომლის ერთ ეგზემპლარს ექიმი წარუდგენს დაწესებულების დირექტორს. ბრძანებაში ხსენებული რეკომენდაცია და შუამდგომლობა გადაუდებელი სახის გადაყვანისას ადრესატმა შეიძლება მიიღოს ტელეფონოგრამის ან ფაქსის, ხოლო განსაკუთრებულ შემთხვევებში კი სხვა საკომუნიკაციო საშუალებით. დაწესებულების დირექტორის გადაწყვეტილება წერილობით, ხოლო მწვავე დაავადების შემთხვევაში გადაუდებელი გადაყვანისას საკომუნიკაციო საშუალებით დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის პირველ მოადგილეს (მისი არყოფნის შემთხვევაში ერთ-ერთ მოადგილეს), საბადრაგო სამსახურსა და სამედიცინო დეპარტამენტს. დაწესებულების დირექტორის წერილობითი უარი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ უნდა იყოს არგუმენტირებული და დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტსა და სამედიცინო დეპარტამენტს. როგორც ჩანს, ბრძანება უშვებს იმის ალბათობას, რომ დაწესებულების დირექტორმა, ექიმის მიერ გაცემული რეკომენდაციის მიუხედავად, არ უზრუნველყოს პაციენტის ტრანსპორტირება სამკურნალო დაწესებულებაში, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინტერესებიდან გამომდინარე. გაუგებარია, თუ რა არგუმენტაცია და ახსნა უნდა დაუპირისპიროს ციხის დირექტორმა ამ შემთხვევაში ექიმის მიერ გაკეთებულ დასკვნას.

რაც შეეხება სამოქალაქო პროფილის საავადმყოფოებში პატიმართა გადაყვანის წესს, ბრძანების მიხედვით, დაწესებულებიდან ან სამკურნალო დაწესებულებიდან, დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სადიაგნოსტიკო გამოკვლევების ან/და მკურნალობის მიზნით, საერთო პროფილის საავადმყოფოში გეგმური ან გადაუდებელი წესით გადაყვანა ხორციელდება სამედიცინო დეპარტამენტის რეკომენდაციის საფუძველზე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის ბრძანებით. ბრალდებულის/მსჯავრდებულის საერთო პროფილის საავადმყოფოში გადაყვანის შესახებ სამედიცინო დეპარტამენტის რეკომენდაცია მიიღება სამკურნალო დაწესებულების ექიმის/დაწესებულების ექიმის შუამდგომლობის საფუძველზე, რომლის ერთ ეგზემპლარს ექიმი წარუდგენს დაწესებულების დირექტორს. აღნიშნული ეგზემპლარის მიღებისთანავე დაწესებულების დირექტორი სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს წარუდგენს ინფორმაციას გადასაცემი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის შესახებ. აღსანიშნავია, რომ ამ ტიპის გადაყვანის შემთხვევაში უარის თქმის უფლება აქვს სად-ის თავმჯდომარეს, რომლის წერილობითი უარი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის საერთო პროფილის საავადმყოფოში გადაყვანის შესახებ უნდა იყოს არგუმენტირებული. აქაც იქმნება გაუგებრობა, როდესაც პაციენტის ჯანმრთელობის უპირატესი ინტერესი მეორე პლანზე გადმოდის და უპირატესობა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის „არგუმენტებს“ ენიჭება.

ბრძანება არეგულირებს ასევე დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა საერთო პროფილის საავადმყოფოდან სხვა საერთო პროფილის საავადმყოფოში გადაყვანის საკითხებს, რაც ხორციელდება მკურნალი ექიმის გადაწყვეტილებით სამედიცინო დეპარტამენტის რეკომენდაციის საფუძველზე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის ბრძანებით. რაც შეეხება სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის დაწესებულებაში დაბრუნებას, ეს უკანასკნელი ხორციელდება სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის ბრძანებით სამკურნალო დაწესებულების დირექტორისა და მთავარი ექიმის შუამდგომლობის საფუძველზე. საერთო პროფილის საავადმყოფოდან ბრალდებულის/მსჯავრდებულის დაწესებულებაში ან სამკურნალო დაწესებულებაში დაბრუნება ხორციელდება მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მკურნალი ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე. საჭიროების შემთხვევებში საერთო

პროფილის საავადმყოფოდან დაწესებულებიდან გაყვანილი ბრალდებული/მსჯავრდებული შეიძლება გადაყვანილ იქნეს სამკურნალო დაწესებულებაში სასჯელსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის ბრძანებით სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსის შუამდგომლობის საფუძველზე. რაც შეეხება ბრძანების ბოლო ნაწილს, რომელიც შეეხება პატიმრის გადაყვანას ქალაქის ერთი საავადმყოფოდან მეორეში და ასევე პატიმრის დაბრუნებას პენიტენციურ სისტემაში, აღნიშნული სიახლეა ამ ბრძანების წინამორბედთა შორის.

არსებული ინსტრუქციის მიხედვით მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა მოძრაობა სხვადასხვა დაწესებულებებს შორის, რომლის საფუძველიც ამ უკანასკნელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა იყო, 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში შემდეგნაირად გამოიყურება:

2011 წლის პირველი ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	გადაყვანილთა რაოდენობა			
		მბსდ N18	ტდსდ N19	სამოქალაქო სექტორში	ს უ ლ:
1	№1 დაწესებულება	87	27	4	118
2	№2 დაწესებულება	33	47	17	97
3	№3 დაწესებულება	22	12	2	36
4	№4 დაწესებულება	8	7	1	16
5	№5 დაწესებულება	33	0	114	147
6	№6 დაწესებულება	93	17	15	125
7	№7 დაწესებულება	10	0	4	14
8	№8 დაწესებულება	127	37	1	165
9	№9 დაწესებულება	26	0	4	30
10	№11 დაწესებულება	20	0	2	22
11	№12 დაწესებულება	26	5	11	42
12	№13 დაწესებულება	3	2	3	8
13	№14 დაწესებულება	87	147	8	242
14	№15 დაწესებულება	155	108	26	289
15	№16 დაწესებულება	98	98	42	238
16	№17 დაწესებულება	124	150	20	294
17	№18 დაწესებულება		170	402	572
18	№19 დაწესებულება	77		5	82
ს უ ლ:		1029	827	681	

2011 წლის მეორე ნახევარი:

№	დაწესებულების დასახელება	გადაყვანილთა რაოდენობა			
		მბსდ N18	ტდსდ N19	სამოქალაქო სექტორში	ს უ ლ:
1	№1 დაწესებულება	74	19	3	96
2	№2 დაწესებულება	33	51	13	97
3	№3 დაწესებულება	16	3	4	23

2011

4	№4 დანესებულება	18	6	10	34
5	№5 დანესებულება	65	0	195	260
6	№6 დანესებულება	97	7	20	124
7	№7 დანესებულება	8	0	2	10
8	№8 დანესებულება	100	31	5	136
9	№9 დანესებულება	34	0	19	53
10	№11 დანესებულება	7	0	0	7
11	№12 დანესებულება	24	7	6	37
12	№13 დანესებულება	-	-	-	-
13	№14 დანესებულება ⁵⁸²	57	140	12	209
14	№15 დანესებულება	145	78	72	295
15	№16 დანესებულება	96	104	117	317
16	№17 დანესებულება	107	100	17	224
17	№18 დანესებულება		118	404	522
18	№19 დანესებულება	99		16	115
ს უ ლ:		980	664	915	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საანგარიშო პერიოდში პაციენტთა 5000-ზე მეტი გადაყვანა განხორციელდა. მათგან ყველაზე ხშირია (2009 შემთხვევაში) მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულებაში გადაყვანა. 1491 პაციენტი გადაიყვანეს ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დანესებულებაში, ხოლო სამოქალაქო სექტორის ჯანდაცვის დანესებულებებში 1596 ტრანსპორტირება-ბადრაგირების შემთხვევაა. მათგან დაახლოებით 75%-ში ქალაქის საავადმყოფოში გაყვანა მოხდა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულებიდან ან ამ დანესებულების გავლით, ხოლო 25% შემთხვევაში ქალაქის საავადმყოფოებში გაყვანა განხორციელდა პირდაპირ სასჯელის მოხდის ადგილიდან. აღსანიშნავია, რომ გაყვანათა რიცხვი ამ შემთხვევაში მოიცავს როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარული მიზნით პაციენტის გადაყვანას. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში, პაციენტები გაიყვანეს სწორედ ამბულატორიული მომსახურების მიზნით, რის შემდეგაც, პაციენტი იმავე დღეს დააბრუნეს სასჯელაღსრულების სისტემის ამა თუ იმ დანესებულებაში.

პატიმართა სამედიცინო რეაბილიტაციის, ქალთა და არასრულწლოვან პატიმართა საკითხები

საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით თავისუფლების აღკვეთის პირობებში სასჯელაღსრულების დანესებულების ერთ-ერთ პრიორიტეტად უნდა იყოს ქცეული ის, რომ სასჯელის დასრულების შემდეგ თავისუფლება აღკვეთილი პირი უნდა დაუბრუნდეს საზოგადოებას. შესაბამისად, პატიმართა მომზადება რესოციალიზაციისათვის თავისუფლების აღკვეთის დანესებულებაში ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად უნდა განიხილებოდეს. ამ მიზნის მისაღწევად დანესებულებებში უნდა იყოს შექმნილი სარეაბილიტაციო პროგრამები, რომლებიც გარდა ფსიქოლოგიური, სოციალური, იურიდიული და სხვა ასპექტებისა, უნდა მოიცავდეს სამედიცინო კომპონენტსაც. სამწუხაროდ, დღესდღეისობით არსებული მდგომარეობით, პრაქტიკულად არ არსებობს რაიმე ისეთი პროგრამები რომლებიც სამედიცინო კომპონენტს მოიცავს. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ვებგვერდზე არსებული ინფორმაციით, თითქმის ასეთი პროგრამები არსებობს, რეალობასაა მოკლებული, ვინაიდან საანგარიშო პერიოდში მოქმედი პროგრამები არ შეიცავდა სამედიცინო კომპონენტს, რის გამოც მათ ვერ განვიხილავთ ფსიქოსამედიცინო რეაბილიტაციად. გარდა ამისა, მონიტორინგის დროს ყურადღება გამახვილდა ყველა იმ აქტივობაზე, რომლებიც რეაბილიტაციის მიმართულებით არის

582 არ მოიცავს სექტემბრის თვის მონაცემებს.

დანერგული. ამ მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი საშუალებები ძირითადად მხოლოდ ქალი და არასრულწლოვანი პაციენტების მიმართ არსებობს. საქართველოს პენიტენციური სისტემაში მოქმედი 18 დაწესებულებიდან არანაირი სარეაბილიტაციო პროგრამა არ არსებობს 13 დაწესებულებაში. დანარჩენ 5 დაწესებულებაში შეინიშნება რეაბილიტაციის სხვადასხვა კომპონენტის არსებობა.

რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში მოქმედებს ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროგრამა, რომელსაც ახორციელებს ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში.“ ორგანიზაციის თანამშრომლები (სულ 5 პიროვნება) დაწესებულებას სტუმრობენ ყოველ მე-2 დღეს და მუშაობენ მხოლოდ მიუსჯელ პაციენტებთან. თანამშრომელთა შორის არის ფსიქოლოგი. ადგილობრივი მთავარი ექიმის განმარტებით, ფსიქიატრი პროგრამის განხორციელებაში არ მონაწილეობს. არსებობს გეგმა, რომლის მიხედვით სექტემბრიდან უნდა დაიწყოს ასევე მისჯილ პაციენტებთან მუშაობაც.

N8 დაწესებულებაში, სადაც უკანასკნელი პერიოდის განმავლობაში არასრულწლოვანი პაციენტები არიან განთავსებული, დადის ფსიქოთერაპევტი. ადგილობრივი მთავარი ექიმის განმარტებით, მისთვის ცნობილი არ არის, თუ რომელი ორგანიზაციიდან არის აღნიშნული პირი ან რა გეგმით და პროგრამით მუშაობს.

რაც შეეხება არასრულწლოვანთა სპეციალურ N11 დაწესებულებას, მასში მოქმედებს ე.წ. „სასჯელის ინდივიდუალური დაგეგმარების პროგრამა.“ აღნიშნული პროგრამის ინდივიდუალური შემუშავება ევალება სპეციალისტთა გუნდს, რომლის შემადგენლობაში შედის ფსიქოლოგი, პედაგოგი, სოციალური სამსახურის წარმომადგენელი და ექიმი. პერიოდულად იმართება სხდომები, რომლებზეც განიხილავენ აღიშნულ გეგმებს. მთავარი ექიმის განმარტებით, დაწესებულებაში მუშაობს ასევე ორგანიზაცია „GCRT“, რომელიც დაწესებულების სოციალურ სამსახურთან არის დაკავშირებული და ექიმისთვის უცნობია მათ საქმიანობასთან დაკავშირებული დეტალები.

ქუთაისის და ბათუმის დაწესებულებებში, სადაც ასევე იმყოფებიან ქალები და არასრულწლოვნები, რაიმე სპეციფიკური სარეაბილიტაციო პროგრამები, სამედიცინო პერსონალის ინფორმაციით, არ მიმდინარეობს. ზუგდიდის N4 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ არასრულწლოვანთა სარეაბილიტაციო საქმიანობის განვითარებასთან დაკავშირებით იყვნენ მოსული „რომელიმე არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლები“, თუმცა რაიმე კონკრეტული ნაბიჯი ჯერ არ გადადგმულა. პროექტი ჯერ მოლაპარაკების დონეზეა.

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, ისევე როგორც ზუგდიდის N4 დაწესებულებაშია, არ არის გამოყოფილი გინეკოლოგის შტატი. ადგილობრივი პერსონალის განმარტებით, მათ გინეკოლოგის მომსახურება საანგარიშო პერიოდში არ დასჭირვებიათ. ზუგდიდის დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მათ ხელშეკრულება მაინც აქვთ დადებული გინეკოლოგთან. გინეკოლოგი მუშაობს რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში, სადაც იმყოფება 3 ორსული ქალი და ასევე 8 ქალი, რომლებსაც თან ჰყავთ ბავშვები. ყველა მათგანმა პაციენტობის პერიოდში იმშობიარა. ამჟამად მშობიარობის მოლოდინში კიდევ 3 ქალია. ბავშვთა საჭიროებების უზრუნველყოფას წარსულში სამედიცინო ნაწილი უზრუნველყოფდა, ხოლო იანვრიდან აღნიშნული გადავიდა სასჯელალსრულების დეპარტამენტის პრეროგატივაში, რომელიც უზრუნველყოფს დაწესებულებას ბავშვთა კვების პროდუქტებითა და პამპერსებით. ბავშვების ვაქცინაცია კალენდრის შესაბამისად გვარდება ადგილზე. აღნიშნულ საკითხს ადგილობრივი პედიატრი კურირებს.

დაწესებულებათა დიდ ნაწილში საანგარიშო პერიოდის პირველ თვეს მუშაობდა ორგანიზაცია „თანადგომის“ პროგრამა, რომელიც ორიენტირებული იყო შიდსის საკითხებზე. ორგანიზაციის დახმარებით ზოგიერთ დაწესებულებაში მოეწყო ლაბორატორიები და ტარდება გამოკვლევები. სამწუხაროდ, თებერვალში აღნიშნული პროგრამა შეწყდა. მიმდინარეობს მოლაპარაკებები პროგრამის განახლების თაობაზე.

ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულების ექიმის განცხადებით, დაწესებულებაში მოქმედებს ასევე „ანტინიკოტინური“ პროგრამა, რომელიც ძირითადად საგანმანათლებლო საქმიანობით არის დაკავებული და პოსტერების მონოდებით შემოიფარგლება.

პანიპენსიური სისტემა

რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა დახმარებისა და რეაბილიტაციის პროგრამებს, ასეთი მიმდინარეობს თბილისის №8 დაწესებულებაში (მეთადონის პროგრამა). საქართველოს პენიტენციური სისტემის სამ დაწესებულებაში მოქმედებს ასევე „ატლანტისის“ პროგრამა, რომელიც არ მოიცავს სამედიცინო კომპონენტს. მეთადონის პროგრამის არსებობა დადებით ტენდენციად უნდა შეფასდეს. მიზანშეწონილია აღნიშნული სერვისის გავრცელება იმ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებზეც, რომლებშიც თავს იყრიან წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირები და განსაკუთრებით ქალები, რომლებიც ამ მომსახურებას საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში ისევე, როგორც წარსულში მოკლებულნი იყვნენ.

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში გარდაცვლილია 3 ქალი პატიმარი. აღნიშნული მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია წინა წლების მონაცემებთან შედარებით. პატიმარი ქალები განთავსებულნი იყვნენ საქართველოს პენიტენციური სისტემის 5 სხვადასხვა დაწესებულებაში, როგორც აღმოსავლეთ, ისე დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში. მათი ძირითადი ნაწილი კონცენტრირებულია რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში. სამედიცინო მომსახურების პირობები და საშუალებები აქ მკვეთრად უკეთესია პატიმრობის სხვა დაწესებულებებთან შედარებით. აღნიშნული დაწესებულება ერთადერთი ადგილია, სადაც ქალთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები შეძლებისდაგვარად გადაწყვეტილია. ქალთა ჯანმრთელობის საკითხებზე მსჯელობისას უნდა აღინიშნოს, რომ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში არ ხდება ქალთა სტაციონარული მომსახურება, რასაც გარკვეულწილად აკომპენსირებს ქალთა N5 დაწესებულებიდან სამოქალაქო ტიპის სტაციონარებში პატიმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის შედარებით მაღალი მაჩვენებელი. ქალთა კონტინგენტში განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხთა პრობლემურობა, ასევე, ქალ პატიმართა რაოდენობის მკვეთრი ზრდა 2010 წლის ზაფხულის შემდგომ. დადებით ტენდენციად უნდა ჩაითვალოს რუსთავის მიმდებარედ ქალთა ახალი დაწესებულების გახსნა, სადაც სამედიცინო ინფრასტრუქტურა მკვეთრად გაუმჯობესებულია.

2011 წლის პირველ ნახევარში არასრულწლოვანი პატიმრები სასჯელს იხდიდნენ საქართველოს პენიტენციური სისტემის 5 სხვადასხვა დაწესებულებაში. ამ შემთხვევაშიც, ქალთა კონტინგენტის მსგავსად, არსებული პირობებისა და სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით შექმნილი იყო გეოგრაფიული უთანასწორობა. 2011 წლის სექტემბერში არასრულწლოვანთა განყოფილებები გაუქმდა ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 დაწესებულებებში, სადაც განსაკუთრებით არასახარბიელო საყოფაცხოვრებო პირობებია.

არასრულწლოვანთა სპეციალურ დაწესებულებაში არ ფუნქციონირებს სტაციონარული სამედიცინო პუნქტი. მიუხედავად ამისა, ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალი მაქსიმუმს აკეთებს მოზარდთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური საკითხების დასარეგულირებლად.

2010 წლის შემოდგომაზე ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებიდან არასრულწლოვანთა კონტინგენტი გადაიყვანეს თბილისის N8 საპყრობილეში. მიუხედავად იმისა, რომ აქ არასრულწლოვნები იზოლირებულად არიან, აღნიშნული მიდგომა დაუშვებელია და არღვევს საერთაშორისო სტანდარტებს. მოზრდილთა საპატიმრო დაწესებულებაში მათი ჯანმრთელობის საჭიროებათა მონიტორინგი და გადაწყვეტა შეუძლებელია განხორციელდეს იმავე სტანდარტებითა და ხარისხით, როგორც წარსულში მათთვის შესაბამის ინსტიტუციაში ხდებოდა.

სამედიცინო დოკუმენტაციის, სამედიცინო სტატისტიკური და

კონფიდენციალური ინფორმაციის საკითხები პენიტენციურ სისტემაში

საქართველოს სახალხო დამცველის არაერთ ანგარიშში საუბარი იყო იმის შესახებ, რომ პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურები სამედიცინო ინფორმაციის წარმოებისას არ ითვალისწინებს ამ მხრივ მოქმედ საკანონმდებლო ნორმებს და სტანდარტებს, რითაც ირღვევა არა

მარტო საქართველოს კანონმდებლობა, არამედ არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება საერთაშორისო ნორმებს, რომ აღარაფერი ვთქვათ სხვა ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა წამების და არასათანადო მოპყრობის პროფილაქტიკა და ა.შ. ქართული კანონმდებლობის მიხედვით ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში, რომლის წარმოების წესს ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2010 წლის ანგარიშში საუბარი იყო იმის შესახებ, რომ საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის №486 ბრძანებით დამტკიცდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების სამედიცინო დოკუმენტაციის დროებითი ფორმები (სულ 27 ფორმა). აღნიშნული ფორმები თვისობრივად და არსობრივად მკვეთრად განსხვავებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებისაგან. ისინი დღესდღეისობით საკმაოდ მოძველებულია. განსხვავებულია, ასევე, მათი შევსების, შენახვისა და წარმოების წესებიც, თუმცა დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში ასეთი დოკუმენტაცია საქმიანობის ერთ-ერთი ძირითადი სტანდარტია. გარდა ამისა, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის ბრძანება N771-ით დამტკიცდა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის ფორმა (ბრძანება ამის შემდეგ რამდენჯერმე გაუქმდა და ახლიდან გამოიცა, თუმცა მისი შინაარსი არსობრივად არ შეცვლილა), რომელიც ასევე არ შეესაბამება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებს. მინისტრის 2010 წლის 11 ნოემბრის N158 ბრძანებით ძალადაკარგულად გამოცხადდა „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის N771 ბრძანება. N158 ბრძანებით დამტკიცებულია ბრალდებულის/ მსჯავრდებულის სამედიცინო ბარათის ფორმა. აღნიშნული მაგალითი კიდევ ერთი აშკარა პრეცედენტია იმისა, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა ხელოვნურად ემიჯნება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას.

„პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 22 აგვისტოს №224/6 ბრძანებით დადგენილი ფორმების წარმოება სავალდებულოა ქვეყნის ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის. ამასთან, როგორც კანონი, ისე კანონქვემდებარე აქტივ, მოითხოვს დოკუმენტაციის უნიფიცირებული ფორმით წარმოებას მთელ საქართველოში. სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მიერ დამტკიცებული ე.წ. სამედიცინო ბარათის ფორმა აბსოლუტურად შეუსაბამოა ჯანდაცვის მინისტრის მიერ დამტკიცებული დოკუმენტაციის ფორმისა. სამწუხაროდ, აღნიშნული ტენდენცია 2011 წლის საანგარიშო პერიოდშიც შენარჩუნდა სასჯელაღსრულების ყველა დაწესებულებაში. ამით კვლავ არ შესრულდა სახალხო დამცველის მიერ გაცემული რეკომენდაცია.⁵⁸³

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს №01-41/6 ბრძანებით **(ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ)** „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, დამტკიცებულია „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის“ ახალი ვარიანტი. ამავე ბრძანების მიხედვით ძალადაკარგულად გამოცხადდა „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 22 აგვისტოს №224/6 ბრძანება. ბრძანების „ბ“ პუნქტის მიხედვით ახალი ფორმების ამოქმედება სავალდებულოა 2012 წლის 1 იანვრიდან. საქართველოს სახალხო დამცველი კიდევ ერთხელ გამოთქვამს იმედს, რომ ახალი

583 სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 26 ოქტომბრის N194 ბრძანებით დამტკიცდა ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათის ახალი ფორმა, რომლის ამოქმედებაც დაგეგმილია 2012 წლიდან.

ფორმების დანერგვა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურებში სავალდებულო გახდება ნორმატიული აქტით გათვალისწინებული ვადიდან.

რაც შეეხება სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებას, ამ მხრივ მდგომარეობა შეცვლილია. სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება სასჯელაღსრულების სისტემაში N18 და N19 დაწესებულებების ვალდებულებაა. მონიტორინგის პროცესში პრევენციის ეროვნული მექანიზმი დაინტერესდა ამ მხრივ არსებული მდგომარეობით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის N 108/6 ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი. ბრძანებას საფუძვლად უდევს ასევე „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტი. აღნიშნული ბრძანება, მიუხედავად მისი გამოცემის თარიღისა, ამოქმედდა 2010 წლის 1 იანვრიდან. ბრძანებაში, ისევე როგორც კანონში, განმარტებულია, რომ სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა არსებული სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რომლებიც ეწევიან სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას და სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია ინარმოება უნიფიცირებულად ამ ბრძანების შესაბამისად. ბრძანებაში 2010 წლის 11 თებერვალს შესული ცვლილება (11.02.2010 N37/6) დაწესებულების ადმინისტრაციას აძლევს უფლებამოსილებას, „შემოიღოს დამატებები სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების დამტკიცებული წესის შეუცვლელად; ამასთანავე, დაწესებულების პროფილისა და სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გათვალისწინებით, მოახდინოს ამ ბრძანების მე-3-მე-19 მუხლებით დამტკიცებული სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციიდან მათთვის საჭირო ფორმების გამოყენება, აგრეთვე მოდიფიცირება, მათში არსებული ძირითადი ინფორმაციის აუცილებელი წესით შენარჩუნებითა და გათვალისწინებით.“ აღნიშნული ცვლილება შეესაბამება პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში არსებულ მდგომარეობას, რითაც სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს ადეკვატურად უნდა ემოქმედა. მიუხედავად ამისა, სტანდარტული ფორმების შეტანა სასჯელაღსრულების სისტემაში დაგვიანდა. 2009 წლის 19 მარტიდან 2010 წლის 1 იანვრამდე, ანუ ბრძანების გამოცემიდან მის ამოქმედებამდე არსებული დროის შუალედის გათვალისწინებით, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საკმარისი დრო და საშუალება ჰქონდა, რომ გადაეწყვიტა ყველა ტექნიკური საკითხი და ჩაეტარებინა ის მოსამზადებელი სამუშაო და ინსტრუქტაჟი, რომლებიც ბრძანების ამოქმედებას ახლდა თან.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ სტაციონარული დოკუმენტაციის ფორმები სამკურნალო დაწესებულებებს 2011 წლის თებერვლიდან მიაწოდეს.

მონიტორინგის დროს კიდევ ერთხელ დადასტურდა, რომ პენიტენციურ სისტემის სამედიცინო დაწესებულებებში უხეშადაა დარღვეული სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვის პრინციპები და წესები, რომლებიც ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით რეგულირდება, კერძოდ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის N 198/6 ბრძანებით სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ. ბრძანება გამოცემულია „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, რომლის შესრულებაც ერთობ საპასუხისმგებლო და აუცილებელ ღონისძიებას უნდა წარმოადგენდეს სამედიცინო დაწესებულებისთვის. მონიტორინგის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციას ადგილზე (სამედიცინო ნაწილში) ინახავენ N2, N3, N4, N5, N7, N8, N12, N15, N16 და N17 დაწესებულებებში. სამედიცინო დოკუმენტაციას ადმინისტრაციას აბარებენ N1, N6, N13 დაწესებულებებში. მიუხედავად ამისა, N5, N6, N7, N12 დაწესებულებების მთავარი ექიმები ამბობენ, რომ მათ არ იციან, როგორ იმოქმედონ ამ შემთხვევაში, ვინაიდან ინსტრუქცია ან რაიმე სახის მითითება ჯერ არავის მოუცია მათთვის. N14 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განაცხადა, რომ მისი ამ თანამდებობაზე დანიშვნის შემდეგ არსებული ყველა სამედიცინო დოკუმენტი მასთან ინახება, ხოლო ის, რაც მანამდე იყო, ყველა ჟურნალისა და დოკუმენტის სახეობა მასთან არ არის და არ იცის, სად ინახება. მთავარი ექიმების უმრავლესობა განმარტავს, რომ სამედიცინო ბარათი მიდის და ეკვრება პატიმრის პირად საქმეში, ხოლო

ჟურნალები მათთან რჩება. N15 დაწესებულებაში ასეთ დოკუმენტებს სპეცნაწილში აგზავნიან, ხოლო ხონის N13 დაწესებულებაში - კანცელარიაში. რაც შეეხება დოკუმენტაციის შენახვის ვადას, N6 დაწესებულების მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ არ იცის, რამდენი ხნით უნდა შეინახოს დოკუმენტაცია, ვინაიდან ინსტრუქცია ამის შესახებ მას არ მიუღია. N9 დაწესებულების ექიმმა განგვიმარტა, რომ „3 წელიწადში ერთხელ მოდის კომისია და დოკუმენტაციას ანადგურებს. ისე, დოკუმენტაცია, ალბათ, მაქსიმუმ 10 წლით ინახება.“ აღნიშნულ განმარტებას მონიტორინგის ჯგუფი საეჭვოდ მიიჩნევს, იქიდან გამომდინარე, რომ აღნიშნული ექიმი სულ რამდენიმე თვეა, რაც პენიტენციურ სისტემაშია დასაქმებული და, შესაბამისად, მას ვერ ექნებოდა ამის გამოცდილება. რუსთავის N6 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა აღნიშნა, რომ ბოლო 5 წლის ყველა დოკუმენტი ადგილზეა და შეუძლია ყველა მათგანი საჭიროებისამებრ წარადგინოს. რაც შეეხება სამკურნალო დაწესებულებას, ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულების ექიმმა განგვიმარტა, რომ სამედიცინო დოკუმენტაცია ინახება ადგილზე და ნადგურდება 10 წელიწადში ერთხელ. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში კი ფუნქციონირებს არქივი და გამოყოფილია არქივარიუსის თანამდებობაც. მიუხედავად ამისა, დაწესებულების მთავარი ექიმი არქივიდან დოკუმენტის ან მისი ასლის, ან ამონაწერის გაცემის თავისებურ წესს აწესებს, რაც აბსოლუტურად შეუსაბამოა როგორც საარქივო კანონმდებლობასთან, ასევე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის N 198/6 ბრძანებით (სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ) გათვალისწინებულ მოთხოვნებთან. კერძოდ, მთავარი ექიმი განმარტავს, რომ როდესაც მოდის მოთხოვნა პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გაცემაზე, ამ შემთხვევაში პასუხისმგებლობა პაციენტის ავადმყოფობის პროფილის შესაბამისი განყოფილების გამგეს ეკისრება, რომელიც მოცემულ მომენტში მუშაობს. ამ შემთხვევაში ამონაწერს ამზადებს არა არქივარიუსი, არამედ განყოფილების გამგე.

როგორც ჩანს, პაციენტის შესახებ არსებული კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვა და შენახვა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურისათვის არანაირი ვალდებულება ან თუნდაც ღირებულება არ არის, რის გამოც ეს სფერო მოუწესრიგებელი და დაუცველია.

საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება არ ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით, სამკურნალო დაწესებულებებს ევალებათ სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება დადგენილი წესით. კერძოდ, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-20, 43-ე, 45-ე და 55-ე მუხლებისა და „სტატისტიკის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-2, მე-6, მე-11, მე-12 და მე-17 მუხლების შესაბამისად, სამედიცინო სტატისტიკაში ერთიანი ინფორმაციული სისტემის შექმნისა და შემდგომი სრულყოფის მიზნით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 5 აპრილის N101/6 ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოებისა და მიწოდების წესი. ბრძანებით დამტკიცებულ დანართებს შორის არის ასევე საქართველოში გადამდებ დაავადებათა ეპიდემიამხედველობისა და კონტროლის სააღრიცხვო და შეტყობინების ფორმები, მათი წარმოებისა და ანალიზის წესი და წარდგენის ვადები. ბრძანების მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებებმა, განურჩევლად მათი უწყებრივი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ფორმისა, უნდა უზრუნველყონ დაწესებულებების საქმიანობის შესაბამისი სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება და წარდგენა საჯარო სამართლის იურიდიული პირისთვის - „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრისათვის“- სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარსადგენი უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვების ანგარიშების თანდართული ჩამონათვალის, ფორმებისა და ვადების მიხედვით. მიუხედავად ამისა, სავალდებულო ხასიათის ინფორმაცია დღემდე არ მიეწოდება. ამის სანაცვლოდ, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ შემუშავებულია სტატისტიკური ინფორმაციის მოგროვების განსხვავებული ფორმები. აღნიშნულის გათვალისწინებით, შესაძლებელია ითქვას, რომ ინფორმაციის მოგროვება მექანიკური ხასიათისაა, შედეგები და ჯანმრთელობის პარამეტრები არ გამოითვლება ბიოსამედიცინო სტატისტიკური წესების მიხედვით. აღნიშნულის შედეგად

საქართველოს
პენიტენციური
სისტემის
ინფორმაციის
დაწესებულების
მთავარი
ექიმი

შეუძლებელი ხდება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში შექმნილი ჯანდაცვითი მდგომარეობის სპექტრის ადეკვატური ანალიზი, მონაცემების დამუშავება, შედარება ან აღნიშნული მონაცემების გათვალისწინება შემდგომი განვითარებისათვის.

გარდა ზემოთ აღწერილი ტენდენციებისა, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში უხეშად ირღვევა პაციენტის უფლებები, კონფიდენციალური სამედიცინო ინფორმაციის დაუცველობისა და გარეშე პირებისადმი ფართო ხელმისაწვდომობის გამო. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს კონფიდენციალურობისა და საექიმო საიდუმლოს პრინციპის იგნორირება. ამ პრინციპების დაცვას ითვალისწინებს საქართველოს მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო კონვენციები, ქვეყნის ჯანდაცვის კანონმდებლობა, ასევე, სხვა ადგილობრივი და საერთაშორისო სტანდარტები. სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მიმდინარე სამედიცინო მომსახურების პროცესში გარეშე პირები თითქმის ყველგან ესწრებიან გამოკვლევებს, მანიპულაციებსა და სხვა სამედიცინო ღონისძიებებს. სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის დაცული იმისაგან, რომ გარეშე პირმა ვერ მოახერხოს მასში არსებული ინფორმაციის გაცნობა. ხშირად სამედიცინო დოკუმენტაციას ხელს აწერენ დაწესებულების თანამშრომლები, რომლებიც არ არიან სამედიცინო პერსონალი და საერთოდ არ მონაწილეობენ პაციენტის მკურნალობისა და მოვლის ღონისძიებებში. სასჯელალსრულების დაწესებულებებში, ზემოთ აღწერილი პრაქტიკის გამო, უხეშად ირღვევა არა მხოლოდ ჯანდაცვის კანონმდებლობა, არამედ წამების პრევენციის სტანდარტებიც.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ პაციენტისაგან ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების აუცილებლობა ზოგადად სისტემაში ვალდებულება არ არის, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ზოგიერთ გამონაკლისს. ასე მაგალითად, დაწესებულებათა უმრავლესობა პაციენტისაგან ინფორმირებულ თანხმობას არ ითხოვს იმის გამო, რომ მათ მიაჩნიათ „ჩვენთან არ ტარდება ისეთი მანიპულაციები, რასაც თანხმობა ესაჭიროება.“ მიუხედავად ამისა, ექიმები ვერ მიუთითებენ იმ მარეგულირებელ კანონებსა თუ კანონქვემდებარე აქტებს, რომლებიც წერილობითი თანხმობის მოპოვების შემთხვევებს განსაზღვრავს. საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა ახალი ტენდენცია, კერძოდ, ექიმები აცხადებენ, რომ ზოგიერთი ადრესატისთვის ინფორმაციის მიწოდებისას პაციენტს წერილობით აწერინებენ თანხმობას. აღნიშნული მისასალმებელი ფაქტია, თუმცა ეს ინიციატივა შემდგომ შესწავლასა და დახვეწას მოითხოვს. ზოგიერთ დაწესებულებაში პაციენტისაგან წერილობითი მოითხოვენ დადასტურებას მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც იგი უარს აცხადებს რაიმე სახის სამედიცინო დახმარების ჩატარებაზე. ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულებაში არსებობს წერილობითი თანხმობის მოპოვების პრაქტიკა მანამ, სანამ პაციენტს ჩართავენ „DOTS“ პროგრამაში. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში აღნიშნული პრობლემა მეტ-ნაკლებად დარეგულირებულია და პაციენტისაგან წერილობითი თანხმობის მოპოვება ხდება ოპერაციული მკურნალობის ან ზოგიერთი სხვა ტიპის მკურნალობის დაწყების წინ. პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ პაციენტთა აბსოლუტური უმრავლესობისათვის მათ შესახებ არსებული სამედიცინო ჩანაწერები პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია. სამედიცინო პერსონალი კი განმარტავს, რომ პატიმრები იშვიათად ითხოვენ სამედიცინო დოკუმენტაციის გაცნობას ან ასლის მიღებას, რაც, მონიტორინგის ჯგუფის დაკვირვებით, სიმართლეს არ შეესაბამება.

რაც შეეხება ამ მხრივ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში დანერგილი სიახლეების იმპლემენტირებას პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში, უნდა აღინიშნოს, რომ “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის შესაბამისად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 12 აპრილის N 92/ნ ბრძანება (სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებისას სამედიცინო კლასიფიკატორების გამოყენების წესის დამტკიცების შესახებ), რომელიც 2011 წლის 1 მარტიდან ამოქმედდა და რომლის მიხედვითაც დამტკიცებულია: “პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორის ICPC -2-R გამოყენების წესი;” “სკანდინავიური ქვეყნების ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორის (NCSP) გამოყენების წესი;” ლაბორატორიული ჩარევების კლასიფიკატორის გამოყენების წესი და „ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია

(ICD-10). მეათე გადახედვა. სახელმძღვანელო ინსტრუქციები“ იმპლემენტირებული ჯერ არ არის, რაც ზემოთ მითითებული კანონის დარღვევაა.

ასევე არ არის იმპლემენტირებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 7 დეკემბრის №398/ნ ბრძანება „ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/ მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის და რეესტრის წარმოების წესის დამტკიცების თაობაზე“, რომელიც შემუშავებულია „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 154-ე მუხლის მე-7 პუნქტის შესაბამისად.

განსაკუთრებით შემაშფოთებელია სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საქმეთა სამინისტროს მიერ წარმოდგენილი გეგმა, რომლის მიხედვით პაციენტთა ე.წ. სამედიცინო ჩანაწერები უნდა გახდეს ელექტრონული. სამინისტროს ხელმძღვანელობის თქმით, ერთადერთი მიზანი, რომელსაც ეს ინიციატივა ემსახურება, არის ჩანაწერების ცენტრალიზება – მათი ხელმისაწვდომობა სამინისტროს, მათ შორის, სამედიცინო დეპარტამენტის ხელმძღვანელობისთვის, რა დროსაც ავტომატურად გამჟღავნდება კონფიდენციალური სახის ინფორმაცია, ეს კი კანონდარღვევაა. გარდა ამისა, მაშინ, როდესაც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა თავად არ არის გადასული ამ ტიპის სერვისზე, გაურკვეველია, როგორ უნდა დაემატოს სისტემაში ის ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებული იქნება პაციენტის მკურნალობის ფრაგმენტთან სამოქალაქო ტიპის დაწესებულებაში. ჩვენი აზრით, მხოლოდ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის გადაყვანა ამ სტილზე გამოიწვევს მის უფრო მეტ მარგინალიზაციას და იზოლირებას საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისაგან. ყველა ძალისხმევა უნდა იქნეს გამოყენებული, რათა აღნიშნულმა ინიციატივამ კიდევ უფრო არ გააღრმავოს ჯანდაცვის მომსახურების ეკვივალენტურობასა და კონფიდენციალურობის დაცვაში უკვე არსებული ხარვეზები, მით უფრო, რომ არ არსებობს დოკუმენტურად განერილი რაიმე სახის კონცეფცია, დასაბუთება ან თუნდაც ფინანსური განერა ჩანაწერების ელექტრონულ სისტემაზე გადასაყვანად. სამინისტროს ხელმძღვანელობას, მათ შორის, სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს, ევალებათ სისტემის ზოგადი მენეჯმენტი და არამც და არამც კონკრეტული პაციენტების მკურნალობის მართვა, რაც არ აძლევს მათ იმის უფლებას, რომ გაეცნონ პაციენტის ჩანაწერებს ამ უკანასკნელის თანხმობის გარეშე.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველი დაუშვებლად მიიჩნევს პაციენტთა პაციენტთა შესახებ სამედიცინო ხასიათის ინფორმაციის ფართოდ ხელმისაწვდომ ელექტრონულ ბაზაში განთავსებას.⁵⁸⁴

პრევენციის ეროვნული მექანიზმი მიიჩნევს, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 25 მაისის №90 ბრძანება (ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პირადი საქმის გაცნობის სპეციალურად უფლებამოსილ პირთა ნუსხის დამტკიცების

შესახებ) შეიცავს ისეთ დებულებებს, რომლებიც უხეშად არღვევს საქართველოსა და საერთაშორისო კანონმდებლობას. ამ ბრძანებაში, კერძოდ მის მე-2 და მე-3 მუხლში გაკეთებულია ჩანაწერი, რომლის მიხედვითაც:

მუხლი 2. დამტკიცდეს სპეციალურად უფლებამოსილ პირთა ნუსხა, რომელთაც აქვთ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პირადი საქმის გაცნობის უფლება, გარდა სამედიცინო ბარათისა. (დანართი №2).

მუხლი 3. დამტკიცდეს სპეციალურად უფლებამოსილ პირთა ნუსხა, რომელთაც აქვთ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პირადი საქმიდან მხოლოდ სამედიცინო ბარათის გაცნობის უფლება. (დანართი №3).

⁵⁸⁴ სახალხო დამცველის რეკომენდაციის საფუძველზე სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის ახალ სამოქმედო გეგმაში, რომლის განხილვაც მიმდინარეობდა საანგარიშო პერიოდში, პაციენტ პაციენტთა ელექტრონული ბაზის შექმნა აღარ არის გათვალისწინებული.

2011

აღნიშნული კი იმას ნიშნავს, რომ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრმა თავის მიერვე გამოცემული კანონქვემდებარე აქტით პირთა გარკვეულ კატეგორიას მიანიჭა უფლება, პაციენტის თანხმობის გარეშე გაეცნოს სამედიცინო კონფიდენციალურ ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ, რითაც უხეშად დაირღვა არა მარტო საქართველოს კონსტიტუცია და ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა (საქართველოს კანონები „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“), ასევე ევროპის საბჭოს კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რომელიც საქართველოს მიერ ხელმოწერილი და რატიფიცირებულია და უკვე თითქმის 10 წელია ამოქმედებულია დათქმების გარეშე. აღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოს სახალხო დამცველის შეხედულებით, საჭიროა ბრძანებაში დაუყოვნებლივ შევიდეს ისეთი ცვლილებები, რომელიც მას შეუსაბამებს ზემოთ ჩამოვლილ ნორმებს.

რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო სტრუქტურებში დადგენილი წესით აწარმოონ სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაცია (განისაზღვრება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 5 აპრილის N101/6 ბრძანებით) და ასევე დადგენილი წესით გადასცენ ინფორმაცია დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს;
- გადაიხედოს სასჯელაღსრულების სისტემაში სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ფორმები მათი ჯანდაცვის კანონმდებლობით დადგენილ წესებთან სრული შესაბამისობის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით;
- პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სტრუქტურებს მიეცეთ სათანადო რეკომენდაციები და მითითებები სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვის წესების შესახებ, ისე, როგორც მოთხოვნილია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის N198/6 ბრძანებით;
- უზრუნველყოფილი იქნეს საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო ხელშეკრულებების შესაბამისად გათვალისწინებული ვალდებულებების დაცვა ჯანდაცვის მომსახურებათა მიწოდების პროცესში პაციენტის კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხებთან მიმართებაში. ამ მიზნით, აუცილებელი გამოწვევების გარდა, დაუშვებლად ჩაითვალოს არასამედიცინო პირების მონაწილეობა სამედიცინო გასინჯვის, მკურნალობის ან სხვა მსგავს პროცესებში; მათ ხელი არ უნდა მიუწვდებოდეთ პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციაზე არც წერილობით და არც ზეპირსიტყვიერი სახით;
- გაუქმდეს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 25 მაისის N90 ბრძანების მე-2 და მე-3 მუხლები, რომლებიც ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონმდებლობას და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით გათვალისწინებულ ვალდებულებებს. აღნიშნული საკითხი დარეგულირდეს მოქმედი კანონმდებლობის განუხრელი დაცვით.

რეკომენდაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსს:

- დაწესდეს მკაცრი კონტროლი პენიტენციურ სისტემაში სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებაზე ქვეყანაში არსებული სტანდარტების შესაბამისად;
- განხორციელდეს რეგულარული კონტროლი სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების შესაბამისობაზე სანებართვო პირობებთან.

სიკვდილობა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებაში

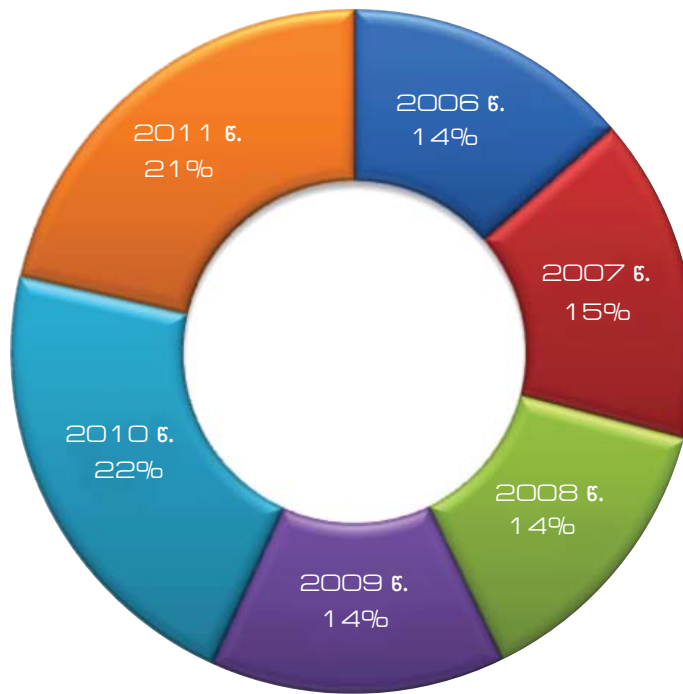
საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი უკვე რამდენიმე წელია სწავლობს სიკვდილობას და მასთან დაკავშირებულ ტენდენციებს საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში. აღნიშნული მონაცემების ანალიზი და დამუშავება მიმდინარეობს რამდენიმე წყაროზე დაყრდნობით, რომელთაგანაც უნდა აღინიშნოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროდან მოწოდებული ინფორმაცია, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან მოწოდებული ინფორმაცია, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებიდან მიღებული ინფორმაცია და სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროდან საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ გამოთხოვილი გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები. ყველა ამ წყაროდან მიღებული ინფორმაცია მონიტორინგის დროს შეუდარდება უშუალოდ სასჯელაღსრულების სისტემის ყველა დაწესებულებაში ადგილზე მოპოვებულ ინფორმაციასთან, რომლის შედეგადაც იქმნება სრული სურათი ამ მხრივ სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებული მდგომარეობის შესახებ. ჩვენ მიერ მოპოვებული და გაანალიზებული მონაცემებიდან ჩანს, რომ ბოლო ექვსი წლის განმავლობაში (2006-2011) საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 653 პატიმარია გარდაცვლილი. წლებისა და თვეების მიხედვით სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:

წელი	იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი	სულ
2006	6	3	10	6	3	5	8	12	14	6	10	6	89
2007	10	12	10	9	7	7	11	6	6	8	8	7	101
2008	5	3	8	5	12	16	9	6	6	6	7	7	90
2009	12	9	7	3	14	10	4	3	5	6	7	11	91
2010	7	12	7	10	13	10	13	15	15	14	12	14	142
2011	11	12	21	10	14	9	7	14	11	8	14	9	140
სულ:	51	51	63	43	63	57	52	56	57	48	58	54	653

ცხრილში წარმოდგენილი მონაცემების მიხედვით ნათლად ჩანს, რომ წლის პირველი ნახევრის განმავლობაში გარდაცვლილთა რაოდენობის მიხედვით 2011 წლის პირველი ნახევარი მაქსიმალური მაჩვენებლებით გამოირჩევა, რაც შეეხება წლის მეორე ნახევარს, აქ გარდაცვლილთა მაქსიმალური რაოდენობა 2010 წელს მოდის, ხოლო 2011 წლის მეორე ნახევარი მეორე ადგილს იკავებს. საერთო ჯამში კი წლის პირველ და მეორე ნახევარში გარდაცვლილთა რიცხვი პრაქტიკულად ერთნაირია. რაც შეეხება ბოლო 2 წლის მონაცემებს, უნდა აღინიშნოს, რომ გარდაცვლილთა რაოდენობის მკვეთრი მატების ტენდენცია აღინიშნება. პირველად აღნიშნული ტენდენცია 2010 წლის ბოლოსათვის დაფიქსირდა, როდესაც სიკვდილობა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში თითქმის 60%-მდე გაიზარდა წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით. რაც შეეხება 2011 წელს, სამწუხაროდ, აღნიშნული საგანგაშო მაჩვენებელი პრაქტიკულად შენარჩუნებულია (რიცხოობრივად მხოლოდ „2“ - ით ჩამოუვარდება გასული წლის მაჩვენებელს). ბოლო 6 წლის სტატისტიკის გათვალისწინებით, ყოველწლიურად სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში გარდაცვლილ პატიმართა საშუალო რაოდენობა 108 - ის ტოლია. 2011 წლის მონაცემები კი საშუალო მაჩვენებელს დაახლოებით 30%-ით აღემატება. ანალოგიური მაჩვენებელი დაფიქსირდა გასულ (2010) წელსაც.

ქვემოთ მოყვანილ დიაგრამაზე წარმოდგენილია წლების მიხედვით გარდაცვლილთა პროცენტული წილი ბოლო 6 წლის საერთო მაჩვენებლის მიმართ.

2011

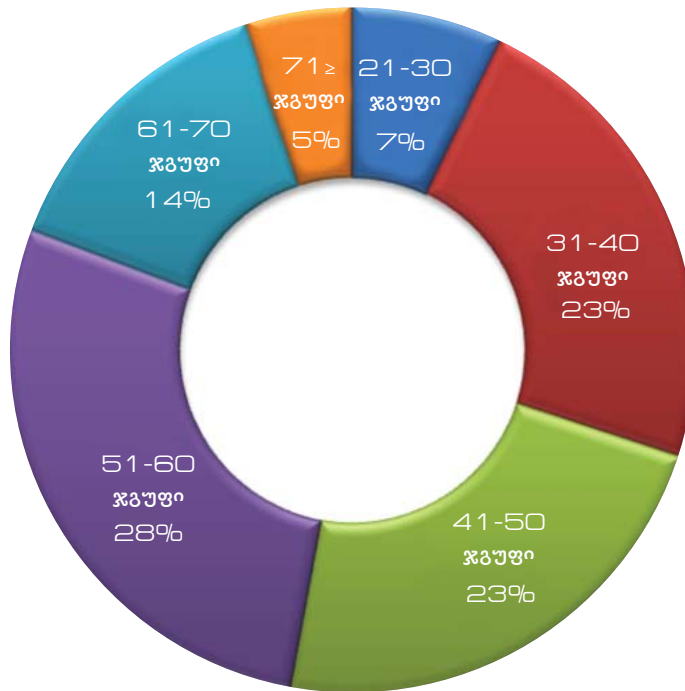


დიაგრამიდან აშკარად ჩანს, რომ 2010 და 2011 წლები, მართლაც, გამოირჩევა სიკვდილობის დონის მკვეთრი მატებით, ანუ 2006-2009 წლებში სიკვდილობის მაჩვენებელი მეტ-ნაკლებად სტაბილური იყო, 2010 და 2011 წელს ამ მაჩვენებელმა პიკს მიაღწია და წინა წლებთან შედარებით მკვეთრად იმატა, რაც მეტად საყურადღებო და დამაფიქრებელი ფაქტია.

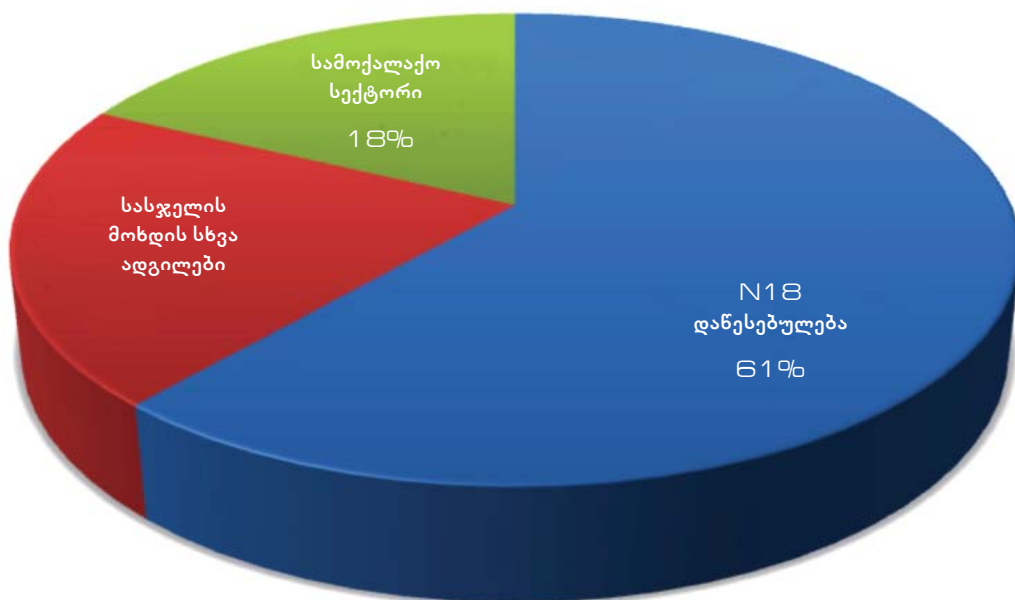
მონაცემების მიხედვით 2011 წელს საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებზე რიცხული 140 ადამიანია გარდაცვლილი. მათგან 77 (55%) წლის პირველ ნახევარზე, ხოლო 63 (45%) წლის მეორე ნახევარზე მოდის. 2011 წლის განმავლობაში გარდაცვლილთა შორის 5 (4%) ქალია, 135 (96%) - მამაკაცი. ჩვენ შევისწავლეთ და გავაანალიზეთ გარდაცვლილთა ასაკობრივი სპექტრი. ყველაზე ახალგაზრდა გარდაცვლილი 22 წლის იყო, ხოლო ყველაზე ასაკოვანი - 80 წლისა. გარდაცვლილთა საშუალო ასაკმა წლის პირველ ნახევარში 46 ± 4 შეადგინა, ხოლო წლის მეორე ნახევარში 50 ± 4 . აღნიშნული ფაქტი მცირე ზრდის ტენდენციას ავლენს წინა წლების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით. რაც შეეხება 2011 წელს გარდაცვლილთა ასაკობრივ ჯგუფებს, ეს ინფორმაცია წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

21 - 30	7.14 %
31 - 40	22.89 %
41 - 50	22.89 %
51 - 60	27.8 %
61 - 70	14.28 %
71 ≥	5 %

როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს, გარდაცვლილთა მაქსიმალური რაოდენობა არის „51-60 ასაკობრივი ჯგუფიდან.“ შემდეგ ადგილზე, თანაბარი პროცენტული მაჩვენებლით, „31-40“ და „41-50“ ასაკობრივი ჯგუფებია. თვალსაჩინოების მიზნით ასაკობრივი ჯგუფების განაწილება წარმოდგენილია ასევე დიაგრამაზე.



რაც შეეხება პატიმართა გარდაცვალების ადგილს, ამ მხრივაც 2011 წელს საინტერესო ტენდენცია იკვეთება. კერძოდ, გარდაცვალების შემთხვევათა 17.85 % მოდის ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოზე, რაც გაცილებით ნაკლებია 2010 წლის ჯამური მონაცემების მიმართ; 61.42% გარდაცვლილია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო 20.73%-ში სიკვდილი დაფიქსირდა სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში. აღნიშნული თანაფარდობა წარმოდგენილია გრაფიკულად:



2011

2010 წლის მონაცემებისაგან განსხვავებით, ამ მხრივ მდგომარეობა რადიკალურადაა შეცვლილი. გარდაცვალების შემთხვევათა დიდი უმეტესობა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულებაზე მოდის, რითაც სტატისტიკა დაუბრუნდა 2009 წლის მაჩვენებელს. 2009 წლის მსგავსია ასევე ქალაქის საავადმყოფოებსა და სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში გარდაცვლილ პატიმართა პროცენტული წილიც.

ჩვენ მიერ ჩატარებულმა შესწავლამ აჩვენა, რომ გარდაცვლილ პატიმართა დიდ ნაწილს დადგენილი ჰქონდა მძიმე და განუკურნებელი დაავადების დიაგნოზი (ავთვისებიანი სიმსივნეების ტერმინალური სტადია, ვირუსული ჰეპატიტის გამო განვითარებული პორტული ჰიპერტენზია, ენცეფალოპათიით, სისხლდენითა და ასციტით, აივ-ინფექცია შიდსის ტერმინალური სტადია, ტუბერკულოზის შორსნასული ფორმა, მათ შორის მულტირეზისტენტული და ექსტრაპულმონური ფორმების კომბინაცია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მძიმე და შეუქცევადი პათოლოგიების შორსნასული ფორმები და ა.შ.). მიუხედავად ამისა, ამ პატიმართა მიმართ სასჯელის გადავადების ან ვადამდე ადრე გათავისუფლების საკითხი არ დასმულა. ცალკე აღსანიშნავია ის შეუფერებელი პირობები და საშუალებები, რომლებშიც მკურნალობენ და უვლიან იმ პაციენტებს, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა. თითოეული ასეთი შემთხვევა უნდა შეფასდეს არაჰუმანურ მოპყრობად და პასუხისმგებლობა ამ საკითხზე უნდა დაეკისროს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო პროფილის პერსონალს. სამწუხაროდ ამ საკითხს წლიდან წლამდე ყურადღება არ ექცევა მაშინ, როცა საუბარია წარმატებულ ჯანდაცვის რეფორმაზე და მის შედეგებზე, რაც არ ეფუძნება სამედიცინო კლასიფიკატორებსა და რეალურ მდგომარეობას.

როგორც უკვე აღინიშნა, სამოქალაქო სექტორის სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გაყვანილი და გარდაცვლილი პატიმრების წილი 2011 წელს 17.85%-ია. სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებში გარდაცვალების შემთხვევები განსაკუთრებით მრავლად იყო წლის პირველ ნახევარში, ხოლო მეორე ნახევრისათვის მხოლოდ ერთეული შემთხვევები დაფიქსირდა. გარდაცვლილთა რაოდენობის მიხედვით კვლავ წამყვან ადგილზეა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი, სადაც ქალაქის საავადმყოფოში გარდაცვლილ პატიმართა 44 %-იანი წილი მოდის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გარდაცვლილთა ეს რაოდენობა მხოლოდ 2011 წლის პირველ ნახევარზე მოდის, ვინაიდან, ჩვენს ხელთ არსებული ინფორმაციით, წლის მეორე ნახევარში გარდაცვალების შემთხვევა აღნიშნულ დაწესებულებაში აღარ დაფიქსირებულა.

გარდაცვლილ პატიმართა რაოდენობის მიხედვით მეორე ადგილზეა თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი (12%) და ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი (ასევე 12%). კარდიოლოგიური კლინიკა „გული“ და ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი ასევე თანაბარი რაოდენობით (8%) მე-4 და მე-5 ადგილს ინაწილებენ. საანგარიშო პერიოდში შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრში გარდაცვალების პროცენტული წილი 4% იყო. ამდენივე პროცენტული წილი მოდის ბათუმის რესპუბლიკურ საავადმყოფოსა და ქუთაისის ცხაკაიას სახ. სამედიცინო ცენტრზე. აღსანიშნავია, რომ 1 პატიმარი გარდაცვლილია თბილისის საქალაქო სასამართლოს სხდომათა დარბაზში. აღნიშნული მონაცემები მოცემულია ცხრილში:

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი	44%
თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი	12%
ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი	12%
კლინიკა „გული“	8%
ონკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი	8%
ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი	4%
ცხაკაიას სახ. დას. საქართ. ინტერვენც. მედიცინ. ეროვნული ცენტრი / ქუთაისი	4%
ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფო	4%
თბილისის საქალაქო სასამართლოს სხდომათა დარბაზი	4%

შედარებისათვის უნდა ითქვას, რომ 2009 და განსაკუთრებით 2010 წლის განმავლობაში გარდაცვლილთა 50%-ზე მეტი მოდიოდა ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრზე. მას შემდეგ, რაც საქართველოს სახალხო დამცველმა მწვავე შეფასება მისცა ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პატიმარი პაციენტების ქალაქის საავადმყოფოებში გადაყვანას, აღნიშნული ტენდენცია 2011 წლის პირველი ნახევრის მონაცემებით შეჩერდა, რის გამოც მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულება კვლავ იქცა პატიმართა სიკვდილობის N1 ადგილად. აღსანიშნავია, რომ ამ ფონზე, წინა წლების მონაცემებთან შედარებით, თავი იჩინა სასჯელის მოხდის სხვადასხვა ადგილას გარდაცვალების შემთხვევათა ზრდამ.

როგორც უკვე აღინიშნა, პატიმართა დაახლოებით 20.73% გარდაიცვალა სასჯელაღსრულების სისტემის სხვადასხვა დაწესებულებაში, ანუ სასჯელის მოხდის ძირითად ადგილებში (გარდა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებისა). აღნიშნული სტატისტიკა, დაწესებულებათა მითითებით, დეტალურად წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

№	სასჯელაღსრულების დაწესებულება	%
1	№15 დაწესებულება (ქსანი)	34.48
2	№19 დაწესებულება (ქსანი) ტუბერკ.	20.68
3	№ 6 დაწესებულება (რუსთავი)	10.34
4	№ 5 დაწესებულება (რუსთავი) ქალთა	10.34
5	№ 16 დაწესებულება (რუსთავი)	3.46
6	№17 დაწესებულება (რუსთავი)	13.78
7	№14 დაწესებულება(გეგუთი)	3.46
8	№ 2 დაწესებულება(ქუთაისი)	3.46

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გარდაცვალების შემთხვევები მაქსიმალური იყო ქსანში მდებარე №15 დაწესებულებაში; მეორე ადგილზეა რუსთავის №17 დაწესებულება, მესამე ადგილზე გამოდის დაბა ქსანში განთავსებული №19 ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება. მე-4 და მე-5 ადგილს ინანილებენ რუსთავის ქალთა N5 და ასევე რუსთავში განთავსებული N6 დაწესებულება. რაც შეეხება რუსთავის N16, გეგუთის N14 და ქუთაისის N2 დაწესებულებებს, მათში გარდაცვლილთა პროცენტული წილი მსგავსია და 3.46%-ია.

2011 წლის განმავლობაში პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების შესასწავლად სახალხო დამცველის აპარატმა გამოიყენა საქართველოს ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის მასალები და სხვადასხვა დოკუმენტის შესწავლის შედეგები. ინფორმაცია გარდაცვლილი პატიმრებისა და გარდაცვალების მიზეზების შესახებ გამოთხოვილ იქნა ასევე საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან. გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები გამოთხოვილ იქნა სსიპ ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროდან. ზოგიერთი გარდაცვლილი პატიმრის სტაციონარის სამედიცინო ბარათის ასლები მიღებულ იქნა როგორც მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებიდან, ასევე სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებიდანაც. არსებული მასალები შეჯერდა და გაანალიზდა. პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების გასაანალიზებლად ვიხელმძღვანელებთ სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებით, ასევე, ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩვენი შესწავლა დაეყრდნო სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათებში არსებულ ინფორმაციას. იმ დიაგნოზების ჩამონათვალი, რომელიც დაუდგინდათ გარდაცვლილებს (შესაბამისად გამოტანილი იყო სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზის სახით) გავერთიანეთ ცალკეულ ნოზოლოგიურ კლასებში, რომლებიც წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში და დიაგრამაზე საანგარიშო წლის პირველი და მეორე ნახევრების მიხედვით:

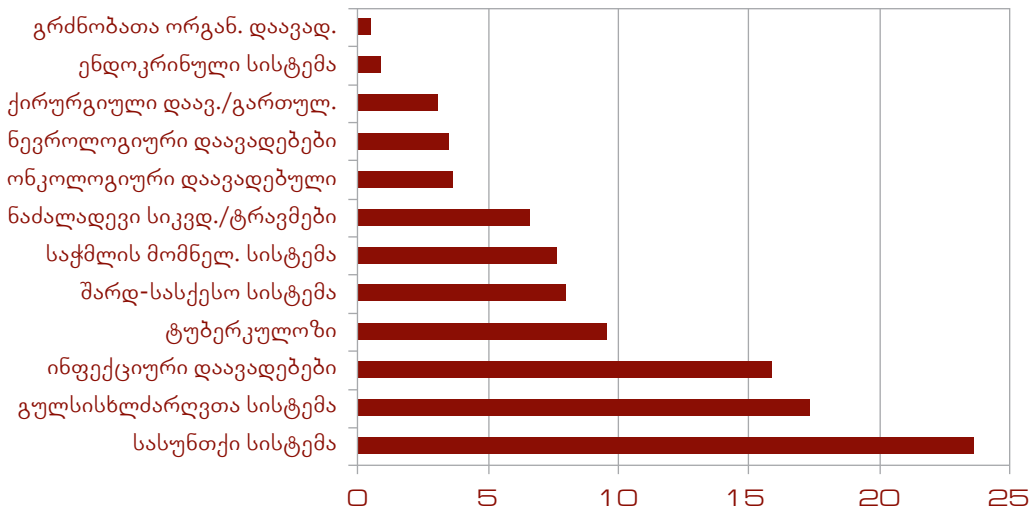
სსიპ
ლევან
სამხარაულის
სახელობის
სასამართლო
ექსპერტიზის
ეროვნული
ბიურო

№	დაავადებათა კლასი	2011 წ. (%)	
		I ნახ	II ნახ
1	სასუნთქი სისტემა	25.43	21.98
2	ინფექციური დაავადებები	17.53	14.15
3	გულსისხლძარღვთა სისტემა	16.29	18.97
4	ტუბერკულოზი	10.37	6.32
5	ნაძალადევი სიკვდილი და ტრავმები	7.16	6.02
6	შარდ-სასქესო სისტემა	6.92	9.33
7	საჭმლის მომნელებელი სისტემა	5.18	10.84
8	ქირურგიული დაავადებები/გართულ	3.45	2.71
9	ნევროლოგიური დაავადებები	3.22	3.91
10	ონკოლოგიური დაავადებები	3.22	4.21
11	გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	0.74	0.33
12	ენდოკრინული სისტემა	0.49	1.23

როგორც ცხრილიდან ჩანს, დაავადებათა გარკვეული კლასები წლის განმავლობაში ვარირებას განიცდიდა; შესაბამისად, ზოგიერთ შემთხვევაში აღინიშნება კლება, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში - მატება. მაგალითად, გარდაცვლილთა შორის ტუბერკულოზის გავრცელების თვალსაზრისით, წლის მეორე ნახევარში 4%-იანი კლება დაფიქსირდა. თითქმის ორჯერაა გაზრდილი საჭმლის მომნელებელი დაავადებების კლასში შემავალი ნოზოლოგიები; დანარჩენ შემთხვევაში უპირატესად სტაბილური სურათია შენარჩუნებული.

რაც შეეხება საერთო წლიურ მაჩვენებელს, რომელიც დაავადებათა კლასების სიხშირეს შეესაბამება, წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

№	დაავადებათა კლასი	2011 წ. სულ (%)
1	სასუნთქი სისტემა	23.62
2	გულსისხლძარღვთა სისტემა	17.31
3	ინფექციური დაავადებები	15.83
4	ტუბერკულოზი	9.53
5	შარდ-სასქესო სისტემა	7.91
6	საჭმლის მომნელებელი სისტემა	7.65
7	ნაძალადევი სიკვდილი და ტრავმები	6.57
8	ონკოლოგიური დაავადებები	3.62
9	ნევროლოგიური დაავადებები	3.48
10	ქირურგიული დაავადებები/გართულ	3.08
11	ენდოკრინული სისტემა	0.87
12	გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	0.53



როგორც მოყვანილი დიაგრამიდან და ცხრილიდან ნათლად ჩანს, გარდაცვლილ პაციმართა თითქმის მეოთხედს აღნიშნებოდა სასუნთქი სისტემის რომელიმე პათოლოგია (ამ კლასში არ შედის ფილტვების ან სასუნთქი გზების ტუბერკულოზი, მისი განსაკუთრებული თავისებურების გამო პენიტენციურ სისტემაში; შესაბამისად იგი ცალკეა გამოყოფილი). აღნიშნული მაჩვენებელი სტაბილურია ბოლო წლების განმავლობაში და პრაქტიკულად უტოლდება 2010 წლის წლიურ მაჩვენებელს.

საანგარიშო პერიოდში, გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზების მიხედვით, სიხშირით მეორე ადგილზე დგას გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები. აღსანიშნავია, რომ ამ დაავადებისა და მისი ერთ-ერთი ფორმის - მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე და მისი როლი სასიკვდილო გამოსავალში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გახდა და, სამწუხაროდ, შედარებით უფრო ახალგაზრდა ჯგუფებში გადმოინაცვლა. მესამე ადგილზეა ინფექციური პროფილის დაავადებები. ამ ჯგუფში გაერთიანებულია უპირატესად ვირუსული ჰეპატიტები და აივ ინფექცია. ასევე შეყვანილია მათი გართულებები, რომლებიც ცალკეა გამოტანილი სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებში. აღსანიშნავია, რომ ინფექციური დაავადებები მესამე ადგილს იკავებდა 2009 წლის მონაცემების მიხედვითაც.

ტუბერკულოზის დიაგნოზი სიხშირით მე-4 ადგილზე გადმოვიდა და ერთი ადგილით ჩამოკეციდა 2010 წლის წლიური მაჩვენებლების სპექტრის მიმართ. მიუხედავად ამისა, ანტიტუბერკულოზური სტრატეგია პენიტენციურ სისტემაში კვლავ მოიცავს მთელ რიგ ისეთ ხარვეზებს და ნაკლოვანებებს, რომელთა გამოსწორება ტუბერკულოზური ავადობისა და სიკვდილობის წინააღმდეგ ეფექტური ბრძოლის მნიშვნელოვანი საშუალებაა.

აღნიშნულის პარალელურად, გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებს შორის, მკვეთრად იმატა შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებათა იდენტიფიკაციამ. 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში ამ დაავადებათა ჯგუფი სიკვდილობის სპექტრში 7.91%-ით მე-6 ადგილს იკავებს.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგია, თუ არ ჩავთვლით ღვიძლის ვირუსულ დაზიანებებს, 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში ისევე, როგორც გასულ წელს, მცირედი კლების ტენდენციას ავლენს.

ნაძალადევი სიკვდილისა და ტრავმების პროცენტული რაოდენობით აღნიშნული ჯგუფი 2011 წლის მონაცემთა შორის მე-7 ადგილზე გამოდის. აღნიშნულს ერთი საფეხურით ჩამორჩება ონკოლოგიური დაავადებები. გავრცელების სიხშირის მიხედვით, როგორც ჩანს, ცვლილება არ შეეხო ონკოლოგიურ დაავადებებს და კვლავ მე-10 ადგილზე იმყოფება. ამ ჯგუფის დაავადებებისათვის წელს ტიპურია ტენდენცია, რომელიც დაავადებათა სპექტრის გაფართოებას მოიცავს და ასევე ონკოლოგიური

2011

დაავადებები შემთხვევითა დიდ უმრავლესობაში (სადაც მათი დიაგნოზი დაისვა) სიკვდილის უშუალო მიზეზია. აღსანიშნავია, რომ ვხვდებით ონკოპათოლოგიის ტერმინალურ, შორსნასულ ფორმებს. არის შემთხვევები, როდესაც სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი პაციენტის სიცოცხლეში ვერ დაისვა და მხოლოდ სასამართლო ჰისტოლოგიური ექსპერტიზის დასკვნის შედეგად გახდა ცნობილი.

ნევროლოგიური პათოლოგიები პროცენტული წილის მიხედვით მე-9 ადგილს იკავებს და კლების ტენდენციას ავლენს. აღსანიშნავია, რომ გასული 2 წლის განმავლობაში ნევროლოგიური დიაგნოზით გარდაცვლილთა პიკური მაჩვენებელი დაფიქსირდა.

სიხშირით მე-10 ადგილზეა ქირურგიული დაავადებები, რომლებიც, ჩვენი სტატისტიკის მიხედვით, წლის მეორე ნახევარში მატების ტენდენციას ავლენს. ამ ჯგუფში გაერთიანდა ასევე საჭმლის მომნელებელი ტრაქტისა და სასუნთქი სისტემიდან განვითარებული სისხლდენები, რომლებიც პაციენტთა გარდაცვალების უშუალო მიზეზი გახდა ან გარკვეული პათოფიზიოლოგიური მექანიზმით ხელი შეუწყო სიკვდილის განვითარებას.

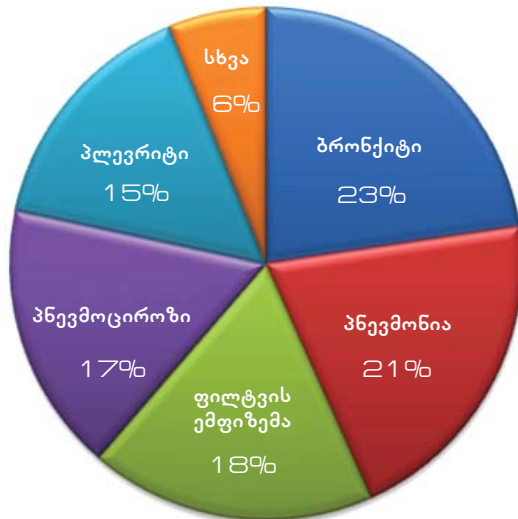
მე-10 და მე-11 ადგილებს, შესაბამისად, 0.87 და 0.53%-ით იკავებს ენდოკრინული სისტემისა და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები. ეს უკანასკნელი აერთიანებს მხედველობისა და სმენის ორგანოს ფუნქციის მოშლას. რაც შეეხება ენდოკრინული სისტემის დაავადებებს, საანგარიშო პერიოდში შეგვხვდა ფარისებრი ჯირკვლისა და კუჭუკანა ჯირკვლის დაავადებები.

სასუნთქი სისტემის დაავადებებიდან საანგარიშო პერიოდში ყველაზე ხშირად ბრონქიტი ფიქსირდება (აქ შეყვანილია მხოლოდ ბაქტერიული [ექსუდაციური] ეტიოლოგიის ბრონქიტები. რაც შეეხება ტუბერკულოზურ ბრონქიტებს, ისინი განხილულ იქნება ტუბერკულოზთან ერთად). სიხშირით მეორე ადგილზე გამოდის პნევმონია (ფილტვების ანთება), რომელიც ასევე ორ კატეგორიად დავყავით (ტუბერკულოზურ და ბაქტერიულ პნევმონიებად) და ამ ჯგუფში შევიყვანეთ მხოლოდ ბაქტერიული ეტიოლოგიის პროცესები, რომელიც ხშირად ფილტვებში ჩირქოვანი კერების წარმოქმნით მიმდინარეობდა და სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზის მიხედვით პნევმონიად იდენტიფიცირდა. საერთო ჯამში, 2011 წელს გარდაცვლილი 140 პაციენტიდან ჩირქოვანი პნევმონია აღენიშნებოდა 40 პაციენტს, ანუ საერთო რაოდენობის თითქმის 28.5%-ს. როგორც უკვე აღინიშნა, კაზოზური პნევმონია ამ ჯგუფში არ შევიდა და განხილული იქნება ტუბერკულოზთან ერთად. აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილთა საექსპერტო დასკვნების მიხედვით, რომლებიც ნაწილობრივ პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციასაც მიმოიხილავს, ხშირ შემთხვევაში საპყრობილის ექიმები ფილტვების ანთებას ვერ ამოიცნობენ და შესაბამისად, მკურნალობაც არ ჩატარებულა. პნევმონია ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტის რეანიმაციულ განყოფილებაში ყოფნის პერიოდში არსებული გართულებაა. ანთება ხშირად ორმხრივია, რაც განსაკუთრებით ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას და სუნთქვის უკმარისობას იწვევს, გარდა იმისა, რომ ინტოქსიკაცია, თავის მხრივ სინერგისტულად მოქმედებს ძირითადი დაავადებების მიერ გამოწვეულ ნეგატიურ ფაქტორებზე. პნევმონიების განვითარება ასევე ხშირია ხანგრძლივად მწოლიარე პაციენტებში, რომლებიც სხვა მიზეზის გამო გადიან სტაციონარული მკურნალობის კურსს. ასეთ შემთხვევაში პნევმონიით გამოწვეული ინტოქსიკაცია ხშირად ხდება სიკვდილის უშუალო განმაპირობებელი ფაქტორი.

სასუნთქი სისტემის დაავადებებიდან გარდაცვლილებში სიხშირით მესამე ადგილზეა ექსპერტიზის მიერ დადასტურებული ფილტვების ემფიზემა – 35 შემთხვევა, რაც წინა წლებთან შედარებით მკვეთრი მატების ტენდენციას ავლენს. პნევმოციროზი მორფოლოგიურად დადასტურდა 33 შემთხვევაში, რაც გასული წლების მსგავსად მაღალი მაჩვენებელია. 30 შემთხვევაში დაფიქსირდა არატუბერკულოზური გენეზის პლევრიტი. ხშირ შემთხვევაში პლევრიტი თან ახლავს პნევმონიას და, სავარაუდოდ, მის გართულებას წარმოადგენს, რაც ფილტვების ანთების არაადეკვატური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის შედეგია. პლევრიტი ხშირად ექსუდაციურია (ჩირქოვან-ფიბრინული), რაც მკვეთრად ამძიმებს პაციენტის ზოგად მდგომარეობას.

სასუნთქი სისტემის დაავადებებს შორის სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში ვხვდებით ასევე პნევმო/ჰემო/ჰიდრო - თორაქსს, ფილტვის ინფარქტსა და ფილტვის აბსცესს; გასული წლის შემთხვევათა მსგავსად კვლავ არის სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში მორფოლოგიურად დადასტურებული ანთრაქოზისა და პნევმოკონიოზის შემთხვევებიც (3%). აღნიშნული დაავადება, როგორც წესი, პროფესიული დაავადებაა და გამოიხატება ფილტვებში სანარმოო მტერის (ამ შემთხვევაში ნახშირბადის შემცველი) დაგროვებით. დაავადების გავრცელების შემთხვევები წინა წლებშიც გამოვლინდა. როგორც გასული წლის მოხსენებაში აღინიშნა, ამ მიმართულებით კვლევა უფრო მეტ სიღრმესა და ანალიზს მოითხოვს.

ზემოთ ჩამოთვლილ ცალკეულ ნოზოლოგიათა პროცენტული წილი, გარდაცვლილი პაციენტების სასუნთქი სისტემის დაავადებებს შორის, მოცემულია ცხრილში და დიაგრამაზე:



ბრონქიტი	22.68 %
პნევმონია	20.61 %
ფილტვის ემფიზემა	18.04 %
პნევმოციროზი	17.04 %
პლევრიტი	15.46 %
პნევმო/ჰემო - თორაქსი	3.09 %
ანთრაქ /პნევმოკონი-ოზი	1.54 %
ფილტვის აბსცესი	1.03 %
ფილტვის ინფარქტი	0.51 %

პაციენტი ნ. ნ. (ქალი), 60 წლისა (კოდი I №27), გარდაიცვალა 2011 წლის 05 მარტს რუსთავეის ქალთა N5 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილი გამოიწვია ინტერსტიციული პნევმონიის შედეგად განვითარებულმა სუნთქვის უკმარისობამ;

პაციენტი ნ. მ. (მამაკაცი), 37 წლისა (კოდი I №68), გარდაიცვალა 2011 წლის 29 მაისს N18 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით სიკვდილის მიზეზია მოახსენიებულ ბრონქოპნევმონიის შედეგად განვითარებული სუნთქვის უკმარისობა;

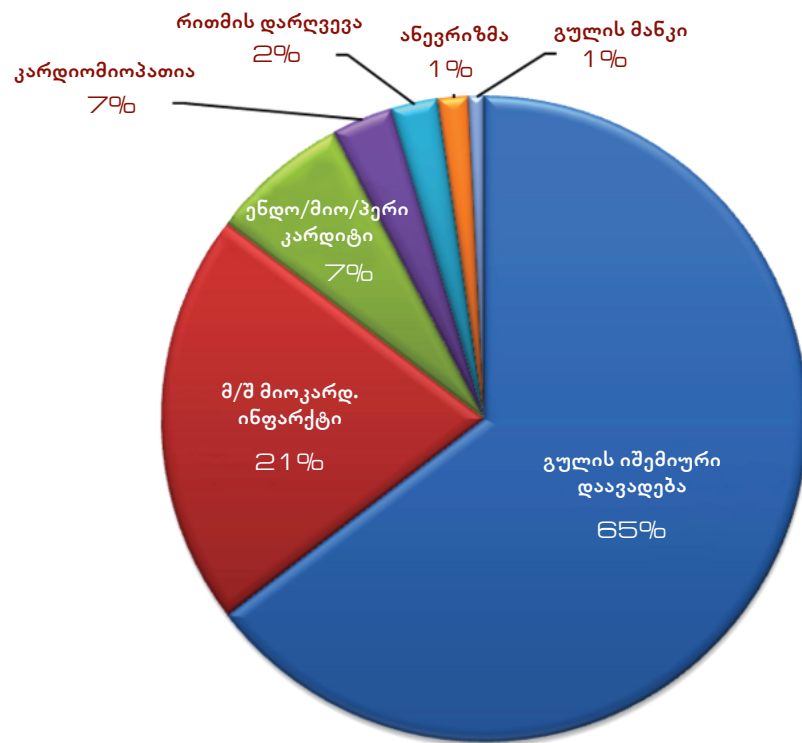
პაციენტი ს. გ. (მამაკაცი), 65 წლისა (კოდი II №35), გარდაიცვალა 2011 წლის 02 ოქტომბერს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა №18 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის

უშუალო მიზეზია „ორმხრივი ტოტალური კრუპოზული პნევმონიის შედეგად განვითარებული სუნთქვის მწვავე უკმარისობა.“

პაციენტი ა. რ. (მამაკაცი), 72 წლისა (კოდი II №38), გარდაიცვალა 2011 წლის 17 ოქტომბერს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა №18 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის უშუალო მიზეზია „...სუნთქვის მწვავე უკმარისობა... განვითარებული ორმხრივი ბრონქოპნევმონიის შედეგად.“

პაციენტი ს. გ. (მამაკაცი), 65 წლისა (კოდი II №54), გარდაიცვალა 2011 წლის 29 ნოემბერს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა №18 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის უშუალო მიზეზია „სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, განვითარებული ბრონქოპნევმონიის შედეგად.“

რაც შეეხება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს, საანგარიშო პერიოდში წინა წელთან შედარებით მათების აშკარა ტენდენცია შეინიშნება. კარდიოლოგიური დაავადებების როლი სიკვდილის დადგომაში პროცენტულად წარმოდგენილია დიაგრამაზე და ცხრილში:



გულის იშემიური დაავად	64.61 %
მ/შ მიოკარდ. ინფარქტი	20.76 %
ენდო/მიო/პერი კარდიტი	6.92 %
კარდიომიოპათია	3.07 %
გულის რითმის დარღვევა	2.35 %
მაგისტრ. სისხ. ანევრიზმა	1.53 %
გულის მანკი	0.76 %

როგორც წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემებიდან ჩანს, გულის იშემიური დაავადება აღენიშნებოდა 140 გარდაცვლილიდან თითქმის 65%-ს. მათ შორის, მიოკარდიუმის ინფარქტის მორფოლოგიური სურათი დადასტურდა 27 შემთხვევაში, ანუ დაახლოებით 20.76%-ში, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია და აღემატება გასული საანგარიშო პერიოდის წლიურ მაჩვენებელს.

აღსანიშნავია, რომ წინა წელთან შედარებით, კვლავ აღინიშნება მიოკარდიუმის ინფარქტის „გაახალგაზრდაების“ ტენდენცია, ანუ ეს დაავადება სულ უფრო და უფრო დაბალ ასაკობრივ ჯგუფში ინაცვლებს. 2011 წლის პირველ ნახევარში მიოკარდიუმის ინფარქტით გარდაცვლილთა ასაკი 22-იდან 54-მდე წლამდე მერყეობს და საშუალოდ 44 ± 2 წელია. მიოკარდიუმის ინფარქტით გარდაცვლილთა რაოდენობა წლის მეორე ნახევარში მნიშვნელოვნად გაიზარდა წლის პირველ ნახევართან შედარებით.

ჩვენ მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა, რომ კვალიფიციური კარდიოლოგიური დახმარება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში უმეტეს შემთხვევებში ხელმიუწვდომელია. არ ხდება პატიმართა სკრინინგი, რისკჯგუფების გამოვლენა და დადასტურებული დიაგნოზის შემთხვევაშიც კი, პაციენტთა ადეკვატური მეურნალობა. პაციენტები ხშირად თავად ინიშნავენ წამლებს ან აგრძელებენ იმ მედიკამენტების მიღებას, რომლებიც პატიმრობამდე დაუნიშნა ექიმმა. ამ სიტუაციაში პრეპარატის დოზისა და საერთოდ მიღების მიზანშეწონილობის საკითხი პრაქტიკულად აღარ გადაიხედება. მეორე მხრივ, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები იქ მყოფ პაციენტთა დიდ უმრავლესობას ვერ სთავაზობს კვალიფიციურ დახმარებას. რიგ სამედიცინო ნაწილს არ გააჩნია კარდიოგრაფიკი კი. ზედმეტია ლაპარაკი მიოკარდიუმის იშემიის თანამედროვე, ლაბორატორიულად (ფერმენტებით) დადასტურების შესაძლებლობაზე. მუდმივი სტრესისა და არსებული სუბსტრატული დაზიანებების პირობებში ვითარდება ამ ტიპის დაავადებები, რომლებიც მაღალ პროცენტში ფატალურია ადამიანისათვის. სწორედ ამით უნდა აიხსნას ის ტენდენცია, რომელიც საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა, კერძოდ, მიოკარდიუმის ინფარქტით სიკვდილის განვითარების შემთხვევებიდან გარკვეულ ნაწილში დიაგნოზი ვერ დაისვა პაციენტის სიცოცხლეშივე. შესაბამისად მეურნალობა დროულად არ ჩატარებულა და/ან არ დაწყებულა.

პაციენტი თ. ბ. (მამაკაცი), 50 წლისა (კოდი II №10), გარდაიცვალა 2011 წლის 01 აგვისტოს საღ №15 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით სიკვდილის უშუალო მიზეზია „გულის კუნთის ინფარქტი.“

პაციენტი გ. დ. (მამაკაცი), 59 წლისა (კოდი II №31), გარდაიცვალა 2011 წლის 23 სექტემბერს საღ №17 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის უშუალო მიზეზია „გულის კუნთის მწვავე ინფარქტი, განვითარებული გულის ქრონიკული იშემიური დაავადების გამწვავების შედეგად.“

პაციენტი გ. მ. (ქალი), 64 წლისა (კოდი II №49), გარდაიცვალა 2011 წლის 16 ნოემბერს საღ №5 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით სიკვდილის უშუალო მიზეზია „გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა განვითარებული მარცხენა პარკუჭის კუნთოვანი ბოჭკოების მწვავე იშემიური დაზიანების შედეგად.“

პაციენტი კ. ბ. (მამაკაცი), 42 წლისა (კოდი II №51), გარდაიცვალა 2011 წლის 18 ნოემბერს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა №18 დაწესებულებაში. აღსანიშნავია, რომ პაციენტის გარდაცვალება დაფიქსირებულია სტაციონარში გადაყვანიდან 1 საათში, რაც გვაფიქრებინებს, რომ პაციენტი საკმაოდ მძიმე მდგომარეობაში მიიყვანეს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის უშუალო მიზეზია „გულის კუნთის მწვავე განმეორებითი ინფარქტი.“

ინფექციური დაავადებები, როგორც უკვე აღინიშნა, 2011 წელს გარდაცვლილთა დიაგნოზებს შორის სიხშირით მესამე ადგილზეა. აღნიშნული დაავადებით განპირობებული ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები სტაბილურად მაღალია უკანასკნელი წლების განმავლობაში. ინფექციური დაავადებების, კერძოდ ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელების პრობლემა, პენიტენციურ სისტემაში ერთ-ერთ ტრადიციულ და მწვავე პრობლემად რჩება. მიუხედავად ამისა, პრობლემის მოგვარების ეფექტური და ქმედითი გზები არ არის გამოჩნადი. მიუხედავად საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ერთობლივი ბრძანებით დამტკიცებული სტრატეგიისა, პრობლემის მოგვარებას შემდგომი ქმედითი ნაბიჯები არ მოჰყოლია. სამოქმედო გეგმა ჯერჯერობით კვლავ არ არის შემუშავებული, რის გამოც ზემოთ

საქართველოს
სასჯელალსრულების
პრობაციისა და
იურიდიული
დახმარების
საკითხთა და
საქართველოს
შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური
დაცვის სამინისტროს
მიერ ერთობლივი
ბრძანებით
დამტკიცებული
სტრატეგიისა,
პრობლემის
მოგვარებას
შემდგომი
ქმედითი
ნაბიჯები
არ მოჰყოლია.

ხსენებული სტრატეგია მხოლოდ დეკლარაციული ხასიათის დოკუმენტად რჩება. სწორედ პრობლემის გადაწყვეტის ეფექტური ღონისძიებების არარსებობის გამო, არაეფექტური პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პირობებში, ვირუსული ჰეპატიტების პრობლემა გაღრმავდა, რამაც მკვეთრი ნეგატიური გავლენა მოახდინა როგორც ზოგადად სისტემის სამედიცინო ასპექტებზე, ასევე გამოსავალზე. სწორედ ამის გამო ვირუსული ჰეპატიტებითა და მათ შედეგად განვითარებული მდგომარეობებით დამდგარი სიკვდილობა წლიდან წლამდე სტაბილურად იმატებს. საანგარიშო პერიოდში ინფექციურ დაავადებებს შორის ჰეპატიტის პროცენტული წილი 62.15%-ია, რაც ძალიან მაღალი მაჩვენებელია. აღსანიშნავია, რომ 2011 წლის პირველ და მეორე ნახევარში გარდაცვლილთა დიაგნოზებში ჰეპატიტის რაოდენობა პრაქტიკულად თანაბარია.

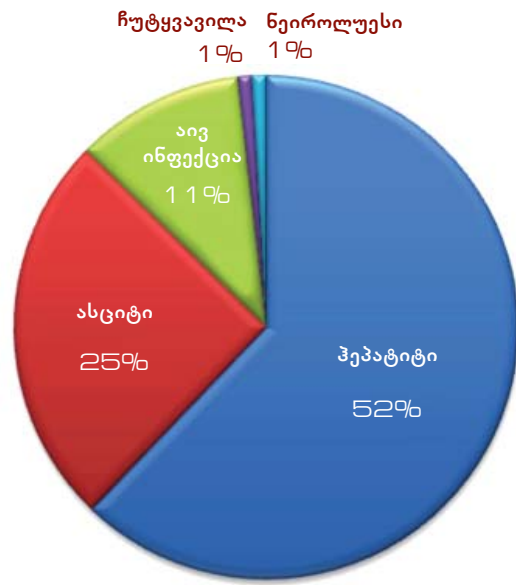
ამ ჯგუფში ასევე გაერთიანდა აივ ინფექციის დიაგნოზებიც. გარდა ამისა, ერთ გარდაცვლილს ასევე დაუდგინდა ჩუტყვავილას დიაგნოზი გარდაცვალებამდე პერიოდში, თუმცა ეს უკანასკნელი, ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზი არ ყოფილა. 1 შემთხვევაში ასევე გამოვლენილია ნეიროსიფილისის დიაგნოზიც. ჯგუფში ასევე განხილულია ვირუსული ჰეპატიტების გართულების შედეგად გარდაცვლილები, კერძოდ, ის პაციენტები, რომლებსაც ჰეპატიტის გამო განუვითარდათ ღვიძლის ციროზი და პორტული ჰიპერტენზია, შესაბამისად - ასციტი. ვირუსული ჰეპატიტებიდან, გარდაცვლილთა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, აბსოლუტურ უმრავლესობას აღენიშნებოდა HCV ვირუსი, ხოლო რამდენიმე შემთხვევაში ასევე მითითებული იყო HBV. გვხვდება ასევე „დ“ აგენტიც, HBV-თან ერთად. არცთუ იშვიათობაა სხვადასხვა ვირუსული ჰეპატიტების კომბინაცია. უნდა აღინიშნოს, რომ ვირუსული ჰეპატიტი ტუბერკულოზთან ერთად, ყველა დაწესებულებისთვის ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემაა. ჰეპატიტებით ავადობის სკრინინგი ადგილზე არ მიმდინარეობს. უდიდეს სიძნელებთანაა დაკავშირებული ასევე მკურნალობის დაწყება. ეტიოტროპული მკურნალობა სულ რამდენიმე პაციენტს აქვს დანიშნული. უკეთეს შემთხვევაში, პაციენტებს ენიშნებათ ღვიძლის დამცავი საშუალებები. მდგომარეობას ამძიმებს ის ფაქტიც, რომ დაწესებულებებში არ არსებობს ადეკვატური დიეტური კვება, რასაც მკურნალობისათვის მნიშვნელობა აქვს.

2011 წლის განმავლობაში პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში სულ გარდაიცვალა 12 აივ ინფიცირებული პირი, რაც გასული საანგარიშო წლების მონაცემების მიმართ ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია (ცნობისათვის, 2010 წელს 12 თვის განმავლობაში სულ 8 აივ ინფიცირებული გარდაიცვალა). მიუხედავად ამისა, ჩანს წლის პირველ და მეორე ნახევარს შორის მნიშვნელოვანი დისპროპორციულობა. კერძოდ, 12 გარდაცვლილიდან 11 წლის პირველ ნახევარზე მოდის, ხოლო 1 პაციენტი წლის მეორე ნახევარშია გარდაცვლილი. როგორც სახალხო დამცველის წინა ანგარიშებიდანაა ცნობილი, აივ/შიდსის მქონე გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა ბოლო წლების განმავლობაში არ წარმოებდა. აღნიშნული სახალხო დამცველმა შეაფასა აივ ინფიცირებულ პირთა დისკრიმინაციად და გასცა რეკომენდაცია ამ პრობლემის მოგვარების შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მხრივ ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულ ბიუროში მდგომარეობა რადიკალურად შეიცვალა. მიუხედავად წინასწარ ცნობილი დიაგნოზებისა, ყველა გარდაცვლილი აივ ინფიცირებულის გვამს დადგენილი წესით ჩაუტარდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა.

უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ წინა წლებში, როგორც საქართველოში, ისევე მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ჩატარებული კვლევებით დგინდება, რომ აივ ინფექცია, ტუბერკულოზი და ვირუსული ჰეპატიტი ხშირად ერთობლივად თანაარსებობს, რაც პაციენტის მდგომარეობას ამძიმებს. ჩვენ 2011 წლის განმავლობაში კვლავ შევისწავლეთ ამ სამი მძიმე დაავადების თანაარსებობის შემთხვევები გარდაცვლილ პაციენტთა შორის, რაც საკმაოდ მაღალია. მაგალითისათვის, 2011 წლის პირველ ნახევარში აღმოჩნდა, რომ ვირუსული ჰეპატიტისა, აივ ინფექციისა და ტუბერკულოზის თანაარსებობა გარდაცვლილთა 11.7%-ში დაფიქსირდა. რაც შეეხება აივ ინფექციას და ჰეპატიტს ერთად დაფიქსირდა გარდაცვლილთა დაახლოებით 13%-ის შემთხვევაში, ხოლო აივ ინფექცია და ტუბერკულოზი ერთად - ამავე რაოდენობით გარდაცვლილთა შორის. რაც შეეხება წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულ პაციენტს, მას ასევე დაუდგინდა ვირუსული ჰეპატიტისა და ტუბერკულოზის თანაარსებობაც. შეჯამების სახით მოგვყავს ჩვენს მიერ ამ ჯგუფში შესწავლილ

ნოზოლოგიათა და სინდრომთა პროცენტული განაწილება, რაც წარმოდგენილია ცხრილში და დიაგრამაზე:

ჰეპატიტი	62.15 %
ასციტი	25.22 %
აივ ინფექცია	10.81 %
ჩუტყვაილა	0.91 %
ნეიროლუესი	0.91 %



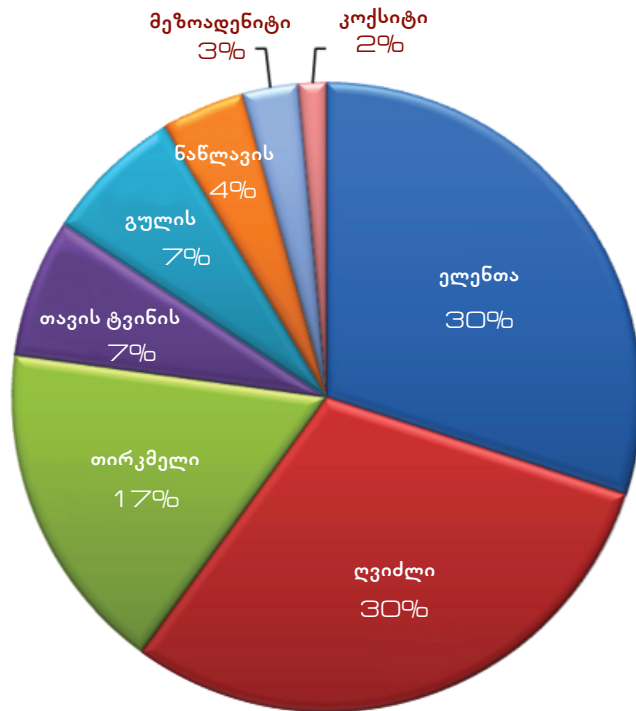
გარდა ამისა, როგორც ვირუსული ჰეპატიტის შედეგი - ღვიძლის ციროზის გამო განვითარებული ასციტი დაფიქსირებულია გარდაცვლილთა 25.22%-ის შემთხვევაში.

ტუბერკულოზის გავრცელება გარდაცვლილ პაციმართა შორის მეოთხე ადგილზეა ისევე, როგორც 2010 წელს. აღსანიშნავია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზის ესა თუ ის შორსნასული ფორმა აღენიშნებოდა გარდაცვლილ პაციმართა დიდ ნაწილს. ტუბერკულოზის გავრცელებამ და ამ დაავადებით გამოწვეულმა სიკვდილობამ ციხეებში არ იკლო და ტუბერკულოზური ინფექცია პრაქტიკულად კვლავ რჩება პაციმართა სიკვდილის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად. 2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა შორის ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა 54.5%-ს, ხოლო მეორე ნახევარში გარდაცვლილთა შორის დაახლოებით 34%-ს. ექსპერტიზის დასკვნებში საუბარია ასევე ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტულ ფორმებზე, რომლებიც წლის პირველ ნახევარში ტუბერკულოზით დაავადებულ გარდაცვლილთა დაახლოებით 26%-ში გვხვდება, ხოლო მეორე ნახევარში 33%-ში.

როგორც უკვე აღინიშნა, კაზეოზური პნევმონია მორფოლოგიურად გარდაცვლილთა 9%-ის შემთხვევაში წლის პირველ ნახევარში, და შესაბამისად, 11%-ში წლის მეორე ნახევარში დაფიქსირდა. გარდა ამისა, სამწუხაროდ, გასული წლების მსგავსად კვლავ საკმაოდ ხშირია ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის ფორმები. აღნიშნულიდან 2011 წელს გარდაცვლილთა შორის გვხვდება: ღვიძლის, ნაწლავის, თირკმლის, ელენთის, პლევრის, გულის, ბადეკონის, ცენტრალური ნერვული სისტემის და ძვალ-სახსართა სისტემის ტუბერკულოზი. ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის ფორმების სპექტრი და მათი პროცენტული წილი წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

2011

ელენთა	30 %
ღვიძლი	30 %
თირკმელი	17.14 %
თავის ტვინის	7.14 %
გულის	7.14 %
ნაწლავის	4.28 %
მეზოადენიტი	2.85 %
კოქსიტი	1.45 %

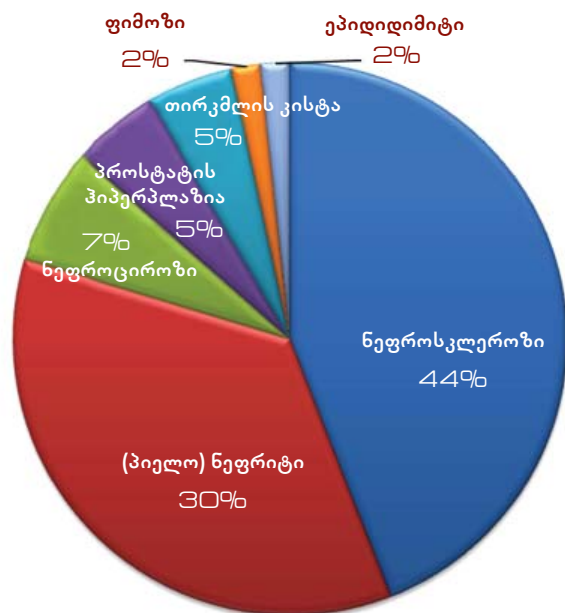


ექსტრაპულმონური (ფილტვგარე) ტუბერკულოზის ასეთი მრავალფეროვნება და მაღალი პროცენტული წილი ისევ და ისევ ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს. [WHO Regional Office for Europe (2007). Status paper on prisons and tuberculosis. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe www.euro.who.int/document/e89906.pdf]. ამ მხრივ, განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს მკურნალობის კურსის ხშირი შეწყვეტის პრეცედენტები ან ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში არასაკმარისი ადგილების არსებობა, რაც, თავის მხრივ, კურსის დაწყების დაგვიანებას ან სხვა არასათანადო პირობებში მკურნალობის კურსის ჩატარებას გულისხმობს. არაადეკვატური ვენტილაციის, მზის ინსოლაციის, კვების, სუფთა ჰაერისა და ათეულობით პაციმრის დიდ ერთიან საკნებში ყოფნა ტუბერკულოზური ინფექციის პროფილაქტიკისა და მართვის სიძნელეებს იწვევს. აღსანიშნავია ისიც, რომ სამედიცინო მომსახურების ის სახეობები, რომლებიც თავისუფლებაალკვეთილ პირებს მიეწოდებათ ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხელმისაწვდომია მხოლოდ მსჯავრდებულთათვის და წინასწარ პაციმრობაში მყოფი პირებისათვის მომსახურების ეს სახეები პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია. ამას ემატება რეჟიმის დარღვევის მოტივით მკურნალობის კურსის იძულებითი შეწყვეტისა და მსჯავრდებულის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის ფაქტების არსებობაც. ამ შემთხვევაში ინფექცია საშიში ხდება არა მარტო დაავადებულის, არამედ იმ პირთათვისაც, რომელთა გარემოშიც ხდება ინფიცირებული პირი. ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით, ინფექციის მართვის სტრატეგია და პრინციპები საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში სერიოზულ გადახედვას და ცვლილებებს საჭიროებს.

2011 წელს, წინა წლების მსგავსად, რამდენიმე პაციენტი (ამ შემთხვევაში 7%) ნერვული სისტემის ტუბერკულოზისაგან გარდაიცვალა. აღნიშნული ტუბერკულოზის უმძიმესი ფორმაა და ძნელია იმისი თქმა, რომ პაციენტი ადეკვატური მკურნალობის ფონზე გადარჩებოდა, თუმცა ფაქტია, რომ საქმე გვაქვს ინფექციის შორსნასულ და არაადეკვატურად მართულ შემთხვევასთან, რომლის პროფილაქტიკა ნამდვილად შეიძლებოდა. ტუბერკულოზური ინფექცია, განსაკუთრებით მისი ფილტვგარეშე ფორმები, რიგ შემთხვევაში ვერ იქნა ამოცნობილი და დიაგნოზი მხოლოდ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის შედეგად გახდა ცნობილი, როდესაც პაციენტი უკვე გარდაცვლილი იყო.

2011 წელს გარდაცვლილთა შორის კვლავ მაღალი იყო შარდ-სასქესო სისტემის, უპირატესად კი - თირკმლის დაავადებები. აღნიშნული დაავადებები გარდაცვლილ პაციენტთა დაახლოებით 8%-ს აღენიშნებოდა. ამ ნაწილში არ შედის თირკმლის ტუბერკულოზური დაზიანების შემთხვევა, რომელიც ექსტრაულმონური ტუბერკულოზის ერთ-ერთი ფორმის სახით იყო განხილულ ტუბერკულოზის სტატისტიკასთან ერთად. მორფოლოგიურად ყველაზე ხშირად დადასტურდა ნეფროსკლეროზის შემთხვევა, რომელიც თირკმლის პათოლოგიის მქონე გარდაცვლილთა 44.06%-ს აღენიშნებოდა. ჯგუფში სიხშირით შემდეგ ადგილზეა თირკმლის ანთებითი დაავადებები, რომლებიც 35.59%-ს შეადგენდა. მესამე ადგილზეა ნეფროციროზი, რომელიც შემთხვევათა 6.77%-ში შეგვხვდა. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია და თირკმლის კისტა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დიაგნოზებში ფიგურირებს ამ ჯგუფის დაავადებათა მქონე პაციენტების 5.08 – 5.08 %-ში. ერთეულ შემთხვევებში აღწერილია ასევე ფიმოზისა და ეპიდიდმიტის შემთხვევებიც. აღნიშნული ჯგუფის სტატისტიკური დახასიათება, მეტი თვალსაჩინოების მიზნით, წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

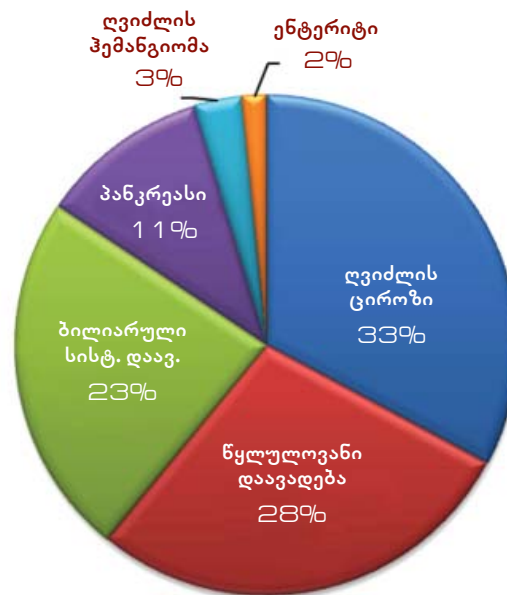
ნეფროსკლეროზი	44.06 %
(პიელო)ნეფრიტი	35.59 %
ნეფროციროზი	6.77 %
პროსტატის ჰიპერპლაზია	5.08 %
თირკმლის კისტა	5.08 %
ფიმოზი	1.71 %
ეპიდიდმიტი	1.71 %



2011

2011 წელს გარდაცვლილ პაციმართა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებს შორის სიხშირით მე-6 ადგილზეა **საჭმლის მომნელებელი სისტემის** სხვადასხვა სახის დაავადებები, რომლებიც გარდაცვლილთა 7.65%-ს აღენიშნებოდა. ამ ჯგუფში უპირველეს ყოვლისა გაერთიანებულია: ღვიძლის ციროზი, წყლულოვანი დაავადება, ჰეპატო-ბილიარული სისტემის დაავადებები, კუჭუკანა ჯირკვლის დაავადებები და სხვა. სიხშირით ყველაზე მაღალია ღვიძლის ციროზი. მას შემდეგ მოჰყვება კუჭისა ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, რომელიც გაერთიანდა გასტრიტისა და ეზოფაგიტის სხვადასხვა ფორმასთან (28.12%), ხოლო 23.47% შემთხვევაში დადასტურდა ბილიარული სისტემის პათოლოგია. პანკრეასის (კუჭუკანა ჯირკვალი) დაავადებები გვხვდება 10.93%-ში. გარდა ამისა, სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზთა შორის ფიგურირებს ღვიძლის ჰემანგიომა, ენტერიტი და სხვა. ჯგუფში არ შესულა საჭმლის მომნელებელი სისტემის ტუბერკულოზური დაზიანებები, რომლებიც განხილულ იქნა ტუბერკულოზის სტატისტიკასთან ერთად. აღნიშნულ ჯგუფში დაავადებათა პროცენტული წილი წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში, ასევე - გრაფიკულად:

ღვიძლის ციროზი	32.81 %
წყლულოვანი დაავადება	28.12 %
ბილიარული სისტ. დაავ.	23.47 %
პანკრეატიტი / ცისტა	10.93 %
ღვიძლის ჰემანგიომა	3.12 %
ენტერიტი	1.55 %



საყურადღებოა წყლულოვანი დაავადების შორსნასული ფორმები, რომლებიც ხშირად სისხლდენით რთულდება. ჩვენ მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს დადგინდა, რომ გასტრალური ჩივილების არსებობისას პაციენტებს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება არ უტარდებათ. უკიდურესად დაბალია საჭიროების შემთხვევაში ენდოსკოპური კვლევის გამოყენება. ერთადერთი საშუალება, რომელიც ამ დროს პაციენტებს მიეწოდებათ, არის სამედიცინო ნაწილებში არსებული პრეპარატი - ომეპრაზოლი. ადგილობრივი ექიმები არ იცნობენ და, შესაბამისად, არ იყენებენ ჰელიკობაქტერული ინფექციის მართვის ევროპულ ან ამერიკულ გაიდლაინებს (მაასტრიხტის ან/და NIH-ის კონსენსუსი), შესაბამისად, არც ერთ დანესებულებაში არ ინიშნება პირველი ან მეორე რიგის სტანდარტული მკურნალობა. თანამედროვე კვლევებით დადგენილია, რომ პირველი რიგის პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების (ომეპრაზოლი) ფართო და უკონტროლო გამოყენება ქმნის მდგრად ჰიპოაციდურ მდგომარეობას, რაც კუჭის კიბოს განვითარების ერთ-ერთი რისკფაქტორია. სწორედ აღნიშნული

მიდგომის გამო ვხვდებით დაავადების გამწვავების ისეთი ფორმების ჩამოყალიბებას, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში ქმნის რეალურ საშიშროებას ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის. სისხლდენის შემთხვევები, რომლებიც საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილებიდან განვითარდა და ხშირ შემთხვევაში სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა, განხილული იქნება ქირურგიულ დაავადებათა ჯგუფში.

გარდაცვლილ პაციენტთა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზების შემდეგი ჯგუფია **ნაძალადევი სიკვდილი და/ან სხვადასხვა სახის დაზიანებების** არსებობა გარდაცვლილთა სხეულზე, რომლებიც დიაგნოზითა საერთო სპექტრში 6.57%-ს იკავებს. საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულია თვითმკვლელობის 5 შემთხვევა, რაც საერთო სიკვდილობის 3.57%-ს შეადგენს. ოთხ შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზია მექანიკური ასფიქსია, სასუნთქი გზების გადაკეცილობით, კისრის მიდამოში მარყუჟის ჩაჭერის შედეგად. ერთ შემთხვევაში კი სიკვდილი დადგა ზედა კიდურების დაზიანებული ვენებიდან განვითარებული სისხლდენის შედეგად, მწვავე ჰემორაგიული შოკის გამო. 2 შემთხვევაში სიკვდილი დაფიქსირებულია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში. 1 შემთხვევაში სიკვდილი დადგა ქსნის N15 დაწესებულებაში, 1 შემთხვევაში - რუსთავის N6 დაწესებულებაში, 1 შემთხვევაში - რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში და ასევე - ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებაში. ამ უკანასკნელში, მსჯავრდებული გარდაიცვალა გადაჭრილი ვენებიდან განვითარებული სისხლდენის შედეგად. კიდევ ერთ შემთხვევაში იყო უბედური შემთხვევა, რომლის შედეგადაც მსჯავრდებული ელექტროდენის ზემოქმედების შედეგად გარდაიცვალა (რუსთავის N6 დაწესებულება).

გარდაცვლილი პატიმარი ლ. ჯ. 34 წლის მამაკაცი (კოდი N I-09). სიკვდილი დამდგარია ქსნის N15 დაწესებულებაში. სასამართლო სამედიცინო დასკვნაში საქმის გარემოებები პრაქტიკულად ერთი წინადადებით არის გადმოცემული. არ არის განხილული არანაირი სამედიცინო დოკუმენტაცია, რომლის გამოც საქმის ვითარება ბუნდოვნად და გაურკვევლად წარმოჩინდება. ექსპერტიზის დასკვნით, ლ. ჯ.-ს სიკვდილის მიზეზია „მექანიკური ასფიქსია სასუნთქი გზების გადაკეცივის შედეგად.“ გარდა სტრანგულაციური ღარის აღწერილობისა, ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, გვამს აღენიშნებოდა სხვადასხვა სახის დაზიანებები, კერძოდ, ნაჭდევები ზედა და ქვედა კიდურების არეში. დაზიანებები მიყენებულია რაიმე მკვერივი ბლაგვი საგნის მოქმედებით სიცოცხლის პერიოდში და ხანდაზმულობით არ ეწინააღმდეგება გარდაცვალების თარიღს. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ დაზიანებებს პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი არ აქვს არსებულ შედეგთან, გამოძიება უნდა დაინტერესებულიყო მათი წარმომავლობით და ხასიათით.

გარდაცვლილი პატიმარი ფ. შ. 36 წლის მამაკაცი (კოდი N I-17). სიკვდილი დამდგარია მსჯავრდებულთა და პატიმართა N18 დაწესებულებაში. სასამართლო სამედიცინო დასკვნაში, საქმის გარემოებებში მითითებულია, რომ მსჯავრდებული ფ. შ. N18 სამკურნალო დაწესებულებაში იმყოფებოდა 2010 წლის 18.10-იდან. სიკვდილი დაფიქსირდა 2011 წლის 22 თებერვალს. „22.02.11წ. 00:05 სთ. მორიგე პერსონალის გადმოცემით, ავადმყოფმა სცადა სუიციდი. პალატაში შესვლისას პაციენტი იყო მწოლიარე მდგომარეობაში, უგონოდ. ავადმყოფის საწოლში მდებარეობა პასიური, კისრის არეში აღენიშნებოდა მოვარდისფრო სტრანგულაციური ღარი. პერიფერიაზე წნევა და პულსი არ ისინჯება. პაციენტი აყვანილ იქნა რენიმაციულ განყოფილებაში.“ მიუხედავად რენიმაციული ღონისძიებებისა, 00:30 სთ-ზე დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. აღნიშნული ჩანაწერის მიხედვით იქმნება გაურკვევლობა. კერძოდ, როგორ მდგომარეობაში და პოზიციაში ჩამოიხრჩო მსჯავრდებულმა თავი. ვინ გადააწვინა ლოგინზე და სტანგულაციურ ღართან ერთად რატომ არ არის მითითებული, თუ რა მასალის მარყუჟი გამოიყენა სუიციდის განხორციელებისათვის.

გარდაცვლილი პატიმარი ო. რ. 36 წლის მამაკაცი (კოდი N I-26). სიკვდილი დაფიქსირებულია მსჯავრდებულთა და პატიმართა N18 დაწესებულებაში. როგორც დადგენილებიდან ირკვევა, 2011 წლის 04 მარტს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებიდან მიღებულ იქნა შეტყობინება, რომლის თანახმად, 2011 წლის 04 მარტს, 06:40 საათზე რენიმაციულ განყოფილებაში გარდაიცვალა პატიმარი ო. რ. სამედიცინო დოკუმენტაციის მონაცემებით (მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების ავადმყოფობის ისტორია), „ო. რ. 04.03.11წ

საქმის
გარემოებები
მითითებულია

06:25 სთ-ზე მოათავსეს სამედიცინო დაწესებულებაში. შემოსვლის დიაგნოზი: სუიციდის მცდელობა მექანიკური ასფიქსიით. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა სტაციონარში მოყვანისას უმძიმესია, კონტაქტის დამყარება არ ხერხდება, ციანოზურია, აღენიშნება ერთეული სუნთქვითი მოძრაობები, პერიფერიაზე და მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე პულსი არ ისინჯება. კისრის არეში მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში აღენიშნება სტრანგულაციური ღარი სისხლნაჟღენთის და ნაჭდვის სახით. კისრის მარჯვენა ნახევარში განივი ნაკვეთი ჭრილობა ზომით 5X1 სმ-ზე. ორივე წინამხრის არეში მრავლობითი ნაკვეთი ჭრილობები. აღნიშნული ჭრილობებიდან აღინიშნება მცირე რაოდენობით სისხლნაჟღენთი. ილეოცეკალურ არეში ძველი ჭრილობის ნაწიბურები. პულსი პერიფერიაზე და მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე არ ესინჯება. გულის ტონები არ მოისმინება. არტერიული წნევა არ ისინჯება. იმყოფება უგონო მდგომარეობაში, კონტაქტის დამყარება არ ხერხდება. გუგები საშუალოდ გაფართოებული, ფოტორეაქციები არ ინვევა. სასწრაფოდ დაწყებულ იქნა გულ-ფილტვის რეანიმაცია.“ მიუხედავად გატარებული ღონისძიებებისა გულის მუშაობა არ აღდგა და 06:40 სთ-ზე დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი.

არსებული ჩანაწერი გარკვეულ შემთხვევებში არალოგიკურია და შეიცავს ურთიერთგამომრიცხავ ფაქტებს. არსებობს იმის საფუძველი ვივარაუდოთ, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შესული პატიმარი ო. რ. იყო გვამი. არსებული ჩანაწერების მიხედვით მას არც ერთი სასიცოცხლო ნიშანი აღარ აღენიშნებოდა. ჩანაწერში აღწერილია ყველა ის ნიშანი, რომლებიც სიკვდილის კონსტატაციისთვის გამოიყენება (გულის ტონები არ მოისმინება, პერიფერიასა და ცენტრალურ არტერიებზე პულსი არ არის, სუნთქვა არ ტარდება, გუგები გაფართოებულია). გარდა ამისა, შეყვანიდან სიკვდილის დაფიქსირებამდე სულ 15 წუთიანი შუალედი გასული. ამ პერიოდში, არსებული სიტუაციის გათვალისწინებით, ძნელი დასაჯერებელია, რომ მოესწროთ პაციენტის მიღება, მისი გასინჯვა, ყველა ამ ნიშნის დადგენა, შემდეგ რეანიმაციაში აყვანა და იქ რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარება. აღნიშნულის გამო სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ გამოძიება ამ საკითხებით უნდა დაინტერესდეს და გაიკვეს, რა ვითარებაში და სად მოხდა გარდაცვალება. გარდა ამისა, ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, „ო. რ.-ს გვამს აღენიშნებოდა შედარებით სწორკიდებიანი ჭრილობები კისრის ზედა მესამედში და ორივე ზედა კიდურზე, რომლებიც განვითარებული უნდა იყოს რაიმე მჭრელი თვისებების მქონე საგნის მოქმედებით ... ჭრილობები სიცოცხლისდროინდელია, განვითარებული უნდა იყვნენ სიკვდილის დადგომამდე დროის უახლოეს პერიოდში.“

გარდაცვლილი პატიმარი თ. კ. 27 წლის მამაკაცი (კოდი N I-54). სიკვდილი დაფიქსირებულია N6 დაწესებულებაში. როგორც ექსპერტიზის დასკვნაშია მითითებული, „2011 წლის 30 აპრილს, დაახლოებით 10:30 საათზე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N6 დაწესებულების N3-ე საკანში, საპირფარეშოში ნანახი იქნა ზეწრით ჩამოკიდებული მსჯავრდებულ თ. კ. -ს გვამი.“ ექსპერტიზის დასკვნაში არ არის განხილული სამედიცინო დოკუმენტაცია და, როგორც ჩანს, ექსპერტს არ უხელმძღვანელია ექიმის არანაირი ჩანაწერით. ექსპერტის დასკვნის შესაბამისად, „თ. კ.-ს სიკვდილის მიზეზია მექანიკური ასფიქსია სასუნთქი გზების გადაკეტვით, მარყუჟის ჩაჭერის შედეგად. გვამის სასამართლო სამედიცინო წესით გამოკვლევისას მისი სიკვდილის დადგომიდან გასული უნდა იყოს დაახლოებით 3-4 საათი.“ გვამზე გარდა აღწერილი სტრანგულაციური ღარისა, „ასევე აღინიშნებოდა სამი ზედაპირული სწორკიდებიანი ჭრილობა მარცხენა წინამხრის ქვემო მესამედის წინა ზედაპირზე, კიდევში მონითალო სისხლჩაქცევით. დაზიანებები განვითარებულია რაიმე ბასრი ზედაპირის მქონე საგნის მოქმედებით სიცოცხლის დროს სიკვდილის დადგომამდე უახლოეს პერიოდში. დაზიანებები ხანდაზმულობით 10-12 დღისაა.“

გარდაცვლილი პატიმარი ე. ბ. 50 წლის მამაკაცი (კოდი N II-15). სიკვდილი დაფიქსირდა ქსნის N19 ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. სასამართლო სამედიცინო დასკვნაში საქმის გარემოებები ფაქტობრივად ერთი წინადადებით არის გადმოცემული. პრაქტიკულად არ არის განხილული სამედიცინო დოკუმენტაცია (მხოლოდ დიაგნოზით შემოიფარგლება), რის გამოც საქმის ვითარება ბუნდოვნად და გაურკვევლად წარმოჩინდება. ექსპერტიზის დასკვნით, ე. ბ.-ს სიკვდილის მიზეზია - „მარცხენა და მარჯვენა იდაყვის სახსრის წინა ზედაპირებზე ვენების გადაჭრის შედეგად განვითარებული ზოგადი სისხლნაკლებობა. სიკვდილიდან გასულია არანაკლებ 4-5 საათისა.“

გარდაცვლილი პატიმარი ი. ზ. 46 წლის მამაკაცი (კოდი N II-17). სიკვდილი დაფიქსირდა რუსთავის N6 დაწესებულებაში. სასამართლო სამედიცინო დასკვნაში აღწერილი საქმის გარემოებების მიხედვით, აღწერილია ექსპერტიზის დანიშვნის დადგენილებაში გადმოცემული ინფორმაცია, კერძოდ, გვამის პოვნის დრო და ადგილი. სამედიცინო დოკუმენტაციის მონაცემები ამ შემთხვევაში ნაკლებად ინფორმატიულია. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, ი. ზ.-ს სიკვდილის მიზეზია „ელექტროტრავმა, რაც დასტურდება გულმკერდის მიდამოში ელექტრონიშის არსებობით და გვამის გამოკვლევისას ნანახი ცვლილებებით. გამოკვლევის მომენტისათვის სიკვდილიდან გასულია არა უმეტეს 6-7 საათისა.“ გარდა ამისა, ექსპერტიზის დასკვნაში საუბარია იმაზეც, რომ - „გარდა გულმკერდის წინა ზედაპირზე ელექტროტრავმით გამოწვეული დამწვრობითი უბნის - ელექტრონიშისა, აღინიშნება სიცოცხლისდროინდელი ნაჭდევი: ცხვირის მიდამოში, განვითარებული უშუალოდ სიკვდილისწინა უახლოეს პერიოდში და გულმკერდის უკანა ზედაპირზე, განვითარებული სიკვდილამდე 8-10 დღით ადრე, რომლებიც ცალ-ცალკე და ერთობლიობაში მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს და კავშირი არა აქვს დამდგარ შედეგთან.“ ექსპერტიზის დასკვნაში ნახსენებია ისიც, რომ „ი. ზ.-ს გვამიდან აღებულ სისხლში, ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევით, აღმოჩნდა 0.56 პრომილე ეთილის სპირტი.“

გარდაცვლილი პატიმარი მ. ლ. 56 წლის ქალი (კოდი N II-53). სიკვდილი დაფიქსირებულია რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში. სასამართლო სამედიცინო დასკვნაში საქმის გარემოებები პრაქტიკულად ერთი წინადადებითაა გადმოცემული. მასში აღნიშნულია რომ მ. ლ.-ს გვამი აღმოჩენილ იქნა ქალთა N5 დაწესებულების აბანოში. ექსპერტიზის დასკვნით, მ. ლ.-ს სიკვდილის მიზეზია „მექანიკური ასფიქსია, განვითარებული კისრის მარყუჟით ჩაჭერის შედეგად. გვამის გამოკვლევის მომენტისათვის სიკვდილის დადგომიდან გასული უნდა იყოს 4-6 საათი. გვამზე აღინიშნება ერთმაგი, გახსნილი, ირიბად აღმავალი სტრანგულაციური ღარი კისრის ზედა მესამედში, რაც მიყენებულია რაიმე მარყუჟით ჩაჭერის შედეგად, სიცოცხლისდროინდელია და მიეკუთვნება სხეულის დაზიანებათა მძიმე ხარისხს.“ აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილის აღმოჩენის დროდ დასახელებულია 18 საათი და 30 წუთი. თუ გავითვალისწინებთ ექსპერტის ჩანაწერს, რომ სიკვდილიდან ექსპერტიზის ჩატარებამდე 4-6 საათია გასული, მაშინ ნათელი ხდება, რომ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა ჩატარდა დაახლოებით ღამის 11 საათიდან 03 საათამდე შუალედში მხოლოდ ხელოვნური განათების პირობებში (განათება დასკვნაში მითითებული არ არის). საინტერესოა, თუ რამ გამოიწვია შუა ღამით გვამის გაკვეთის ასეთი გადაუდებელი აუცილებლობა.

2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნების განხილვით ირკვევა, რომ 77 გარდაცვლილი პატიმრიდან 23 პატიმრის გვამს, ანუ თითქმის 30%-ს, აღენიშნებოდა სხეულის ამა თუ იმ სახის და ლოკალიზაციის დაზიანებები. რაც შეეხება წლის მეორე ნახევარს, ამ პერიოდისათვის, 63 გარდაცვლილიდან სხეულის სხვადასხვა სახის დაზიანება აღენიშნებოდა 17 გვამს (დაახლოებით 27%). რაც შეეხება წლიურ მაჩვენებელს, 140 გარდაცვლილიდან სხეულის დაზიანება აღენიშნებოდა 40 გვამს, ანუ 28,5%-ს.

ექსპერტიზის დასკვნებში ხშირია შემდეგი სახის ჩანაწერები, მაგალითად:

(კოდი N I-1) ა. ა.-ს „გვამზე აღინიშნებოდა დაზიანებები სისხლნაჟღენთებისა და ნაჭდევის სახით - განვითარებულნი არიან რაიმე მკვრივი ბლაგვი საგნის მოქმედებით, ცოცხალ პირთა ექსპერტიზის შემთხვევაში ატარებენ მსუბუქი ხარისხის დაზიანების ნიშნებს. აღნიშნული დაზიანებები კავშირში არ იმყოფებიან დამდგარ შედეგთან და განვითარებულნი არიან სიკვდილამდე ადრეულ პერიოდში.“

(კოდი N I-16) ე. გ.-ს „გვამზე გარეგნულად აღენიშნებოდა ნაჭდევი და ერთი სისხლნაჟღენთი, განვითარებული რაიმე მკვრივი-ბლაგვი საგნის მოქმედებით და ცოცხალ პირთა სხეულის დაზიანებათა ხარისხის განსაზღვრისას ატარებს დაზიანებათა მსუბუქი ხარისხის ნიშნებს, სიცოცხლისდროინდელია, ხანდაზმულობით არანაკლებ 4-5 დღისა და დამდგარ სიკვდილის ფაქტთან კავშირში არ იმყოფება.“

(კოდი N I-18) გ. ე.-ს „გვამის გამოკვლევისას გარეგნულად სხეულზე აღენიშნებოდა სიცოცხლისდროინდელი დაზიანებები კისრის მარჯვენა გვერდით ზედაპირზე გაკერილი სწორკიდეებიანი

2011

ზედაპირული ჭრილობები, მარჯვენა მტევნის უკანა ზედაპირზე სწორკიდებიანი ჭრილობები და ნაჭდევი. კისრისა და მარჯვენა მტევნის მიდამოში არსებული სწორკიდებიანი ჭრილობები განვითარებულია რაიმე მჭრელი საგნის მოქმედების შედეგად და განეკუთვნებიან დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის ხანმოკლე მოშლით. მარჯვენა მტევნის მიდამოში არსებული ნაჭდევი განვითარებულია რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის მოქმედების შედეგად და განეკუთვნებიან დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის მოშლის გარეშე.“

(კოდი N I-20) დ. მ.-ს „გვამზე ზედა და ქვედა კიდურების მიდამოებში აღინიშნება დაზიანებები სისხლნაჟღენთებისა და ნაჭდევის სახით - განვითარებული არიან სიკვდილამდე ადრეულ პერიოდში რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის ზემოქმედებით, ცოცხალ პირთა ექსპერტიზის შემთხვევაში მიეკუთვნებიან მსუბუქი ხარისხის დაზიანების ნიშნებს და კავშირში არ იმყოფებიან დამდგარ შედეგთან.“

(კოდი N I-28) ა. გ.-ს „გვამის გამოკვლევისას აღინიშნებოდა სიცოცხლისდროინდელი დაზიანებანი: გულმკერდის უკანა ზედაპირზე სისხლნაჟღენთები. მარჯვენა თეძოს ფოსოში გაკერილი ჭრილობა და მრავლობითი ზედაპირული ნაკვეთი ჭრილობები. სისხლნაჟღენთები განვითარებულია სიკვდილამდე უახლოეს პერიოდში რაიმე მკვრივი, ბლავი საგნის მოქმედების შედეგად და მიეკუთვნებიან დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის მოშლის გარეშე. მარჯვენა თეძოს ფოსოში გაკერილი ჭრილობა და მრავლობითი ზედაპირული ნაკვეთი ჭრილობები განვითარებულია სიკვდილამდე 4-5 დღით ადრე რაიმე მჭრელი ზედაპირის მქონე საგნის მოქმედების შედეგად და ცოცხალ პირთა ექსპერტიზისას მიეკუთვნებიან დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის ხანმოკლე მოშლით. აღნიშნული დაზიანებანი დამდგარ შედეგთან - სიკვდილთან, მიზეზობრივ კავშირში არ იმყოფებიან.“

(კოდი N I-49) ე. ქ.-ს „გვამზე არსებული დაზიანებები ნაჭდევისა და სისხლნაჟღენთების სახით - განვითარებულია რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის მოქმედებით. სქელი მოყავისფრო ფუფხით დაფარული, ალაგ ფუფხაცლილი ნაჭდევი და მარჯვენა წინამხრის მიდამოში არსებული სისხლნაჟღენთები განვითარებული უნდა იყოს სიკვდილის დადგომამდე 7-9 დღით ადრე, ხოლო ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე და თავის ქალას რბილი საფარის ქვეშ კანქვეშა სისხლნაჟღენთები განვითარებულია სიკვდილის დადგომამდე წინა უახლოეს პერიოდში.“

(კოდი N I-62) უ. ი.-ს „გვამზე აღინიშნებოდა დაზიანებები: უსწორკიდებიანი ჭრილობის, სისხლნაჟღენთების და მარცხენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის სახით - დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია; განვითარებული არიან რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის (საგნების) ზემოქმედებით, სიკვდილის დადგომამდე ადრეულ პერიოდში. დაზიანებები უსწორკიდებიანი ჭრილობის, ნაჭდევისა და სისხლნაჟღენთების სახით ერთად აღებული მიეკუთვნებიან სხეულის დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ხოლო დაზიანება მარცხენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის სახით მიეკუთვნება სხეულის დაზიანებათა ნაკლებად მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის ხანგრძლივი მოშლის ნიშნით.“

(კოდი N I-66) თ. ყ.-ს „გვამზე გარეგნულად აღინიშნებოდა თხემ-კეფის საზღვართან მარჯვნივ ნაჭდევი. მარცხნივ, ქვედა ქუთუთოს გარეთა კიდედან სისხლნაჟღენთი, რაც მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს ჯანმრთელობის მოუშლელად. შინაგანი გამოკვლევით აღინიშნებოდა: მარჯვნივ მე-8; მარცხნივ მე-7 ნეკნების მოტეხილობა. მოტეხილი ნეკნების შესაბამისად რბილ ქსოვილებში სისხლჩაქცევები. თავის ქალას რბილი საფარის შიგნითა ზედაპირზე თხემ-კეფის საზღვარზე და საფეთქლის არეში მარჯვნივ ვრცელი სისხლჩაქცევები. მღივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დაზიანებები განვითარებულია რაიმე მკვრივი ბლავი საგნის მოქმედებით. მარჯვნივ მე-8, მარცხნივ მე-7 ნეკნების მოტეხილობა მიეკუთვნება ნაკლებად მძიმე ხარისხს, ხოლო მღივი ნაწლავის ტრავმული გასკდომა - მიეკუთვნება მძიმე ხარისხს, როგორც სიცოცხლისათვის სახიფათო, რისი გართულებაც გახდა მისი სიკვდილის მიზეზი. დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია.“

(კოდი N I-70) ს. ს.-ს „გვამზე აღინიშნებოდა დაზიანებები: სწორკიდებიანი ჭრილობები კისრის მარცხენა გვერდით ზედაპირზე, ნაჩხვლეტი ჭრილობა გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მარჯვენა

ლაგინის ქვედა კიდესთან. გვამზე არსებული ყველა დაზიანება განვითარებულია სიცოცხლის დროს. სწორკიდებთან ჩრდილოები კისრის არეში განვითარებულია რაიმე ბასრი კიდის მქონე საგნის მოქმედებით ცოცხალ პირთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზისას სხეულის დაზიანების ხარისხის განსაზღვრისას, როგორც ცალ-ცალკე ისე ერთობლიობაში მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხის ჯანმრთელობის მოშლით, ჯანმრთელობის ხანმოკლე მოშლის გამო, დამდგარ შედეგთან მიზეზობრივ კავშირში არ იმყოფებიან. ხანდაზმულობით არ ეწინააღმდეგება სამედიცინო ბარათში მითითებულ თარიღს. ნაჩხვლეტი ჩრდილობა წარმოადგენს სამედიცინო მანიპულაციის კვალს.”

(კოდი N I-72) ო.ჭ.-ს „გვამის გარეგანი და შინაგანი გამოკვლევით აღენიშნება ნაჭდევი გულმკერდის უკანა ზედაპირზე - ვერტებრალურ ხაზზე, წელის მიდამოზე გადასვლით. დაზიანება მიყენებულია რაიმე მკვრივი, ბლაგვი საგნის მოქმედებით და მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხის, დაზიანება სიცოცხლისდროინდელია, მიყენებულია სიკვდილამდე რამოდენიმე დღით ადრე და არ იმყოფება კავშირში ო.ჭ.-ს სიკვდილთან.“

განსაკუთრებით საყურადღებოა 2011 წლის მე-2 ნახევარში გარდაცვლილი ს. თ.-ს საქმე, რომელიც საქართველოს სახალხო დამცველმა დეტალურად შეისწავლა. სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, 58 წლის მამაკაცი პაციენტის გარდაცვალების ფაქტი დაფიქსირებულია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში. ყურადღებას იპყრობს ექსპერტიზის დასკვნაში აღწერილი დაზიანებები, რომლებიც აშკარად განსხვავებული ხანდაზმულობისაა. კერძოდ, სისხლნაყენებები:

1. მარჯვენა მხრის შუა მესამედში, წინა გვერდით ზედაპირზე მდებარე მომრგვალო-ოვალური ფორმის სისხლნაყენით არის „მოიისფრო, მომწვანო - მოყვითალო შეფერილობისა, რაც შეესაბამება **5-6 დღის** წინ მიღებულ დაზიანებას;
2. აქვე, ზემო და შუა მესამედში უკანა ზედაპირზე გასწვრივად მდებარე სისხლნაყენით არის აღწერილი როგორც „მოიისფრო, პერიფერიაზე მკრთალი მომწვანო მოყვითალო კონტურებით;“ - რაც **6-8 დღის** ხანდაზმულობის დაზიანებებს შეესაბამება;
3. მარჯვენა წინამხრის შუა მესამედში უკანა ზედაპირზე განივად მდებარეობს მონათალო სისხლნაყენით. აღსანიშნავია, რომ მონათალო შეფერილობა დამახასიათებელია **ახლად მიღებული** სისხლნაყენებისათვის, რომლებიც რამდენიმე საათის წინ არის მიღებული;
4. დაახლოებით მსგავსი შეფერილობის სისხლნაყენით (მონათალო-მოიისფრო შეფერილობის) აღენიშნება ასევე მარჯვენა წარბის გარეთა კუთხესთან მდებარე დაჟეჟილი პირღია ჩრდილობის ირგვლივ, რაც იმას გვაფიქრებინებს, რომ აღნიშნული ჩრდილობის მიყენებიდან გასულია **არაუმეტეს 1 დღისა**.

გარდა სისხლნაყენებისა, ყურადღებას იპყრობს ასევე ექსპერტის მიერ აღწერილი სხვადასხვა ლოკალიზაციის ნაჭდევი და ჩრდილობა. აქვე ცალკეა აღწერილი და ჩამოთვლილი სამედიცინო მანიპულაციების კვალი, რომელთა წარმომავლობა ეჭვს არ იწვევს (რეანიმაციის დროსაა მიღებული) და მათი განხილვა ზემოთ აღნიშნულ სხვა დაზიანებებთან არ არის მიზანშეწონილი.

აღსანიშნავია, რომ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტის მიერ გვამზე აღმოჩენილი დაზიანებების აღწერა თითქმის სრულად შეესაბამება სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში (№1332) ექიმის მიერ გაკეთებულ ჩანაწერებს, რაც მეტ დამაჯერებლობას მატებს მოცემულ მონაცემებს.

ექსპერტის დასკვნით, დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია, მიყენებულია რაიმე მკვრივი ბლაგვი საგნის მოქმედებით, ამასთან, რაც შეეხება დაზიანებათა ხანდაზმულობას, ექსპერტი საუბრობს, რომ დაზიანებები განვითარებულია სიკვდილის დადგომამდე წინა უახლოეს პერიოდში და ასევე წინა ადრეულ პერიოდში, დაახლოებით არანაკლებ 7-9 დღისა. აღნიშნულ დასკვნას სრულად ვიზიარებთ.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის ნაწილში („სამედიცინო დოკუმენტაციის მონაცემები“) მითითებულია, რომ პაციენტი მოათავსეს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის №18

საქმის
ფაქტობრივი
დასკვნა

დანესებულების რეანიმაციის განყოფილებაში 2011 წლის 23 სექტემბერს 22:20 საათზე, ხოლო პაციენტის გარდაცვალება დაფიქსირებულია 22:50 საათზე. აქედან გამომდინარე, იქმნება იმისი შთაბეჭდილება, რომ პაციენტი სამკურნალო დანესებულებაში მიყვანისას აიყვანეს პირდაპირ რეანიმაციულ განყოფილებაში, სადაც სიკვდილის დაფიქსირებამდე კიდევ 30 წუთი იცოცხლა. მიუხედავად ამისა, ამ ნახევარი საათის განმავლობაში სიცოცხლის რაიმე პირდაპირი ნიშანი არ არის აღწერილი. მითითებულია, რომ „ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, კონტაქტის დამყარება ვერ ხერხდება. გარეგან გაღიზიანებაზე არ რეაგირებს. წნევა არ იზომება, პულსი არ ისინჯება... სახე ციანოზირებულია, კისრის ვენები დაბერილი, სუნთქვა ერთეული, ზედაპირული. გუგები საშუალოდ გაფართოებული, ფოტორეაქცია არ აღენიშნება.“ ამის შემდეგ დაიწყო რეანიმაციული ღონისძიებები, რომლებმაც შედეგი არ გამოიღო და ექიმების მიერ დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. აღნიშნული მონაცემების დეტალურად განხილვის შემდეგ ჩნდება სერიოზული ეჭვი იმის შესახებ, იყო კი პაციენტი ცოცხალი სამკურნალო დანესებულებაში შეყვანისას? მონაცემებიდან აღნიშნულის სასარგებლოდ მეტყველებს მხოლოდ ჩანაწერი - „სუნთქვა ერთეული, ზედაპირული,“ რაც თავისუფლად შესაძლებელია, რომ ხელოვნურად იყოს მიწერილი. როდესაც გუგები გაფართოებულია, წნევა და პულსი არ ისინჯება, ფოტორეაქცია არ არის და ყველა ზემოთ აღწერილი სხვა ნიშანი სახეზეა, ეჭვქვეშ დგება საერთოდ პაციენტის სიცოცხლის საკითხი იმ მომენტისათვის. პაციენტი ან ტრანსპორტირებისას მოკვდა ან საერთოდ გვამი შეიყვანეს რეანიმაციულ განყოფილებაში, რისი არაერთი ფაქტიც წარსულში ჩვენ დაფიქსირეთ და ამის პრაქტიკა, სამწუხაროდ, №18 დანესებულებაში წარსულშიც არსებობდა (როდესაც შეყვანილ გვამს სიცოცხლეს რამდენიმე წუთით ხელოვნურად უხანგრძლივებდნენ, სავარაუდოდ, იმის გამო, რომ შეცვლილიყო გარდაცვალების ადგილი). მოვლენების სავარაუდოდ ასეთი განვითარების შემთხვევაში საქმე ეხება დოკუმენტაციის გაყალბებას, რაც საკმაოდ მნიშვნელოვანი დარღვევაა და ეს საკითხი ჯეროვან შესწავლას მოითხოვს, არა მარტო ამ კონკრეტულ შემთხვევაში, არამედ უფრო გლობალურად.

დოკუმენტის ამავე ნაწილიდან („სამედიცინო დოკუმენტაციის მონაცემები“) ასევე ირკვევა, რომ ექიმებმა, დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზის სახით გამოიტანეს „უცნობი ეტიოლოგიის კომა. გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა.“ ეს უკანასკნელი არ შეესაბამება სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზს. კომის გამომწვევი რაიმე მიზეზი პირდაპირ ან თუნდაც არაპირდაპირ აღწერილი ან დადასტურებული არ არის არც მაკრომორფოლოგიურად და არც ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს.

როგორც ცნობილია, კომა ვითარდება თავის ტვინის ქერქის, ქერქვეშა მიდამოსა და ცენტრალური ნერვული სისტემის უფრო დაბალი უბნების ღრმა შეკავების შედეგად, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევის, თავის ტრავმის, ანთების (ენცეფალიტი, მენინგიტი, მალარია) და სხვა დროს; იგი შეიძლება გამოიწვიოს მწვავე მონამვლამ (მაგ., ბარბიტურატებით) ან განვითარდეს შაქრიანი დიაბეტის, ურემიის (ურემიული კომა) ან ჰეპატიტის დროს. ინტოქსიკაცია ხდება: ნამალდამოკიდებულების, დოზის გადაჭარბების, სხვა სახის მედიკამენტების ბოროტად გამოყენების, ჰიპოთერმიის, ქალა-ტვინის მძიმე ტრავმების დროს და ძლიერი ტკივილების დროს ტრავმის შემთხვევაში. ამასთან, ნერვულ ქსოვილში ირღვევა მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი, ვითარდება ჟანგბადის შიმშილი და სხვა. კომას, როგორც წესი, წინ უძღვის პრეკომატოზური მდგომარეობა. ზოგადად ცნობილია, რომ კომა საშუალოდ 6 საათის განმავლობაში გრძელდება. ექიმების მიერ კომატოზური მდგომარეობის შესახებ საუბრის დროს არ არის შეფასებული აღნიშნული მდგომარეობა საყოველთაოდ მიღებული გლაზგოს ან რომელიმე სხვა შკალის მიხედვით, რაც კიდევ ერთხელ გვაფიქრებინებს იმაზე, რომ პაციენტი უკვე გარდაცვლილი შეიყვანეს რეანიმაციულ განყოფილებაში.

სასამართლო-სამედიცინო აუტოფსიის დროს არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზი, რომელსაც შესაძლებელია გამოენჯია კომა, არ არის დადასტურებული არც მაკრომორფოლოგიურად და არც ჰისტოლოგიურ დონეზე. თავის მხრივ, სხეულზე არსებულ დაზიანებებს ერთობლივად, მათი ხასიათიდან გამომდინარე (როგორც აღწერილია), არ შეეძლო ასეთი მდგომარეობის გამოწვევა და მით უფრო სიკვდილის დადგომა, თუმცა თავისუფლად შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ მათ შეეძლო არსებული მდგომარეობა დაემძიმებინა.

გვამის შინაგანი გამოკვლევის დროს თავის რბილი საფარი მთელია, ქალა-სარქელის ძვლები მთელია, ტვინი ჩვეულებრივი, ქალას ფუძე მთელია, ღეროს დისლოკაცია ან ჩაჭედვა (კომპრესია) არ არის აღწერილი. მიკრომორფოლოგიურად თავის ტვინში რაიმე სახის ისეთი დაზიანება, რომელიც კომას შეესაბამება (მდგომარეობის რამდენიმე საათით გაგრძელების შემთხვევაში, როგორც მინიმუმ გვექნებოდა თავის ტვინის შემუშების და მისგან გამომდინარე სხვა ცვლილებების სურათი), არ არის აღწერილი. აქედან გამომდინარე, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება სიკვდილის მიზეზად აღარ უნდა განვიხილოთ. ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევით გამოირიცხა სისხლში მეთილის, ეთილისა და იზოპროპილის სპირტების არსებობა. სისხლში და შინაგან ორგანოებში არ აღმოჩნდა ასევე: ოპიატები, მეთადონი, მარიხუანა, ბარბიტურატი, ბუპრენორფინი, ამფეტამინი, მეთამფეტამინი, ბენზოდიამინები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, კოკაინი. შინაგან ორგანოებში ასევე არ აღმოჩნდა: ციანწყალბადმჟავა და მისი მარილები, ფორმალინი, ფენოლი, კრეზოლი, ქლოროფორმი, ქლორალჰიდრატი დიქლორეთანი, ოთხქლორნახშირბადი, ფოსფორორგანული ნაერთები, დარიშხანი, სინდიყი. როგორც ჩანს, თუ ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური ექსპერტიზის პასუხებს სანდოდ მივიჩნევთ, ყველა ძირითადი ტოქსიკოლოგიური აგენტის მოქმედების პირდაპირი ან არაპირდაპირი კვალი სისხლში და შინაგან ორგანოებში არ აღმოჩნდა, რის გამოც შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ე.წ. კომის გამომწვევი პაციენტის ინტოქსიკაცია არ უნდა ყოფილიყო.

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნიდან არ ჩანს ასევე, რომ პაციენტს შესაძლებელია ურემიული ან ჰიპოგლიკემიური კომა განვითარებოდა, ვინაიდან შარდ-სასქესო და ენდოკრინული ორგანოების მიკრო- და მაკრომორფოლოგიური გამოკვლევით, აღნიშნულის მორფოლოგიური სუბსტრატი არ დასტურდება, ხოლო კლინიკური მონაცემები აღნიშნული პათოლოგიური მდგომარეობების შესახებ არ მოიპოვება. გარდა ამისა, აღნიშნულზე არ მიანიშნებს არც ერთი არაპირდაპირი ნიშანიც.

გვამის გამოკვლევის დროს გულმკერდის ან მუცლის ღრუში რაიმე ისეთი ნიშანი, რომელსაც პაციენტის სიკვდილი შეეძლო უშუალოდ გამოეწვია, ვერ იქნა ნანახი. ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია ექსპერტიზის დასკვნით გამოირიცხება. მაკრომორფოლოგიურად, სასუნთქი სისტემის მხრივ, რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილებები ნანახი არ ყოფილა. მიუხედავად ამისა, მიკრომორფოლოგიურად დადასტურდა კეროვანი ინტერსტიციული პნევმონია. აღსანიშნავია ასევე ის, რომ მაკრო- და მიკრომორფოლოგიურ დაკვლევებს შორის ფიქსირდება შეუსაბამობა. კერძოდ, ჰისტოლოგიურად, ექსპერტი გოგიტაური მიუთითებს, რომ ადგილი აქვს „ფილტვების მკვეთრ შემუშებას“, რასაც მაკრომორფოლოგიურად არ აღწერს ექსპერტი ქამუშაძე. საფიქრებელია, რომ პნევმონიის ის ფორმა, რომელიც მაკრომორფოლოგიურად დამახასიათებელ ცვლილებებს არ იწვევს, ხოლო მიკრომორფოლოგიურად მხოლოდ კეროვანი ხასიათი აქვს, არ უნდა ყოფილიყო ისეთი ძლიერი ინტოქსიკაციის მიზეზი, რომელსაც კომა და პაციენტის სიკვდილი შეეძლო გამოეწვია.

მაკრომორფოლოგიურად შარდ-სასქესო სისტემის მხრივ პათოლოგია არ არის აღწერილი. მიუხედავად ამისა, დასკვნაში ნახსენებია, რომ შარდის ბუშტი ცარიელია. ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია კლინიკური მონაცემები: კერძოდ, ჰქონდა თუ არა პაციენტს შარდის ბუშტში კათეტერი ჩადგმული ან აღენიშნა თუ არა მას უნებლიე შარდვა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შარდის საერთოდ არ არსებობა შარდის ბუშტში შესაძლებელია თირკმელების უკმარისობის მიზეზით აიხსნას პროგრესული და ხანგრძლივი ჰიპოტონიის ფონზე. სამწუხაროდ, ჰისტოლოგიურ დასკვნაში თირკმლის აღწერილობა ვერ მოხვდა, რაც გვაფიქრებინებს იმაზე, რომ ან მასალა არ იქნა აღებული, ან გარკვეული მოსაზრებების გამო აღნიშნული დასკვნაში არ იქნა შეტანილი.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით ყურადღებას იქცევს გულ-სისხლ-ძარღვთა სისტემა. უნდა დავეთანხმოთ ექსპერტიზას, რომ პაციენტს ნამდვილად აღენიშნებოდა გულის იშემიური დაავადება, კერძოდ, ამის შესახებ მიუთითებს მიკრომორფოლოგიურად კორონაროატეროსკლეროზის დიაგნოზის დასტური, ასევე, მიოკარდიუმში წვრილკეროვანი პოსტინფარქტული ნაწიბურის არსებობა. იმისათვის, რომ ვიმსჯელოთ პაციენტის სიკვდილის დადგომაში გულის იშემიური დაავადების როლზე, მხოლოდ არსებული დოკუმენტები არ კმარა.

2011

არსებული დასკვნის მიხედვით მსგავს სურათს უცილობლად სიკვდილის გამოწვევა არ შეეძლო, თუმცა ამის კატეგორიული გამორიცხვაც არსებული მონაცემების მიხედვით შეუძლებელია. მდგომარეობის შემდგომი შესწავლის მიზნით მიზანშეწონილია წარმოდგენილ იქნეს ანამნეზური მონაცემები და სიკვდილამდე არსებული ყველა სამედიცინო ჩანაწერი, რომელთა კომპლექსური განხილვა უმნიშვნელოვანესია რაიმე აზრის ჩამოსაყალიბებლად.

საბოლოოდ, არსებული დოკუმენტის განხილვით შესაძლებელია ვიმსჯელოთ შემდეგზე:

1. სათუთა ის საკითხი, რომ პაციენტი ცოცხალი მიიყვანეს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში;
2. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დასმული კლინიკური დიაგნოზი არ შეესაბამება სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნას და ვერ ხსნის პაციენტის სიკვდილის მიზეზს;
3. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა მოიცავს მთელ რიგ ხარვეზებს (მაგალითად, არ არის თირკმლის ქსოვილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის შედეგები; მაკრომორფოლოგიურად ფილტვის ქსოვილის აღწერილობა არ შეესაბამება მიკრო-მორფოლოგიურ მონაცემებს და ამის შესახებ ექსპერტი არ მსჯელობს, არ ეძებს მიზეზს, რაც საექსპერტო გამოკვლევისათვის შეუსაბამოა);
4. აშკარაა, რომ პაციენტს სიცოცხლის პერიოდში მიღებული აქვს სხეულის სხვადასხვა სახისა და ლოკალიზაციის დაზიანებები, რაიმე მკვრივი ბლავი საგნის მოქმედებით. ამასთან, დაზიანებათა ხანდაზმულობის მხედველობაში მიღებით, დაზიანებების მიყენება იყო მრავალჯერადი, გარკვეული პერიოდის პაუზებით (მინიმუმ 3-ჯერ); (სიკვდილამდე უახლოესი 7-9 დღის პერიოდში) და მიუხედავად იმისა, რომ დაზიანებები, ცალკე აღებული, არ ატარებს მძიმე ხასიათს, ამ უკანასკნელს, ასევე დაზიანებების მიყენების გარემოებებსა და პირობებს ნამდვილად შეეძლო ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის ნეგატიური პოტენცირება და უარყოფითი დინამიკის განვითარება;
5. შემდგომი შესწავლა და აზრის ჩამოყალიბება მოითხოვს პაციენტის სიკვდილამდე არსებული ყველა სამედიცინო და, შესაძლებელია, ასევე სხვა სახის დოკუმენტაციის ერთობლივად გაანალიზებასა და შესწავლას;

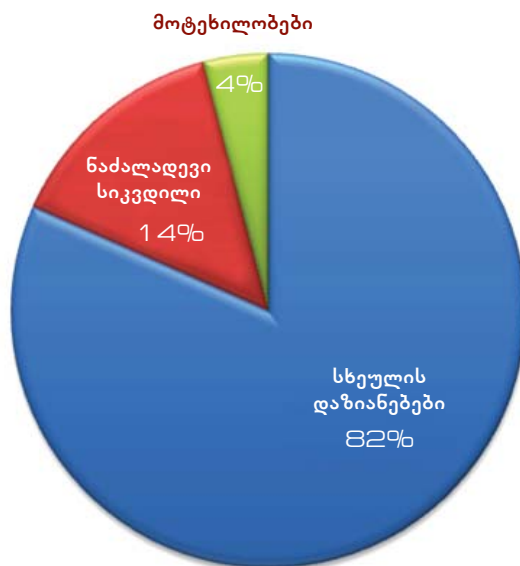
ზემოთ ჩამოთვლილი რამდენიმე მაგალითის გარდა კიდევ უამრავი ფაქტის მოყვანა შეიძლება, რომლებშიც გვამზე სიცოცხლისდროინდელი დაზიანების ნიშნები აღინერება და ფიქსირდება ექსპერტების მიერ. მიუხედავად ამისა, გასული წლების მსგავსად, გამოძიების მიერ ამას სათანადო ყურადღება არ ექცევა, რითაც უხეშადაა დარღვეული წამების პრევენციის საერთაშორისო და ეროვნული სტანდარტები. ის, რომ დაზიანებათა ხასიათი არ არის მძიმე და მათ პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი არ აქვთ სიკვდილთან, შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში იმის მიზეზი ხდება, რომ გამოძიება აღნიშნულით საერთოდ აღარ ინტერესდება.

შესწავლის შედეგად დაფიქსირდა ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში გარდაცვლილ პატიმართა ნახევარზე მეტს აღენიშნებოდა სხეულის ამა თუ იმ სახის დაზიანებები. გარდა ამისა, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში გარდაცვლილ პატიმართაგან 3-ს ასევე აღენიშნება სხეულის დაზიანებები. აღნიშნული პატიმრები გარდაიცვალნენ ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში შეყვანიდან 1-3 დღეში. საკარაუდოდ, ისინი აღნიშნულ დაწესებულებაში გადაიყვანეს სწორედ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებიდან. აღნიშნულის გამო გამოძიება ასევე უნდა დაინტერესდეს იმ ფაქტით, თუ რატომ ხდება დაზიანებათა უმრავლესობის მიყენება სწორედ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების პირობებში. ასევე, დაფიქსირდა ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც, ქსნის N15 დაწესებულებაში გარდაცვლილი 4

პატიმრიდან 3-ს აღენიშნებოდა სხეულის სხვადასხვა სახის და სიმძიმის დაზიანებები. გამოძიება ასევე უნდა დაინტერესდეს ამ დაზიანებულებებში არსებული სიტუაციით და გაირკვეს თითოეულ შემთხვევაში დაზიანების წარმომავლობა და მიზეზი.

ამგვარად, ზემოთ განხილულ ჯგუფში გაერთიანდა ნაძალადევი სიკვდილის (ამ შემთხვევაში მექანიკური ასფიქსია, მარყუჟით სასუნთქი გზების გადაკეცილობა; უბედური შემთხვევა და სისხლდენის შედეგად განვითარებული მწვავე ჰემორაგიული ანემია), სხეულის სხვადასხვა ხარისხისა და ლოკალიზაციის დაზიანებათა და მოტეხილობის შემთხვევები. აღნიშნულ სახეობათა თანაფარდობა წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

სხეულის დაზიანებები	81.64 %
ნაძალადევი სიკვდილი	14.28 %
მოტეხილობები	4.08 %

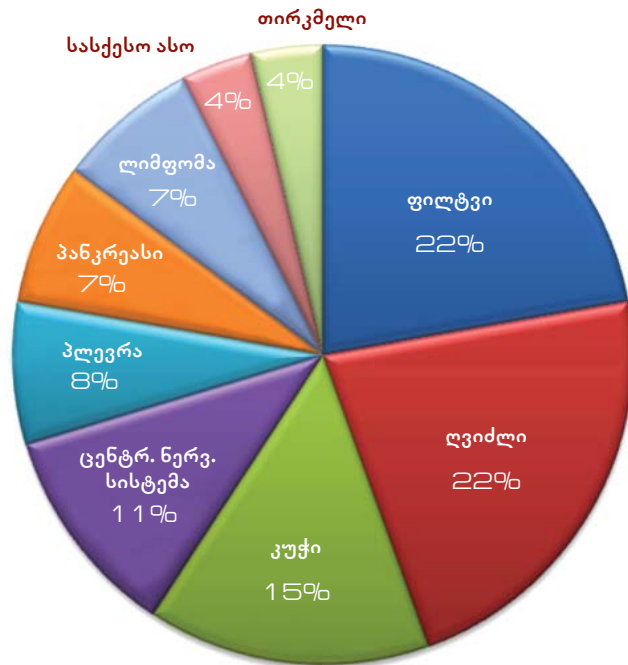


სიხშირით შემდეგ ადგილზე გამოდის **ავთვისებიანი სიმსივნეები** (3.62%). ავთვისებიანი სიმსივნეებით პატიმართა გარდაცვალების შემთხვევებმა 2011 წლის პირველ ნახევარში 3.22% შეადგინა, ხოლო მეორე ნახევარში შესაბამისად - 15.87%. რაც შეეხება ონკოდაავადებათა წილს დაავადებათა საერთო სპექტრში, წლის პირველ ნახევარში აღნიშნულმა 16.88%, ხოლო წლის მეორე ნახევარში 22.2% შეადგინა. როგორც სტატისტიკა აჩვენებს, 2011 წლის მეორე ნახევარში მკვეთრად იზრდება ონკოლოგიური დაავადებებით გარდაცვლილთა რაოდენობა. აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილ პატიმართა დიდ უმრავლესობას აღენიშნებოდა სიმსივნის შორსნასული ფორმები დაავადების ბოლო სტადიაზე, შორეული მეტასტაზების არსებობით. სულ დაფიქსირებულია ავთვისებიანი სიმსივნეების 27 შემთხვევა. ყველაზე ხშირად ვხვდებით ფილტვის კიბოს (6 შემთხვევა); შემდეგ ადგილზეა ლეიქემიის კიბო (6 შემთხვევა); კუჭის კიბო (4 შემთხვევა). პლევრისა და პანკრეასის სიმსივნეები, ასევე ლიმფომა 2 – 2 შემთხვევაში გვხვდება. თითო-თითო შემთხვევაში მორფოლოგიურად დადასტურდა სასქესო ასოსა და თირკმლის ავთვისებიანი სიმსივნეები. გასული საანგარიშო პერიოდის მსგავსად ფიქსირდება ფაქტები, როდესაც არსებობს შეუსაბამო კლინიკურ და სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზებს შორის.

სიმსივნეთა სახეობები მეტი თვალსაჩინოების მიზნით წარმოდგენილია დიაგრამაზე და ცხრილში:

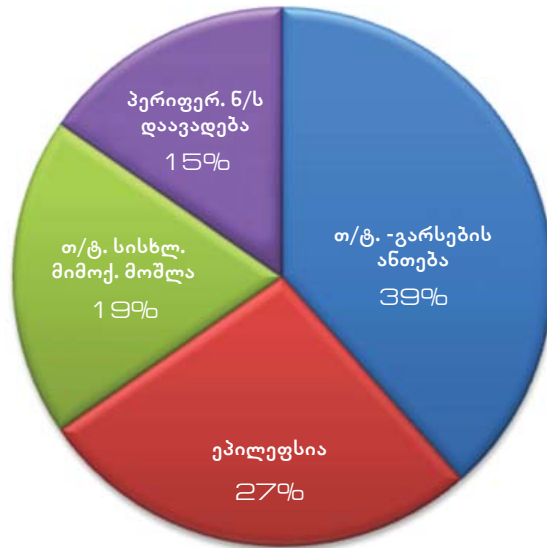
2011

ფილტვი	22.22
ღვიძლი	22.22
კუჭი	14.81
ცენტრ. ნერვ. სისტემა	11.11
პლევრა	7.40
პანკრეასი	7.40
ლიმფომა	7.40
სასქესო ასო	3.72
თირკმელი	3.72



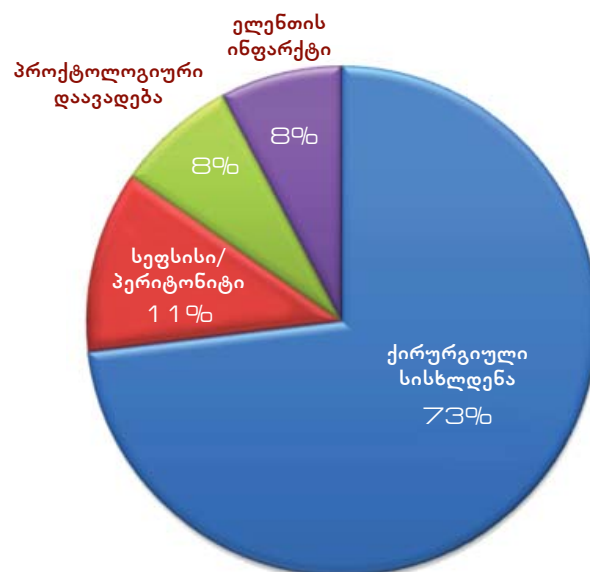
გარდაცვლილთა დიაგნოზებს შორის სიხშირით შემდგომ ადგილს იკავებს **ნევროლოგიური დაავადებების ჯგუფი**. როგორც უკვე აღინიშნა, გარდაცვლილ პაციენტთა 3.48%-ს ამა თუ იმ სახის ნევროლოგიური დაავადება აღენიშნებოდა, ხოლო შემთხვევათა ნაწილში სწორედ ეს დაავადებები გახდა სიკვდილის უშუალო მიზეზი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გასული წლის მონაცემებთან შედარებით ნევროლოგიური პათოლოგიით გამოწვეულმა სიკვდილობამ მნიშვნელოვნად იკლო 2011 წელს. მიუხედავად ამისა, სამწუხაროდ მაინც გვხვდება ისეთი მძიმე ნევროლოგიური მდგომარეობები, რომელთა დროსაც გვხვდება როგორც თავის ტვინის, ასევე ცენტრალური ნერვული სისტემის გარსების ანთება და ასევე თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის სახეები. აღნიშნული დაავადებების სპექტრი წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

თ/ტ. - გარსების ანთება	38.46 %
ეპილეფსია	26.93 %
თ/ტ სისხლ. მიმოქ. მოშლ	19.23 %
პერიფერ. ნ/ს დაავადებ.	15.38 %



როგორც ცხრილიდან და დიაგრამიდან ჩანს, 2011 წლის განმავლობაში გარდაცვლილ პაციენტთა შორის ყველაზე ხშირი ნევროლოგიური პათოლოგია ცენტრალური ნერვული სისტემის გარსების ანთება იყო (38.46%). აღნიშნული უპირატესად წარმოდგენილია ტუბერკულოზური გენეზის მენინგიტებისა და არაქნოიდიტების სახით. პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებებიდან უნდა გამოიყოს ნეიროპათიები, პოლირადიკულონეიროპათიები. აღნიშნული პათოლოგიები სიკვდილის უშუალო მიზეზი არ გამხდარა, თუმცა გარდაცვლილ პაციმართა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში, წინა წლების მსგავსად, კვლავ ფიგურირებს. ყოველივე ეს იმ ფონზე ხდება, როდესაც პენიტენციურ სისტემაში ნევროლოგთა დეფიციტია. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში მხოლოდ ერთი ექიმი ნევროპათოლოგი მუშაობს, ხოლო სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში ამ პროფილისა და გამოცდილების ექიმს იშვიათად ვხვდებით.

ქირურგიული დაავადებები, რომლებიც გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებშია აღწერილი, სიხშირით მე-10 ადგილს და 3.08%-ს შეადგენს. აღნიშნული მაჩვენებელი პრაქტიკულად შეესაბამება გასული წლის წლიურ მაჩვენებელს. ზოგიერთ შემთხვევაში ქირურგიული პათოლოგია პაციენტის სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა. ქირურგიულ დაავადებათა სპექტრი აღნიშნულ ჯგუფში წარმოდგენილია გრაფიკულად და ცხრილში:



2011

ქირურგიული სისხლდენ	73.07 %
სეფსისი / პერიტონიტი	11.55 %
პროქტოლოგიური დაავ.	7.69 %
ელენთის ინფარქტი	7.69 %

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირველ ადგილზეა ქირურგიული სისხლდენები (73.07%). სისხლდენის წყარო სხვადასხვა შემთხვევაში იყო საჭმლის მომნელებელი ტრაქტი ან სასუნთქი სისტემა.

მაგალითისათვის მოგვყავს შემთხვევა - პაციენტი გ. ნ. (კოდი I №3). პაციენტი გარდაცვლილია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში. ამავე დაწესებულებაში წარმოებული ავადმყოფობის ისტორიიდან ირკვევა, რომ ფონური დაავადებების გამო პაციენტს დაეწყო სისხლდენა საყლაპავის ვარიკოზიდან, რის გამოც სისხლის დანაკარგმა გამოიწვია მძიმე ჰემორაგიული შოკი და ანემია. რაც საბოლოოდ გახდა სიკვდილის მიზეზი. დიაგნოზში, შესაბამისად, ფიგურირებს „საყლაპავის ვენების ვარიკოზი 1-2 ს. საყლაპავის ვარიკოზული ვენებიდან მწვავე სისხლდენა.“ პაციენტს გარდაცვალებამდე ენდოსკოპიურად ასევე დადგენილი ჰქონდა კუჭის წყლული. ავადმყოფობის ისტორიაში პირდაპირაა მითითებული, რომ „სიკვდილის სავარაუდო მიზეზია საყლაპავის ვარიკოზული ვენებიდან მწვავე სისხლდენის გამო განვითარებული ჰემორაგიული შოკი.“ მიუხედავად ამისა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის შედეგად დადგენილ სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზში სისხლდენის, ანემიის ან ჰემორაგიული შოკის შესახებ არაფერია ნათქვამი და ცალსახადაა დადგენილი, რომ „გ. ნ.-ს სიკვდილის მიზეზია ლეიქმის ფუნქციის უკმარისობა, განვითარებული ლეიქმის ციროზის შედეგად.“ ცხადია, რომ ლეიქმის ციროზი თავისთავად წარმოადგენს ფონურ დაავადებას, ხოლო სიკვდილის უშუალო მიზეზი კონკრეტულ შემთხვევაში არის ჰემორაგიული შოკი, რომლის დასასაბუთებლად სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნაში არაერთი მაკრო-თუ მიკრომორფოლოგიური ნიშანია აღწერილი. მიუხედავად ამისა, სიკვდილის უშუალო მიზეზში სისხლდენა არ ფიგურირებს. აღნიშნულის გათვალისწინებით, აშკარაა, რომ ან პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია, ან სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა არასრულფასოვანია და ერთ-ერთი დოკუმენტი უხეში ხარვეზებითაა წარმოებული. საკითხის საბოლოო გარკვევისათვის საქმე შესასწავლად უნდა გადაეგზავნოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საექიმო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს. აქვე უნდა შეფასდეს პატიმრისათვის გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ადეკვატურობაც, რომელიც, სავარაუდოდ, არ შეესაბამებოდა ქვეყანაში დადგენილ სტანდარტებს.

იმავე ხასიათისაა შემთხვევა, რომელიც ან გარდაცვლილი პაციენტის, გ. ნ.-ს (კოდი I №42) სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნიდან ირკვევა. 30 წლის პატიმარი გარდაცვლილია ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. წარმოებული ავადმყოფობის ისტორიიდან ირკვევა, რომ 2011 წლის 28.03 დილის 08 სთ 45 წუთზე „ავადმყოფი გარდაიცვალა ფილტვებიდან პროფუზული სისხლდენით“. მიუხედავად ამისა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტის დასკვნაში მოხსენიებულია მხოლოდ ერთი ნინადადება, კერძოდ - „გ. ნ.-ს სიკვდილის მიზეზია ფილტვების ტუბერკულოზი.“ არაფერია ნათქვამი სისხლდენასა და სიკვდილის უშუალო მიზეზზე. ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით, კვლავ გვექმნება შთაბეჭდილება, რომ ან ავადმყოფობის ისტორია და ან ექსპერტიზის დასკვნა არასრულფასოვანია და წარმოებულია უხარისხოდ, რაც დაუყოვნებლივ უნდა გახდეს ხარისხის უზრუნველყოფის შესაბამისი სტრუქტურების დაინტერესების საგანი.

ექსპერტიზის დასკვნაში სისხლდენის შედეგად სიკვდილი დადასტურებულია პაციენტ გ. ს.-ს (კოდი I №45) შემთხვევაში. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნიდან ირკვევა, რომ პაციენტი გ.ს.მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში შეყვანილია 2011 წლის 31 მარტს. ავადმყოფის ჩივილები ჩამოყალიბებულია შემდეგი სახით: „ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არაღამაკმაყოფილებელია, უჩივის ზოგად საერთო სისუსტეს, გულისფრიალს, გულმკერდის არეში უსიამოვნო შეგრძნებას, მარცხენა ზედა კიდურის დაბუჟებას, ყაბზობას, მეტეორიზმს. მედბარათიდან ირკვევა, რომ დილით, პაციენტი დაწესებულების სან. ნაწილში შეყვანილი იქნა

სოპოროზულ მდგომარეობაში, სადაც გაენია პირველადი სამედიცინო დახმარება, რის შემდგომაც შემდგომი გამოკვლევისა და მკურნალობის მიზნით მოყვანილ იქნა სამედიცინო დაწესებულებაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა. „სამკურნალო დაწესებულებაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა შეფასდა საშუალო სიმძიმისად. ჩაუტარდა ქირურგის კონსულტაცია, საფიქრებელია ქრონიკული გასტრიტის არსებობა. მდგომარეობის შეფასებისა და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით გაიცა რეკომენდაცია ფიბროგოგასტროდუოდენოსკოპიის ჩატარების შესახებ. შემდგომ ჩატარდა ნევროპათოლოგიის კონსულტაცია, გულმკერდის მიდამოს რენტგენოლოგიური კვლევა, სისხლის კლინიკური ანალიზი და ეჭვი იქნა მიტანილი შუასაყარში მდებარე მოცულობით პროცესზე. აღნიშნულის დასადასტურებლად ან გამოსარიცხად დაიგეგმა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევა. ქირურგის მიერ მოთხოვნილი ფიბროსკოპული კვლევის ჩატარება ვერ მოხერხდა და დაიგეგმა მომდევნო დღეს. ამ ფონზე დილისათვის მდგომარეობა უეცრად გაუარესდა, დაეწყო სისხლიანი პირღებინება, ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები გაუარესდა, პერიფერიული პულსი არ ისინჯება, კონტაქტში შესვლა ვერ ხერხდება. გადაყვანილ იქნა ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციაზე, ჩაედგა ნაზოგასტრული ზონდი, საიდანაც მიღებულ იქნა სისხლი. მიუხედავად ჩატარებული სამკურნალო და რეანიმაციული ღონისძიებებისა, პაციენტი მოკვდა. სამედიცინო ბარათში ჩაწერილი დიაგნოზის მიხედვით, პაციენტს აღნიშნებოდა - „მოცულობითი წარმონაქმნი შუასაყარში?, გასტროდუოდენური სისხლდენა, ჰემორაგიული შოკი, სუნთქვის მწვავე უკმარისობა.“ სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დროს შუასაყარის მოცულობითი პროცესი არ დადასტურდა. ლიმფური კვანძებიც კი ნორმალური ზომის იყო შენარჩუნებული. ჰისტოლოგიური კვლევით დადგინდა კუჭის წყლული, რომელიც წარმოადგენდა სისხლდენის მიზეზს და პოსტჰემორაგიული ანემია. საექსპერტო დასკვნის მიხედვით - „მოქ. ს. გ.-ს სიკვდილის მიზეზია შინაგანი ორგანოების მწვავე სისხლნაკლებობა გამონეწული კუჭის წყლულიდან განვითარებული სისხლდენის შედეგად.“

ამგვარად, გარდაცვლილი პაციენტი ს. გ.-ს შემთხვევაში, სასჯელალსრულების იმ დაწესებულებაში, სადაც იმყოფებოდა პაციენტი (მითითებული არ არის დაწესებულების ნომერი) ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ვერ ამოიცნეს კუჭის წყლულოვანი დაავადება, შესაბამისად ადეკვატური მკურნალობა არ ჩატარებია. მაშინაც კი, როდესაც წყლული გართულდა სისხლდენით, დიაგნოზი კვლავ ვერ დაისვა, მათ შორის მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშიც. მიუხედავად ქირურგის მიერ ჩატარებული კონსულტაციისა, დიაგნოსტიკა წარმართა მცდარი მიმართულებით, რა დროსაც სისხლდენის ეპიზოდის განმეორებამ პაციენტის სიკვდილი გამოიწვია. საქართველოს სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ აღნიშნული შემთხვევა, პაციენტის მართვა (როგორც სასჯელის მოხდის ადგილზე, ისე N18 დაწესებულებაში) და მასთან დაკავშირებული საკითხები უნდა შეისწავლოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტომ.

პაციენტი კ. კ. (კოდი I №57), 33 წლის მამაკაცი, მდგომარეობის გაუარესების გამო გადაიყვანეს ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებიდან. გადაყვანის მიზეზი იყო ღვიძლის ციროზი და ამ ფონზე განვითარებული გასტროდუოდენური სისხლდენის ეპიზოდები. მიუხედავად ამისა, 1 დღის შემდეგ პაციენტი უკან დააბრუნეს N18 დაწესებულებაში შესაბამისი რეკომენდაციებით. რამდენიმე ხანში პაციენტი გარდაიცვალა. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით - „კ. კ.-ს სიკვდილის მიზეზია მწვავე სისხლნაკლებობა, განვითარებული საყლაპავი მილის ვარიკოზულად გაგანიერებული სისხლძარღვებიდან სისხლდენის შედეგად.“

პაციენტი ს. ვ. (კოდი I №61), 52 წლის მამაკაცი. როგორც სამედიცინო დოკუმენტაციიდან ირკვევა, კერძოდ, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში წარმოებული სამედიცინო ბარათიდან, პაციენტი აღნიშნულ დაწესებულებაში მოუთავსებიათ 16.05.2011წ 10:55-ზე. ბარათში არსებული მონაცემების მიხედვით პაციენტს სისხლდენა დაეწყო 10:20 სთ-იდან. სამკურნალო დაწესებულებაში მიყვანისას პაციენტი იმყოფებოდა კომატოზურ მდგომარეობაში, აღნიშნებოდა ჰემორაგიული შოკი. პაციენტი დაუყოვნებლივ აიყვანეს რეანიმაციულ განყოფილებაში. ჩანაწერის მიხედვით პაციენტი კონტაქტში ვერ შემოდის, „მაჯა და არტერიული წნევა არ ისინჯება, გულის ტონები არ მოისმინება, სუნთქვის ტიპი - არ აქვს. რეაქცია ჩხვლეტაზე და თერმულ გაღიზიანებაზე

საქართველოს
სახალხო
დამცველი

არ არის. გამოხატულია ციანოზი, გუგები გაფართოებულია, რქოვანას რეფლექსი და ფოტორეაქცია არ იწვევა, მონიტორზე იზოხიზი, სპონტანური სუნთქვა არ აქვს.“ მიუხედავად ჩატარებული რეანიმაციული ღონისძიებებისა, დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. პაციენტს ექსპერტიზის შედეგად დაუდასტურდა ფილტვების ადენოკარცინომის არსებობა. აღწერილი მდგომარეობის მიხედვით საქმე გვაქვს შორსნასულ ონკოლოგიურ პათოლოგიასთან. მიუხედავად ამისა, პაციენტი მაინც იმყოფებოდა სასჯელის მოხდის ადგილზე. გარდა ამისა, ყურადღებას იპყრობს ის დეტალები, რომელთა მიხედვითაც, პაციენტს სამკურნალო დაწესებულებაში მიყვანისას არცერთი სასიცოცხლო ნიშანი არ აღენიშნებოდა. ჩანაწერები მიუთითებს იმაზე, რომ საფიქრებელია N18 დაწესებულებაში უკვე გვამი შევიდა. პაციენტის გადაყვანა წარმოადგენდა უკვე დაგვიანებულ პროცესს, რომლის შედეგებზე პასუხისმგებლობა სწორედ სასჯელალსრულების სისტემის შესაბამისი კომპეტენციის პირებს ევალებათ.

პაციენტი გ. თ. (კოდი I №65), 46 წლის მამაკაცი. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებიდან გადაიყვანეს რეფერალურ ჰოსპიტალში, სადაც შეყვანიდან მცირე ხანში დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. პაციენტს ანამნეზში (ბოლო 15 წლის განმავლობაში) აღენიშნება კუჭზე ჩატარებული ოპერაცია და ასევე 2-ჯერ სისხლდენის ეპიზოდები. 1 წლის წინ დადგენილი აქვს საყლაპავის ვენების ვარიკოზი, ასევე - კუჭის კალოზური წყლული. გარდაცვალებამდე რამდენიმე საათით ადრე კვლავ დაეწყო სისხლდენა საჭმლის მომნელებელი სისტემის ზედა ნაწილებიდან (მელენა, სისხლიანი პირღებინება), რის გამოც გადაიყვანეს პირველი კლინიკური საავადმყოფოს რეანიმაციულ განყოფილებაში, ხოლო იქიდან უმძიმეს მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი ტრანსპორტირებულ იქნა რეფერალურ ჰოსპიტალში. ჰოსპიტალში შეყვანიდან დაახლოებით 1 საათის შემდეგ დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით სიკვდილის მიზეზია საყლაპავის ვარიკოზულად შეცვლილი ვენებიდან სისხლდენის შედეგად განვითარებული ანემია. ამ შემთხვევაშიც პაციენტის გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში უკვე დაგვიანებული იყო. ასევე, ბუნდოვანია, თუ რატომ მოხდა უმძიმეს ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის ტრანსპორტირება პირველი კლინიკური საავადმყოფოდან რეფერალურ ჰოსპიტალში და არსებობდა თუ არა ტრანსპორტირების უკუჩვენება ამ დროს.

სასუნთქი გზებიდან სისხლდენით მოკვდა ასევე 65 წლის მამაკაცი პატიმარი ს. ა. (კოდი I №74). პაციენტს დადგენილი ჰქონდა ფილტვის კიბოს შორსნასული ფორმა (IV სტადია), მეტასტაზირებით. იმყოფებოდა უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ამ უმძიმესი პათოლოგიის ფონზე დასმულიყო პატიმრის აქტირების საკითხი, იგი გადაიყვანეს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც იმყოფებოდა სიკვდილამდე. დოკუმენტაციაში არსებული ჩანაწერების მიხედვით შემთხვევა მიჩნეულ იქნა ინკურაბელურად, რის გამოც უტარდებოდა მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობა. გარდა ძირითადი ონკოლოგიური დაავადებისა, პაციენტს ასევე აღენიშნებოდა გულის იშემიური დაავადება, დაძაბვის სტენოკარდია, არტერიული ჰიპერტენზია, ქრონიკული ბრონქიტი, ეპილეფსია, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ბრონქული ასთმა. ამ მდგომარეობის ფონზე განვითარდა სისხლდენა სასუნთქი სისტემიდან, რომელიც კლინიკურად ვერ ამოიცნეს. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის შესაბამისად, „ს. ა.-ს სიკვდილის მიზეზია შინაგანი ორგანოების მწვავე სისხლნაკლებობა მარცხენა ფილტვის კიბოს შედეგად დაზიანებული სისხლძარღვიდან განვითარებული სისხლდენის გამო.“

საქართველოს სახალხო დამცველის აზრით, ჯანმრთელობის ასეთი უმძიმესი მდგომარეობის მქონე პაციენტის სასჯელალსრულების სისტემაში ყოფნა, რომლის მდგომარეობა მიჩნეულია ინკურაბელურად, არის არაჰუმანური მოპყრობა. ასეთ შემთხვევაში სასჯელის მოხდა აზრს კარგავს და ჰუმანურობის პრინციპებიდან გამომდინარე, საქართველოს კანონმდებლობაში არსებობდა ყველა მექანიზმი იმისათვის, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო პაციენტის გათავისუფლების შუამდგომლობა სასამართლოში გადაგზავნილიყო.

რაც შეეხება ისეთი საშიში ქირურგიული გართულების შემთხვევას, როგორიცაა დიფუზური პერიტონიტი, ამ დიაგნოზით მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში გარდაიცვალა 55 წლის პაციენტი მამაკაცი თ. ყ. (კოდი I №74). შემთხვევა იმით იპყრობს ყურადღებას,

რომ გარდა სამედიცინო მომსახურების დროს დაშვებული უხეში შეცდომებისა, საქმე გვაქვს ძალადობრივი მოპყრობის ფაქტთან პატიმრის მიმართ, რაც გამოძიების კომპეტენციაა. პაციენტი თ. ყ. გარდაიცვალა N18 დაწესებულებაში 2011 წლის 28 მაისს 02:10 სთ-ზე. როგორც სამედიცინო ჩანაწერებიდან ირკვევა, პაციენტი სამკურნალო დაწესებულებაში მოათავსეს 2011 წლის 25 მაისს 22 საათზე, ანუ გარდაცვალებამდე სამი დღით ადრე. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში შემოსვლისას არის ჩანაწერი: „ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, ცნობიერება ნათელი. პოზა იძულებითი.“ მორიგე ექიმის ჩანაწერიდან ირკვევა, რომ „პაციენტს დაბალი არტერიული წნევის ფონზე დაესხა თავბრუ, წაიქცა, რის გამოც მიიღო დაზიანება გულმკერდის არეში. თხემის არეში ფუფხით დაფარული ნაკვეთი ჭრილობა ჰქონდა, ზომით 1.5 სმ., მარცხნივ ყვრიმალის, მარჯვნივ ლოყის არეში - სისხლნაჟღენთები, გულმკერდის მარცხენა ნახევარზე - სუსტად გამოხატული ღია, მოლურჯო შეფერილობის სისხლნაჟღენთი. მარჯვენა მუხლის ქვემოთ სისხლნაჟღენთი. ა.წ. 70/30მმ. პულსი 70წ. სუსტი ავსების. ფილტვებში ქვედაწილებში სუნთქვა შესუსტებულია. პალპაციით კანქვეშა ემფიზემა კრეპიტაცია. 26.05.2011 წ. 20:30 სთ-ზე ავადმყოფი ქირურგიული განყოფილებიდან გადაყვანილია რეანიმაციულ განყოფილებაში მძიმე მდგომარეობაში. უჩივის ტკივილს გულმკერდში განსაკუთრებით მარცხნივ და მუცელში. გულმკერდის მარცხენა მხარეს ზურგის ლატერალურ მხარეზე, ასევე ილღის ფოსოში აღენიშნება კანქვეშა ემფიზემა - დამახასიათებელი კანქვეშა კრეპიტაცია. მუცელი რბილი, პალპაციით მტკივნეული დიფუზურად. ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევით მუცლის ღრუში ვლინდება თავისუფალი სითხე მცირე რაოდენობით. 27.05.2011 წ. 13 საათზე გაკეთდა ოპერაცია (ლაპაროტომია, სინექიოლიზი, რევიზია, ენტერორაფია, მუცლის ღრუს სანაცია, დრენიდება)... მუცლის ღრუში აღინიშნება დიდი რაოდენობით მღვრიე ქარვისფერი გამონადენი, წვრილი ნაწლავის შიგთავსი ამოიქაჩა, ნანახი იქნა მღვივი ნაწლავის დეფექტი. გაიკერა ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით. ჩაედგა დრენაჟები. ჭრილობა გაიკერა. პოსტოპერაციული დიაგნოზი: მუცლის ღრუს დაზარებული ტრავმა მღვივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დიფუზური ფერმენტულ-ფიბრინული პერიტონიტი.“ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს უტარდებოდა შესაბამისი მკურნალობა. მიუხედავად ამისა, მდგომარეობა დამძიმდა და 28.05.2011 წ. 02:10 სთ-ზე დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. „სიკვდილის მიზეზია ტოქსიური შოკის ფონზე განვითარებული გულსისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. კლ. დიაგნოზი: გულმკერდისა და მუცლის დაზარებული ტრავმა. გულმკერდის მარჯვენა მე-8 და მარცხენა მე-7 ნეკნების მოტეხილობა. მღვივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დიფუზური ფერმენტულ-ფიბრინული პერიტონიტი. ტოქსიური შოკი. გულსისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. მიოკარდიუმის გადატანილი წინა კედლის ინფარქტი.“ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, თ. ყ.-ს „სიკვდილის მიზეზია ჩირქოვან-ფიბრინული პერიტონიტი, განვითარებული მღვივი ნაწლავის ტრავმული გასკდომის შედეგად. ... გვამზე გარეგნულად აღინიშნება თხემ-კეფის საზღვართან მარჯვნივ ნაჭდვეი. მარცხნივ, ქვედა ქუთუთოს გარეთა კიდეგან სისხლნაჟღენთი, რაც მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს ჯანმრთელობის მოუშლელად. შინაგანი გამოკვლევით აღენიშნებოდა: მარჯვნივ მე-8; მარცხნივ მე-7 ნეკნების მოტეხილობა, მოტეხილი ნეკნების შესაბამისად რბილ ქსოვილებში სისხლჩაქცევები. თავის ქალის რბილი საფარის შიგნითა ზედაპირზე თხემ-კეფის საზღვარზე და საფეთქლის არეში მარჯვნივ ვრცელი სისხლჩაქცევები. მღვივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დაზიანებები განვითარებულია რაიმე მკვრივი ბლავი საგნის მოქმედებით. მარჯვნივ მე-8, მარცხნივ მე-7 ნეკნების მოტეხილობა მიეკუთვნება ნაკლებად მძიმე ხარისხს, ხოლო მღვივი ნაწლავის ტრავმული გასკდომა მიეკუთვნება მძიმე ხარისხს, როგორც სიცოცხლისათვის საშიშვლო, რისი გართულებაც გახდა მისი სიკვდილის მიზეზი. დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია.“

აღსანიშნავია, რომ აბსოლუტურად ვერ გავიზიარებთ ინფორმაციას, რომელიც ჩანაწერშია მოცემული: „დაბალი არტერიული წნევის გამო დაესხა თავბრუ, წაიქცა და მიიღო დაზიანებები“. დაზიანებების მხარეობა (როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ), მათი სხვადასხვა ლოკალიზაცია (კისრის, თავის, გულმკერდის და მუცლის მიდამოები) და სიმძიმე (მოტეხილობა, დაჟეჟილობა, მორფოლოგიურად შეუცვლელი ნაწლავის გასკდომა) პრაქტიკულად გამორიცხავს აღნიშნულის შესაძლებლობას. საფიქრებელია რომ, როგორც ექსპერტის დასკვნაშია ნათქვამი, აღნიშნული დაზიანებები პაციენტმა მიიღო რაიმე მკვრივი ბლავი საგნის მოქმედებით. რაც შეეხება იმას, თუ რა იყო ეს „რაიმე მკვრივი ბლავი საგანი“, იყო ეს იარაღი, ნატურალური საგანი თუ ადამიანის

2011

სხეულის ნაწილი ან ყველა ერთად, გამოძიების კომპეტენციაა და აღნიშნული აუცილებლად უნდა გამხდარიყო გამოძიების ინტერესის ძირითადი საგანი. ამ კონკრეტულ შემთხვევაში ეჭვს არ იწვევს, რომ დაზიანებები პაციენტმა მიიღო ძალადობრივი გზით, რომელმაც შემდგომში მისი სიკვდილი გამოიწვია. რაც შეეხება პაციენტის, როგორც დაზიანებულის შემდგომ მენეჯმენტს, ამ მხრივაც არაერთი უხეში შეცდომაა დაშვებული. კერძოდ: პაციენტი გადაიყვანეს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში 25 მაისს, საღამოს 10 საათზე. სამკურნალო დაწესებულებაში ადეკვატურად ვერ შეფასდა დაზიანების სიმძიმე და სახე; გამოკვლევები ჩატარდა არასრულფასოვნად და არასაკმარისად; ყველაზე შემაშფოთებელი კი ის არის, რომ პაციენტს, რომელსაც აღენიშნებოდა წერილი ნაწლავის გახეთქა და ექოსკოპიით მუცლის ღრუში დაუდგინდა თავისუფალი სითხე, ოპერაცია ჩაუტარდა დაგვიანებით. ფაქტობრივად, ჰოსპიტალიზაციიდან მე-3 დღეს, რაც მკვეთრად ზრდიდა სიკვდილის დადგომის შანსს. ამ პერიოდში პაციენტის მდგომარეობა დამძიმდა მიმდინარე პერიტონიტისა და ინტოქსიკაციის შედეგად. მდგომარეობა დაამძიმა ასევე თანხლებმა დაავადებებმა, რამაც საბოლოოდ პაციენტის სიკვდილი გამოიწვია. პაციენტის მკურნალობისა და მართვის მიმართულებით არსებული აღნიშნული საკითხები აუცილებლად უნდა გახდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ინტერესის საგანი, რათა შეფასდეს, თუ რამდენად დროულად და ადეკვატურად გაენია სამედიცინო დახმარება გარდაცვლილ პაციენტს.

გარდაცვლილ პაციენტთა მხოლოდ 0.87%-ს აღენიშნებოდა **ენდოკრინული ორგანოების** სხვადასხვა დაავადება. აღნიშნული ძირითადად კუჭუკანა ჯირკვლის დაავადებებს შეესაბამება და კლინიკურად მანიფესტირებული იყო შაქრიანი დიაბეტის სახით. გარდა ამისა, ჯგუფში შესულია ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების რამდენიმე შემთხვევა.

პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 2011 წლის განმავლობაში გარდაცვლილ პაციენტთა 0.53%-ს აღენიშნებოდა **გრძნობათა ორგანოების დაავადებები**. როგორც უკვე აღინიშნა, აღნიშნული ჯგუფი აერთიანებს მხედველობისა და სმენის ორგანოს სხვადასხვა დაავადებას. 1 შემთხვევაში დაფიქსირებული იყო თვალის ბადურას გარსის ჩამოშლა, ასევე მხედველობის ორგანოს პოსტტრავმული ატროფია, ხოლო რამდენიმე შემთხვევაში ასევე სმენაჩლუნგობა.

გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნების განხილვა მრავალ პრობლემურ საკითხს აყენებს დღის წესრიგში. უპირველეს ყოვლისა, აღნიშნული შეეხება სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში და მათ შორის მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში პაციენტთა მიმართ ჩატარებული მკურნალობის ხარისხს, რომელიც ხშირ შემთხვევაში უკიდურესად დაბალია და არ შეესაბამება ქვეყანაში არსებულ ზოგად სტანდარტებს. გარდა ამისა, არის შემთხვევები, როდესაც სამედიცინო პერსონალის მხრიდან იკვეთება აშკარა დარღვევები; სამწუხაროდ, ამ დარღვევათა მხოლოდ ძალიან მცირე ნაწილი ხვდება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ყურადღების სფეროში. ეს კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმაზე, რომ სისტემა დახურულია სახელმწიფო მარეგულირებლისათვის და სააგენტოს საქმიანობის სრული სპექტრი მის სამედიცინო სტრუქტურებზე პრაქტიკულად არ ვრცელდება. საილუსტრაციოდ მოგვყავს ერთ-ერთი მაგალითი:

გარდაცვლილი პაციენტი ქ. ვ., მამაკაცი, 34 წლისა. სიკვდილი დაფიქსირდა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, 2011 წლის მეორე ნახევარში. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნაში საკმაოდ დეტალურადაა აღწერილი „საქმის გარემოება“, რომელშიც გარჩეულია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართ წარმოებული ავადმყოფობის ისტორია. აღნიშნულის მიხედვით ირკვევა, რომ პაციენტი ქ. ვ. N18 დაწესებულებაში პირველად არ ყოფილა სტაციონირებული და ბოლოს იგი 1 წლის წინ იმყოფებოდა სამკურნალო დაწესებულებაში. „1 წლის წინ მკურნალობას გადიოდა ჩვენს დაწესებულებაში, ჩატარებული აქვს კ.ტ. მგრ. უტარდებოდა მკურნალობა, გაენერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.“ სამწუხაროდ, ტრადიციულად არ არის მითითებული, რა იგულისხმება დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში, ასევე, დაავადების გამოსავალში. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ექიმები ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო დოკუმენტაციაში აფიქსირებენ თავი-

ანთ სუბიექტურ აზრს (მაგალითად მდგომარეობა გაუმჯობესდა, პაციენტი გამოჯანმრთელდა და ა.შ.), თუმცა ამას არ ასაბუთებენ. არ არის მოცემული რა კრიტერიუმებით დაადგინეს, მაგალითად, განკურნება, გამოჯანმრთელება ან მდგომარეობის გაუმჯობესება. აღნიშნული უმნიშვნელოვანესი ხარვეზია, განსაკუთრებით კი პენიტენციური სისტემისათვის (სადაც პაციენტის უფლებები გაუმართლებლად მკვეთრად არის შეზღუდული). ასეთი მიდგომა ყოვლად დაუშვებელია. აღნიშნულ ჩანაწერებს შედეგის სახით მოჰყვება გაუგებრობა. ასევე, პაციენტის განმეორებითი სტაციონირების შემთხვევაში დარღვეულია მკურნალობის უწყვეტობის პრინციპი. სხვადასხვა ექიმი, პაციენტი და ზოგიერთ სხვა პირი პაციენტის მდგომარეობის შესახებ რადიკალურად განსხვავებულ მონაცემებს ჰყვება, რომელთა თანხვედრა ვერ ხერხდება. მაგალითად იმავე ისტორიაში ნახსენებია, რომ „ნაღვლკენჭოვანი დაავადება მრავალგზის ჩატარებული ინსტრუმენტალური გამოკვლევებით გამოირიცხა.“ ეს მოსაზრება არ შეიცავს ლაპარაკობის შემდეგაც კი. მიუხედავად ამისა, პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა ქრონიკული ქოლანგიტის დიაგნოზს სვამს, რომელიც, სავარაუდოდ, დიდი ხანია მიმდინარეობდა და ვითარდებოდა. ასევე, არაფერია ნათქვამი სასუნთქი სისტემის მხრივ არსებულ პრობლემებზე. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა კი ასკვნის, რომ პაციენტს აღენიშნებოდა ბრონქოპნევმონია, ალვეოლების კეროვანი ემფიზემა. აღნიშნულის მხედველობიდან გამორჩენა საკმაოდ მნიშვნელოვანი შეცდომაა მკურნალობის პროცესში. უფრო მეტიც, არაკომპეტენტური და უხარისხო მკურნალობის მიმდინარეობაზე კიდევ მრავალი ფაქტი მიუთითებს: მაგალითად, პანკრეატიტის დიაგნოზის დასმის პარალელურად ექიმი არ ერიდება „მორფინის“ დანიშვნას, რაც ამ დროს დაუშვებელია და პროცესის უარყოფით დინამიკას იწვევს. აღმაშფოთებელია ისტორიაში არსებული ჩანაწერი, რომლის მიხედვითაც მკურნალი ექიმი ეჭვობს რა პანკრეასის სიმსივნეს, წერს: „ავადმყოფს გამოკვლევების საფუძველზე ჩატარდა ონკოაბდომინალისტის დაუსწრებელი კონსულტაცია, მიეცა რეკომენდაცია ოპერაცია - პანკრეატოდუოდენალურ რეზექციასზე. ავადმყოფი მზადდება ოპერაციული მკურნალობისათვის.“ აღსანიშნავია, რომ პანკრეატოდუოდენური რეზექცია ქირურგიაში წარმოებული ერთ-ერთი ყველაზე რთული და საპასუხისმგებლო პროცედურაა. შესაბამისად ის დიაგნოზი, რომლის გამო ინიშნება ოპერაცია, საკმაოდ რთული და მრავალმხრივია. ფაქტია, რომ აღნიშნული პათოლოგიის მკურნალობა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებებში შეუძლებელია. გარდა ამისა, ექიმი, რომელიც ასეთ შემთხვევაში გაუგონარ „დაუსწრებელ კონსულტაციას“ ნიშნავს და მის საფუძველზე ოპერაციულ ჩვენებას განსაზღვრავს, ნამდვილად იმსახურებს, როგორც მინიმუმ, პროფესიული პასუხისმგებლობის უმკაცრეს ზომებს. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით პანკრეასის სიმსივნური დაზიანება გამოირიცხა. დაისვა ქრონიკული პანკრეატიტის დიაგნოზი, პანკრეასის ფსევდოციისტების მწვავე ჩირქოვანი ანთების სურათით. გაუგებარია, რა მკურნალობა ჩატარდა და რა ჩვენებით. ონკოცენტრიდან დაბრუნებული პაციენტის ჩანაწერების მიხედვით ქირურგი წერს, რომ „ჭრილობა ხორცდება პირველადი დაჭიმვით, საფენი სველია, აქვე ფიქსირდება მოყვითალო გამონადენი, ორივე დრენირების არეში მცირე ფიბრინულ-ჩირქოვანი გამონადენი.“ ამ ჩანაწერის მიხედვით წარმოიქმნება საფუძვლიანი ეჭვი, რომ ჭრილობა, მართლაც, პირველადი დაჭიმვით ხორცდება. მომდევნო ჩანაწერით ირკვევა, რომ „დრენაჟების ირგვლივ მცირე ფიბრინულ-ჩირქოვანი ნადები, მღვრიე გამონადენით. ნაკერი დამჭერით (სავარაუდოდ მომჭერით) გაიხსნა. პერიტონეუმის ღრუში ჩაიდგა სტერილური კათეტერი, უმნიშვნელო რაოდენობით მღვრიე გამონადენი. გამოირეცხა პანკრეასის აბსცედირებული ღრუ, გამონადენი ვერ იქნა მიღებული, უგრძელდება მკურნალობა.“ გარდა იმისა, რომ ჩანაწერი აბსოლუტურად არალოგიკურია და შეუსაბამო, ექიმი ვერ ფლობს სამედიცინო ტერმინოლოგიას, ჩანაწერის სხვადასხვა ფრაგმენტი ურთიერთგამომრიცხავია. აღარაფერს ვამბობთ აღნიშნული მანიპულაციების ადეკვატურობასა და დასაბუთებულობაზე. საინტერესოა ასევე ის ფაქტიც, რომ მიუხედავად პაციენტის მიმართ ჩატარებული ოპერაციისა, რომლის შედეგადაც დიაგნოზი ნამდვილად უნდა გამხდარიყო ნათელი, სიკვდილის დიაგნოზად ექიმი კვლავ „პანკრეასის თავის კიბოს“ ასახელებს, რაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, არ დასტურდება სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დროს ჩატარებული მიკრო- და მაკრომორფოლოგიური კვლევებით. საყურადღებოა სხვა გარემოებებიც, რომლებიც პაციენტის მოვლას შეეხება. პაციენტს აქვს ნაწოლები ზურგისა და კუდუსუნის არეში, კახექსიურია. გარდა ამისა, ექიმი პაციენტის უმძიმესი მდგომარეობის მიუხედავად, მიუთითებს, რომ „დიურეზი პამპერსში“ ხდება. გასაკვირია ეს დეტალიც, თუ რატომ არ იქნა ნაწარმოები შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, რომელიც

საქართველოს
საგარეო
საგარეო
საგარეო

ინტენსიური თერაპიის ამ კონკრეტულ შემთხვევაში აუცილებლობას წარმოადგენდა, ისევე და ისევე ჩანაწერებიდან და დაავადების თავისებურებებიდან გამომდინარე. (სამაგიეროდ, ექიმმა ჩაატარა ე.წ. „პერიტონეუმის ღრუს კათეტერიზაცია“, რომელიც გაურკვეველ მანიპულაციას/პროცედურას წარმოადგენს). საქართველოს სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ როგორც ეს კონკრეტული შემთხვევა, ისე სხვა არაერთი პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები, აუცილებლად უნდა გახდეს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ინტერესის ობიექტი.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში აშკარად მრავლადაა უკანონო საექიმო საქმიანობის ფაქტები. მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულების ნებართვით მრავალი საქმიანობა არ არის გათვალისწინებული, ამ პროფილის პაციენტებს მაინც „მკურნალობენ“, რაც ხშირ შემთხვევაში პაციენტის სიკვდილით მთავრდება. დაწესებულებაში მკურნალობენ მაგალითად, ურთულესი ნეიროქირურგიული პროფილის პაციენტებს თავის ტვინის მოცულობითი წარმონაქმნებით. მაგალითად: პაციენტი უ. შ. 41 წლის მამაკაცი, გარდაიცვალა N18 დაწესებულებაში 2011 წლის მეორე ნახევარში. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნაში არსებული ჩანაწერით ირკვევა, რომ პაციენტი უმძიმეს მდგომარეობაში გადმოუყვანიათ N15 დაწესებულებიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა N18 დაწესებულებაში, სადაც მიყვანიდან რამდენიმე დღეში გარდაიცვალა. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს ჩაუტარდა კ.ტ. კვლევა, რის შედეგადაც დაისვა დიაგნოზი - „მასიური სუბარაქნოიდულ-პარენქიმულ-პარაკუჭოვანი სისხლჩაქცევა... (საფიქრებელია ანევრიზმის რუპტურა...“), პაციენტი არ მოათავსეს პროფილურ სტაციონარში, სადაც შესაძლებელი იქნებოდა მას ნეიროქირურგიის მეთვალყურეობით ემკურნალა.

ანალოგიურ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე შემდეგი კონკრეტული ჩანაწერის გათვალისწინებით: გარდაცვლილი პაციენტი ა. ა., 44 წლის მამაკაცი. პაციენტი თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის დიაგნოზით მიიყვანეს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. პაციენტს უტარდებოდა მკურნალობა დასმული დიაგნოზიდან გამომდინარე. მიუხედავად ამისა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზამ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის დიაგნოზი არ დაადასტურა, არამედ გაიკვია, რომ პაციენტს აღენიშნებოდა „თავის ტვინის სიმსივნე - მედულობლასტომა.“ ამ შემთხვევაშიც პაციენტი მოკლებული იყო ნეიროქირურგიული პროფილის მომსახურებას.

2011 წლის განმავლობაში მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში გარდაიცვალა 3 პაციენტი თავის ტვინის სიმსივნის დიაგნოზით, ასევე - 3 პაციენტი თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის დიაგნოზით და 2 პაციენტი - სხვადასხვა გენეზის ცნს-ის ანთებითი დაავადებებით. მათი მკურნალობის პროცესში, სამწუხაროდ, ნეიროქირურგიული კომპონენტი იგნორირებული იყო და მათ ვერ მიეწოდათ შესაბამისი და ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება.

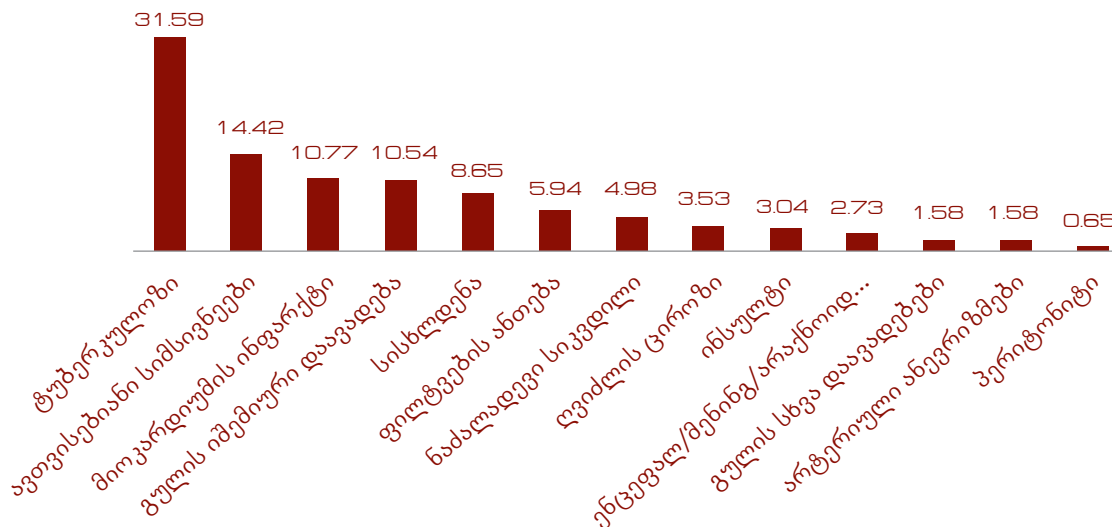
გარდა ზემოთ აღნიშნული ფაქტებისა, მონიტორინგის შედეგად ჩატარებული შესწავლებით ასევე გამახვილდა ყურადღება იმ ფაქტებზე, რომ გასული წლების მსგავსად ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტის გარდაცვალება ხდება მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში შეყვანიდან რამდენიმე წუთში. საქართველოს სახალხო დამცველი გამოთქვამს ეჭვს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში N18 დაწესებულებაში პაციენტი ცოცხალი ვერ აღწევს (კოდი N II-30) და რატომღაც მაინც აფიქსირებენ, რომ ის სტაციონარში შეყვანის შემდეგ გარდაიცვალა. მსგავსი შემთხვევა დაფიქსირდა ბათუმის რესპუბლიკურ საავადმყოფოშიც (კოდი N II-26), კერძოდ, ექსპერტიზის დასკვნაში მითითებულია, რომ პაციენტი საავადმყოფოში მიყვანისთანავე გარდაიცვალა. 40 წლის პაციენტის გარდაცვალების მიზეზი ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვითაც კი საკმაოდ ბუნდოვანია. ასევე გაურკვეველია, რატომ დაავალა გამომძიებელმა დადგენილებით სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს გარდაცვლილის „ფრჩხილის ნიშნის“ აღება.

ამგვარად, ჩვენ დეტალურად განვიხილეთ გარდაცვლილ პაციენტთა სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზები ნოზოლოგიური ჯგუფების მიხედვით. მიუხედავად ამისა, ჩვენ ასევე დავინტერესდით იმის შესწავლით, თუ რა იყო პაციენტთა სიკვდილის უშუალო მიზეზი 2011 წლის განმავლობაში.

ამისათვის გაგაანალიზეთ ჩვენს ხელთ არსებული ყველა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა. მხედველობაში იქნა მიღებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ გამოყოფილი სიკვდილის უშუალო მიზეზი, ანუ სიკვდილის მიზეზების დათვლა ამ შემთხვევაში მოხდა სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნაში მოხსენიებული გარდაცვალების **მხოლოდ წამყვანი (ძირითადი) მიზეზის** გათვალისწინებით. ამ შემთხვევაში არ ყოფილა გათვალისწინებული თანმხლები დაავადება, რაც, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად უწყობდა ხელს მდგომარეობის დამძიმებას. აღწერილი სტატისტიკა მოყვანილია ცხრილში:

№	სიკვდილის უშუალო მიზეზი	%	შენიშვნა
1	ტუბერკულოზი	31.59	* ფილტვის /ექსტრაპულმონ
2	ავთვისებიანი სიმსივნეები	14.42	
3	მიოკარდიუმის ინფარქტი	10.77	
4	გულის იშემიური დაავადება	10.54	* გარდა მიოკ. ინფ.
5	სისხლდენა	8.65	* სასუნთქი და საჭმ. მომნ. სისტემიდან
6	ფილტვების ანთება	5.94	
7	ნაძალადევი სიკვდილი	4.98	
8	ღვიძლის ციროზი	3.53	
9	ინსულტი	3.04	
10	ენცეფალიტი/მენინგიტი/არაქნოიდიტი	2.73	
11	გულის სხვა დაავადებები	1.58	
12	არტერიული ანევრიზმები	1.58	
13	პერიტონიტი	0.65	

აღნიშნული პროცენტული წილები გამოსახულია გრაფიკულად:



როგორც მოყვანილი ცხრილიდან და გრაფიკიდან ჩანს, 2011 წელს ტუბერკულოზი კვლავ რჩება საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა გარდაცვალების N1 მიზეზად. მიუხედავად ამისა, აშკარაა ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც წლის პირველ და მეორე ნახევრებს შორის მკვეთრად განსხვავებული სურათი იქმნება. კერძოდ, თუ წლის პირველ ნახევარში,

ტუბერკულოზით სიკვდილობა 44.15%-ს შეადგენდა, მეორე ნახევრისათვის ამ მაჩვენებელმა ორჯერ და უფრო მეტად იკლო და 19.05% შეადგინა.

შემდეგი ტენდენცია, რომელიც აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, არის ავთვისებიანი სიმსივნეებით განპირობებული სიკვდილობის მკვეთრი მატება, კერძოდ, აღნიშნული სიკვდილის უშუალო მიზეზთა შორის მე-2 ადგილზეა. მსგავსი ტენდენციით ხასიათდება მიოკარდიუმის ინფარქტი, რომელიც გარდა იმისა, რომ სიკვდილობის განმაპირობებელი მნიშვნელოვანი ფაქტორი გახდა, მისი ასაკი წინა წლებთან შედარებით უფრო გაახალგაზრდავდა.

რაც შეეხება ფილტვების ანთებას (პნევმონიას), როგორც სიკვდილის გამომწვევ უშუალო მიზეზს, სამწუხაროდ, აღნიშნული მაჩვენებელი სტაბილურია და მიუხედავად არსებული ძალისხმევისა კვლავ ერთ-ერთ უმწვავეს პრობლემად რჩება. წინა წლებთან შედარებით იკლო ნევროლოგიური პათოლოგიით გამოწვეულმა სიკვდილობამ.

საქართველოს სახალხო დამცველის შეხედულებით, ზემოთ გამოკვეთილი ტენდენციების გაანალიზება და შემდგომი შესწავლა მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის დაგეგმვისა და განვითარების პროცესს.