



საქართველოს სახალხო დამცველი  
პრევენციის ეროვნული მექანიზმი

სპეციალური ანგარიში  
საქართველოს  
სასჯელაღსრულების  
დანესებულებებსა და  
დროებითი მოთავსების  
იზოლატორებში  
განხორციელებული  
მონიტორინგის შესახებ

# 2011

წლის პირველი ნახევარი

2011 წელი

[www.ombudsman.ge](http://www.ombudsman.ge)



|                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| შესავალი .....                                                                                                            | 5   |
| არასათანადო მოწყობა ს/ა დანესაბუღებავში.....                                                                              | 7   |
| გადატვირთულობა .....                                                                                                      | 35  |
| საყოფაცხოვრებო პირობები.....                                                                                              | 39  |
| ■ პირობები დაწესებულებების მიხედვით .....                                                                                 | 39  |
| ■ პირადი ჰიგიენა.....                                                                                                     | 42  |
| ■ სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლებით სარგებლობა.....                                                                             | 44  |
| ■ სამართო საკნების ინფრასტრუქტურა და პირობები.....                                                                        | 46  |
| ციხეთა გადატვირთულობის ჯანდაცვითი ასპექტები .....                                                                         | 57  |
| სასჯელაღსრულების დანესაბუღებათა<br>სამედიცინო პერსონალი .....                                                             | 61  |
| „ოჯახის ექიმები“ საქართველოს პენიტენციური<br>სისტემის დანესაბუღებავში .....                                               | 86  |
| ტუბერკულოზის პრობლემა პენიტენციურ სისტემაში.....                                                                          | 104 |
| პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურა .....                                                                      | 115 |
| მედიკამენტებით მომარაგება და ავთიქის საქმიანობა .....                                                                     | 143 |
| ტრავმებისა და დაზიანებათა სახეები და აღრიცხვა .....                                                                       | 160 |
| აივ/ვიდსი პენიტენციურ სისტემაში.....                                                                                      | 192 |
| სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური საკითხები .....                                                                   | 198 |
| პატიმართა კვება.....                                                                                                      | 206 |
| პატიმართა ავადმჯობნა და პაციენტთა გადაყვანასთან<br>დაკავშირებული საკითხები პენიტენციური სისტემის<br>დანესაბუღებავში ..... | 211 |
| პატიმართა სამედიცინო რეაბილიტაციის, ქალთა და<br>არასრულწლოვან პატიმართა საკითხები .....                                   | 240 |

|                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| სამედიცინო დოკუმენტაციის, სამედიცინო სტატისტიკური<br>და კონფიდენციალური ინფორმაციის საკითხები<br>პენიტანციურ სისტემაში ..... | 245 |
| სიკვდილო პენიტანციური სისტემის დაწესებულებაში .....                                                                          | 258 |
| დისციპლინა და დასჯა .....                                                                                                    | 309 |
| ■ დისციპლინური და ადმინისტრაციული<br>სახდელის შეფარდება .....                                                                | 309 |
| ■ სამართო საკნებში განთავსებულ პირთა<br>აღრიცხვის ჟურნალები .....                                                            | 312 |
| კონტაქტი გარე სამყაროსთან .....                                                                                              | 315 |
| ■ ხანგრძლივი პაემანი .....                                                                                                   | 315 |
| ■ ხანმოკლე პაემანი .....                                                                                                     | 316 |
| ■ ვიდეოპაემანი .....                                                                                                         | 317 |
| ■ სატელეფონო საუბრები .....                                                                                                  | 318 |
| ■ პრესის, ტელე და რადიომაუწყებლობის ხელმისაწვდომობა .....                                                                    | 320 |
| ■ საჩივრები და განცხადებები .....                                                                                            | 322 |
| ციხის პერსონალი .....                                                                                                        | 323 |
| ■ სოციალური სამსახური .....                                                                                                  | 326 |
| პატიმართა მიღება და განთავსება .....                                                                                         | 328 |
| რესოციალიზაცია .....                                                                                                         | 332 |
| ■ სასწავლო და სარეაბილიტაციო პროგრამები .....                                                                                | 333 |
| ■ უმაღლესი განათლება .....                                                                                                   | 335 |
| ■ პატიმართა დასაქმება .....                                                                                                  | 336 |
| დაცვის უფლება .....                                                                                                          | 337 |
| მდგომარეობა შინაგან საქმეთა სამინისტროს ღრუბითი<br>მოთავსების იზოლატორებში .....                                             | 339 |

## შესავალი

---

წინამდებარე ანგარიში ასახავს პრევენციის ეროვნული მექანიზმის სტატუსით, სახალხო დამცველის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ, სასჯელალსრულების დაწესებულებებში 2011 წლის პირველ ნახევარში განხორციელებული მონიტორინგის შედეგებს.

საანგარიშო პერიოდში, საქართველოს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში 241 არაგეგმური და 36 გეგმური ვიზიტი განხორციელდა.

მონიტორინგის განხორციელებისას, სახალხო დამცველის რწმუნებულები დაუბრკოლებლად დაიშვებოდნენ და თავისუფლად გადაადგილდებოდნენ სასჯელალსრულების დაწესებულებების ტერიტორიაზე. მათ ასევე ეძლეოდათ საშუალება, შეხედულებისამებრ შეერჩიათ პატიმრებთან შეხვედრის ადგილები და გასაუბრებოდნენ მათ კონფიდენციალურად.

გეგმური მონიტორინგის დროს, სახალხო დამცველის რწმუნებულები ამოწმებდნენ საქართველოს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობისა და პრაქტიკის შესაბამისობას, როგორც საქართველოს კანონმდებლობასთან, ასევე საერთაშორისო სტანდარტებთან. მონიტორინგის მსვლელობისას, განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა, თითოეულ დაწესებულებაში დისციპლინური სასჯელების გამოყენების პრაქტიკასა და პატიმრების მიმართ მოპყრობაზე

მონიტორინგის მიმდინარეობისას, გასაუბრება ხდებოდა დაწესებულების ადმინისტრაციასთან, თანამშრომლებთან, პაციმრებთან/მსჯავრდებულებთან. თითოეულ დაწესებულებაში მონახულებულ იქნა იქ განთავსებულ პაციმართა დიდი ნაწილი. შემონმდა და აღწერილ იქნა ყველა დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და საყოფაცხოვრებო პირობები, მათ შორის, ხანგრძლივი პაემნებისთვის განკუთვნილი და დედათა და ბავშვთა ოთახები. რამდენიმე დაწესებულებაში დათვალიერებულ იქნა მიმდინარე სარემონტო სამუშაოები. ყველა დაწესებულებაში მონახულებულ იქნა ყველა სამართო და საკარანტინე საკანი და გასაუბრება მოხდა მონიტორინგის მომენტში იქ განთავსებულ ყველა პაციმართან.

## არასათანადო მოპყრობა სასჯელადსრულების დანესახულებებში

2011 წლის პირველი ნახევრის მონიტორინგის შედეგები ცხადყოფს, რომ არასათანადო მოპყრობა კვლავ წარმოადგენს პენიტენციური სისტემის პრობლემას. არასათანადო მოპყრობის სრული აღმოფხვრისთვის აუცილებელია, თითოეული ამგვარი ფაქტის ეფექტური გამოძიება და დაუსჯელობის სინდრომის დაძლევა, რაც დღეს სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. საგამოძიებო ორგანოების პასიურობისა და არაეფექტურობის შედეგად იქმნება ნიადაგი დაუსჯელობის განცდის ჩამოყალიბებისთვის პენიტენციური სისტემის თანამშრომლებში, ამავე დროს, პატიმრებს უჩნდებათ უნდობლობა სამართალდამცავი ორგანოების 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 დაექვემდებარა<sup>1</sup>. 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.<sup>2</sup>

ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) მე-14 ზოგად ანგარიშში აღნიშნულია, რომ გამოძიება უნდა იყოს ძალიან დეტა-

1. „ბურსუკი რუმინეთის წინააღმდეგ“ 2004 წლის 12 ოქტომბერი;
2. „სელმუნი საფრანგეთის წინააღმდეგ“ 1999 წლის 28 ივნისი;

ლური და ვრცელი, უნდა ჩატარდეს სწრაფად და მის ჩატარებაზე პასუხისმგებელი პირები არ უნდა იყვნენ დაკავშირებულნი აღნიშნულ მოვლენებში ჩართულ პირებთან<sup>3</sup>, 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 ეჭვქვეშ აყენებს.

2010 წლის ანგარიშში, წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი (CPT) აღნიშნავს, რომ „...წამებისა და არასათანადო მოპყრობის სხვა ფორმების აკრძალვის სარწმუნოებას 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 144<sup>1</sup> მუხლით, არამედ 333-ე მუხლით. გარდა ამისა, აღინიშნა, რომ პროცესები ჭიანურდებოდა და ძალზე იშვიათად ხდებოდა მსჯავრდება, რაც საჩივრების გამოძიების სისტემის მიმართ ნდობას ამცირებდა.“<sup>4</sup>

3. წამების საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის N14 ზოგადი ანგარიში, პარ. 25–42

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



სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული წერილობითი პასუხების თანახმად<sup>5</sup>, 2011 წლის პირველი ნახევრის განმავლობაში, პატიმრობის დაწესებულებებში სხეულის დაზიანებით შეყვანილი იქნა 458 პირი. დაზიანება დაკავებისას მიიღო 46 პირმა, აქედან 17 პატიმრის სხეულის დაზიანების ფაქტზე დაიწყო წინასწარი გამოძიება. საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული 2011 წლის 23 მაისის N13/14121 და 2011 წლის 15 აგვისტოს N13/32006 პასუხებით გვეცნობა, რომ დანარჩენმა 29 პატიმარმა გასაუბრებისას არ დაადასტურა დამკავებელი პირების მიერ, მათ მიმართ რაიმე კანონსაწინააღმდეგო ქმედების განხორციელების ფაქტი.

| თვე        | დაზიანებებით<br>შეყვანილი პატიმრები | დაზიანება მიიღო<br>დაკავებისას |
|------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| იანვარი    | 60                                  | 6                              |
| თებერვალი  | 72                                  | 6                              |
| მარტი      | 76                                  | 5                              |
| აპრილი     | 72                                  | 3                              |
| მაისი      | 76                                  | 25                             |
| ივნისი     | 102                                 | 1                              |
| <b>სულ</b> | <b>458</b>                          | <b>46</b>                      |

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ჩატარებული ინტენსიური მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა არასათანადო მოპყრობის რამდენიმე ფაქტი, რომელთა თაობაზეც სახალხო დამცველმა მყისიერად მიმართა საქართველოს პროკურატურას. თუმცა, უფრო ხშირი იყო შემთხვევები, როცა პირი მიუთითებდა მის მიმართ არასათანადო მოპყრობაზე, თუმცა თავს იკავებდა წერილობითი ახსნა-განმარტების მიცემისაგან. „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-20მუხლის

5. N10/8/2-2072; N10/8/2-3375; 10/8/2-5025; N10/8/2-6144; N10/8/2-7786; N10/8/2-9486.

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 კონფიდენციალურად დატოვებას თავად პატიმრები მოითხოვენ.

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, მონახულების დროისთვისაც 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 არ საჭიროებდა.

ასევე, პრობლემას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ პატიმარი, რომელიც მიუთითებს მის მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტზე, ჩივილის შემდეგაც რჩება იმავე სასჯელალსრულების დაწესებულებაში და შესაბამისად იმავე თანამშრომლების მეთვალყურეობის ქვეშ, რაც წარმოშობს შიშის სინდრომს, რის გამოც პატიმარი, ხშირ შემთხვევაში, უარს ამბობს თავის განაცხადზე (მაღხაზ ა.-ს, ახმედ ა.-ს საქმე).

2011 წლის 25 ივლისს, სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა, რომლითაც ვითხოვდით ინფორმაციას 2011 წლის 01 იანვრიდან 30 ივნისის ჩათვლით:

1. რამდენ სისხლის სამართლის საქმეზე დაიწყო წინასწარი გამოძიება საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 332-333 ასევე, სსკ-ის 144<sup>1</sup>-144<sup>2</sup>-144<sup>3</sup>-ე მუხლებით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით (ცალ-ცალკე);
2. რამდენი პირის მიმართ დაიწყო სისხლისსამართლებრივი დევნა; მათგან რამდენი იყო საჯარო მოხელე (უწყებების მითითებით)<sup>6</sup>;
3. ზემოაღნიშნული სისხლის სამართლის საქმეებიდან რამდენი წარიმართა 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 საფუძველით.

2011 წლის 5 ოქტომბერს, N13/41367 პასუხით გვეცნობა, რომ 2011 წლის 1 იანვრიდან 31 აგვისტოს ჩათვლით სსკ-ის 144<sup>1</sup>-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 17 სისხლის სამართლის საქმეზე; სისხლის სამართლებრივი დევნა დაიწყო 3 პირის მიმართ და გამოძიება შეწყდა 6 სისხლის სამართლის საქმეზე.

---

6. წამების საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსისეული დეფინიცია არ შეესაბამება გაეროს წამების საწინააღმდეგო კონვენციის განმარტებას. ერთ-ერთი განსხვავება სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ საქართველოს სსკ-ის 144<sup>1</sup> (წამება), 144<sup>2</sup> (წამების მუქარა) და 144<sup>3</sup> (დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობა) მუხლები არ უთითებს დანაშაულის ჩამდენ სპეციალურ სუბიექტზე – თანამდებობის პირზე ან საჯარო მოხელეზე.

სსკ-ის 144<sup>3</sup>-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 5 სისხლის სამართლის საქმეზე და შეწყდა 2 სს საქმეზე. სასამართლოში წარიმართა ერთი სისხლის სამართლის საქმე, რომელზეც დადგა გამამტყუნებელი განაჩენი.

პარალელურად გამოთხოვილ იქნა მონაცემები სსკ 332 (უფლებამოსილების ბოროტად გამოყენება) და 333 (უფლებამოსილების გადამეტება) მუხლებით წარმოებულ საქმეებზე, ვინაიდან, ხშირ შემთხვევაში, არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიება სწორედ ამ მუხლებით წარმოებს.

2011 წლის პირველ რვა თვეში, სსკ-ის 332-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 47 სისხლის სამართლის საქმეზე და შეწყდა 22 საქმეზე. სისხლის სამართლებრივი დევნა დაიწყო 51 პირის მიმართ, 58 პირის ბრალდების საქმე წარიმართა სასამართლოში, 60 პირის მიმართ დადგა გამამტყუნებელი განაჩენი.

ამავე პერიოდში, სსკ-ის 333-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით გამოძიება დაიწყო 84 სისხლის სამართლის საქმეზე, შეწყდა 35 საქმეზე. სისხლისსამართლებრივი დევნა დაიწყო 13 პირის მიმართ, 17 პირის ბრალდების საქმე წარიმართა სასამართლოში, 15 პირის მიმართ დადგა გამამტყუნებელი განაჩენი.

სახალხო დამცველმა, თავის წინა ანგარიშებში, არაერთგზის მიმართა რეკომენდაციით პროკურატურას, ეწარმოებინა დეტალური სტატისტიკა წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიებაზე, რომლის მიხედვითაც ნათელი იქნებოდა, რამდენი საჯარო მოხელის, მათ შორის, სასჯელალსრულების დანესებულებებისა და პოლიციის თანამშრომლის მიმართ დაიწყო წინასწარი გამოძიება წამების ან არასათანადო მოპყრობისთვის და რამდენი მათგანი მიეცა ამგვარი ქმედებებისთვის სისხლისსამართლებრივ პასუხისგებაში მიუხედავად ამისა, პროკურატურიდან მიღებული პასუხების მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, სტატისტიკა არასათანადო

მოპყრობის ფაქტების გამოძიებაზე კვლავ არასრულად წარმოე-  
ბს – შეუძლებელია იმის გარკვევა, სსკ-ის 144<sup>1</sup>-144<sup>2</sup>-144<sup>3</sup>-ე მუხ-  
ლებით სისხლის სამართლის პასუხისგებაში მიცემულ პირთაგან,  
რამდენი იყო საჯარო მოხელე, ასევე, 332-ე და 333-ე მუხლების  
შემთხვევაში, შეუძლებელია განსაზღვრა, მოხელე დაისაჯა თავი-  
სუფლებადკვეთილი პირის მიმართ არასათანადო მოპყრობის-  
ვის თუ სხვა სამსახურებრივი გადაცდომისთვის. ზედმეტია იმაზე  
საუბარიც, რომ ჩვენი მოთხოვნის მიუხედავად, დასჯილი პირების  
უნყებრივი კუთვნილება პასუხებში მითითებული არ იყო.

ნამების 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. ნამების 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.<sup>47</sup>

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

## ქუთაისის N2 დაწესებულება

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში მონიტორინგის დროს 1451 პატიმარი იყო განთავსებული. მონიტორინგის შედეგები იძლევა საფუძველს ითქვას, რომ წინა წელთან შედარებით, დაწესებულებაში განთავსებულ პირთა მიმართ ადმინისტრაციის მოპყრობა საგრძნობლად გაუარესდა. უკანასკნელ პერიოდში თავი იჩინა პატიმართა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებმა. პატიმრები აღნიშნავენ, რომ ადმინისტრაციის თანამშრომლები ხშირად უხეშად და დამამცირებლად ექცევიან. ყველაზე ხშირად არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი დისციპლინურ პასუხისმგებლობადაკისრებული და კარანტინში განთავსებული პატიმრები ხდებიან. მათი თქმით, უკანასკნელი ორი თვის განმავლობაში, დაწესებულების შინაგანანგის დარღვევის შემთხვევაში, სამართლო საკანში გადაყვანის ნაცვლად, როგორც ამას კანონი ითვალისწინებს, პატიმართა უმეტესობა ჯერ

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

დანესებულების ე.წ. „ბოქსში“ გადაჰყავთ. „ბოქსი“ წარმოადგენს დაახლოებით 2-3 მ<sup>2</sup> ფართის მქონე საკანს, სადაც არ არის არც მაგიდა, არც სკამი, არც სანოლი და სადაც დასჯილ პატიმრებს ათავსებენ ფეხშიშველებს, საცვლების ამარა, 3-დან 24 საათამდე ხანგრძლივობით. ზოგიერთმა მსჯავრდებულმა ისიც აღნიშნა, რომ ისინი „ბოქსში“ ჩაყვანის შემდეგ სცემეს, თუმცა აღნიშნულის წერილობით დაფიქსირებისგან თავი შეიკავა.

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

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

რთული მდგომარეობა იყო დანესებულების კარანტინშიც, სადაც ახლად შეყვანილ პატიმრებს ათავსებენ. პატიმრების თქმით, კარის ყოველი გახმაურების დროს 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 გაგრძელებულა. კარანტინში მყოფი პატიმრები ვეღარ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით. პატიმრები ასევე აღნიშნავენ, რომ კარანტინის საკნიდან შემონმებაზე გასვლისას თანამშრომლები მათ მუცელში ან გვერდებში იდაყვებს ურტყამენ.

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

დასავლეთ საქართველოს ს/ა დაწესებულებების, მათ შორის ქუთაისის N2 დაწესებულების მონიტორინგის შედეგები, 2011 წლის 29 აგვისტოს გამოქვეყნდა სახალხო დამცველის ოფიციალურ ვებგვერდზე<sup>8</sup>. სახალხო დამცველმა მოუწოდა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, სასწრაფოდ გაეტარებინა ყველა საჭირო ღონისძიება ქუთაისის N2 დაწესებულებაში თავისუფლებადაკვეთილ პირის უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად, ასევე დაეყენებინა ყველა იმ პირთა პასუხისმგებლობის საკითხი, ვინც გამოირჩეოდა პატიმართა მიმართ არასათანადო მოპყრობით.

2011 წლის 11 სექტემბერს, სახალხო დამცველის რწმუნებულები კვლავ შეხვდნენ და გაესაუბრნენ ქუთაისის N2 დაწესებულებაში

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



განთავსებულ მსჯავრდებულებს (დაახლოებით 100 პატიმარი). უმეტესობა ზეპირსიტყვიერად აღნიშნავდა, რომ 2011 წლის 09 სექტემბერს, დაახლოებით 21:00 საათზე, N2 დაწესებულებაში შევიდა 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“<sup>9</sup>, 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. შემდეგ იგი გადაიყვანეს სამართლო საკანში, 3 დღის შემდეგ კი შეუფარდეს ერთი თვით ადმინისტრაციული პატიმრობა. მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ საბოლოოდ იგი გადაიყვანეს B-404 საკანში, სადაც ადმინისტრაციის თანამშრომლები მიმართავენ უხეშად და აყენებენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას.

9. „ბოქსი“ წარმოადგენს დაახლოებით 2-3 კვ.მ. ფართის მქონე საკანს, სადაც არ არის არც მაგიდა, არც სკამი და არც სანოლი.

გიორგი ს.–ს განმარტებით, 2011 წლის 09 სექტემბერს იგი განთავსებული იყო 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. მსჯავრდებულის თქმით, მასაც 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 ათავსებდნენ იქვე განლაგებულ „ბოქსებში“. მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ ისინი აიძულებდნენ პატიმრებს დაჩოქებას. იაკობ ხ.-საც 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.

2011 წლის 16 სექტემბერს, სახალხო დამცველის აპარატიდან გამოთხოვილ იქნა 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 ოცდაექვსივე 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 „ც“ კორპუსზე, უკანონო გადაძახილით ცდილობდა მიეწოდებინა აკრძალული ინფორმაცია სხვა საკნებში მყოფი მსჯავრდებულებისათვის, რის გამოც მიეცა შენიშვნა მორიგე თანამშრომლის მიერ, რაზეც დაიწყო ყვირილი და უმისამართო ლანძღვა-გინება, რითაც აიყოლია სხვა მსჯავრდებულები და რასაც მოყვა მსჯავრდებულების მხრიდან ხმაური.

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

### **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 სამართაო საკანში, სადაც დაადეს ხელბორკილები, რეჟიმის უფროსი – გაგა ლიპარტელიანი და კიდევ ერთი თანამ-

შრომელი (რომლის სახელი და გვარიც არ იცის) კი აიძულებდნენ დაჩოქებას, რაზეც მსჯავრდებულმა უარი განაცხადა. მისი გადმოცემით, იგი კვლავ სცემეს და მიაყენეს სიტყვიერი შეურაცხყოფა, შემდეგ კი გადაიყვანეს დაწესებულების ე.წ. „ბოქსში“ (F102), შიშველი და ხელებზე ბორკილდადებული, 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.

პატიმართა გადმოცემით, მათი თანასაკნელი ახმედ ა. 2011 წლის 25 ივლისს დაწესებულების თანამშრომლებმა საკნიდან გაიყვანეს და სცემეს. ახმედ ა.-ს თანასაკნელები ადასტურებდნენ იმ ფაქტს, 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 აღენიშნებოდა შემდეგი დაზიანებები: ზურგის არეში – დაახლოებით 10–15 სმ-ის სამი სისხლნაჟღენთი, გულმკერდისა და კისრის მიდამოებში – მრავლობითი სისხლნაჟღენთები და ექსკორიაციები, ორივე ფეხის მუხლზე – ფუფხით დაფარული ნაჭდევეები, ორივე ხელის მაჯაზე – ჰიპერემია, ნაჭდევი და შეშუპება თავის არეში.

2011 წლის 1 აგვისტოს „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის 21-ე მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, სახალხო დამცველმა წინადადებით მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურორს გამოძიების დაწყების თაო-

ბაზე მსჯავრდებულ ახმედ ა.-ს სხეულის დაზიანების ფაქტთან დაკავშირებით და რეკომენდაციით, უმოკლეს დროში ჩატარებულიყო სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა მსჯავრდებულის სხეულზე არსებული დაზიანებების წარმომავლობის 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.

საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან მიღებული N13/31797 პასუხით გვეცნობა, რომ 2011 წლის 9 აგვისტოს დაიწყო წინასწარი გამოძიება სსკ-ის 144<sup>3</sup>-ე (დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობა) მუხლის მეორე ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

2011 წლის 9 აგვისტოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან 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.

### **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 შესახებ 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, სცემდნენ ნაქცეულ მდგომარეობაში და აყენებდნენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას. ცემის შემდეგ იგი სამორიგეო ნაწილის სამართლო საკანში შეიყვანეს, სადაც მან ხელობრიკლებით 2 დღე დაჰყო.

პატიმარს სხეულზე სხვადასხვა სახის დაზიანებები, სახალხო დამცველის რწმუნებულთან შეხვედრის დროსაც აღენიშნებოდა, კერძოდ, მარცხენა თვალზე – სისხლნაჟღენთი, მარჯვენა თვალზე – ექსკორიაცია, მარცხენა ხელზე – სიყვითლე 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 მიმართ წარმოებულ დოკუ-

მენტაციას. 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-ს და N2 სასჯელაღსრულების დაწესებულების ჩანაწერებს სარწმუნოდ მივიჩნევთ, გამოდის, რომ პატიმარი დმი-ში პრაქტიკულად დაზიანებების გარეშე შევიდა, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მიღების დროს კი, ექიმის მიერ დათვალიერებისას მას უკვე აღენიშნებოდა არასათანადო მოპყრობისთვის დამახასიათებელი დაზიანებები. საბოლოოდ, 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 144<sup>3</sup>-ე მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

## გლდანის N8 დაწესებულება

მოპყრობისა და რეჟიმის კუთხით, ანალოგიურად რთული მდგომარეობაა გლდანის N8 დაწესებულებაში. მონიტორინგის დროს



გაირკვა, რომ აღნიშნულ დაწესებულებაში პატიმრების მიმართ მოქმედებს განსაკუთრებული წესები: დღის განმავლობაში მათ არ აქვთ ძილის უფლება, ასევე ეკრძალებათ ორსართულიანი სა-  
ნოლის მეორე სართულზე წამოწოლა ცი. არ აქვთ უფლება საკანში ყოფნის დროს გაიხადონ მაისური, მოუსმინონ რადიოს საშუალო ხმაზე მაინც და ითამაშონ ნარდი ისე, რომ კამათელი გააგორონ ხის დაფაზე, ვინაიდან, ადმინისტრაციის აზრით, ეს იწვევს ზედმეტ ხმაურს, რაც დასჯის მიზეზი ხდება. პატიმრების მონაყოლს ადას-  
ტურებს ის ფაქტიც, რომ გლდანის დაწესებულებაში, რომელიც 3500 კაცზე მეტს იტევს საოცარი სიჩუმეა, რამაც ასევე მიიპყრო წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) ყურადღება 2010 წელს განხორციელებული ვიზიტის დროს.

კომიტეტის 2010 წლის ანგარიშში აღნიშნულია: „გლდანის N8 სა-  
პყრობილეში ვიზიტის დროს კომიტეტს პრაქტიკულად არ მი-  
უღია განცხადებები არასათანადო მოპყრობის შესახებ. თუმცა, მოგვიანებით, სხვა დაწესებულებებში განთავსებულმა რამდენიმე პატიმარმა განუცხადა დელეგაციის წევრებს, რომ მათ გლდანის საპყრობილეში ყოფნისას არასათანადოდ ექცეოდნენ თანამშრომ-  
ლები, განსაკუთრებით კი „კარცერსა“ და საშხაპეებში, ასევე დაწე-  
სებულებაში მიღების დროს. როგორც პატიმრები ამტკიცებდნენ, ფიზიკური შეურაცხყოფა (კეტით, მუშტით, ნიხლით ცემა) მოჰყვებოდა ისეთ დარღვევებს, როგორიცაა საკნის კარზე დაკაკუნება, ერთმანეთში ხმამაღალი ლაპარაკი ან სხვა საკნებში განთავსებულ პატიმრებთან გამოლაპარაკება. დელეგაციამ აღნიშნა, რომ გლ-  
დანის საპყრობილეში ვიზიტის დროს საკნებში უჩვეულო სიჩუმე სუფევდა.“<sup>10</sup>

პატიმრების გადმოცემით, ზემოაღნიშნული უმკაცრესი წესების ელემენტარული დარღვევის შემთხვევაშიც კი, ისინი სასტიკად ის-

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

ჯებიან – მათ ან სცემენ, ან დასჯის მიზნით გადაყავთ დაწესებულების კარანტინში, რაც ასევე უკანონოა, რადგან საკარანტინე საკანი არ არის დასჯისთვის განკუთვნილი, თუმცა, გამომდინარე იქიდან, რომ დაწესებულების კარანტინში განსაკუთრებით აუტანელი პირობებია, დასჯის ეს მეთოდი რეგულარულად გამოიყენება.

აღსანიშნავია, რომ როგორც ქუთაისის N2, ასევე გლდანის N8 დაწესებულებაში გამოიყენება კოლექტიური დასჯის მეთოდები – ერთი პატიმრის გადაცდომისთვის ისჯება მთელი საკანი, რაც ადმინისტრაციისთვის ზენოლის დამატებითი მექანიზმია – პატიმარი პასუხისმგებელი ხდება თავისი თანასაკნელების მიმართაც.

როგორც ქუთაისში, ასევე გლდანში განთავსებული პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ საკუთარი სურვილით აცხადებს უარს სეირნობაზე და 24 საათს ატარებს საკანში, ვინაიდან მათ აიძულებენ სირბილით გადაადგილდნენ სასეირნო ეზომდე და ნებისმიერი შეფერხება თანამშრომლების მხრიდან შეურაცხყოფის, უხეშობისა და დამცირების მიზეზი ხდება.

დაწესებულებაში სულ არის 15 საკარანტინე საკანი. მათგან 7 განკუთვნილია იმ პატიმრებისთვის, რომლებიც გაჰყავთ სასამართლო პროცესებზე. აღნიშნულ 7 საკანში არ არის საწოლები, დგას მხოლოდ სკამები. ამ შვიდი საკნიდან სამი გამოყენებულია, როგორც დამატებითი საკარანტინე ოთახი და იქ რამდენიმე დღით, ხშირად კვირით, ათავსებენ პატიმრებს. შესაბამისად, პატიმრებს სკამზე ან პირდაპირ ბეტონის იატაკზე უწევთ ძილი. დაწესებულების ადმინისტრაცია მათ ლეიბებითა და გადასაფარებლებით არ უზრუნველყოფს.

დანარჩენ 8 საკარანტინე საკანში არის 48 საწოლი. საკნებში დგას სამი ორსართულიანი საწოლი, მცირე ზომის მაგიდა, საკნებს აქვს მცირე ზომის ფანჯარა, რომელიც სანახევროდ იღება. მონიტორინ-

გის დროს საწოლებზე არ იყო დაგებული ლეიბი და გადასაფარებელი. საკანში იყო ჩახუთული ჰაერი და იდგა სპეციფიკური სუნი. პაციმრების განმარტებით, კარანტინში ყოფნისას მათ არ მიეწოდებოდათ ჰიგიენური საშუალებები და არ აქვთ შხაპის მიღების საშუალება. ზოგიერთ საკანში მოშლილია წყალგაყვანილობის სისტემა. გასეირნების უფლებით კარანტინში განთავსებული პაციმრები ასევე ვერ სარგებლობენ. მათ სამედიცინო დახმარებაზეც ძნელად მიუწვდებოდათ ხელი.

აღსანიშნავია, რომ პაციმრები მათ მიმართ არასათანადო მოპყრობის წერილობითი დადასტურებისგან თავს იკავებენ, თუმცა დაწვრილებით ყვებიან მათ ან სხვა პაციმრების მიმართ განხორციელებულ არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე. ყველაზე ხშირად სახელდება ვინმე „ანგოს“, „ხონსკის“, „ცხრათითას“ და ბექა მუავანაძის სახელები. ზაფხულში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ყვებოდნენ ქერა, ცისფერთვალეა თანამშრომელ, 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.

### **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, სადაც საუბრობდა მის მიმართ ზუგდიდის N4 და გლდანის N8 დაწესებულებებში სხვადასხვა დროს განხორციელებული 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, ყოვლად გაუმართლებელი იყო. მიუხედავად ამისა, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტმა საჭიროდ არ მიიჩნია მალხაზ ა.-ს სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა.

### **N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება**

არასათანადო მოპყრობის ფაქტებზე, ასევე ზეპირად, ხშირად საუბრობენ მსჯავრდებულები, რომლებიც 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 და ხშირ შემთხვევაში, საკუთარი განცხადებით ტოვებენ სამკურნალო დაწესებულებას. პატიმართა გადმოცემით, დაწესებულების ტერიტორიაზე ნებისმიერი გადაადგილებისას ადმინისტრაცია პატიმრებს აიძულებს, ზურგზე დაიწყოს ხელები, მამინაც

კი, როცა პატიმრის ფიზიკური მდგომარეობა ამის საშუალებას არ იძლევა. ამ მოთხოვნის შეუსრულებლობის შემთხვევაში მთელ საკანს ეკრძალება სასაქონლო გასვლა და ეზღუდება ზოგიერთი სხვა უფლება, მაგალითად, ტელეფონით სარგებლობა. ხშირად, პატიმრები თავადაც ერიდებიან სასაქონლო გასვლას, რადგან ყოველი გადაადგილება შეიძლება გახდეს თანამშრომლებთან კონფლიქტის წარმოშობის წყარო. ასევე, N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებული პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათ მიმართ ადმინისტრაციის ცუდ დამოკიდებულებას იწვევს პატიმრების საჩივრები ევროპის სასამართლოში. პატიმართა გადმოცემით, აღნიშნულის გამო მათ ხშირად „სამშობლოს მოღალატეს“ და „ინტრიგანს“ უწოდებენ. მათი თქმით, ასევე ადგილი ჰქონდა გარკვეულ შემთხვევებში პატიმრების მორგში ჩაყვანასა და ცემას. პატიმრების გადმოცემით, არასათანადო მოპყრობის ფაქტებში ყველაზე ხშირად მონაწილეობენ დაწესებულების თანამშრომლები ავსაჯანიშვილი და თოლორდავა. ზოგიერთი პატიმრის თქმით, თავად დაწესებულების დირექტორი, ვაჟა ცხვედიანიც, იღებს მონაწილეობას პატიმრების ცემაში.

### **ილია მ.-ს საქმე**

2011 წლის 30 მაისს, სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულ ილია მ.-ს. მისი განმარტებით, დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლები მას აყენებდნენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას 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, კერ-

ძოდ, 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 გათვალისწინებული 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 განთავსებულ 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 იგი წერდა განცხადებას, რა დროსაც მათთან შევიდნენ N18 სამკურნალო დაწესებულების ადმინისტრაციის თანამშრომლები, ჩამოართვეს საწერი კალამი და ფანქარი. მსჯავრდებული აღნიშნავდა, რომ მას არ აძლევდნენ საშუალებას, დაეცვა მისი უფლებები.

## თბილისის N7 დანესებულება

### 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 დანესებულებაში. 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 დანესებულებაში.

2011 წლის 18 მარტს, სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა მოინახულეს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ქ.თბილისის N7 დანესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებული გაიოზ ზ., რომლის განმარტებითაც, იგი 2011 წლის 16 მარტს ჩამოიყვანეს რუსეთის ფედერაციიდან. მისივე თქმით, თბილისში ჩამოფრენის შემდეგ მოათავსეს ქ.თბილისის N7 დანესებულებაში. მსჯავრდებულის გადმოცემით, დანესებულებაში განთავსების შემდეგ იგი შეიყვანეს ადვოკატებთან შეხვედრებისთვის განკუთვნილ ერთ–ერთ ოთახში, სადაც დახვდა უცნობი პირი. რამდენიმე თანამშრომელი იდგა კართან. პიროვნებამ, რომელიც აღნიშნულ ოთახში დახვდა პატიმარს, ჰკითხა სახელი, მამის სახელი და გვარი, რაზედაც პატიმარმა უპასუხა. მსჯავრდებული აღნიშნავს, რომ ამის შემდეგ მას 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 მისი 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 (ნარბის კუთხის ზემოთ) 2.0X1.0 სმ. ზომის მონითალო ფერის ექსკორაცია. ზედა ტუჩის მარჯვენა კუთხის არეში ყავისფერი ფუფხით დაფარული ექსკორაცია ზომით 1.0X0.5 სმ. მარცხნივ ყვრიმალის არეში მონითალო ფერის სუსტად გამოხატული სისხლნაჟღენთები. მარცხნივ შუა არეში გულმკერდის მიდამოში აქსილარულ ხაზთან ახლოს აღენიშნება წვრილხაზოვანი ექსკორაცია. მარჯვენა მუხლის სახსრის ზედაპირზე მონითალო-მოყავის-



ფრო ფუფხით დაფარული ექსკორაცია ზომით 1.5X1.0 სმ. მარცხენა საზარდულის არეში ძველი პოსტოპერაციული ნაწიბური. ზემოთ აღნიშნული დაზიანებები მისი გადმოცემით მიიღო დაკავებამდე.” იქვე მითითებულია, რომ მსჯავრდებულმა უარი განაცხადა ხელმონერაზე.

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 მონერაზე უარი განაცხადა.

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

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მსჯავრდებულის დაზიანებების შესახებ გაკეთებულ ყველა ჩანაწერში აღნიშნულია, რომ დაზიანებები მიღებული აქვს დაკავებამდე. როგორც ცნობილია, გაიოზ ზ.-ს დაკავება მოხდა რუსეთის ფედერაციაში, რუსეთის სამართალდამცავი ორგანოების მიერ, 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.

2011 წლის 30 ივნისს და 30 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს მთავარ პროკურატურაში კვლავ გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა მოეწოდებინათ ინფორმაცია ზემოაღნიშნული სს საქმის გამოძიების თაობაზე, თუმცა აღნიშნულ წერილებზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა.

#### **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;
- უზრუნველყოფილი იქნას საჯარო მოხელეთა მიერ განხორციელებული არასათანადო მოპყრობის ფაქტების დეტალური სტატისტიკის წარმოება, რომლითაც შესაძლებელი იქნება წამების წინააღმდეგ ბრძოლის სფეროში არსებული მდგომარეობის მონიტორინგი;
- უზრუნველყოს სახალხო დამცველისთვის ამომწურავი და დროული ინფორმაციის მიწოდება არასათანადო მოპყრობის ფაქტების გამოძიების შესახებ.

**რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** პირად კონტროლზე აიყვანოს პატიმართა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ყველა ფაქტის ჯეროვნად დაფიქსირებისა და მათზე ადეკვატური რეაგირების საკითხი.

## გადატვირთულობა

2011 წლის პირველ ნახევარში, კვლავ დაფიქსირდა სასაფლაოს სრულების ზოგიერთი დაწესებულების გადატვირთულობა. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მიერ არაერთგზის იქნა გაცემული რეკომენდაცია თითოეულ პატიმარზე სულ მცირე 4მ<sup>2</sup> ფართის უზრუნველსაყოფად, თუმცა პატიმრობის ახალ კოდექსშიც იგივე ფართია გათვალისწინებული, რასაც ითვალისწინებდა „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონი<sup>11</sup>. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ სასაფლაოს სრულების დაწესებულებაში არსებული ფართი თითოეული პატიმრისთვის, ეროვნული კანონმდებლობით დადგენილ ნორმებსაც არ აკმაყოფილებს.

### პატიმართა განთავსების სტატისტიკა 2011 წლის I ნახევარში:

| თვე       | სულ    | ქალი | მამაკაცი | უვადო | ხანდაზმული | არასრულწლოვანი | შუშა |
|-----------|--------|------|----------|-------|------------|----------------|------|
| იანვარი   | 23 684 | 1171 | 22 307   | 93    | 171        | 204            | 126  |
| თებერვალი | 23 837 | 1191 | 22 477   | 92    | 201        | 199            | 134  |
| მარტი     | 23 955 | 1164 | 22 592   | 93    | 203        | 199            | 139  |
| აპრილი    | 23 992 | 1168 | 22 638   | 95    | 204        | 185            | 140  |
| მაისი     | 23 995 | 1168 | 22 610   | 95    | 193        | 218            | 149  |
| ივნისი    | 23 968 | 1162 | 22 597   | 95    | 195        | 207            | 142  |

11. ერთ მსჯავრდებულზე საცხოვრებელი ფართობის ნორმა სასაფლაოს სრულების დაწესებულებაში არ უნდა იყოს 2კვ. 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.

**2011 წლის I ნახევრის მონიტორინგის დროს  
სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მოთავსებული  
პატიმრების რაოდენობა დაწესებულების დადგენილ ლიმიტთან  
მიმართებაში მაისი-ივნისის მონაცემებით**

| N  | დაწესებულება     | ლიმიტი | პატიმრების<br>რაოდენობა |
|----|------------------|--------|-------------------------|
| 1  | N1 დაწესებულება  | 750    | 1053                    |
| 2  | N2 დაწესებულება  | 1840   | 1451                    |
| 3  | N3 დაწესებულება  | 557    | 652                     |
| 4  | N4 დაწესებულება  | 305    | 378                     |
| 5  | N5 დაწესებულება  | 1200   | 1154                    |
| 6  | N6 დაწესებულება  | 1400   | 1159                    |
| 7  | N7 დაწესებულება  | 108    | 38                      |
| 8  | N8 დაწესებულება  | 3672   | 3496                    |
| 9  | N9 დაწესებულება  | 970    | 1037                    |
| 10 | N11 დაწესებულება | 160    | 160                     |
| 11 | N12 დაწესებულება | 700    | 812                     |
| 12 | N13 დაწესებულება | 650    | 73                      |
| 13 | N14 დაწესებულება | 2500   | 2693                    |
| 14 | N15 დაწესებულება | 3300   | 3243                    |
| 15 | N16 დაწესებულება | 2704   | 2569                    |
| 16 | N17 დაწესებულება | 2744   | 3173                    |
| 17 | N18 დაწესებულება | 180    | 217                     |
| 18 | N19 დაწესებულება | 540    | 839                     |

სახალხო დამცველი თავის საპარლამენტო მოხსენებებში მუდმივად გასცემს რეკომენდაციებს აღნიშნული პრობლემის აღმოსაფხვრელად. რეკომენდაციები შეეხება, როგორც ზედმეტად მკაცრი სისხლისსამართლებრივი პოლიტიკის შეცვლას, ასევე სისხლისა-

მართლმეტყველებით დევნის პოლიტიკის განსაზღვრისას, საზოგადოებისათვის ნაკლებად საშიში დანაშაულების შემთხვევაში, პრიორიტეტის მინიჭებას თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატიული, უფრო მსუბუქი სასჯელის სახეებისთვის<sup>12</sup>.

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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში.

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული პასუხის თანახმად, საანგარიშო პერიოდში სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან სხვადასხვა საფუძვლით გათავისუფლებულ იქნა 4508 პატიმარი; მათ შორის 225 გათავისუფლდა პირობით ვადაზე ადრე, 554–ს დაენიშნა პირობითი გამოსაცდელი ვადა, 28 მსჯავრდებულს გადაუვადდა სასჯელის მოხდა, 317 კი შეწყალებულ იქნა. თვეების მიხედვით აღნიშნული მონაცემები შემდეგნაირად გამოიყურება:

| თვე       | პირობით ვადაზე ადრე გათავისუფლება | გამოსაცდელი ვადით | გადავა-დება | შეწყა-ლება |
|-----------|-----------------------------------|-------------------|-------------|------------|
| იანვარი   | 32                                | 84                | 4           | 38         |
| თებერვალი | 34                                | 87                | 12          | 0          |
| მარტი     | 95                                | 123               | 5           | 0          |
| აპრილი    | 5                                 | 72                | 6           | 227        |
| მაისი     | 36                                | 96                | 1           | 35         |
| ივნისი    | 23                                | 92                | 0           | 17         |
| სულ       | 225                               | 554               | 28          | 317        |

12. იხ. სახალხო დამცველის 2010 წლის საპარლამენტო ანგარიში

### წინადადებები საქართველოს პარლამენტს:

- შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში, რათა ამჟამად მოქმედი შეკრებილობის პრინციპი შეიცვალოს შთანთქმის პრინციპით;
- განხორციელდეს საზოგადოებისათვის ზოგიერთი ნაკლებად საშიში დანაშაულების დეკრიმინალიზაციისთვის საჭირო ზომები;
- პატიმრობის კოდექსში შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და თითოეულ პატიმარზე განისაზღვროს 4მ<sup>2</sup> ფართი.

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

## საყოფაცხოვრებო პირობები

### ■ პირობები დანესებულებების მიხედვით

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

სახალხო დამცველის ანგარიშებში არაერთგზის იქნა გაცემული თბილისის N1, ბათუმის N3, ზუგდიდის N4 და ხონის N13 დანესებულებების დახურვის რეკომენდაცია – აღნიშნულ დანესებულებებში არსებულ პირობებში პატიმრის მოთავსება შეიძლება გაუტოლდეს არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას. ლიკვიდაციის რეკომენდაციები გაიცემა დანესებულებებზე, 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. მიუხედავად ამისა, ზემოაღნიშნული დანესებულებები უკანასკნელი მონიტორინგის დროსაც ფუნქციონირებდა.

### ქსნის N15 დანესებულება

დანესებულების დახურული ტიპის ნაწილში ჩატარებული კოსმეტიკური რემონტის მიუხედავად, იქ არსებული მდგომარეობა არსებითად არ გაუმჯობესებულა. კვლავ პრობლემად რჩება საკნების კედლები, რომლებიც დაფარულია ცემენტის სქელი, უსწორმას-

ნორო ფენით, ე.წ. „შუბით“. გათბობა ხდება ელექტროქურების მეშვეობით, საკნების განათება კი არ არის საკმარისი. დაწესებულებაში შეიმჩნევა ტარაკნების დიდი რაოდენობა.

ე.წ. ძველ ზონაში განთავსებულია სამი ბარაკული ტიპის საცხოვრებელი კორპუსი. ერთ–ერთს გაუკეთდა კოსმეტიკური რემონტი, კორპუსში კი, სადაც ადრე ფუნქციონირებდა სასადილო და რომელიც 2009 წლის 6 მარტის ხანძრის შედეგად დაზიანდა, საანგარიშო პერიოდში დაიწყო რემონტი მის საცხოვრებელ კორპუსად გადაკეთების მიზნით. სექტემბრის თვეში სარემონტო სამუშაოები დასრულდა და ეტაპობრივად მიმდინარეობდა მსჯავრდებულთა შესახლება. მესამე ბარაკს სარემონტო სამუშაოები არ ჩატარებია. მსჯავრდებულები გათბობის საშუალებად კვლავ ელექტროქურებს იყენებენ. ანტისანიტარიაა დაწესებულების საპირფარეშოებში, განსაკუთრებით კი ეზოში მდებარე საერთო სარგებლობის საპირფარეშოში.

ე.წ. ძველი ზონის საშხაპე ოთახი მდებარეობს ერთ–ერთი ბარაკის პირველ სართულზე. 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.

### **რუსთავის N6 დაწესებულება**

დადებითად უნდა აღინიშნოს N6 დაწესებულების ძველ ნაწილში კოსმეტიკური რემონტის ჩატარება, რაც სახალხო დამცველის ერთ–ერთ რეკომენდაციას წარმოადგენდა, თუმცა პრობლემად რჩება დაწესებულების ახალი საცხოვრებელი კორპუსის საკნების ვენტილაცია, სავენტილაციო სისტემის არარსებობის გამო.

სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ უახლოეს მომავალში დაწესებულების ახალი საცხოვრებელი კორპუსის პირველ სართულზე,



სადაც ასევე არადამაკმაყოფილებელი პირობებია, ჩატარდება სარემონტო სამუშაოები.

### **თბილისის N12 დაწესებულება**

N12 ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. როგორც არაერთგზის აღინიშნა, დაწესებულების შექმნის შემდეგ კოსმეტიკური რემონტი ჩატარდა 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–დან 250–მდე მსჯავრდებული. ნამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT), თავის 2010 წლის ანგარიშში, რეკომენდაცია გასცა გეგუთის N8 დაწესებულებაში ბარაკული ტიპის საცხოვრებლების საკნებად გადაკეთებაზე, რაც, ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის აზრით, განპირობებულია უსაფრთხოების მოსაზრებებიდან გამომდინარე. აღნიშნული რეკომენდაცია არაერთგზის გასცა სახალხო დამცველმაც, რომელიც დღემდე არ შესრულებულა.

### **რუსთავის N17 დაწესებულება**

დაწესებულების I, II, III და IV საცხოვრებელ კორპუსებში არსებული საკნების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არ არის დამაკ-

მაყოფილებელი და საჭიროებს კაპიტალურ რემონტს. ზემოაღნიშნულ საცხოვრებელ კორპუსებში განათება ხდება ხელოვნურად, რადგან ფანჯრების ზომა ვერ უზრუნველყოფს მათ ბუნებრივ განათებას. კედლები ალაგ-ალაგ ჩამოქერცლილია, ვენტილაცია ხდება ბუნებრივად, თუმცა არასაკმარისად. ზოგიერთ საკანში მოშლილია ონკანი, ზოგიერთში არ არის ნათურები. გათბობა ხდება ცენტრალური გზით.

## N19 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 სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ძალიან ცუდი. გათბობა ხდება ელექტროგამათბობლების საშუალებით. დაწესებულების ტერიტორიაზე შენდება ახალი კორპუსი, რომლის ექსპლუატაციაში შესვლა იგეგმება 2012 წელს.

### ■ პირადი ჰიგიენა

ისევე როგორც საერთაშორისო სტანდარტებით, ეროვნული კანონმდებლობის თანახმადაც, პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი პირობები, რათა დაიცვან პირადი ჰიგიენა. პატიმრობის კოდექსის მე-14 მუხლის „ა.ა“ ქვეპუნქტის თანახმად, ბრალდებულს და მსჯავრდებულს უფლება აქვს უზრუნველყოფილი იყოს პირადი ჰიგიენით. ამავე კანონის 21-ე მუხლის თანახმად, „ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, დაიკმაყოფილოს ბუნებრივი ფიზიოლოგიური მოთხოვნები და დაიცვას პირადი ჰი-

გიენა პატივისა და ღირსების შეუღალხავად.“ „როგორც წესი, ბრალდებული/მსჯავრდებული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შხაპის კვირაში ორჯერ მიღების შესაძლებლობით, ასევე საპარიკმახერო მომსახურებით არანაკლებ თვეში ერთხელ...“.

მიუხედავად კანონმდებლობის მოთხოვნისა, პატიმრებისთვის და მსჯავრდებულებისთვის არცერთ დახურული ტიპის დაწესებულებაში არ არის უზრუნველყოფილი შხაპის მიღება კვირაში ორჯერ. რაც შეეხება ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებს, იქ აღნიშნული პრობლემა მოგვარებულია კორპუსებზე ან ეზოებში არსებული საშხაპეების ხარჯზე. გამონაკლისს წარმოადგენს გეგუთის N14 დაწესებულების N6 საცხოვრებელი კორპუსი, რომელში განთავსებულ მსჯავრდებულებსაც შხაპის მიღების შესაძლებლობა კვირაში მხოლოდ ერთხელ აქვთ.

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

როგორც უკვე არაერთგზის აღინიშნა, ზუგდიდის N4 და თბილისის N1 დაწესებულებების საკნებში არსებული საპირფარეშოები არის ნახევრად ღია ტიპის, რაც ვერ აკმაყოფილებს ვერანაირ სტანდარტს. იგივე შეიძლება ითქვას ბათუმის N3 დაწესებულების უმეტეს საკნებში არსებულ საპირფარეშოებზეც.

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 მიღების დროს ეძლევათ თეთრეული. თეთრეულის ცვლა სისტემატურად, ადმინისტრაციის მიერ მხოლოდ N8 დაწესებულებაში ხდება.

## ■ სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლებით სარგებლობა

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

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) რეკომენდაციაა ყველა კატეგორიის პატიმრებისათვის დღის განმავლობაში გარკვეული გონივრული დრო (8 საათი ან მეტი) საკნებს გარეთ ყოფნა და მათთვის სხვადასხვა აქტივობებითა და საქმიანობით დაკავება<sup>13</sup>.

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

ზოგიერთ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებშიც პატიმრებს მხოლოდ 4-6 საათის განმავლობაში უწევთ სუფთა ჰაერზე ყოფნა (მაგ. გეგუთის N14, თბილისის N12, ქსნის N15 (ახალი კორპუსი) დაწესებულებები). რუსთავის N16 დაწესებულება წარმოადგენს ნახევრად ღია და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებას, 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 საათი იმყოფებიან სუფთა ჰაერზე.

როგორც წესი, სასეირნო ეზოებში არ დგას სკამები, რის გამოც პატიმრები იძულებულნი არიან, სასეირნოდ გამოყოფილი დრო

13. 2010 წლის 5-15 თებერვალს განხორციელებული ვიზიტი საქართველოში;

ფეხზე გაატარონ, რის გამოც, ზოგჯერ თავადვე ამბობენ უარს გასეირნებაზე ან მალევე ბრუნდებიან საკანში. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დანესებულებაში განთავსებული პატიმრებიც ხშირად ჩივიან, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით სასეირნო ეზოს მოუნყობლობის გამო. კერძოდ, ზოგიერთი პატიმრის თქმით, მათ უჭირთ ფეხზე დგომა და იმის გამო, რომ სასეირნო ეზოში არ დგას სკამი, ისინი თავს იკავებენ სასეირნოდ გასვლისგან.

### რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

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

### რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- ყველა სასჯელაღსრულების დანესებულებაში უზრუნველყოფილი იყოს პატიმრებისათვის კვირაში ორჯერ შხაპის მიღების შესაძლებლობა;
- ყველა ნახევრად ღია ტიპის დანესებულებაში მსჯავრდებულებს მიეცეთ საშუალება, მინიმუმ 8 საათი გაატარონ სუფთა ჰაერზე;
- ყველა დახურული ტიპის სასჯელაღსრულების დანესებულებაში პატიმრებისთვის უზრუნველყოფილი იქნეს ყოველდღიური ერთსაათიანი გასეირნება;
- უზრუნველყოს დანესებულებების სასეირნო ეზოებში სკამების დამონტაჟება.

## ■ სამართლო საკნების ინფრასტრუქტურა და 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 საწოლი. 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 საწოლი. მონიტორინგის დროს სამართლო საკნებში მოთავსებული იყო 6 პატიმარი. საკნებს აქვს 0,5 კვ.მ ზომის თითო ფანჯარა. საკნების განათება ხდება საკმარისად, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით; გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია ხდება ბუნებრივი გზით. სამართლო საკნებში არის საპირფარეშო, რომელიც საკნისგან ნახევრად იზოლირებულია 1,3 მ სიმაღლის კედლით. საკანში არის ცალკე გამოყოფილი ონკანი პირსაბანით. საკნების კედლები არის კაფელის, იატაკი – მოზაიკის, საკნების საერთო მდგომარეობა ნორმალურია. თითოეულ საკანში დგას მაგიდა და სკამი.

|   | სამართლო საკნის N | ფართი     |
|---|-------------------|-----------|
| 1 | A1                | 5.8კვ.მ   |
| 2 | A5                | 5.48კვ.მ  |
| 3 | A6                | 4.3კვ.მ   |
| 4 | C2                | 5.12კვ.მ  |
| 5 | D6                | 11კვ.მ    |
| 6 | D10               | 12.74კვ.მ |
| 7 | D15               | 12.25კვ.მ |

პატიმრებთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით, არ აქვთ მაღაზიით სარგებლობისა და შხაპის მიღების შესაძლებლობა. სამარტოო საკანში მოთავსებული პატიმრებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა, მათ არც ექიმი ყოველდღიურად ნახულობს. სამარტოო საკანში ჩაყვანისას მათ ატანენ ლეიბს და გადასაფარებელს. პატიმრების განმარტებით, სამარტოო საკნებში ჩაყვანამდე მათ ათავსებენ ე.წ. ბოქსებში.

### ბათუმის N3 დაწესებულება

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

| N | სამარტოო 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  |

მონიტორინგის დროს სამარტოო საკნებში პატიმრები განთავსებული არ ყოფილან .

## ზუგდიდის N4 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 3 სამარტოო საკანი. სამივე საკნის ფართობი იდენტურია და შეადგენს 6,38 კვ.მ–ს. ყველა საკანში დგას თითო საწოლი, 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. სამარტოო 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 სხვა საკნებთან შედარებით დამაკმაყოფილებელია.

## ქალთა N5 დაწესებულება

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



მონიტორინგის დროს, სამარტოო 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.

## N6 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 11 სამარტოო საკანი. მონიტორინგის დროს დაწესებულებაში განთავსებული იყო 8 პატიმარი. ყველა საკანში დგას თითო სანოლი. ყველა საკნის ფართობი არის 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. სამარტოო საკნების განათება საკმარისად ხდება, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით; ასევე ფუნქციონირებს სავენტილაციო სისტემა. საპირფარეშო არის იზოლირებული, თუმცა არ აქვს კარი. საპირფარეშოში არის ონკანი. საკნების კედლები და ჭერი არის შეღებილი, იატაკი – მოზაიკის. სამარტოო საკნებში მაგიდა და სკამი არ დგას.

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

## თბილისის N7 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის ერთი სამარტოო საკანი, რომლის ფართობია 7.1 კვ.მ. მონიტორინგის დროს სამარტოო საკანში არ იყო განთავსებული არცერთი პატიმარი. საკანში დგას ერთი ორსართულიანი სანოლი, რომელზეც დაგებულია დიქტი და დევს ლეიბი. საკანში დგას ერთი მაგიდა და სკამი. სამარტოო 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 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 36 სამარტოო საკანი, თუმცა მათგან ფუნქციონირებს 27. 9 სამარტოო საკანში არ არის შესაბამისი პირობები პატიმრების მოსათავსებლად, რადგან საკნებში ჩამოდის წყალი, კედლები და ქერი ნესტიანია და ჩამოქერცლილი. სამარტოო საკნებში არის 26 ასაკეცი სანოლი. 8 საკნის ფართობია 8. 6 კვ.მ., დანარჩენი 28 საკნის ფართობი კი, 8.4 კვ.მ-ს შეადგენს. 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 საკნების გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით; ვენტილაცია ხდება ბუნებრივი გზით. საპირფარეშოები ნახევრად იზოლირებულია და საკნიდან გამოყოფილია 1,66 მ. კედლით.

სამარტოო საკნებში განთავსებულ პირებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნებისა და მალაზიით

სარგებლობის უფლებით. პაციმრებს არ აქვთ შხაპის მიღების საშუალება. პაციმრებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა. სამარტოო საკნებში მოთავსებულ პაციმრებს აქვთ ჭიქა, ჯამი და პლასტმასის კოვზი. დაწესებულების ადმინისტრაცია მათ აძლევს მხოლოდ საპონს, ტუალეტის ქაღალდად კი პაციმრები ჟურნალ-გაზეთების ნახევებს იყენებენ. სამარტოო საკანში მჯდომმა ერთ-ერთმა პირმა განაცხადა, რომ მას არ უთხრეს, რამდენი დღით არის მოთავსებული სამარტოო საკანში. ასევე, მისი თქმით, ჰქონდა შიში, რომ სამარტოო საკნიდან გაყვანის შემდეგ მას კვლავ მოათავსებდნენ კარანტინში. პაციმარმა ასევე განაცხადა, რომ ხმაურის შემთხვევაში შედიან დაწესებულების თანამშრომლები და პაციმრებს სცემენ. მისი განმარტებით, 9 თვის განმავლობაში 8-ჯერ იქნა ნაცემი, თუმცა აღნიშნულის წერილობითი დადასტურება არ ისურვა.

### თბილისის N12 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 2 სამარტოო საკანი 18 და 15 კვ.მ. ფართობის. თითოეულ საკანში დგას ორსართულიანი 2 საწოლი, რომელზეც დაგებულია ღრუბელი და გადასაფარებელი. საკნებში დგას ერთი მაგიდა და სკამი. საკნებში არ არის ხელოვნური სავენტილაციო სისტემა და მათი განიავება არც ბუნებრივად ხდება, რადგან არცერთი ფანჯარა არ იხსნება. იატაკი ბეტონისაა, ქერი და კედლები შეღებილია, საპირფარეშო ნახევრად იზოლირებულია 1.6 მ. კედლით.

### ხონის N13 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 10 სამარტოო საკანი, სადაც დგას რკინის ორსართულიანი საწოლები. საწოლებზე დაგებულია ღრუბელი. სამარტოო საკანში მოთავსებისას, პაციმარს აძლევენ უფლებას

საკნიდან წაიღოს გადასაფარებელი. თითოეულ სამარტოო საკანს აქვს თითო ფანჯარა, ფანჯრებს არ აქვს მინები და დაფარულია რკინის ფირფიტებით. საკნების განათება ხდება არასაკმარისად, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. საკნებში არ არის გათბობისა და ვენტილაციის სისტემა. სამარტოო საკნებს არ აქვს საპირფარეშო და პირსაბანი/ონკანი. სამარტოო საკნების ქერი და კედლები არის ჩამოქერცლილი, ბეტონის იატაკი ამოყრილია და საჭიროებს რემონტს.

მონიტორინგის დროს სამარტოო საკანში მოთავსებული იყო 2 პატიმარი. მათთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ პატიმრები კანონით დადგენილი წესით ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით, და დაწესებულების მაღაზიით, არ აქვთ საშუალება მიიღონ შხაპი. სამარტოო საკნებში მოთავსებული პირებისათვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა და პრესა. ყოველდღიურად მათ არც ექიმი ნახულობს.

### გეგუთის N14 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 15 სამარტოო საკანი. ცხრა 4 ადგილიანი, 15.5 კვ.მ. ფართობის, სამი 1 ადგილიანი 5.8 კვ.მ. ფართობის და სამი 2 ადგილიანი 5.8 კვ.მ. ფართობის. სამარტოო საკნებში არის სანოლები, 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 ნახევრადიზოლირებულია 1,4 მ კედლით, დანარჩენ საკნებში კი საპირფარეშოებია იზოლირებული. სამარტოო საკნების განათება ხდება როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. ბუნებრივი განათება არის საკმარისი, ხელოვნური კი არასაკმარისია. საკნების გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – როგორც ცენტრალური, ასევე ბუნებრივი გზით. საკნებში არის ონკანი პირსაბანით.

სამარტოო საკნების საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ყველა სამარტოო საკანში დგას მაგიდა და სკამი.

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

### ქსნის N15 დაწესებულება

დაწესებულებაში არის 16 სამარტოო 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 კვმ. საკნებში დგას ერთსართულიანი სანოლები, მათზე დაგებულია ლეიბი. ყველა საკანს აქვს 0.5 კვ.მ ზომის თითო ფანჯარა. სამარტოო საკნების განათება საკმარისად ხდება, როგორც ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით. გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – გამწოვის მეშვეობით. საპირფარეშოები არის ნახევრადიზოლირებული. საკანში არის ონკანი/პირსაბანი. საკნების იატაკი არის მოზაიკის, ქერი და კედლები კი შეღებილი. საკნების ზოგადი სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის დამაკმაყოფილებელია.

მონიტორინგის დროს სამარტოო საკნებში მოთავსებული იყო 9 პატიმარი. მათთან გასაუბრებით, გაირკვა, რომ ისინი ვერ სარგებლობენ გასეირნების უფლებით, არ აქვთ საშუალება მიიღონ შხაპი. სამარტოო საკნებში მყოფი პატიმრებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი ბიბლიოთეკა. მათ შესაძლებლობა ჰქონდათ, წაეკითხათ მხოლოდ ლოცვები და ფსალმუნები, პრესით სარგებლობის უფლება, მათი განმარტებით, არ მოუთხოვიათ. სამარტოო საკნებში მყოფ

პატიმრებს ექიმი ყოველდღიურად ნახულობდა. საკანში მოთავსები-  
სას პატიმრებს ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს საპნითა და ტუა-  
ლეტის ქაღალდით.

### **რუსთავის N16 დაწესებულება**

დაწესებულებაში არის 9 სამარტოო საკანი (4 და 10 ადგილიანი).  
4 ადგილიანი საკნის ფართობია 14.6 კვ.მ., 10 ადგილიანი საკნის  
კი – 19.45 კვ.მ. საკნების განათება საკმარისად ხდება, როგორც  
ხელოვნური, ასევე ბუნებრივი გზით, გათბობა ხდება ცენტრალური  
სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – კედელში ჩამონტაჟებული  
ვენტილატორის მეშვეობით. საპირფარეშო არის ნახევრადიზოლი-  
რებული და 1,46 მ სიმაღლის კედლითაა გამოყოფილი დანარჩენი  
საკნისგან. პირსაბანი არის დამონტაჟებული საპირფარეშოში.  
სამარტოო საკნების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის  
ნორმალური. საკნებში დგას მაგიდა, სკამი და ტუმბო. საწოლზე  
დაგებულია ლეიბი და გადასაფარებელი, დევს ბალიში. სამარტოო  
საკნებში განთავსებულ პირებს აქვთ შამპუნი, საპონი, ტუალეტის  
ქაღალდი, ქურჭლის სარეცხი ღრუბელი.

მონიტორინგის დროს სამარტოო საკნებში განთავსებული იყო 6  
პატიმარი. პატიმრებთან გასაუბრებით, გაირკვა, რომ ისინი ვერ  
სარგებლობენ გასეირნების უფლებით და ვერ იღებენ შხაპს, ვერ  
სარგებლობენ ბიბლიოთეკით, მათთვის არ არის ხელმისაწვდომი  
პრესა, არ ხდება ექიმის ყოველდღიური შემოვლა.

### **რუსთავის N17 დაწესებულება**

დაწესებულებაში არის 16 სამარტოო საკანი, თუმცა იყენებენ მხო-  
ლოდ 8 საკანს, რადგან ერთი გამოყენებულია, როგორც საკარან-  
ტინე საკანი, დანარჩენი კი – საიზოლაციო საკნებად.

| N | საკნის N | სანოლების<br>რაოდენობა | ფართი     |
|---|----------|------------------------|-----------|
| 1 | N6       | 4                      | 16.65კვ.მ |
| 2 | N8       | 8                      | 19.24კვ.მ |
| 3 | N4       | 4                      | 17კვ.მ    |

სანოლებზე დაგებულია ლეიბები. ყველა საკანს აქვს 0.72 კვ.მ ზომის თითო ფანჯარა. სამარტოო საკნების განათება საკმარისად ხდება, როგორც ხელოვნური ასევე, ბუნებრივი გზით, გათბობა ხდება ცენტრალური სისტემის საშუალებით, ვენტილაცია – როგორც ცენტრალური სისტემით, ასევე ბუნებრივი გზით. სამარტოო საკნებში საპირფარეშოები იზოლირებულია. საკნებში დამონტაჟებულია ონკანი. საკნები საჭიროებს სარემონტო სამუშაოების ჩატარებას.

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

### **N19 ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება**

დაწესებულებაში არის 9 სამარტოო საკანი, მათგან 5 მოქმედი, რომელთაგან სამს იყენებენ კარანტინისათვის. მონიტორინგის დროს სამარტოო საკნებში იმყოფებოდა 20 პატიმარი, აქედან 1 – თვითიზოლაციით, დანარჩენები კი – სხვადასხვა დაწესებულებიდან ეტაპირებულები. სამარტოო საკნებში დგას 12 ერთადგილიანი სანოლი. თითოეულ საკანს აქვს თითო ფანჯარა, რომლის ზომაა 0.3

კვ.მ. და არ აქვს მინა. სამართოო 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 არის იზოლირებული, თუმცა არის ანტისანიტარია, არ აქვს ჩასარეცხი. წყლის მიწოდება ხდება გრაფიკით. საპირფარეშოებში არის პირსაბანი, რომელიც არ მუშაობს. სამართოო საკნების კედლები და ჭერი არის ნესტიანი და ჩამოქერცლილი, ბეტონის იატაკი ამოყრილია.

#### **რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:**

- უზრუნველყოფილი იქნეს სამართოო საკნებში განთავსებული პირებისათვის კანონით მინიჭებული ყველა უფლების, მათ შორის, გასეირნების, აბანოთი სარგებლობის, ჰიგიენური ნივთების შეძენის და ბიბლიოთეკით სარგებლობის უფლების რეალიზება;
- გარემონტდეს N17 და N19 დაწესებულებების სამართოო საკნები.



## ციხეთა გადატვირთულობის ჯანდაცვითი ასპექტები

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

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მიერ დამტკიცებული ლიმიტების შესაბამისად, შესა-

ძლებელია განთავსდეს 24.280 თავისუფლებათა დაცვეთილი პირი. (ამ მაჩვენებელში არ შედის თბილისის N10 დაწესებულება, რომელიც 2011 წლის განმავლობაში პრაქტიკულად დახურულია და მასში პატიმრები 2011 წლის 18 მარტიდან განთავსებულნი აღარ არიან. მონიტორინგის ჩატარების დროს<sup>14</sup>, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ დადგინდა, რომ საქართველოს პენიტენციური სისტემის მოქმედ 18 დაწესებულებაში სულ განთავსებული იყო 24.261 პატიმარი, რაც პრაქტიკულად შეესაბამება დადგენილი ლიმიტის საზღვრებს. აღნიშნული სტატისტიკა ცალკეული დაწესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

| №  | დაწესებულების დასახელება | პატიმართა ლიმიტი | არსებული მდგომარეობა |
|----|--------------------------|------------------|----------------------|
| 1  | №1 თბილისი               | 750              | 1074                 |
| 2  | №2 ქუთაისი               | 1840             | 1451                 |
| 3  | №3 ბათუმი                | 557              | 652                  |
| 4  | №4 ზუგდიდი               | 305              | 378                  |
| 5  | №5 რუსთავი               | 1200             | 1157                 |
| 6  | №6 რუსთავი               | 1400             | 1194                 |
| 7  | №7 თბილისი               | 108              | 39                   |
| 8  | №8 თბილისი               | 3672             | 3505                 |
| 9  | №9 თბილისი               | 970              | 1044                 |
| 10 | №10 თბილისი              | ---              | ---                  |
| 11 | №11 თბილისი              | 160              | 164                  |
| 12 | №12 თბილისი              | 700              | 796                  |
| 13 | №13 ხონი                 | 650              | 73                   |
| 14 | №14 გეგუთი               | 2500             | 2693                 |
| 15 | №15 ქსანი                | 3300             | 3271                 |
| 16 | №16 რუსთავი              | 2704             | 2560                 |
| 17 | №17 რუსთავი              | 2744             | 3168                 |
| 18 | №18 თბილისი              | 180              | 218                  |
| 19 | №19 ქსანი                | 540              | 824                  |
|    | <b>სულ:</b>              | <b>24.280</b>    | <b>24.261</b>        |

14. 2011 წლის აგვისტო

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მიუხედავად იმისა, რომ მონიტორინგის ჩატარების პერიოდში პატიმართა არსებული რაოდენობა არ აჭარბებდა საქართველოს ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულების ლიმიტს, ცალკეულ დაწესებულებებში გადატვირთულობის პრობლემა უკვე დგას. გადატვირთულობის პროცენტი მერყეობს 8-დან 52-ის შუალედში. განსაკუთრებით საგანგაშოა ის მდგომარეობა, რომ სისტემაში არსებული ორივე სამკურნალო დაწესებულება მკვეთრი გადატვირთულობის პირობებში მუშაობს, რაც აუცილებლად აისახება განუვლი მომსახურების ხარისხზე. გადატვირთული დაწესებულების სია და გადატვირთულობის დონე ასახულია ცხრილში:

| № | დაწესებულების 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 %  |

როგორც ჩანს, გადატვირთულობა მაქსიმალურია ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულებაში. მომდევნო ადგილზეა თბილისის N1 დაწესებულება, მესამე ადგილს კი ზუგდიდის N4 დაწესებულება იკავებს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გადატვირთულობის პრობლემა განსაკუთრებულ სირთულეებს ქმნის სასჯელაღსრულების სისტემის იმ დაწესებულებებში, 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 უნევს მუშაობა N11 არასრულწლოვანთა სპეციალურ დანესებულებას, რომელშიც პატიმართა რაოდენობის კიდევ მომატება, უახლოეს პერიოდში, მნიშვნელოვან პრობლემებს წარმოქმნის სამედიცინო თვალსაზრისითაც.

## სასჯელაღსრულების დანახაზულებათა სამედიცინო პერსონალი

---

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე გამოქვეყნებული ინფორმაციის მიხედვით, „სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა ადგილებზე შეესაბამება ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სტანდარტებით გათვალისწინებულ ნორმებს“.<sup>15</sup> სახლხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ვერ იქნა მოძიებული ქვეყანაში არსებული რომელიმე სტანდარტი ან ნორმატიული დოკუმენტი, რომელიც არეგულირებს სამედიცინო პერსონალის რაოდენობას მომსახურების მიწოდების ადგილებში. განსაკუთრებით ხაზგასასმელია, რომ ასეთი დოკუმენტი არ არსებობს პენიტენციურ დაწესებულებასთ მამართებაში. აქედან გამომდინარე, კვლავ გაურკვეველია, რას გულისხმობდა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო ამ ინფორმაციის გავრცელებისას.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ, 2011 წლის პირველ ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგის დროს, დეტალურად იქნა შესწავლილი ადამიანური რესურსების საკითხი, მათი გვარობა და გადანაწილება დაწესებულებების მიხედვით. აღნიშნულ საკითხს ყოველწლიურად დიდი მნიშვნელობა ეთმობა. ადამიანური რესურსების არსებობა წარმოადგენს ერთ-ერთ წინაპირობას, რომ სამედიცინო მომსახურების სახეები ფიზიკურად არსებობდეს და ეს უკანასკნელი მიეწოდოს ბენეფიციარებს. 2011 წლის პირველ ნახევარში, ექიმთა და ექთანთა რაოდენობა მცირე ფარგლებში

---

15. [http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p\\_id=274&lang=geo](http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p_id=274&lang=geo)

მერყეობდა, თუმცა, წინა წლებისაგან განსხვავებით, შედარებით სტაბილური იყო.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N18 დაწესებულების მთავარი ექიმის მიერ წარმოდგენილი მუშაობის ამსახველი ანგარიშის მიხედვით, რომელიც 4 ფურცლადაა შედგენილი (11.07.2011 N10/37/3-3773) და 2011 წლის პირველ 6 თვეს მოიცავს, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება „თითქმის დაკომპლექტებულია სამტატო განანესის თანახმად მაღალკვალიფიციური სპეციალისტებით“. ანგარიში არ მოიცავს დეტალიზაციას. არ არის მითითებული დაწესებულებაში მომუშავე ექიმების, ექთნებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა განყოფილებების მიხედვით, ასევე შეუძლებელია ექიმთა სპეციალობების გარკვევა. მიუხედავად ამისა, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებიდან საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტში გაგზავნილი ყოველთვიური ანგარიშების მიხედვით ირკვევა, რომ დაწესებულებაში დასაქმებულია სულ: 67 ექიმი, 2 სტომატოლოგი, 2 ფარმაცევტი, 55 ექთანი, 7 სანიტარი, 5 ლაბორანტი, 1 მასაჟისტი, 1 სტატისტიკოსი, 1 არქივარიუსი, 1 დიასახლისი და 1 ფსიქოლოგი.

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 დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის (ექიმები, ექთნები, ტექნიკური პერსონალი) სრული სია დაწესებულებების მიხედვით და ექიმის სპეციალობის მითითებით (რომელ დარგში ფლობს სახელმწიფო სერტიფიკატს) სახალხო დამცველის აპარატში საპასუხო წერილი არ შემოსულა.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ, 2011 წლის ზაფხულში, ადგილზე ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად დადგენილ იქნა, რომ პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებულია სულ 177 ექიმი, 16 სტომატოლოგი, 168 ექთანი, 19 ფარმაცევტული განათლების მქონე პირი და 20 სხვა პროფილის სამედიცინო პერსონალი.

აღნიშნული სპეციფიკა დანესებულებების მიხედვით შემდეგნაირად გამოიყურება:

| №  | დაწესებულების დასახელება | ექიმა 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              |
|    | <b>სულ:</b>              | <b>177</b>      | <b>168</b>        | <b>16</b>              | <b>19</b>             | <b>20</b>      |

177 ექიმში შეყვანილია ადგილობრივი მთავარი ექიმებიც, თუმცა მათგან 11 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტია, 7 მთავარ ექიმს კი, სახელმწიფო სერტიფიკატი, რომელიმე ამჟამად მოქმედ სპეციალობაში, არ გააჩნია. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ მონიტორინგის მომენტისათვის 170 ექიმი ემსახურებოდა 24.261 თავისუფლებააღკვეთილ პირს. ამრიგად, პენიტენციურ სისტემაში, მთელი საქართველოს მასშტაბით, 1 ექიმზე მოდის 142.7 პაციენტი, 1 ექთანზე კი – 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 | პატიმართა რაოდენობა | თანაფარდობა ექიმი/პაციენტი |
|-----------------|--------------------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| 1               | №1 თბილისი               | 4                | 1074                | 268.5                      |
| 2               | №2 ქუთაისი               | 7                | 1451                | 207.3                      |
| 3               | №3 ბათუმი                | 5                | 652                 | 130.4                      |
| 4               | №4 ზუგდიდი               | 3                | 378                 | 130.4                      |
| 5               | №5 რუსთავი               | 8                | 1157                | 144.6                      |
| 6               | №6 რუსთავი               | 4                | 1194                | 298.5                      |
| 7               | №7 თბილისი               | 1                | 39                  | 39                         |
| 8               | №8 თბილისი               | 15               | 3505                | 233.6                      |
| 9               | №9 თბილისი               | 3                | 1044                | 348                        |
| 10              | №10 თბილისი              | ---              | ---                 | ---                        |
| 11              | №11 თბილისი              | 3                | 164                 | 54.6                       |
| 12              | №12 თბილისი              | 3                | 796                 | 265.3                      |
| 13              | №13 ხონი                 | 4                | 73                  | 18.25                      |
| 14              | №14 გეგუთი               | 4                | 2693                | 673.25                     |
| 15              | №15 ქსანი                | 8                | 3271                | 408.8                      |
| 16              | №16 რუსთავი              | 7                | 2560                | 365.7                      |
| 17              | №17 რუსთავი              | 8                | 3168                | 396                        |
| 18              | №18 თბილისი              | 65               | 218                 | 3.35                       |
| 19              | №19 ქსანი                | 18               | 824                 | 45.7                       |
| საქართველო სულ: |                          | 170              | 24.261              | 142.7                      |



სპეციფიკა მოითხოვს, ცალკე განვიხილოთ ექიმ-პაციენტთა თანაფარდობა სასჯელალსრულების 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 პაციენტი. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ N18 დაწესებულება დადგენილი ლიმიტის ზემოთ მკვეთრადაა გადატვირთული (ნაცვლად 180 პაციენტისა, მასში 218 პირი იყო ჰოსპიტალიზებული), პაციენტთა ნორმალური შევსების პირობებში 1 ექიმის წილად 2,5 პაციენტი მოვა, რაც არაბუნებრივი მაჩვენებელია და შემდგომ მსჯელობასა და განხილვას მოითხოვს. რაც შეეხება ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, აქ ერთი ექიმის წილ 45 პაციენტი მოდის. აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი დადგინდა მონიტორინგის დროს, მკვეთრი გადატვირთულობის ფონზე. პაციენტებით ნორმალურად შევსების პირობებში კი 1 ექიმზე N19 დაწესებულებაში 30 პაციენტი მოვა.

რაც შეეხება სასჯელის მოხდის ადგილებს (მოქმედი 16 დაწესებულება), როგორც ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, 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        |
|             | <b>142.7</b> |
| №5 რუსთავი  | 144.6        |
| №2 ქუთაისი  | 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-დან 673 შუალედში.

აღნიშნული კუთხით მდგომარეობის შესწავლას, დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ თვალსაზრისით, რომ სამომავლოდ განისაზღვროს სხვადასხვა ტიპის სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მომუშავე ექიმთა და სხვა სამედიცინო პერსონალის ზღვრული დატვირთვა. ევროპის ქვეყანათა უმრავლესობაში, ექიმის ნორმირებული ყოველკვირეული დატვირთვა შეადგენს საშუალოდ 38-40 საათს 5 სამუშაო დღეზე გათვალისწინებით. European Working Time Directive-ის<sup>16</sup> მიღებამ ცალკეულ სფეროებში მეტ-ნაკლებად მოანესრიგა ზღვრული დატვირთვის ნორმები. ექიმებისთვის ეს განსაკუთრებით აქტუალური იყო. იქიდან გამომდინარე, რომ ციხეები ექიმებისათვის წარმოადგენს “რისკის ზონას“, ამ მხრივ გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ის ფაქტორი, რომელიც ამძიმებს ექიმის სამუშაო გარემოსა და პირობებს, ეროვნული ტენდენციების გათვალისწინებით. აქედან გამომდინარე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უნდა მოახდინოს საკითხის დეტალური შესწავლა, ანალიზი და ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობით დაადგინოს ეროვნული სტანდარტი, რომელიც შესაბამისობაში იქნება მოყვანილი მოწინავე ევროპულ პრაქტიკასთან.

16. ევროკავშირის საბჭოს და პარლამენტის 2003 წლის 4 ნოემბრის დირექტივა სამუშაო დროის ორგანიზების ზოგიერთი ასპექტის შესახებ

მონიტორინგის მსვლელობისას პრევენციის ეროვნული მექანიზმი ასევე დაინტერესდა დაწესებულებებში 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. (ჩამონათვალში არ შედის მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების 65 ექიმის სპეციალობათა სტრუქტურა). ჩვენს მიერ დადგენილი ექიმთა სპეციალობები შემდეგნაირად გამოიყურება: სასჯელაღსრულების სისტემაში (გარდა N18 დაწესებულებისა) სულ დასაქმებულია 37 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, სპეციალობით „შინაგანი მედიცინა“. აღნიშნული სპეციალობის 3 მომიჯნავე სპეციალობიდან, ასევე მუშაობს 19 ფტიზიატრი, 1 დერმატოვენეროლოგი და 7 კარდიოლოგი. იმავე დაწესებულებებში სულ დასაქმებულია 9 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, სპეციალობით „ზოგადი ქირურგია“. ქირურგიის მომიჯნავე სპეციალობიდან დასაქმებულია 1 ექიმი, სპეციალობით „ბავშვთა ქირურგია“. გარდა თერაპევტებისა და ქირურგებისა, იმავე დაწესებულებებში, ძირითადი საშტატო განრიგის შესაბამისად, მუშაობს: 2 ინფექციონისტი, 1 უროლოგი, 3 ექიმი სპეციალობით „ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგია“, 7 ნევროლოგი, 7 ოჯახის ექიმი, 3 პედიატრი, 2 გინეკოლოგი, 1 რადიოლოგი და 3 ექიმი სპეციალობით „ლაბორატორიული მედიცინა“. დამატებით აღსანიშნავია, რომ გლდანის N8 დაწესებულებაში კვლავ აგრძელებს მუშაობას 2 ექიმი, რომელთა სპეციალობაში მითითებულია „ზოგადი პროფილის ექიმი“. ამ პრობლემის შესახებ ჩვენ უკვე გვქონდა საუბარი.

გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ, პენიტენციური სისტემის ექიმების გარკვეულ ნაწილს აქვს სახელმწიფო სერტიფიკატი სხვა სა-

მედიცინო სპეციალობებსა და სუბსპეციალობებში („ონკოლოგია“ და „ოტორინოლარინგოლოგია“).

როგორც აღინიშნა, 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 ნაკადი კი, აღნიშნულ გადამზადებას წლის ბოლოსათვის დაასრულებს. ამ პროცესის მიმართ სახალხო დამცველს საკმაოდ კრიტიკული და მნიშვნელოვანი შენიშვნები აქვს, რაც დეტალურად იქნება აღწერილი მოხსენების შემდეგ თავში.

როგორც ზემოთ წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს, სასჯელალსრულების სისტემას სულ ემსახურება 16 ექიმი სტომატოლოგი. 8 დაწესებულებაში კი მუდმივად მუშაობს თითო სტომატოლოგი. რუსთავის N17 და მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დასაქმებულია ორ-ორი ექიმი სტომატოლოგი, 8 დაწესებულებაში სტომატოლოგი მუშაობს არასრულ შტატზე. ხშირ შემთხვევაში, იგი ორ ან მეტ დაწესებულებას ემსახურება. აღნიშნულთან დაკავშირებით, არსებობს კვირის განმავლობაში დაწესებულებაში სტომატოლოგის სამუშაო დღეები, რაც ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილისათვის წინასწარაა ცნობილი და ამ განრიგით ხდება პაციენტთა მობილიზება სტომატოლოგიური დახმარების მისაღებად. წინა წლებისაგან განსხვავებით, როცა სტომატოლოგიური დახმარება, ხშირ შემთხვევაში, 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 მისასაღმებელი ფაქტია. სტომატოლოგიას, როგორც საექიმო სპეციალობას, აქვს მომიჯნავე სპეციალობები და სუბსპეციალობები. დღევანდელი მდგომარეობით, რაც განსაზღვრულია „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, 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 უმრავლესობა ფლობს სახელმწიფო სერტიფიკატს „თერაპიულ სტომატოლოგიაში“ და ასევე „ქირურგიულ სტომატოლოგიაში“, რის საფუძველზეც შესაძლებელია, პაციენტებს ჩაუტარდეთ პირის ღრუსა და კბილების დაავადებების როგორც თერაპიული (მაგალითად, დაბუჟნა), ასევე და ქირურგიული მკურნალობა (მაგალითად, კბილის ექსტრაქცია).

რაც შეეხება ფარმაცევტული პროფილის პერსონალს, სასჯელაღსრულების სისტემაში სულ 19 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 დასაქმებული არიან ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებიც. კერძოდ: ტუბერკულოზით დაავადებულთა დაწესებულებაში (N19) მუშაობს 2 ლაბორანტი (არასამედიცინო განათლებით) და 1 სტატისტიკოსი. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებებს, მათშიც არიან სამედიცინო და სტომატოლოგიური პროფილის პერსონალი.

სებულებას, მასში ტექნიკური და დამხმარე პერსონალის რიცხვი გაცილებით დიდია. დღეისათვის ადგილზე მუშაობს: 7 სანიტარი, 5 ლაბორანტი (არასამედიცინო განათლებით) და თითო-თითო პირი შემდეგ თანამდებობებზე: მასაჟისტი, სტატისტიკოსი, დიასახლისი, არქივარიუსი და ფსიქოლოგი.

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 ან 2 ჯერ მიდის დაწესებულებაში თვის განმავლობაში, ხშირად მეტჯერაც. ზოგიერთ შემთხვევაში დაფიქსირდა ყოველკვირეული ვიზიტებიც, თუმცა, აღნიშნული პრაქტიკა სისტემატურ ხასიათს არ ატარებს. აღსანიშნავია, რომ როგორც აღმოსავლეთ, ისე დასავლეთ საქართველოს თითქმის ყველა დაწესებულებაში, პერიოდულ ვიზიტებს ახორციელებენ ექოსკოპისტი და რენტგენ-ლაბორანტი. 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, რომელიც ბათუმის დაწესებულების გარდა, ასევე ემსახურება ზუგდიდის დაწესებულებასაც, რომელიც წარსულში ამგვარ სერვისს ხშირ შემთხვევაში მოკლებული იყო.

დასავლეთ საქართველოს ექიმ კონსულტანტთა ჯგუფი მოიცავს 7 სპეციალისტს, რომელთაგანაც 4 სპეციალისტი ძირითადია, დანარჩენ სამს კი, მხოლოდ ერთეული კონსულტაციები აქვთ ჩატარებ-

ული. 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 პირველი 6 თვის განმავლობაში, ერთეული კონსულტაციებია ჩატარებული. ზუგდიდის დაწესებულებაში სტაბილურობით გამოირჩევა ასევე ექიმი ფსიქიატრი. მის გარდა წლის პირველ ნახევარში დაწესებულებაში ვიზიტები აქვს განხორციელებული ნევროპათოლოგსა და უროლოგს, რომლებსაც ერთობლიობაში სულ 7 პაციენტის კონსულტაცია აქვთ ჩატარებული. რაც შეეხება გვეგუთის N14 დაწესებულებას, ქუთაისის დაწესებულების მსგავსად აქაც 5 სპეციალობის ექიმი (იგივე სპეციალობები და იგივე ექიმები, რაც ქუთაისში) პერიოდულად და სტაბილურად დადიან პაციენტთა საკონსულტაციოდ. გარდა ამისა, ბათუმსა და ზუგდიდში დამატებით ვიზიტი აქვს განხორციელებული ქირურგს (სულ 4 კონსულტაცია) და გინეკოლოგს (სულ 1 კონსულტაცია). აღნიშნული სტატისტიკა დეტალურად გამოსახულია ცხრილში:

| № | დასავლეთ საქართველო<br>სპეციალობა | ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა<br>დაწესებულებათა მიხედვით |              |               |             |                |     |
|---|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------|---------------|-------------|----------------|-----|
|   |                                   | ქუთაისი<br>N2                                                  | ბათუმი<br>N3 | ზუგდიდი<br>N4 | ხონი<br>N13 | გვეგუთი<br>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   |
|   | <b>კონსულტაციები სულ:</b>         | <b>1473</b>                                                    | <b>104</b>   | <b>72</b>     | <b>49</b>   | <b>1146</b>    |     |
|   | ექოსკოპისტი                       | 288                                                            | 197          | 40            | 21          | 352            | 898 |
|   | რენტგენ – ლაბორანტი               | 281                                                            | 55           | 35            | 25          | 321            | 717 |
|   | <b>გამოკვლევები სულ:</b>          | <b>569</b>                                                     | <b>252</b>   | <b>75</b>     | <b>46</b>   | <b>673</b>     |     |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, კონსულტანტთა მომსახურების მხრივ ყველაზე ნაყოფიერი მუშაობა ქუთაისის N2 დანესებულებაში მიმდინარეობს. რაც შეეხება თავად კონსულტანტებს, ნევროპათოლოგი, დერმატოვენეროლოგი, ოფთალმოლოგი, ფსიქიატრი და კარდიოლოგი თვის განმავლობაში 90-95 პაციენტს ნახულობენ, რაც მინიმუმ თვეში ოთხჯერად ვიზიტზეა გადანაწილებული, ანუ ერთი ვიზიტის დროს ახდენენ დაახლოებით 23 პაციენტის კონსულტირებას. აღნიშნული მაჩვენებელი ექიმთა საკმაოდ მაღალ დღიურ დატვირთვაზე მიუთითებს.

რაც შეეხება აღმოსავლეთ საქართველოს პენიტენციურ დანესებულებებს, ამ მხრივ მდგომარეობა ბევრად უფრო მოწესრიგებულია და პატიმრები უფრო მეტი სპეციალობის ექიმისაგან იღებენ სამედიცინო მომსახურებას. კონსულტანტთა ვიზიტების რეგულარობა ციხეებში შედარებით უფრო მოწესრიგებულია და პერიოდულ და სისტემატიზებულ ხასიათს ატარებს, უფრო ფართო სპეციალიზაციის სპექტრის მოცვით. აღმოსავლეთ საქართველოს რეგიონში, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დაფიქსირდა 13 სპეციალობის ექიმთა რეგულარული და სისტემატური ვიზიტები სხვადასხვა დანესებულებებში. სულ კი აღმოსავლეთში განთავსებულ ყველა დანესებულებაში, ვიზიტი ჩატარებული აქვს 25 სპეციალობის ექიმს. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულებაში ასევე ჩატარებულია ვიწრო სპეციალობის ექიმთა ვიზიტები, რომელთაგანაც აღსანიშნავია ნეიროფტიზიატრი (9 კონსულტაცია), ვერტებროფტიზიატრი (2 კონსულტაცია), ფტიზიატრი (18 კონსულტაცია), თორაკალისტი (21 კონსულტაცია), რითმოლოგი (2 კონსულტაცია) და პარაზიტოლოგი (3 კონსულტაცია). აღმოსავლეთ საქართველოს ექიმ კონსულტანტთა ჯგუფის სრული მუშაობის ამსახველი ინფორმაცია წარმოდგენილია შესაბამის ცხრილში:



| №                     | აღმოსავლეთ საქართველო<br>სპეციალობა | ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა<br>დანესებულებათა 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<br>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<br>სულ:  |                                     | 242                                                            | 412 | 336 | 12 | 271 | 28 | 14  | 148 | 593 | 546 | 706 | 3024 | 1743 |      |  |

როგორც ცხრილიდან ირკვევა, კონსულტაციების მაქსიმალური რაოდენობა ჩატარებული აქვს ექიმ დერმატოვენეროლოგს (956 პაციენტის კონსულტაცია). შემდეგ ადგილზე მოდის უროლოგი (567 კონსულტაცია) და ოფთალმოლოგი (562 კონსულტაცია). რაც შეეხება კონსულტანტთა ვიზიტების პერიოდულობას, მინიმუმ თვეში 4-ჯერ, დანესებულებებში დადის 10 ექიმი სპეციალისტი (იხილეთ ცხრილი №1-10), რომლებიც თვეში საშუალოდ 445 პაციენტს უწევენ კონსულტაციას. ზოგიერთ დარგში (მაგალითად ფსიქიატრია)

კონსულტანტთა რაოდენობა ერთზე მეტია, თუმცა არსებული დატვირთვა ექიმებისათვის მაინც მაღალ მაჩვენებლად უნდა შეფასდეს. განსაკუთრებით ამ მხრივ უნდა გამოვყოთ ფსიქიატრი, რომელიც პაციენტის გამოკვლევას 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 მეტ ჩაღრმავებულ შესწავლას მოითხოვს.

როგორც წარმოდგენილი სტატისტიკიდან ჩანს, აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს პერსპექტივაში, პაციენტთათვის მიწოდებული სამედიცინო დახმარების სახეები არ არის ეკვივალენტური. კერძოდ, აღმოსავლეთის რეგიონში ხელმისაწვდომია 5-ჯერ უფრო მეტი პროფილის ექიმის მომსახურება. ამასთან ექიმ კონსულტანტთა ვიზიტები უფრო მეტად პერიოდული და სისტემატიზებულია. საქართველოს სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ 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, რუსთავის N6 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, მათთან ექიმთა ღამის მორიგეობა შეწყდა და მათ მიეცათ მითითება, საჭიროების შემთხვევაში გამოიძახონ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. ექიმთა

და ექთანთა მორიგეობების თავისებურებები წარმოდგენილია ქვე-  
მოთ მოცემულ ცხრილში:

| №             | დანესებულებს დასახელება | მორიგე ექიმის<br>არსებობა | მორიგე ექთნის<br>არსებობა |
|---------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1             | №1 დანესებულება         | 1                         | 1                         |
| 2             | №2 დანესებულება         | 1                         | 2                         |
| 3             | №3 დანესებულება         | 1                         | 1                         |
| 4             | №4 დანესებულება         | 1                         | 1                         |
| 5             | №5 დანესებულება         | 1                         | 2                         |
| 6             | №6 დანესებულება         | 0                         | 1                         |
| 7             | №7 დანესებულება         | 0                         | 1                         |
| 8             | №8 დანესებულება         | 1                         | 1                         |
| 9             | №9 დანესებულება         | 1                         | 1                         |
| 10            | №11 დანესებულება        | 1                         | 1                         |
| 11            | №12 დანესებულება        | 0                         | 1                         |
| 12            | №13 დანესებულება        | 1                         | 1                         |
| 13            | №14 დანესებულება        | 1                         | 1                         |
| 14            | №15 დანესებულება        | 1                         | 1                         |
| 15            | №16 დანესებულება        | 1                         | 1                         |
| 16            | №17 დანესებულება        | 1                         | 2                         |
| 17            | №18 დანესებულება        | 3                         | 6                         |
| 18            | №19 დანესებულება        | 1                         | 2                         |
| <b>ს უ ლ:</b> |                         | <b>17</b>                 | <b>27</b>                 |

როგორც ცხრილიდან ნათლად ჩანს, ღამით და არასამუშაო სა-  
ათებში, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში  
რჩება 17 ექიმი და 27 ექთანი. ექიმები ღამით არ მორიგეობენ N6,  
N7 და N12 დანესებულებაში.

გარდა სამედიცინო პერსონალის მორიგეობისა, მონიტორინგის  
ჯგუფი დაინტერესდა ექიმთა მიერ უწყვეტი პროფესიული გა-  
ნათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში  
მონაწილეობით, რაც უზრუნველყოფს დამოუკიდებელი საექიმო  
საქმიანობის სუბიექტის კვალიფიკაციის მუდმივ განახლებას. ამ

მხრივ, ისევე როგორ გასულ წელს, აღსანიშნავია, რომ არცერთ 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. მაგალითად, თბილისის N1 დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მათმა ერთმა ექიმმა და ერთმა ექთანმა მონაწილეობა მიიღო შიდსთან დაკავშირებულ ტრენინგში. მსგავსი ტრენინგი გავლილი აქვს არასრულწლოვანთა N11 სპეციალური დაწესებულების 5 წარმომადგენელს; N12 დაწესებულების 1 ექთანს და N19 დაწესებულების 4 ექიმს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე მიძღვნილ ტრენინგში, რომელიც სავარაუდოდ ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ იყო ორგანიზებული, მონაწილეობა აქვს მიღებული ბათუმის N3 დაწესებულების 3 ექიმს, რუსთავის N5 ქალთა დაწესებულების 1 ექიმს და 2 ექთანს, რუსთავის N6 დაწესებულების 1 ექთანს, თბილისის N7 დაწესებულების 2 ექიმს და 2 ექთანს, თბილისის N8 დაწესებულების 2 ექიმს, N11 დაწესებულების 1 ექიმს და 1 ექთანს, გეგუთის N14 დაწესებულების 2 ექიმს და 1 ექთანს, ქსნის N15 დაწესებულების 2 ექთანს, რუსთავის N16 დაწესებულების 2 ექიმს და მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში მომუშავე 1 ექიმს. სამწუხაროა, რომ ამ ექიმთა ნაწილთან გასაუბრებისას, მონიტორინგის ჯგუფი მივიდა დასკვნამდე, რომ ტრენინგმა მათ ცოდნას ვერაფერი შემატა. 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 პრევენციის და ფსიქოდაავადებების ტრენინგი“, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტრენინგი“, „ფსიქიკური დაავადებების მართვის ტრენინგი“, „ფსიქოტრენინგი“, „წამების ტრენინგი“ და ა.შ. ზოგიერთი ექიმი ტრენინგში მონაწი-

ილეობას იხსენებს მხოლოდ მისი ჩატარების ადგილის მიხედვით. კვალიფიკაციის ამალლების საკითხებისადმი ამგვარი მიდგომა, მით უფრო სასჯელალსრულების სისტემის ექიმთა მხრიდან, ნეგატიურ გავლენას ახდენს ექიმებისა და ექთნების საქმიანობაზე და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია – სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. გარდა ამ ორი ტრენინგისა, ზოგიერთ დაწესებულებაში განგვიცხადეს, რომ მათი მედპერსონალი მონაწილეობდა ინფექციური დაავადებების სპეციფიკისადმი მიძღვნილ ტრენინგშიც (N2 დაწესებულება), DOTS პროგრამის ორგანიზაციულ საკითხებთან დაკავშირებულ ტრენინგში (N19 და N18 დაწესებულების ექიმები და ექთნები). ზოგიერთი დაწესებულების მთავარი ექიმისათვის ასეთი კითხვის დასმა (მიუღიათ თუ არა მონაწილეობა მათ ან მათ პერსონალს რაიმე სახის პროფესიულ ტრენინგებში) დამაბნეველი აღმოჩნდა, რის გამოც ისინი კატეგორიულად უარყოფენ, რომ მათი თანამშრომლები სადმე, რაიმე სახის ტრენინგში მონაწილეობენ.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმი დაინტერესდა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში სამოქალაქო სექტორიდან პაციენტის მიერ არჩეული ექიმის შეყვანის 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, როგორც წესი, გახანგრძლივებულ პროცედურებს უკავშირდება, რაც ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე პირდაპირ აისახება და მას ნაკლებად ეფექტურს ხდის. 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 საანგარიშო პერიოდში პაციმრის მხრიდან ასეთი მოთხოვნა დაყენებული არ ყოფილა. წერილობითი მომართვის საფუძველზე, ისინი იმოქმედებენ არსებული პრაქტიკის მიხედვით. რაც შეეხება სხვა დაწესებულებებს, ყველაზე ხშირად ექიმთა შეყვანა სამოქალაქო სექტორიდან დაფიქსირებულია ქუთაისის N2, თბილისის N12 და გეგუთის N14 დაწესებულებებში. ადგილობრივი ექიმების განმარტებით, თითოეულ დაწესებულებაში ასეთი 10-მდე შემთხვევა იყო დაფიქსირებული, 2011 წლის პირველი ნახევრისათვის. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიმარტა, რომ ამგვარი შემთხვევები ხშირია მათ დაწესებულებაში, თუმცა ამის სტატისტიკა, დამადასტურებელი დოკუმენტი ან ინფორმაცია ვერ წარმოგვიდგინა. რუსთავის N17 და ქსნის N19 დაწესებულებებში ასეთი შემთხვევა საანგარიშო პერიოდში ორ-ორჯერ არის დაფიქსირებული, გარედან ექიმის შეყვანის თითო ფაქტი კი, დაფიქსირებულია რუსთავის N5, რუსთავის N6, თბილისის N8 და რუსთავის N16 დაწესებულებებში.

საქართველოს სახალხო დამცველი, უკანასკნელ წლებში ყურადღებით ადევნებს თვალყურს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ, პენიტენციური ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროების შემონმებისა და გამოვლენილი ნაკლოვანებების აღმოფხვრის საკითხებს. სახალხო დამცველის სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა 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, საქა-

რთველოს 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 სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ინტერნეტ გვერდზე გავრცელდა და რომლის მიხედვითაც „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს „შესაბამისი უფლებამოსილი სამსახურები“ ახდენენ პენიტენციურ სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგს. ამასთან დაკავშირებით, სახალხო დამცველმა სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს მოსთხოვა იმ ინფორმაციის მოწოდება, რომელიც ასახავს დეტალებს, თუ რომელი სამსახურები და რა პრინციპით ახორციელებენ აღნიშნულ საქმიანობას (გეგმური და არაგეგმური ვიზიტები და ა.შ.), რა სახის რეკომენდაციები იქნა გაცემული 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, დამდგარა თუ არა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი სასჯელალსრულების სისტემაში დასაქმებული ექიმების მიმართ, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ, რა სახის პასუხისმგებლობა იქნა დასმული და რა ქმედითი ღონისძიებები გატარდა აღნიშნული ხარვეზების აღმოსაფხვრელად.

2011 წლის 6 სექტემბერს, სასჯელაღსრულების 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 შემონმების ჯგუფი ნიკოლოზ მეგრელიშვილის, გიორგი ფრუიძის, ბადრი ბალავაძის, რევაზ დაფქვიაშვილის, შოთა გელაშვილისა და გივი მიქანაძის შემადგენლობით. შემონმების ჯგუფს დაევალა პენიტენციური სისტემის დანესებულებების სანიტარულ-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, ჯგუფის მიერ, აღნიშნული საკითხები შესწავლილ იქნა სისტემის ყველა დანესებულებაში. შემონმების შედეგად დადგინდა, რომ „სასჯელაღსრულების ყველა დანესებულებაში გაუმჯობესებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხი. მედიკამენტებისა და სხვა სახარჯი მასალების მიღება, გაცემა და აღრიცხვა ხდება მკაცრად კანონით დადგენილი წესის მიხედვით. რიგ დანესებულებებში, მიუხედავად იმისა, რომ პატიმრებს ჩატარებული აქვთ სათანადო გამოკვლევები, ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციები, დანიშნული აქვთ და უტარდებათ დაავადების ადეკვატური მკურნალობა, დანესებულების 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. შემონმების პროცესში დანესებულებების სამედიცინო პუნქტების მთავარ ექიმებს მიეთითათ არსებული ხარვეზების შესახებ და მიეცათ ვადა ნაკლოვანებების გამოსასწორებლად (განმო-



რებითი შემოწმების ჩატარება დაგეგმილია შემოდგომაზე). 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 მეთახარისხოვან საკითხებზე, მაშინ როცა გადაუჭრელია ძირითადი პრობლემები. ასევე გაურკვეველია 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 შესწავლებას, სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსმა გვაცნობა, რომ „პენიტენციურ სისტემაში სამედიცინო 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 სა-

გენტოს ფუნქციებში და ასევე ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის (და არა ადმინისტრაციული და სამართლებრივი) სფეროში, რაც გათვალისწინებულია „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისი თავით. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ გადანყვეტილებას 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, ხშირ შემთხვევაში სწორედ საქართველოს სახალხო დამცველის მიმართვის შედეგად არის ინიცირებული. სამედიცინო დეპარტამენტი გვაცნობებს, რომ სააგენტოს მიერ შესწავლილ იქნა 24 საქმე, რომელთაგანაც ერთ შემთხვევაში N18 დაწესებულების ექიმს გამოეცხადა წერილობითი გაფრთხილება, 10 საქმეზე კი გადაიგზავნა სხვადასხვა პროფილის დარგობრივ ასოციაციაში, საიდანაც ჯერ კიდევ ელოდებიან პასუხს. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან, სახალხო დამცველის სახელზე შემოსულ საპასუხო წერილებში სიტუაცია უფრო რთული და დამაფიქრებელია. მოწოდებული ინფორმაციით, არაერთგზის 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, რაზეც დეპარტამენტი მხოლოდ წერილის სხვა ადრესატთან გადამისამართებითა და ინფორმაციის ცნობად მიღებით შემოიფარგლება. სააგენტოს არასდროს უცნობებია დეპარტამენტის პასუხი იმის თაობაზე, თუ როგორი რეაგირება და ზომები იქნა მიღებული სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ არსებული ხარვეზებისა და ნაკლოვანებების აღმოსაფხვრელად. აღნიშნული ინფორმაციის მოწოდებაზე, სამედიცინო დეპარტამენტმა კიდევ ერთხელ შეიკავა თავი, რის გამოც ჩვენი შეკითხვა სრულად არ იქნა პასუხგაცემული.

მოგვყავს ერთ-ერთი ბოლო შემთხვევა მაგალითის სახით, რომელიც გამონაკლისად უნდა ჩაითვალოს იმ მხრივ, რომ სააგენტოს მიერ მიწოდებულ ინფორმაციას მოჰყვა რეაგირება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან, 2011 წლის 21 სექტემბერს შემოსული წერილის (N02/39527) მიხედვით, სააგენტოს უფროსმა 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 გარდაცვლილ მსჯავრდებულ ა.დ.-სათვის გაწეული 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 მდპერ-სონალის (N2 პატიმრობისა და დახურული თავისუფლების აღკვეთის შერეული ტიპის დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის ექიმები: ნ. ყურაშვილი, რ. ბეშქენაძე და მ. ნიკოლაიშვილი), სამსახურიდან გათავისუფლების შესახებ“. რაც შეეხება პროფესიული განვითარების საბჭოს გადანწყვეტილებას ზემოთ მოხსენიებულ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვის შესახებ, გვეცნობება დამატებით.

## რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უზრუნველყოს ექიმ-კონსულტანტთა ჯგუფის იდენტურობა საექიმო საქმიანობათა სპექტრის მიხედვით აღმოსავლეთ და დასავლეთ რეგიონებში; განახორციელოს ჯანდაცვის სისტემის ადამიანური რესურსების (როგორც უმაღლესი, ისე საშუალო სამედიცინო პერსონალი) სამართლიანი და პროპორციული გადანაწილება დაწესებულებების მიხედვით გეოგრაფიული ნიშნით; ასევე უზრუნველყოს აღმოსავლეთ და დასავლეთ რეგიონებში სამედიცინო მომსახურების არსებული ტიპების და სახეების ეკვივალენტურობა;
- უზრუნველყოს ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში, განურჩევლად მათი ტიპის და სპეციფიკისა ექიმის 24 საათიანი ხელმისაწვდომობა. არ დაუშვას არსებული ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც, საპილოტე დაწესებულებებში (და სავარაუდოდ მოგვიანებით თითქმის ყველაგან) ლამე აღარ იმორიგევენ ექიმები;
- ხელი შეუწყოს და წახალისოს ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალი, რათა ამ უკანასკნელებმა მონაწილეობა მიიღონ უწყვეტი პროფესიული განვითარების (უპგ) პროგრამებში. ამისათვის განიხილოს ექიმებისათვის დამატებითი წელიწადში 2-ჯერ მაინც დროის და ფინანსური სახსრების გამოყოფა; ასევე მნიშვნელოვანია უპგ პროგრამების გავლის შემთხვევაში ექიმთა სხვადასხვაგვარი წახალისების ფორმების შემოღება;
- ყოველმხრივ ხელი შეუწყოს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში, სამოქალაქო სექტორიდან შემოსული ექიმების საქმიანობას. გაამარტივოს მათი დაშვება და ასევე მაქსიმალურად შეამოკლოს დროის ის მონაკვეთი, რომელიც საჭიროა ამგვარი მოთხოვნის დაყენებიდან (პატიმართა მხრიდან) მის რეალიზებამდე. სამოქალაქო სექტორიდან შემოსული ექიმების მიერ გაკეთებული ჩანაწერები სავალ-

დებულო წესით დაერთოს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციას და გათვალისწინებული იყოს სამედიცინო მომსახურების პროცესში;

- პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ გაცემულ რეკომენდაციებს მოეკიდოს მეტი პასუხისმგებლობით და არ დაუშვას საბჭოს მიერ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ მიღებული გადაწყვეტილების ან სამედიცინო მომსახურების პროცესში დადგენილი ხარვეზებისა და ნაკლოვანებების მხოლოდ ცნობად მიღება. ბოლომდე გააკონტროლოს ეს უკანასკნელი და რეალურად აღმოფხვრას ნაკლოვანებათა მიზეზები.

**რეკომენდაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსს:** ინტენსიურად განახორციელოს სასჯელაღსრულების დანესებულებათა სამედიცინო ნაწილების, ასევე სამკურნალო დანესებულებების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი, მათ შორის გეგმური ვიზიტების სახით.

## „ოჯახის ექიმები“ საპარტოვლოს პენიტენციური სისტემის დანახაჯულებაში:

უკანასკნელი წლების განმავლობაში, სულ უფრო და უფრო აქტიურად მიმდინარეობს საუბარი პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის პილოტირებისა და 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 პენიტენციური სისტემის ექიმთა და ექთანთა „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობით გადამზადება. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ, 2011 წლის პირველ ნახევარში განხორციელებული მონიტორინგის დროს, დეტალურად იქნა შესწავლილი ექიმთა და ექთანთა გადამზადების სისტემა და ის რეალობები, რომლებიც აშკარად არის დამკვიდრებული ამ მხრივ.

| № | დანესებულების დასახელება | გადამზადებაზე არსებული სპეციალისტთა რაოდენობა | გადამზადება დასრულებულია |        | გადამზადება მიმდინარეობს |        | შენიშვნა        |
|---|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------------|
|   |                          |                                               | ექიმი                    | ექთანი | ექიმი                    | ექთანი |                 |
| 1 | №1 დანესებულება          | 0                                             | 0                        | 0      | 1                        | 1      |                 |
| 2 | №2 დანესებულება          | 0                                             | 0                        | 0      | 2                        | 2      | 1 ექიმი ნავიდა  |
| 3 | №3 დანესებულება          | 1                                             | 0                        | 0      | 1                        | 1      |                 |
| 4 | №4 დანესებულება          | 1                                             | 0                        | 0      | 0                        | 0      |                 |
| 5 | №5 დანესებულება          | 1                                             | 0                        | 0      | 1                        | 1      |                 |
| 6 | №6 დანესებულება          | 0                                             | 3                        | 4      | 0                        | 1      | 1 ექთანი ნავიდა |
| 7 | №7 დანესებულება          | 0                                             | 0                        | 0      | 1                        | 2      |                 |
| 8 | №8 დანესებულება          | 1                                             | 4                        | 4      | 1                        | 0      | 2 ექთანი ნავიდა |

|        |                  |   |   |   |    |    |                  |
|--------|------------------|---|---|---|----|----|------------------|
| 9      | №9 დაწესებულება  | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 10     | №11 დაწესებულება | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 11     | №12 დაწესებულება | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 12     | №13 დაწესებულება | 1 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 13     | №14 დაწესებულება | 1 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 14     | №15 დაწესებულება | 1 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 15     | №16 დაწესებულება | 1 | 1 | 1 | 0  | 0  |                  |
| 16     | №17 დაწესებულება | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |                  |
| 17     | №18 დაწესებულება | 1 | 0 | 0 | 0  | 0  | არ<br>საჭიროებენ |
| 18     | №19 დაწესებულება | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | არ<br>საჭიროებენ |
| ს უ ლ: |                  | 9 | 8 | 9 | 14 | 15 |                  |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სტრუქტურებში, „ოჯახის ექიმის გადამზადების პროცესის“ დაწყებამდე სულ დასაქმებული იყო 9 დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, სპეციალობით „საოჯახო მედიცინა“. მათგან გარკვეული ნაწილი ასევე ფლობდა სახელმწიფო სერტიფიკატს სხვა სპეციალობაშიც (ძირითადი ნაწილი – შინაგან მედიცინაში). რაც შეეხება საექიმო სპეციალობას „საოჯახო მედიცინა“, ასეთი სპეციალისტი სისტემაში საერთოდ არ მუშაობდა. გადამზადების პროცესი დაიგეგმა ორ ეტაპად. პირველ ეტაპზე, უპირველეს ყოვლისა, გადამზადდნენ საპილოტე დაწესებულების (N6 და N8 დაწესებულებები) ექიმები, ხოლო მომდევნო ეტაპზე კი, რომელიც ამჟამად მიმდინარეობს, უპირატესად სხვა დაწესებულების ექიმები. პარალელურად, გადამზადების პროცესი დაიწყო დასავლეთ საქართველოშიც. როგორც მონიტორინგის დროს ჩატარებულმა შესწავლამ აჩვენა, გადამზადების პროცესი უკვე დაასრულა, სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა ჩააბარა და სახელმწიფო სერტიფიკატი სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ მიიღო 8 ექიმმა. პარალელურად, იმავე რაოდენობით ექთანთა მომზადება უკვე დასრულებულია და ექთნებიც მუშაობენ ახალი სპეციალობით. რაც შეეხება მომდევნო ეტაპს, ამჟამად გადამზადების პროცესი კვლავ მიმდინარეობს და მასში ჩართულია სასჯელაღსრულების

დანესებულებათა 14 ექიმი და 15 ექთანი. მონიტორინგის დროს განხორციელებული შესწავლით აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთ დანესებულებაში უკვე გადამზადებული ექიმები და ექთნები აღარ მუშაობენ; ამასთან სამსახურში მიიღეს ახალი პერსონალი, რომელსაც აღნიშნული სპეციალობა აქვს; ანუ მიუხედავად დროის მცირე შუალედისა, სახეზეა 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 ყველა იმ პირს, რომელიც აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ადგილზე ფლობდა ინფორმაციას, რათა მათგან მიეღო ცნობები პროცესის მიმდინარეობისა და სამომავლო გეგმების შესახებ.

რუსთავის N16 დანესებულებაში, როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, ოჯახის ექიმად გადამზადდა 1 ექიმი და 1 ექთანი. გადამზადებული ექიმის საექიმო სპეციალობა იყო „ზოგადი ქირურგია“, ახლა კი მას უკვე ორ საექიმო სპეციალობაში აქვს სახელმწიფო სერტიფიკატი. აღნიშნულ ექიმთან გასაუბრებისას ამ უკანასკნელმა აღნიშნა, რომ მან გაიარა 7 თვიანი პროგრამა. პროგრამაში სულ 8 მსმენელი იყო ჩართული, მათ შორის 3 – რუსთავის N6 დანესებულებიდან, 4 – თბილისის N8 დანესებულებიდან და 1 ექიმი - რუსთავის N16 დანესებულებიდან თავად იყო. პროგრამის ფარგლებში მსმენელებმა მოისმინეს სალექციო კურსი, რომელიც მთელი დღის განმავლობაში მიმდინარეობდა. აღსანიშნავია, რომ გადამზადების პროცესის დროს ექიმები არ იყვნენ მონყვეტილი სამუშაო ადგილებს, ისინი ასრულებდნენ მხოლოდ ლამის მორიგეობებს. მათ შენარჩუნებული ჰქონდათ ხელფასი. გადამზადებულმა ექიმმა აღნიშნა, რომ მათ გაიარეს თერაპიის, ინფექციური სნეულებებისა და ფსიქიატრიის „მოკლე კურსი კურსები“, რომელიც შეეხებოდა „პრევენცი-აზე დაფუძნებულ პირველად ჯანდაცვას“. პროგრამა დაიწყო 2010 წლის ნოემბრიდან და მიმდინარეობდა 2011 მაისის ჩათვლით. ამ



პერიოდში მათ ჰქონდათ 4 შიდა „გამოცდა“. სრული კურსის დასრულების შემდეგ, 2011 წლის ივნისში კი, უკვე ჩააბარეს სახელმწიფო სასერთიფიკაციო 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. მიუხედავად ამისა, ბოლო 2 კვირის განმავლობაში პროგრამა ითვალისწინებდა ექთნებთან ერთად კომბინირებულ სწავლებას. პროგრამა ჩატარდა თბილისში, ერთ-ერთ საოჯახო მედიცინის ცენტრში და პროგრამის ხელმძღვანელი იყო მარინა შიხაშვილი. პროგრამა ასევე მოიცავდა 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 კურატორთან, მარინა შიხაშვილთან და მეორე პირთან ერთად (რომლის გვარს ვერ ასახელებს, სახელი - ქეთევანი) მუშაობდნენ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მსჯავრდებულებთან. პროგრამის კურატორი მათ აძლევდა შეფასებას. ექიმის თქმით, მათ ძირითადად მოიცვეს თერაპიული ნოზოლოგიები და განიხილეს 40-მდე მოქმედი გაიდლაინი. აქცენტი გაკეთდა 5 ძირითად სამედიცინო პრობლემაზე, ესენია: შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტენზია, გულის იშემიური დაავადება, გასტრო-ეზოფაგული რეფლექსური დაავადება და ბრონქული ასთმა. ექიმი, რომელთანაც ჩატარდა გასაუბრება, კმაყოფილია მიღებული ცოდნით.

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში შევხვდით ექიმს, რომელიც ამჟამად გადის გადამზადების პროცესს, თუმცა იგი ჩვენი მისვლის მომენტში სამსახურში იმყოფებოდა. მისი განმარტებით, დასავლეთ საქართველოს პენიტენციური დაწესებულებების ექიმთა გადამზადებას ხელმძღვანელობს კურატორი დარეჯან პარუნაშვილი. პროგრამა მიმდინარეობს N3 პოლიკლინიკაში. პრაქტიკული მეცადინეობები კი პერიოდულად მიმდინარეობს ქუთაისის N2 დაწესებულებაში.

თბილისის N8 დაწესებულების მთავარი ექიმის თქმით, მისმა ოთხმა ექიმმა და 4-მა ექთანმა ასევე გაიარა გადამზადების პროცესი. 4 ექიმიდან სამის საექიმო სპეციალობა იყო - „შინაგანი მედიცინა“, მეოთხეს კი, ალბულის ჰქონდა სახელმწიფო სერტიფიკატები ორ სპეციალობაში - „ინფექციური სნეულებები“ და „ლაბორატორიული მედიცინა“. აღსანიშნავია, რომ ერთ-ერთ ექიმს ამ ოთხიდან, სავარაუდოდ, წარსულში გააჩნდა „საოჯახო მედიცინაში“ სახელმწიფო სერტიფიკატი, რაც დასტურდება 2010 წლის დასაწყისში სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან მიღებული წერილით, რომელშიც მოცემულია პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებული ყველა ექიმის სია, საექიმო სპეციალობების მითითებით. ასეთ სიტუაციაში გაუგებარია, თუ რატომ მოხდა უკვე სერტიფიცირებული „ოჯახის ექიმის“ განმეორებით გადამზადება. გლდანის N8 დაწესებულების მთავარი ექიმის ინფორმაციით, ამჟამად, მისი დაწესებულებიდან 1 ექთანი აგრძელებს გადამზადების პროცესს. რაც შეეხება უკვე 2 გადამზადებულ ექთანს, მათ უკვე დატოვეს სამსახური და პენიტენციურ სისტემაში აღარ მუშაობენ. მთავარი ექიმი ადასტურებს, რომ გადამზადების პროცესის დროს მისი ექიმები დღისით იმყოფებოდნენ სალექციო კურსებზე, განრიგის მიხედვით კი, ღამით მორიგეობდნენ. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, გადამზადების პროცესში, პროგრამის რამდენიმე კვირის განმავლობაში ე.წ. „პრაქტიკული სწავლება“ მიმდინარეობდა ყველა მონაწილე ექიმისათვის სწორედ გლდანის N8 დაწესებულების ბაზაზე.

რაც შეეხება რუსთავის N6 დაწესებულებას, მონიტორინგის პერიოდში შეეხვდით სამიდან ორ გადამზადებულ ექიმს. აღსანიშნავია, რომ ორივე მათგანის საექიმო სპეციალობაა „ზოგადი ქირურგია“, ხოლო მესამე ექიმის სპეციალობაა „ბავშვთა ქირურგია“. რესპონდენტების ინფორმაციით, გადამზადების პროცესი მიმდინარეობდა 7 თვის განმავლობაში. ამ პერიოდში, დღის განმავლობაში ისინი ესწრებოდნენ სასწავლო კურსს, 6 საათის შემდეგ კი, მორიგეობდნენ

N6 დაწესებულებაში გრაფიკის შესაბამისად. ექიმების ინფორმაციით, მათ დაწესებულებაში ასევე გადამზადებულ იქნა 4 ექთანი, რომელთაგან 1 უკვე აღარ მუშაობს სასჯელაღსრულების სისტემაში. იგი სამსახურიდან წავიდა. N6 დაწესებულებიდან წარგზავნილმა სამივე ექიმმა და ოთხივე ექთანმა ჩააბარეს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა და მიიღეს სახელმწიფო სერტიფიკატი შესაბამისი სპეციალობით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 15 აპრილის N80/6 ბრძანების შესაბამისად, დამტკიცებულია დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების შედეგად მიღებული და მომიჯნავე საექთნო სპეციალობების ნუსხა. აღნიშნული ნუსხის მიხედვით, ექტნებს სავარაუდოდ სერტიფიკატი მიენიჭათ „ზოგადი პრაქტიკის (თემის) ექთნის“ სპეციალობით.

როგორც არსებული ფაქტებიდან ირკვევა, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას შეემატა 8 ახალი ოჯახის 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 დამცველი მიიჩნევს, რომ ამ წესითა და მოდელით სამედიცინო პერსონალის და განსაკუთრებით ექიმის გადამზადება, საფრთხეს უქმნის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას. პრობლემა საკმაოდ ღრმა და კომპლექსურია.

იმისათვის, რომ ნათლად და დეტალურად იქნას 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 განიმარტება, 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, შემოღებულ იქნა ახალი საექიმო დარგი – საოჯახო მედიცინა (საოჯახო მედიცინა – პირველად 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 მისი უზრუნველყოფისათვის, საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ ჩაიდო დამატება მუხლი 89<sup>1</sup>-ის სახით, რომლის მიხედვითაც, „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, მათ შორის საოჯახო მედიცინის განვითარებისათვის აუცილებელ სამართლებრივ ბაზას და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობის 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 მომზა-

დების საკითხი, რის გამოც საჭირო გახდა სპეციალობის ჩარჩოს განსაზღვრა და დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამის შექმნა, რომლის მიხედვითაც მომზადდებოდნენ ამ დარგის სპეციალისტები. ეს ყოველივე მოხდა იმ ფონზე, როცა საქართველოში გაუქმდა ე.წ. „ზოგადი პროფილის ექიმი-მკურნალის“ ცნება და ამ სპეციალობის შესაბამისი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე ათასობით ახალბედა ექიმი კვლავ გაურკვევლობაში აღმოჩნდა. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში მუხლი 89<sup>1</sup>-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 N239/6 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, კომპეტენციების, კომუნიკაციის ჩვევებისა და პროფესიული მიდგომების სწავლება. პროგრამის ზოგადი ჩარჩო და სტრუქტურა დეტალურად ასახავს ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპულ განმარტებას<sup>17</sup>, რომელიც მოცემულია ოჯახის ექიმთა მასწავლებლების ევროპული აკადემიის მიერ მომზადებულ საგანმანათლებლო პროგრამაში<sup>18</sup>.

17. WONCA Europe [The European Society of General Practice / Family Medicine]: The European Definition of General Practice/Family Medicine; Barcelona: WONCA, 2002

18. EURACT [European Academy of Teachers in General Practice] Education Agenda; EURACT, Leuven 2005

კერძოდ, EURACT-ის საგანმანათლებლო პროგრამაში აღწერილია ევროპაში ზოგადი პრაქტიკის ნარმოებისათვის აუცილებელად მიჩნეული ძირითადი კომპეტენციები. კურიკულუმი ისეა შედგენილი, რომ მოიცავს ზემოაღნიშნული დოკუმენტით გათვალისწინებულ ყველა ძირითად საკითხს და დაავადებებს იმ ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და მიდგომების ჩვენებით, რაც შესაძლებლობას მისცემს პრაქტიკოს 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, რაც „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობის აღწერილობაშია მოცემული და რაც მისი, როგორც ოჯახის ექიმის პროფესიულ კომპეტენციას შეადგენს. თვით პროგრამის შინაარსი წარმოდგენილია 115 ნაბეჭდ გვერდზე. პროგრამის განხორციელება უნდა მიმდინარეობდეს საუნივერსიტეტო კლინიკებსა და იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთაც მიღებული აქვთ აკრედიტაცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით<sup>19</sup>.

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:

19. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის №ბრძანება შესაბამისად) „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვისა და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ბრძანების შესაბამისად)

სავალდებულო მოდულებიდან (სულ 15 თვე) სპეციალობის მაძიებელმა უნდა გაიაროს:

- ა) შინაგანი მედიცინა<sup>20</sup> – 4 თვე;
- ბ) გადაუდებელი მედიცინა და ტრავმა<sup>21</sup> – 3 თვე;
- გ) ბავშვთა ჯანმრთელობა<sup>22</sup> – 3 თვე;
- დ) ქალთა ჯანმრთელობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები<sup>23</sup> – 3 თვე;
- ე) ფსიქიკური ჯანმრთელობა<sup>24</sup> – 2 თვე.

რაც შეეხება შერჩევით (ელექტიური) 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);

- 
- 20. 1 მოდულის (“შინაგანი მედიცინა”) მიზანია: შინაგანი მედიცინის სფეროს ფარგლებში არსებული ჯანმრთელობის გავრცელებული მწვავე და ქრონიკული პრობლემების პრევენცია, ამოცნობა და მართვა.
  - 21. 2 მოდულის (“გადაუდებელი მედიცინა და ტრავმა”) მიზანია: სპეციალობის მაძიებელმა გამოიმუშაოს გადაუდებელი მდგომარეობების, მათ შორის ტრავმის, ამოცნობის, შეფასებისა და მართვის ჩვევები პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე; აგრეთვე, აითვისოს გადაუდებელი მდგომარეობების პრევენციის ეფექტური მეთოდები.
  - 22. 3 მოდულის (“ბავშვთა ჯანმრთელობა (პედიატრია)”) მიზანია, სპეციალობის მაძიებელმა გამოიმუშაოს ბავშვთა ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის უნარი (განვითარების შეფასება, დაავადებათა პრევენცია, ჯანმრთელობის მწვავე და ქრონიკული პრობლემების მართვა), ბავშვის განვითარების ყველა ეტაპზე.
  - 23. 4 მოდულის (“ქალთა ჯანმრთელობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები”) მიზანია სპეციალობის მაძიებელმა გამოიმუშაოს ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის უნარი, ნორმალური ორსულობის წარმართვის და სქესობრივად გადამდები დაავადებების ამოცნობისა და მართვის ჩათვლით.
  - 24. 5 მოდულის (“ფსიქიკური ჯანმრთელობა”) მიზანია სპეციალობის მაძიებელმა გამოიმუშაოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აღმოცენებული პრობლემების დროულად ამოცნობის და პირველადი შეფასების, დროული და ადეკვატური მიმართვის და ფსიქიკური დაავადებების ხანგრძლივი მართვის ჩვევები ფსიქიატრთან მჭიდრო თანამშრომლობის გზით.

- 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 წარმოადგენს იმ მინიმალურ პერიოდს, რომელიც საქართველოში სტანდარტად არის დადგენილი. მზადების პროცესში ყველაზე რთულ კომპონენტს შეადგენს პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გამომუშავება, რომელთა გარეშეც ოჯახის ექიმის მუშაობა და საქმიანობა აზრს არის მოკლებული. პროგრამაში მოცემულია იმ მინიმალური სამკურნალო და სადიაგნოზო მანიპულაციების ჩამონათვალი, რომელთა შესრულებაც ოჯახის ექიმს<sup>25</sup> დამოუკიდებლად უნდა შეეძლოს.

25. 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 გამოძევება წყლის ჭავლით;
- 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;



ზემოთ აღნიშნული წარმოდგენს სპეციალობის აღწერილობას, ანუ როგორც საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ განმარტავს, ეს არის იმ საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვა-ლი, რომელთა ცოდნა და ათვისება აუცილებელია ამა თუ იმ საექი-მო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმისათვის.

როგორც ჩანს, პროგრამა საკმაოდ რთული და მრავლისმომცველია. მიუხედავად ამისა, სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდი-ული დახმარების საკითხთა სამინისტროში ექიმთა გადამზადების პროცესისთვის ხელი არ შეუშლია, რომ ე.წ. „სპეციალობის მაძ-იებლები“ დაეშვათ სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე სერტიფიკატის მოსაპოვებლად.

შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმების გადამზადება „საოჯახო მედიცინის“ პროგრამით, არ შეესაბამება ქვეყანაში არსებულ სტანდარტს (საო-ჯახო მედიცინის დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების დამტკიცებულ პროგრამა). 3 წლიანი პერიოდის ნაცვლად, ექიმების გადამზადება ხდება 7 თვეში. გადამზადების დროს ექიმები არ გა-დიან 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 შესა-

- 
- ბ) სწორი ნაწლავის და წინამდებარე ჯირკვლის გასინჯვა თითოთ;
  - უ) ამოვარდნილობის კორექცია;
  - ფ) სატრანსპორტო იმობილიზაცია კიდურების ძვლებისა და ხერხემლის მოტეხილობს შემთხვევაში;
  - ქ) ნაცხის აღება ბაქტერიოლოგიური და ციტოლოგიური გამოკვლევები-სათვის;
  - ღ) პარაცენტეზი, პლევრის პუნქცია, დაჭიმული პნევმოთორაქსის გადაყვანა ღია პნევმოთორაქსში.

ძლებელია 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 არა მარტო სასჯელაღსრულების სისტემის პაციენტებს, არამედ, ზოგადად საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობას 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, უზეშადაა იგნორირებული კანონით გათვალისწინებული ძირითადი პრინციპი, რისთვისაც საერთოდ შემოღებულია 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 კანონს „საექიმო საქმიანობის შეს-

ახებ“. 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 ექიმისპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გაცემის ერთ-ერთი მთავარი საფუძველია, შესაბამის საექიმო სპეციალობაში დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის (სარეზიდენტო ან რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების)) პროგრამის გავლა და ასევე სახელმწიფო სერტიფიკატის მაძიებლის მიერ შესაბამის 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 წარმოადგენდა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 28-ე მუხლის უხეშ დარღვევას, რომლის მიხედვითაც, „სახელმწიფო სერტიფიკატის მისაღებად სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაიშვება პირი, რომელსაც (...) გავლილი აქვს დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსი შესაბამის საექიმო სპეციალობაში“. საქართველოს კანონმდებლობა დიპლომისშემდგომი განათლების მხოლოდ და მხოლოდ 2 შესაძლო ფორმას იცნობს. ესენია: რეზიდენტურა და რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლება (პროფესიული მზადება). რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლება (პროფესიული მზადება) გულისხმობს სარეზიდენტო პროგრამის ყველა მოდულის გავლას ცალკეული მოდულისა და

მთლიანად პროგრამის ხანგრძლივობის ზუსტად განსაზღვრის გარეშე. ამასთანავე, რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მაქსიმალური ჯამური ვადა, არ უნდა იყოს შესაბამის სპეციალობაში სარეზიდენტო პროგრამის ხანგრძლივობაზე ნაკლები და არ უნდა აღემატებოდეს მას 2-ჯერ. ამასთან, დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა შესაძლებელია მხოლოდ სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით აკრედიტებულ სამედიცინო დაწესებულებებში ან/და სასწავლებლებში. დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ 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 რუსთავის N6 სასჯელაღსრულების დაწესებულებები არ არის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ აკრედიტირებული საგანმანათლებლო დაწესებულებები, შესაბამისად, ამ დაწესებულებაში გავლილი თუნდაც 2 კვირიანი პრაქტიკული პერიოდი, საეჭვოა, რომ შეესაბამებოდეს საგანმანათლებლო პროგრამას ან გარკვეული 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 შესაბამის საექიმო სპეციალობაში უნდა გაიაროს დიპლომისშემდგომი 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 შესაბამის საექიმო სპეციალობაში უნდა გაიაროს დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) დადგენილი კურსის ნაწილი. მის მოცულობასა და ხანგრძლივობას, ექიმთა პროფესიულ ასოციაციებთან ერთად, განსაზღვრავს პროფესიული განვითარების საბჭო. აქედან გამომდინარე, „ოჯახის ექიმის“ დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამის ანალიზი საფუძველს გვაძლევს, გავაკეთოთ დასკვნა, რომ საოჯახო მედიცინა შესაძლებელია ჩაითვალოს სპეციალობა „შინაგანი მედიცინის“ მომიჯნავედ. პენიტენციური 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 იქნა შეტანილი „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 წარმოადგენენ საოჯახო მედიცინის მომიჯნავე სპეციალობებს და „საოჯახო მედიცინაში“ სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირების ამ სპეციალობებში მზადება უნდა განხორციელდეს დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების)/ სარეზიდენტო პროგრამის გავლის გზით“. აღნიშნული ცვლილება პრაქტიკულად ნიშნავს, რომ „საოჯახო მედიცინა“ გახდა იმგვარი სპეციალობების მომიჯნავე, როგორებიცაა ქირურგია, კარდიოქირურგია, ორთოპედია-ტრავმატოლოგია, ნეიროქირურგია, ოტორინოლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია და ასე შემდეგ. აღნიშნულის შესაძლებლობას კი ცალსახად გამორიცხავს 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 ექიმის“ და ზემოთ ჩამოთვლილი სპეციალობების (ქირურგია, კარდიოქირურგია, ორთოპედია-ტრავმატოლოგია, ნეიროქირურგია, ოტორინოლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია და სხვ.) საგანმანათლებლო პროგრამა და პროფესიული საქმიანობის ხასიათი არა თუ ესადაგება, არამედ კარდინალურად განსხვავებულია ერთმანეთისაგან, შესაბამისად, შეგვიძლია გავაკეთოთ დასკვნა, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 20 აპრილის №01-17/6 ბრძანებით განმტკიცებული ცვლილებები, პოტენციურად საფრთხ-

ის შემცველია და ნეგატიურად აისახება პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

**რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:** გადაიხედოს ე.წ. „ოჯახის ექიმად გადამზადების“ არსებული პოლიტიკა და შესაბამისობაში იქნას მოყვანილი საქართველოს მოქმედ კანონმდებლობასთან.

**რეკომენდაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:** ძალადაკარგულად ჩაითვალოს ჯანდაცვის მინისტრის 2010 წლის 20 აპრილის ბრძანების ის ნაწილი, რომლითაც ცვლილება შევიდა 2007 წლის 18 აპრილის 136/ნ ბრძანებაში, რითაც დაუსაბუთებლად გაფართოვდა სპეციალობა „საოჯახო მედიცინის“ მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა ჩამონათვალი. აღნიშნულ საკითხზე დაუყოვნებლივ დაიწყოს კონსულტაციები ექიმთა პროფესიულ ასოციაციებთან, ისე, როგორც ამას ცალსახად მოითხოვს საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

## ტუბერკულოზის პრობლემა პენიტენციურ სისტემაში

ტუბერკულოზის პრობლემა მეტად მწვავე და აქტუალურია არამარტო საქართველოს, არამედ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების პენიტენციური სისტემებისათვის. რეგიონში, ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სურათი 1990 – იანი 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.<sup>26</sup> 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 სტრატეგია მეორეხარისხოვნად განიხილება დაწესებულების რეჟიმსა და უსაფრთხოების ინტერესებთან მიმართებაში, რის გა-

26. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/facts-and-figures>



მოც 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, პაციმართა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი ფაქტორი სწორედ აღნიშნული დაავადება, კერძოდ კი – მისი შორსნასული ფორმები. 2010 წელს, საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში გარდაცვლილი 142 პირიდან ტუბერკულოზით ინფიცირებული იყო 49.3%, ანუ, ყოველი მეორე გარდაცვლილი პაციმარი. მიუხედავად სისტემაში გატარებული ანტიტუბერკულოზური ღონისძიებებისა და მთელი რიგი ძალისხმევისა, პრობლემა არა თუ მცირდება, არამედ უფრო ძლიერდება. 2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილი 77 პაციმრიდან ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა 54.5%; ანუ, 2010 წლის მაჩვენებელთან შედარებით, 5%-იანი მატება აღინიშნება. აღსანიშნავია ისიც, რომ 2011 წლის პირველ 6 თვეში გარდაცვლილი პაციმრებიდან, ტუბერკულოზი სიკვდილის უშუალო მიზეზად დაახლოებით 43%-ში იქნა დადასტურებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებით. როგორც ჩანს, მდგომარეობა კვლავ საკმაოდ კრიტიკული და შემაშფოთებელია. რაც შეეხება ტუბერკულოზით ავადობის პრობლემას პენიტენციურ სისტემაში, უნდა აღინიშნოს, რომ 2011 წლის პირველ ნახევარში გამოვლენილია დაავადების 924 ახალი შემთხვევა, რაც, ასევე საკმაოდ

მაღალი მაჩვენებელია. ეს იმას ნიშნავს, რომ გამოვლენილი შემთხვევების მხედველობაში მიღებით, ახლად აღმოჩენილი ტუბერკულოზური ინფექცია, საქართველოს პენიტენციური სისტემის მოსახლეობის დაახლოებით 4%-ს დაუდასტურდა.

ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელების, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის ძირითადი სტატისტიკური დეტალები წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში, რომელიც 2011 წლის პირველი ნახევრის მდგომარეობას ასახავს:

| №      | დანესებულების დასახელება | ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის ინფრასტრუქტ |        | გამოკვლ. რაოდენობა | სკრინინგი | ნახევლის ანალიზი | ახლად გამოვლენილ მულტირეზისტენტობა | მკურნალობის კურსში ახლად ჩართულთა რაოდენობა | DOTS | DOTS+ | N19 დანეს. გადაყვანა |
|--------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------|--------------------|-----------|------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|------|-------|----------------------|
|        |                          | საკნები                                           | ადგილი |                    |           |                  |                                    |                                             |      |       |                      |
| 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 რუსთვი                | 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 რუსთვი               | 0                                                 | 0      | 593                | 613       | 671              | 58                                 | 2                                           | 103  | 2     | 98                   |
| 16     | №17 რუსთავი              | 2                                                 | 70     | 3864               | 338       | 400              | 130                                | 0                                           | 29   | 0     | 150                  |
| 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                  |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ამჟამინდელი მდგომარეობით, პენიტენციურ სისტემაში, სპეციფიკური ინფრასტრუქტურა ტუბერკუ-

ლოზით დაავადებულთა სამკურნალოდ, ყველა დაწესებულებაში შექმნილი არ არის; ზოგიერთ დაწესებულებაში კი, მას ფორმალური ხასიათი აქვს. დაწესებულებათა უმრავლესობაში, ტუბერკულოზით დაავადებულები რომელიმე საკანში გადაჰყავთ იზოლაციის მიზნით. მხოლოდ დაწესებულებათა ნაწილს აქვს სამედიცინო ნაწილში ცალკე მოწყობილი ტუბერკულოზით დაავადებულთა სექცია (მაგალითად, ქუთაისის N2 დაწესებულება, რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულება). რაც შეეხება N19 დაწესებულებას, ანუ ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, აქ პაციენტები განთავსებულნი არიან 2 კორპუსში, სადაც მულტირეზისტენტული ფორმით დაავადებულები წარმოდგენილნი არიან 95 ადგილიან ცალკე განყოფილებაში, სენსიბილიზებული პაციენტები კი – ცალკე 460 ადგილიან განყოფილებაში. ორივე განყოფილების საწოლთა ჯამური რაოდენობა აღემატება მთლიანად დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულთა ლიმიტს. მიუხედავად ამისა, ამას პრაქტიკული მნიშვნელობა მაინც არ აქვს, ვინაიდან დაწესებულება 50%-იან გადატვირთულობაზე მაღალი მაჩვენებლით მუშაობს.

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში (N18), ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები თავსდებიან ინფექციურ განყოფილებაში, რომელიც 40 საწოლზეა გათვლილი. მიუხედავად იმისა, რომ ორმოცივე საწოლი, რა თქმა უნდა, ტუბერკულოზით დაავადებულთათვის არ არის გამოყოფილი, პაციენტთა უმრავლესობა აქ, სწორედ ტუბერკულოზითაა დაავადებული. მეორე ადგილზე, სიხშირის მიხედვით, განყოფილებაში ათავსებენ ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულ პაციენტებს.

რუსთავის ქალთა მე-5 დაწესებულებაში ტუბერკულოზით დაავადებულთა სექცია სამედიცინო ნაწილისგან იზოლირებულია, რაც საკმაოდ დადებით როლს თამაშობს დაავადებულთა მკურნალობისა და მოვლის თვალსაზრისით. მსგავსი მიდგომით ხდება ტუბერკულოზ-

ით 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 პატიმარია განთავსებული. საკნებში პატიმრები განთავსებულნი არიან იმის მიხედვით, რომელი ფორმა (მგბ-/მგბ+) აქვთ მათ. დაწესებულებათა ნაწილში (მაგალითად, თბილისის N1, ქუთაისის N2, რუსთავის N16, რუსთავის N17) ამგვარ ინფრასტრუქტურაში განთავსებულნი არიან ისეთი პატიმრები, რომლებიც დააბრუნეს ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულებიდან და სასჯელის მოხდის ძირითად ადგილზე ასრულებენ მკურნალობის მე-2 ფაზას. ქსნის 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 განმავლობაში, სკრინინგში ჩართული იყო 14.803 თავისუფლება აღკვეთილი პირი. რაც შეეხება საეჭვო შემთხვევათა გამოკვლევას, სულ, ამავე პერიოდში, გამოკვლევა ჩატარდა 11 ათასზე მეტ პატიმარს. მათ შორის, ნახველის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ჩატარდა 10.522 შემთხვევაში. სკრინინგისა და სხვა ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად, სულ გამოვლენილ იქნა ტუბერკულოზის 924 შემთხვევა. ანტიტუბერკულოზური საშუალებების მიმართ რეზისტენტული შტამი გამოვლინდა 113 პაციენტში. აღნიშნულის საფუძველზე, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში (N19), სულ, 6 თვის

განმავლობაში, გაიგზავნა 827 პაციენტი. თავად N19 დაწესებულებაში მოპოვებული ინფორმაციის შესაბამისად, საანგარიშო პერიოდში დაწესებულებაში მოთავსდა 859 და გაენერა 787 პაციენტი. ამავე დაწესებულებაში DOTS პროგრამის მედიკამენტების უზრუნველსაყოფად 6 თვის განმავლობაში გაიხარჯა 23.745 ლარი, DOTS+ პროგრამის მედიკამენტებისათვის კი - 11.981 ლარის ოდენობის თანხა. მთელი საქართველოს მასშტაბით, ყველა იმ დაწესებულებაში, სადაც DOTS პროგრამა მიმდინარეობს, სულ ჩართული იყო 822 მსჯავდებული და ბრალდებული, DOTS+ პროგრამაში კი - 113 პირი. მონიტორინგის შედეგად ნანახი იქნა, რომ DOTS პროგრამა მიმდინარეობს საქართველოს პენიტენციური სისტემის 13 დაწესებულებაში, DOTS+ პროგრამაში კი, გარდა N19 დაწესებულებისა, პაციენტები ასევე მკურნალობენ, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში, ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში (1 პირი), რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებასა (4 ქალი) და რუსთავის N16 დაწესებულებაში (2 პირი).

სამედიცინო მონიტორინგის დაწყებამდე, 2011 წლის 8 აგვისტოს, სახალხო დამცველის სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა 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, მოთხოვნილ იქნა იმ ექიმთა სია, რომლებიც მივლინებულნი არიან სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის სტრატეგიის ფარგლებში; რა სახის და რა მოცულობის დახმარებას უწევენ აღნიშნული პირები პენიტენციურ სისტემას და რაში მდგომარეობს თანამშრომლობის აღნიშნული ასპექტები. 2011 წლის 18 აგვისტოს, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრიდან შემოსული საპასუხო წერილის (N1851/01-17) მიხედვით ირკვევა, რომ 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში, სტაციონარში პენიტენ-

ციური სისტემიდან სულ გადმოყვანილ იქნა 21 პაციენტი. აქედან 11 შემთხვევაში პაციენტი გარდაიცვალა, 4 შემთხვევაში ჩატარდა ოპერაციული მკურნალობა და მდგომარეობა გაუმჯობესდა. კიდევ ერთ შემთხვევაში, კონსერვარიული მკურნალობის ფონზე, მიღწეულ იქნა დადებითი დინამიკა, 4 შემთხვევაში მდგომარეობა უცვლელი დარჩა, 1 შემთხვევაში კი, მდგომარეობა თავდაპირველად გაუმჯობესდა, მოგვიანებით კი, 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 მათ მოვალეობას წარმოადგენს, 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 დაწესებულებებში, ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის ფარგლებში, სპეციალურად ტრენინგებული ექთნების მიერ ხორციელდება რუტინული სკრინინგი, 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 საინჟინრო და ადმინისტრაციული ღონისძიებების

დაცვის გათვალისწინებით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს პაციმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის სისტემას, 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, სასჯელაღსრულების დაწესებულებები უზრუნველყოს ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენისათვის სკრინინგისა და შესაბამისი დიაგნოსტიკური კვლევების სრულად განსახორციელებლად, ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი დამატებითი კომპონენტის ფარგლებში.

მემორანდუმის გაფორმებიდან დაახლოებით 1 თვის შემდეგ, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მივლინებულ იქნენ, ტუბერკულოზის სკრინინგისა და კონტროლის სფეროში შესაბამისად მომზადებული ექთნები. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ, ადგილზე შესწავლილ იქნა აღნიშნული პერსონალის საქმიანობის ძირითადი ასპექტები. მათი რაოდენობა და განაწილება დაწესებულებების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

| № | დაწესებულების დასახელება | ტეპ-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          | 2                                     | ივნისიდან     |
| 6 | №6 დაწესებულება          | 2                                     |               |
| 7 | №7 დაწესებულება          | 0                                     | არ მიუვლენიათ |

|        |                  |    |               |
|--------|------------------|----|---------------|
| 8      | №8 დაწესებულება  | 3  | იენისიდან     |
| 9      | №9 დაწესებულება  | 1  |               |
| 10     | №11 დაწესებულება | 1  |               |
| 11     | №12 დაწესებულება | 1  | მაისიდან      |
| 12     | №13 დაწესებულება | 0  | არ მოუვლენიათ |
| 13     | №14 დაწესებულება | 2  | იენისიდან     |
| 14     | №15 დაწესებულება | 2  |               |
| 15     | №16 დაწესებულება | 2  | იენისიდან     |
| 16     | №17 დაწესებულება | 3  | მაისიდან      |
| 17     | №18 დაწესებულება | 0  | არ მოუვლენიათ |
| 18     | №19 დაწესებულება | 0  | არ მოუვლენიათ |
| ს უ ლ: |                  | 25 |               |

მაგალითად, ქალთა N5 დაწესებულებაში, ექთნები იღებენ ნახველსა და ატარებენ ტუბერკულოზურ სკრინინგს. რაც შეეხება მკურნალობას, ეს უკანასკნელი, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის კომპეტენციას წარმოადგენს და ექთნები მასში არ ერევიან. რუსთავის N6 დაწესებულებაში ტუბერკულოზის ექთნების ძირითადი ფუნქცია, ასევე სკრინინგის ჩატარებაა. ადგილობრივი მთავარი ექიმის მიერ მონოდებული ინფორმაციით, 1 ექთანი მუდმივად იმყოფება N6 დაწესებულების კარანტინში, სადაც მის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს ყველა ახლადშემოსული პაციმრისთვის სკრინინგის ჩატარება. თბილისის N8 დაწესებულების მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ აღნიშნული თანამშრომლობის ფარგლებში, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის ექთნების დანიშვნამ გაზარდა ახლადშემოსულ პაციმართა შორის ტუბერკულოზური ინფექციის გამოვლენის სტატისტიკა. N1 დაწესებულებაში აღნიშნეს, რომ ექთნები ატარებენ სკრინინგს, ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის მასალის აღებას, რომელიც მიმდინარეობს ახლადშემოსული ყველა პაციმრის მიმართ. პერიოდულად ტარდება მასიური სკრინინგიც. ამ ფონზე, ექთნების მუშაობის დაწყების საწყის ეტაპზე მოხდა ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენის მატება, მოგვიანებით კი, გამოვლენის ინდიკატორი სტაბილური გახდა. რაც შეეხება მკურნალობას, ამაზე ექთნები არ არიან პასუხისმგებელნი. აღნიშ-



ნული საკითხი ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის კომპეტენციას განეკუთვნება. არასრულწლოვანთა N11 სპეციალურ დაწესებულებაში განაცხადეს, რომ მასიური სკრინინგი ისედაც ტარდებოდა. ასე რომ, გამოვლენების რიცხვი რაც წარსულში იყო, იგივე დარჩა – ჩატარდა 150 პირზე. აღნიშნულის შედეგად გამოიკვეთა რამდენიმე საეჭვო შემთხვევა, თუმცა შემდგომი კვლევით, ტუბერკულოზი არასრულწლოვანებს არ დაუდგინდათ. რუსთავის N16 დაწესებულებაში განაცხადეს, რომ გარდა N18 და N19 დაწესებულებიდან გადმოყვანილი პაციმრებისა, ყველა დანარჩენს სავალდებულო წესით უტარდება სკრინინგი. თბილისის N12 დაწესებულების მთავარი ექიმი აღნიშნავს, რომ ტუბერკულოზის ექთნების შემოსვლის შემდეგ ჩატარებულ იქნა მასიური სკრინინგი. ასევე შეუფერხებლად მიმდინარეობს ახლად შემოსულ პირთა საყოველთაო სკრინინგი და დიაგნოსტიკა. ამგვარად, ზოგადი ტენდენციებისა და შედეგების გათვალისწინებით, ტუბერკულოზის ექთნების შემოსვლას სასჯელალსრულების დაწესებულებებში კმაყოფილებით ხვდებიან ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები. ექთნების საქმიანობის შედეგად, მათ მკვეთრად შეუმსუბუქდათ საქმიანობა და ისედაც ზენორმული დატვირთვა. სახალხო დამცველი მიესალმება აღნიშნულ ინიციატივას და იმედს გამოთქვამს, რომ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის მეთოდები და პროგრამები კიდევ უფრო გააქტიურდება და მრავალსიმომცველი გახდება.

## **რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:**

- შეწყდეს დახურული ტიპის დაწესებულებებში ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა ე.წ. „მკურნალობის“ ან „მეორე ფაზის დასრულების“ პრაქტიკა. დაავადებული და მკურნალობის პროცესში მყოფი პირები გადაყვანილ იქნან მხოლოდ ისეთი ტიპის დაწესებულებაში, სადაც შექმნილია ყველა საჭირო პირობა (და არა

მხოლოდ მედიკამენტების მიწოდებისა) დაავადების სრულფასოვანი მკურნალობისა და რეაბილიტაციისათვის.

- დეტალურად იქნას შესწავლილი ტუბერკულოზით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა. ასევე ის ფაქტორები, რომლებიც ამძიმებს ამ მაჩვენებლებს ან პირიქით, ხელს უწყობს ანტიტუბერკულოზური ღონისძიებების ეფექტურ გატარებას. მხოლოდ ამის შემდეგ მოხდეს ტუბერკულოზთან ბრძოლის სტრატეგიისა და გეგმის შემუშავება. აღნიშნულ განხილვაში მაქსიმალურად იქნას ჩართული როგორც სპეციალისტები, ისევე ამ სფეროში მომუშავე ორგანიზაციები და კერძო პირები. ინფორმაცია არსებული მდგომარეობის შესახებ გახდეს საჯარო და გამჭვირვალე, რათა დაწესდეს აქტიური საზოგადოებრივი კონტროლი პრობლემაზე.

## პანიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურა

---

პატიმრობის კოდექსის მიხედვით, „ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ქვეყანაში დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნების შესაბამისად“. ამასთან, კანონის 121-ე მუხლი ითვალისწინებს ყველა პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, საექიმო-სამედიცინო პუნქტის შექმნას. ამ დროს, თუ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის მკურნალობა არ შეიძლება განხორციელდეს პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტში, იგი შეიძლება გადაყვანილი იქნას დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში არსებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ან საერთო პროფილის საავადმყოფოში. კანონში არსებული ზემოთ დასახელებული მუხლები წარმოადგენს იმის საფუძველს, რომ საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში არსებობდეს სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, საექიმო-სამედიცინო პუნქტებისა და ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებების სახით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პატიმრობის კოდექსის მოქმედებამდე არსებული საქართველოს კანონი „პატიმრობის შესახებ“, გაცილებით უფრო დეტალურად და გარკვევით არეგულირებდა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ორგანიზაციის საკითხებს, რაც ახალ კანონში ღიადაა დარჩენილი. ამ მხრივ, აღნიშნული, ქართულ კანონმდებლობაში პროგრესულ ნაბიჯად ვერ ჩაითვლება.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ სასჯელაღსრულების სისტემაში ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად დადგინდა,

რომ სისტემაში ამჟამად მოქმედებს ორი სამკურნალო დაწესებულება (N18 და N19), სამედიცინო პუნქტები კი, ფუნქციონირებს სასჯელაღსრულების ყველა დანარჩენ დაწესებულებაში. ეს უკანასკნელნი, დაწესებულებაში მყოფ 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 იქნას დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში არსებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა 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 შექმნილი. სანამ აღნიშნულ საკითხს შევცებოდეთ, წარმოვადგენთ ამბულატორული და სტაციონარული მომსახურების განევის შესაძლებლობებს სასჯელაღსრულების სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებში, რომლებიც მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

| დაწესებულების დასახელება | სამედიცინო მომსახურების ტიპები |              | საექიმო-სამედიცინო პუნქტი |                   |
|--------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------------|-------------------|
|                          | ამბულატორული                   | სტაციონარული | პალატების რაოდენობა       | საწოლთა რაოდენობა |
| №1 დაწესებულება          | +                              | +            | 5                         | 25                |
| №2 დაწესებულება          | +                              | +            | 7                         | 30                |
| №3 დაწესებულება          | +                              | +            | 3                         | 16                |
| №4 დაწესებულება          | +                              | +            | 2                         | 8                 |
| №5 დაწესებულება          | +                              | +            | 16                        | 60                |

|                  |           |           |            |             |
|------------------|-----------|-----------|------------|-------------|
| №6 დაწესებულება  | +         | +         | 9          | 24          |
| №7 დაწესებულება  | +         | -         | 0          | 0           |
| №8 დაწესებულება  | +         | -         | 0          | 0           |
| №9 დაწესებულება  | +         | +         | 3          | 12          |
| №11 დაწესებულება | +         | -         | 0          | 0           |
| №12 დაწესებულება | +         | +         | 2          | 9           |
| №13 დაწესებულება | +         | +         | 6          | 24          |
| №14 დაწესებულება | +         | +         | 8          | 40          |
| №15 დაწესებულება | +         | +         | 8          | 57          |
| №16 დაწესებულება | +         | +         | 5          | 25          |
| №17 დაწესებულება | +         | +         | 3          | 30          |
| №18 დაწესებულება | +         | +         | 48         | 180         |
| №19 დაწესებულება | +         | +         | 34         | 540         |
| <b>ს უ ლ:</b>    | <b>18</b> | <b>15</b> | <b>159</b> | <b>1080</b> |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ამბულატორული დახმარების ხელმისაწვდომობა დღეისათვის მოქმედ თერამეტივე დაწესებულებაშია შესაძლებელი, რაც შეეხება სტაციონარულ დახმარებას კი - მხოლოდ 15-ში. სტაციონარული კომპონენტი არ არის გათვალისწინებული თბილისის N8, თბილისის N7 და არასრულწლოვანთა N11 დაწესებულებებში. სამედიცინო მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ, დღეისათვის, გარდა სასჯელაღსრულების სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებისა, სხვა სასჯელის მოხდის ადგილებში მონყობილია 79 ე.წ. „პალატა-საკანი“, რომლებშიც ხდება სტაციონარული მომსახურების განევა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთათვის. რაც შეეხება საწოლთა რაოდენობებს, იმავე დაწესებულებებში გათვალისწინებულია სულ 360 საწოლი. რაც შეეხება ხსენებულ „პალატა-საკნებს“, რომლებიც სამედიცინო ნაწილის დაქვემდებარებაშია და მის ინფრასრუქტურას ქმნის, ისინი წარმოადგენს ჩვეულებრივ საპატიმრო საკნებს, რომლებშიც განსაკუთრებული პირობები დაავადებული მსჯავრდებულის ან ბრალდებულის მკურნალობისა და მოვლისათვის არ არსებობს. იგივეა განათების, ვენტილაციისა და სხვა სახის სტანდარტებიც. აქ განთავსებულ მსჯავრდებულებს სხვებისგან ის უპირატესობა აქვთ, რომ ისინი მუდმივად იმყოფე-

ბიან სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ და ექიმთან ხელმისაწვდომობა უფრო ხანმოკლე დროშია შესაძლებელი. ამ საკნებში პაციენტთა საშუალო რაოდენობა შეადგენს 5-ს. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ დაწესებულებაში, პაციენტთა რაოდენობა ერთ ასეთ პალატაში 10 და 15 პირსაც აჭარბებს (მაგალითად, რუსთავის N17 დაწესებულება). არსებობს უფრო მცირე საკნებიც, სადაც პაციენტებს უტარდებათ მკურნალობა. აღსანიშნავია, რომ ამ პალატა-საკნებში განთავსებული ავეჯი არ შეესაბამება სამკურნალო დაწესებულებების მოთხოვნებს. არსად გვხვდება ფუნქციური სანოლები. შეუსაბამოა, ასევე, სათავსოს იატაკის, ჭერისა და კედლების მოპირკეთების ტიპი, ვინაიდან ისინი ისეა მოწყობილი, რომ შეუძლებელია მათი იმგვარი წესით დამუშავება, როგორც ეს სამკურნალო დაწესებულების შესაბამის ოთახებში უნდა ხდებოდეს. აღსანიშნავია, რომ სველი წერტილები, სხვადასხვა დაწესებულებებში სხვადასხვა პრინციპითაა განთავსებული. შხაპი, გამონაკლისების გარდა (ქალთა N5-ისა და გეგუთის N14-ის ზოგიერთი საკანი), ყოველთვის გარეთ მდებარეობს, ტუალეტი 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 დაწესებულებები. 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 შეკრებულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

| №  | დაწესებულების დასახელება | რენტგენის აპარატურა | რენტგენოლოგიური კვლევის ორგანიზება |                                | ექოსკოპიური კვლევის ორგანიზება |                                |
|----|--------------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|    |                          |                     | Rb-ლაბორ მოსკლის სიბნირე           | ჩატარებული კვლევების რაოდენობა | ექოსკოპ. მოსკლის სიბნირე       | 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         |
|    |                  |              |          | <b>6182</b> |          | <b>3508</b> |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სულ, საანგარიშო პერიოდში, კონსულტანტთა სიარულის აღწერილი რეჟიმის ან ადგილობრივი აპარატურის გამოყენების პირობებში, ჩატარებულია 6182 რენტგენოლოგიური (შედის როგორც რენტგენოგრაფია, ისე რენტგენოსკოპია) და 3508 სონოგრაფიული კვლევა.

აღსანიშნავია, რომ ქალთა N5 და გლდანის N8 დაწესებულების აღჭურვის შემდეგ, ექოსკოპიის აპარატი ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილში მუდმივად არის.

რაც შეეხება საანგარიშო პერიოდში გამოკვეთილ ინფრასტრუქტურულ ცვლილებებს, ეს უკანასკნელი იმაში მდგომარეობს, რომ რუსთავის N6 და თბილისის N8 დაწესებულებებში მოწყობილ იქნა ე.წ. პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები, სადაც ახალი პროგრამით გადამზადებულ ოჯახის ექიმებს, სხვა პერსონალთან ერთად უწევენ მუშაობა.

რუსთავის N6 დაწესებულების 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, პაციმართა გარკვეულ რაოდენობას (რომლებიც დაიყო ჯგუფებად) შემოივლის პირველადი ჯანდაცვის ექთანი და გადაწყვეტს 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, კოსპუსებზე



მოუწყვეს ოთახები, ე.წ. პუნქტები. ამ პუნქტებში განხორციელდება პაციენტთა მიღება, მანიპულაციის ან სხვა სახის დახმარების გასანევად კი, პატიმარს ჩაიყვანენ სამედიცინო ნაწილში. ექთანი გააკონტროლებს ექიმის მიერ მიცემული დანიშნულების შესრულებას. ასეთ სიტუაციაში, სამედიცინო ნაწილი პრაქტიკულად ექიმის გარეშე რჩება, რის გამოც პირველადი ჯანდაცვის ექიმი თავად გადმოყვება პატიმარს სამედიცინო პუნქტში და თავად შეასრულებს საჭირო პროცედურას ან მანიპულაციას. რაც შეეხება ექთანს, ამ შემთხვევაში სამედიცინო ნაწილში მათ მოემსახურებათ საპროცედუროს ექთანი, რომელიც ადგილზე იქნება ბაზირებული. დღის განმავლობაში დანიშნულების შესაბამისად დარიგდება ყველა მედიკამენტი. ღამით განხორციელდება მხოლოდ ინიექციები. მთავარი ექიმის განცხადებით, მან დააყენა საკითხი ექიმის შტატის დამატებასთან დაკავშირებით, რომელიც ასევე იქნება სრულად ბაზირებული სამედიცინო ნაწილში, 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. 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. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, 2012 წლის იანვარში უნდა განხორციელდეს ამ სისტემის შეფასება. რაც შეეხება ამ მხრივ მიმდინარე რეფორმის დეტალურ გეგმას, აღნიშნულს მთავარი ექიმები ჯერ სრულად არ იცნობენ. ასევე უცნობია მათთვის, თუ როდის ან რა ფორმით მოხდება ელექტრონული ჩანაწერების შემოღება, ან რა ადამიანური და მატერიალური რესურსებით განხ-

ორციელდება ეს პროცესი. პირველადი ჯანდაცვის მოდელზე გადასვლის პილოტური პროგრამის განხორციელების დაწყების შემდეგ, დაწესებულებაში ლამის საათებში ექიმილარ მორიგეობს. მორიგეობას მხოლოდ ექთანნი ასრულებს. ასეთ შემთხვევაში, მათ მიეცათ მითითება, საჭიროების შემთხვევაში მოახდინონ სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადის გამოძახება. საქართველოს სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული მიდგომა გაუმართლებელია, ვინაიდან ექიმის საქმიანობას დაწესებულებაში ვერ ჩაანაცვლებს ექთანი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოყენება კი, 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 წესრიგში აბრუნებს ექიმთა მორიგეობის აღდგენის სავალდებულო ფორმას – 2011 წლის 9 იანვარს გარდაიცვალა 55 წლის პაციმარი ვ.ქ.. როგორც სამედიცინო ბარათში გაკეთებული ჩანაწერებით ირკვევა, გარდაცვალებამდე 2 დღით ადრე პაციენტს მიუმართავს ექიმისთვის, რა დროსაც უჩიოდა საერთო სისუსტეს, მუცლის არეში მოვლითი ხასიათის ტკივილს, გულისრევასა და პირღებინებას. „არტერიული წნევის, ტემპერატურის და პულსის მაჩვენებელი არ იპყრობს ყურადღებას. მუცელი გასინჯვით რბილია, მგრძნობიარეა მეზოგასტრიუმის არე. სუნთქვა ნორმალური, ტარდება ორივე მხარეს. პაციენტი აღნიშნავს, რომ აღნიშნული მოვლენების დაწყებას უკავშირებს 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 წევს საკნის იატაკზე, კანის საფარველი ციანოზურია, პირიდან გამოიყოფა ქაფი, პულსი პერიფერიაზე და საძილე არტერიებზე არ აღენიშნება, არტერიული წნევა არ ისინჯება, არ სუნთქავს.“ მსჯავრდებული გადაყვანილ იქნა 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. ექიმთა აზრით, დიაგნოზის სახით გამოტანილ იქნა - უცვარი სიკვდილი, გულის მწვავე უკმარისობა. გამოძახებულ იქნა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა, რომელმაც ასევე მოახდინა სიკვდილის კონსტატაცია. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, პაციენტის სიკვდილის მიზეზი გახდა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი. ასევე, დადგინდა გულის იშემიური დაავადების შორსნასული ფორმა, კორონარიტი, ფილტვების შეშუპება, პნევმონია. ექსპერტიზის დასკვნაში ჩამოთვლილი არცერთი დაავადება პაციენტის სიცოცხლის პერიოდში არსებულ ჩანაწერებში არ ფიგურირებს და არც ეჭვი ყოფილა აღნიშნულზე მიტანილი. პაციენტს არ ჩატარებია ეკგ კვლევა, სისხლში ფერმენტების განსაზღვრა და მთელი რიგი ის გამოკვლევები, რასაც 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 სამორიგოდ. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის პილოტური პროგრამა, აქაც უკვე მე-3 თვეა, რაც იწერება. კორპუსებში მონყობილ იქნა პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები შესაბამისი ავეჯით, ნწევის აპარატებით, ფონენდოსკოპებით, სიმალლის საზომებითა და სასწორებით. გარდა ამისა, სამედიცინო პუნქტს გადაეცა კარდიოგრაფი, ექოსკოპიის აპარატი, დეფიბრილატორი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, სამედიცინო სანათი, გლუკომეტრი და პირველადი სამედიცინო დახმარების ყუთები. N8 დაწესებულების მთავარი ექიმის მიერ მონოდებული ინფორმაციით, 1 და 2 კორპუსზე უკვე არსებობს პირველადი ჯანდაცვის ასეთი კაბინეტები. მოხდა პატიმართა კონტინგენტის დაყოფა და ყველა ნაწილს ჰყავს მისთვის

გამოყოფილი პირველადი ჯანდაცვის ექიმი. კადრების დეფიციტი, მთავარი ექიმის აზრით, N8 დაწესებულებაში არ არსებობს. რაც შეეხება ახლადშემოსულ პატიმრებს, მათ სამედიცინო შემომწე-  
ბაზე პასუხისმგებელი პირი მუდმივად იმყოფება კარანტინში და იგი პილოტურ პროგრამაში არ მონაწილეობს. N8 დაწესებულებაში, მთავარი ექიმის განცხადებით, 1 ექიმზე 1 ექთანი მოდის. გარდა ამისა, თუ ადრე, ექიმთან პატიმრის კონტაქტი მხოლოდ გამოდა-  
ხების გზით იყო შესაძლებელი, ახლა ხდება გეგმური შემოვლებიც. მთავარი ექიმის აზრით, აღნიშნულის შედეგად გაიზარდა დაავადე-  
ბათა გამოვლინებების რიცხვი და საქმიანობის ეფექტურობა გაუმ-  
ჯობესდა.

როგორც მონიტორინგის ჯგუფის მიერ იქნა შესწავლილი, ზემოთ აღნიშნული ორივე დაწესებულების სამედიცინო პუნქტები 2011 წლის განმავლობაში აღიჭურვა დამატებითი სამედიცინო ინვენ-  
ტარით, რაც მისასალმებელი ფაქტია. ამ მხრივ მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებაა ქალთა N5 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილშიც. აქ, სამედიცინო ნაწილს გააჩნია მთლიანად ახალი ინფრასტრუქტუ-  
რა. 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 დაკავ-  
შირებული). 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 საკონსულ-  
ტაციო ოთახი და მედპერსონალის გასახდელი. ამ სართულზე ასევე განლაგებულია ორი 4 კაციანი, ხუთი 5 კაციანი და ორი 2 კაციანი პალატა, პაციენტთა სტაციონარული მომსახურების უზრუნველ-  
საყოფად. გადაუდებელი ინტენსიური პალატა წარმოადგენს დახ-

ლოებით 17 კვადრატული მეტრის ფართობის ოთახს, რომელიც აღჭურვილია დეფიბრილატორით, ელექტოკარდიოგრაფით, კარდიომონიტორებით, ექოსკოპიის აპარატით. აქვეა განთავსებული სამედიცინო კარადა, ხელსაბანი, ნამლების მაგიდა, სამანიპულაციო მაგიდა, მედიკამენტების კარადა და შტატივი. სამანიპულაციო ოთახი 35 კვადრატული მეტრის ფართობისაა. მასში განთავსებულია 2 სამედიცინო ტახტი, კარადები, მაგიდა, სკამები, ნამლების კარადა და ბიქსები. ქირურგიული სამანიპულაციო 12 კვადრატული მეტრის ფართობისაა, სადაც განთავსებულია სამანიპულაციო მაგიდა, 2 სტერილიზატორი, განათების წყარო, სადებიზფექციო ხსნარები, იარაღების 2 მაგიდა და ექიმის მაგიდა. გინეკოლოგის ოთახში განთავსებულია გინეკოლოგიური სავარძელი, ნამლების კარადა, განათების წყარო, სამედიცინო ტახტი, მაგიდა და სკამები. აივ ინფექცია/მიდსის ოთახი მოწყობილია მე-2 სართულზე, რომელიც 2 ცალკე გადატიხრულ სათავსოს წარმოადგენს. მასში განთავსებულია მაცივარი კარადა, მაგიდა და სკამები. მთავარი ექიმის ინფორმაციით, ლაბორატორია ახალი გახსნილია და ჯერ ტესტები შემოტანილი არ აქვთ. 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 დანესებულების ტუბპალატებს, ისინი ცალკე, 1 სართულიანი შენობის სახით არის იზოლირებული. მასში განთავსებულია ნამლების 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. შენობაში არის ასევე დერეფანი, რომელშიც 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 დამატა პირველადი ჯანდაცვის ყუთები. სხვა მხრივ, წვრილმანი სამედიცინო ინვენტარის გარდა, მათი მარაგი არაფრით შევსებულია.

რაც შეეხება პენიტენციური სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებს, მათი ინფრასტრუქტურის, განვითარებისა და შესაძლებლობების შესახებ ინფორმაციის მოსაპოვებლად, პრევენციის ეროვნულმა მექანიზმმა საკმაოდ მოცულობითი სამუშაო ჩაატარა. უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის №97 ბრძანებით, დამტკიცებულ იქნა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების (დანართი N4) და ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების (დანართი N5) ახალი დებულებები, რამაც პრაქტიკულად ჩაანაცვლა ადრე მოქმედი ე.წ. დროებითი დებულებები.

N4 დანართის შესაბამისად, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება არის სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში არსებული სამკურნალო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებების ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა გადაუდებელ და გეგმურ სამედიცინო მომსახურებას. დებულების მიხედვით, N18 დაწესებულების საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლებია საქართველოს კონსტიტუცია, პატიმრობის კოდექსი, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი და სხვა შესაბამისი ნორმატიული აქტები. სამკურნალო დაწესებულების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზით (ძირითადი საშუალებებით) და კვების პროდუქტებით მომარაგე-

ბას უზრუნველყოფს სასჯელალსრულების დეპარტამენტი, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზით კი (არაძირითადი საშუალებებით), მედიკამენტებით, სამკურნალწამლო საშუალებებითა და სამედიცინო პერსონალით – საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო. გარდა ჯანდაცვითი და სამედიცინო მომსახურების ინტერესებიდან გამომდინარე ფუნქციებისა, სამკურნალო დაწესებულება ვალდებულია გაატაროს ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამართლებრივი რეჟიმის დაცვისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. აღსანიშნავია, რომ სამკურნალო დაწესებულების ხელმძღვანელ პირებად, დებულების მიხედვით, განიხილება სამკურნალო დაწესებულების დირექტორი (თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს დეპარტამენტის თავმჯდომარე, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრთან შეთანხმებით) და მისი მოადგილეები, თუმცა იქვე ნათქვამია, რომ ხელმძღვანელებად განიხილებიან „აგრეთვე მთავარი ექიმი (თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს მინისტრი სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსის წარდგინებით) და მთავარი ექიმის მოადგილე“. დებულების მიხედვით, დაწესებულების მთავარ ექიმს ევალება გაუწიოს მეთოდური მეთვალყურეობა და სისტემატურად მიაწოდოს ინფორმაცია პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტის თანამშრომლებს, დაავადებათა მკურნალობის, პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდების, შესაბამისი ორგანოების მიერ შემუშავებული მეთოდური წერილებისა და რეკომენდაციების შესახებ. ასევე უზრუნველყოს მათთან კავშირის არსებობა. სამკურნალო დაწესებულებას გააჩნია ადმინისტრაციული და სამედიცინო ნაწილი. რაც შეეხება სამედიცინო ნაწილს, ამ უკანასკნელის სტრუქტურული ერთეულებია:

- ა) მიმღები განყოფილება;
- ბ) თერაპიული განყოფილება;
- გ) ინფექციური განყოფილება;

- დ) ფსიქიატრიული განყოფილება;
- ე) ქირურგიული განყოფილება;
- ვ) ანესთეზია-რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილება;
- ზ) სტომატოლოგიური კაბინეტი;
- თ) ექოსკოპიური კაბინეტი;
- ი) რენტგენის კაბინეტი;
- კ) ლაბორატორია;
- ლ) აფთიაქი;
- მ) ენდოსკოპიური კაბინეტი.

სამედიცინო ნაწილის ძირითადი ამოცანაა, ბრალდებულთათვის/მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, სამკურნალო დაწესებულების სამედიცინო კონტროლისა და საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა უფლება/მოვალეობების განხორციელება. დებულების მიხედვით, სამკურნალო დაწესებულება ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯზე, დეპარტამენტისა და სამინისტროს ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ასიგნებების ფარგლებში.

N18 დაწესებულების დებულებაში ჩადებულია მუხლი, რომელიც არ შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო მომსახურების პრინციპს. კერძოდ, 33-ე მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, „თუ ბრალდებული/მსჯავრდებული განზრახ უხეშად არღვევს სამკურნალო დაწესებულების დებულებას, დღის განრიგსა ან/და სამკურნალო რეჟიმს, სამკურნალო დაწესებულების დირექტორი უფლებამოსილია, მთავარი ექიმის წარდგინებით დააყენოს საკითხი დაწესებულებიდან ბრალდებულის/მსჯავრდებულის შესაბამის დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ, თუ კანონით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული“. ამ შემთხვევებში, დირექტორი



არ არის კომპეტენტური პირი, პაციენტის ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, რაციონალურად შეაფასოს მისი მდგომარეობა და ქმედება, რის გამოც, დებულებაში, პაციენტის საუკეთესო ინტერესი არ არის უპირატესი, გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში.

მიუხედავად იმისა, რომ დებულების დასაწყისშივე დაწესებულების საქმიანობის ერთ-ერთ ძირითად სამართლებრივ პრინციპად აღიარებულია საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, დებულება თავისი შინაარსითა და არსით შეუსაბამოა ამ კანონში გადმოცემულ დებულებებთან. განსაკუთრებით თვალშისაცემია ის, რომ დებულება არ შეესაბამება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 თავს (სამედიცინო დაწესებულება), კერძოდ მის 53-ე, 58-ე, 62-ე და 63-ე მუხლებს.

დებულებაში ცალ-ცალკეა განსაზღვრული სამკურნალო დაწესებულების ყველა განყოფილებისა და სამედიცინო პროფილის სხვა სტრუქტურული ერთეულის ფუნქციები. მე-20 მუხლი განსაზღვრავს მიმღები განყოფილების საქმიანობას. დებულებაში ნათქვამია, რომ „მიმღები განყოფილების ამოცანაა მიიღოს პაციენტები, მოახდინოს მათი პირველადი შეფასება ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და თანმხლები სამედიცინო დოკუმენტაციის საფუძველზე, დიაგნოზის მიხედვით გაანალიზოს შესაბამის განყოფილებაში. საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოს პირველადი სამედიცინო დახმარება. უზრუნველყოს ამბულატორულად შემოსულ პაციენტთა დიაგნოსტიკისათვის დაწესებულების სპეციალისტთა მიერ სათანადო კონსულტაციებისა და საჭირო გამოკვლევების ჩატარება, შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნა“. თერაპიული განყოფილების საქმიანობის წესი გადმოცემულია 21-ე მუხლში, სადაც ნათქვამია, რომ განყოფილება ახორციელებს თერაპიული პროფილის პაციენტების სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში,

უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას შესაბამისი სპეციალისტის მიერ. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების 2011 წლის პირველ ნახევარში ჩატარებული სამუშაოს ამსახველი ანგარიშის მიხედვით, საანგარიშო პერიოდში განყოფილებაში შემოსულია სულ 186 და განერილია 199 პაციენტი. ნოზოლოგიური სპექტრი შემდეგნაირად გამოიყურება:

|   |                                    |    |
|---|------------------------------------|----|
| 1 | გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები       | 53 |
| 2 | სასუნთქი სისტემის დაავადებები      | 40 |
| 3 | საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავ. | 74 |
| 4 | ნერვული სისტემის დაავადებები       | 41 |
| 5 | ენდოკრინული სისტემის დაავადებები   | 1  |
| 6 | ჰემატოლოგიური დაავადებები          | 7  |

გარდა ამისა, ჩატარებულ იქნა 1031 ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა.

დებულების 22-ე მუხლის მიხედვით განისაზღვრება ინფექციური განყოფილების საქმიანობა. დებულებაში ნათქვამია, რომ განყოფილება ახორციელებს ინფექციური პროფილის პაციენტების სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას, ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას შესაბამისი სპეციალისტის მიერ. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. ინფექციურ განყოფილებაში საანგარიშო პერიოდში განხორციელდა შემდეგი სახის დაავადებების მკურნალობა:

|   |                                   |     |
|---|-----------------------------------|-----|
| 1 | ინფექციური დაავადებები            | 115 |
| 2 | ტუბერკულოზი ახლადგამოვლენილი      | 160 |
| 3 | აივ/შიდსი ახლადგამოვლენილი        | 4   |
| 4 | ვენერული დაავადებები (ახლადგამოვ) | 15  |
| 5 | კანის დაავადებები                 | 4   |

ანგარიშში არაფერია ნათქვამი, თუ რომელ ინფექციურ დაავადებებს უმკურნალეს და არ არის გაშიფრული 115 ამგვარი დაავადების სტრუქტურა. მხოლოდ ისაა მითითებული, რომ საანგარიშო პერიოდში განყოფილებაში შემოვიდა 279 და გაენერა 254 პაციენტი. ასევე გაუგებარია, რატომ ხდება დერმატოვენეროლოგიური დაავადებების მკურნალობა ინფექციურ სტაციონარში, მაშინ, როცა დერმატოვენეროლოგია წარმოადგენს შინაგანი მედიცინის მომიჯნავე დარგს. ანგარიშის მიხედვით, ინფექციურ განყოფილებაში, საანგარიშო პერიოდში, ჩატარებულია ნახველის გამოკვლევა „ბკ“-ზე 1097 მსჯავრდებულთან მიმართებაში. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ დანერგილი DOTS პროგრამით მკურნალობაში ჩართულ იქნა 160 პაციენტი, DOTS+ პროგრამით კი განხორციელდა 12 პაციენტის მკურნალობა.

რაც შეეხება ფსიქიატრიულ განყოფილებას, დებულების 23-ე მუხლის მიხედვით, განყოფილება ახორციელებს ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტების სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას, ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა შესაბამისი სპეციალისტის მიერ კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. ანგარიშის მიხედვით, განყოფილების ნოზოლოგიური სპექტრი შემდეგნაირად გამოიყურება:

|   |                                                                        |    |
|---|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | ორგანული აშლილობანი                                                    | 17 |
| 2 | ფსიქოაქტიური ნივთიერებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი | 6  |
| 3 | შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობა                                        | 8  |
| 4 | აფექტური აშლილობა                                                      | 12 |
| 5 | ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოტროპული აშლილობანი          | 7  |
| 6 | პიროვნული და ქცევითი დარღვევები                                        | 29 |
| 7 | გონებრივი ჩამორჩენილობა                                                | 3  |
| 8 | ეპილეფსია                                                              | 1  |
| 9 | რეაქტიული ფსიქოზი                                                      | 3  |

საანგარიშო პერიოდში ფსიქიატრიულ განყოფილებაში სულ შემოვიდა 83 და გაეწერა 72 პაციენტი. აღსანიშნავია, რომ ფსიქიატრიული განყოფილება წარმოადგენს საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებულ ერთადერთ სტაციონარულ სტრუქტურას. სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში შექმნილი მძიმე პრობლემების ფონზე, რომლებიც განპირობებულია ასეულობით პაციენტით, რომლებსაც სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ესაჭიროებათ, ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში გამოყოფილი 26 საწოლი აბსოლუტურად არასაკმარისია და მოთხოვნის მინიმუმსაც ვერ აკმაყოფილებს.

ქირურგიული განყოფილების საქმიანობის წესი განსაზღვრულია დებულების 24-ე მუხლით – ქირურგიული განყოფილება ახორციელებს ქირურგიული პროფილის პაციენტების სტაციონარულ და ოპერაციულ (მცირე და დიდი) სამედიცინო მომსახურებას, ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას შესაბამისი სპეციალისტის მიერ. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. ანგარიშის მიხედვით, საანგარიშო პერიოდ-

მი ქირურგიულ განყოფილებაში სულ შემოვიდა 333 პაციენტი და გაენერა 313. განყოფილებაში ჩატარდა 143 გეგმური, 33 სასწრაფო და 32 მცირე მოცულობის ოპერაცია. სამწუხაროდ, ანგარიშში ოპერაციული აქტივობის ამსახველი ინფორმაციის სტრუქტურა არ არის წარმოდგენილი. შეუძლებელია იმის გარკვევაც, რას გულისხმობს დაწესებულების ადმინისტრაცია „მცირე ქირურგიულ ოპერაციებში“. რაც შეეხება ნოზოლოგიურ სპექტრს, იგი შემდეგნაირად გამოიყურება:

|   |                                                              |    |
|---|--------------------------------------------------------------|----|
| 1 | მწვანე ქირურგიული დაავადებები                                | 33 |
| 2 | ონკოლოგიური დაავადებები                                      | 19 |
| 3 | თვითდაზიანებები და ტრავმები                                  | 30 |
| 4 | ძვალსახსროვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები | 21 |
| 5 | შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები                            | 63 |
| 6 | გრძნობათა ორგანოების დაავადებები                             | 35 |

როგორც წარმოდგენილი ინფორმაციიდან ჩანს, სტატისტიკური ჯგუფები შერჩეულია არასწორად. ანგარიშიდან, ნოზოლოგიათა ქირურგიული სპექტრი არ ჩანს. გაურკვეველია, რა პრინციპით მკურნალობენ შემაერთებული ქსოვილის დაავადებებს ქირურგიულ სტაციონარში. ქირურგიული სტაციონარი მხოლოდ 16.4%-ით იტვირთება ქირურგიული ნოზოლოგიებით, დანარჩენ შემთხვევაში კი, იგი ასევე ემსახურება ონკოლოგიური, ორთოპედიული, ტრავმატოლოგიური, უროლოგიური, ოფთალმოლოგიური და ოტორინოლარინგოლოგიური დაავადებების მკურნალობას. აქედან გამომდინარე, შეუსაბამოა მისი სახელწოდებაც.

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების „ანესთეზია-რეანიმაციის და ინტენსიური თერაპიის განყოფილების“ საქმიანობა რეგლამენტირებულია დებულების 25-ე მუხლით. კერძოდ, ნათქვამია, რომ განყოფილება ახორციელებს პროფილური და მძიმე ავადმყოფების სამედიცინო მომსახურებას. უზრუნველყოფს

ქირურგიული განყოფილების შეუფერხებელ მუშაობას, ასევე კრიტიკული პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას ქვეყანაში არსებული სტანდარტების შესაბამისად. დაწესებულების ანგარიშის მიხედვით, განყოფილებაში საანგარიშო პერიოდში შემოსულია სულ 56 პაციენტი და განერილია 3 (2 გათავისუფლდა; 1 გაყვანილია ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე). ამავე დროს ანგარიში მოიცავს საგანგაშო ციფრს, რომლის მიხედვითაც განყოფილებაში შესული 56 პაციენტიდან 38 (ანუ 68%) გარდაიცვალა. 18 პაციენტი კი, რომლებიც ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოებში იქნა გადაყვანილი, იქ გარდაიცვალნენ. ამ სტატისტიკის ფონზე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი სამსახურები დაუყოვნებლივ უნდა დაინტერესდნენ აღნიშნულის მიზეზებით და საკითხის შესწავლის მიზნით ჩაატარონ კოპლექსური შემოწმება-ანალიზი.

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების სტომატოლოგიური კაბინეტი ახორციელებს სტომატოლოგიური პაციენტების თერაპიულ, ქირურგიულ და ორთოპედიულ სტომატოლოგიურ მომსახურებას, ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ და სამკურნალოდ. საანგარიშო პერიოდში, სტომატოლოგიურ კაბინეტში დაფიქსირდა 842 ვიზიტი. მათ შორის თერაპიული პროფილის 620, ქირურგიული პროფილის 115 და ორთოპედიული პროფილის 107.

ექოსკოპიურ კაბინეტში მომსახურებულ იქნა სულ 1063 პაციენტი, ენდოსკოპიურ კაბინეტში - 398 პაციენტი, ფიზიოთერაპიულ კაბინეტში კი - 9 პაციენტი.

რაც შეეხება რენტგენ-კაბინეტს, საანგარიშო პერიოდში მომსახურებულია 1961 პაციენტი. ჩატარებული გამოკვლევების სპექტრი მოცემულია ცხრილში:

|    |                                    |      |
|----|------------------------------------|------|
| 1  | გულმკერდის რენტგენოგრაფია          | 1215 |
| 2  | მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია         | 42   |
| 3  | ძვალ-სახსართა სისტემის რენტგ-გრაფი | 285  |
| 4  | ტომოგრაფია                         | 18   |
| 5  | ფისტულოგრაფია                      | 3    |
| 6  | უროგრაფია                          | 17   |
| 7  | კბილის რენტგენოგრაფია              | 33   |
| 8  | გულმკერდის რენტგენოსკოპია          | 329  |
| 9  | მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპია         | 15   |
| 10 | კონტრასტული რენტგენოსკოპია         | 4    |

სამკურნალო დაწესებულებას ასევე ემსახურება ლაბორატორია, რომელიც ახორციელებს პაციენტებისგან აღებული ბიოლოგიური მასალების კვლევებს. საანგარიშო პერიოდში ლაბორატორიაში ჩატარებულია მრავალრიცხოვანი რუტინული, ბიოქიმიური და სეროლოგიური კვლევები.

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში ფუნქციონირებს აფთიაქი, რომლის საქმიანობის წესი განისაზღვრება დებულების 30-ე მუხლის შესაბამისად, რომელშიც ნათქამია, რომ დაწესებულების აფთიაქი „ახდენს შემოსული მედიკამენტების შესაბამისი წესით მიღებას და შენახვას, მოთხოვნის მიხედვით ახორციელებს მათ გაცემას განყოფილებებზე, ახორციელებს აღრიცხვისა და შესაბამისი დოკუმენტაციის ზედმინვნით ზუსტ წარმოებას ქვეყანაში არსებული სტანდარტებისა და მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად“. ანგარიშის მიხედვით, საანგარიშო პერიოდში შემოტანილია სულ 130562.83 ლარის წამლები და სამედიცინო დანიშნულების საგნები. აფთიაქის საქმიანობა და მასთან დაკავშირებული საკითხები განხილულ იქნება შესაბამის თავში.

საქართველოს სახალხო დამცველი, თავის ყველა მოხსენებაში აღნიშნავდა, რომ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება სამედიცინო საქმიანობის შესაბამისი ლიცენზიის გარეშე მუშაობდა წლების განმავლობაში. მიუხედავად იმისა, რომ როგორც სასჯელაღსრულების, ისე ჯანდაცვის სამინისტროს წამომადგენლები განმარტავდნენ, რომ ამგვარი ლიცენზია დაწესებულებას არ ესაჭიროება, საქართველოს სახალხო დამცველი არ იზიარებდა აღნიშნულ მოსაზრებას. აღნიშნულ საკითხებზე კამათი და დებატები ასევე მიმდინარეობდა საქართველოს პარლამენტის საკომიტეტო მოსმენების დროს. საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარე პირადად დაინტერესდა ამ საკითხით და შემდგომ გამოსვლებში არაერთგზის აღნიშნა, რომ საკითხი ნამდვილად საჭიროებდა მოგვარებასა და გადაწყვეტას. შექმნილი სიტუაციის ფონზე, მისასალმებელია 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 პუნქტის 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 დაწესებულების ნებართვა



სებულებამ 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 დანესებულების 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                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| საქვეუწყებო დანესებულება - სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სტრუქტურული ერთეული                                                                   | ქ. თბილისი<br>გლდანის<br>მე-7 მ/რ მე-2 კმ | 1) ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობა;<br>2) ფთიზიატრია;<br>3) ფსიქიატრია;<br>4) ქირურგიული პროფილი;<br>5) რენიმატია;<br>6) რადიოლოგიური საქმიანობა-რენტგენოლოგიური კვლევა;<br>7) ონკოლოგია;<br>8) ოტორინოლარინგოლოგია;<br>9) ოფთალმოლოგია | ადგილზე შემოწმების აქტი N33<br>06.04.2011 წ.<br><br>მოხსენებითი ბარათი<br>07.04.2011 წ. |
| „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულება |                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |

აღნიშნული ნაბიჯის გადადგმა, რა თქმა უნდა, მისასალმებელია – მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულებას მკვეთრად გაეზარდა პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება ჯანდაცვის სახელმწიფო მარეგულირებლის მიმართ. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის დროს, ცვლილებები N18 დანესებულების

საქმიანობაში დადგენილი ვერ იქნა. ერთადერთი ცვლილება, რაც განხორციელდა, იმაში მდგომარეობს, რომ საწოლთა რაოდენობა შემცირდა 180-მდე. თუმცა აღნიშნული ცვლილებაც მხოლოდ ფურცელზე განხორციელდა, პატიმართა რაოდენობა კი დაწესებულებაში იგივე დარჩა. დღეის მდგომარეობით დაწესებულება სულ 180 საწოლზეა გათვლილი. განყოფილებების მიხედვით, საწოლთა რაოდენობა შემდეგნაირად ნაწილდება:

|   | განყოფილების დასახელება                                   | საწოლთა რაოდენობა |
|---|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | თერაპიული განყოფილება                                     | 40                |
| 2 | ქირურგიული განყოფილება                                    | 66                |
| 3 | ინფექციური განყოფილება                                    | 40                |
| 4 | ფსიქიატრიული განყოფილება                                  | 26                |
| 5 | ანესთეზია-რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილება | 8                 |

მონიტორინგის დროს, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების მთავარმა ექიმმა ვერ წარმოგვიდგინა ზემოთ აღნიშნული 9 დანართი, რაც იმით ახსნა, რომ იგი ბოლომდე არ არის საქმის კურსში აღნიშნულ ნებართვებთან დაკავშირებით, ჩვენს მიერ დასმულ ზოგიერთ შეკითხვას კი თავი აარიდა და უპასუხოდ დატოვა. ამის მიზეზად, მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს იმ უამრავ დარღვევასა თუ ნაკლოვანებას, რომელიც დაწესებულების სანებართვო პირობებთან შეუსაბამოა. უპირველეს ყოვლისა, აღნიშნული ეხება საწოლთა რაოდენობის ფორმალურ შემცირებას და დაწესებულება კვლავაც აგრძელებს პაციენტთა „მკურნალობასა და დიაგნოსტიკას“ იმ სფეროებში, რომლებსაც სანებართვო 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 იქნა დამტკიცებული საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის №97 ბრძანებით (მე-5 დანართი). დანართში, ზოგადი დებულებები, დაწესებულების მიზნები და ამოცანები, ფუნქციები, უფლებამოსილებები და ვალდებულებები და ხელმძღვანელობამართვა, აბსოლუტურად იმავე პრინციპებზეა დაფუძნებული, როგორც მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების შემთხვევაში; 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 ნაწილად. 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 ამბულატორულ სამედიცინო მომსახურებას, ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. სენსიტიური ტუბერკულოზის განყოფილება ახორციელებს ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სტაციონარულ და ამბულატორულ სამედიცინო მომსახურებას, ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს ამბულატორიულად შემოსულ პაციენტთა კონსულტაციას. აუცილებლობის შემთხვევაში, უზრუნველყოფს შესაბამისი სპეციალისტის მივლინებას პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პაციენტთა საკონსულტაციოდ. რაც შეეხება ამბულატორულ განყოფილებას, დებულების მიხედვით, ეს უკანასკნელი ახორციელებს ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ამბულატორულ, 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 განრიგსა 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.

### **რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:**

- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო დანაყოფების მჭიდრო და გამარტივებული კავშირები ადგილობრივ (გეოგრაფიულად ახლოს მყოფ) სამედიცინო დაწესებულებებთან;
- სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ყველა სამედიცინო ქვედანაყოფი აღიჭურვოს იმ ინვენტარითა და საშუალებებით, რომლებიც აუცილებელია ადგილზე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ჩასატარებლად. ამასთან, დაინყოს ადგილობრივი ექიმების ეტაპობრივი გადამზადება (შექმდებისდაგვარად უმოკლეს დროში), რათა ყველა მათგანმა შეძლოს სტანდარტული გადაუდებელი მდგომარეობის დროს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა არსებული სტანდარტების შესაბამისად;
- იმ დაწესებულებებში, რომლებშიც არ მოქმედებს სტაციონარული სამედიცინო ნაწილები, უზრუნველყოს ასეთის შექმნა. მოხდეს ყველა დაწესებულების სტაციონარული ნაწილისადმი ერთიანი მიდგომის ფორმირება და მათი საქმიანობის წესის უნიფიცირება; იმ დაწესებულებებში, სადაც სტაციონარული ნაწილები ფორმალურად არსებობს და ყოვლად შეუსაბამოა სტანდარტებისადმი (მაგალითად, ზუგდიდის დაწესებულება) დაუყოვნებლივ დაიწყოს საქმიანობა პრობლემის გადასაჭრელად;
- შეცვალოს N18 და N19 დაწესებულების დებულებები და შესაბამისობაში მოიყვანოს ქვეყანაში მოქმედ ჯანდაცვის კანონმდებლობასთან. ამ მიზნით დაიწყოს აქტიური კონსულტაციები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამის სტრუქტურებთან;

- მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებამ დაუყოვნებლივ შეწყვიტოს საქმიანობა იმ მიმართულებით, რომელიც არ არის გათვალისწინებული ნებართვის დანართით. ყველა ამ პროფილის პაციენტის გადაყვანა და შემდგომი მკურნალობა მოხდეს შესაბამისი პროფილის სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებაში.

**რეკომენდაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსს:** შეისწავლოს და წარმოადგინოს დასკვნა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში არსებული მდგომარეობის, ხარვეზების, ნაკლოვანებების შესახებ და რამდენად შეესაბამება იქ არსებული მდგომარეობა ნებართვით გათვალისწინებულ საქმიანობებში, საქმიანობის კრიტერიუმებსა და წესებს.

## მედიკამენტებით მომარაგება და აფთიაქის საქმიანობა

---

მედიკამენტებით მომარაგების საკითხი, სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განსხვავებულია. მიუხედავად იმისა, რომ 2010-11 წწ განმავლობაში მოხდა მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხის გაზრდა, ადგილზე არსებული მედიკამენტების ჩამონათვალი აბსოლუტურად ვერ აკმაყოფილებს იმ ჯანდაცვითი საჭიროებების მოგვარებას, რომლებიც სასჯელაღსრულების დაწესებულებებშია შექმნილი. მედიკამენტების მიწოდება ზოგიერთ შემთხვევაში შეფერხებულია. მედიკამენტების სხვადასხვა ჯგუფების 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 ძვირადღირებული მედიკამენტების მოთხოვნა და შეტანა სამედიცინო ნაწილებში ან მათი რაოდენობა არასაკმარისია, რაც მკურნალობის კურსის ადეკვატურად ჩატარების საშუალებას არ იძლევა. აფთიაქების საქმიანობა სამედიცინო ნაწილებში ძირითადად წარმართებოდა დარგის სპეციალისტების მიერ. 2010 წლის მეორე ნახევრიდან აფთიაქებს გადაერქვათ სახელი და ეწოდათ „ნამლების სამარაგო“, ხოლო პერსონალს – „ნამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი“. უკანასკნელი ტენდენციებით, ამ თანამდებობაზე შესაძლებელია დაინიშნოს არაფარმაცევტული განათლების მქონე პირიც. მიუხედავად ამისა, 2011 წლიდან, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა

სამინისტრომ გამოაცხადა, რომ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა შეეხო აფთიაქებსაც, რაც იმაში გამოიხატება, რომ აფთიაქები გახდა ლიცენზირებული.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ, შესწავლილ იქნა, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებების მომარაგება წამლებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით, 2011 წლის პირველი ნახევრის განმავლობაში. როგორც აღმოჩნდა, ამ მხრივ არაერთგვაროვანი სიტუაციაა შექმნილი სხვადასხვა დაწესებულებებში. თუ წინა წლებში წამლების 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 დაწესებულებებში პრობლემები მაინც რჩება. წამლების შესაძენად გამოყოფილი თანხის ანალიზი და დაწესებულებებში მომუშავე ფარმაცევტული განათლების მქონე პირების შესახებ ინფორმაცია წარმოდგენილია ქვემოთ:

| №  | დაწესებულების დასახელება | წამლებისთვის გამოყოფილი თანხა ლარებში |
|----|--------------------------|---------------------------------------|
| 1  | №1 დაწესებულება          | 6497                                  |
| 2  | №2 დაწესებულება          | 13159                                 |
| 3  | №3 დაწესებულება          | 3927                                  |
| 4  | №4 დაწესებულება          | 7296                                  |
| 5  | №5 დაწესებულება          | 22519                                 |
| 6  | №6 დაწესებულება          | 11382                                 |
| 7  | №7 დაწესებულება          | 899                                   |
| 8  | №8 დაწესებულება          | 31460                                 |
| 9  | №9 დაწესებულება          | 11747                                 |
| 10 | №11 დაწესებულება         | 2689                                  |



|               |                  |               |
|---------------|------------------|---------------|
| 11            | №12 დანესებულება | 3039          |
| 12            | №13 დანესებულება | 4022          |
| 13            | №14 დანესებულება | 22053         |
| 14            | №15 დანესებულება | 7680          |
| 15            | №16 დანესებულება | 4902          |
| 16            | №17 დანესებულება | 14210         |
| 17            | №18 დანესებულება | 130021        |
| 18            | №19 დანესებულება | 35726         |
| <b>ს უ ლ:</b> |                  | <b>333228</b> |

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 ასევე ვრცელდება 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 ახორციელებენ ავტორიზებული აფთიაქი, 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 სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ჯანდაცვის რეფორმის განვითარების ერთ-ერთ მიმართულებას, სწორედ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ავტორიზებული აფთიაქების შექმნა და მათ მიერ კანონის შესაბამისად მუშაობის წარმართვა წარმოადგენდა. 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 დაწესებულებებში. სასჯელაღსრულების დაწესებულების 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 ნაყენებული მოთხოვნები, კერძოდ, ფარმაცევტული პროდუქტის შენახვისა და გაცემის პირობების უზრუნველყოფა და რეალიზებული პროდუქტის სერიის აღრიცხვის განსახორციელებლად აუცილებელი დოკუმენტაციის ადეკვატური წარმოება. ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორი ვალდებულია ასევე, დაწეროს ფარმაცევტული პროდუქტის შესანახად 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 ჯგუ-

ფისათვის 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 N387/6 ბრძანების შესაბამისად, რომელიც გამოცემულია “წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ” საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-5 პუნქტის საფუძველზე, დამტკიცებულია აფთიაქის სანიტარულ ჰიგიენურ/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, მესამე ჯგუფისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტი კი, 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 გააჩნდეს ფარმაცევტული პროდუქტის ინსტრუქციის შესაბამისი შენახვის რეჟიმის უზრუნველყოფისა და დასაწყობების შესაბამისად აღჭურვილი სამარაგო. კანონქვემდებარე აქტის მიხედვით, აფთიაქში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს თამბაქოს მოწვევის აკრძალვა; მომხმარებლის მოთხოვნის შემთხვევაში.

ვევაში აფთიაქში ფარმაცევტული პროდუქტის შენახვის მდგომარეობის გაცნობის (დათვალიერების) შესაძლებლობა დამთვალიერებლის მხრიდან ჰიგიენური ნორმების (სანიტარიული ტანსაცმლის) დაცვის პირობით. ფარმაცევტული პროდუქტის შენახვის, განთავსებისა და რეალიზაციის პირობები უნდა აკმაყოფილებდეს ფარმაცევტული პროდუქტის ინსტრუქციით და წინამდებარე აქტით დადგენილ მოთხოვნებს, მათ შორის, გარემო ფაქტორების (ტემპერატურა, სინათლე, ტენიანობა) ზემოქმედებისაგან დაცვის თვალსაზრისით, პრეპარატის შემადგენელი ინგრედიენტების ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების გათვალისწინებით. ვადაგასული და გაუფარგისებული ფარმაცევტული პროდუქტი უნდა ინახებოდეს ცალკე, სპეციალურად ამ მიზნებისათვის განკუთვნილ ადგილას, იზოლირებულად სხვა ფარმაცევტული პროდუქტისაგან. აფთიაქს ძირითად შესასვლელ (მომხმარებელთათვის განკუთვნილ) კართან გარე პერიმეტრზე უნდა გააჩნდეს ვიდეომეთვალყურეობის სისტემა, რომელიც შეესაბამება „აზარტული და სხვა მომგებიანი 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.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სხვადასხვა დანესებულებათა აფთიაქები, ავტორიზაციის შემთხვევაში, სწორედ ზემოთ აღწერილ მოთხოვნებს უნდა შეესაბამებოდეს. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ დადგენილი სტანდარტები, ყველა დანესებულებაში ამ მხრივ დაცული არ არის.

თბილისის N1 დანესებულების სამედიცინო ნაწილში ჩატარებული მონიტორინგის დროს, მთავარმა ექიმმა განაცხადა, რომ ყოველთვიურად წამლების შესაძენად, მათ დაახლოებით 3.000 ლარს აძლევენ. წინა პერიოდში აღნიშნული თანხა საშუალოდ 4.800 ლარს

შეადგენდა. სახეზეა გამოყოფილი თანხის შემცირების ტენდენცია საკმაოდ მნიშვნელოვანი მოცულობით. მონიტორინგის ჩატარების მომენტში (17.08.2011) დაწესებულებაში ფუნქციონირებდა წამლების სამარაგო, საშტატო განრიგით კი, გათვალისწინებული იყო „წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი“ - როენა ბაბუაძე, რომელთან გასაუბრებაც ამჯერად ვერ მოხერხდა, მისი შვებულებაში ყოფნის გამო.

„ფარმაცევტული ინფრასტრუქტურის“ თვალსაზრისით, მსგავსი მდგომარეობაა შექმნილი ქუთაისის N2 დაწესებულებაშიც (22.08.2011). თუმცა, მთავარი ექიმის განმარტებით, დაწესებულების წამლებით მომარაგება, 2011 წლიდან მნიშვნელოვნადაა გაუმჯობესებული. ადგილობრივი „წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი“, მთავარ ექთანთან ერთად, ადგენს იმ მედიკამენტების ნუსხას, რომლებიც აფთიაქში თავსდება და პაციენტებს დანიშნულების მიხედვით ურიგდება.

ბათუმის N3 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (29.08.2011) გაირკვა, რომ 2011 წლიდან, დაწესებულებაში უკვე ვაკანტური აღარ არის „წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირის“ შტატი. მონიტორინგის დროს შევხვდით და გავესაუბრეთ აღნიშნულ თანამშრომელს, რომლის განცხადებით, ამ მომენტისათვის წამლებით მომარაგების პრინციპები და მოცულობა არ შეცვლილა და წინა პერიოდის მსგავსად მიმდინარეობს.

ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში (25.08.2011) მედიკამენტებით მომარაგების საკითხი რეგულირდება წინა პერიოდების მსგავსად, ანუ, აქ კვლავ მოქმედებს წამლების სამარაგო და დანიშნულია მასზე პასუხისმგებელი პირი.

რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში ფარმაცევტულ საქმიანობას კვლავ უძღვება „წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი“ (15.08.2011). დაწესებულების ახალ შენობაში გადასვლასთან დაკა-

ვშირებით, გაუმჯობესდა წამლების სამარაგოს ფიზიკური მდგომარეობა და სამუშაო პირობები. მთავარი ექიმის მიერ მონოდეზული ინფორმაციით, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო მათ უგზავნის იმ მედიკამენტთა ჩამონათვალს, რომლის შესყიდვა და შემოტანაც შესაძლებელია ცენტრალური წესით. აღნიშნული ჩამონათვალის შესაბამისად, ადგილობრივად მთავარი ექიმი და ფარმაცევტი ადგენენ იმ მედიკამენტთა ნუსხას, რომლებიც, მათი დაკვირვებით, აუცილებელია სამედიცინო ნაწილის მუშაობისათვის. განსაკუთრებულ შემთხვევებში, მათ შეუძლიათ, ასევე, დამატებით მოითხოვონ მედიკამენტები. წამლების შემოტანა ხდება თვეში ერთხელ. ზოგჯერ დაფიქსირებულია შეფერხებებიც. მთავარი ექიმის განმარტებით, რიგ შემთხვევებში, პატიმრებს შეუძლიათ, გარედან თავად შემოატანინონ მედიკამენტები. აღიშნული იმ შემთხვევებშია შესაძლებელი, თუ ამ მედიკამენტს დანიშნავს ექიმი კონსულტანტი და წამალი ადგილზე არ არის. გარედან შემოტანილ პრეპარატს ამონშებს ექიმი და გადასცემს პაციენტს. პრეპარატი უნდა იყოს ქარხნული წარმოების და შეფუთვის, სრული კოლოფი, სათანადოდ ეტიკეტირებული. მედიკამენტები, გარდა ფსიქოტროპული და სპეციალური კატეგორიისა, ყველას შეუძლია იქონიოს.

რუსთავის N6 დაწესებულების მთავარი ექიმის ინფორმაციით (15.08.2011), წამლების სამარაგო უწინდებურად ფუნქციონირებს. წამლებით მომარაგების მხრივ, მათ გარკვეული შეზღუდვები აქვთ. წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირის საშტატო ერთეული შევსებულია. დასარიგებელი წამლები წინა დღით იწერება და გამოდის აფთიაქიდან, რათა ადგილზე ექთანმა შეუფერხებლად უზრუნველყოს დარიგება. პატიმარმა თავის განკარგულებაში შეიძლება იქონიოს ტკივილგამაყუჩებელი, ანტიბიოტიკი, პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი და სხვა ანტაციდური საშუალებები, ასევე მაღამოები.

რაც შეეხება N7 დაწესებულებას, მონიტორინგის ჩატარების დროს (05.09.2010) გაირკვა, რომ ადგილობრივ წამლების სამარაგოში

მუშაობს ფარმაცევტი, უმაღლესი ფარმაცევტული განათლებით. აღნიშნული პირი კვირაში ორი დღე, სამშაბათსა და ხუთშაბათს, დადის დაწესებულებაში. კვირის დანარჩენ სამ დღეს კი აღნიშნული პირი მუშაობს N12 დაწესებულებაში. ამგვარად, ამ ორ დაწესებულებას საზიარო ფარმაცევტი ჰყავთ.

თბილისის N8 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (06.09.2011), ადგილობრივმა მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ დაწესებულებაში არსებული წამლების სამარაგო გადაკეთდა აფთიაქად. მათი აფთიაქი ლიცენზირებულია დაახლოებით თვენახევარია. ლიცენზირებამდე მცირე ხნით ადრე, აფთიაქი მომზადდა აღნიშნული პროცესის გასაველელად – ჩატარდა რემონტი (გამოყოფილი ფართი დარჩა იგივე, რაც წამლების სამარაგოს ეკუთვნოდა), შემოტანილ იქნა სეიფი ფსიქოტროპული მედიკამენტებისათვის; ასევე შეიძინეს მაცივარი. აფთიაქში დასაქმებულია 1 პროვიზორი, რომელიც მედიკამენტების გაცემას რეცეპტების საფუძველზე ახდენს. დაწესებულებაში 1 პაციენტი მკურნალობს ინტერფერონით, რომელიც ფარმაცევტს სპეციალურად გადმოაქვს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების აფთიაქიდან.

N9 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (17.08.2011), მონიტორინგის ჯგუფის წევრები გაესაუბრნენ წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელ პირს, რომელიც გარდა ფარმაცევტული დოკუმენტაციისა, ზედმინვენიტ სრულად აღრიცხავს და საარქივოდ ამზადებს ნებისმიერ სხვა სამედიცინო დოკუმენტაციას. წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირის განცხადებით, დაწესებულების ახალი განთავსების ადგილას გადმოსვლის შემდეგ, წამლების სამარაგოს ინფრასტრუქტურა სრულად არ არის მოწესრიგებული. რაც შეეხება მედიკამენტების მიღების, შენახვის, გაცემისა და აღრიცხვის პრინციპს, არ შეცვლილა და არსებული ნესით წარმოებს.

ავჭალაში განთავსებული, არასრულწლოვანთა N11 სპეციალური დაწესებულების მონიტორინგის დროს (05.09.2011) აღმოჩნდა, რომ ადგილობრივი წამლების სამარაგო, ლიცენზირებული აფთიაქის სტატუსის მინიჭების პროცესში იმყოფება. აღნიშნულთან დაკავშირებით მოხდა სათავსოს კოსმეტიკური რემონტი. პროცესში უშუალოდ მონაწილეობს ადმინისტრაცია და მთავარ ექიმს ამასთან ნაკლები შეხება აქვს. წამლების მომარაგების მხრივ, მთავარი ექიმის განცხადებით, პრობლემები არ აქვთ. წამლების შესაძენად თითქმის ყოველთვიურად გამოიყოფა თანხა, რომლის ოდენობამ 6 თვის განმავლობაში 2689.38 ლარი შეადგინა. ეს უკანასკნელი ინფორმაცია მონიტორინგის ჯგუფს უშუალოდ წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელმა პირმა მიაწოდა.

N12 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (17.08.2011), მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ მათ დაწესებულებაში წამლების სამარაგო გადაკეთდა აფთიაქად, რომელმაც 2011 წლის ივნისში გაიარა ავტორიზაცია. როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, დაწესებულებას ჰყავს საზიარო ფარმაცევტი N7 დაწესებულებასთან. აღნიშნული პირი კვირაში ორი დღით, სამშაბათს და ხუთშაბათს, დადის N7 დაწესებულებაში, დანარჩენ სამ სამუშაო დღეს კი N12 დაწესებულებაში ატარებს. ფარმაცევტის ადგილზე არყოფნის გამო, ჩვენ შეკითხვით მივმართეთ მთავარ ექიმს, თუ რა შეცვალა ავტორიზაციამ და რა ცვლილებები მოხდა ინფრასტრუქტურული თვალსაზრისით, რაზედაც მთავარმა ექიმმა გვიპასუხა, რომ „არაფერი არ შეცვლილა. მაცივარი ჯერ არ არის, არც კონდიციონერი და არც ავეჯი. მხოლოდ რემონტი გაკეთდა იმ ოთახში და გაალამაზეს. მსჯავრდებულებს ფარმაცევტთან არანაირი კონტაქტი არ აქვთ. რეცეპტის გამოწერის წესი არ შეცვლილა“. მთავარი ექიმისათვის ასევე უცნობია, ვინ იყო მოსული ავტორიზაციის ჩასატარებლად, რა შემონმდა და რა რეკომენდაციები გაიცა.

ხონის N13 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (24.08.2011) აღმოჩნდა, რომ წამლების მომარაგებისა და წამ-



ლების სამარაგოს ფუნქციონირების კუთხით არანაირი ცვლილება არ განხორციელებულა. ყველაფერი კვლავ ძველებურად მიმდინარეობს. დაწესებულებაში კვლავ არის წამლების სამარაგო და მუშაობს წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი, რომელიც საშტატო განრიგით არის გათვალისწინებული.

რაც შეეხება გეგუთის N14 დაწესებულებას, ამ უკანასკნელში მონიტორინგი ჩატარდა 2011 წლის 23 აგვისტოს. დაწესებულებაში კვლავინდებურად ფუნქციონირებს წამლების სამარაგო, რომელიც ადმინისტრაციულ შენობაში (საპატიმრო ტერიტორიის გარეთ) არის განლაგებული. ამავე ოთახში უხდება მუშაობა მთავარ ექიმსაც. წამლები ინახება კარადებში. ადგილზე ხდება დოკუმენტაციის შედგენა და რეცეპტების გამოწერაც. 2-3 დღის სამყოფი მედიკამენტები რეგულარულად გადადის დაწესებულების შიდა ტერიტორიაზე, სამედიცინო ნაწილის შენობაში, საიდანაც ხდება მედიკამენტების დარიგება. დარიგების დროს ხდება შესაბამისი აღრიცხვის წარმოება სარეგისტრაციო ჟურნალებში. გარდა ამისა, დაწესებულებაში უკვე 1 წელია ფუნქციონირებს ე.წ. კერძო აფთიაქი, სადაც მსჯავრდებულებს საკუთარი ხარჯით შეუძლიათ შეიძინონ იქ არსებული მედიკამენტები. აღნიშნული აფთიაქი განთავსებულია დაწესებულების მაღაზიის შენობაში. იგი წარმოადგენს დაახლოებით 2 კვადრატული მეტრი ფართობის მქონე სათავსოს, რომელშიც მოთავსებულია მხოლოდ თაროები. არ არის მაცივარი. სათავსო დანარჩენი მაღაზიისაგან იზოლირებულია კარით, რომელიც პრაქტიკულად არ იკეტება. მაღაზიის თანამშრომელთა შორის არის ერთი ფარმაცევტიც, რომელიც მედიკამენტების გაცემას ახდენს. მონიტორინგის ჯგუფი შეხვდა და გაესაუბრა ამ პიროვნებას. ფარმაცევტმა წარმოგვიდგინა „საწყობის ნომენკლატურის უწყისი“, რომელიც ამობეჭდილია 2 გვერდად და მოიცავს იმ მედიკამენტების დასახელებას, რომლის გაცემაც შესაძლებელია მსჯავრდებულზე, შესაბამისი უნაღდო ანგარიშსწორებით საფასურის გადახდის შემთხვევაში. უცნობია, ვინ ნიშნავს ან უწერს ამ მედიკამენტებს, რომელსაც ყიდულობს მსჯავ-

ვრდებული. პროცედურა ისეთივეა, როგორც მაღაზიაში ყიდვისას – მსჯავრდებული საკუთარ ბარათს და ფურცელზე დაწერილ მედიკამენტის დასახელებას ატანს სამეურნეო ნაწილის მსჯავრდებულს, რომელიც მიდის მაღაზიაში და ფარმაცევტისაგან მოაქვს წამლები. უშუალოდ მსჯავრდებული, რომელიც ამ წამლებს მოიხმარს, შეხებაში არ იმყოფება ფარმაცევტთან. წარმოდგენილი უწყისის მიხედვით, დაწესებულებაში მსჯავრდებულმა შესაძლებელია შეიძინოს 64 დასახელების მედიკამენტი. ფარმაცევტის განცხადებით, მიუხედავად ამ სიისა, ყველა დასახელების წამალი ამჟამად ადგილზე არ აქვთ და ელოდებიან მარაგის შევსებას. მედიკამენტების სპექტრი ძირითადად მოიცავს: ტკივილგამაყუჩებლებს, საჭმლის მომნელებელ, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სამკურნალო საშუალებებს, ჰეპატოპროტექტორებს, პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებს, ანტიბიოტიკებს, β-ბლოკატორებს, გრიპის საწინააღმდეგო და გაციების სამკურნალო საშუალებებს და სხვ. წამლების ფორმა ძირითადად ტაბლეტირებულია. თუმცა ასევე არის მალამოები, აეროზოლები, სანთლები, ფლაკონები, კაფსულები, ფხვნილები, გელები, წვეთები, გრანულები და ხსნარები. მცირე დასახელების, მაგრამ მაინც იყიდება ამპულირებული საშუალებები.

ქსნის N15 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (19.08.2011), მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი იმყოფება საავადმყოფო ფურცელზე, რის გამოც ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ ინფორმაცია თავად მოგვანოდა. მისი ინფორმაციით, წამლების შეკვეთას ერთად ადგენენ მთავარი ექიმი და ფარმაცევტი, რის შემდეგაც მოთხოვნილი მედიკამენტების ნუსხა იგზავნება სამედიცინო დეპარტამენტში. მედიკამენტების გაცემა ხდება რეცეპტით. მედიკამენტების ხარჯვა აღირიცხება შესაბამის ჟურნალებში. მთავარი ექიმის განმარტებით, ის მედიკამენტები, რომელიც ადგილზე არ არის, აფთიაქში შეიძლება შემოიტანონ მსჯავრდებულებმა მათი ახლობლების საშუალებით. ეს მედიკამენტები ძირითადად მსჯავრდებულებს ხე-

ლზე აქვთ (თუ არ მიეკუთვნება განსაკუთრებული კატეგორიის მედიკამენტებს). ე.წ. „კომერციული აფთიაქი“, რომელსაც გეგუთის მე-14 დაწესებულებაში ვხვდებოდით, აქ არ არის ფორმირებული. ნამლების სამარაგო კვლავ ფუნქციონირებს. რაც შეეხება ლიცენზირებულ აფთიაქს, მონიტორინგის მომენტისათვის ასეთი ჯერ გახსნილა.

რუსთავის N16 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (16.08.2011) დაფიქსირდა, რომ დაწესებულებაში კვლავ ფუნქციონირებს ნამლების სამარაგო და მუშაობს ნამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი, რომელიც საშტატო განრიგითაა გათვალისწინებული. ფარმაცევტული საქმიანობის თვალსაზრისით დაწესებულებაში არაფერი შეცვლილა. ნამლებით მომარაგების პრინციპი, ასევე მედიკამენტების გაცემა და აღრიცხვა კვლავ არსებული წესის შესაბამისად წარმოებს.

რუსთავის N17 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგით (16.08.2011) გამოვლინდა, რომ ამ დაწესებულებაშიც კვლავ ფუნქციონირებს ნამლების სამარაგო და მუშაობს ნამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი (პროვიზორი), რომელიც მედიკამენტების შენახვასა და აღრიცხვაზეა პასუხისმგებელი. მთავარი ექიმის განცხადებით, მედიკამენტების ნაკლებობის ფონზე, ხშირად ხდება, როცა გარედან შეაქვთ სხვადასხვა წამალი. ამ წამლებს მსჯავრდებულთა ნათესავები აძლევენ ექიმს, რომელიც შესაბამისი შემონმების შემდეგ იბარებს მედიკამენტს და შემოაქვს დაწესებულებაში. რუსთავის N17 დაწესებულება გამოირჩევა იმით, რომ გეგუთის დაწესებულების მსგავსად აქ მოქმედებს ე.წ. „კომერციული აფთიაქი“. ეს უკანასკნელი აქაც განთავსებულია მაღაზიის ტერიტორიაზე და წარმოადგენს დაახლოებით 4 კვადრატული მეტრის ფართობის გადატიხრულ, იზოლირებულ სათავსოს. კედლებზე გაკრულია კაფელი. მთელ ფართობს პრაქტიკულად იკავებს 4 კარადა და მაცივარი, რომელშიც მოთავსებულია მედიკამენტები. კარებს

აქვს მცირე სარკმელი, რომელიც დაკეტილია. ე.წ. „კომერციული აფთიაქის კარები იკეტება სუსტი საკეტი. აფთიაქში მომუშავე პირის, თამარ კიკალიშვილის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, აღნიშნული აფთიაქი ეკუთვნის „მეგაფუდს“. თავად იგი განათლებით ფარმაცევტია და მუშაობს სრულ შტატზე. მისი ინფორმაციით, „მეგაფუდი“ ავერსიდანახდენს მედიკამენტების შესყიდვას და შემოაქვს ამ აფთიაქში. მსჯავრდებულები, ისევე როგორც მალაზიაში, სამეურნეო ნაწილში რიცხული პატიმრების საშუალებით აკეთებენ შეკვეთას და უნაღდო ანგარიშსწორებით ყიდულობენ პრეპარატებს. მომსახურე პერსონალს გამოაქვს მედიკამენტები და პლასტიკურ ბარათსა და საკასო დოკუმენტთან ერთად აბარებს შეკვეთის მიმცემ მსჯავრდებულს. მსჯავრდებულებს ფარმაცევტთან შეხება არ აქვთ. აფთიაქში მომუშავე პირის განცხადებით, მონიტორინგის მომენტში ადგილზე იყო 120 დასახელების ფარმაცევტული პროდუქტი. მათი უმეტესობა ინახება აფთიაქში, 15°C შენახვის მოთხოვნის მქონე პრეპარატები კი, ინახება მაცივარში. მედიკამენტების ნუსხაში ყველაზე იაფად ღირებული პრეპარატებია ანალგინი (35 თეთრი), მუკალტინი (20 თეთრი) და პაპაზოლი (15 თეთრი), ყველაზე ძვირად ღირებული მედიკამენტია ხოლუდექსანი (34.10 ლარი). რაც შეეხება ანტიბიოტიკებს, ამ ჯგუფის პრეპარატებიდან, ფარმაცევტის განმარტებით აქვთ, მაგალითად, ამპისიდი, აუგმენტინი და როქსიბელი. ამპულირებული საშუალებები მათთან არ შემოდის.

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს (06.09.2011) გაირკვა, რომ დაწესებულებაში ფუნქციონირებს ლიცენზირებული აფთიაქი და მასში დასაქმებულია ორი თანამშრომელი. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების 2011 წლის პირველი ნახევრის ანგარიშის მიხედვით, „წამლების სამარაგოში შემოტანილ იქნა 130562.83 ლარის ღირებულების მედიკამენტები და მოვლის საგნები“. მონიტორინგის დროს უშუალოდ გავესაუბრეთ აფთიაქის

ხელმძღვანელს. მისი გადმოცემით, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების აფთიაქს აქვს ავტორიზებული აფთიაქის სტატუსი და შესაბამისი ლიცენზია 2011 წლის იანვრიდან. აფთიაქში მომუშავე ორივე ფარმაცევტი არის უმაღლესი ფარმაცევტული განათლებით. აფთიაქიდან მედიკამენტების გაცემა ხდება რეცეპტის საშუალებით. აფთიაქს დათმობილი აქვს 2 ოთახი, მათგან 1 სამარაგოა, მეორე კი წამლების გასაცემად გამოიყენება. განყოფილების მთავარი ექთნები ჩამოდიან აფთიაქის ამ ოთახში, სადაც მოაქვთ განყოფილების გამგის ხელმოწერილი რეცეპტები. ყოველთვიურად ისინი დაახლოებით 30-35 ათასი ლარის მედიკამენტებს უკვეთავენ (გარდა DOTS და DOTS+ პროგრამის პრეპარატებისა). პაციენტებს აქ, ისევე, როგორც ყველა სხვა დაწესებულებაში ფარმაცევტებთან კონტაქტი არ აქვთ და პრაქტიკულად მათგან ვერანაირ რჩევებსა და რეკომენდაციებს ვერ იღებენ. აფთიაქის ხელმძღვანელმა განგვიმარტა, რომ იგი მეთოდურ ზედამხედველობას სხვა დაწესებულებების ფარმაცევტულ ინფრასტრუქტურაზე არ ახორციელებს, თუ არ ჩავთვლით მცირე კონსულტაციებს მე-8 დაწესებულების აფთიაქთან. აფთიაქის ხელმძღვანელის ინფორმაციით, ვადაგასული მედიკამენტების შემთხვევაში ინერება აქტი, რომელსაც ხელს აწერს ორივე ფარმაცევტი, მთავარი ექიმი და უსაფრთხოების წარმომადგენელი. გარდა ჰუმანიტარული გზით მიღებული მედიკამენტებისა, მცირევადიანი ფარმაცევტული საშუალებები მათ პრაქტიკულად არ აქვთ. ნარკოტიკული საშუალებების ამჟღავნებული ფორმების გამოყენების შემთხვევაში, ისინი უკან იბარებენ გატეხილ ამპულებს. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების აფთიაქიდან სხვა დაწესებულებების აფთიაქებზე ცენტრალური წესით გაიცემა ინტერფერონი, პრეპარატის მაღალი თვითღირებულებისა და შენახვის პირობების გათვალისწინებით. შესაბამისი დაწესებულების ფარმაცევტები მოდიან ადგილზე და მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმებით ადასტურებენ ინტერფერონის წაღებას. პრეპარატები გადის შესაბამისი კონტეინერით. რაც შეეხება DOTS და DOTS+ პროგრამ-

მის პრეპარატებს, აფთიაქის ხელმძღვანელი განმარტავს, რომ ამ უკანასკნელით ისინი ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამიდან მარაგდებიან. მსჯავრდებულები N18 დაწესებულებაში საკუთარი ხარჯებით პრეპარატებს არ ყიდულობენ, მათი უზრუნველყოფა შესაძლებელია მხოლოდ დაწესებულების აფთიაქიდან.

ქსნის N15 დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგით (19.08.2011) გაირკვა, რომ დაწესებულებაში კვლავ ფუნქციონირებს წამლების სამარაგო, რომელშიც მუშაობენ წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი და წამლების სამარაგოს თანამშრომელი (ანუ სულ 2 პიროვნება). დაწესებულებაში მედიკამენტების მიღება, აღრიცხვა და გაცემა წარმოებს იმავე წესითა და სტანდარტებით, როგორც ეს გასული წლების მონიტორინგის დროს იყო აღწერილი და ამ მხრივ რაიმე სახის ცვლილება არ დაფიქსირებულა.

### **რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:**

- მიუხედავად დაწესებულებებში არსებული აფთიაქების ე.წ. „ავტორიზაცია-ლიცენზირებისა“, აღნიშნული პროცესი აშკარად ფორმალურ ხასიათს ატარებს. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული პროცესი შესაბამისობაში იქნას მოყვანილი საქართველოს კანონის „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ და მის საფუძველზე გამოცემული კანონქვემდებარე აქტების მოთხოვნებთან;
- პაციენტებს, რომლებიც სარგებლობენ ავტორიზებული აფთიაქების მომსახურებით, შესაძლებლობის (ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე) ფარგლებში მიეცეთ იმის საშუალება, ასევე იქონიონ კონტაქტი და შეხება პროფესიონალ ფარმაცევტებთან, რომლებიც დასაქმებული არიან აღნიშნულ აფთიაქებში;

- გადაიხედოს დაწესებულებათა აფთიაქებში შემოსული მედიკამენტების ჩამონათვალი და განისაზღვროს, რამდენად ადეკვატურია და შეესაბამება იმ მოთხოვნებს, რაც ადგილზე არსებობს. ამ მიზნით შესწავლილ იქნას ასევე იმ მედიკამენტების ჩამონათვალი, რაც პაციენტს მიეწოდება ოჯახების ინიციატივით, ან ასევე ვერ მიეწოდება ოჯახების ფინანსური და სხვა პრობლემური მდგომარეობების გამო.

## **ტრავმებისა და დაზიანებათა სახეები და აღრიცხვა**

პენიტენციური სისტემა წარმოადგენს რისკის ზონას, სადაც შესაძლებელია განხორციელდეს ძალდობა პატიმარზე. აქედან გამომდინარე, წამების საწინააღმდეგო ეროვნული თუ საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ციხეში და დაკავების დროს განხორციელებული ძალადობის ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური კვალის სათანადო დაფიქსირებას. ამ მხრივ, სამედიცინო პერსონალს შეუძლია, ფასდაუდებელი დახმარება გაუწიოს, როგორც თვითდაზიანების მქონე პირს, ასევე გამოძიებას და ზოგადად – მართლმსაჯულების განხორციელებას. როგორც უკვე აღინიშნა, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ პატიმრის ფიზიკური დათვალიერების დროს (განსაკუთრებით, ახლადშემოყვანილი პატიმრის გასინჯვისას) ძალადობის ნებისმიერი კვალი, რომელიც შესაძლებელია გამოენვია არასათანადო მოპყრობას, შესაბამისი წესით იქნას აღწერილი და დოკუმენტირებული, როგორც პატიმრის პირად სამედიცინო ბარათში, ასევე ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალში. მსგავსი წესით უნდა იქნას დაფიქსირებული ნებისმიერი ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული ნიშანი, რომელიც შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ აღნიშნულმა პირმა გადაიტანა არასათანადო მოპყრობა. 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 ანგა-



რიშის მიხედვით, „სამედიცინო პერსონალს პენიტენციურ სიტუმა-  
ში შეუძლია, მონაწილეობა მიიღოს პატიმართა მიმართ ძალადო-  
ბის გამოყენების პროფილაქტიკაში ტრავმებისა და დაზიანებების  
სისტემატური რეგისტრაციის გზით და აუცილებელ შემთხვევაში,  
ზოგადი ინფორმაციის გადაცემით შესაბამის ინსტანციებში. ასევე  
შესაძლებელია, მხოლოდ, როგორც წესი, პატიმრის თანხმობის შემ-  
თხვევაში, კონკრეტული შემთხვევებზე ინფორმაციის გადაცემაც.  
დაზიანების ნებისმიერი ნიშნები ციხეში შესვლისთანავე დაწვრილე-  
ბით უნდა იქნას რეგისტრირებული, ისევე, როგორც ნებისმიერი, ამ  
გარემოებასთან დაკავშირებული პატიმრის განცხადება და ექიმის  
დასკვნა. შემდეგში პატიმრისათვის ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდო-  
მი უნდა იყოს. ამგვარივე მიდგომა უნდა ხორციელდებოდეს პატიმ-  
რის მიმართ, რომელზეც იყო განხორციელებული ძალადობა ციხის  
ტერიტორიაზე, ყოველი სამედიცინო გასინჯვისას, ანდა პატიმრის  
დაბრუნებისას კვლავ ციხეში მას შემდეგ, რაც იგი იმყოფებოდა  
პოლიციის ნაწილში გამოძიებისათვის.<sup>27</sup> სამედიცინო მუშაკები  
პერიოდულად უნდა ადგენდნენ სტატისტიკურ ანგარიშებს ტრავ-  
მათა და დაზიანებათა შესახებ და აწვდიდნენ ამგვარ ანგარიშებს  
ციხის ადმინისტრაციას, იუსტიციის სამინისტროს“.

საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში და-  
ზიანებათა რეგისტრაციისა და აღწერის მხრივ განსხვავებული  
პრაქტიკა და მიდგომა არსებობს. დაწესებულებათა ნაწილი აღნიშ-  
ნულ ვალდებულებას, ზოგიერთ შემთხვევაში, იგნორირებას უკე-  
თებს, საუკეთესო შემთხვევაში კი, ადგილობრივი ექიმები ცდი-  
ლობენ, ზედმინევნით მოახდინონ ფაქტის აღწერა და დაეხმარონ  
პაციენტს, აღიშნულის გამო წარმოქმნილი ჯანდაცვითი საჭიროე-  
ბების მოგვარებაში.

27. საქართველოს რეალობაში ამგვარი გაყვანა შეიძლება მოხდეს საგამოძიებო  
მოქმედებებში მონაწილეებისთვის, სასამართლოზე წარსადგენად, გამოკე-  
ლეებისთვის და ა.შ.

დღეს ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებში მოქმედი სამედიცინო დოკუმენტაციებიდან, ამ მხრივ უნდა გამოიყოს ე.წ. „ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი“ (ფორმა N15), რომელიც სრულად არ შეესაბამება წამების პრევენციის სტანდარტებს, თუმცა აღნიშნული ჟურნალის ზედმიწევნით წარმოება მეტად საპასუხისმგებლო და აუცილებელი საქმეა ექიმების მხრიდან. როგორც სახელწოდებიდანვე ჩანს, ფორმა N15 განკუთვნილია სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ადგილზე მომხდარი ინციდენტების რეგისტრაციისათვის. რაც შეეხება ახლადშემოსულ პატიმრებს, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, შესაძლო დაზიანების არსებობისას, დაზიანების ნიშნების აღწერა ხდება ე.წ. „სამედიცინო ბარათში“. ამ მხრივაც, მოქმედი პრაქტიკა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არაერთგვაროვანია. მაგალითად, დასავლეთ საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებები და აღმოსავლეთის ზოგიერთი დაწესებულება აწარმოებს ე.წ. „ახლად შემოსულ პატიმართა სამედიცინო დათვალიერების ჟურნალს“, სადაც მოკლედ, თუმცა მაინც ხდება, ზოგიერთ შემთხვევაში, დაზიანების არსებული კვალის დაფიქსირება. ინფორმაცია, როგორც წესი, ამ ჟურნალში მწირია, ხშირად – არაკვალიფიციური. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ, დროებითი მოთავსების იზოლატორების მონიტორინგის დასრულების შემდეგ, შერჩევით განხორციელდა რამდენიმე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ახლად- შესულ პატიმართა დაზიანების შესახებ ინფორმაციის ამსახველი დოკუმენტაციის შესწავლა. ჩვენს მიერ ამოწერილ იქნა კონკრეტული პირები, რომლებსაც, დმი-ის მონაცემებით, აღნიშნულობდა დაზიანებები. აღმოჩნდა, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გადაყვანის შემდეგ, დაზიანებები აღწერილი იყო მხოლოდ 36% – ის შემთხვევაში, დანარჩენ შემთხვევაში კი იმის შესახებ, რომ პატიმარს აღნიშნულობდა სხეულის ამა თუ იმ სახის დაზიანება, არსად იყო ნახსენები. ზემოთ აღნიშნული საკითხების შესახებ დეტალური ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილში:

| №            | დანესებულების დასახელება | საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი (ფორმა №15) |                                  | აბლად შემოსულთა დაზიანების აღრიცხვის ჟურნალის არსებობა | აბლად შემოსულ პატიმართა დაზიანებების სტატისტიკა |                |         |
|--------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------|---------|
|              |                          | ჟურნალის ფიზიკური არსებობა                             | რეგისტრირ. შემთხვევათა რაოდენობა |                                                        | აბლად 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       |
| <b>ჯამი:</b> |                          | <b>17</b>                                              | <b>562</b>                       | <b>6</b>                                               | <b>10684</b>                                    | <b>420</b>     |         |

როგორც ცხრილიდან ნათლად ჩანს, 18 დანესებულებიდან 17-ში „საყოფაცხოვრებო ტრავმების ჟურნალი“ არსებობს. რაც შეეხება აბლადშემოსულ პატიმართა დაზიანებების აღწერის ჟურნალს, იგი 18-დან, 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. ზოგიერთი დაწესებულება დაზიანებებს საერთოდ არ აღრიცხავს. ამ მხრივ სხვადასხვა დაწესებულებებში დამკვიდრებული პრაქტიკა ასევე წარმოდგენილია ცხრილში. რაც შეეხება ადგილზე განხორციელებული შესაძლო ძალადობის ან სხვა გზით მიღებული ტრავმების აღწერას, სულ, მთელი საქართველოს მასშტაბით, მხოლოდ 562 შემთხვევაა დაფიქსირებული.

საკითხის უდიდესი მნიშვნელობის გამო, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ, შესწავლილ იქნა სათითაოდ, ყველა დაწესებულებაში არსებული ტრავმების ჟურნალი, მათი შევსების წესი, ასევე, მათში ასახული ინფორმაციის სტრუქტურა. შედეგები წარმოდგენილია ქვევით:

**თბილისის N1 დაწესებულებაში** მოქმედი „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ ჟურნალი გახსნილია 2010 წლის ივლისიდან. ჟურნალი ზონარგ აყრილია, თუმცა გვერდები მითითებული არ არის. თავდაპირველი ჩანაწერები ჟურნალში ქაოტური და არასისტემატიზებულია. ჩანაწერებს ცხრილის სახე ეძლევა 2011 წლის 7 მაისიდან, საიდანაც რეგისტრირებული შემთხვევები უკვე დანომრირებულია. მონიტორინგის პერიოდში სულ 17 ასეთი რეგისტრირებული ჩანაწერი მოიპოვებოდა, რომელთაგანაც უკანასკნელი (N17) 14 აგვისტოს რიცხვით არის დათარიღებული. 2011 წლის 1 იანვრიდან 1 ივლისის ჩათვლით (საანგარიშო პერიოდი), სულ რეგისტრირებულია 42 დაზიანების შემთხვევა. მათგან, თვეების მიხედვით, რეგისტრირებული შემთხვევები შემდეგნაირად ნაწილდება:

|         |   |           |    |
|---------|---|-----------|----|
| იანვარი | 6 | თებერვალი | 14 |
| მარტი   | 7 | აპრილი    | 7  |
| მაისი   | 5 | ივნისი    | 3  |

საანგარიშო პერიოდში გვხვდება მხოლოდ სამი სახის დაზიანება; დაზიანებათა ხასიათი, არსებული ჩანაწერების მიხედვით, შემდეგნაირად გამოიყურება:

|                     |        |
|---------------------|--------|
| ჭრილობა             | 78.21% |
| სისხლნაჟღენთი       | 17.94% |
| დაჟეჟილობა/შეშუპება | 3.85%  |

რაც შეეხება აღნიშნულ დაავადებათა ლოკალიზაციას სხეულის ზედაპირზე, აღნიშნული მონაცემები შემდეგნაირად გამოიყურება:

|                      |        |
|----------------------|--------|
| ზედა კიდური          | 52.63% |
| სახის მიდამო         | 22.37% |
| კისრის მიდამო        | 11.84% |
| მუცლის მიდამო        | 7.89%  |
| გულმკერდის მიდამო    | 2.63%  |
| ქვედა კიდური         | 1.32%  |
| ქალასარქველის მიდამო | 1.32%  |

ჩანაწერების მიხედვით, 2.39% შემთხვევაში, დაზიანების ხასიათისა და სიმძიმიდან გამომდინარე, მოხდა დაზარალებულის ტრანსპორტირება სამკურნალო დაწესებულებაში. 45.23% შემთხვევაში, დაზიანება დამუშავებულ იქნა სხვადასხვა საშუალებებით და მოხდა შეხვევა, 52.38% შემთხვევაში კი ჩატარებულ იქნა მცირე ქირურგიული ოპერაცია, კერძოდ, ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება ნაკერების დადებით.

ჟურნალში არსებული ჩანაწერები კლასიფიცირებული არ არის. შეუძლებელია იმის გარკვევა, დაზიანება წარმოადგენს საყოფაცხოვრებო ტრავმას, თვითდაზიანებას, ურთიერთდაზიანებას თუ დაზიანებას მიყენებულს სხვა პირის მიერ. აღნიშნული ინფორმაცია უმნიშვნელოვანესია წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის თვალსაზრისით, ასევე, ეფექტური გამოძიებისა და დოკუმენტირების კუთხით.

**ქუთაისის N2 დაწესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ მოქმედი ჟურნალი დაწყებულია 2010 წლის 28 სე-

ქტემბრიდან. მონიტორინგის ჩატარების დროს, არსებული ბოლო ჩანაწერი თარიღდებოდა 20 ივნისით (ტომი 5 N286). ჟურნალი ზონარგაყრილია, დანომრილია, შედგება 94 ფურცლისაგან. ჟურნალის მიხედვით, საანგარიშო პერიოდში (2011 წლის პირველი ნახევარი) სულ რეგისტრირებულია 159 შემთხვევა. მათგან, თვეების მიხედვით, სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:

|         |    |           |    |
|---------|----|-----------|----|
| იანვარი | 22 | თებერვალი | 30 |
| მარტი   | 23 | აპრილი    | 26 |
| მაისი   | 29 | ივნისი    | 29 |

რეგისტრირებული შემთხვევების მიხედვით, სულ გამოიყოფა 8 ტიპის დაზიანება, რომელთა პროცენტული წილი წარმოდგენილია ცხრილის სახით:

|                     |        |
|---------------------|--------|
| ჭრილობა             | 46.21% |
| ნაჭდევი             | 21.62% |
| სისხლნაჟღენთი       | 20.27% |
| ჰიპერემია           | 5.41%  |
| დაჟეჟილობა/შეშუპება | 4.59%  |
| დამწვრობა           | 1.08%  |
| მოტეხილობა / ღრძობა | 0.82%  |

რაც შეეხება ზემოთ აღწერილ დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის სხვადასხვა მიდამოში, აღნიშნული ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში:

|                      |        |
|----------------------|--------|
| ზედა კიდური          | 41.59% |
| სახის მიდამო         | 39.4%  |
| ქვედა კიდური         | 6.33%  |
| ზურგის მიდამო        | 4.43%  |
| ქალასარქველის მიდამო | 2.75%  |

|                   |       |
|-------------------|-------|
| კისრის მიდამო     | 2.21% |
| მუცლის მიდამო     | 1.92% |
| გულმკერდის მიდამო | 1.37% |

ჟურნალის მიხედვით, დაზიანებათა უმრავლესობა, ანუ 64.77%, წარმოადგენს თვითდაზიანებებს; 29.55% შემთხვევაში დაზიანება მიეწერება საყოფაცხოვრებო ტრავმას, შემთხვევათა 5.68%-ში კი, ექიმის მიერ ტრავმის წარმომავლობის კონკრეტიზაცია არ ხდება. რაც შეეხება სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციას, ჟურნალში არსებული ჩანაწერების მიხედვით ირკვევა, რომ 0.61% შემთხვევაში მოხდა პაციენტის ტრანსპორტირება სამკურნალო დაწესებულებაში, შემდგომი დახმარების მიზნით. იმავე პროცენტული მაჩვენებლის ფარგლებში მოხდა პაციენტის დაზიანებული სხეულის ნაწილის ფიქსაცია (იმობილიზაცია). 0.61% შემთხვევაში პაციენტმა უარი განაცხადა სამედიცინო დახმარებაზე. 1.22% შემთხვევაში პაციენტს დაედო ლახტი სისხლდენის შეჩერების მიზნით. ამავე მაჩვენებლით, გამოძახებულ იქნა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა და ასევე 1.22%-ში ექიმის მიერ გაკეთდა ჩანაწერი, სხვა სპეციალისტი ექიმის მიერ კონსულტაციის ჩატარების აუცილებლობასთან დაკავშირებით. ყველაზე ხშირად, 58.28% შემთხვევაში, მოხდა სხეულის დაზიანების უბნის დამუშავება; 23.92% შემთხვევაში, ექიმის მიერ გაკეთებული ჩანაწერით, პაციენტს, მიუხედავად მიღებული ტრავმისა, სამედიცინო დახმარება არ დასჭირვებია. 4.91% შემთხვევაში პაციენტს ჭრილობაზე დაედო ნაკერები და ჩატარდა პირველადი ქირურგიული დამუშავება.

**ბათუმის N3 დაწესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ ჟურნალი სისტემატურად ინარმოება. ჟურნალი ზონარგაყრილია, გვერდები დანომრილია, შედგება 39 ფურცლისაგან. მიუხედავად ამისა, ხარვეზის სახით უნდა აღინიშნოს, რომ ნუმერაცია ზოგჯერ უწყვეტად გრძელდება, ზოგჯერ კი თვეების მიხედვით თავიდან იწყება. საანგარიშო პერიოდში სულ რეგისტრირებულია

დაზიანების 17 შემთხვევა, რომელთა განაწილება თვეების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| იანვარი | 3 | თებერვალი | 4 |
| მარტი   | 6 | აპრილი    | 2 |
| მაისი   | 0 | ივნისი    | 2 |

რეგისტრირებული შემთხვევების ანალიზით ირკვევა, რომ სულ გამოიყოფა 6 ტიპის დაზიანება, რომელთა პროცენტული თანაფარდობა წარმოდგენილია ცხრილში:

|                     |        |
|---------------------|--------|
| ჭრილობა             | 30.43% |
| სისხლნაჟღენთი       | 30.43% |
| ნაჭდევი             | 13.04% |
| დამწვრობა           | 13.04% |
| ჰიპერემია           | 8.69%  |
| დაჟეჟილობა/შეშუპება | 4.37%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების მიხედვით, შემდეგნაირად გამოიყურება:

|               |     |
|---------------|-----|
| სახის მიდამო  | 48% |
| ზედა კიდური   | 24% |
| კისრის მიდამო | 16% |
| ზურგის მიდამო | 4%  |
| ქვედა კიდური  | 4%  |
| მუცლის მიდამო | 4%  |

ჟურნალში რეგისტრირებული ჩანაწერების მიხედვით, 17.64% შემთხვევაში დაზიანებები განეკუთვნება საყოფაცხოვრებო ტრავმას; 29.42% შემთხვევაში, დაზიანებები განიხილება, როგორც თვითდაზიანებები, ნახევარზე მეტ შემთხვევაში კი - 52.94%, დაზიანების წარმომავლობა კლასიფიცირებული არ არის. რაც შეეხება ექიმის



რეაგირებას დაზიანებების არსებობაზე, 78.5% შემთხვევაში ჩატარებულ იქნა ჭრილობებისა და სხვა სახის დაზიანებების დამუშავება ნაკერის დადების გარეშე, 21.5%-ში კი, ჩანაწერების მიხედვით, პაციენტს არაფერი არ გაუკეთდა.

**ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში**, საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღ-  
რიცხვის“ ჟურნალის წარმოება მკვეთრად გაუმჯობესებულია, წინა  
საანგარიშო პერიოდებთან შედარებით. ჟურნალი, ანუ სამედიცინო  
დოკუმენტაციის ფორმა N15, რომლის მინიჭებული ნომერია N427,  
ინარმოება 19.06.2010-დან. ჩვენთვის საინტერესო პერიოდი (2011  
წლის იანვრიდან) იწყება მე-7 გვერდიდან და სულ, საანგარიშო პე-  
რიოდში რეგისტრირებულია დაზიანების 14 შემთხვევა, რომელთა  
განაწილება თვეების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| იანვარი | 3 | თებერვალი | 1 |
| მარტი   | 3 | აპრილი    | 1 |
| მაისი   | 5 | ივნისი    | 1 |

დაზიანებათა უმრავლესობა წარმოდგენილია ქრილობის სახით; სიხშირით მომდევანო ადგილზეა დამწვრობა. აღნიშნული თავისებურებები პროცენტულად გამოსახულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

|           |        |
|-----------|--------|
| ჭრილობა   | 57.15% |
| დამწვრობა | 33.33% |
| ნაჭდევი   | 4.76%  |
| ჰიპერემია | 4.76%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების მიხედვით, ამ შემთხვევაშიც ძირითადი წილი სახის მიდამოსა და ზედა კიდურზე მოდის. აღნიშნული მონაცემების ზუსტი განაწილება წარმოდგენილია ცხრილში:

|               |        |
|---------------|--------|
| ზედა კიდური   | 48.85% |
| სახის მიდამო  | 34.78% |
| ქვედა კიდური  | 8.69%  |
| მუცლის მიდამო | 4.34%  |
| კისრის მიდამო | 4.34%  |

არსებული 14 შემთხვევიდან, 57.15% კლასიფიცირებულია, როგორც თვითდაზიანება; 28.57% შემთხვევაში ექიმი მიუთითებს საყოფაცხოვრებო ტრავმაზე, 14.28%-ში კი, დაზიანებები მიყენებულია სხვა პირების მიერ. რაც შეეხება სამედიცინო დახმარებას, 6.67% შემთხვევაში პაციენტი გადაყვანილ იქნა სამკურნალო დაწესებულებაში, 93.3% შემთხვევაში კი, მითითებულია ჭრილობის და-მუშავების (ნაკერების დადების გარეშე) შესახებ.

**რუსთავის N5 ქალთა დაწესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ მოქმედი ჟურნალი (ფორმა N15) იწყება 2010 წლის 5 მაისიდან. ჟურნალი დანომრილია, ზონარგაყრილია. მონიტორინგის ჩატარების მომენტში, ბოლო ჩანაწერის რიგითი ნომერია 62 და დათარიღებულია 2011 წლის 14 აგვისტოთი. საანგარიშო პერიოდში ჟურნალში 45 შემთხვევაა რეგისტრირებული, რომელთა გადანაწილება თვეების მიხედვით, წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

|         |   |           |    |
|---------|---|-----------|----|
| იანვარი | 3 | თებერვალი | 7  |
| მარტი   | 9 | აპრილი    | 10 |
| მაისი   | 8 | ივნისი    | 8  |

რაც შეეხება დაზიანებათა სახეებს, სულ, საანგარიშო პერიოდში იდენტიფიცირებულ იქნა 5 ძირითადი სახის დაზიანება, რომელიც აღენიშნებოდათ დაზარალებულებს. აღნიშნული წარმოდგენილია ცხრილში:



შემთხვევაში მითითებულია, რომ მსჯავრდებულმა ქლორიანი წყალი დალია. ამ შემთხვევაში განხორციელდა ინფუზიები. პაციმარი არ იქნა გადაყვანილი სამკურნალო დაწესებულებაში. მიუხედავად ამისა, მთავარი ექიმის განცხადებით, 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში, სუიციდის მცდელობის არცერთი ფაქტი არ დაფიქსირებულა.

**რუსთავის N6 დაწესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ მოქმედი ჟურნალი (ფორმა N15) იწყება 2010 წლის 5 ოქტომბრიდან. ჟურნალი დაუნომრავია და ჩანაწერები მასში ხშირად არასისტემატიზებულად ინარმოება. საანგარიშო პერიოდში რეგისტრირებულია სულ 76 დაზიანების შემთხვევა. თვეების მიხედვით სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:

|         |    |           |    |
|---------|----|-----------|----|
| იანვარი | 10 | თებერვალი | 14 |
| მარტი   | 15 | აპრილი    | 11 |
| მაისი   | 12 | ივნისი    | 14 |

დაზიანებათა უმრავლესობა აქაც წარმოდგენილია ქრილობის სახით; სიხშირით მომდევნო ადგილზეა სისხლნაჟღენთი. აღნიშნული თავისებურებები პროცენტულად გამოსახულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

|               |        |
|---------------|--------|
| ჭრილობა       | 79.03% |
| სისხლნაჟღენთი | 14.81% |
| ნაჭდევი       | 4.93%  |
| ჰიპერემია     | 1.23%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების მიხედვით, დაზიანებათა ნახევარზე მეტი წარმოდგენილია ზედა კიდურებზე. დაზიანებათა ლოკალიზაცია და მისი თავისებურებანი წარმოდგენილია ცხრილში:

|                      |         |
|----------------------|---------|
| ზედა კიდური          | 50.89 % |
| სახის მიდამო         | 24.58 % |
| მუცლის მიდამო        | 10.79 % |
| კისრის მიდამო        | 5.98 %  |
| ქალასარქველის მიდამო | 2.99 %  |
| გულმკერდის მიდამო    | 1.79 %  |
| ზურგის მიდამო        | 1.79 %  |
| ქვედა კიდურის მიდამო | 1.19 %  |

აღსანიშნავია, რომ დაზიანების არცერთ შემთხვევაში არ არის მითითებული ტრავმის წარმომავლობა. კერძოდ, არ არის მითითებული, დაზიანება წარმოიშვა საყოფაცხოვრებო ტრავმის, ურთიერთდაზიანებისა თუ სხვა პირის მიერ მიყენებული რაიმე ზემოქმედებისაგან. ამ მხრივ, წინა პერიოდში არსებული მდგომარეობა არ შეცვლილა, მიუხედავად ჩვენს მიერ გაცემული რეკომენდაციისა. რაც შეეხება ტრავმის არსებობის შემთხვევაში ექიმის ქმედებას, ჟურნალის ჩანაწერებიდან ირკვევა, რომ შემთხვევათა ნახევარში (50.51%) მოხდა დაზიანებული უბნის დამუშავება; 18.18% შემთხვევაში მოხდა ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება ნაკერის დადებით; 16.16% შემთხვევაში მოხდა მხოლოდ შეხვევა; რაიმე სახის დახმარება საჭიროდ არ ჩაითვალა 15.15% შემთხვევაში.

**თბილისის N7 დაწესებულებაში** ინარმოება „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ ჟურნალი (ფორმა N15). მიუხედავად ამისა, მთავარი ექიმის განმარტებით, საანგარიშო პერიოდში, ადგილზე მომხდარი რაიმე ინციდენტის შედეგად განვითარებული ტრავმა დაფიქსირებული არ არის. შესაბამისად, ჟურნალიც ცარიელია. ექიმის განმარტებით, მას მხოლოდ ერთხელ მოუხდა დაზიანებათა დაფიქსირება, თუმცა აღნიშნული შემთხვევა შეეხებოდა ახლადშემოყვანილ პატიმარს, რის გამოც დაზიანებები აღინერა სამედიცინო ბარათში და შესაბამისად, ზემოთ აღნიშნულ ჟურნალში არანაირი ჩანაწერი არ გაკეთებულა.

**თბილისის N8 დაწესებულებაში**, „დაზიანებათა აღრიცხვის“ ჟურნალი, ჩვენი დიდი ძალისხმევის შედეგად, საბოლოოდ მაინც იქნა წარმოდგენილი. ჟურნალს მინიჭებული აქვს სარეგისტრაციო ნომერი N199. მთავარი ექიმის განმარტებით, ტრავმის შემთხვევაში, ჩანაწერს აკეთებენ ამბულატორულად ჩატარებული ქირურგიული მანიპულაციების აღრიცხვის ჟურნალში. მიუხედავად ამისა, ჩვენს მიერ დეტალურად იქნა შესწავლილი ხსენებული ჟურნალი და იქ, ადგილზე მიღებული ტრავმის შედეგად ჩატარებული მანიპულაცია აღწერილი არ ყოფილა. ამის შემდეგ, მთავარმა ექიმმა წარმოადგინა ჟურნალი N199, სადაც 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში, სულ, რეგისტრირებულია 2 შემთხვევა (მარტისა და აპრილის თვეებში), მათგან – 1 საყოფაცხოვრებო ტრავმა (დამწვრობა),<sup>1</sup> შემთხვევაში კი, ჩანაწერის მიხედვით, პირმა თვითდაზიანება მიიყენა. ორივე შემთხვევაში, დახმარება ადგილზე იქნა აღმოჩენილი. დაზიანებები ლოკალიზებული იყო კისრისა და ზედა კიდურის მიდამოებში. აღნიშნული მდგომარეობა გვაფიქრებინებს, რომ ამ დაწესებულებაში ტრავმების რეგისტრაცია პრაქტიკულად არ მიმდინარეობს დადგენილი წესის მიხედვით, ან ექიმს არ აქვს ხელმისაწვდომობა იმ პაციენტისადმი, რომელსაც, სხვადასხვა მიზეზით, აღენიშნება სხეულის ამა თუ იმ სახის დაზიანებები. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ N8 დაწესებულება წარმოადგენს წინასწარი პატიმრობის ადგილს და მასში თვიდან თვემდე შემოსულ ახალ პატიმართა რიცხვი საქართველოს მასშტაბით მაქსიმალურია, აღნიშნული პრაქტიკა დაუშვებელია და დროულად უნდა გამოსწორდეს. წინა წლებშიც, აღნიშნულ დაწესებულებაში მსგავსი ვითარება იყო შექმნილი. მიუხედავად ჩვენს მიერ გაცემული არაერთი რეკომენდაციისა, სიტუაცია კვლავ არ შეცვლილა.

**თბილისის N9 დაწესებულება** წარმოადგენს ყოფილი მე-10 დაწესებულების მემკვიდრეს. ახალ შენობაში, დაწესებულება 2011 წლის 18 მარტიდან გადმოვიდა. შესაბამისად, დოკუმენტაციის წარმოებაში შეტანილ იქნა ცვლილებები. აღსანიშნავია, რომ წინა წლებში

ჩატარებული მონიტორინგის შედეგებით, დაწესებულებაში „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ ჟურნალის წარმოებას პრაქტიკულად ფორმალური ხასიათი ჰქონდა და მასში შემთხვევათა რეგისტრაცია პრაქტიკულად არ მიმდინარეობდა. რაც შეეხება საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულ ტენდენციებს, ჟურნალში სულ 1 შემთხვევაა რეგისტრირებული. ადგილობრივი ექიმის განმარტებით, იანვარში იყო ერთი დაზიანების შემთხვევა, თუმცა იგი რეგისტრირებულია სხვა ჟურნალში. ჩვენს მიერ დაწესებულების ადმინისტრაციის არქივიდან ამოღებულ იქნა აღნიშნული ჟურნალი და ჩანაწერი. რაც შეეხება ახალ ჟურნალს, მასში რეგისტრირებული ერთადერთი შემთხვევა თარიღდება 6 მაისით. ჩანაწერის მიხედვით ირკვევა, რომ მსჯავრდებულს აღენიშნება 3 სმ სიგრძის ნასერი ჭრილობა მარცხენა წინამხრის მიდამოში. ჭრილობა დამუშავდა, დაედო ასეპტიური ნახვევი. ჩანაწერში არ არის იდენტიფიცირებული დაზიანების მიღების წარმომავლობა. სამედიცინო ნაწილში დოკუმენტაციის შემონიშვნის დროს ნანახი იქნა ცნობა, რომლის მიხედვითაც, 2011 წლის 10 აპრილს, მსჯავრდებულ რ.ლ.-ს აღენიშნებოდა შუბლის არეში სისხლნაჟღენთი და ჰიპერემია. ჩანაწერის მიხედვით, აღნიშნული პირი ძლიერ აღგზნებულია, რის გამოც მიეცა დამამშვიდებელი. როგორც ჩანს, ამ დაწესებულებაშიც ტრავმების აღრიცხვას ფორმალური ხასიათი აქვს და მხოლოდ აღრიცხვის ჟურნალის არსებობით შემოიფარგლება.

**არასრულწლოვანთა სპეციალურ N11 დაწესებულებაში,** „დაზიანებათა აღრიცხვის“ ჟურნალის წარმოება, როგორც წინა მონიტორინგებში გამოავლინა, სისტემატურად ხდება. მონიტორინგის პერიოდში, საანგარიშო პერიოდისათვის გატარებული შემთხვევები ჟურნალში არ აღმოჩნდა. 2011 წელს სულ 1 შემთხვევაა გატარებული, რომელიც აგვისტოს თვით თარიღდება.

**თბილისის N12 დაწესებულებაში,** ისევე, როგორც წინა წლებში, „საყოფაცხოვრებო დაზიანებათა“ ჟურნალი ინარმოება დაწესებ-

უღებაში გარდაცვლილ პირთა აღრიცხვის ჟურნალთან ერთად. ჟურნალი შედგება 96 ფურცლისაგან, ზონარგაყრილია, დაბეჭდილია. მიუხედავად ამისა, ბეჭედზე თარიღი მინერილი არ არის. მინიჭებული აქვს სარეგისტრაციო ნომერი N172. მოქმედი ჟურნალის წარმოება იწყება 2010 წლის 1 ოქტომბრიდან. 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში (საანგარიშო პერიოდი) ჟურნალში ჩანაწერი გაკეთებული არ არის.

**ხონის N13 დაწესებულებაში** მონიტორინგის დროს წარმოგვიდგინეს „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი“, რომელსაც მინიჭებული აქვს სარეგისტრაციო ნომერი N61. მოქმედი ჟურნალის წარმოება დაწყებულია 2010 წლის 26 მარტს. აქვე მითითებულია, რომ 2010 წლის 31 დეკემბერს, მისი მოქმედების ვადა დასრულდა. 2011 წლის 3 იანვარს გაუგრძელდა მოქმედების ვადა. ჟურნალი დანომრილია, ზონარგაყრილია, შეიცავს 42 ფურცელს. 2011 წლის განმავლობაში ჟურნალში რეგისტრირებულია სულ 3 შემთხვევა. მათ შორის 2 შემთხვევა მოექცა საანგარიშო პერიოდში, ანუ 2011 წლის პირველ 6 თვეში. აქედან პირველი შემთხვევა რეგისტრირებულია თებერვალში, მეორე კი – აპრილში. დაზიანების სახით აღწერილია სისხლნაჟღენთი და ჭრილობა, რომელთაგანაც ერთი მდებარეობდა მუცლის მიდამოში, მეორე კი – ქვედა კიდურის მიდამოში. ორივე შემთხვევაში მითითებულია, რომ ჩატარდა ჭრილობის პირველადი დამუშავება. ექიმის მიერ დაზიანებები კლასიფიცირებული არ არის, თუმცა ამ შემთხვევათა ანალიზიდან, სავარაუდოდ, ერთი შემთხვევა უნდა იყოს თვითდაზიანება, მეორე კი – საყოფაცხოვრებო ტრავმა.

**გეგუთის N14 დაწესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო დაზიანებათა“ მოქმედი ჟურნალის წარმოება დაწყებულია 2010 წლის 18 ოქტომბერს. ჟურნალს მინიჭებული აქვს სარეგისტრაციო N98 (ტომი 1). პირველი ჩანაწერი გაკეთებულია 2010 წლის 23 ნოემბერს; 2011 წლის პირველი ჩანაწერი, ჟურნალში რიგით მეექვსეა. 2011 წლის



საანგარიშო პერიოდში, სულ, რეგისტრირებულია დაზიანების 7 შემთხვევა. აღნიშნულ შემთხვევათა განაწილება თვეების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| იანვარი | 4 | თებერვალი | 0 |
| მარტი   | 0 | აპრილი    | 0 |
| მაისი   | 2 | ივნისი    | 1 |

ამათგან 3 შემთხვევაში დაფიქსირებულია ჭრილობა; 2 შემთხვევაში – დაუკონკრეტებელი ხასიათის დაზიანება, თითო-თითო შემთხვევაში კი – დაჟეჟილობა და ნაჭდევია. 7 დაზიანებიდან 6 მდებარეობდა ზედა კიდურზე, 1 კი – კისრის მიდამოში. ყველა (შვიდივე) შემთხვევაში ჩატარდა ჭრილობის დამუშავება. არსებული 7 დაზიანებიდან, 3 შემთხვევაში ექიმი მიუთითებს, რომ აღნიშნული შემთხვევები წარმოადგენს თვითდაზიანებას, 4 შემთხვევაში კი, დაზიანების წარმომავლობა არ არის იდენტიფიცირებული.

**ქსნის N15 დანესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო დაზიანებათა აღრიცხვის“ მოქმედი ჟურნალის (ფორმა N15) წარმოება დაწყებულია 2010 წლის 1 ივნისიდან. ჟურნალში გატარებული შემთხვევები, თავდაპირველად დანომრილია, თუმცა ბოლო ნაწილში ნუმერაცია ირევა. გვერდები დანომრილი არ არის. 2011 წლის შემთხვევები იწყება რიგითი ნომრით „72“. აქედან მოყოლებული, საანგარიშო პერიოდში, სულ, გატარებულია დაზიანების 106 შემთხვევა. აღნიშნული სტატისტიკა თვეების მიხედვით შემდეგნაირად გამოიყურება:

|         |    |           |    |
|---------|----|-----------|----|
| იანვარი | 15 | თებერვალი | 18 |
| მარტი   | 19 | აპრილი    | 21 |
| მაისი   | 17 | ივნისი    | 16 |

დაზიანებათა ჟურნალის ანალიზის მიხედვით, ჩვენს მიერ მოხდა დაზიანების 5 ძირითადი სახეობის იდენტიფიკაცია:

|                     |        |
|---------------------|--------|
| ჭრილობა             | 72.05% |
| სისხლნაჟღენთი       | 14.23% |
| ნაჭდევი             | 5.39%  |
| დაჟეჟილობა          | 5.39%  |
| ღრძობა / მოტეხილობა | 2.94%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების მიხედვით, მათი დიდი ნაწილი წარმოდგენილია ზედა კიდურებზე და სახის არეში. დაზიანებათა ლოკალიზაციის სტატისტიკური გაანალიზება ნაჩვენებია ცხრილში:

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| ზედა კიდური           | 42.26% |
| სახის მიდამო          | 28.35% |
| ქვედა კიდური          | 9.27%  |
| ქალასარქველის მიდამო  | 7.73%  |
| მუცლის მიდამო         | 6.71%  |
| კისრის მიდამო         | 3.62%  |
| ზურგის მიდამო         | 1.03%  |
| შორისი და გენიტალიები | 1.03%  |

რაც შეეხება განეულ სამედიცინო დახმარებას, სარეგისტრაციო ჟურნალის მიხედვით, პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია, შემდგომი დახმარების მიზნით, განხორციელდა 5,45% შემთხვევაში. ყველაზე ხშირად ტარდებოდა ჭრილობის ან დაზიანებული არის დამუშავება (73.63%). ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება ნაკერების დადებით განხორციელდა 15.45% შემთხვევაში. დაზიანებული მიდამოს იმოპილიზაცია მოხდა 3.63% შემთხვევაში, დახმარების განევაზე უარი კი, პაციენტმა 1.84% შემთხვევაში განაცხადა. სარეგისტრაციო ჟურნალში არსებული მონაცემების მიხედვით, დაზიანების ნახევარზე მეტს (53.77%) მითითებული არ აქვს ტრავმის წარმომავლობა. 24.52% შემთხვევაში დაზიანება განიხილება, როგორც თვითდაზიანება, 17.94% შემთხვევაში კი – როგორც საყოფაცხოვრებო ტრავმა. 3.77% შემთხვევაში ჟურნალში

მითითებულია, რომ პირს უკბინა კატამ. აღნიშნულის გამო 4 პაციენტი გაყვანილ იქნა ანტირაბიული ვაქცინაციის ჩასატარებლად.

**რუსთავის N16 დაწესებულებაში** ინარმოება „საყოფაცხოვრებო ტრავმების, თვითდაზიანებებისა და გარდაცვლილთა აღრიცხვის ჟურნალი“. ჟურნალს მინიჭებული აქვს სარეგისტრაციო ნომერი N74. მოქმედი ჟურნალის წარმოება დაწყებულია 2010 წლის 9 ნოემბერს. ჟურნალი დანომრილია, ზონარგაყრილია და შედგება 96 ფურცლისაგან. საანგარიშო პერიოდში, რეგისტრირებულია სულ 16 შემთხვევა, რომლებიც თვეების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება:

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| იანვარი | 1 | თებერვალი | 0 |
| მარტი   | 3 | აპრილი    | 1 |
| მაისი   | 5 | ივნისი    | 6 |

დაზიანებათა ჟურნალის ანალიზის მიხედვით, ჩვენს მიერ მოხდა დაზიანების 4 ძირითადი სახეობის იდენტიფიკაცია. აღნიშნული კლასების მიხედვით, სტატისტიკა შემდეგნაირად ნაწილდება:

|                   |        |
|-------------------|--------|
| ჭრილობა           | 51.16% |
| ნაჭდები           | 32.55% |
| მოტეხილობა/ტრავმა | 9.32%  |
| დაჟეჟილობა        | 6.97%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების მიხედვით, აღნიშნული ნაჩვენებია ცხრილში:

|                      |        |
|----------------------|--------|
| ზედა კიდური          | 33.35% |
| მუცლის მიდამო        | 26.19% |
| ქვედა კიდური         | 19.04% |
| სახის მიდამო         | 14.28% |
| ქალასარქველის მიდამო | 7.14%  |

რაც შეეხება ტრავმების შემდგომ დახმარებას, დაზარალებულთა 75% ჩაუტარდა ქრილობის დამუშავება ადგილობრივი ექიმის დახმარებით; 12.5% გადაყვანილ იქნა სტაციონარში შემდგომი მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის მიზნით; მათგან ერთ-ერთ პაციენტს აღენიშნებოდა მუცლის ღრუში შემავალი ქრილობა. დაზარალებულთა 4.17% დაედო კვანძოვანი ნაკერები, 8.33% შემთხვევაში კი, ჟურნალში არ არის მითითებული, რა სახის დახმარება იქნა გაწეული. სარეგისტრაციო ჟურნალის მიხედვით, შემთხვევათა 50% შეადგენს თვითდაზიანების ფაქტები, 18.75% შემთხვევაში საქმე გვაქვს საყოფაცხოვრებო ტრავმასთან, 31.25% შემთხვევაში კი, არ არის მითითებული, სად და რა ვითარებაში მოხდა დაზიანების მიღება.

**რუსთავის N17 დანესებულებაში,** „საყოფაცხოვრებო ტრავმების აღრიცხვის“ მოქმედი ჟურნალი იწარმოება 2011 წლის 1 იანვრიდან. ჟურნალი დანომრილია, ზონარგაყრილია. მონიტორინგის მომენტში ნანახი ბოლო ჩანაწერი დათარიღებულია 09.08.2011-ით და მინიჭებული აქვს სარეგისტრაციო ნომერი - 77. სულ, საანგარიშო პერიოდში, ანუ 2011 წლის პირველ 6 თვეში, რეგისტრირებულია ტრავმის 58 შემთხვევა, რომლებიც თვეების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება:

|         |    |           |    |
|---------|----|-----------|----|
| იანვარი | 11 | თებერვალი | 5  |
| მარტი   | 9  | აპრილი    | 9  |
| მაისი   | 14 | ივნისი    | 10 |

დაზიანებათა ჟურნალის ანალიზის მიხედვით, ჩვენს მიერ მოხდა დაზიანების 8 ძირითადი სახეობის იდენტიფიკაცია. აღნიშნული კლასების მიხედვით, სტატისტიკა შემდეგნაირად ნაწილდება:

|               |        |
|---------------|--------|
| ქრილობა       | 33.98% |
| სისხლნაჟღენთი | 31.06% |

|                   |        |
|-------------------|--------|
| ნაჭდევი           | 18.44% |
| მოტეხილობა/ტრავმა | 6.79%  |
| დაუუქილობა        | 4.85%  |
| დაუკონკრეტებელი   | 2.94%  |
| ჰიპერემია         | 0,97%  |
| დამწვრობა         | 0.97%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების მიხედვით, აღნიშნული ნაჩვენებია ცხრილში:

|                      |        |
|----------------------|--------|
| სახის მიდამო         | 50.48% |
| ზედა კიდური          | 25.27% |
| ქალასარქველის მიდამო | 7.76%  |
| მუცლის მიდამო        | 4.85%  |
| ქვედა კიდური         | 4.85%  |
| კისრის მიდამო        | 4.85%  |
| ზურგის მიდამო        | 0.97%  |
| გულმკერდის მიდამო    | 0.97%  |

რაც შეეხება ტრავმების შემდგომ დაზიანებას, დაზარალებულთა 69.35% ჩაუტარდა ჭრილობის დამუშავება ადგილობრივი ექიმის დახმარებით; 1.64% გადაყვანილია სტაციონარში; 9.67% ჩაუტარდა ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება კვანძოვანი ნაკერების დადებით; დაზარალებულთა 3.22%-მა უარი განაცხადა დახმარებაზე. ექიმის აზრით, ტრავმირებულთა 11.29% სამედიცინო დახმარება არ ესაჭიროებოდა, 4.83% შემთხვევაში კი მოხდა სხეულის დაზიანებული მიდამოს დაფიქსირება (იმობილიზაცია). მეტად საინტერესო შედეგი აჩვენა დაზიანებათა წარმომავლობის შესწავლამ. როგორც გაირკვა, დაზიანებათა 55.17% კლასიფიცირებულია, როგორც საყოფაცხოვრებო ტრავმა. მხოლოდ 17.22% წარმოადგენს თვითდაზიანების შემთხვევებს. 3.44% შემთხვევაში დაზიანების მიყენების მიზეზია სუიციდის მცდელობა. ამდენივე

პროცენტული წილი უკავია კატის ნაკბენებს (3.44%). 1.75% შემთხვევაში დაზიანება მიღებულია ეპილეფსიური გულყრის დროს გონების დაკარგვისა და წაქცევის შედეგად. სამწუხაროა, მაგრამ რეგისტრირებულ შემთხვევათა 18.96%-ს, კვლავ არ აქვს მიწერილი ტრავმის წარმომავლობა.

**N18 დაწესებულებაში** (მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში), ტრადიციულად, „საყოფაცხოვრებო დაზიანებათა აღრიცხვის“ ჟურნალი არ ინარმოება. მიუხედავად არაერთი რეკომენდაციისა, აღრიცხვიანობის აღნიშნული მექანიზმის დანერგვა ვერ ხერხდება. დაწესებულების მთავარმა ექიმმა სიტყვიერად მოგვახსენა, რომ ასეთი ჟურნალი არსებობსო, თუმცა იგი არ არის საქმის კურსში, ვინ, სად და როგორ აწარმოებს მას, თუმცა, მოთხოვნის მიუხედავად, ჟურნალი დაწესებულების ვერცერთმა სტრუქტურულმა დანაყოფმა ვერ წარმოგვიდგინა. მთავარი ექიმის გადმოცემით, დაზიანების შემთხვევაში ინფორმაცია ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში. ვინაიდან აღნიშნული დაწესებულება წარმოადგენს დახურულ ინსტიტუციას, მხოლოდ სამედიცინო დოკუმენტაციაში დაზიანების ფაქტის დაფიქსირება, არ წარმოადგენს საკმარის ღონისძიებას და შეუსაბამოა წამების პრევენციის პრინციპებთან. გარდა იმისა, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციაში დაფიქსირებული არასისტემატიზებული ინფორმაციის მოძიება, ანალიზი და კონტროლი გაძნელებული პროცედურაა, შეუძლებელია ეფექტური პრევენციისა და ადეკვატური რეაგირების დროული დაგეგმვა და გატარება, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას კიდევ ერთხელ მივმართავთ რეკომენდაციით, შემოიღოს და დადგენილი წესით აწარმოოს დაზიანებათა აღრიცხვის ჟურნალი.

**ქსნის N19 დაწესებულებას,** რომელშიც ტუბერკულოზით დაავადებული მსჯავრდებულები არიან განთავსებულნი, „დაზიანების ჟურნალი“ გახსნილი აქვს. ამჟამად მოქმედი ჟურნალი ინარმოება 2010

წლის 11 ივნისიდან. ჟურნალი დანომრილია, ზონარგაცრილია. ბექ-  
დის დარტყმის ადგილას არსებული წარწერით ირკვევა, რომ იგი 28  
აპრილს არის ოფიციალურად გატარებული. დაზიანებათა აღრიცხ-  
ვის აღნიშნულ ჟურნალში, მონიტორინგის პერიოდისათვის, სულ  
გატარებული იყო 37 შემთხვევა. მათ შორის, 2011 წლის პირველ  
ნახევარში – სულ 16 შემთხვევა. ნუმერაცია არეულია, ჩანაწერები  
არასისტემატიზირებულია. ჩანაწერები თვეების მიხედვით შემდე-  
გნაირად ნაწილდება:

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| იანვარი | 2 | თებერვალი | 4 |
| მარტი   | 1 | აპრილი    | 3 |
| მაისი   | 3 | ივნისი    | 3 |

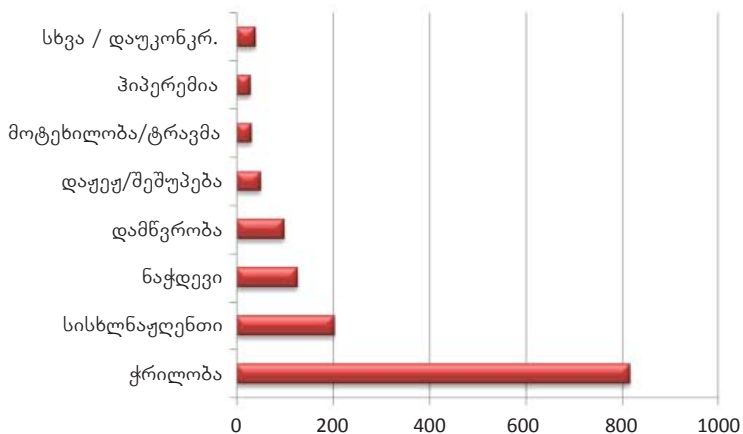
დაზიანებათა ჟურნალის ანალიზის მიხედვით, ჩვენს მიერ მოხდა  
დაზიანების 5 ძირითადი სახეობის გამოყოფა. აღნიშნული კლასების  
მიხედვით, სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:

|                   |        |
|-------------------|--------|
| ჭრილობა           | 68.75% |
| სისხლნაჟღენთი     | 12.51% |
| ნაჭდევი           | 9.37%  |
| დაჟეჟილობა        | 6.25%  |
| მოტეხილობა/ტრავმა | 3.12%  |

რაც შეეხება დაზიანებათა გადანაწილებას სხეულის მიდამოების  
მიხედვით, აღნიშნული ნაჩვენებია ცხრილში:

|                   |        |
|-------------------|--------|
| ზედა კიდური       | 43.75% |
| სახის მიდამო      | 34.37% |
| ქვედა კიდური      | 12.52% |
| მუცლის მიდამო     | 3.12%  |
| ზურგის მიდამო     | 3.12%  |
| გულმკერდის მიდამო | 3.12%  |

რაც შეეხება ტრავმების შემდგომ დახმარებას, დაზარალებულთა 85.72%-ს ჩაუტარდა ქრილობის დამუშავება. 7.14% შემთხვევაში ჩატარდა ქრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება ნაკერების დადებით, დარჩენილ 7.14%-ში კი, ექიმის მიერ განისაზღვრა, რომ პაციენტები არ საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას. ასევე აღსანიშნავია, რომ რეგისტრირებულ შემთხვევათა 18.75% წარმოადგენს თვითდაზიანებას, დარჩენილ 81.25% შემთხვევაში კი, არ არის მითითებული, რა არის ტრავმის წარმოშობის მიზეზი. წარმოდგენილი ინფორმაციის ანალიზით ვლინდება, რომ დაზიანებებს შორის დომინირებს ქრილობები:



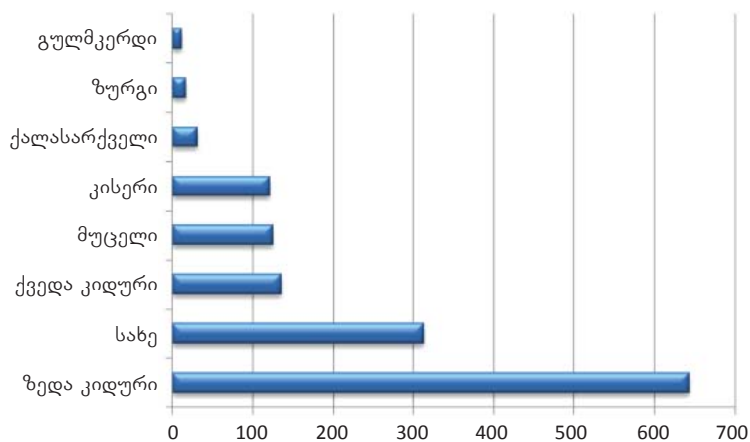
სიხშირით, შემდეგი ყველაზე გავრცელებული დაზიანებაა სისხლნაჟღენთი. მესამე ადგილზეა ნაჭდები. აღსანიშნავია, რომ წელს დამწვრობების რიცხვმა საკმაოდ იმატა. გასულ წლებში, დამწვრობის მხოლოდ ერთეული შემთხვევები ფიქსირდებოდა. დაწესებულებათა უმრავლესობის მთავარი ექიმების განმარტებით, აღნიშნულის მიზეზია წყლის ელექტრომაღლარიდან მდულარე წყლის გადმოსხმა. შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში, ექიმი არ მიუთითებს დაზიანების სახეს, არამედ პირდაპირ აკეთებს ჩანაწერს, რომ აღენიშნება „დაზიანება“. ამგვარი კატეგორიები გავაერთიანეთ დაუკონკრეტებელ დაზიანებათა რიცხვში. რაც შეეხება ცალკეულ დაწესებულებებს,



ამ მხრივაც მრავალი ტენდენცია გამოიკვეთა. მაგალითად, დაზიანების სახით ნაჭდევეები ყველაზე ხშირად გვხვდება N16 დაწესებულებაში. სისხლნაჟღენთი ყველაზე გავრცელებული დაზიანების ტიპია N17 დაწესებულებაში. ჰიპერემია (რაც ახალ დაზიანებაზე მიუთითებს) – N3 დაწესებულებაში. ჭრილობების რაოდენობის მიხედვით პირველ ადგილს იკავებს თბილისის N1 დაწესებულება. ძვალ-სახსართა სისტემის დაზიანების მხრივ (მოტეხილობა, ღრძობა და ა.შ.) წამყვანი ადგილი კვლავ რუსთავის N16 დაწესებულებას უკავია. დაჟეჟილობა და სხეულის ამა თუ იმ უბნის შეშუპება დომინირებს N14 დაწესებულებაში, დამწვრობა – N4 დაწესებულებაში. ყველაზე ხშირად დაზიანების ტიპს არ მიუთითებენ N14 დაწესებულების ექიმები. აღნიშნული სტატისტიკა დეტალურად ასახულია ცხრილში (მონაცემები მოცემულია პროცენტებში):

| №  | დაწესებულების დასახელება | ნაჭდევი | სისხლ-ნაჟღენთი | ჰიპერემია | ჭრილობა | მოტეხილობა/ტრავმა | დაჟეჟ / შეშუპება | დამწვრობა | სხვა / დაუკონკრ. |
|----|--------------------------|---------|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------|-----------|------------------|
| 1  | №1 დაწესებულება          | 0       | 17.94          | 0         | 78.21   | 0                 | 3.85             | 0         | 0                |
| 2  | №2 დაწესებულება          | 21.62   | 20.27          | 5.41      | 46.21   | 0.82              | 4.59             | 1.08      | 0                |
| 3  | №3 დაწესებულება          | 13.04   | 30.43          | 8.69      | 30.43   | 0                 | 4.37             | 13.04     | 0                |
| 4  | №4 დაწესებულება          | 4.76    | 0              | 4.76      | 57.15   | 0                 | 0                | 33.33     | 0                |
| 5  | №5 დაწესებულება          | 3.52    | 12.28          | 8.77      | 57.89   | 8.77              | 0                | 0         | 8.77             |
| 6  | №6 დაწესებულება          | 4.93    | 14.81          | 1.23      | 79.03   | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 7  | №7 დაწესებულება          | 0       | 0              | 0         | 0       | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 8  | №8 დაწესებულება          | 0       | 0              | 0         | 50      | 0                 | 0                | 50        | 0                |
| 9  | №9 დაწესებულება          | 0       | 0              | 0         | 100     | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 10 | №11 დაწესებულება         | 0       | 0              | 0         | 0       | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 11 | №12 დაწესებულება         | 0       | 0              | 0         | 0       | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 12 | №13 დაწესებულება         | 0       | 50             | 0         | 50      | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 13 | №14 დაწესებულება         | 14.3    | 0              | 0         | 42.8    | 0                 | 14.3             | 0         | 28.6             |
| 14 | №15 დაწესებულება         | 5.39    | 14.23          | 0         | 72.05   | 2.94              | 5.39             | 0         | 0                |
| 15 | №16 დაწესებულება         | 32.55   | 0              | 0         | 51.16   | 9.32              | 6.97             | 0         | 0                |
| 16 | №17 დაწესებულება         | 18.44   | 31.06          | 0.97      | 33.98   | 6.79              | 4.85             | 0.97      | 2.94             |
| 17 | №18 დაწესებულება         | 0       | 0              | 0         | 0       | 0                 | 0                | 0         | 0                |
| 18 | №19 დაწესებულება         | 9.37    | 12.51          | 0         | 68.75   | 3.12              | 6.25             | 0         | 0                |

რაც შეეხება დაზიანებათა ლოკალიზაციას, მონაცემები წააგავს გასული წლის მონაცემებს, კერძოდ, მთელი საქართველოს მასშტაბით, დაზიანებები ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია ზედა კიდურისა და სახის მიდამოში. მესამე ადგილზე წელს, 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 გულმკერდისა და ზურგის მიდამო. აღსანიშნავია, რომ ამ მიდამოთა დაზიანება დომინირებდა რამდენიმე წლის წინ. რაც შეეხება ქალასარქველზე მიყენებულ დაზიანების სახეებს, აღნიშნული მაჩვენებელი დაახლოებით იმავე საზღვრებში მერყეობს, რაც გასული წლის ანალოგიური მაჩვენებლის შემთხვევაში. მთელი საქართველოს მასშტაბით, დაზიანებათა სიხშირეები ასახულია გრაფიკზე:



რაც შეეხება სპეციფიკას, ცალკეული დაწესებულებების მიხედვით, უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ დაწესებულებათა უმრავლესობაში, დაზიანების წამყვანი მიდამო შეესაბამება საქართველოს საშუალო მაჩვენებელს. განსხვავებული მაჩვენებელი დაფიქ-

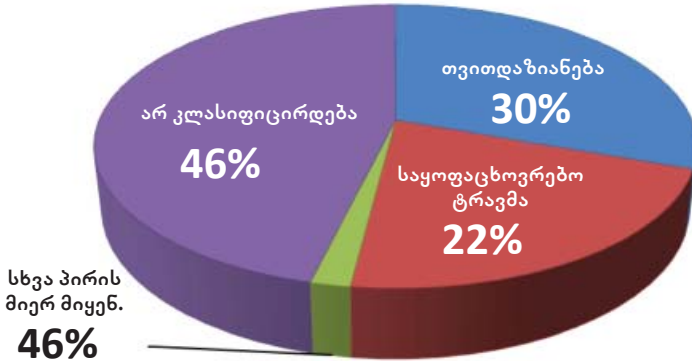
სირებულია N3 და N17 დანესებულებებში, სადაც დაზიანებათა უმრავლესობა მდებარეობს სახის მიდამოში.

სპეციფიკა დანესებულებათა მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში:

| №  | დანესებულების დასახელება | ქალასა-რეჟიმი | სახე  | კისერი | გულმკერდი | მუცელი | ზურგი | ზედა კიდური | ქვედა კიდური |
|----|--------------------------|---------------|-------|--------|-----------|--------|-------|-------------|--------------|
| 1  | №1 დანესებულება          | 1.32          | 22.37 | 11.84  | 2.63      | 7.89   | 0     | 52.63       | 1.32         |
| 2  | №2 დანესებულება          | 2.75          | 39.4  | 2.21   | 1.37      | 1.92   | 4.43  | 41.59       | 6.33         |
| 3  | №3 დანესებულება          | 0             | 48    | 16     | 0         | 4      | 4     | 24          | 4            |
| 4  | №4 დანესებულება          | 0             | 34.78 | 4.34   | 0         | 4.34   | 0     | 47.85       | 8.69         |
| 5  | №5 დანესებულება          | 1.88          | 16.98 | 7.56   | 1.88      | 5.68   | 0     | 47.16       | 18.86        |
| 6  | №6 დანესებულება          | 2.99          | 24.58 | 5.98   | 1.79      | 10.79  | 1.79  | 50.89       | 1.19         |
| 7  | №7 დანესებულება          | 0             | 0     | 0      | 0         | 0      | 0     | 0           | 0            |
| 8  | №8 დანესებულება          | 0             | 0     | 50     | 0         | 0      | 0     | 50          | 0            |
| 9  | №9 დანესებულება          | 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        |

დაზიანებათა შესწავლის დროს, განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა ტრავმის წარმომავლობის საკითხს. ამ მხრივ უდიდესი მნიშვნელობა აქვს თავად პაციენტის მიერ დაზიანების შესახებ მოწოდებულ ინფორმაციას, კერძოდ, ეს უკანასკნელი წარმოადგენს თვითდაზიანებას, ურთიერთდაზიანებას, დაზიანებას მიყენებულს სხვა პირის მიერ, თუ საყოფაცხოვრებო ტრავმას. სამწუხაროდ,

შემთხვევათა უმრავლესობაში დაზიანების წარმომავლობა ექიმთა მიერ, კლასიფიცირებული კვლავ არ არის. არსებული ჩანაწერების მიხედვით კი, სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:



როგორც გრაფიკიდან ნათლად ჩანს, 2% შემთხვევაში დაზიანება მიყენებული იყო სხვა პირთა მიერ. ზოგიერთ შემთხვევაში განმარტებულია – ვის მიერ, ზოგჯერ კი ნაჩვენებია, რომ დაზიანება მიყენეს თანასაკნელებმა და ასე შემდეგ. 22% შემთხვევაში, საქმე ეხება საყოფაცხოვრებო ტრავმას, რომლის ტიპური მაგალითები უკვე იყო განხილული, 30% შემთხვევაში კი, დაფიქსირებულია პატიმრის მიერ თვითდაზიანების მიყენების ფაქტები. ჩვენს მიერ იდენტიფიცირებულ იქნენ ის პატიმრები, რომლებიც პერიოდულად განზრახ იყენებენ თვითდაზიანებებს შემდგომში გადამონმეზულ იქნა, ამ კატეგორიის პაციენტები ნანახი ყავს თუ არა ფსიქიატრს. სამწუხაროდ, შემთხვევათა უმრავლესობაში, ფსიქოპათიით დაავადებულ პირთა მკურნალობას მხოლოდ ფსიქიატრის ძალისხმევა ვერ ჰყოფნის და სხვა გარეშე ფაქტორებზეცაა დამოკიდებული. რაც შეეხება დაზიანებათა წარმომავლობის სტრუქტურას, ცალკეული დაწესებულებების მიხედვით, წარმოდგენილია ცხრილში:

| №  | დანესებულების<br>დასახელება | თვითდა-<br>ზიანება | საყოფაცხ.<br>ტრავმა | სხვა პირის<br>მიერ მიყენ. | არ არის<br>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                 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს N1, N13 და N6 დანესებულებებში ექიმები საერთოდ არ მიუთითებენ დაზიანების წარმომავლობას. N3, N15 და N19 დანესებულებებში კი მიუთითებლობა 50%-ს აჭარბებს. აღნიშნული საკითხის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ყველა ამ დანესებულებებს უნდა მიეცეს მითითებები და რეკომენდაციები, რომ აღმოფხვრან აღნიშნული ნაკლოვანება და ყოველთვის მიუთითონ დაზიანების წარმომავლობა, როგორც მინიმუმ, მოწოდებული კლასიფიკაციის მიხედვით (თვითდაზიანება, ურთიერთდაზიანება, საყოფაცხოვრებო ტრავმა, დაზიანება მიყენებული სხვა პირის მიერ).

## რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- დაზიანებათა აღრიცხვა და დოკუმენტირება განხორციელდეს სავალდებულო და უნიფიცირებული სახით. ამ მიზნით მოხდეს სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა N15-ის შესაბამისობაში მოყვანა წამების სანიანალმდეგო და სამედიცინო სტანდარტებთან;
- დაზიანებათა აღრიცხვა, როგორც ახლად შემოსულ, ისე დაწესებულებაში მყოფი მსჯავრდებულისა და ბრალდებულების შემთხვევაში, განხორციელდეს მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტში (ჟურნალში). აღნიშნულ ჟურნალში ასევე აუცილებლად დაფიქსირდეს დაზარალებული პირის კომენტარი არსებულ დაზიანებებთან მიმართებაში და ექიმს ყველა შემთხვევაში დაევალოს სრულფასოვანი და დეტალური აღწერა ყველა დაზიანებისა. ამისათვის, სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ექიმების გადამზადება მოხდეს ეტაპობრივად და სრულად;
- სავალდებულოდ ჩაითვალოს დაზიანების კლასიფიცირება ექიმის მიერ შემდეგ კლასებად: თვითდაზიანება, საყოფაცხოვრებო ტრავმა, ურთიერთდაზიანება, დაზიანება მიყენებული სხვა პირის მიერ, უბედური შემთხვევა და ა.შ. აღნიშნული სისტემატიზაციის კრიტერიუმად გამოყენებულ იქნას ანალოგიური სტანდარტები, რითიც სარგებლობენ სამოქალაქო სისტემის ექიმები სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებებში;
- პერიოდულად გაანალიზდეს დაზიანებათა სტრუქტურა და ხასიათი. შედეგების მიხედვით დადგინდეს სათანადო სპეციფიკა და განხორციელდეს შესაბამისი რეაგირება;
- დაზიანებათა დოკუმენტირების ფაქტები არ წარმოადგენს მხოლოდ ინფორმაციის შეგროვების და პრევენციის მექანიზმს. აუცილებელ კომპონენტად უნდა იქცეს დაზარა-

ლებულ პირთა ადეკვატური სამედიცინო დახმარებისა და რეაბილიტაციის ჩატარება, რის შესახებაც აუცილებლად უნდა არსებობდეს შესაბამისი ჩანაწერი. ამ პროცესში ჩართული უნდა იყოს ფსიქიატრიული კომპონენტიც, კერძოდ, დაზარალებული პირები, განსაკუთრებით ისინი, ვინც არაერთჯერადად და სისტემატურად იყენებენ თვითდაზიანებებს, უნდა იქნას კონსულტირებული სავალდებულო წესით კვალიფიციური ექიმ ფსიქიატრის მიერ.

**რეკომენდაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსს:** შესწავლილ იქნას და მოხდეს შესაბამისი რეაგირება ყველა იმ ფაქტზე, რომელიც დაზიანებათა აღრიცხვის ჟურნალში ფიქსირდება და რომელიც უკანონო საექიმო საქმიანობის შემთხვევებს განეკუთვნება.

ევროპისა და განსაკუთრებით აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში, აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი პენიტენციურ სისტემაში გაცილებით უფრო მაღალია, ვიდრე ზოგადად, ქვეყნის მაჩვენებელი. სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებულმა კვლევებმა, დიდი ვარიაციები აჩვენა ციხეებში აივ ინფექციის პრევალენტობასთან მიმართებაში. ციხეები წარმოადგენს იმ ადგილებს, სადაც აივ ინფიცირებული მოწყვლადი ჯგუფები ყველაზე უფრო დიდი რაოდენობით გვხვდება. აღნიშნულის მიზეზია, უპირველეს ყოვლისა, ინექციური ნარკომანები, რომლებიც არასტერილური შპრიცებით ახდენენ ინექციების გაკეთებას, სხვა საინექციო საშუალებების (წყალი, კოვზი და ა.შ.) და ზოგჯერ საყოფაცხოვრებო დანიშნულების ნივთების (საპარსი, კბილის ჯაგრისი) გაზიარება, რაც ასევე უწყობს ხელს „B“ და „C“ ჰეპატიტების გავრცელებას; 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 აპარატურისა და დანიშნულების საგნების უსაფრთხოება (სტომატოლოგიური, სამედიცინო და გინეკოლოგიური). ამ მიზეზების გამო აივ ინფექციის ეპიდემია საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს აღწევს განვითარებად და გარდამავალ ქვეყნებში. მსოფლიოში ინექციური 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, ისევე როგორც წარსულში, ამჟამადც სათანადო ყურადღებას აქცევს პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფექცია/შიდსის პრობლემას და აღნიშნულ მონაცემებს ყოველთვის რეგულარულად ასახავს როგორც საპარლამენტო, ისე სპეციალურებში. ამ მხრივ, 2011 წლის პირველი ნახევრის საანგარიშო პერიოდი გამონაკლისი არ ყოფილა. აღნიშნული პერიოდი გამოირჩევა იმით, რომ ამ ექვსი თვის განმავლობაში, პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ყველაზე მეტი აივ ინფიცირებული გარდაიცვალა, ვიდრე ეს გასულ წლებში ყოფილა დაფიქსირებული. მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ 2011 წლის იანვარი-ივნისის 6 თვიან პერიოდში, პენიტენციურ სისტემაში გარდაცვლილი 77 პირიდან, 11 იყო აივ ინფიცირებული, რაც 14.28%-ს შეადგენს. რაც შეეხება აივ ინფიცირებულთა რაოდენობას და მათი მკურნალობის საკითხებს, მონიტორინგის ჩატარების დროს, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ყურადღების მიღმა არ აღმოჩენილა. შედეგად გამოვლენილი მონაცემები წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

| დაწესებულების დასახელება | აივ ინფექციაზე გამოკვლეულთა რაოდენობა | აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა | ასლად გამოვლენილთა რაოდენობა | მკურნალობაში ჩართულთა რაოდენობა |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| №1 დაწესებულება          | 60                                    | 3                           | 0                            | 3                               |
| №2 დაწესებულება          | 46                                    | 5                           | 1                            | 0                               |
| №3 დაწესებულება          | 80                                    | 2                           | 2                            | 0                               |
| №4 დაწესებულება          | 85                                    | 1                           | 0                            | 1                               |
| №5 დაწესებულება          | 59                                    | 3                           | 0                            | 0                               |
| №6 დაწესებულება          | 0                                     | 7                           | 0                            | 0                               |
| №7 დაწესებულება          | 0                                     | 0                           | 0                            | 0                               |
| №8 დაწესებულება          | 6                                     | 6                           | 2                            | 2                               |
| №9 დაწესებულება          | 30                                    | 1                           | 1                            | 0                               |
| №11 დაწესებულება         | 35                                    | 0                           | 0                            | 0                               |

|                  |             |            |           |           |
|------------------|-------------|------------|-----------|-----------|
| №12 დანესებულება | 47          | 6          | 1         | 1         |
| №13 დანესებულება | 0           | 2          | 0         | 0         |
| №14 დანესებულება | 125         | 12         | 3         | 2         |
| №15 დანესებულება | 74          | 12         | 1         | 1         |
| №16 დანესებულება | 13          | 13         | 9         | 4         |
| №17 დანესებულება | 50          | 14         | 1         | 0         |
| №18 დანესებულება | 472         | 5          | 4         | 1         |
| №19 დანესებულება | 118         | 18         | 3         | 5         |
| <b>ს უ ლ:</b>    | <b>1300</b> | <b>110</b> | <b>28</b> | <b>20</b> |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 2011 წლის პირველ ნახევარში, პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში აივ ინფექციის სადიაგნოსტიკოდ ჩატარდა 1300 გამოკვლევა. გამოკვლევების შედეგად მოხდა 28 ახალი შემთხვევის დადასტურება, რომელთაგანაც 20 პირი ჩართულ იქნა ანტირეტროვირუსული მკურნალობის პროგრამაში. აღსანიშნავია, რომ ამ 28 ახალი შემთხვევის ჩათვლით, პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში სულ, შიდსით დაავადებული 110 მსჯავრდებული და ბრალდებული იმყოფება. მათ შორის 3 ქალია. საბედნიეროდ, ინფიცირებულთა ან დაავადებულთა შორის არ არიან არასრულწლოვანები.

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 2 სექტემბერს შემოსული საპასუხო წერილის (N01-19/473) მიხედვით ირკვევა, რომ 1997-2011 წლის 17 აგვისტომდე რეგისტრირებულია 285 აივ ინფიცირებული, რომელიც სხვადასხვა პერიოდში იხდიდა სასჯელს სასჯელაღსრულების დანესებულებებში. 285 პაციენტიდან 277 მა-

მაკაცია, 8 კი ქალი. მათგან 60 აივ ინფიცირებული გარდაიცვალა (59 მამაკაცი და 1 ქალი). 60 გარდაცვლილიდან სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში გარდაიცვალა 41 პატიმარი.

ამჟამად<sup>28</sup> სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში იმყოფება 110 აივ ინფიცირებული, მათ შორის 107 მამაკაცი და 3 ქალია, მათ შორის ანტირეტროვირუსული (შიდსის სანინააღმდეგო) მკურნალობა უტარდება 67 პატიმარს, რომელთა შორის 66 მამაკაცია და 1 ქალი.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრი მჭიდროდ თანამშრომლობს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტთან. შიდსის ცენტრის დახმარებით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში შექიმნა 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომუშავე ექიმები, ექიმ ლაბორანტები, ბადრაგი და სხვა პერსონალი. სასჯელაღსრულების დაწესებულების აივ შიდსის პროგრამის მენეჯერი, ბატონი კოტე ტურაშვილი ასევე არის შიდსის ცენტრის ექიმი კონსულტანტი, რომელიც ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის მხრიდან კურირებს აივ ინფიცირებულ პაციენტებს.

სასჯელის მოხდის ადგილებში მყოფი აივ ინფიცირებული პატიმრები, უზრუნველყოფილნი არიან უფასო სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურებით, რომელიც ხორციელდება საერთაშორისო სტანდარტებით. აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულ პაციენტებს რეგულარულად უტარდებათ (3-4 თვეში ერთხელ) ექიმ-სპეციალისტის კონსულტაცია და საკონტროლო გამოკვლევები. აივ ინფიცირებულებს კი თვეში ერთხელ მიეწოდებათ საჭირო ანტივირუსული

28. 2011 წლის 17 აგვისტოს მონაცემებით

მედიკამენტები. საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტების გადმოყვანა ხდება ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრში სტაციონარულ მკურნალობაზე.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა, 2011 წლის 8 აგვისტოს წერილით (N758-3) მიმართა ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრს, მოეწოდებინა ინფორმაცია, 2011 წლის განმავლობაში, იმ ბრალდებულთა ან მსჯავრდებულთა შესახებ, რომლებიც 2011 წლის პირველ ნახევარში იყვნენ გადმოყვანილი ცენტრში, სადიანოზო ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩასატარებლად. საპასუხო წერილში (N01-19/473), ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის მიერ მოგვეწოდა ინფორმაცია, რომ „2011 წლის 1 იანვრიდან 1 ივლისამდე, მსჯავრდებული და/ან ბრალდებული არ ყოფილა გადმოყვანილი ჩვენს დაწესებულებაში სტაციონარული მკურნალობისათვის (არ ყოფილა ამის საჭიროება)“. მონიტორინგის პროცესში, დოკუმენტაციის შესწავლის 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 დაჰყო ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრში.

ამგვარად, აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, ბოლო პერიოდში ზრდის ტენდენციას ავ-

ლენს, რაც ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მონაცემის პარალელურად და პროპორციულად მიმდინარეობს.

**რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** ადგილობრივმა სამედიცინო ნაწილებმა პერიოდულად მოამზადონ ანგარიშები, რომლებიც შეეხება აივ ინფექციის გავრცელების ეპიდემიოლოგიის საკითხებს და აღნიშნული ინფორმაცია სავალდებულო წესით მიაწოდონ იმ ორგანოს, რომელიც ქვეყანაში ამ საკითხთან დაკავშირებით მეთოდოლოგიურ რეკომენდაციებს იძლევა (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი; ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი).

## სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური საკითხები

---

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულებებში, სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის კონტროლი ადგილობრივი ექიმებისა და ზოგადად, საექიმო-სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული მედპერსონალის პრეროგატივას წარმოადგენს. საქართველოს კანონის „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ 35-ე მუხლის შესაბამისად, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კომპეტენციაა, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში სანიტარული და ჰიგიენური ნორმების დაცვის ზედამხედველობა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება. ამასთან, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებისათვის ერთობლივად ადგენენ შესაბამის სანიტარულ და ჰიგიენურ ნორმებს. პატიმრობის 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 დაევალათ ბრალდებულის/მსჯავრდებულის კვების ნორმების განსაზღვრის თაობაზე, ერთობლივი ბრძანების გამოცემის უზრუნველყოფა.

გარდა ჯანდაცვის კანონმდებლობისა, სანიტარულ-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 სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით დადგენილ სანიტარულ-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 შეესაბამისად, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 20-25 მაისის N87-83/ნ ერთობლივი ბრძანებით, დამტკიცებულია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა კვებისა და სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმები. აღნიშნული ბრძანების შესაბამისად, დაწესებულების საექიმო-სამედიცინო პუნქტის შესაბამისი პერსონალი ვალდებულია, რეგულარულად შეამოწმოს:

- ა) ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთათვის განკუთვნილი საკვების ხარისხი და ოდენობა, მათი მომზადების სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები;
- ბ) დაწესებულების ტერიტორიისა და ნაგებობის სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა;
- გ) ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა ტანსაცმლისა და საწოლის თეთრეულის მდგომარეობა და სეზონის პირობებთან შესაბამისობის დარღვევათა აღმოჩენის შემთხვევაში, წერილობით აცნობოს დაწესებულების ადმინისტრაციას.

- დ) საექიმო-სამედიცინო პუნქტის პერსონალი ვალდებულია სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების დარღვევათა აღმოჩენის შემთხვევაში წერილობით აცნობოს დაწესებულების ადმინისტრაციას.
- ე) სანიტარულ-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 გადანაცვება და აღჭურვა უნდა უზრუნველყოფდეს ბუნებრივი ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების, პირადი ჰიგიენის დაცვის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ხელშეწყობის შესაძლებლობას ადამიანის პატივისა და ღირსების შეუღახავად, 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, საპირიკმახერო მომსახურება: პირის გაპარსვა, თმის შეჭრა, ფრჩხილის დაჭრა) შესრულებისათვის წყალმომარაგებისა და კანალიზაციის ცენტრალიზებულ ქსელთან მიერთებული, შესაბამისად აღჭურვილი სანიტარულ-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 გამოცვლას დაბინძურების მიხედვით; მიკროკლიმატის ოპტიმალურ დაცვას სათავსებში (18-25 C<sup>0</sup>); ბუნებრივ და ხელოვნურ განათებას, ვენტილაციას; ნარჩენების შეგროვებისა და დროული გატანის უზრუნ-



ველყოფას; სათავსების ყოველდღიური დასუფთავების, ავეჯისა და ფანჯრების ყოველკვირეული წმენდის, პერიოდული სადენზიფექციო სამუშაოების ორგანიზებას; სათავსის აღჭურვას საერთო სარგებლობის ავეჯით (მაგიდა, სკამი, ტუმბო, კარადა და სხვ.); პერიოდული სამედიცინო შემოწმების, პროფილაქტიკური აცრებისა და სხვა ეპიდსაინააღმდეგო ღონისძიებების ჩატარებას. ორსულ ქალებს, მეძუძურ დედებს, არასრულწლოვანებს, 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, განსაკუთრებული ყურადღება იქნა გამახვილებული სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური პირობების ჯეროვან დაცვასა და კონტროლზე.

უპირველეს ყოვლისა, დაწესებულებებში მონიტორინგის დროს შემოწმდა სადენზიფექციო, სადერატიზაციო და სადენინსექციო სამუშაოების ჩატარების მიმდინარეობის პერიოდულობა და ეფექტურობა. როგორც აღმოჩნდა, ყველა დაწესებულებაში პერიოდულად ხდება კონტრაქტორი ორგანიზაციის მოსვლა, თუმცა სამუშაოთა პერიოდულობა განსხვავებულია დაწესებულებათა მიხედვით. ასევე განსხვავებულია ჩატარებული სამუშაოს მოცულობა და სახეობები. როგორც აღმოჩნდა, ადგილზე ტარდება დენინსექცია და დერატიზაცია, დენიფექცია კი ყველა დაწესებულებაში არ ტარდება. ჩვენს მიერ ასევე გამახვილებული იქნა ყურადღება დატილიანების, საკნებში ბაღლინჯოს გავრცელების, მღრღნელების, მწერების, პარაზიტების, მუნის და ინფექციური დაავადებების გავრცელების შესახებ. ისევე, როგორც გასულ საანგარიშო პერიოდში, ამჯერადაც ცხადი გახდა, რომ იმ დაწესებულებებში, რომლებიც მუშაობს გადატვირთულობის პირობებში ან აქვთ ძველი და ამორტიზებული

ინფრასტრუქტურა (მათი დახურვის შესახებ სახალხო დამცველმა არაერთხელ გასცა რეკომენდაცია), სანიტარული დამუშავების სამუშაოთა ჩატარებას მნიშვნელოვანი ეფექტი ვერ მოაქვს. დატილიანების ფაქტები ახლად შემოსული პატიმრების შემთხვევაში დაადასტურეს რუსთავის ქალთა N5, თბილისის N8 და ქსნის N15 დაწესებულებაში. დანარჩენ დაწესებულებებში მთავარმა ექიმებმა კატეგორიულად უარყვეს აღნიშნული პრობლემის არსებობა.

რაც შეეხება სკამებში და პატიმართა ლოგინებში ბალნინჯოს არსებობას, სამედიცინო პერსონალთან და ზოგადად პენიტენციური დაწესებულების მოსახლეობასთან გასაუბრებისა და დათვალიერების შედეგად, აღნიშნული 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 მუხის გავრცელებას, ყველა დაწესებულებაში მედპერსონალი აღნიშნავს, რომ ამ დავადების შემთხვევებმა ბოლო პერიოდში მკვეთრად იკლო. ერთეული შემთხვევები დაფიქსირებული აქვთ 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 ჩანაწერების შესაბამისად.

„A“ ჰეპატიტის შემთხვევების არსებობას, საანგარიშო პერიოდში უარყოფს აბსოლუტურად ყველა დაწესებულება. რაც შეეხება ინფექციური დაავადებების გავრცელებას, ამ მხრივ დაწესებულებებში არაერთგვაროვანი მდგომარეობაა. რუსთავის N5 დაწესებულებაში აღნიშნეს კვებითი ინტოქსიკაციის შემთხვევის შესახებ, რომელმაც ზაფხულის პერიოდში იჩინა თავი და რამდენიმე

პატიმარი ერთდროულად მოიცვა. თბილისის N8 დაწესებულებაში აღნიშნავენ ჩუტყვავილას რამდენიმე შემთხვევას. ბავშვთა ასაკის ეს ინფექცია, საანგარიშო პერიოდში ასევე დაფიქსირდა არას-რულწლოვანთა N11 სპეციალურ დაწესებულებაში. ჩუტყვავილას 3 შემთხვევის არსებობა დაადასტურა ქსნის N15 დაწესებულების მთავარმა ექიმმაც, ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს კი, სამედიცინო ნაწილში განგვიცხადეს, რომ ინფექციური დაავადებების ერთეული შემთხვევები, პერიოდულად, აქაც ფიქსირდება. მიუხედავად ამ მონაცემებისა, ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებას ადგილი არ ჰქონია და არსებულ პრობლემებს ყველა შემთხვევაში, საექიმო-სამედიცინო პუნქტები პრაქტიკულად ადგილობრივი რესურსებით გაუმკლავდნენ.

რაც შეეხება კონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებული სანიტარული ღონისძიებების პერიოდულობასა და სახეს, წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

| N  | დაწესებულების დასახელება | ღონისძიებათა ჩატარების სიხშირე | ჩატარებული ღონისძიებები |              |              |
|----|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------|--------------|
|    |                          |                                | დეზინ-სექცია            | დეზინ-ფექცია | დერატი-ზაცია |
| 1  | №1 დაწესებულება          | 2 თვეში ერთხელ                 | +                       | +            | +            |
| 2  | №2 დაწესებულება          | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |
| 3  | №3 დაწესებულება          | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |
| 4  | №4 დაწესებულება          | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |
| 5  | №5 დაწესებულება          | თვეში ერთხელ                   | +                       | +            | +            |
| 6  | №6 დაწესებულება          | თვეში ორჯერ                    | +                       | -            | +            |
| 7  | №7 დაწესებულება          | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |
| 8  | №8 დაწესებულება          | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |
| 9  | №9 დაწესებულება          | თვეში ორჯერ                    | +                       | -            | +            |
| 10 | №11 დაწესებულება         | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |
| 11 | №12 დაწესებულება         | თვეში ერთხელ                   | +                       | +            | +            |
| 12 | №13 დაწესებულება         | თვეში ერთხელ                   | +                       | -            | +            |

|    |                  |              |   |   |   |
|----|------------------|--------------|---|---|---|
| 13 | №14 დაწესებულება | თვეში ორჯერ  | + | + | + |
| 14 | №15 დაწესებულება | თვეში ერთხელ | + | + | + |
| 15 | №16 დაწესებულება | თვეში ერთხელ | + | + | + |
| 16 | №17 დაწესებულება | თვეში ერთხელ | + | + | + |
| 17 | №18 დაწესებულება | თვეში სამჯერ | + | + | + |
| 18 | №19 დაწესებულება | თვეში ერთხელ | + | + | + |

პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად, ავჭალის არასრულწლოვანთა N11 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრთან მიმდინარეობს მოლაპარაკება, რათა არასრულწლოვანთა ბოლო გეგმური ვაქცინაცია „დტყ“ ვაქცინით (დიფთერია, ტეტანუსი, ყივანახველა), განხორციელდეს ორგანიზებულად და შეუფერხებლად.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ დაწესებულებაში საკმაოდ ხშირია ცხოველთა მიერ პატიმართა დაკბენის ფაქტები. ამ მხრივ განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ქსნის N15 დაწესებულება. ასეთ შემთხვევათა უმრავლესობაში, პატიმრები ამბულატორიულ რეჟიმში გაჰყავთ ანტირაბიული ვაქცინაციის ჩასატარებლად. გარდა ამისა, ასევე უნდა ითქვას, რომ მიუხედავად თვითდაზიანებების, საყოფაცხოვრებო და სხვა სახის ტრავმების საკმაოდ მაღალი სიხშირისა, ანტიტეტანური ვაქცინაცია პრაქტიკულად არ წარმოებს და აღნიშნულს მხოლოდ გამონაკლისების სახით ვხვდებით, რაც სერიოზულ რისკს უქმნის პაციენტთა ჯანმრთელობას.

### რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- უზრუნველყოს კონტრაქტორი ორგანიზაციების (რომლებიც უზრუნველყოფენ სანიტარულ დამუშავებას) და ადგილობრივი ექიმების მჭიდრო პროფესიული ურთიერთკავშირი. ინფორმაცია ჩატარებული სამუშაოების შესახებ სავალდებულო წესით აისახოს პერიოდულ ანგარიშებში;

- პერიოდულად განხორციელდეს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჰაერის, წყლის, საკვების და გარემოს სხვა ფაქტორების სანიტარილ-ეპიდემიოლოგიური შემოწმება აკრედიტებული ლაბორატორიის დახმარებით. არსებული შედეგები აისახოს პერიოდულ ანგარიშში. დაისახოს პრობლემების აღმოფხვრის ზედმინევიანით ადეკვატური სტრატეგია და გეგმა.

პენიტენციურ დაწესებულებაში, 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/ნ ერთობლივი ბრძანების N1 დანართით. დადგენილ სანიტარულ-ჰიგიენურ მოთხოვნათა მკაცრი დაცვა აუცილებელია პატიმრობაში მყოფ პირთა ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო კვების ორგანიზების უზრუნველყოფის მიზნით. დანართით განისაზღვრება დაწესებულებაში კვების ორგანიზაცია, რომლის მიმართ წაყენებულია ორი ძირითადი პრინციპი: კვება უნდა იყოს ბალანსირებული და სრულფასოვანი, რათა უზრუნველყოფილ იქნას 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, ხდება ისეთი გადაწყვეტილებების მიღება, 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 ჩაერთოს ერთნაირი დასახელების კერძები. ამასთან, დღიური რაციონი კალორიულობის მიხედვით უნდა იქნას გადანაწილებული 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, სამ ეგზემპლარად. პირველი ეგზემპლარი (დედანი) ინახება სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში, მეორე – დაწესებულებაში, მესამე ეგზემპლარი კი, უნდა გამოიკრას ვესტიბულში, ბრალდებულთათვის/მსჯავრდებულთათვის გაცნობის თვალსაზრისით. ამ მხრივ, ყველა მსჯავრდებულისა და ბრალდებულისათვის მენიუს გაცნობის საშუალება არ არსებობს. ბრძანების შესაბამისად, ავადმყოფებს, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ დიეტას ექიმის დანიშნულების შესაბამისად, შეიძლება შეეცვალოს ერთი სახის პროდუქტი მეორეთი ისე, რომ შენარჩუნებულ იქნას საკვების ზემოაღნიშნული ნორმებით გათვალისწინებული კვებითი ღირებულება, სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ტუბერკულოზით, დისტროფიით, წყლულოვანი ავიტამინოზითა და ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთათვის კი, ცალკეა დადგენილი კვირის სასურსათო ნორმები.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის ექიმი ყოველდღიურად, სამჯერ ახდენს საკვების შემოწმებას. საკვების შემოწმება გულისხმობს მის ორგანოლექტიურ შეფასებასა და დაგემოვნებას. საკვების ნიმუშები, დაწესებულებათა უმრავლესობაში, ინახება დადგენილი ვადით. მთავარი ექიმების განცხადებით, საანგარიშო პერიოდში საკვების წუნდების ფაქტი, რომელიც წერილობით იქნებოდა დაფიქსირებული, არ ყოფილა. თუმცა მთავარ ექიმთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ისინი სიტყვიერ რეკომენდაციებს აწვდიან სამზარეულოს და მათ შორის მუდმივი კომუნიკაცია არსებობს. რუსთავის N5 დაწესებულების მთავარი ექიმის განცხადებით, ექიმის რეკომენდაციის გამო ერთხელ იყო შემთხვევა, როცა საკვები არ დარიგდა. N9 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განაცხადა, რომ მასაც ახსოვს ერთი შემთხვევა, როცა შავი პურის ხარისხის გამო სიტყვიერად მიმართა კვების ბლოკის მენეჯერს. N9 დაწესებულების ექიმები მიმართავენ რეკომენდაციით საკვების მარილიანობასა და ცხიმოვანობასთან დაკავშირებით. მსგავსი სახის რეკომენდაციებს იძლევა გეგუთის N14 დაწესებულების მთავარი ექიმიც. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფი პაციენტის, მათ შორის, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა შემთხვევაში, არ არსებობს დიეტური მაგიდები. საუკეთესო შემთხვევაში, დიაბეტით დაავადებული პაციენტები, „ექიმის დანიშნულებით“ იღებენ შავ პურს. ამ მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულებაში არსებობს ტუბერკულოზისათვის შესაფერისი დიეტური მაგიდა. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებას, იგი პენიტენციურ სისტემაში 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 სისტემისთვის პრაქტიკულად უპრეცედენტო შემთხვევაა.



მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში შიმშილობის ფაქტებით საანგარიშო პერიოდში. როგორც აღმოჩნდა, პატიმართა მიერ შიმშილობის შემთხვევებმა, წინა პერიოდთან შედარებით, მკვეთრად იკლო, თუმცა ზოგიერთ დაწესებულებაში შეეხვდით ისეთ მსჯავრდებულებს, რომლებიც აცხადებდნენ, რომ მათ მიერ შიმშილობის დაწყების ფაქტი სოციალური სამსახურის მხრიდან უგულებელყოფილი რჩება და აღნიშნული არ ფიქსირდება. არსებული ჩანაწერების მიხედვით, 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში, შიმშილობის დაწყების შესახებ განცხადებით, სოციალურ სამსახურს სულ 43 მსჯავრდებულმა მიმართა. დაწესებულებების მიხედვით, აღნიშნული სტატისტიკა წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში.

| N  | დაწესებულების დასახელება | დაფიქსირებული ფაქტების რაოდენობა |
|----|--------------------------|----------------------------------|
| 1  | №1 დაწესებულება          | 0                                |
| 2  | №2 დაწესებულება          | 10                               |
| 3  | №3 დაწესებულება          | 2                                |
| 4  | №4 დაწესებულება          | 0                                |
| 5  | №5 დაწესებულება          | 13                               |
| 6  | №6 დაწესებულება          | 3                                |
| 7  | №7 დაწესებულება          | 1                                |
| 8  | №8 დაწესებულება          | 2                                |
| 9  | №9 დაწესებულება          | 0                                |
| 10 | №11 დაწესებულება         | 0                                |
| 11 | №12 დაწესებულება         | 0                                |
| 12 | №13 დაწესებულება         | 0                                |
| 13 | №14 დაწესებულება         | 0                                |
| 14 | №15 დაწესებულება         | 0                                |
| 15 | №16 დაწესებულება         | 0                                |
| 16 | №17 დაწესებულება         | 8                                |
| 17 | №18 დაწესებულება         | 2                                |
| 18 | №19 დაწესებულება         | 2                                |

შიმშილობის არცერთი შემთხვევა არ დასრულებულა პაციმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესებით. ყველა ამ შემთხვევაში, პაციმრებმა ჯანმრთელობისთვის არასასურველი შედეგის დადგომამდე შეწყვიტეს შიმშილობა.

**რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** სასჯელაღსრულების სისტემაში დაინერგოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული სამკურნალო კვების ნორმები და დიეტური მაგიდები. განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ტუბერკულოზის, ენდოკრინული და სხვა სახის დაავადების მქონე პაციენტთა კვების თავისებურებების უზრუნველყოფას, რომელთა მკურნალობისა და შემდგომი რეაბილიტაციის პროცესში კვების ფაქტორს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

## **პატიმართა ავადობასთან და პაციენტთა გადაყვანასთან დაკავშირებული საკითხები პენიტენციური სისტემის დანახატულაგებში**

---

ავადობის საკითხების შესწავლას პენიტენციური სისტემის დანახატულაგებში, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, რადგან სწორედ აღნიშნული ინდიკატორის თავისებურებებიდან გამომდინარე უნდა მოხდეს სისტემის ეფექტურობის შეფასება, ასევე, ადამიანური და სხვა სახის რესურსების დაგეგმვა და განვითარება. ავადობის ინდიკატორის სტრუქტურა უნდა დაედოს საფუძვლად ნებისმიერი სახის რეფორმის და სტრატეგიის, ასევე, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების გეგმას. ავადობის მაჩვენებელი ციხეებში, მნიშვნელოვანია, ზოგადად ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებზე მსჯელობისათვისაც. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი უკვე რამდენიმე წელია ახორციელებს ამ მიმართულებით დაკვირვებას და ამა თუ იმ ჯგუფის დაავადებების პრევალენტობის შესწავლას ციხეებში. ავადობა, ზოგადად, წარმოადგენს დაავადებულთა მდგომარეობის, შესაძლებლობის შეზღუდვის ან ჯანმრთელობის მოშლის მდგომარეობის ინდიკატორს ნებისმიერი მიზეზის გამო. ტერმინი შესაძლებელია ასევე გამოყენებული იყოს დაავადების ამა თუ იმ ფორმის არსებობისას ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხარისხის აღსაწერად იმ მდგომარეობებში, როცა დაავადება იწვევს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის 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 ახდენს დაავადებათა ახლად გამოვლენილი ფორმების აღრიცხვასა და ინფორმაციის დეპარტამენტისათვის გადაცემას. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული მეთოდი სრულად არ შეესაბამება თვითონ „ავადობის“ ინდიკატორის არსს, მას მაინც მნიშვნელოვანი და ფასეული ინფორმაციის მოცემა შეუძლია. 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.

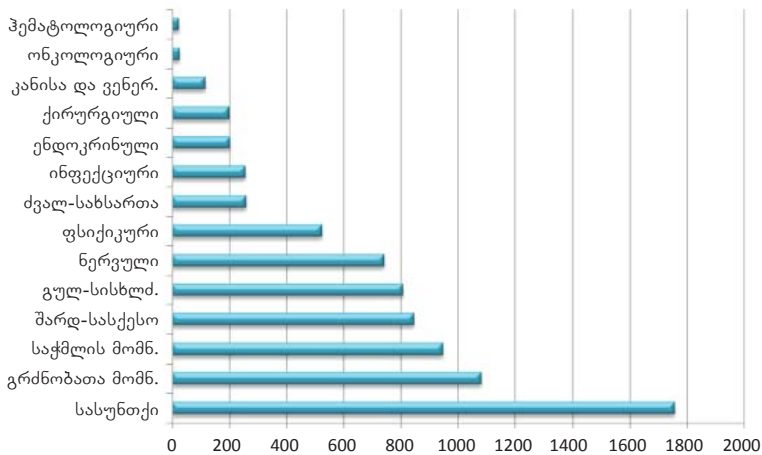
2011 წლის პირველ ნახევარში, აღნიშნული მიმართულებით მოპოვებული ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში:

| ახლად გამოვლენილი დაავადებები დაწესებულების მიხედვით | გულ-სისხლძარღვთა | სასუნთქი სისტემის | საქმლის მომწოდებელი | შარდ-სასქესო | ნერვული სისტემის | ფსიქიკური | ენდოკრინული | ჰემატოლოგიურ | გრძნობათა ორგანოების | ინფექციური | ძვალ-სახსრთა და შემქსივლი | კანისა და გენერული | ქირურგიული | ონკოლოგიური |
|------------------------------------------------------|------------------|-------------------|---------------------|--------------|------------------|-----------|-------------|--------------|----------------------|------------|---------------------------|--------------------|------------|-------------|
| №1 დაწესებულება                                      | 66               | 198               | 141                 | 72           | 24               | 18        | 9           | 0            | 109                  | 10         | 112                       | 0                  | 26         | 0           |
| №2 დაწესებულება                                      | 22               | 56                | 29                  | 26           | 66               | 57        | 8           | 0            | 90                   | 2          | 0                         | 0                  | 8          | 0           |
| №3 დაწესებულება                                      | 23               | 106               | 44                  | 73           | 18               | 16        | 6           | 0            | 20                   | 7          | 17                        | 1                  | 29         | 2           |
| №4 დაწესებულება                                      | 36               | 27                | 46                  | 18           | 32               | 4         | 6           | 0            | 12                   | 26         | 5                         | 25                 | 3          | 2           |
| №5 დაწესებულება                                      | 171              | 50                | 62                  | 137          | 186              | 86        | 110         | 6            | 92                   | 0          | 68                        | 1                  | 49         | 0           |
| №6 დაწესებულება                                      | 0                | 93                | 27                  | 0            | 11               | 1         | 1           | 0            | 0                    | 0          | 0                         | 1                  | 0          | 0           |

|                  |            |             |            |            |            |            |            |           |             |            |            |            |            |           |
|------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| №7 დაწესებულება  | 0          | 0           | 1          | 5          | 4          | 0          | 0          | 0         | 9           | 5          | 0          | 4          | 0          | 0         |
| №8 დაწესებულება  | 9          | 0           | 0          | 25         | 25         | 80         | 16         | 0         | 64          | 2          | 14         | 1          | 0          | 0         |
| №9 დაწესებულება  | 12         | 5           | 12         | 0          | 0          | 0          | 0          | 5         | 24          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0         |
| №11 დაწესებულება | 8          | 22          | 2          | 8          | 38         | 4          | 1          | 0         | 50          | 26         | 1          | 49         | 0          | 0         |
| №12 დაწესებულება | 21         | 23          | 34         | 47         | 19         | 3          | 1          | 0         | 36          | 0          | 3          | 0          | 0          | 0         |
| №13 დაწესებულება | 0          | 4           | 1          | 5          | 4          | 0          | 0          | 1         | 2           | 49         | 2          | 0          | 0          | 0         |
| №14 დაწესებულება | 9          | 190         | 10         | 1          | 5          | 0          | 0          | 3         | 1           | 0          | 0          | 0          | 4          | 0         |
| №15 დაწესებულება | 52         | 182         | 71         | 86         | 77         | 60         | 9          | 0         | 111         | 0          | 15         | 4          | 7          | 1         |
| №16 დაწესებულება | 45         | 55          | 104        | 183        | 72         | 12         | 5          | 0         | 262         | 8          | 0          | 1          | 10         | 0         |
| №17 დაწესებულება | 220        | 650         | 290        | 60         | 112        | 80         | 30         | 1         | 118         | 6          | 1          | 1          | 30         | 1         |
| №18 დაწესებულება | 53         | 40          | 74         | 63         | 41         | 49         | 1          | 7         | 35          | 115        | 21         | 15         | 33         | 19        |
| №19 დაწესებულება | 61         | 55          | 0          | 36         | 6          | 53         | 0          | 0         | 45          | 0          | 0          | 13         | 1          | 1         |
| <b>ს უ ლ:</b>    | <b>808</b> | <b>1756</b> | <b>948</b> | <b>845</b> | <b>740</b> | <b>523</b> | <b>203</b> | <b>23</b> | <b>1080</b> | <b>256</b> | <b>259</b> | <b>116</b> | <b>200</b> | <b>26</b> |

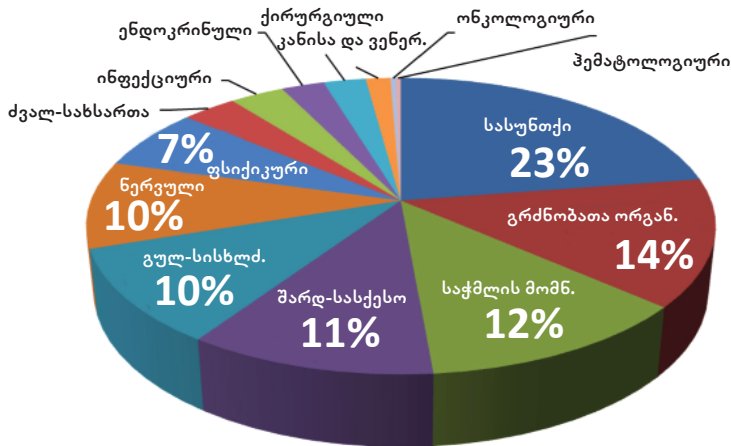
როგორც ცხრილიდან ჩანს, პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, ყველაზე ხშირად, სასუნთქი სისტემის დაავადებები გვხვდება. მომდევნო პოზიციას იკავებს გრძნობათა ორგანოების დაავადებების გამოვლინება. თუ იმას გავითვალისწინებთ, რომ ამ ჯგუფის დაავადებათა მართვისათვის მხოლოდ ორი სპეციალობის ექიმი მუშაობს (ოფთალმოლოგი და ოტორინოლარინგოლოგი), შეიძლება ითქვას, რომ თვალისა და ყელ-ყურ-ცხვირის ახლადგამოვლენილი შემთხვევები, პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, 2011 წლის პირველ ნახევარში ერთ-ერთ ლიდერ პოზიციას იკავებს. ყველაზე მცირე რაოდენობით გამოვლენილ დაავადებათა ჯგუფს მიეკუთვნება ჰემატოლოგიური დაავადებები, რომელთა რიცხვი იმავე პერიოდში 23-ია. ამ რიცხვს რამდენიმე შემთხვევით აღემატება ონკოლოგიური დაავადებები, რომელთა რაოდენობაც, იმავე პერიოდში, 26-ის ტოლია. აღსანიშნავია, რომ ონკოლოგიური დაავადებებით გარდაცვალება, 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში, განსაკუთრებით მაღალი იყო. მათ შორის, ვხვდებით ისეთ შემთხვევებს, როცა დიაგნოსტიკა არასრული ან საერთოდ განუხორციელებელი დარჩა, რის გამოც ონკოლოგიური დიაგნოზის დასმა მოხერხდა მხოლოდ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ, ჰისტო-მორფოლოგიური კვლევის შედეგად. განსაკუთრებით

მაღალი იყო საჭმლის მომნელებელი სისტემისა და შემდეგ შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებათა ახლადგამოვლენილი ფორმები. დაავადებათა ეს ჯგუფები, შესაბამისად, მე-3 და მე-4 პოზიციას იკავებს. მე-5 პოზიციაზეა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, მე-6 და მე-7 პოზიციას იკავებს ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული ნოზოლოგიები. წარმოდგენილ ცხრილში ასევე გამოყოფილია დაავადებათა 5 ჯგუფი, რომელთა რაოდენობა უკვე ჩამოთვლილ დაავადებათა ჯგუფებთან მიმართებაში, არცთუ ისე მაღალია. აღნიშნული ტენდენცია, თითქმის მსგავს ფარგლებში მერყეობს უკანასკნელი პერიოდის განმავლობაში. დაავადებათა ჯგუფების პრევალენტობა, მათი ადვილი ინტერპრეტაციის მიზნით, წარმოდგენილია გრაფიკულად:



რაც შეეხება ტუბერკულოზით ავადობას, აღნიშნული ნოზოლოგიის ახლად- გამოვლენილი შემთხვევების აღრიცხვა, მისი განსაკუთრებული სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, პენიტენციურ სისტემაში ცალკე წარმოებს, რის გამოც ტუბერკულოზი, ამ შემთხვევაში არ არის შეყვანილი რომელიმე სხვა ჯგუფში (მაგალითად, ინფექციურ დაავადებათა ჯგუფში, ან ფილტვების ტუბერკულოზი, შესაბამისად, სასუნთქი სისტემის დაავადებათა ჯგუფში).

დაავადებათა წილი, ინფორმაციის საერთო სპექტრში, მოცემულია დიაგრამაზე:



მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დაფიქსირდა ის შეუსაბამობები, რომლებიც ახლად– გამოვლენილ დაავადებათა შემთხვევების დის-პროპორციაში გამოიხატება შესაბამისი სპეციალისტის კონსულ-ტაციებისა და შესაბამისი ინსტრუმენტული, ლაბორატორიული და კლინიკური გამოკვლევების მაჩვენებელთან. მაგალითად, იმ ფონზე, როცა სისტემაში ტრავმატოლოგი მხოლოდ მსჯავრდებ-ულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშია ხელმი-საწვდომი და სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებზე ამ პროფილის ექიმის კონსულტაციათა რიცხვი პრაქტიკულად უმნიშვნელოა, საერთო სურათში საკმაოდ მაღალია ახლადგამოვლენილ ძვალ-სახსართა სისტემის დაავადებათა რიცხვი. იგივე შეიძლება ითქვას ნევროლოგიურ პათოლოგიაზეც. კონსულტაციების რაოდენობა დაწესებულების მიხედვით, განხილული იყო მოხსენების შესაბამის თავში. რაც შეეხება ჩატარებულ ინსტრუმენტულ და ლაბორატო-რიულ კვლევებს, მათი რაოდენობა 2011 წლის საანგარიშო პერი-ოდის განმავლობაში, გამოსახულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

| №      | დანესებულების დასახელება | ინსტრუმენტული გამოკვლევა |           |      |            |       | ლაბორატორიული გამოკვლევა |                  |                  |          |       |
|--------|--------------------------|--------------------------|-----------|------|------------|-------|--------------------------|------------------|------------------|----------|-------|
|        |                          | რენტგენ. კვლევა          | ექოსკოპია | ეკგ  | ენდოსკოპია | ს უ ლ | სისხლის საერთო           | შარდის კლინიკური | სისხლის ბიოქიმია | ნახველის | ს უ ლ |
| 1      | №1 დანესებულება          | 140                      | 102       | 27   | 0          | 269   | 3                        | 0                | 4                | 420      | 427   |
| 2      | №2 დანესებულება          | 281                      | 288       | 51   | 4          | 624   | 169                      | 75               | 240              | 275      | 759   |
| 3      | №3 დანესებულება          | 55                       | 197       | 80   | 0          | 332   | 28                       | 0                | 14               | 196      | 238   |
| 4      | №4 დანესებულება          | 35                       | 40        | 11   | 1          | 87    | 7                        | 0                | 0                | 54       | 61    |
| 5      | №5 დანესებულება          | 213                      | 199       | 64   | 0          | 476   | 52                       | 12               | 135              | 78       | 277   |
| 6      | №6 დანესებულება          | 230                      | 106       | 33   | 0          | 369   | 45                       | 7                | 24               | 115      | 191   |
| 7      | №7 დანესებულება          | 7                        | 5         | 2    | 1          | 15    | 6                        | 0                | 4                | 1        | 11    |
| 8      | №8 დანესებულება          | 185                      | 86        | 12   | 16         | 299   | 73                       | 31               | 30               | 170      | 304   |
| 9      | №9 დანესებულება          | 3                        | 25        | 13   | 0          | 41    | 8                        | 0                | 6                | 1        | 15    |
| 10     | №11 დანესებულება         | 6                        | 8         | 8    | 0          | 22    | 20                       | 0                | 8                | 23       | 51    |
| 11     | №12 დანესებულება         | 96                       | 52        | 43   | 0          | 191   | 4                        | 0                | 5                | 145      | 154   |
| 12     | №13 დანესებულება         | 25                       | 21        | 8    | 0          | 54    | 17                       | 1                | 10               | 11       | 39    |
| 13     | №14 დანესებულება         | 321                      | 352       | 66   | 2          | 741   | 135                      | 106              | 85               | 355      | 681   |
| 14     | №15 დანესებულება         | 348                      | 245       | 68   | 10         | 671   | 19                       | 4                | 41               | 70       | 134   |
| 15     | №16 დანესებულება         | 244                      | 302       | 66   | 5          | 617   | 18                       | 0                | 30               | 671      | 719   |
| 16     | №17 დანესებულება         | 390                      | 316       | 171  | 0          | 877   | 25                       | 4                | 20               | 400      | 449   |
| 17     | №18 დანესებულება         | 1961                     | 1063      | 1031 | 278        | 4333  | 2594                     | 1119             | 516              | 1097     | 5326  |
| 18     | №19 დანესებულება         | 1642                     | 101       | 52   | 0          | 1795  | 1195                     | 199              | 873              | 6440     | 8707  |
| ს უ ლ: |                          | 6182                     | 3508      | 1806 | 317        |       | 4418                     | 1558             | 2045             | 10522    |       |

ცხრილში მოცემულია ლაბორატორიული გამოკვლევების ის ძირითადი სახეები, რომლებიც ტარდება სასჯელაღსრულების სისტემაში. იგივე შეიძლება ითქვას ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე. რაც შეეხება სხვა სახის ინსტრუმენტულ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, მათი ჩატარება სისტემაში ზოგადად ხდება (მაგალითად CT და MRT კვლევები), თუმცა ისინი ტარდება 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 შესწავლასაც პენიტენციურ სისტემაში, როგორებიცაა დიაბეტი, ასთმა და ეპილეფსია. აღსანიშნავია, რომ ამ დაავადებათა გავრცელების გამო არსებულ პრობლემებზე სახალხო დამცველი წარსულშიც არაერთგზის მიუთითებდა. კერძოდ, საუბარი იყო დაავადებულთათვის მკურნალობისა და მოვლის, ადეკვატური დიეტის, შესაბამისი სამკურნალო კვებისა და მეთვალყურეობის სისტემის უზრუნველყოფაზე. 2011 წლის პირველ ნახევარში, სასჯელაღსრულების სისტემის სხვადასხვა დაწესებულებების საექიმო-სამედიცინო პუნქტების მიერ, სულ 203 ახლადგამოვლენილი ენდოკრინული დაავადებაა აღრიცხული. მათ უმეტესობას წარმოადგენს დიაბეტი. იმავე წყაროზე დაყრდნობით, მთელს სისტემაში ინსულინი დანიშნული ჰქონდა 84 პაციენტს, დესმოპრესინი კი - 65 პაციენტს.

| დანესებულების დასახელება | დიაბეტით დაავადებულთა რაოდენობა | ინსულინზე მყოფთა რაოდენობა | პიპო / პიპერ გლოკემური კომბა აღენიშნა | დიეტური 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 დაწესებულება | 0          | 0         | 0        |                                    |                                  |
| №14 დაწესებულება | 5          | 1         | 0        |                                    | 1 პაციენტი<br>უშაქრო<br>დიაბეტით |
| №15 დაწესებულება | 20         | 8         | 1        | თვითონ<br>ყიდულობენ შავ<br>პურს    |                                  |
| №16 დაწესებულება | 7          | 3         | 0        | შავი პური                          |                                  |
| №17 დაწესებულება | 42         | 9         | 1        | მანონი, შავი პური<br>მოხარშ. ხორცი |                                  |
| №18 დაწესებულება | 8          | 7         | 0        |                                    |                                  |
| №19 დაწესებულება | 5          | 5         | 0        |                                    |                                  |
| <b>ს უ ლ:</b>    | <b>195</b> | <b>68</b> | <b>2</b> |                                    |                                  |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციით, შაქრიანი დიაბეტი სისტემაში დადგენილი აქვს 195 პირს. ამასთან, 68 პირი მკურნალობს ინსულინით, დანარჩენი პაციენტები კი, მკურნალობენ ტაბლეტირებული ფორმებით. დიეტის გამო ჰიპო ან ჰიპერგლიკემიური კომის შემთხვევა დაფიქსირდა 2 შემთხვევაში, მათგან ერთი – ქსნის N15 დაწესებულებაში, მეორე შემთხვევა კი – რუსთავის N17 დაწესებულებაში. დანარჩენი მთავარი ექიმები, კომის განვითარების შემთხვევებს კატეგორიულად უარყოფენ. რაც შეეხება სპეციალური კვების საკითხებს, არცერთ დაწესებულებაში ეს უკანასკნელი მოგვარებული არ არის. აღნიშნულთან დაკავშირებით, ზოგიერთი დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიმარტა, რომ რისი შესაძლებლობაც მათ აქვთ, ეს არის შავი პური, რომელიც ზოგიერთ დაწესებულებაში ექიმის დანიშნულებითაც კი გაიცემა. ექიმთა მიერ გაკეთებული კომენტარები შეტანილია ზემოთ მოცემულ ცხრილში.

საქართველოს სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფი, როგორც უკვე აღინიშნა, გარდა დიაბეტისა, დაინტერესდა ბრონქული ასთმისა და ეპილეფსიის გავრცელებითაც სისტემაში. მოპოვებული ინფორმაცია ასახულია ცხრილში:

| დანესებულების<br>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        |
| <b>ს უ ლ:</b>               | <b>69</b>      | <b>7</b>      | <b>4</b> | <b>137</b> | <b>7</b>      | <b>6</b> |

ადგილობრივი სამედიცინო პუნქტების მიერ, სულ, მთელს სისტემაში აღრიცხულია ბრონქული ასთმით დაავადებული 69 პაციმარი. ეს, რა თქმა უნდა, გაცილებით ნაკლებია რეალურ მონაცემებზე. აღნიშნული სტატისტიკის მიხედვით, ასთმით დაავადებულ პაციენტთა ყველაზე დიდი რაოდენობა თავმოყრილია N15 და N17 დანესებულებებში. დაავადების მძიმედ მიმდინარე ფორმა აღენიშნება 7 პაციენტს, მათგან სტატუსი განვითარდა მხოლოდ 4 შემთხვევაში.

რაც შეეხება ისეთ გავრცელებულ ნევროლოგიურ პათოლოგიას, როგორიცაა ეპილეფსია, სასჯელალსრულების სისტემაში სულ 137 დაავადებულია აღრიცხული. მათგან ეპილეფსიის მძიმე ფორმა აღენიშნება 7 პაციენტს, ეპილეფსიური სტატუსი კი, დაფიქსირებულია 6 შემთხვევაში. დაავადებულთა ყველაზე დიდი რაოდენობა დაფიქსირებულია N14, N15, N16, N17 და N8 დაწესებულებებში. აქვე უნდა აღინიშნოს, 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 მკურნალობის გარეშე რჩება. ადგილობრივი ექიმები და განსაკუთრებით, მთავარი ექიმები აღნიშნავენ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მათთვის ცნობილი ხდება კრუნჩხვის განვითარების შესახებ, 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, ეს უკანასკნელნი დიაგნოზის დასადასტურებლად ან არ ინიშნება, ან ხშირად შეუსრულებელი რჩება.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი დიდ ყურადღებას უთმობს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს და მათი გადანყვეტის გზებს. უნდა ითქვას, რომ ამ მხრივ დაწესებულებებში არაკეთილსაიმედო მდგომარეობაა შექმნილი.

| № | 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 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, ფსიქიატრების მიერ სულ 1226 პირველადი და განმეორებითი კონსულტაციაა ჩატარებული. აქედან 523 ახლადგამოვლენილი შემთხვევაა ფიქსირებული. ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებში აღრიცხვაზე იმყოფება 377 პირი, რომლებიც ფსიქიატრის დანიშნულებით იღებენ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ სამკურნალო საშუალებებს. აღნიშნული პრეპარატების დაწესებულებაში შემოტანა, დანიშვნა და მოხმარება-აღრიცხვა მკვეთრად განსხვავებული იყო დაწესებულებების მიხედვით. საანგარიშო პერიოდში, ამ მხრივ მდგომარეობა მეტ-ნაკლებად გამოსწორდა, თუმცა კვლავ სერიოზული ხარვეზებისა და დარღვევების თანხლებით მიმდინარეობს. მაგალითისათვის მოგვყავს ქალთა N5 დაწესებულების მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფრომაცია ფსიქოტროპული მედიკამენტის დანიშვნის შესახებ. ექიმის განმარტებით, წამალი უნდა დაინიშნოს ექიმი ფსიქიატრის მიერ, რომელიც პერიოდულად მოდის კონსულტაციებზე. კონსულტანტის დანიშნულებას იხილავს მთავარი ექიმი, რის შემდეგაც ხდება პრე-

პარატის გაცემა და აღრიცხვა. 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 დაწესებულებიდან 4 მსჯავრდებული იქნა წარდგენილი ფსიქიატრიულ კომისიაზე; ყველა მათგანი გადაყვანილ იქნა ქუტირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში. რაც შეეხება კომისიაზე პაციენტის მოხვედრის მექანიზმს, ექიმმა შემდეგნაირად წარმოგვიდგინა: პაციენტის პირველადი კონსულტაციის შემდეგ ისმება პირველადი დიაგნოზი. ამის შემდეგ პაციენტი კვირაში 2-ჯერ მაინც უნდა მოინახულოს ფსიქიატრმა და გააკეთოს შესაბამისი ჩანაწერი. დაახლოებით 7-8 ასეთი ჩანაწერის შემდეგ, მთავარი ექიმი აკეთებს შესაბამის შუამდგომლობას და მიმართავს დაწესებულების ადმინისტრაციას, რომელიც, თავის მხრივ, დოკუმენტაციასა და ინფორმაციას აწვდის სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს. დეპარტამენტი კი პაციენტის დოკუმენტაციას აგზავნის კომისიაზე შესასწავლად. კომისიის მიერ პაციენტის გადაყვანის რეკომენდაციის გაცემის შემთხვევაში, დასკვნა დაახლოებით 1 კვირის ვადაში იგზავნება სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე. ექსპერტიზა მიმდინარეობს სახელმწიფო ბიუროში და 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 წამლების შემოტანა გარედან უწევს.

როგორც ზემოთ წარმოდგენილი სტატისტიკური ინფორმაციიდან ჩანს, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, 2011 წლის პირველ ნახევარში დაფიქსირებულია თვითმკვლელობის 3 შემთხვევა. სამივე შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზი იყო მექანიკური ასფიქსია მარყუჟზე ჩამოკიდებით. რაც შეეხება თვითმკვლელობის მცდელობას, სულ 8 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 მიცემული. 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 ჯანდაცვის სპეცმოსხნებაში, მოცემული იყო სრული და ამომწურავი ინფორმაცია. ამ მხრივ ცვლილებები 2011 წლის პირველ ნახევარში არ განხორციელებულა. წამალდამოკიდებულების მქონე პირები თითქმის არცერთ დაწესებულებაში ცალკე არ აღირიცხება. იმავე პერიოდში ნარკოლოგის კონსულტაციების მხოლოდ ერთეული ფაქტებია დაფიქსირებული. დაწესებულებათა მთავარი ექიმების უმრავლესობა მიჩნევს, რომ მათ ეს პრობლემა რეალურად არ აქვთ, იმიტომ, რომ მათ პაციენტებს, რომლებიც წარსულში მოიხმარდნენ ნარკოტიკულ საშუალებას, დაპატიმრების შემდეგ იძულებით აქვთ თავი დანებებული და მწვავე პერიოდი გადატანილია. ამ მოსაზრებას, რა თქმა უნდა, ვერ გავავრცელებთ იმ დაწესებულებებზე, რომლებშიც პირველადად ხდება პატიმართა შეყვანა. N8 დაწესებულებაში მოქმედებს მეთადონის პროგრამა, რომელიც დეტალურად იყო აღწერილი წინა საანგარიშო პერიოდში. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამის ხელმძღვანელი გვარწმუნებდა პროგრამის შეუფერხებლობასა და საკმარისობაზე, მონიტორინ-

გის ჯგუფი პირადად შეხვდა პატიმარს, რომელიც აღკვეთის სინდრომის გამო საკმაოდ მძიმე მდგომარეობაში იყო და მოითხოვდა პროგრამაში ჩართვას. მას წარმოდგენილი ჰქონდა დოკუმენტაცია, რომ დაკავებამდე მონაწილეობდა მეთადონის პროგრამაში, სადაც იგი დროებითი მოთავსების იზოლატორიდანაც კი გაჰყავდათ. მიუხედავად ამისა, მისი ჩართვა N8 დაწესებულებაში მიმდინარე მეთადონის პროგრამაში არ მოხდა, 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 ექსცეზებს არ აწყობენ, საჭიროებისას კი, შესაძლებელია ნარკოლოგის გამოძახება, რომელიც რეალურად მხოლოდ ერთხელ დასჭირდათ საანგარიშო პერიოდში.

რაც შეეხება პენიტენციურ სისტემაში ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელებას, აღნიშნული კვლავ ერთ–ერთ უმწვავეს საკითხად რჩება. 2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილ პატიმართა 47%-ს 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 გავრცელებულ დაავადებად აღიარებენ. მიუხედავად ამისა, ვირუსული ჰეპატიტების ზუსტი აღრიცხვიანობა ან გარკვეული სახის სტატისტიკა, საქართველოს ციხეებში არ წარმოებს. ექიმები ფლობენ ინფორმაციას მხოლოდ იმ შემთხვევების შესახებ, როცა ჰეპატიტი ლაბორატორიულადაა დადასტურებული. მონიტორინგის დროს, ჩვენს მიერ ნანახი იქნა, რომ ძალიან ბევრ პატიმარს, რომელსაც კლინიკურად გამოხატული აქვს ღვიძლის დაზიანების



ნიშნები, გამოკვლევა ჰეპატიტზე საერთოდ არ ჩატარებია. გამოკვლევა ყოველთვის არ ტარდება ეპიდემიოლოგიურად არაკეთილსაიმედო შემთხვევების დროსაც.

2009 წლის 25 ივნისს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრთან ერთობლივი ბრძანება გამოსცა (№267-219/6), რომლითაც დამტკიცებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პაციმართა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის სტრატეგია. ბრძანების მიხედვით, სამინისტროებს დაევალათ, 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 კი, სამოქმედო გეგმა არ არის შემუშავებული, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ამ მხრივ კვლავ საგანგაშო მდგომარეობა რჩება. მონიტორინგის დროს მოპოვებული ინფორმაცია, ჰეპატიტების მხრივ სისტემაში არსებული მდგომარეობის შესახებ, წარმოდგენილია ცხრილში:

| № | დანესებულების დასახელება | ჰეპატიტზე გამოკვლეულთა 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 დაწესებულება  | 6   | 1 |
| 9   | №9 დაწესებულება  | 1   |   |
| 10  | №11 დაწესებულება | 1   |   |
| 11  | №12 დაწესებულება | 2   | 1 |
| 12  | №13 დაწესებულება | 0   |   |
| 13  | №14 დაწესებულება | 17  |   |
| 14  | №15 დაწესებულება | 7   |   |
| 15  | №16 დაწესებულება | 2   |   |
| 16  | №17 დაწესებულება | 5   |   |
| 17  | №18 დაწესებულება | 659 |   |
| 18  | №19 დაწესებულება | 123 |   |
| სულ |                  | 852 |   |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ჰეპატიტის დიაგნოსტიკის მიზნით, 2011 წლის პირველ 6 თვეში, სულ 852 პაციენტია გამოკვლეული. მათ შორის 782 პაციენტს გამოკვლევა ჩატარებული აქვს სამკურნალო დაწესებულებებში, სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში კი, მხოლოდ 70 პაციენტია გამოკვლეული, რაც ამ მხრივ შექმნილი მდგომარეობის გათვალისწინებით, უმნიშვნელოდ გამოიყურება. ჰეპატიტის მკურნალობის მიზნით, ინტერფერონის დანიშვნა ხდება მხოლოდ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც ყველა პაციენტი არ რჩება მკურნალობის კურსის დასრულებამდე. მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ 4 პაციენტი ინტერფერონით მკურნალობას სასჯელაღსრულების N6, N7, N8 და N12 დაწესებულებებში აგრძელებდა.

რაც შეეხება ვენერულ დაავადებებს, მათ მიმართ პაციენტთა მიზანმიმართული და პერიოდული შემოწმება არ წარმოებს. 2011 წლის პირველი ნახევრის პერიოდში, ამ მიმართულებით მოპოვებული ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილში:

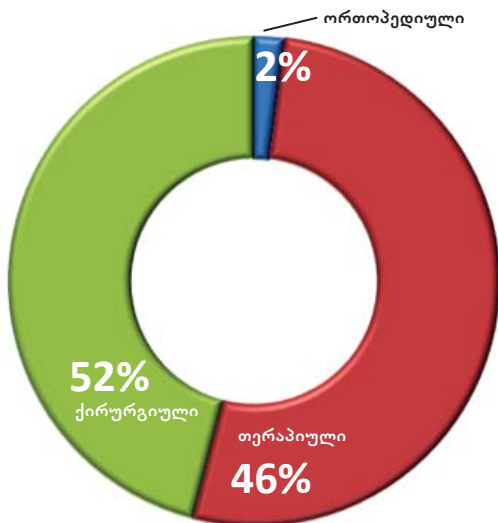
| №   | დანესებულების<br>დასახელება | დერმატო-<br>ვენეროლოგიური<br>პათოლოგიის<br>ახლად გამოვლენ. | ვენსნეულებზე<br>გამოკვეთულ იქნა |
|-----|-----------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1   | №1 დანესებულება             | 0                                                          | 1                               |
| 2   | №2 დანესებულება             | 0                                                          | 1                               |
| 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                             |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სულ 244 პაციენტს ჩაუტარდა გამოკვლევა ვენსნეულებზე, მათგან 205 პაციენტს – მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დანესებულებაში. დერმატოვენეროლოგის მიერ პროფილური, დაავადებები სულ 116 მსჯავრდებულს დაესვა დიაგნოზის სახით (მათგან უმრავლესობა კანის დაავადებებია). მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ ადგილობრივი ექიმები ვენერულ დაავადებებს სერიოზულ პრობლემად არ განიხილავენ მათი რაოდენობის სიმცირის გამო. ისეთი დაავადებების გამოვლინებას, როგორცაა გონორეა და ათაშანგი, მხოლოდ ერთეული შემთხვევების სახით ვხვდებით.

მონიტორინგის ჯგუფმა მნიშვნელოვანი ყურადღება დაუთმო, სასჯელაღსრულების დანესებულებებში სტომატოლოგიური მომსახურების სახეების შესწავლას. როგორც აღმოჩნდა, სტომატოლოგიური მომსახურება მსჯავრდებულებსა და ბრალდებულებს მიენოდათ 8634-ჯერ, სასჯელაღსრულების სისტემის ყველა დანესებულებაში. აღნიშნული რიცხვი ითვალისწინებს როგორც სტომატოლოგის პირველად, ისე განმეორებით კონსულტაციებსა და მომსახურების სახეებს.

| №   | დანესებულების დასახელება | ახლად გამოვლენილი სტომატოლოგ. დაავადებები | სტომატოლოგის მიერ მომსახურებულთა საერთო რაოდენობა | მომსახურების სახეები |            |             |
|-----|--------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|------------|-------------|
|     |                          |                                           |                                                   | თერაპიული            | ქირურგიული | ორთოპედიული |
| 1   | №1 დანესებულება          | 322                                       | 412                                               | 48                   | 347        | 17          |
| 2   | №2 დანესებულება          | 1242                                      | 1234                                              | 747                  | 481        | 6           |
| 3   | №3 დანესებულება          | 47                                        | 310                                               | 132                  | 165        | 13          |
| 4   | №4 დანესებულება          | 111                                       | 111                                               | 43                   | 65         | 3           |
| 5   | №5 დანესებულება          | 963                                       | 1021                                              | 601                  | 411        | 9           |
| 6   | №6 დანესებულება          | 136                                       | 544                                               | 255                  | 277        | 12          |
| 7   | №7 დანესებულება          | 48                                        | 20                                                | 18                   | 2          | 0           |
| 8   | №8 დანესებულება          | 923                                       | 1082                                              | 625                  | 457        | 0           |
| 9   | №9 დანესებულება          | 125                                       | 125                                               | 20                   | 104        | 1           |
| 10  | №11 დანესებულება         | 170                                       | 156                                               | 121                  | 35         | 0           |
| 11  | №12 დანესებულება         | 298                                       | 298                                               | 260                  | 37         | 1           |
| 12  | №13 დანესებულება         | 97                                        | 97                                                | 80                   | 17         | 0           |
| 13  | №14 დანესებულება         | 646                                       | 638                                               | 42                   | 592        | 4           |
| 14  | №15 დანესებულება         | 1090                                      | 1072                                              | 492                  | 553        | 27          |
| 15  | №16 დანესებულება         | 518                                       | 518                                               | 117                  | 390        | 11          |
| 16  | №17 დანესებულება         | 395                                       | 612                                               | 162                  | 450        | 0           |
| 17  | №18 დანესებულება         | 172                                       | 172                                               | 108                  | 42         | 22          |
| 18  | №19 დანესებულება         | 195                                       | 212                                               | 129                  | 69         | 14          |
| სულ |                          | 7498                                      | 8634                                              | 4000                 | 4494       | 140         |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ახლად გამოვლენილ იქნა 7498 სტომატოლოგიური პრობლემა. რაც შეეხება მომსახურების სახეებს, თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურება განხორციელდა 4000 – ჯერ, ქირურგიული 4494-ჯერ, ორთოპედიული კი, 140-ჯერ. 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 გამოჩნდა და განვითარდა ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურებაც, რაც წარსულში, პატიმართათვის პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელი სერვისი იყო. აღნიშნული მისასაღმებელი ფაქტია.

პენიტენციურ სისტემაში განხორციელებული სამედიცინო მონიტორინგის ფარგლებში, ტრადიციულად შესწავლილ იქნა იმ პაციმართა საკითხები და მონაცემები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პაციმრობა. ამ მხრივ მდგომარეობა სულ უფრო და უფრო მძიმდება. თუ გადავხედავთ საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულ სიკვდილიანობის მიზეზებსა და სტატისტიკას, თვალშისაცემია, რომ გარდაცვლილთა საკმაოდ სოლიდური ნაწილი გარდაცვლილია მძიმე და განუკურნებელი დაავადებების ტერმინალური ფორმებით (11 პაციმარი, ანუ 14.28% გარდაცვლილია აივ ინფექციის შორსნასული ფორმებით, 13 პაციენტი, ანუ 16.88% გარდაცვლილია ავთვისებიანი სიმსივნეების ტერმინალური სტადიის დროს, 11 პაციენტი, ანუ 14.28% გარდაცვლილია ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმით, რომელთა განკურნება თეორიულადაც კი უკვე შეუძლებელი იყო და ა.შ.). მიუხედავად ამისა, პაციმრის გარდაცვალებამდე სასჯელისაგან გათავისუფლების ან გადავადების საკითხი არ დასმულა, რაც მათ მიმართ არაჰუმანური მოპყრობის ერთ-ერთ ნათელ მაგალითს წარმოადგენს. მონიტორინგის დროს, ასევე შესწავლილ იქნა ამ და სხვა კატეგორიის პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ მოვლას, ამის პირობები დაწესებულებებში პრაქტიკულად არ არსებობს. აღნიშნული მიმართულებით შეგროვილი ინფორმაცია წარმოდგენილია ცხრილში:

| № | დანესებულების დასახელება | ონკოლოგიური დაავადებ | ტუბერკულოზი MDR/XDR | ამპუტირებული კიდურით | ნევროლოგიური დეფიციტი | გადაადგილდება ექლით | გადაადგილდება ყვარჯნით | ლეტლობა | სასჯელის გადავადება ან განთავისუფლება | სამედ/ფსიქიატრ ვესპერტიზის 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 დაწესებულება  | 1  | 1   | 1  | 1   | 0  | 10 | 2  | 0 | 0  |
| 7      | №7 დაწესებულება  | 1  | 0   | 0  | 1   | 1  | 1  | 0  | 0 | 0  |
| 8      | №8 დაწესებულება  | 3  | 0   | 3  | 3   | 0  | 2  | 0  | 0 | 1  |
| 9      | №9 დაწესებულება  | 0  | 3   | 0  | 0   | 0  | 2  | 0  | 0 | 0  |
| 10     | №11 დაწესებულება | 0  | 0   | 0  | 0   | 0  | 0  | 0  | 0 | 0  |
| 11     | №12 დაწესებულება | 3  | 0   | 2  | 5   | 1  | 2  | 0  | 0 | 3  |
| 12     | №13 დაწესებულება | 1  | 0   | 0  | 1   | 0  | 0  | 0  | 0 | 0  |
| 13     | №14 დაწესებულება | 1  | 2   | 6  | 15  | 0  | 4  | 1  | 0 | 0  |
| 14     | №15 დაწესებულება | 3  | 0   | 1  | 50  | 3  | 15 | 4  | 0 | 0  |
| 15     | №16 დაწესებულება | 1  | 0   | 1  | 0   | 1  | 3  | 1  | 0 | 1  |
| 16     | №17 დაწესებულება | 1  | 2   | 10 | 5   | 4  | 0  | 1  | 0 | 4  |
| 17     | №18 დაწესებულება | 17 | 12  | 8  | 12  | 6  | 12 | 43 | 0 | 0  |
| 18     | №19 დაწესებულება | 1  | 94  | 0  | 5   | 1  | 5  | 3  | 1 | 1  |
| ს უ ლ: |                  | 38 | 120 | 39 | 107 | 22 | 60 | 56 | 1 | 18 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სასჯელაღსრულების სისტემის დაწესებულების მთავარი ექიმების მიერ მონოდებული ინფორმაციით, სისტემაში სულ, 2011 წლის პირველი ნახევრისათვის, 38 პაციენტი იმყოფებოდა ონკოლოგიური დიაგნოზით. ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმა დადგენილი ჰქონდა 120 პაციმარს. 39 პაციმარს ამპუტირებული ჰქონდა ზედა, ქვედა ან ერთზე მეტი რომელიმე კიდური. 107 პაციმარს აღენიშნებოდა თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის შემდგომი ნარჩენი მოვლენები ან სხვა ტიპის ნევროლოგიური დაავადების შედეგად განვითარებული დეფიციტი, რის გამოც კლინიკურად სახეზე იყო პლეგია ან პარეზი. 22 პაციმარი გადაადგილდებოდა ეტლით, 60–ს კი, გადაადგილებისათვის ესაჭიროებოდა ყავარჯნები. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში (მონაცემში არ შედის სისტემის გარეთ გარდაცვლილი პაციენტები) სულ 56 პაციენტი გარდაიცვალა. გარდა ამისა, ერთი პაციენტი (ქალი) გარდაიცვალა სასამართლოს დარბაზში, 20 პაციენტი კი გარდაიცვალა მას შემდეგ, რაც ისინი გადაყვანილ იქნენ სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებებში. მთავარი ექიმების ინფორმაციით, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, სასამართლო სამედიცინო და სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზა სულ 18

პაციენტს ჩაუტარდა. მათგან, იმავე წყაროზე დაყრდნობით, 1 პაციმარს გადაევადა სასჯელი სასამართლოს მიერ. აღსანიშნავია, რომ ბოლო ინფორმაცია შესაძლებელია არაზუსტია, ვინაიდან ექსპერტიზისა და სასჯელის გადავადების, ან ავადმყოფობის გამო სასჯელისაგან გათავისუფლების შესახებ ინფორმაციას ოფიციალურად, ადგილობრივი საექიმო-სამედიცინო პუნქტები არ ფლობენ. ამ მხრივ ინფორმაცია არ არსებობს მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშიც.

დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელზე პირდაპირ მოქმედებს ის ფაქტორი, თუ სად იმყოფება პაციენტი – სამკურნალო დაწესებულებაში, სასჯელის მოხდის ძირითად ადგილას თუ რომელიმე სამოქალაქო სექტორიის საავადმყოფოში. ამ მხრივ, უპირველეს ყოვლისა, მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის ფაქტორები და მიზეზები, რომლებიც პაციენტთა გადაყვანას ახლავს თან. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება, ასევე, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება, როგორც ცნობილია, მკვეთრი გადატვირთულობის პირობებში მუშაობს. ამ ფონზე, ზოგიერთ დაწესებულებაში ე.წ. „რიგებიც“ კი არის შექმნილი და როდის მოხდება პაციენტთა გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში, მიუხედავად აღნიშნულის სამედიცინო ჩვენებისა, გაურკვეველია. ასეთ პირობებში, გადაყვანა შეფერხებულია და უპირატესობა ენიჭებათ მხოლოდ განსაკუთრებით მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე პაციენტებს, ან მათ, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა უცებ მძიმდება. ხშირად პაციენტები გადაყვანის მოთხოვნის „აქტუალიზაციის“ გამო იყენებენ სხვადასხვა ხასიათის და სიმძიმის თვითდაზიანებებს, ან არღვევენ რეჟიმს, რის გამოც მათ მიმართ შესაბამისი სადამსჯელო ღონისძიებები ხორციელდება. პაციენტების სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანის საკითხი ამჟამად რეგულირდება საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 10 მარტის №38 ბრ-



დანებით (პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა გადაყვანის წესის დამტკიცების შესახებ). აღსანიშნავია, რომ ბრძანებით დამტკიცებული წესი არაერთგზის შეიცვალა ბოლო 2 წლის განმავლობაში. ბოლო ცვლილება ბრძანებაში 2011 წლის 31 მარტს განხორციელდა. ამჟამად მოქმედი მდგომარეობის მიხედვით, ბრძანებით დამტკიცებული დებულებები არეგულირებს პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში 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 დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ მსჯავრდებულთა და პატიმართა გადაყვანის წესის დამტკიცების შესახებ”.

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 დაწესებ-

ულებაში 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, ადრესატის მიერ შეიძლება მიღებულ იქნას ტელეფონოგრამის ან ფაქსის, განსაკუთრებულ შემთხვევებში კი – სხვა საკომუნიკაციო საშუალებით. დაწესებულების დირექტორის გადანაცვტილება წერილობით, მწვავე დაავადების შემთხვევაში გადაუდებელი გადაყვანისას კი – 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, მიუხედავად ექიმის მიერ გაცემული რეკომენდაციისა, შეიძლება არ უზრუნველყოს პაციენტის ტრანსპორტირება სამკურნალო დაწესებულებაში. 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/ მსჯავ-

ვრდებულთა 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, როცა პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესი მეორე პლანზე გადადის და უპირატესობა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარის „არგუმენტებს“ ენიჭება.

ბრძანება ასევე არეგულირებს, დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა საერთო პროფილის საავადმყოფოდან, სხვა საერთო პროფილის საავადმყოფოში გადაყვანის საკითხებს, რაც ხორციელდება მკურნალი ექიმის გადანყევითილებით, 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, ბრალდებული/მსჯავრდებული შეიძლება გადაყვანილ იქნას სამკურნალო დაწესებულებაში სასჯელაღსრულების 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 წარმოადგენს სიახლეს, ამ ბრძანების წინამორბედთა შორის.

არსებული ინსტრუქციის მიხედვით, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა მოძრაობა, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, სხვადასხვა დაწესებულებებს შორის, 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში შემდეგნაირად გამოიყურება:

| №  | დაწესებულების დასახელება | გადაყვანილთა რაოდენობა |          |                     |        |
|----|--------------------------|------------------------|----------|---------------------|--------|
|    |                          | მზსდ 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 |     |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საანგარიშო პერიოდში 2500-ზე მეტი გადაყვანა განხორციელდა. მათგან, ყველაზე ხშირად (1029 შემთხვევაში), გადაყვანა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში მოხდა. 827 პაციენტი გადაყვანილ იქნა ტუბერკულოზით დააადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სამოქალაქო სექტორის ჯანდაცვის დაწესებულებებში კი, განხორციელდა 681 ტრანსპორტირება-ბადრაგირების შემთხვევა. აქედან დაახლოებით 60%-ში, ქალაქის საავადმყოფოში გაყვანა მოხდა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებებიდან ან ამ დაწესებულების გავლით, 40% –ის შემთხვევაში კი, ქალაქის საავადმყოფოებში გაყვანა განხორციელდა პირდაპირ სასჯელის მოხდის ადგილიდან. აღსანიშნავია, რომ გაყვანათა რიცხვი, ამ შემთხვევაში, მოიცავს როგორც ამბულატორულ, ისე სტაციონარული მიზნით პაციენტის გადაყვანას. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში, პაციენტთა გაყვანა სწორედ ამბულატორული მომსახურების მიზნით განხორციელდა, რის შემდეგაც პაციენტი იმავე დღეს იქნა დაბრუნებული სასჯელაღსრულების სისტემის ამა თუ იმ დაწესებულებაში.

### რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- დეტალურად და დადგენილი ნესით იქნას შესწავლილი პენიტენციური სისტემის ავადობის საკითხები და სწორედ

ეს მონაცემები დაედოს საფუძვლად ნებისმიერ სიახლეს და რეფორმას ჯანდაცვის სფეროში;

- უზრუნველყოს რუტინული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევებისადმი სისტემაში არსებული პირების ხელმისაწვდომობის ზრდა, როგორც მკურნალობის, ისე პროფილაქტიკის ინტერესებიდან გამომდინარე;
- ჯეროვანი ყურადღება დაეთმოს და დაწესდეს მკაცრი აღრიცხვა და მონიტორინგი იმ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რომლებიც დაავადებულები არიან ეპილევსიით, ბრონქული ასთმით და შაქრიანი დიაბეტით. ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია სისტემაში ნევროლოგიური დახმარების ღრმა კრიზისი, რის გამოც ეპილევსიით დაავადებულთა უმრავლესობას არ აქვს ჩატარებული შესაბამისი კონსულტაციები და გამოკვლევები, მათ არ აქვთ დადგენილი აღნიშნული დაავადება, რის გამოც მკურნალობაც არ უტადებათ;
- მოხდეს სასჯელაღსრულების სისტემაში ფსიქიატრიული დახმარების კომპონენტის გაუმჯობესება. ამ მიზნით გაიზარდოს სისტემაში მომუშავე ფსიქიატრთა რაოდენობა. ასევე დაწესდეს მკაცრი კონტროლი და მონიტორინგი ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ფსიქოტროპული მედიკამენტების ბრუნვის საკითხები შესაბამისობაში მოვიდეს ქვეყანაში მოქმედ კანონმდებლობასთან;
- შესრულდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრების 2009 წლის 25 ივნისის 267-219/6 ბრძანებით დამტკიცებული ჰეპატიტების საწინააღმდეგო სტრატეგიით გათვალისწინებული საკითხები. შემუშავებულ იქნას ბრძანებით გათვალისწინებული სამოქმედო გეგმა, რომელიც დღემდე შეუსრულებელ ვალდებულებად

რჩება. სასჯელალსრულების დაწესებულებებში დაინერგოს ვირუსული ჰეპატიტების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები;

- ეფექტურად ამოქმედდეს იმ პატიმართათვის სასჯელის გადავადების ან ვადამდე ადრე გათავისუფლების შუამდგომლობის მომზადება და სასამართლოსადმი მიმართვა, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა. აღნიშნული მიდგომა გავრცელდეს ასევე უკუურნებელი სენით დაავადებულ პატიმართა მიმართ. სისტემაში ამ კატეგორიის მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა ყოფნის შემთხვევაში, მონესრიგდეს მათთვის სპეციალური მოვლის პირობების უზრუნველყოფა, რაც დაიცავს ამ პირებს არა-ჰუმანური და არასათანადო მოპყრობისაგან;
- გამარტივდეს და სამედიცინო ჩვენების მიხედვით უფრო მოქნილი გახდეს მსჯავრდებულთა და პატიმართა გადაყვანის წესები, ამ უკანასკნელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების გამო. ამ მიზნით გადაიხედოს და პროფესიული ექსპერტიზა ჩაუტარდეს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის შესაბამის კანონქვემდებარე აქტს.

## პატიმართა სამედიცინო რეაბილიტაციის, ქალთა და არასრულწლოვან პატიმართა საკითხები

---

საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, თავისუფლების აღკვეთის პირობებში, სასჯელაღსრულების დაწესებულების ერთ-ერთ პრიორიტეტად უნდა იქცეს ის, რომ სასჯელის დასრულების შემდეგ, თავისუფლება აღკვეთილი პირი დაუბრუნდეს საზოგადოებას. შესაბამისად, პატიმართა მომზადება რესოციალიზაციისათვის, თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად უნდა განიხილებოდეს. ამ მიზნის მისაღწევად დაწესებულებებში უნდა იყოს შექმნილი სარეაბილიტაციო პროგრამები, რომლებიც გარდა ფსიქოლოგიური, სოციალური, იურიდიული და სხვა ასპექტებისა, უნდა მოიცავდეს სამედიცინო კომპონენტსაც. სამწუხაროდ, საანგარიშო პერიოდში მოქმედი პროგრამები არ შეიცავდა სამედიცინო კომპონენტს, რის გამოც მათ ვერ განვიხილავთ ფსიქო-სამედიცინო რეაბილიტაციად. გარდა ამისა, მონიტორინგის დროს ყურადღება გამახვილდა ყველა იმ აქტივობაზე, რომელიც რეაბილიტაციის მიმართულებით არის დანერგილი. ამ მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი საშუალებები ძირითადად, მხოლოდ ქალი და არასრულწლოვანი პატიმრებისთვის არსებობს. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში მოქმედი 18 დაწესებულებიდან, არანაირი სარეაბილიტაციო პროგრამა არ არსებობს 13 დაწესებულებაში.

რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში მოქმედებს ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროგრამა, რომელსაც ახორციელებს ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“. ორგანიზაციის თანამშრომლები (5 პიროვნება) დაწესებულებას სტუმრობენ ყოველ მე-2 დღეს და მუშაობენ მხოლოდ მიუხვებელ პატიმრებთან. თანამშ-



რომელთა შორის დადის ფსიქოლოგი. ადგილობრივი მთავარი ექიმის განმარტებით, ფსიქიატრი პროგრამის განხორციელებაში არ მონაწილეობს. არსებობს გეგმა, რომლის მიხედვით, სექტემბრიდან უნდა მოხდეს მისჯილ პაციენტებთან მუშაობის დაწყებაც.

N8 დაწესებულებაში, სადაც უკანასკნელი პერიოდის განმავლობაში არასრულწლოვანი პატიმრები 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, ამ დაწესებულებაში მოქმედებს ე.წ. „სასჯელის ინდივიდური დაგეგმარების პროგრამა“. აღნიშნული პროგრამის ინდივიდური შემუშავება ევალება სპეციალისტთა გუნდს, რომლის შემადგენლობაში შედის ფსიქოლოგი, პედაგოგი, სოციალური სამსახურის წარმომადგენელი და ექიმი. პერიოდულად იმართება სხდომები, რომლებიც განიხილავს აღიშნულ გეგმებს. მთავარი ექიმის განმარტებით, დაწესებულებაში, ასევე, მუშაობს ორგანიზაცია „GCRT“, რომელსაც დაწესებულების სოციალურ სამსახურთან აქვს კავშირი და ექიმისთვის უცნობია მათ საქმიანობასთან დაკავშირებული დეტალები.

ქუთაისისა და ბათუმის დაწესებულებებში, სადაც ასევე იმყოფებიან ქალები და არასრულწლოვანები, სპეციფიკური სარეაბილიტაციო პროგრამები, სამედიცინო პერსონალის ინფორმაციით, არ მიმდინარეობს. ზუგდიდის N4 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განგვიცხადა, რომ არასრულწლოვანთა სარეაბილიტაციო საქმიანობის განვითარებასთან დაკავშირებით იყვნენ მოსული „რომელიც არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლები“, თუმცა კონკრეტული ნაბიჯი ჯერ არ გადადგმულა. პროექტი ჯერ მოლაპარაკების დონეზეა.

ქუთაისის N2 დაწესებულებაში, ისევე, როგორც ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში, 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. ორსული და ახალშობილი, საანგარიშო პერიოდში, არცერთ დაწესებულებაში არ ჰყოლიათ, გარდა რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებისა, სადაც მუშაობს გინეკოლოგი და საანგარიშო პერიოდში იმყოფებოდა 3 ორსული ქალი; ასევე, 8 ქალი, რომლებსაც თან ჰყავთ 3 წლამდე ბავშვები. ყველა მათგანმა პატიმრობის პერიოდში იმშობიარა. ბავშვთა საჭიროებების უზრუნველყოფას, წარსულში სამედიცინო ნაწილი უზრუნველყოფდა, იანვრიდან კი, აღნიშნული გადავიდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კომპეტენციაში, 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 აივ ინფექცია/შიდსის საკითხებზე. ორგანიზაციის დახმარებით, ზოგიერთ დაწესებულებაში მოეწყო ლაბორატორიები და ჩატარდა გამოკვლევები. სამწუხაროდ, თებერვალში აღნიშნული პროგრამა შეწყდა. მიმდინარეობს მოლაპარაკებები პროგრამის განახლების თაობაზე.

ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა N19 დაწესებულების ექიმის განცხადებით, დაწესებულებაში ასევე მოქმედებს „ანტინიკოტინური“ პროგრამა, რომელიც ძირითადად საგანმანათლებლო საქმიანობით არის დაკავებული და პოსტერების მონოდებით შემოიფარგლება.

რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა დახმარებისა და რეაბილიტაციის პროგრამებს, ისინი მიმდინარეობს თბილის-

სის №8 დაწესებულებაში (მეთადონის პროგრამა). საქართველოს პენიტენციური სისტემის სამ დაწესებულებაში ასევე მოქმედებს, „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 N5 დაწესებულებაში ნამდვილად უკეთესია პატიმრობის სხვა დაწესებულებებთან შედარებით. აღნიშნული დაწესებულება წარმოადგენს ერთადერთ ადგილს, 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 შედეგებით მაღალი მაჩვენებელი. ქალთა კონტინგენტში განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხთა პრობლემურობა, ასევე, ქალ პატიმართა რაოდენობის მკვეთრი ზრდა 2010 წლის ზაფხულის შემდეგ. დადებით ტენდენციად უნდა ჩაითვალოს რუსთავის მიმდებარე ტერიტორი-

აზე ქალთა ახალი დაწესებულების გახსნა, სადაც სამედიცინო ინფრასტრუქტურა მკვეთრად გაუმჯობესებულია.

საანგარიშო პერიოდში, არასრულწლოვანი პაციენტები სასჯელს იხდიდნენ საქართველოს პენიტენციური სისტემის 5 სხვადასხვა დაწესებულებაში. ამ შემთხვევაშიც, ქალთა კონტინგენტის მსგავსად, არსებული პირობებისა და სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით, შექმნილი იყო გეოგრაფიული უთანასწორობა. არასრულწლოვანთა სპეციალურ დაწესებულებაში არ ფუნქციონირებს სტაციონარული სამედიცინო პუნქტი. მიუხედავად ამისა, ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალი მაქსიმუმს აკეთებს მოზარდთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური საკითხების დასარეგულირებლად.

2010 წლის შემოდგომაზე, მოხდა ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებიდან არასრულწლოვანთა კონტინგენტის გადაყვანა თბილისის N8 საპყრობილეში. მიუხედავად იმისა, რომ აქ არასრულწლოვნები იზოლირებულად არიან, აღნიშნული ქმედება დაუშვებელია და არღვევს საერთაშორისო სტანდარტებს. მოზარდილთა საპატიმრო დაწესებულებაში, მათი ჯანმრთელობის საჭიროებათა მონიტორინგი და გადაწყვეტა შეუძლებელია განხორციელდეს იმავე სტანდარტებითა და ხარისხით, როგორც წარსულში, მათთვის შესაბამის ინსტიტუციაში ხდებოდა.

### **რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:**

- უზრუნველყოს არასრულწლოვან პატიმართა განცალკევებით განთავსება, ვინაიდან ამ კონტინგენტის N8 საპყრობილეში (თუნდაც იზოლირებულად) ყოფნა არ შეესაბამება მოზარდთა სპეციფიკას და საერთაშორისო სტანდარტებს.
- უზრუნველყოს ქალ პატიმართათვის ეკვივალენტური და ანალოგიური სამედიცინო სერვისების მიწოდება სასჯელაღსრულების ყველა დაწესებულებაში.

## სამედიცინო დოკუმენტაციის, სამედიცინო სტატისტიკური და კონფიდენციალური ინფორმაციის საკითხები პენიტენციურ სისტემაში

---

საქართველოს სახალხო დამცელის არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში, საუბარი იყო იმის შესახებ, რომ პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურები, სამედიცინო ინფორმაციის წარმოებისას, არ ითვალისწინებენ ამ მხრივ მოქმედ საკანონმდებლო ნორმებსა და სტანდარტებს, რის გამოც ირღვევა არამარტო საქართველოს კანონმდებლობა, არამედ არსებული სიტუაცია შეუსაბამოა საერთაშორისო ნორმებთან, რომ აღარაფერი ვთქვათ ისეთ საკითხზე, როგორიცაა წამებისა და არასათანადო მოპყრობის პრევენცია.

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 საპარლამენტო ანგარიშში საუბარი იყო იმის შესახებ, რომ საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის №486 ბრძანებით, დამტკიცებულ იქნა 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 დღეს საკმაოდ მოძველებულია. ასევე განსხვავებულია, მათი შევსების, შენახვისა და წარმოების წესებიც; თუმცა, დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში, ამგვარი დოკუმენტაცია საქმი-

ანობის ერთ-ერთ ძირითად სტანდარტს წარმოადგენს. 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 შეესაბამებოდა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებს. აღნიშნული ბრძანება ძალადაკარგულად გამოცხადდა სასჯელაღსრულების მინისტრის 2010 წლის 11 ნოემბრის N158 ბრძანებით „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის დამტკიცების შესახებ“. N158 ბრძანებით, დამტკიცებულია ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სამედიცინო ბარათის ფორმა. აღნიშნული მაგალითი წარმოადგენს კიდევ ერთ აშკარა პრეცედენტს, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა ხელოვნურად ემიჯნება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას.

საანგარიშო პერიოდში მოქმედი „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 სავალდებულო იყო ქვეყნის ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის. სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მიერ, N158 ბრძანებით დამტკიცებული სამედიცინო ბარათის ფორმა, აბსოლუტურად შეუსაბამო იყო ჯანდაცვის მინისტრის მიერ დამტკიცებული დოკუმენტაციის ფორმისა.

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 ბოლო პუნქტის მიხედვით, ახალი ფორმების ამოქმედება სავალდებულოა 2012 წლის 1 იანვრიდან. საქართველოს სახალხო დამცველი კიდევ ერთხელ გამოთქვამს იმედს, რომ აღნიშნული ახალი ფორმების დანერგვა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურებში, სავალდებულო გახდება ნორმატიული აქტით გათვალისწინებულ ვადიდან.

რაც შეეხება სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებას, ამ მხრივ მდგომარეობა შეცვლილია. სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება სასჯელაღსრულების სისტემაში წარმოადგენს N18 და N19 დაწესებულებების ვალდებულებას. მონიტორინგის პროცესში პრევენციის ეროვნული მექანიზმი დაინტერესდა, ამ მხრივ არსებული მდგომარეობით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის N108/6 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, რომელიც ეწევა 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 პირდაპირ შესაბამისობაში მოდის პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში არსებულ მდგომარეობასთან, 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 გააჩნდა, რომ მოეხდინა ყველა იმ მოსამზადებელი სამუშაოს და ინსტრუქტაჟის ჩატარება და ასევე ტექნიკური საკითხის გადანაცვება, რომელიც ბრძანების ამოქმედებას ახლდა თან.

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ სტაციონარული დოკუმენტაციის ფორმები, სამკურნალო დაწესებულებებს 2011 წლის თებერვ-



ლიდან მიაწოდეს. ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა N19 სამკურნალო დაწესებულებაში განგვიმარტეს, რომ მათ 1300 ეგზემპლარი დოკუმენტის ფორმა მიიღეს. მონიტორინგის მომენტში აღოჩნდა, რომ აღნიშნული ფორმები მათ უკვე აღარ ჰქონდათ. თავდაპირველად ახდენდნენ ბლანკების დაქსეროქსებას, მოგვიანებით კვლავ ცარიელი ფურცლები მიაშველეს. სამედიცინო დეპარტამენტმა აღნიშნულ საკითხზე რეაგირება არ მოახდინა, მიუხედავად იმისა, რომ მათი განმარტებით, ისინი სისტემატურად აწარმოებენ დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლს. საქართველოს სახალხო დამცველი იმედს გამოთქვამს, რომ აღნიშნული პრობლემა უმოკლეს დროში მოგვარდება და მსგავსი შეფერხებები სამომავლოდ აღარ შეიქმნება.

მონიტორინგის დროს, კიდევ ერთხელ იქნა დადასტურებული, რომ პენიტენციური სისტემის სამედიცინო დაწესებულებებში უზეშადაა დარღვეული სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვის პრინციპები და წესები, რაც ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით რეგულირდება. კერძოდ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის N198/6 ბრძანებით, სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ. ბრძანება გამოცემულია ”საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, რისი შესრულებაც საპასუხისმგებლო და აუცილებელ ღონისძიებას უნდა წარმოადგენდეს სამედიცინო დაწესებულებებისთვის. 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 მიუცია. N14 დაწესებულების მთავარმა ექიმმა განაცხადა,

რომ მისი ამ თანამდებობაზე დანიშვნის შემდეგ, ყველა არსებული სამედიცინო დოკუმენტი მასთან ინახება, ის კი, რაც მანამდე იყო, ყველა ჟურნალისა და დოკუმენტის სახეობა, მასთან არ არის და არ იცის, სად ინახება. მთავარი ექიმების უმრავლესობა განმარტავს, რომ სამედიცინო ბარათი ეკვრება პაციმრის პირად საქმეში, ჟურნალები კი, მათთან რჩება. N15 დაწესებულებაში ასეთ დოკუმენტებს სპეცნაშილში გზავნიან, ხონის N13 დაწესებულებაში კი - 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 სისტემაში არის დასაქმებული, 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 დაწესებულებებს, 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, 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 N198/6 ბრძანებით (სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ) გათვალისწინებულ მოთხოვნებთან. კერძოდ, მთა-

ვარი ექიმი განმარტავს, რომ როცა მოდის მოთხოვნა პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გაცემაზე, ამ შემთხვევაში, პასუხისმგებლობა იმ განყოფილების გამგეს ეკისრება, რომელიც მოცემულ მომენტში მუშაობს და რომელი პროფილისაც იყო ის ავადმყოფი, რომლის შესახებაც უნდა გასცენ ინფორმაცია. ამ შემთხვევაში ამონაწერს ამზადებს არა არქივარიუსი, არამედ განყოფილების გამგე.

როგორც ჩანს, პაციენტის შესახებ არსებული კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვა და შენახვა, არ წარმოადგენს პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურისათვის არანაირ ვალდებულებას ან თუნდაც ღირებულებას, რის გამოც ეს სფერო მოუწესრიგებელი და დაუცველია.

საქართველოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში, სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოება არ ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით, 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 საქართველოში გადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის 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 პირის - „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრისათვის” - სამედიცინო დაწესე-

ბულებების მიერ წარსადგენი უწყებრივი სტატისტიკური დაკვირვების ანგარიშების თანდართული ჩამონათვალის, ფორმებისა და ვადების მიხედვით. მიუხედავად ამისა, სასჯელალსრულების დაწესებულებებიდან, სავალდებულო ხასიათის ინფორმაციის მიწოდება დღემდე არ ხორციელდება. ამის ნაცვლად, სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ შემუშავებულია სტატისტიკური ინფორმაციის მოგროვების განსხვავებული ფორმები. აღნიშნულის გათვალისწინებით, შესაძლებელია ითქვას, რომ ინფორმაციის მოგროვებას აქვს მექანიკური ხასიათი, არ ხდება ბიოსამედიცინო სტატისტიკური წესების მიხედვით, შედეგებისა და ჯანმრთელობის პარამეტრების გამოთვლა. აღნიშნულის გამო 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 დაუცველობიდან და გარეშე პირებისადმი ფართო ხელმისაწვდომობიდან გამომდინარე. ამ მხრივ, განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს კონფიდენციალურობისა და საექიმო საიდუმლოს პრინციპის იგნორირება. ამ პრინციპების დაცვას ითვალისწინებს, საქართველოს მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო კონვენციები და ქვეყნის ჯანდაცვის კანონმდებლობა. 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 წარმოადგენენ სა-

მედიცინო პერსონალს და საერთოდ არ მონაწილეობენ პაციენტის მკურნალობისა და მოვლის ღონისძიებებში. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, ზემოთ აღწერილი პრაქტიკის გამო, უხეშად ირღვევა არა მარტო ჯანდაცვის კანონმდებლობა, არამედ წამების პრევენციის სტანდარტებიც.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ პაციენტისაგან ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების აუცილებლობა, სისტემაში ვალდებულებას არ წარმოადგენს, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ზოგიერთ გამონაკლისს. ასე მაგალითად, დაწესებულებათა უმრავლესობა, პაციენტისაგან ინფორმირებულ თანხმობას არ ითხოვს იმის გამო, რომ მათი აზრით: „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 – ექიმები აცხადებენ, რომ ზოგიერთი ადრესატისთვის ინფორმაციის მიწოდებისას პაციენტს წერილობით აწერიან თანხმობას. აღნიშნული მისასალმებელი ფაქტია, თუმცა ეს ინიციატივა შემდგომ შესწავლასა და დახვეწას მოითხოვს. ზოგიერთ დაწესებულებაში (მაგალითად, ხონის N13 დაწესებულება), პაციენტისაგან წერილობით მოითხოვენ დადასტურებას მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა იგი უარს აცხადებს რაიმე სახის სამედიცინო დახმარების მიღებაზე. 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, 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 პაციმრები იშვიათად ითხოვენ სამედიცინო დოკუმენტაციის გაცნობას ან ასლის მიღებას, რაც, მონიტორინგის ჯგუფის დაკვირვებით, სიმაღლეს არ შეესაბამება – სახალხო დამცველის აპარატში შესული განცხადებების მნიშვნელოვანი ნაწილის ავტორები (პაციმრები ან მათი ოჯახის წევრები) სწორედ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვებაში ითხოვენ დახმარებას, ვინაიდან თავად ვერ ახერხებენ სასჯელალსრულების დაწესებულებიდან აღნიშნული ინფორმაციის მოპოვებას.

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 N92/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 დარღვევას წარმოადგენს.

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, პაციენტთა სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული ბაზის შექმნის თაობაზე. სამინისტროს ხელმძღვანელობის თქმით, ერთადერთი მიზანი, რასაც ეს ინიციატივა ემსახურება, არის ჩანაწერების ცენტრალიზება – მათი ხელმისაწვდომობა სამინისტროს, მათ შორის, სამედიცინო დეპარტამენტის ხელმძღვანელობისთვის, რა შემთხვევაშიც ავტომატურად მოხდება კონფიდენციალური სახის ინფორმაციის გამჟღავნება, რაც წარმოადგენს კანონდარღვევას. გარდა ამისა, მაშინ, როცა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა თავად არ არის გადასული ამ ტიპის სერვისზე, გაურკვეველია, როგორ უნდა მოხდეს იმ ინფორმაციის დამატება სისტემაში, რომელიც დაკავშირებული იქნება პატიმარი პაციენტის მკურნალობის ფრაგმენტთან სამოქალაქო ტიპის დანესებულებაში. ჩვენი აზრით, მხოლოდ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ამ სტილზე გადაყვანა გამოიწვევს მის უფრო მეტ მარგინალიზაციასა და იზოლირებას საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისაგან. ყველა ძალისხმევა უნდა იქნას გამოყენებული, რათა აღნიშნულმა ინიციატივამ კიდევ უფრო არ გააღრმავოს ჯანდაცვის მომსახურების ეკვივალენტურობასა და კონფიდენციალობის დაცვაში უკვე არსებული ხარვეზები. სამინისტროს ხელმძღვანელობას, მათ შორის, სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს, ევალუბათ სისტემის ზოგადი მენეჯმენტი და არა კონკრეტული პაციენტების მკურნალობის მართვა. მათ არ აქვთ უფლება, გაეცნონ პაციენტის ჩანაწერებს, პაციენტის თანხმობის გარეშე.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, დაუშვებლად მივიჩნევთ, პატიმარ პაციენტთა შესახებ სამედიცინო ხასიათის ინფორმაციის, ფართოდ ხელმისაწვდომ ელექტრონულ ბაზაში განთავსებას.

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 საქართველოს და საერთაშორისო კანონმდებლობას. ბრძანების მე-2 მუხლი ითვალისწინებს ბრალდებულის/მსჯავრდებულის პირადი საქმის, გარდა სამედიცინო ბარათისა, გაცნობის უფლების მქონე პირების ნუსხის დამტკიცებას (დანართი N2), მე-3 მუხლი კი – მხოლოდ სამედიცინო ბარათის გაცნობის უფლების მქონე პირთა ნუსხის დამტკიცებას (დანართი N3).

ეს ნიშნავს, რომ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრმა, მის მიერვე გამოცემული კანონქვემდებარე აქტით, პირთა გარკვეულ კატეგორიას მიანიჭა უფლება, პაციენტის თანხმობის გარეშე გაეცნოს სამედიცინო კონფიდენციალურ ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ, ამით უხეშად დაირღვა არამარტო საქართველოს კონსტიტუცია და ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა (საქართველოს კანონები „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“), არამედ ევროპის საბჭოს კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რომელიც საქართველოს მიერ ხელმოწერილი და რატიფიცირებულია და უკვე 10 წელია ამოქმედებულია დათქმების გარეშე.



## რეკომენდაციები საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა სამედიცინო სტრუქტურებმა დადგენილი წესით აწარმოონ სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაცია (განისაზღვრება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 5 აპრილის N101/ნ ბრძანებით) და ასევე დადგენილი წესით გადასცენ ინფორმაცია დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს;
- გადაიხედოს და არსებულ სიტუაციასთან, რეალობასთან და კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში იქნას მოყვანილი საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის N486 ბრძანებით დამტკიცებული სამედიცინო დოკუმენტაციის „დროებითი ფორმები“;
- გაუქმდეს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2010 წლის 11 ნოემბრის N158 ბრძანება, რის შემდეგაც, არსებული რეგულაცია სრულად ჩანაცვლდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს 01-41/ნ და 2009 წლის 19 მარტის N108/ნ ბრძანებებით;
- 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/ნ ბრძანებით;
- უზრუნველყოს საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო ხელშეკრულებების შესაბამისად გათვალისწინებული ვალდებულებების დაცვა ჯანდაცვის მომსახურებათა მიწოდების პროცესში პაციენტის კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხებთან მიმართებაში. ამ

მიზნით, აუცილებელი გამონაკლისების 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 წინააღმდეგობაში მოდის საქართველოს კანონმდებლობასთან და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით გათვალისწინებულ ვალდებულებებთან. აღნიშნული საკითხი დარეგულირდეს მოქმედი კანონმდებლობის განუხრელი დაცვით;

- სიფრთხილით მოეკიდონ პაციენტთა ელექტრონული ჩანაწერების შემოღების შესახებ საკითხებს. კონკრეტული ნაბიჯების გადადგმამდე ამ სფეროში დაიწყონ ღია და მრავალმხრივი დისკუსია და განხილვა ჯანდაცვის პროფესიონალებთან, უფლებადამცველ ორგანიზაციებთან და საზოგადოების სხვადასხვა დაინტერესებულ წრეებთან.

**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.

## სიკვდილობა პენიტენციური სისტემის დანახეულებებში

---

საქართველოს სახალხო დამცველი, ამჟამად უკვე პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის ფარგლებში, უკვე რამდენიმე წელია სწავლობს სიკვდილობას და მასთან დაკავშირებულ საკითხებს 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 ბიუროს მიერ წარმოდგენილი გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები. მონიტორინგის დროს ხდება ყველა ამ წყაროდან მიღებული მონაცემების შედარება, უშუალოდ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მოპოვებულ ინფორმაციასთან, რის შედეგადაც იქმნება სრული და ნათელი სურათი სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებული სიკვდილობის მონაცემების შესახებ. ჩვენს მიერ მოპოვებული და გაანალიზებული მონაცემებით ჩანს, რომ ბოლო ხუთწლიანხვერის განმავლობაში (2006-2011-ის პირველი ნახევრის ჩათვლით) საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 590 პატიმარია გარდაცვლილი. წლებისა და თვეების მიხედვით, აღნიშნული მონაცემები შემდეგნაირად გამოიყურება:

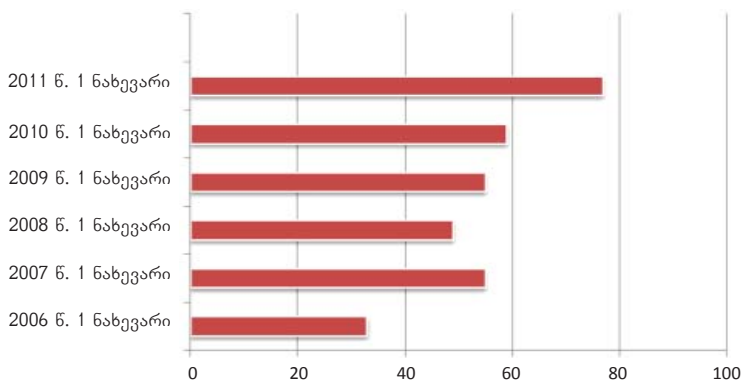
| წელი | იანვარი | თებერვალი | მარტი | აპრილი | მაისი | ივნისი | ივლისი | აგვისტო | სექტემბერი | ოქტომბერი | ნოემბერი | დეკემბერი | სულ  |
|------|---------|-----------|-------|--------|-------|--------|--------|---------|------------|-----------|----------|-----------|------|
| 2006 | 6       | 3         | 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      | -*     | -*      | -*         | -*        | -*       | -*        | 77** |
| სულ: | 51      | 51        | 63    | 43     | 63    | 57     | 45     | 42      | 46         | 40        | 44       | 45        | 590  |

\* მონაცემები დამუშავდება საანგარიშო პერიოდის დასრულების შემდეგ

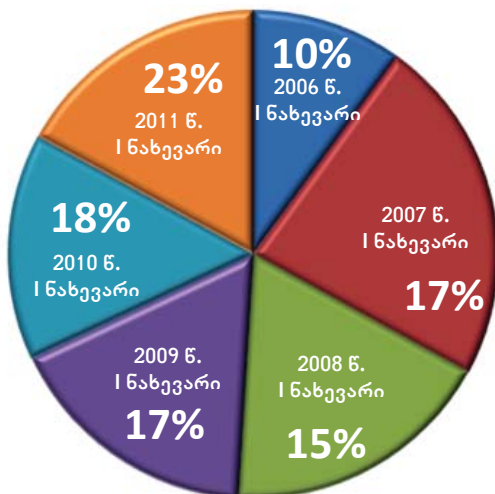
\*\* ასახავს მხოლოდ საანგარიშო წლის პირველი ნახევრის მონაცემებს

როგორც ცხრილში წარმოდგენილი მონაცემების მიხედვით ნათლად ჩანს, წლის პირველი ნახევრის განმავლობაში გარდაცვლილთა რაოდენობის მიხედვით, 2011 წლის პირველი ნახევარი მაქსიმალური მაჩვენებლებით გამოირჩევა, საერთო ჯამში კი, 2011 წლის პირველ 6 თვეში გარდაცვლილთა რიცხვი, მნიშვნელოვნად აღემატება ბოლო 6 წლის განმავლობაში, ამავე პერიოდში გარდაცვლილთა რაოდენობას.

ზემოთ მოცემული მონაცემები, წარმოდგენილია გრაფიკულად:



ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამიდან ნათლად ჩანს, რომ 2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა რაოდენობა, ბოლო 6 წლის განმავლობაში, იმავე პერიოდში გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობის 23%-ს შეადგენს, რაც 5%-ზე მეტით აღემატება გასული წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს.



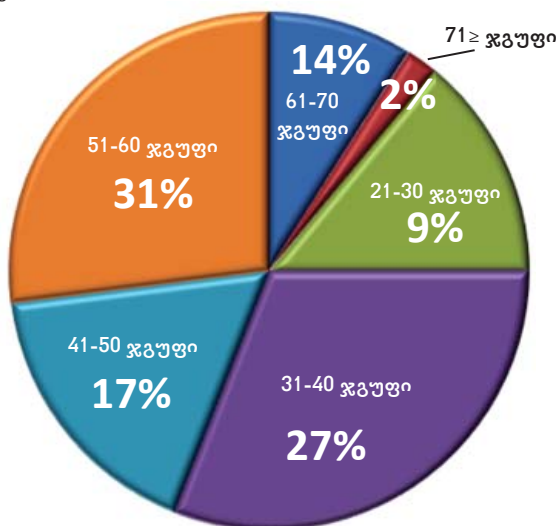
როგორც წარმოდგენილი სტატისტიკიდან ჩანს, სახეზეა ფაქტი, რომ თუ 2006-2009 წლებში სიკვდილობის მაჩვენებელი მეტ-ნაკლებად სტაბილური იყო, 2010 და განსაკუთრებით 2011 წელს ამ მაჩვენებელმა პიკს მიაღწია და წინა წლებთან შედარებით მკვეთრად იმატა.

2011 წლის განმავლობაში გარდაცვლილ 77 პატიმარს შორის 3 ქალია და 74 მამაკაცი. ჩვენს მიერ შესწავლილი და გაანალიზებული იქნა პენიტენციურ სისტემაში გარდაცვლილთა ასაკობრივი სპექტრი. ყველაზე ახალგაზრდა გარდაცვლილი 22 წლის იყო, ყველაზე ასაკოვანი კი – 80 წლის. გარდაცვლილთა საშუალო ასაკმა  $46 \pm 4$  შეადგინა, რაც უმნიშვნელოდაა გაზრდილი 2009 და 2010 წელს გარდაცვლილთა საშუალო ასაკისთან შედარებით. რაც შეეხება

2011 წელს გარდაცვლილთა ასაკობრივ ჯგუფებს, ეს ინფორმაცია წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

|         |         |
|---------|---------|
| 21 – 30 | 9.11 %  |
| 31 – 40 | 27.28 % |
| 41 – 50 | 16.88 % |
| 51 – 60 | 31.16 % |
| 61 – 70 | 14.28 % |
| 71 ≥    | 1.29 %  |

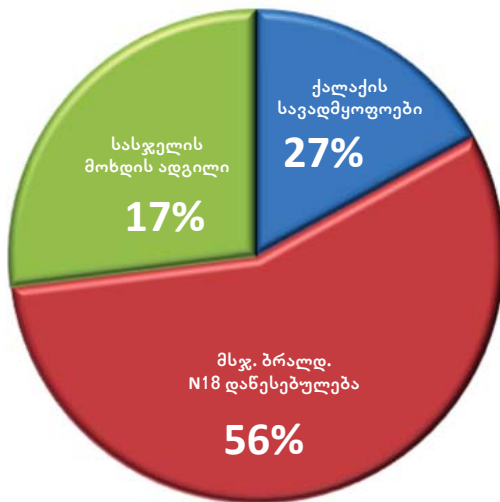
როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს, გარდაცვლილთა მაქსიმალური რაოდენობა არის „51-60 ასაკობრივი ჯგუფიდან“. მომდევნო ადგილზეა „31-40 ასაკობრივი ჯგუფი“. თვალსაჩინოების მიზნით, ასაკობრივი ჯგუფების განაწილება წარმოდგენილია ასევე დიაგრამაზე:



გარდაცვალების მიზეზთა სპექტრის გათვალისწინებით კი შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ 2011 წლის პირველ ნახევარში, ისევე, როგორც 2010 წელს, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ახალგაზრდა ასაკის მამაკაცები ძირითადად სპეციფი-

კური დაავადებებით იღუპებიან. გარდა ამისა, 2011 წლის ტენდენციას წარმოადგენს ონკოლოგიური პათოლოგიით განვითარებული სიკვდილობის მკვეთრი მატება.

რაც შეეხება პატიმართა გარდაცვალების ადგილს, ამ მხრივაც 2011 წელს საინტერესო ტენდენცია იკვეთება. კერძოდ, გარდაცვალების შემთხვევათა 27.28% მოდის ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოებზე, რაც გაცილებით ნაკლებია 2010 წლის ჯამურ მონაცემებზე; 55.84% გარდაცვლილია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, 16.88%-ში კი, სიკვდილი დაფიქსირდა სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში. აღნიშნული თანაფარდობა წარმოდგენილია გრაფიკულად:



2010 წლის მონაცემებისაგან განსხვავებით, ამ მხრივ მდგომარეობა რადიკალურადაა შეცვლილი. გარდაცვალების შემთხვევათა ნახევარზე მეტი მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაზე მოდის, რითაც სტატისტიკა დაუბრუნდა 2009 წლის მაჩვენებელს. 2009 წლის მსგავსია, ასევე, ქალაქის საავადმყოფოებსა და სასჯელის მოხდის სხვა ადგილებში გარდაცვლილ პატიმართა პროცენტული წილიც.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა შესწავლამ აჩვენა, რომ გარდაცვლილ პაციმართა 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 პაციმართა მიმართ სასჯელის გადავადების ან ვადამდე ადრე გათავისუფლების საკითხი არ დასმულა. ცალკე უნდა აღინიშნოს ის შეუფერებელი პირობები და საშუალებები, რომლებშიც ხორციელდებოდა იმ პაციენტთა მკურნალობა და მოვლა, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პაციმრობა. თითოეული ასეთი შემთხვევა უნდა შეფასდეს, როგორც არაჰუმანური მოპყრობა 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 გაურკვეველ შედეგებზე, რომლის შეფასებაც არ ეფუძნება სამედიცინო კლასიფიკატორებს და არ ასახავს რეალურ მდგომარეობას.

როგორც უკვე აღინიშნა, სამოქალაქო სექტორის სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში გაყვანილი და გარდაცვლილი პაციმრების წილმა, 2011 წლის პირველ ნახევარში თითქმის 28% შეადგინა. ამ მხრივ კვლავ წამყვან ადგილზე გამოდის ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი, სადაც ქალაქის საავადმყოფოში გარდაცვლილ პაციმართა 52.38% -იანი წილი მოდის. მეორე ადგილზეა თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი, რომელზეც 14%-ზე მეტი მოდის. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედი-



ცინო ცენტრი და კარდიოლოგიური კლინიკა „გული“ 9.53%-ით მე-3 და მე-4 ადგილს ინაწილებენ. საანგარიშო პერიოდში, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრში გარდაცვალების პროცენტულმა წილმა 4.76% შეადგინა. რაც შეეხება დანარჩენ გარდაცვალების ადგილებს, ასევე, ზემოთ წარმოდგენილ მონაცემებს, ისინი სრულად მოცემულია ცხრილში:

|                                                                |         |
|----------------------------------------------------------------|---------|
| ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავებათა ეროვნული ცენტრი             | 52.38 % |
| თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი                                  | 14.28 % |
| ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი                | 9.53 %  |
| კლინიკა „გული“                                                 | 9.53 %  |
| ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი | 4.76 %  |
| ონკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი                          | 4.76 %  |
| თბილისის საქალაქო სასამართლოს სხდომათა დარბაზი                 | 4.76 %  |

მედარებისათვის უნდა ითქვას, რომ 2009 და განსაკუთრებით 2010 წლის განმავლობაში, გარდაცვლილთა 50%-ზე მეტი მოდიოდა ღუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრზე. მას შემდეგ, რაც საქართველოს სახალხო დამცველმა, ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციმარი პაციენტების ქალაქის საავადმყოფოებში გადაყვანას „სიკვდილის ექსპორტი“ უწოდა, აღნიშნული ტენდენცია, 2011 წლის პირველი ნახევრის მონაცემებით შეჩერდა, რის გამოც მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულება კვლავ იქცა პაციმართა სიკვდილობის N1 ადგილად, რასაც ტრადიციულად მოჰყვება ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი.

როგორც უკვე აღინიშნა, პაციმართა დაახლოებით 17% გარდაიცვალა სასწრაფო სამედიცინო სისტემის სხვადასხვა დანესებულებებში, ანუ სასწრაფო მოხდის ძირითად ადგილებში (გარდა მსჯავრდებ-

ულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებისა). აღნიშნული სტატისტიკა დაწესებულებათა მითითებით, დეტალურად წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

| № | სასჯელაღსრულების დაწესებულება    | %     |   |
|---|----------------------------------|-------|---|
| 1 | №15 დაწესებულება (ქსანი)         | 30.77 | 4 |
| 2 | №19 დაწესებულება (ქსანი) ტუბერკ. | 23.08 | 3 |
| 3 | №6 დაწესებულება (რუსთავი)        | 15.39 | 2 |
| 4 | №5 დაწესებულება (რუსთავი) ქალთა  | 7.69  | 1 |
| 5 | № 16 დაწესებულება (რუსთავი)      | 7.69  | 1 |
| 6 | №17 დაწესებულება (რუსთავი)       | 7.69  | 1 |
| 7 | №14 დაწესებულება(გეგუთი)         | 7.69  | 1 |

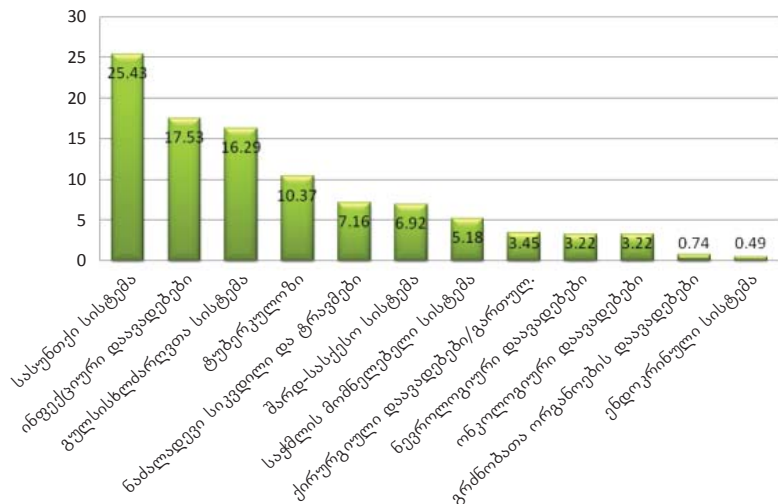
როგორც ცხრილიდან ჩანს, გარდაცვალების შემთხვევები მაქსიმალური იყო ქსანში მდებარე №15 დაწესებულებაში; მეორე ადგილზეა დაბა ქსანში განთავსებული №19 ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება; მესამე ადგილზეა რუსთავის №6 დაწესებულება; N5, N16, N17 და N14 დაწესებულებებში გარდაცვლილთა პროცენტული წილი მსგავსია და 7.69%-ს უტოლდება.

2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში, პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების შესასწავლად გამოყენებულ იქნა, სახალხო დამცველის აპარატის მიერ საქართველოს ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ჩატარებული მონიტორინგის მასალები და სხვადასხვა დოკუმენტების შესწავლის შედეგები. ინფორმაცია გარდაცვლილი პატიმრების და გარდაცვალების მიზეზების შესახებ გამოთხოვილ იქნა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან. გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები გამოთხოვილ იქნა სსიპ ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო-

დან. გარდაცვლილ პატიმართა სტაციონარის სამედიცინო ბარათის ზოგიერთი ასლი 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 შემთხვევებში, ჩვენი შესწავლა დაეყრდნო სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათებში არსებულ ინფორმაციას. იმ დიაგნოზების ჩამონათვალი, რომელიც დაუდგინდათ გარდაცვლილებს (შესაბამისად გამოტანილი იყო სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზის სახით) გავაერთიანეთ ცალკეულ ნოზოლოგიურ კლასებში, რომელიც წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში და დიაგრამაზე<sup>29</sup>:

| N <sup>o</sup> | დაავადებათა კლასი                | %     |
|----------------|----------------------------------|-------|
| 1              | სასუნთქი სისტემა                 | 25.43 |
| 2              | ინფექციური დაავადებები           | 17.53 |
| 3              | გულსისხლძარღვთა სისტემა          | 16.29 |
| 4              | ტუბერკულოზი                      | 10.37 |
| 5              | ნაძალადევი სიკვდილი და ტრავმები  | 7.16  |
| 6              | შარდ-სასქესო სისტემა             | 6.92  |
| 7              | საჭმლის მომნელებელი სისტემა      | 5.18  |
| 8              | ქირურგიული დაავადებები/გართულ    | 3.45  |
| 9              | ნევროლოგიური დაავადებები         | 3.22  |
| 10             | ონკოლოგიური დაავადებები          | 3.22  |
| 11             | გრძნობათა ორგანოების დაავადებები | 0.74  |
| 12             | ენდოკრინული სისტემა              | 0.49  |

29. აქ დაგვფუფუნებია ყველა ის დაავადება, რომელიც გარდაცვლილ პაციენტებს აღენიშნებოდა, იმისდა მიუხედავად, გახდა თუ არა ესა თუ ის დაავადება გარდაცვალების უშუალო მიზეზი.



როგორც მოყვანილი დიაგრამიდან და ცხრილიდან ნათლად ჩანს, გარდაცვლილ პაციმართა მეოთხედზე მეტს აღენიშნებოდა სასუნთქი სისტემის რომელიმე პათოლოგია (ამ კლასში არ შედის ფილტვების ან სასუნთქი გზების ტუბერკულოზი, ვინაიდან იგი ცალკეა გამოყოფილი). აღნიშნული მაჩვენებელი სტაბილურია ბოლო წლების განმავლობაში და პრაქტიკულად უტოლდება 2010 წლის წლიურ მაჩვენებელს. აღსანიშნავია, რომ 2009 წელს გარდაცვლილთა შორისაც, სასუნთქი სისტემის დაავადებათა გავრცელება პრაქტიკულად ანალოგიურია (25.63%). საანგარიშო პერიოდში, გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზების მიხედვით, სიხშირით მეორე ადგილზე გამოდის ინფექციური დაავადებები. აღსანიშნავია, რომ შარშანდელი მაჩვენებლის გათვალისწინებით, ამ დაავადებათა გავრცელებამ ერთი ადგილით წინ გადაინაცვლა და მესამედან მეორე ადგილზე გადავიდა. ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ვირუსული ჰეპატიტები და აივ ინფექცია. ასევე შეყვანილია მათი გართულებები, რომლებიც ცალკე ნოზოლოგიების სახითაა გამოტანილი სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზებში. აღსანიშნავია, რომ ინფექციური დაავადები მესამე ადგილს იკავებდა 2009 წლის მონაცემების მიხედვითაც.

სიხშირით მესამე ადგილს, 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში, იკავებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, რომლებიც გარდაცვლილთა 16.29%-ს აღენიშნებოდა. აღსანიშნავია, რომ ამ ჯგუფის დაავადებები, ბოლო წლების განმავლობაში, სულ უფრო და უფრო მატულობს, რაც პატიმართა საერთო ავადობის აღწერის დროსაც იქნა ნახსენები.

ტუბერკულოზის დიაგნოზი სიხშირით მე-4 ადგილზე გადმოვიდა და ერთი ადგილით ჩამოქვეითდა, 2010 წლის წლიური მაჩვენებლების სპექტრთან მიმართებაში.

ამის პარალელურად, მკვეთრად იმატა ტრავმებისა და ნაძალადევი სიკვდილის შემთხვევებმა, რაც შესაბამისად დოკუმენტირებულია გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზების დაკენებში. თუ გასულ წელს აღვნიშნავდით, რომ ამ ჯგუფმა 2 ადგილით ზევით გადაინაცვლა, ანალოგიური ტენდენცია გამოიკვეთა 2011 წლის პირველი ნახევრის საანგარიშო პერიოდშიც.

სიხშირის მიხედვით, მე-6 ადგილს იკავებს შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგია, რითიც მცირეოდენი კლების ტენდენციას ავლენს გასულ წელთან შედარებით და კვლავ უბრუნდება 2009 წლის მაჩვენებელს.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგია, თუ არ ჩავთვლით ღვიძლის ვირუსულ დაავადებებს, 2011 წლის საანგარიშო პერიოდში, ისევე, როგორც გასულ წელს, მცირედი კლების ტენდენციას ავლენს. შარშანდელისგან განსხვავებით, მომატებულია ქირურგიული დაავადებების როლი სიკვდილობის განვითარებაში. ამ ჯგუფში, ქირურგიულ დაავადებებთან ერთად გაერთიანებულია ისეთი გართულებები, რომლებიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამომდინარეობს რომელიმე დაავადებიდან და რომელსაც ქირურგიული მკურნალობა ესაჭიროება.

ნევროლოგიური პათოლოგიები, პროცენტული წილის მიხედვით, მე-9 ადგილს იკავებს და კლების ტენდენციას ავლენს. გავრცელების სიხშირის მიხედვით, ცვლილება არ შეეხო ონკოლოგიურ დაავადებებს, რომლებიც ტრადიციულად კვლავ მე-10 ადგილზეა. ონკოლოგიური დაავადებები, შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში (სადაც მათი დიაგნოზი დაისვა), სიკვდილის უშუალო მიზეზს წარმოადგენს.

მე-11 ადგილს, 0.74%-ით, იკავებს გრძნობათა ორგანოების დაავადებები, რომლებიც აერთიანებს მხედველობისა და სმენის ორგანოების ფუნქციის მოშლას.

ჩვენს დაჯგუფებაში ბოლო ადგილს იკავებს ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, რომელთა ჩამონათვალიდან საანგარიშო პერიოდში შეგვხვდა ჩიყვი და შაქრიანი დიაბეტი.

**სასუნთქი სისტემის დაავადებებიდან**, საანგარიშო პერიოდში, ყველაზე ხშირად დაფიქსირებული ბრონქიტი (აქ შეყვანილია მხოლოდ ბაქტერიული [ექსუდაციური] ეტიოლოგიის ბრონქიტები. რაც შეეხება ტუბერკულოზურ ბრონქიტებს, ისინი განხილულ იქნება ტუბერკულოზთან ერთად), რომელთა რაოდენობა ყველაზე მაღალი იყო ჯგუფში. სიხშირით მეორე ადგილზე გამოდის პნევმონია (ფილტვების ანთება), რომელიც ასევე ორ კატეგორიად დაყავით (ტუბერკულოზურ და ბაქტერიულ პნევმონიებად) და ამ ჯგუფში შევიყვანეთ მხოლოდ ბაქტერიული ეტიოლოგიის პროცესები, რომლებიც ფილტვებში ჩირქოვანი კერების არსებობით მიმდინარეობდა და სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზის მიხედვით, პნევმონიად იქნა იდენტიფიცირებული. საერთო ჯამში, 77 გარდაცვლილი პაციენტიდან ჩირქოვანი პნევმონია აღენიშნებოდა 23 პაციენტს, ანუ საერთო რაოდენობის თითქმის 30%-ს. როგორც უკვე აღინიშნა, კაზეოზური პნევმონია ამ ჯგუფში არ შევიდა და განხილული იქნება ტუბერკულოზთან ერთად. აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილთა საექსპერტო დასკვნების მიხედვით, რომლებიც

ნაწილობრივ პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციასაც მიმოიხილავს, ფილტვების ანთება საპყრობილის ექიმთა მიერ, ხშირ შემთხვევაში, არ არის ამოცნობილი და შესაბამისად, მკურნალობაც არ ჩატარებულა. პნევმონია, ზოგიერთ შემთხვევაში, წარმოადგენს პაციენტის რეანიმაციულ განყოფილებაში ყოფნის პერიოდში არსებულ გართულებას. ანთებას ხშირად ორმხრივი ხასიათი აქვს, რაც განსაკუთრებით ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას და სუნთქვის უკმარისობას იწვევს, გარდა იმისა, რომ ინტოქსიკაცია, თავის მხრივ, სინერგისტულად მოქმედებს ძირითადი დაავადებებით გამოწვეულ ნეგატიურ ფაქტორებზე. პნევმონიების განვითარება ხშირია ხანგრძლივად მწოლიარე პაციენტებშიც, რომლებიც სხვა მიზეზის გამო გადიან სტაციონარული მკურნალობის კურსს. ასეთ შემთხვევაში პნევმონიით გამოწვეული ინტოქსიკაცია, ხშირად სიკვდილის უშუალო განმაპირობებელი ფაქტორი ხდება.

28% შემთხვევაში დაფიქსირებულ იქნა 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.

პნევმოციროზი, მორფოლოგიურად დადასტურებულ იქნა დაახლოებით 21% შემთხვევაში; სასუნთქი სისტემის დაავადებებს შორის, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში ასევე ვხვდებით, ფილტვების ემფიზემას, პნევმო/ჰემო/ჰიდრო-თორაქსს, ფილტვის ინფარქტსა და ფილტვის აბსცესს; გასული წლის შემთხვევათა მსგავსად, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დაკვნებში კვლავ გვხვდება მორფოლოგიურად დადასტურებული ანთრაქოზის შემთხვევა. აღნიშნული დაავადება, როგორც წესი, პროფესიულ დაავადებას წარმოადგენს და მისი არსი მდგომარეობს

ფილტვებში სანარმოო მტვრის (ამ შემთხვევაში ნახშირბადის შემცველი) დაგროვებაში. დაავადების გავრცელების შემთხვევები წინა წლებშიც იქნა გამოვლენილი. როგორც გასული წლის მოხსენებაში აღინიშნა, ამ მიმართულებით კვლევა უფრო მეტ ჩაღრმავებასა და ანალიზს მოითხოვს.

ზემოთ ჩამოთვლილ ცალკეულ ნოზოლოგიათა პროცენტული წილი, გარდაცვლილი პაციენტების სასუნთქი სისტემის დაავადებებს შორის, მოცემულია ცხრილში და დიაგრამაზე:



|                       |         |
|-----------------------|---------|
| ბრონქიტი              | 23.07 % |
| პნევმონია             | 22.14 % |
| პლევრიტი              | 21.15 % |
| პნევმოციროზი          | 15.38 % |
| ემფიზემა              | 13.46 % |
| პნევმოთორაქსი         | 0.96 %  |
| ანთრაქოზი             | 0.96 %  |
| ფილტ ინფარქტ          | 0.96 %  |
| ფილტ აბსცესი          | 0.96 %  |
| პნევმო/ჰიდრო -თორაქსი | 0.96 %  |



პაციენტი ნ.ნ. (ქალი), 60 წლის (კოდი I №27), გარდაიცვალა 2011 წლის 05 მარტს, რუსთავის ქალთა N5 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილი გამოიწვია სუნთქვის უკმარისობამ, განვითარებულმა ინტერსტიციული პნევმონიის შედეგად;

პაციენტი ნ.მ. (მამაკაცი), 37 წლის (კოდი I №68). გარდაიცვალა 2011 წლის 29 მაისს, N18 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზია მოახსენიებურ ბრონქოპნევმონიის შედეგად განვითარებული სუნთქვის უკმარისობა;

პაციენტი მ.მ. (მამაკაცი), 52 წლის (კოდი I №69). გარდაიცვალა 2011 წლის 11 ივნისს, N18 დაწესებულებაში. ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზია ქრონიკული ინტერსტიციული პნევმონიის, ფილტვის აბსცესისა და პლევრიტის შედეგად განვითარებული სუნთქვის უკმარისობა;

**ინფექციური დაავადებები**, როგორც უკვე აღინიშნა, 2011 წლის პირველ ნახევარში, გარდაცვლილთა დიაგნოზებს შორის სიხშირით მეორე ადგილზე ინაცვლებს და უკან იტოვებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს. 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 გამოჩენილი. მიუხედავად საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ერთობლივი ბრძანებით<sup>30</sup> დამტკიცებული სტრატეგიისა, აღნიშნულს შემდგომი ქმედითი ნაბიჯები არ მოჰყოლია. სამოქმედო გეგმა ჯერჯერობით კვლავ არ არის შემუშავებული, რის გამოც ზემოთ ხსენებული სტრატეგია მხოლოდ დეკლარაციული ხასიათის

30. 2009 წლის 25 ივნისის N267–N219/6 ერთობლივი ბრძანება

დოკუმენტად რჩება<sup>31</sup>. სწორედ პრობლემის გადაწყვეტის ეფექტური ღონისძიებების არარსებობის გამო, არაეფექტური პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პირობებში, ვირუსული ჰეპატიტების პრობლემა გაღრმავდა, რამაც მკვეთრად ნეგატიური გავლენა მოახდინა, როგორც ზოგადად სისტემის სამედიცინო ასპექტებზე, ასევე გამოსავალზე. სწორედ ამის გამო, ვირუსული ჰეპატიტებით და მათ შედეგად განვითარებული მდგომარეობებით დამდგარი სიკვდილობა წლიდან წლამდე სტაბილურად იმატებს. საანგარიშო პერიოდში, ინფექციური დაავადების პროცენტული წილი 17.53%-ს შეადგენს. ამ ჯგუფში გაერთიანებულ იქნა, ძირითადად ვირუსული ჰეპატიტებისა და აივ ინფექციის დიაგნოზები. გარდა ამისა, ერთ გარდაცვლილს ასევე დაუდგინდა ჩუტყვავილას დიაგნოზი გარდაცვალებამდე პერიოდში, თუმცა ეს უკანასკნელი, ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, სიკვდილის მიზეზი არ ყოფილა. 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, რამდენიმე შემთხვევაში კი, ასევე მითითებული იყო HBV. გვხვდება ასევე „ბ“ ჰეპატიტიც HBV-თან ერთად. არცთუ იშვიათობას წარმოადგენს სხვადასხვა ვირუსული ჰეპატიტების კომბინაცია. უნდა აღინიშნოს, რომ ვირუსული ჰეპატიტი, ტუბერკულოზთან ერთად, ყველა დაწესებულებისთვის წარმოადგენს ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას. ჰეპატიტებით ავადობის სკრინინგი ადგილზე არ მიმდინარეობს. უდიდეს სიძნელეებთანაა დაკავშირებული მკურნალობის დაწყებაც. ეტიოტროპული მკურნალობა სულ რამდენიმე პაციენტს აქვს დანიშნული. უკეთეს შემთხვევაში, პაციენტებს ენიშნებათ ღვიძლის დამცავი საშუალებები. მდგომარეობას ამძიმებს ის ფაქტიც, რომ

31. აღნიშნული პრობლემა ხაზგასმულია სახალხო დამცველის სპეციალურ ანგარიშშიც „ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება და მასთან დაკავშირებული პრობლემები საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში, სპეციალური ანგარიში, 2009 წელი, 2010 წლის 1 ნახევარი, გვ.23.

დანესებულებებში არ არსებობს ადეკვატური დიეტური კვება, რასაც მკურნალობისა და გამოსავლისათვის მნიშვნელობა აქვს.

2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში გარდაიცვალა 11 აივ ინფიცირებული პირი, რაც გასული საანგარიშო წლების მონაცემებთან მიმართებაში, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია<sup>32</sup>. როგორც სახალხო დამცველის წინა ანგარიშებიდანაა ცნობილი, აივ/შიდსის მქონე გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა, ბოლო წლების განმავლობაში არ წარმოებდა. აღნიშნული სახალხო დამცველის მიერ შეფასებულ იქნა აივ ინფიცირებულ პირთა დისკრიმინაციად და გაიცა რეკომენდაცია ამ პრობლემის მოგვარების შესახებ. ლ. სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულმა ბიურომ შეასრულა სახალხო დამცველის რეკომენდაცია – მიუხედავად წინასწარ ცნობილი დიაგნოზებისა, ყველა გარდაცვლილი აივ ინფიცირებულის გვამს დადგენილი წესით ჩაუტარდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა.

უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ როგორც საქართველოში, ასევე მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, წინა წლებში ჩატარებული კვლევებით დგინდება, რომ აივ ინფექცია, ტუბერკულოზი და ვირუსული ჰეპატიტი ხშირად თანაარსებობს, რაც, როგორც წესი, პაციენტის მდგომარეობას ამძიმებს და ხშირად, მოკლე დროში სიკვდილით მთავრდება.

ჩვენს მიერ 2011 წლის პირველ ნახევარშიც იქნა შესწავლილი ამ სამი მძიმე დაავადების თანაარსებობის შემთხვევები, გარდაცვლილ პაციენტთა შორის.

აღმოჩნდა, რომ ვირუსული ჰეპატიტის, აივ ინფექციისა და ტუბერკულოზის თანაარსებობა გარდაცვლილთა 11.7%-ში დაფიქსირდა. რაც შეეხება აივ ინფექციას და ჰეპატიტს ერთად, დაფიქსირდა

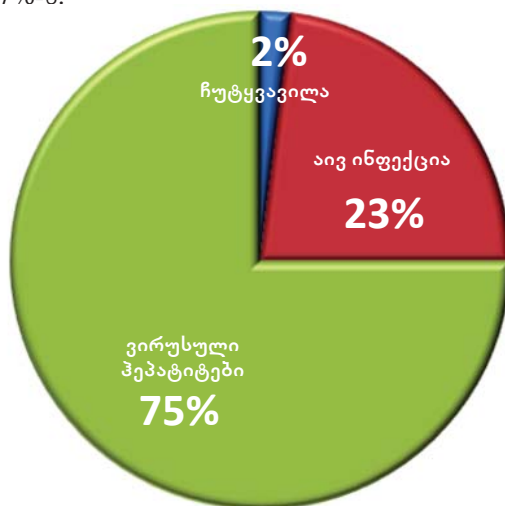
32. 2010 წელს, 12 თვის განმავლობაში, სულ 8 აივ ინფიცირებული გარდაიცვალა.

გარდაცვლილთა დაახლოებით 13% შემთხვევაში, ხოლო აივ ინფექცია და ტუბერკულოზი ერთად, ამავე რაოდენობით (13%) გარდაცვლილთა შორის.

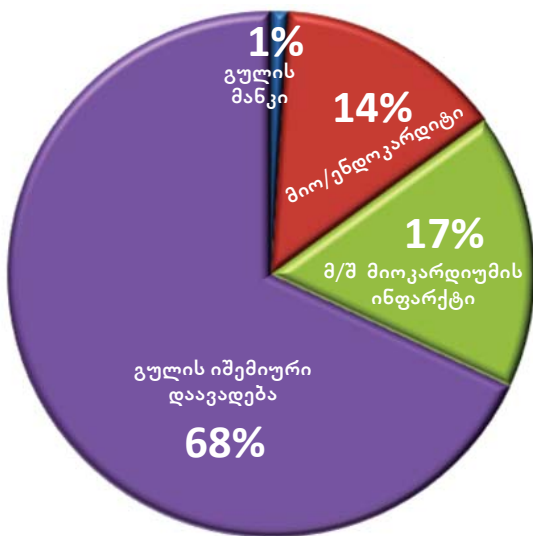
შეჯამების აღნიშნულ ნოზოლოგიათა და სინდრომთა პროცენტული განაწილება წარმოდგენილია ცხრილში და დიაგრამაზე:

|                     |         |
|---------------------|---------|
| ვირუსული ჰეპატიტები | 75 %    |
| აივ ინფექცია        | 22.92 % |
| ჩუტყვავილა          | 2.08 %  |

გარდა ამისა, ღვიძლის ციროზი დადგენილი ჰქონდა გარდაცვლილთა 9.09%-ს, შესაბამისად ასციტი განუვითარდა გარდაცვლილთა 20.77%-ს.



რაც შეეხება გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს, როგორც უკვე აღინიშნა, ამ მხრივ წინა წლების მსგავსად, მატების ტენდენცია, 2011 წლის პირველ ნახევარში, კვლავ შენარჩუნებულია. კარდიოლოგიური დაავადებების როლი სიკვდილის განვითარებაში, პროცენტულად წარმოდგენილია დიაგრამასა და ცხრილში:



|                            |       |
|----------------------------|-------|
| გულის იმემიური დაავადება   | 68.18 |
| მ/ შ მიოკარდიუმის ინფარქტი | 16.66 |
| მიო/ენდო -კარდიტი          | 13.63 |
| გულის მანკი                | 1.53  |

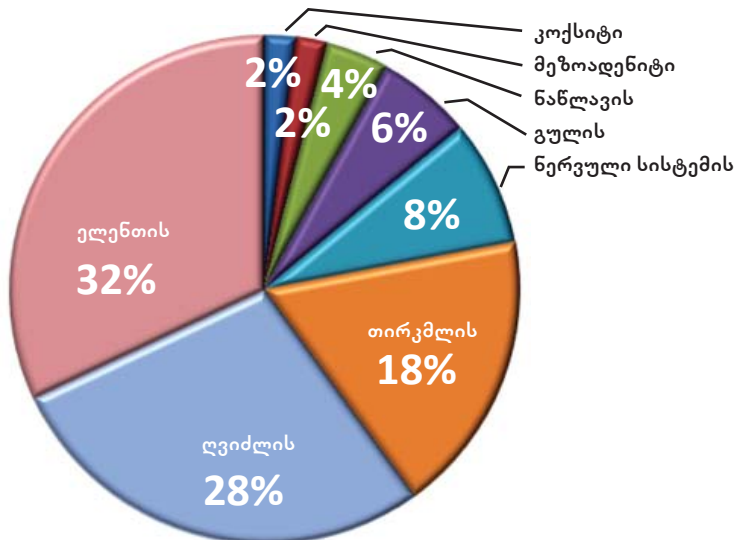
როგორც წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემებიდან ჩანს, გულის იმემიური დაავადება აღენიშნებოდა 77 გარდაცვლილიდან 68%-ს. მათ შორის, მიოკარდიუმის ინფარქტის მორფოლოგიური სურათი დადასტურებულ იქნა 11 შემთხვევაში, ანუ დაახლოებით 17%-ში, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია და აღემატება გასული საანგარიშო პერიოდის წლიურ მაჩვენებელს. აღსანიშნავია, რომ წინა წელთან შედარებით, კვლავ აღინიშნება მიოკარდიუმის ინფარქტის „გაახალგაზრდავების“ ტენდენცია, ანუ ეს დაავადება სულ უფრო და უფრო დაბალ ასაკობრივ ჯგუფში ინაცვლებს. 2011 წლის პირველ ნახევარში, მიოკარდიუმის ინფარქტით გარდაცვლილთა ასაკი 22-დან 54-მდე წლის შუალედში მერყეობს და საშუალოდ  $44 \pm 2$  წელს შეადგენს.

ჩვენს მიერ ჩატარებული მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა, რომ კვალიფიციური კარდიოლოგიური დახმარება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ხელმიუწვდომელია. არ ხდება პათიმართა სკრინინგი, რისკ ჯგუფების გამოვლენა და დადასტურებული დიაგნოზის შემთხვევაშიც კი, პაციენტთა ადეკვატური მკურნალობა. პაციენტები ხშირად თავად ინიშნავენ წამლებს ან აგრძელებენ იმ მედიკამენტების მიღებას, რომელიც თავისუფლებაში ყოფნის დროს დაუნიშნა ექიმმა სპეციალისტმა. ამ სიტუაციაში, პრეპარატის დოზისა და საერთოდ მიღების მიზანშეწონილობის საკითხის გადახედვა პრაქტიკულად არ ხდება. მეორე მხრივ, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები პაციენტებს ვერ სთავაზობენ კვალიფიციურ დახმარებას. სამედიცინო ნაწილთა უმრავლესობას არ გააჩნია კარდიოგრაფიკ კი. ზედმეტია ლაპარაკი მيوკარდიუმის იშემიის თანამედროვე, ლაბორატორულად (ფერმენტებით) დადასტურების შესაძლებლობაზე. მუდმივი სტრესისა და არსებული სუბსტრატული დაზიანებების პირობებში ვითარდება იმ ტიპის დაავადებები, რომლებიც მაღალ პროცენტში ფატალურია ადამიანისათვის. სწორედ ამით უნდა აიხსნას ის ტენდენცია, რომელიც საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა, კერძოდ, მيوკარდიუმის ინფარქტით სიკვდილის განვითარების შემთხვევებიდან დაახლოებით 63%-ში დიაგნოზი ვერ იქნა დასმული პაციენტის სიცოცხლეშივე. შესაბამისად, მკურნალობის ჩატარება და / ან მისი დროული დაწყება არ მომხდარა.

ტუბერკულოზის გავრცელება გარდაცვლილ პათიმართა შორის, მეოთხე ადგილზე გამოდის, ისევე როგორც 2010 წლის წლიურ მონაცემებში. აღსანიშნავია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზის ესა თუ ის შორსნასული ფორმა აღენიშნებოდა გარდაცვლილ პათიმართა დიდ ნაწილს. ტუბერკულოზის გავრცელებამ და მისით გამოწვეულმა სიკვდილობამ ციხეებში არ იკლო და ტუბერკულოზური ინფექცია პრაქტიკულად კვლავ რჩება პათიმართა სიკვდილის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზად. 2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა შორის, ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა 54.5%-ს. ექსპერტიზის დასკვნებში ასევე საუბარია, ტუბერკულო-

ზის მულტირეზისტენტულ ფორმებზე, რომლებიც ტუბერკულოზით დაავადებულთა დაახლოებით 26%-ში გვხვდება. კაზეოზური პნევმონია მორფოლოგიურად დადასტურდა 7 პაციენტის მიმართ, ანუ გარდაცვლილთა 9% შემთხვევაში. გარდა ამისა, სამწუხაროდ, გასული წლების მსგავსად კვლავ საკმაოდ ხშირია ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის ფორმები. აღნიშნულიდან 2011 წელს გარდაცვლილთა შორის გვხვდება: ღვიძლის, ნაწლავის, თირკმლის, ელენთის, პლევრის, გულის, ბადექონის, ცენტრალური ნერვული სისტემისა და ძვალ-სახსართა სისტემის ტუბერკულოზი. ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის ფორმების სპექტრი და მათი პროცენტული წილი წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

|                  |      |
|------------------|------|
| ელენთა           | 32 % |
| ღვიძლის          | 28 % |
| თირკმლის         | 18 % |
| ნერვული სისტემის | 8 %  |
| გულის            | 6 %  |
| ნაწლავის         | 4 %  |
| მეზოადენიტი      | 2 %  |
| კოქსიტი          | 2 %  |



ექსტრაპულმონური (ფილტვგარე) ტუბერკულოზის ასეთი მრავალფეროვნება და მაღალი პროცენტული წილი, ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს<sup>33</sup>. 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 ვენტილაცია, ინსულაცია, კვება, სუფთა ჰაერის ნაკლებობა და ათეულობით პაციმრის დიდ, ერთიან საკნებში ყოფნა, ტუბერკულოზური ინფექციის პროფილაქტიკისა და მართვის სიძნელებებს იწვევს. აღსანიშნავია ისიც, რომ სამედიცინო მომსახურების ის ტიპები, რომლებიც თავისუფლებადაცვეთილ პირებს მიეწოდებათ ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხელმისაწვდომია მხოლოდ მსჯავრდებულთათვის. წინასწარ პაციმრობაში მყოფი პირებისათვის მომსახურების ეს სახეები პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია. ამას ემატება რეჟიმისა და რღვევის მოტივით მკურნალობის კურსის იძულებითი შეწყვეტისა და მსჯავრდებულის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის ფაქტების არსებობაც. ამ შემთხვევაში, ინფექცია საშიში ხდება არამართო დაავადებულის, არამედ იმ პირთათვისაც, რომელთა გარემოშიც ხდება ინფიცირებული პირი. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ინფექციის მართვის სტრატეგია და პრინციპები, საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში, სერიოზულ გადახედვასა და ცვლილებებს საჭიროებს.

2011 წლის საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში, ისევე, როგორც წინა წლებში, რამდენიმე პაციენტი (ამ შემთხვევაში – 4) ნერვული სისტემის ტუბერკულოზისაგან გარდაიცვალა. აღნიშნული წარმოადგენს ტუბერკულოზის უმძიმეს ფორმას და ძნელია იმის თქმა,

33. 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](http://www.euro.who.int/document/e89906.pdf)



რომ პაციენტი, ადეკვატური მკურნალობის ფონზე გადარჩებოდა, თუმცა ფაქტია, რომ საქმე გვაქვს ინფექციის შორსნასულ და არა-ადეკვატურად 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 მაშინ გახდა ცნობილი, როცა პაციენტი უკვე გარდაცვლილი იყო.

2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზთა შორის, სიხშირით მე-5 ადგილზე გამოდის ნაძალადევი სიკვდილის და სხვადასხვა სახის დაზიანებების არსებობა, რომელიც დიაგნოზთა საერთო სპექტრში 7.16%-ს იკავებს (4 შემთხვევა). საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულია თვითმკვლელობის 4 შემთხვევა, რაც საერთო სიკვდილობის 5%-ს შეადგენს. ოთხივე შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზია მექანიკური ასფიქსია, სასუნთქი გზების გადაკეტვით, კისრის მიდამოში მარყუჟის ჩაჭერის შედეგად. სუიციდის შემთხვევებიდან 2-ში სიკვდილი დაფიქსირებულია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულებაში. 1 შემთხვევაში სიკვდილი დადგა ქსნის N15 დანესებულებაში და ასევე 1 შემთხვევაში - რუსთავის N6 დანესებულებაში. გარდაცვლილთა საშუალო ასაკი შეადგენს 33 წელს.

**გარდაცვლილი პატიმარი ლ.ჯ. 34 წლის მამაკაცი** (კოდი N I-09). სიკვდილი დამდგარია ქსნის N15 დანესებულებაში. სასამართლო სამედიცინო დასკვნაში საქმის გარემოებები პრაქტიკულად ერთ წინადადებაშია გადმოცემული. არ არის განხილული არანაირი სამედიცინო დოკუმენტაცია, რის გამოც საქმის ვითარება ბუნდოვნად და გაურკვეველად წარმოჩინდება. ექსპერტიზის დასკვნით, ლ.ჯ.-ს სიკვდილის მიზეზია - „მექანიკური ასფიქსია სასუნთქი გზების გადაკეტვის შედეგად“. გარდა სტრანგულაციური ღარის აღწერილობისა, ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, გვამს აღენიშნებოდა სხ-

ვადასხვა სახის დაზიანებები, კერძოდ, ნაჭდევეები ზედა და ქვედა კიდურების არეში. დაზიანებები მიყენებულია მკვრივი ბლავი საგნის მოქმედებით სიცოცხლის პერიოდში და ხანდაზმულობით არ ეწინააღმდეგება გარდაცვალების თარიღს. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ დაზიანებებს პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი არ აქვს დამდგარ შედეგთან, გამოძიება უნდა დაინტერესდეს მათი წარმომავლობითა 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-დან. სიკვდილი დადგა 2011 წლის 22 თებერვალს. „22.02.11წ. 00:05 სთ. მორიგე პერსონალის გადმოცემით ავადმყოფმა სცადა სუიციდი. პალატაში შესვლისას პაციენტი იყო მწოლიარე მდგომარეობაში, უგონოდ. ავადმყოფის სანოლში მდებარეობა პასიური, კისრის არეში აღენიშნებოდა მოვარდისფრო სტრანგულაციური ღარი. პერიფერიაზე წნევა და პულსი არ ისინჯება. პაციენტი აყვანილ იქნა რეანიმაციულ განყოფილებაში“. მიუხედავად რეანიმაციული ღონისძიებებისა, 00:30 სთ-ზე დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. აღნიშნული ჩანაწერის მიხედვით იქმნება გაურკვეველობა. კერძოდ, როგორ მდგომარეობაში და პოზიციაში ჩამოიხრჩო მსჯავრდებულმა თავი. ვინ გადააწვინა ლოგინზე და სტანგულაციურ ღართან ერთად რატომ არ არის მითითებული, თუ რა მასალის მარყუჟი იქნა გამოყენებული 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 თანახ-

მად, 2011 წლის 04 მარტს, 06:40 საათზე, რეანიმაციულ განყოფილებაში გარდაიცვალა პატიმარი ო.რ.. სამედიცინო დოკუმენტაციის მონაცემებით (მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულების ავადმყოფობის ისტორია), „ო.რ. 04.03.11წ 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, პერიფერიასა და მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე პულსი არ ისინჯება. კისრის არეში, ორივე მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში აღენიშნება სტრანგულაციური ღარი სისხლნაჟღენთისა და ნაჭდვის სახით. კისრის მარჯვენა ნახევარში განივი ნაკვეთი ჭრილობა ზომით 5X1 სმ-ზე. ორივე ნინამხრის არეში მრავლობითი ნაკვეთი ჭრილობები. აღნიშნული ჭრილობებიდან აღინიშნება მცორე რაოდენობით სისხლნაჟღენთები. ილეოცეკალურ არეში, ძველი ჭრილობის ნანიბურები. პულსი პერიფერიასა 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 იწვევა. 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 ვარაუდის საფუძველი, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამეურნალო დაწესებულებაში შესული პატიმარი ო.რ. იყო გვამი. არსებული ჩანაწერების მიხედვით, მას არცერთი სასიცოცხლო ნიშანი აღარ აღენიშნებოდა. ჩანაწერში აღწერილია ყველა ის ნიშანი, რომელიც 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 შუალედია 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. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ გამოძიება ამ საკითხებით უნდა დაინტერესდეს და გაირკვეს, 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 იყვნენ 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 დანესებულებაში. როგორც ექსპერტიზის დასკვნაშია მითითებული - „2011 წლის 30 აპრილს, დაახლოებით 10:30 საათზე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის N6 დანესებულების N3-ე საკანში, საპირფარეშოში ნანახი იქნა ზეწრით ჩამოკიდებული მსჯავრდებულ კ.თ.-ს გვამი“. ექსპერტიზის დასკვნაში არ არის განხილული სამედიცინო დოკუმენტაცია და როგორც ჩანს, ექსპერტს არ უხელმძღვანელია ექიმის არანაირი ჩანაწერებით. ექსპერტის დასკვნის შესაბამისად, „კ.თ.-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 საათისა“. გვამზე გარდა აღწერილი სტრანგულაციური ღარისა, „ასევე აღინიშნებოდა სამი ზედაპირული სწორკიდებიანი ჭრილობა მარცხენა წინამხრის ქვემო მესამედის წინა ზედაპირზე, კიდებში მოწითალო სისხლჩაქცევით. დაზიანებები განვითარე-

ბულია ბასრი ზედაპირის მქონე საგნის მოქმედებით, სიცოცხლის დროს სიკვდილის დადგომამდე უახლოეს პერიოდში. დაზიანებები ხანდაზმულობით 10-12 დღისაა.

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. ექსპერტიზის დასკვნებში ხშირია შემდეგი სახის ჩანაწერები, მაგალითად:

(კოდი N I-1) ა.ა.-ს „გვამზე აღენიშნებოდა დაზიანებები სისხლნაჟღენთებისა და ნაჭდევების სახით - განვითარებულნი არიან რაიმე მკვრივი ბლავი 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 NI-16) ე.გ.-ს „გვამზე გარეგნულად აღენიშნებოდა ნაჭდევები და ერთი სისხლნაჟღენთი, განვითარებული რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის მოქმედებით და ცოცხალ პირთა სხეულის დაზიანებათა ხარისხის განსაზღვრისას ატარებს დაზიანებათა მსუბუქი ხარისხის ნიშნებს, სიცოცხლისდროინდელია, ხანდაზმულობით არანაკლებ 4-5 დღისაა 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 ზედაპირული ჭრილობები, მარჯვენა მტევნის უკანა ზედაპირზე სწორკიდეებიანი ჭრილობები და ნაჭდევები. კისრისა და მარჯვენა მტევნის მიდამოში არსებული სწორკიდეებიანი ჭრილობები განვითარე-

ბულია რაიმე მჭრელი საგნის მოქმედების შედეგად და განეკუთვნებიან დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის ხანმოკლე მოშლით. მარჯვენა მტევნის მიდამოში არსებული ნაჭდევეები განვითარებულია რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის მოქმედების შედეგად და განეკუთვნებიან დაზიანებათა მსუბუქ ხარისხს, ჯანმრთელობის მოშლის გარეშე“.

(კოდი NI-20) დ.მ.-ს „გვამზე ზედა და ქვედა კიდურების მიდამოებში აღინიშნება დაზიანებები სიხლნაჟღენთებისა და ნაჭდევეების სახით - განვითარებულნი 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 სიცოცხლის დროინდელი 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 ნაჭდევეებისა და სისხლნაჟღენთების სახით- განვითარებულია რაიმე მკვრივი-ბლავი საგნის მოქმედებით. სქელი მოყავისფრო ფუფხით დაფა-

რული, ალამ ფუფხაცლილი ნაჭდევები და მარჯვენა წინამხრის მიდამოში არსებული სისხლნაჟრენტები განვითარებული უნდა იყოს სიკვდილის დადგომამდე 7-9 დღით ადრე, ხოლო ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე და თავის ქალას რბილი საფარის ქვეშ კანქვეშა სისხლნაჟრენტები განვითარებულია სიკვდილის დადგომამდე წინა უახლოეს პერიოდში“.

(კოდი N I-62) უ.ი.-ს „გვამზე აღენიშნებოდა დაზიანებები: უსწოროკიდებიანი ჭრილობის, სისხლნაჟრენტების და მარცხენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის სახით - დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია; განვითარებულნი არიან რაიმე მკვრივი-ბლაგვი საგნის (საგნების) ზემოქმედებით, სიკვდილის დადგომამდე ადრეულ პერიოდში. დაზიანებები უსწოროკიდებიანი ჭრილობის, ნაჭდევისა და სისხლნაჟრენტების სახით ერთად აღებულნი 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 აღენიშნებოდა თხემკეფის საზღვართან მარჯვნივ ნაჭდევი. მარცხნივ, ქვედა ქუთუთოს გარეთა კიდეგან სისხლნაჟრენთი, რაც მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს ჯანმრთელობის მოუშლელად. შინაგანი გამოკვლევით აღენიშნებოდა: მარჯვნივ მე-8; მარცხნივ მე-7 ნეკნების მოტეხილობა. მოტეხილი ნეკნების შესაბამისად რბილ ქსოვილებში სისხლჩაქცევები. თავის ქალას რბილი საფარის შიგნითა ზედაპირზე თხემკეფის საზღვარზე და საფეთქლის არეში მარჯვნივ ვრცელი სისხლჩაქცევები. მღივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დაზიანებები განვითარებულია რაიმე მკვრივი ბლაგვი 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: სწორკიდეებიანი ჭრილობები კისრის მარცხენა გვერდით ზედაპირზე, ნაჩხვლეტი ჭრილობა გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მარჯვენა ლავინის ქვედა კიდესთან. გვამზე არსებული ყველა დაზიანება განვითარებულია სიცოცხლის დროს. სწორკიდეებიანი ჭრილობები 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 ხარისხს ჯანმრთელობის მოშლით, ჯანმრთელობის ხანმოკლე მოშლის გამო, დამდგარ შედეგთან მიზეზობრივ კავშირში არ იმყოფებოდა. ხანდაზმულობით არ ეწინააღმდეგება სამედიცინო ბარათში მითითებულ თარიღს. ნაჩხვლეტი ჭრილობა წარმოადგენს სამედიცინო მანიპულაციის კვალს“.

(კოდი N I-72) ო.ჭ.-ს „გვამის გარეგანი და შინაგანი გამოკვლევით აღინიშნება ნაჭდვეი გულმკერდის უკანა ზედაპირზე - ვერტებრალურ ხაზზე, წელის მიდამოზე გადასვლით. დაზიანება მიყენებულია რაიმე მკვრივი, ბლაგვი საგნის მოქმედებით და მიეკუთვნება მსუბუქ ხარისხს, დაზიანება სიცოცხლისდროინდელია, მიყენებულია სიკვდილამდე რამოდენიმე დღით ადრე და არ იმყოფება კავშირში ო.ჭ.-ს სიკვდილთან“.

ზემოთ ჩამოთვლილი რამდენიმე მაგალითის გარდა, კიდევ უამრავი ფაქტის მოყვანა შეიძლება, სადაც გვამზე სიცოცხლის დროინდელი დაზიანების ნიშნები აღინერება და ფიქსირდება ექსპერტების მიერ. მიუხედავად ამისა, გასული წლების მსგავსად, გამოძიების მიერ, როგორც წინა წლების გამოცდილება გვაჩვენებს, სათანადო ყურადღება არ ექცევა, რითაც უხეშადაა დარღვეული წამების პრევენციის საერთაშორისო და ეროვნული სტანდარტები. ის, რომ და-

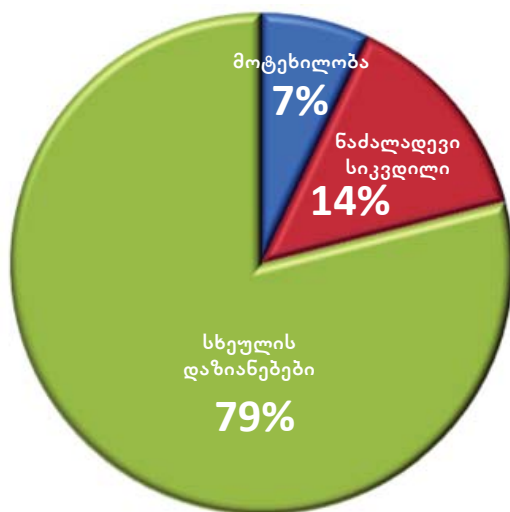


ზიანებათა ხასიათი არ არის მძიმე და მათ პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი არ აქვთ სიკვდილთან, შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში იმის მიზეზი ხდება, რომ გამოძიება აღნიშნულით საერთოდ აღარ ინტერესდება.

შესწავლის შედეგად გაირკვა, რომ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში გარდაცვლილ პატიმართა, დაახლოებით 61%-ს აღნიშნებოდა სხეულის ამა თუ იმ სახის დაზიანებები. გარდა ამისა, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში გარდაცვლილ პატიმართაგან 3-ს, ასევე აღნიშნება სხეულის დაზიანებები. აღნიშნული პატიმრები გარდაიცვალნენ ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში შეყვანიდან 1-3 დღეში. სავარაუდოდ, მათი გადაყვანა აღნიშნულ დაწესებულებაში მოხდა სწორედ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებიდან. ქსნის N15 დაწესებულებაში გარდაცვლილი 4 პატიმრიდან, 3-ს აღნიშნებოდა სხეულის სხვადასხვა სახის და სიმძიმის დაზიანებები. გამოძიება აუცილებლად უნდა დაინტერესდეს აღნიშნული გარემოებებით.

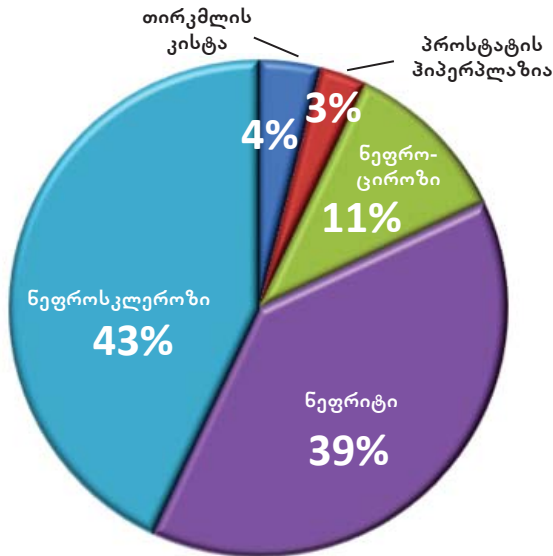
ზემოთ განხილულ ჯგუფში ნაძალადევი სიკვდილის საანგარიშო პერიოდში, ყველა შემთხვევა იყო მექანიკური ასფიქსია, მარყუჟით სასუნთქი გზების გადაკეცვით), სხეულის სხვადასხვა ხარისხისა და ლოკალიზაციის დაზიანებათა შემთხვევები და მოტეხილობის შემთხვევები. აღნიშნულ სახეობათა თანაფარდობა წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

|                     |         |
|---------------------|---------|
| სხეულის დაზიანებები | 79.32 % |
| ნაძალადევი სიკვდილი | 13.79 % |
| მოტეხილობა          | 6.89 %  |



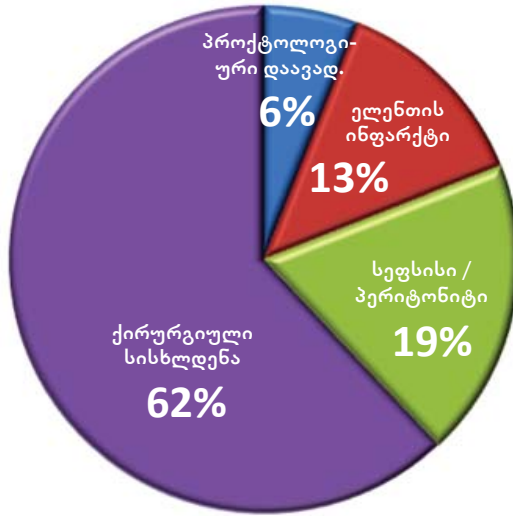
2011 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა შორის, კვლავ მაღალი იყო შარდ-სასქესო სისტემის, უპირატესად კი - თირკმლის დაავადებები. აღნიშნული დაავადებები გარდაცვლილ პაციმართა დაახლოებით 7%-ს აღენიშნებოდა. ამ ნაწილში არ შედის თირკმლის ტუბერკულოზური დაზიანების შემთხვევები, რომლებიც, ექსტრა-პულმონური ტუბერკულოზის ერთ-ერთი ფორმის სახით, განხილულ იყო ტუბერკულოზის სტატისტიკასთან ერთად. მორფოლოგიურად, ყველაზე ხშირად იქნა დადასტურებული ნეფროსკლეროზის შემთხვევები, რომლებიც თირკმლის პათოლოგიის მქონე გარდაცვლილთა 42.85%-ს აღენიშნებოდა. სიხშირით მომდევნო ადგილზე გამოდის პიელონეფრიტი, რომელიც ჯგუფში 39.28%-ს შეადგენდა. მესამე ადგილზეა ნეფროციროზი, რომელიც შემთხვევათა 10.71% შეგვხვდა. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია და თირკმლის კისტა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დიაგნოზებში ფიგურირებს ამ ჯგუფის დაავადებათა მქონე პაციენტების 3.58 – 3.58 %-ში. აღნიშნული ჯგუფის სტატისტიკური დახასიათება, მეტი თვალსაჩინოების მიზნით, წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| ნეფროსკლეროზი         | 42.85 % |
| ნეფრიტი               | 39.28 % |
| ნეფროციროზი           | 10.71 % |
| პროსტატის ჰიპერპლაზია | 3.58 %  |
| თირკმლის კისტა        | 3.58 %  |



საქმლის მომწოდებელი სისტემის სხვადასხვა სახის დაავადებები აღნიშნებოდა გარდაცვლილ პაციმართა 5.18%-ს. უპირველეს ყოვლისა, ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ჰეპატო-ბილიარული სისტემის დაავადებები, ასევე, წყლულოვანი დაავადება და პანკრეატიტი. სიხშირით ყველაზე ხშირად შეგვხვდა კუჭისა ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული (38.09%), 33% შემთხვევაში კი, დადასტურებული იქნა ბილიარული სისტემის პათოლოგია. პანკრეასის (კუჭუკანა ჯირკვალი) ანთება გვხვდება 19%-ში, ღვიძლის ჰემანგიომა კი, სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზებში ფიგურირებს 9.53%-ში. ჯგუფში არ შესულა საქმლის მომწოდებელი სისტემის ტუბერკულოზური დაზიანებები, რომლებიც განხილულ იქნა ტუბერკულოზის სტატისტიკასთან ერთად. აღნიშნულ ჯგუფში დაავადებათა

პროცენტული წილი წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში და გრაფიკულად:

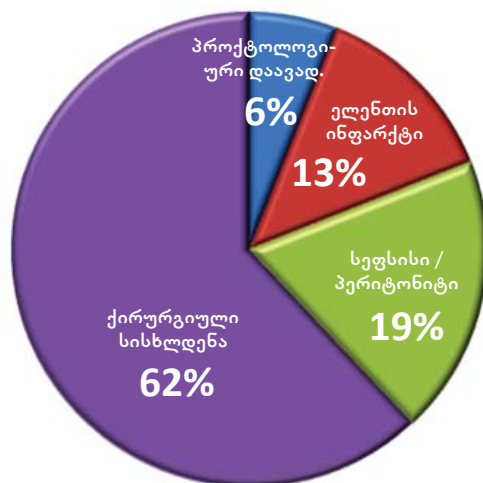


|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| წყლული                         | 38.09 % |
| ბილიარული სისტემის დაავადებები | 33.34 % |
| პანკრეატიტი                    | 19.04 % |
| ღვიძლის ჰემანგიომა             | 9.53 %  |

საყურადღებოა, წყლულოვანი დაავადების შორსნასული ფორმები, რომლებიც ხშირად სისხლდენით რთულდება. ჩვენს 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 გაიდლაინებს (მაასტრიხტის კონსენსუსი), შესაბამისად, არცერთ დაწესებულებაში არ ხდება პირველი

ან მეორე რიგის სტანდარტული მკურნალობის დანიშვნა. თანამედროვე კვლევებით დადგენილია, რომ პირველი რიგის პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების (ომეპრაზოლი) ფართო და უკონტროლო გამოყენება ქმნის მდგრად ჰიპოაციდურ მდგომარეობას, რაც კუჭის კიბოს განვითარების ერთ-ერთ რისკფაქტორს წარმოადგენს; სწორედ აღნიშნული მიდგომის გამო ვხვდებით დაავადების გამწვავების იმგვარი 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.

ქირურგიული დაავადებები დაფიქსირებულია გარდაცვლილ პაციმართა სასამართლო – სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნების 3.45%-ში. 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:



|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| ქირურგიული სისხლდენა  | <b>62.5</b>  |
| სეფსისი / პერიტონიტი  | <b>18.75</b> |
| ელენთის ინფარქტი      | <b>12.5</b>  |
| პროქტოლოგიური დაავად. | <b>6.25</b>  |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირველ ადგილზე გამოდის ქირურგიული სისხლდენები. სისხლდენის წყარო, სხვადასხვა შემთხვევებში იყო საჭმლის მომნელებელი ტრაქტი ან სასუნთქი სისტემა.

მაგალითისათვის მოგვყავს შემთხვევა - პაციენტი გ.ნ. (კოდი I №3). პაციენტი გარდაცვლილია მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დანესებულებაში. ამავე დანესებულებაში წარმოებული ავადმყოფობის ისტორიიდან ირკვევა, რომ ფონური დაავადებების გამო, პაციენტს დაენყო სისხლდენა საყლაპავის ვარიკოზიდან, რის გამოც სისხლის დანაკარგმა გამოიწვია მძიმე ჰემორაგიული შოკი და ანემია, რაც საბოლოო ჯამში გახდა სიკვდილის მიზეზი. დიაგნოზში შესაბამისად ფიგურირებს „საყლაპავის ვენების ვარიკოზი 1-2 ხ. 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 ღვიძლის ფუნქციის უკმარისობა, განვითარებული ღვიძლის ციროზის შედეგად“. ცხადია, რომ ღვიძლის ციროზი თავისთავად წარმოადგენს ფონურ დაავადებას, სიკვდილის უშუალო მიზეზი კი, კონკრეტულ შემთხვევაში, არის ჰემორაგიული შოკი, რომლის სასარგებლოდაც 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 იქნას შეფასებული პაციმრისათვის გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ადეკვატურობაც, რომელიც, სავარაუდოდ, არ შეესაბამებოდა ქვეყანაში დადგენილ სტანდარტებს.

იმავე ხასიათისაა შემთხვევა, რომელიც ან გარდაცვლილი პაციენტის გ.წ.-ს (კოდი №42) სასამართლო – სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნიდან ირკვევა. 30 წლის პაციმარი გარდაცვლილია ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა და პაციმართა 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 წინადადება, კერძოდ - „გ.წ.-ს სიკვდილის მიზეზია ფილტვების ტუბერკულოზი“. არაფერია ნათქვამი სისხლდენასა და სიკვდილის უშუალო მიზეზზე. აღნიშნულის გათვალისწინებით, კვლავ გვექმნება შთაბეჭდილება, რომ ან ავადმყოფობის ისტორია, ან ექსპერტიზის დასკვნა არასრულფასოვანი და უხარისხოდ წარმოებულია, რაც დაუყოვნებლივ უნდა გახდეს ხარისხის უზრუნველყოფის შესაბამისი სტრუქტურების დაინტერესების საგანი.

ექსპერტიზის დასკვნაში, სისხლდენის შედეგად სიკვდილი დადასტურებულია პაციენტ გ.ს.-ს (კოდი №45) შემთხვევაში. სასამართლო – სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნიდან ირკვევა, რომ პაციენ-

ტი გ.ს. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში შეყვანილია 2011 წლის 31 მარტს. ავადმყოფის ჩივილები ჩამოყალიბებულია შემდეგი სახით: „ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია, 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 მოყვანილი იქნა სამედიცინო დაწესებულებაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა“. სამკურნალო დაწესებულებაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა შეფასდა საშუალო სიმძიმის მდგომარეობად. ჩაუტარდა ქირურგის კონსულტაცია, თითქმის დადასტურდა ქრონიკული გასტრიტის არსებობა. მდგომარეობის შეფასებისა და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, გაიცა რეკომენდაცია ფიბროეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიის ჩატარების შესახებ. 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 გარდაიცვალა. სამედიცინო ბარათში ჩანერილი დიაგნოზის მიხედვით, პაციენტს აღენიშნებოდა - „მოცულობითი წარმონაქმნი შუასაყარში?, გასტროდუოდენური სისხლდენა, ჰემო-



რაგიული შოკი, სუნთქვის მწვავე უკმარისობა“. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დროს, შუასაყრის მოცულობითი პროცესი არ დადასტურდა. ლიმფური კვანძებიც კი ნორმალური ზომის იყო. ჰისტოლოგიური კვლევით დადგინდა კუჭის წყლული, რომელიც წარმოადგენდა სისხლდენის მიზეზს და პოსტპემორაგიული ანემია. საექსპერტო დასკვნის მიხედვით - „მოქ. ს.გ.-ს სიკვდილის მიზეზია შინაგანი ორგანოების მწვავე სისხლნაკლებობა გამონეული 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 იქნა ამოცნობილი კუჭის წყლულოვანი დაავადება, შესაბამისად, პაციენტს ადეკვატური მკურნალობა არ ჩატარებია. მაშინაც კი, როცა წყლული გართულდა სისხლდენით, დიაგნოზი კვლავ ვერ დაისვა, მათ შორის, მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშიც. მიუხედავად ქირურგის მიერ ჩატარებული კონსულტაციისა, დიაგნოსტიკა წარიმართა მცდარი მიმართულებით, რა დროსაც სისხლდენის ეპიზოდის განმეორებამ პაციენტის სიკვდილი გამოიწვია. აღნიშნული შემთხვევა – პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა (როგორც სასჯელის მოხდის ადგილზე, ისე N18 დაწესებულებაში) და მასთან დაკავშირებული საკითხები შესწავლილ უნდა იყოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ.

პაციენტი კ.კ. (კოდი I №57) 33 წლის მამაკაცი, მდგომარეობის გაუარესების გამო გადაყვანილ იქნა ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებიდან. გადაყვანის მიზეზი იყო ღვიძლის ციროზი და ამ ფონზე განვითარებული გასტროდუოდენური სისხლდენის ეპი-

ზოდები. მიუხედავად ამისა, 1 დღის შემდეგ პაციენტი უკან იქნა დაბრუნებული 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 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 დაწესებულებაში წარმოებული სამედიცინო ბარათიდან ირკვევა, პაციენტი აღნიშნულ დაწესებულებაში მოუთავსებიათ 16.05.2011წ 10:55-ზე. ბარათში არსებული მონაცემების მიხედვით, პაციენტს სისხლდენა დაეწყო 10:20 სთ-დან. სამკურნალო დაწესებულებაში მიყვანისას, პაციენტი იმყოფებოდა კომატოზურ მდგომარეობაში, აღენიშნებოდა ჰემორაგიული შოკი. პაციენტი დაუყოვნებლივ იქნა აყვანილი 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 არ არის. გამოხატულია ციანოზი, გუგები გაფართოებულია, რქოვანას რეფლექსი და ფოტორეაქცია არ ინევება, მონიტორზე იზოხაზი, 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, რომ პაციენტის სამკურნალო დაწესებულებაში მიყვანისას, მას არცერთი სასიცოცხლო ნიშანი არ აღენიშნებოდა. ჩანაწერები მიუთითებს იმაზე, რომ N18 დაწესებულებაში უკვე გვამი შევიდა. პაციენტის გადაყვანა წარმოადგენდა დაგვიანებულ პროცესს.

პაციენტი გ.თ. (კოდი I №65) 46 წლის მამაკაცი. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებიდან გადაყვანილ იქნა 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 გადაყვანილ იქნა პირველი კლინიკური საავადმყოფოს რეანიმაციულ განყოფილებაში, იქიდან კი, 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 გარდაიცვალა ასევე 65 წლის მამაკაცი პატიმარი ს.ა. (კოდი I №74). პაციენტს დადგენილი ჰქონდა ფილტვის კიბოს შორსნასული ფორმა (IV სტადია), მეტასტაზირებით. იმყოფებოდა უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში. ამ უმძიმესი პათოლოგიის ფონზე, არ დასმულა პატიმრის აქტირების საკითხი. იგი გადაყვანილ იქნა 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 ვერ იქნა კლინიკურად ამოცნობილი. 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 დამცველს მიაჩნია, რომ ჯანმრთელობის ამგვარი უმძიმესი მდგომარეობის მქონე პაციენტის სასჯელაღსრულების სისტემაში ყოფნა, რომლის მდგომარეობა მიჩნეულ იქნა ინკურაბელურად, წარმოადგენს არაჰუმანურ მოპყრობას. 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, პატიმრის მიმართ ძალადობრივი მოპყრობის ფაქტთან, რაც გამოძიების კომპეტენციას შეადგენს. პაციენტი თ. ყ. გარდაიცვალა N18 დაწესებულებაში, 2011 წლის 28 მაისს 02:10 სთ-ზე. როგორც სამედიცინო ჩანაწერებიდან ირკვევა, პაციენტი სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსებული იყო 2011 წლის 25 მაისს 22 საათზე, ანუ გარდაცვა-

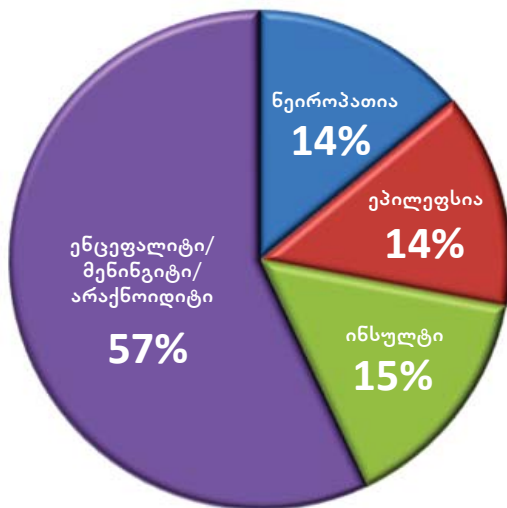
ლებამდე სამი დღით ადრე. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში შემოსვლისას „ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, ცნობიერება ნათელი. პოზა იძულებითი“. მორიგე ექიმის ჩანაწერიდან ირკვევა, რომ პაციენტს დაბალი არტერიული წნევის ფონზე დაესხა თავბრუ, წაიქცა, რის გამოც მიიღო დაზიანება გულმკერდის არეში. თხემის არეში ფუფხით დაფარული ნაკვეთი ჭრილობა ზომით 1.5 სმ. მარცხნივ ყვრიმალის, მარჯვნივ ლოყის არეში სიხლნაჟღენთები, გულმკერდის მარცხენა ნახევარზე სუსტად გამოხატული ღია, მოლურჯო შეფერილობის სისხლნაჟღენთი. მარჯვენა მუხლის ქვემოთ სისხლნაჟღენთი. ა.წ. 70/30მმ. პულსი 70წ. სუსტი ავსების. ფილტვებში ქვედა წილებში 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 ილლიის ფოსოში აღენიშნება კანქვეშა ემფიზემა - დამახასიათებელი კანქვეშა კრეპიტაცია. მუცელი რბილი, პალპაციით მტკივნეული დიფუზურად. ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევით მუცლის ღრუში ვლინდება თავისუფალი სითხე მცირე რაოდენობით. 27.05.2011წ. 13 საათზე გაკეთდა ოპერაცია (ლაპაროტომია, სინექიოლიზი, რევიზია, ენტერორაფია, მუცლის ღრუს სანაცია, დრენირება) ... 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 დახურული ტრავმა მღვივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დიფუზური ფერმენტულ-ფიბრინული პერტონიტი“. ოპერაციის შემდეგ, ავადმყოფს უტარდებოდა შესაბამისი მეურნეობა. მიუხედავად ამისა, მდგომარეობა დამძიმდა და 28.05.2011წ 02.10 სთ-ზე დაფიქსირდა ბიოლოგიური სიკვდილი. „სიკვდილის მიზეზია ტოქსიური

შოკის ფონზე განვითარებული გულსისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. კლ. დიაგნოზი: გულმკერდისა და მუცლის დახურული ტრავმა. გულმკერდის მარჯვენა მე-8 და მარცხენა მე-7 ნეკნების მოტეხილობა. მლივი 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 მლივი ნაწლავის ტრავმული გასკდომის შედეგად. ... გვამზე გარეგნულად აღინიშნება თხემ-კეფის საზღვართან მარჯვნივ ნაჭდევით. 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 სიხლჩაქცევები. თავის ქალას რბილი საფარის შიგნითა ზედაპირზე თხემ-კეფის საზღვარზე და საფეთქლის არეში მარჯვნივ ვრცელი სისხლჩაქცევები. მლივი ნაწლავის ტრავმული დაზიანება. დაზიანებები განვითარებულია რაიმე მკვერივი ბლაგვი საგნის მოქმედებით. მარჯვნივ მე-8, მარცხნივ მე-7 ნეკნების მოტეხილობა მიეკუთვნება ნაკლებად მძიმე ხარისხს, ხოლო მლივი ნაწლავის ტრავმული გასკდომა მიეკუთვნება მძიმე ხარისხს, როგორც სიცოცხლისათვის საშიფათო, რისი გართულებაც გახდა მისი სიკვდილის მიზეზი. დაზიანებები სიცოცხლისდროინდელია“.

აღსანიშნავია, რომ როგორც ჩანანერშია მითითებული, იმ ფაქტს, რომ პაციენტს „დაბალი არტერიული წნევის გამო დაესხა თავბრუ, წაიქცა და მიიღო დაზიანებები“ აბსოლუტურად ვერ გავიზიარებთ. 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 პაციენტს მიადგა მკვრივი ბლავი საგნის მოქმედებით. რაც შეეხება იმას, თუ რა იყო ეს „რაიმე მკვრივი ბლავი საგანი“, იყო ეს იარაღი, ნატურალური საგანი, ადამიანის სხეულის ნაწილი ან ყველა ერთად, გამოძიების კომპეტენციას წარმოადგენს 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 დაზიანებული პირის შემდგომ მენეჯმენტს, ამ მხრივაც არაერთი უხეში შეცდომაა დაშვებული. კერძოდ: პაციენტის გადაყვანა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა N18 სამკურნალო დაწესებულებაში განხორციელდა 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 წვრილი ნაწლავის გახეთქვა და ექოსკოპიით მუცლის ღრუში დადგენილ იქნა თავისუფალი სითხე, ოპერაცია ჩაუტარდა დაგვიანებით. ფაქტიურად ჰოსპიტალიზაციიდან მე-3 დღეს, რაც მკვეთრად ზრდიდა სიკვდილის დადგომის შანსს. ამ პერიოდში პაციენტის მდგომარეობა დამძიმდა მიმდინარე პერიტონიტისა და ინტოქსიკაციის შედეგად. მდგომარეობა ასევე დაამძიმა თანმხლებმა დაავადებებმა, რამაც საბოლოოდ პაციენტის სიკვდილი გამოიწვია. პაციენტის მკურნალობისა და მართვის მიმართულებით აღნიშნული საკითხები, აუცილებლად უნდა გახდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საექიმო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ინტერესის საგანი, რათა შეფასდეს, თუ რამდენად დროულად და ადეკვატურად გაენია სამედიცინო დახმარება გარდაცვლილ პაციენტს.

გარდაცვლილთა დიაგნოზებს შორის, სიხშირით მომდევნო ადგილს იკავებს ნევროლოგიური დაავადებების ჯგუფი. როგორც უკვე აღინიშნა, გარდაცვლილ პაციმართა 3.22%-ს, ამა თუ იმ სახის ნევროლოგიური დაავადება აღენიშნებოდა, შემთხვევათა ნაწილში კი, სწორედ ეს დაავადებები გახდა სიკვდილის დადგომის უშუალო მიზეზი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გასული წლის მონაცემებთან მიმართებაში, ნევროლოგიური პათოლოგიით გამოწვეულმა სიკვდილობამ მნიშვნელოვნად იკლო 2011 წლის პირველი 6 თვის განმავლობაში. მიუხედავად ამისა, სამწუხაროდ, მაინც გვხვდება ისეთი მძიმე ნევროლოგიური მდგომარეობები, როცა გვხვდება როგორც თავის ტვინის, ასევე ცენტრალური ნერვული სისტემის გარსების ანთება და თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის სახეები. აღნიშნული დაავადებების სპექტრი წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:



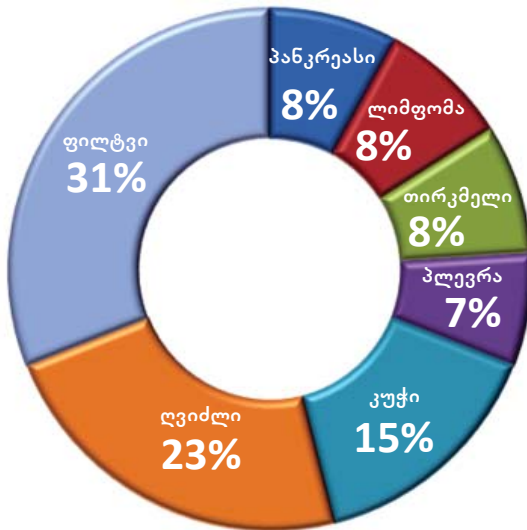
|                                                         |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| ტვინის და მისი გარსების ანთება (მენინგიტი, არაქნოიდიტი) | 57.16 |
| თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა                   | 14.28 |
| ეპილეფსია                                               | 14.28 |
| პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებები                | 14.28 |



როგორც ცხრილიდან ჩანს, 2011 წლის პირველი ნახევრის განმავლობაში გარდაცვლილ პაციენტთა შორის, ყველაზე ხშირი ნევროლოგიური პათოლოგია, ცენტრალური ნერვული სისტემის გარსების ანთება იყო. აღნიშნული, უპირატესად წარმოდგენილია ტუბერკულოზური გენეზის მენინგიტებისა და არაქნოიდიტების სახით. პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებებიდან უნდა გამოიყოს ნეიროპათიები, პოლირადიკულონეიოროპათიები. აღნიშნული პათოლოგიები, სიკვდილის უშუალო მიზეზი არ გამხდარა, თუმცა გარდაცვლილ პაციმართა სასამართლო – სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში, წინა წლების მსგავსად, კვლავ ფიგურირებს. ყოველივე ეს, იმ ფონზე ხდება, როცა პენიტენციურ სისტემაში ნევროლოგთა დეფიციტი გვხვდება. მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, მხოლოდ ერთი ექიმი ნევროპათოლოგი მუშაობს, სასჯელაღსრულების სხვადასხვა დაწესებულებებში კი, ამ პროფილის და გამოცდილების ექიმს იშვიათად ვხვდებით.

ავთვისებიანი სიმსივნეებით პაციმართა გარდაცვალების შემთხვევებმა, 2011 წლის პირველ ნახევარში 3.22% შეადგინა. მიუხედავად ამისა, აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილ პაციმართა უმრავლესობას აღენიშნებოდა სიმსივნის შორსნასული ფორმები, დაავადების ბოლო სტადიაზე, შორეული მეტასტაზების არსებობით. სულ დაფიქსირებულია ავთვისებიანი სიმსივნეების 13 შემთხვევა. ყველაზე ხშირად ვხვდებით ფილტვის კიბოს (4 შემთხვევა); შემდეგ ადგილზეა ღვიძლის კიბო (3 შემთხვევა); კუჭის კიბო (2 შემთხვევა). თითო-თითო შემთხვევაში გვხვდება პლევრის, თირკმლის, პანკრეასის ავთვისებიანი სიმსივნეები და ასევე არაჰოჯკინის ლიმფომა. გასული საანგარიშო პერიოდის მსგავსად, ფიქსირდება ფაქტები, როცა არსებობს შეუსაბამობა კლინიკურ და სასამართლო-სამედიცინო დიაგნოზებს შორის. სიმსივნეთა სახეობები, მეტი თვალსაჩინოების მიზნით, წარმოდგენილია დიაგრამაზე და ცხრილში:

|           |   |
|-----------|---|
| ფილტვი    | 4 |
| ღვიძლი    | 3 |
| კუჭი      | 2 |
| პლევრა    | 1 |
| თირკმელი  | 1 |
| ლიმფომა   | 1 |
| პანკრეასი | 1 |



პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, 2011 წლის განმავლობაში გარდაცვლილ პაციენტთა 0.74%-ს, აღენიშნებოდა გრძნობათა ორგანოების დაავადებები. როგორც უკვე აღინიშნა, აღნიშნული ჯგუფი აერთიანებს მხედველობისა და სმენის ორგანოს სხვადასხვა დაავადებას. 1 შემთხვევაში დაფიქსირებული იყო თვალის ბადურა გარსის ჩამოცლა, 2 შემთხვევაში კი – სმენაჩლუნგობა.

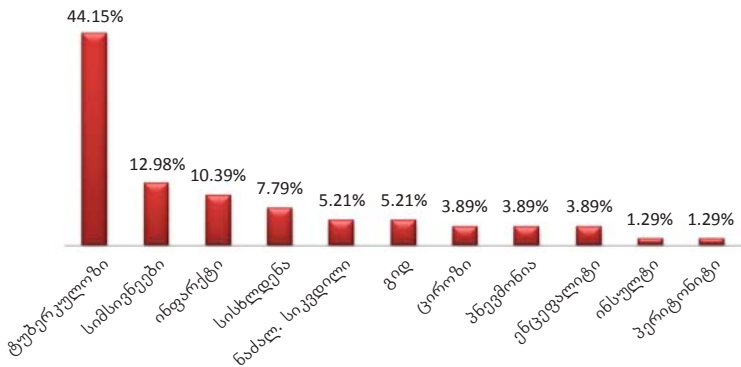
გარდაცვლილ პაციენტთა მხოლოდ 0.49%-ს აღენიშნებოდა ენდოკრინული ორგანოების სხვადასხვა დაავადებები.

აღნიშნული, ძირითადად კუჭუკანა ჯირკვლის დაავადებებს შეეხება-  
ამება და კლინიკურად მანიფესტირებული იყო შაქრიანი დიაბეტის  
სახით.

ამგვარად, ჩვენს მიერ დეტალურად იქნა განხილული გარდაცვლილ  
პაციენტთა სასამართლო – სამედიცინო დიაგნოზები, ნოზოლოგი-  
ური ჯგუფების მიხედვით. ჩვენ ასევე დავინტერესდით იმით, თუ  
რა იყო **პაციენტთა სიკვდილის უშუალო მიზეზი** 2011 წლის საა-  
ნგარიშო პერიოდის განმავლობაში. ამისათვის გაანალიზდა ჩვენს  
ხელთ არსებული ყველა სასამართლო სამედიცინო – ექსპერტიზის  
დასკვნა. მხედველობაში იქნა მიღებული სასამართლო – სამედიცი-  
ნო ექსპერტის მიერ გამოყოფილი სიკვდილის უშუალო მიზეზი, ანუ  
სიკვდილის მიზეზების დათვლა, ამ შემთხვევაში მოხდა, სასამართ-  
ლო – ექსპერტიზის დასკვნაში მოხსენიებული გარდაცვალების, **მხ-  
ოლოდ წამყვანი (ძირითადი) მიზეზის** გათვალისწინებით. ამ შემ-  
თხვევაში არ ყოფილა გათვალისწინებული თანმხლები დაავადება,  
რაც, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად უწყობდა ხელს მდგომარეობის  
დამძიმებას. აღწერილი სტატისტიკა მოყვანილია ცხრილში:

| №  | სიკვდილის უშუალო მიზეზი              | %       | შენიშვნა                                |
|----|--------------------------------------|---------|-----------------------------------------|
| 1  | ტუბერკულოზი                          | 44.15 % | * ფილტვის /ექსტრაპულმონ                 |
| 2  | ავთვისებიანი სიმსივნეები             | 12.98 % |                                         |
| 3  | მიოკარდიუმის ინფარქტი                | 10.39 % |                                         |
| 4  | სისხლდენა                            | 7.79 %  | * სასუნთქი და საჭმ. მომწ.<br>სისტემიდან |
| 5  | ნაძალადევი სიკვდილი                  | 5.21 %  |                                         |
| 6  | გულის იშემიური დაავადება             | 5.21 %  | * გარდა მიოკ. ინფ.                      |
| 7  | ღვიძლის ციროზი                       | 3.89 %  |                                         |
| 8  | ფილტვების ანთება                     | 3.89 %  |                                         |
| 9  | ენცეფალიტი/მენინგიტი/<br>არაქნოიდიტი | 3.89 %  |                                         |
| 10 | ინსულტი                              | 1.29 %  |                                         |
| 11 | პერიტონიტი                           | 1.29 %  |                                         |

აღნიშნული პროცენტული წილები გამოსახულია გრაფიკულად:



**რეკომენდაცია: საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს:**

პერიოდულად შეისწავლოს და გააანალიზოს სასჯელაღსრულების სისტემაში გარდაცვლილ პირთა საექსპერტო დასკვნები და სამედიცინო დოკუმენტაცია. აღნიშნული ინფორმაცია უმნიშვნელოვანესია არამართო სიკვდილის მიზეზებში გარკვევის თვალსაზრისით, არამედ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის უზრუნველყოფის ერთ-ერთ ძირითად მექანიზმს, რომლის გათვალისწინება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ერთ-ერთი მთავარი წინაპირობაა.

**რეკომენდაცია საქართველოს მთავარ პროკურორს:** პირად კონტროლზე აიყვანოს პატიმართა სიკვდილობის საეჭვო შემთხვევები, რათა გამოძიება წარიმართოს სწრაფად, ეფექტურად და გამჭვირვალედ.

## დისციპლინა და დასჯა

---

### ■ დისციპლინური სასჯელებისა და ადმინისტრაციული სახდელების შეფარდება

ციხის ევროპულის წესების თანახმად, „დისციპლინური სასჯელი გამოყენებულ უნდა იქნას როგორც უკიდურესი საშუალება“<sup>34</sup>. „ციხის ადმინისტრაციამ უნდა გამოიყენოს მედიაციის ყველა შესაძლებლობა, რათა გადაჭრას კამათი პატიმრებთან და პატიმრებს შორის“<sup>35</sup>. „ნებისმიერი სასჯელის სიმკაცრე უნდა იყოს პროპორციული ჩადენილ დანაშაულთან“<sup>36</sup>. „დასჯის თვალსაზრისით აკრძალულია: კოლექტიური და სხეულებრივი სასჯელი, რომელიც ითვალისწინებს ბნელ საკანში პირის მოთავსებას, ასევე აკრძალულია არაადამიანური და ღირსების შემლახველი სხვა სასჯელები“<sup>37</sup>. ასევე სასჯელი არ შეიძლება მოიცავდეს ოჯახთან კონტაქტის სრულად აკრძალვას<sup>38</sup>.

2011 წლის 15 ივლისს, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული N10/8/2-9487 წერილობითი პასუხის თანახმად, საანგარიშო პერიოდში, 2011 წლის 01 იანვრიდან 30 ივნისის ჩათვლით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში შინაგანაწესის უხეში დარღვევისათვის ადმინისტრაციული პატიმრობა შეეფარდა 2 მსჯავრდებულს. სამართო საკანში მოთავსდა 1197 მსჯავრდებული. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დასჯილი პატიმრების რაოდენობა რე-

---

34. 56.1 წესი;

35. 56.2 წესი;

36. 60.2 წესი;

37. 60.3 წესი;

38. 60.4 წესი;

ალურად უფრო მეტია, ვინაიდან ზოგიერთ დანესებულებაში, მაგ., გლდანის N8 და ქუთაისის N2 დანესებულებაში მოქმედებს პატიმართა დასჯის არაფორმალური მექანიზმები (კარანტინში ან ე.წ. „ბოქსში“ განთავსება), რომლებიც გამოიყენება ისეთ შემთხვევებში, როცა ადმინისტრაციას ამა თუ იმ მიზეზით არ სურს დასჯის თუნდაც ფორმალური დასაბუთება.

სამართლო საკნები არ გააჩნია N1, N11 და N18 დანესებულებებს.

სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დანესებულებაში 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, რის გამოც მსჯავრდებულმა ჩაიდინა გადაცდომა.

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

ასევე, ხშირია კოლექტიური დასჯა, რაც, როგორც ეროვნული, ასევე საერთაშორისო სტანდარტებით სასტიკად აკრძალულია. როგორც უკვე ითქვა, გლდანის N8 და ქუთაისის N2 დანესებულებებში, ერთი პატიმრის მიერ ჩადენილი გადაცდომის შემთხვევაში ისჯება მთელი საკანი, რაც, პატიმართა გადმოცემით, გამოიხატება რადიოს ჩამორთმევაში, გასეირნების აკრძალვა ან სიტყვიერ და სხვა სახის შეურაცხყოფაშიც კი.

ნამების პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT), 2010 წლის ანგარიშში<sup>39</sup> ხაზგასმით აღნიშნა, რომ „მიუღებელია კოლექტიური დასჯის ნებისმიერი ფორმა. გარდა ამისა, ყველა დისციპლინური სასჯელი პატიმრებს უნდა დაეკისროთ ოფიციალური პროცედურების სრული დაცვით“.

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 „გაათაროს ზომები, რომ პატიმრის დისციპლინარულ საკანში მოთავსება არ აკარგინებდეს მას ოჯახთან კონტაქტის საშუალებას. ნებისმიერი აკრძალვა ოჯახთან კონტაქტისა, როგორც სასჯელის ფორმა, უნდა დაიშვებოდეს მხოლოდ მაშინ, როცა ამგვარ კონტაქტებს დანაშაული უკავშირდება“.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ პატიმრების გარე სამყაროსთან კონტაქტის უფლება უნდა განიხილებოდეს, როგორც მათი უფლება და ასეთი კონტაქტები არ უნდა იქნას გამოყენებული, როგორც დასჯის ფორმა. ასევე ნახალისების 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:** შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები პატიმრობის კოდექსში, რათა უზრუნველყოფილ იქნას სამართლო საკანებში მოთავსებული პირების გარე სამყაროსთან ურთიერთობა.

39. 2010 წლის 5-15 თებერვალს განხორციელებული ვიზიტი საქართველოში;

## რეკომენდაცია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- სასჯელალსრულების დეპარტამენტის მიერ სამსახურებრივი კონტროლის განხორციელების დროს, განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდეს არაფორმალური დასჯის მეთოდებისა და კოლექტიური დასჯის შემთხვევების გამოვლენასა და აღმოფხვრაზე;

- სამართლო საკნებში განთავსებულ პირთა ალრიცხვის ჟურნალები

სამართლო საკნების ჟურნალების შემოწმების შედეგად აღმოჩნდა, რომ რიგ დაწესებულებებში ჟურნალები არასრულად და არასათანადოდ არის წარმოებული (მაგ: ქსნის N15, ბათუმის N3, ზუგდიდის N4, ხონის N13, თბილისის N12, რუსთავის N16 დაწესებულებები). ამ დაწესებულებებში, ჟურნალს არ აქვს ნომერი და ასევე, არ ხდება სამართლო საკნებში განთავსებულ პირთა ნუმერაცია რეგისტრაციის დროს (მაგ. ზუგდიდის N4 დაწესებულება), ზოგჯერ საერთოდ არ არის მითითებული დარღვევების შესახებ ინფორმაცია (მაგ. N12 დაწესებულება). რიგ შემთხვევაში, დარღვევის სახეობის ნაცვლად მითითებულია, რომ დირექტორის განკარგულებით მოხდა მსჯავრდებულის დასჯა (მაგ. ქსნის N15), რისი მითითებაც ინფორმაციას არ იძლევა გადაცდომის შესახებ, რადგან ისედაც ცხადია, რომ დირექტორის განკარგულებით ხდება სამართლო საკანში მოთავსება. ზოგ შემთხვევაში, დარღვევის სახეობად მითითებულია „პატიმრობის კოდექსის“ შესაბამისი მუხლი, თუმცა კონკრეტული დარღვევის შესახებ არაფერია ნათქვამი, (მაგ. ბათუმის N3 დაწესებულება). ზოგ შემთხვევაში, დარღვევის სახეობაში აღნიშნულია „შიდაგანანესის დარღვევა“ ან „სარეჟიმო მოთხოვნათა დარ-



ღვევა“, რაც ასევე არ იძლევა ინფორმაციას დარღვევის შესახებ და ატარებს ზოგად ხასიათს (მაგ. რუსთავის N16 და ხონის N13). ზოგიერთ დაწესებულებაში ჩანაწერების ნაწილში მითითებულია კონკრეტული დარღვევები, ნაწილი კი, ზოგადი შინაარსისაა (მაგ. რუსთავის N17, ქუთაისის N2 დაწესებულებები).

საკმაოდ კონკრეტულად და მკაფიოდაა გაკეთებული ჩანაწერები დარღვევების შესახებ რიგ დაწესებულებებში, კერძოდ, რუსთავის N6, ქალთა N5, თბილისის N9, გეგუთის N14 და გლდანის N8 დაწესებულებებში, სადაც დეტალური ჩანაწერია გაკეთებული თითოეულ დარღვევაზე, რაც დადებითად უნდა შეფასდეს.

2011 წლის პირველი ნახევრის მონაცემებზე დაყრდნობით, პოზიტიურ ჭრილში შეიძლება განვიხილოთ რუსთავის N17 და გეგუთის N14 დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა მიმართ გამოყენებული პრაქტიკა, მათი სამართოო საკანში მოთავსებასთან დაკავშირებით. საანგარიშო პერიოდში, დაწესებულებებში წარმოებულ ჟურნალებში გაკეთებული ჩანაწერებიდან, ასევე მსჯავრდებულებთან გასაუბრებიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნულ დაწესებულებებში მსჯავრდებულის დასჯისა და სამართოო საკანში მოთავსების ვადის განსაზღვრის დროს გამოიყენება ინდივიდუალური მიდგომა, დარღვევის სიმძიმიდან და დამრღვევის პიროვნებიდან გამომდინარე.

მხოლოდ გეგუთის დაწესებულებაში შეიმჩნევა დადებითი ტენდენცია, რაც უკავშირდება სამართოო საკნიდან, ექიმის ცნობის საფუძველზე, სასჯელის ვადის გასვლამდე გათავისუფლებას. 2011 წლის პირველ ნახევარში, ამ დაწესებულებაში 19 ასეთი ფაქტია დაფიქსირებული, რაც სამართოო საკანში, ამავე პერიოდში მოთავსებული მსჯავრდებულების რაოდენობის (109 მსჯ.) 17,4%-ს შეადგენს. ამავე დაწესებულებაში განთავსებული მსჯავრდებულების გადმოცემით, უკანასკნელ პერიოდში შემცირდა სამართოო საკანში მსჯავრდებულთა მოთავსება.

ერთგვაროვანი სასჯელები გამოიყენება რუსთავის N16, N5 ქალთა, გლდანის N8 დაწესებულებებში და სასჯელების ძირითადი ვადა არის 5, 10 , და 20 დღე-ღამე.

სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ყველაზე გავრცელებულ გადაცდომებს, რომლებმაც გამოიწვია პატიმრის დისციპლინური დასჯა, წარმოადგენს ხმაური, გადაძახილი, ჩხუბი, თანამშრომლისა თუ სხვა მსჯავრდებულის სიტყვიერი შეურაცხყოფა, თანამშრომლის მოთხოვნაზე არდამორჩილება, სიით შემოწმებაზე დაგვიანება ან არგამოცხადება, ტერიტორიის დანაგვიანება.

მონიტორინგის დროს გამოკითხულ პატიმართაგან, გლდანის N8 და ქუთაისის N2 დაწესებულებების გარდა (იხ.მოპყრობა), არცერთ პატიმარს არ გამოუთქვამს პრეტენზია, სამართლო საკანში ყოფნისას, დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან რაიმე სახის ზეწოლაზე.

გარდა იმ დაწესებულებებისა, რომლების ლიკვიდაციის რეკომენდაციაც სახალხო დამცველმა არაერთგზის გასცა წინა ანგარიშებში, ზოგიერთი სხვა დაწესებულების სამართლო საკნებს ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება (თბილისის N9, რუსთავის N17, ქსნის N19 დაწესებულებები).

**რეკომენდაცია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:** სასჯელალსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაციას დაევალოს სამართლო საკანში განთავსებულ პირთა აღრიცხვის ჟურნალების უნიფიცირებული ნუსით წარმოება, დათარიღება და დანომრვა, დარღვევის ფაქტობრივი აღწერით.

### ■ ხანგრძლივი პაემანი

დადებითად უნდა აღინიშნოს პატიმრობის კოდექსში შესული ცვლილება, რომლის თანახმადაც, პატიმრების გარკვეულ ნაწილს მიეცა უფლება ისარგებლოს ხანგრძლივი პაემნით. ამ მიზნით N14, N16, N17, N11 და N6 დაწესებულებებში აშენდა სასტუმროს ტიპის ოთახები და 2011 წლის 01 იანვრიდან 30 ივნისის ჩათვლით, აღნიშნული უფლებით ისარგებლა 487 პატიმარმა.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, ხანგრძლივი პაემნით სარგებლობის საშუალება არ აქვთ იმ მსჯავრდებულებს, რომლებიც სასჯელის ზომიდან გამომდინარე, ყველაზე მეტად საჭიროებენ ოჯახთან კონტაქტის დამატებით საშუალებებს. პატიმრობის კოდექსის მე-17<sup>2</sup> 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 მსჯავრდებულებს განსაკუთრებით ესაჭიროებათ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ პატიმრობის

კოდექსში უნდა შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და ხანგრძლივი პაემნის უფლებით ისარგებლონ დახურული ტიპის დაწესებულებაში განთავსებულმა მსჯავრდებულებამაც. აღნიშნული ცვლილება, კიდეც ერთი წინგადაგმული ნაბიჯი იქნება, რაც ხელს შეუწყობს მსჯავრდებულთა რესოციალიზაციას.

**წინადადება საქართველოს პარლამენტს:** პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფს ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულთა უფლებას გრძელვადიან პაემნებზე.

#### ■ ხანმოკლე პაემანი

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების გარდა, ყველა დაწესებულებაში პაემანი ხდება შუშით გადატიხრულ ოთახში, სადაც პატიმარი მოკლებულია ოჯახის წევრებთან ყოველგვარი ფიზიკური ურთიერთობის საშუალებას. ზოგიერთ შემთხვევაში შუშას აქეთ-იქით აქვს რკინის ცხაური, რაც 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, შედარებით ნაკლებად მკაცრ პირობებში. 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.“<sup>40</sup>

40. 2007 წლის 21მარტიდან 2 აპრილამდე განხორციელებული ვიზიტი საქართველოში;

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

### რეკომენდაციები სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- ხანმოკლე პაემნები განხორციელდეს შუშის ტიხარის გარეშე; ყოველგვარი გამონაკლისის დასაბუთება მოხდეს ინდივიდუალურად, კონკრეტული გარემოებებიდან ან მსჯავრდებულის (მნახველის) პიროვნებიდან გამომდინარე;
- პაემნების ხანგრძლივობა ყველა დაწესებულებაში დარეგულირდეს კანონის შესაბამისად.

### ■ ვიდეოპაემანი

დადებითი ცვლილებაა, პატიმრებისთვის ვიდეოპაემნით სარგებლობის უფლების მინიჭებაც. პატიმრობის კოდექსის მე-17<sup>1</sup> მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად<sup>41</sup>, „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“.

41. მოქმედებს 2011 წლის პირველი იანვრიდან;

საანგარიშო პერიოდში, ვიდეოპაემნისთვის განკუთვნილი ინფრასტრუქტურა მოქმედებდა მხოლოდ არასრულწლოვანთა დაწესებულებაში და აღნიშნული სერვისით ისარგებლა მხოლოდ ერთმა არასრულწლოვანმა მსჯავრდებულმა.

როგორც ხანგრძლივი პაემნების შემთხვევაში, ვიდეო პაემნების დაშვება ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულებისთვის პოზიტიური ცვლილება იქნებოდა და დიდ წვლილს შეიტანდა მსჯავრდებულების რესოციალიზაციის პროცესში, მით უმეტეს, რომ ვიდეო პაემნებით სარგებლობა შეუძლიათ არა მხოლოდ ოჯახის წევრებს, არამედ მეგობრებსა და ახლობლებსაც. პატიმრობის კოდექსის დათქმა, რომელიც გარკვეული კატეგორიის მსჯავრდებულებს უკრძალავს ვიდეო პაემნით სარგებლობას, ამ სახით გაუმართლებელია, ვინაიდან ყველანაირი აკრძალვა და შეზღუდვა უნდა ატარებდეს ინდივიდუალურ ხასიათს და ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, შესაბამისად უნდა იყოს დასაბუთებული.

**წინადადება საქართველოს პარლამენტს:** პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებებისა და დამატებების შეტანა, რომლებიც უზრუნველყოფს ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულის უფლებას ვიდეო პაემანზე.

## ■ სატელეფონო საუბრები

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

მავლობაში საკუთარი ხარჯით ჰქონდეს 2 სატელეფონო საუბარი, თითოეული – არაუმეტეს 15 წუთისა.

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.

ბათუმის N3 დაწესებულებაში, კვლავ მოუგვარებელია სატელეფონო კავშირი. ეს პრობლემა უკვე რამდენიმე წელია დგას და ადმინისტრაცია აღნიშნულს, ხან სატელეფონო კაბელის მოპარვით ხსნის, ხანაც – ტექნიკური დაბრკოლებებით. ტელეფონის არქონა განსაკუთრებით აისახება უცხო ქვეყნის მოქალაქეებზე, რომლებიც N3 დაწესებულებაში მრავლად არიან და რომელთათვისაც ტელეფონი ახლობლებთან ურთიერთობის ერთადერთი საშუალებაა. ზუგდიდის N4 დაწესებულებაში, პატიმრებს თვეში ორჯერ ეძლევათ საშუალება ისარგებლონ ტელეფონით 5-10წთ., გლდანის N8 დაწესებულებაში კი – 3-5 წთ.

### **რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს:**

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

■ პრესის, ტელე და რადიომაუწყებლობის  
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“.<sup>42</sup>

სახალხო დამცველის არაერთ ანგარიშშია მოხსენიებული, ტელევიზორების არქონა დახურული ტიპის დაწესებულებებში (გარდა ქსნის N15 დაწესებულებისა, სადაც დახურული რეჟიმის ყველა საკანში არის ტელევიზორი). იმ პირობებში, როცა პატიმრები დღე-ღამეში მინიმუმ 23 საათს საკანში 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 ქალაქებში განხორციელდა 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 ტელეტრანსლაცია არ არის დაშვებული. თბილისის N7 დაწესებულებაში მსჯა-

42. წესი 24.10



ვრდებულები სატელევიზიო პროგრამების ნაცვლად, ისევე DVD-ის საშუალებით უყურებენ ერთსა და იმავე ჩანაწერებს.

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

პრესის ხელმისაწვდომობა, თითქმის ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში პრობლემას წარმოადგენს. ძირითადად, სასჯელაღსრულების დაწესებულებების მაღაზიებში ხელმისაწვდომია მხოლოდ გაზეთი „კვირის პალიტრა“, კროსვორდები და ჟურნალები „სარკე“, „თბილისელები“ და „რეიტინგი“. ზოგ შემთხვევაში, ჟურნალებზეც წესდება შეზღუდვები.

პატიმრებს შესაძლებლობა აქვთ, იქონიონ მიმონერა ოჯახის წევრებთან, თუმცა იმ დაწესებულებებში, სადაც ტელეფონით სარგებლობა საკმარისი რეგულარობით ხდება, პატიმრები იშვიათად სარგებლობენ აღნიშნული უფლებით.

**რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს: უზრუნველყოფილ იქნას ტელევიზორით სარგებლობის უფლება ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.**

**რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს: ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში უზრუნველყოფილ იქნას პრესის ხელმისაწვდომობა.**

## ■ საჩივრები და განცხადებები

საჩივრის ყუთები, ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში 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 შეამონმოს 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 საპარლამენტო მოხსენებაში, არაერთგზის ყოფილა მითითება პატიმრების კორესპონდენციის უფლების დარღვევებზე, თუმცა დღემდე რჩება დაწესებულებები, საიდანაც საჩივრის გაგზავნა თითქმის შეუძლებელია, კერძოდ, ზუგდიდის N4, გლდანის N8, ქუთაისის N2, გეგუთის N14, ხონის N13 დაწესებულებები, N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება და N19 ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება.

### რეკომენდაცია სასჯელალსრულების დეპარტამენტს:

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

## ციხის პერსონალი

პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალური სტანდარტული წესების<sup>43</sup> თანახმად, „ციხის მართვის ორგანოები უნდა ილწვოდნენ ციხის ყველა კატეგორიის პერსონალის ყურადღებით შერჩევისთვის, რადგან ციხის კარგი მუშაობა დამოკიდებულია ამ თანამშრომლების კეთილსინდისიერებაზე, ჰუმანურობაზე, კომპეტენტურობაზე და პირად თვისებებზე“<sup>44</sup>.

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

სასჯელაღსრულების დაწესებულებების თანამშრომლებს უნდა ეძლეოდეთ მკაფიო და გასაგები მითითება მათი კომპეტენციის ფარგლებზე და იმაზე, თუ რა რეაგირება უნდა მოახდინონ მათ, ამა თუ იმ რთულ შემთხვევაზე. ხშირად პატიმართა მიმართ არასათა-

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

44. წესი-46;

ნადო მოპყრობის ფაქტებს დაწესებულების 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 პატიმრის მხრიდან დარღვევის პროვოცირება, თავად თანამშრომლის უხეში და დამამცირებელი მოპყრობით ხდება, რის შედეგადაც, როგორც წესი, ისჯება დამრღვევი პატიმარი, თუმცა თანამშრომელს, რომელმაც ასევე უკანონოა ჩაიდინა, პასუხი არ მოეთხოვება. პენიტენციური სისტემის ხელმძღვანელობას, აშკარად მცდარი წარმოდგენა აქვს საკუთარი უწყების პრესტიჟზე და მიიჩნევს, რომ არასათანადო ფაქტების გამოვლენა უარყოფითად იმოქმედებს მათ რეპუტაციაზე, მაშინ, როცა არასათანადო ქცევის მქონე თანამშრომლებისგან გათავისუფლება, პირიქით, დადებით გავლენას მოახდენს სისტემის სწორ და ადეკვატურ მუშაობაზე და უფრო ეფექტურსა და ღირებულს გახდის მიმდინარე რეფორმებს. დღეს არსებული მიდგომა, არანაირად არ შეეფერება 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, სასწავლალსრულების სისტემის პერსონალის მუშაობის განსაკუთრებით რთული პირობები: დაბალი ანაზღაურება, ხშირი მორიგეობები, ზოგ შემთხვევაში, ამორტიზებული ტექნიკური ბაზა და სოციალური გარანტიების უქონლობა. სასწავლალსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაცია ხშირად აღნიშნავს, რომ მათ არ ჰყავთ საკმარისი რაოდენობის თანამშრომლები, რის გამოც, მაგალითად, ვერ ხერხდება პატიმრობის კოდექსით განსაზღვრული უფლებების – კვირაში ორჯერ შხაპისა და ყოველდღიური გასაიერნების უფლების რეალიზება. აღნიშნული, განსაკუთრებით ეხება დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებს.

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

აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველმა, არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში გასცა რეკომენდაცია, სასწავლალსრულების სისტემაში შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრების დაკომპლექტებისა და მათთვის სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესების თაობაზე.

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

პრაქტიკაში, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სოციალური სამსახურის საქმიანობა შორსაა კანონმდებლობის მოთხოვნებისგან. ზოგიერთ დაწესებულებაში, პატიმრები მას საერთოდ არ იცნობენ, ზოგიერთში კი, სოციალური მუშაკები ძირითადად რეჟიმისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფას ახორციელებენ, 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.

კვლავ დადებითად უნდა შეფასდეს, N3 დაწესებულების სოციალური სამსახურის მუშაობა, რომელიც მაქსიმალურად ცდილობს, კონტაქტი იქონიოს პატიმრებთან და შესაძლებლობის ფარგლებში გაუწიოს დახმარება.

რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს:

- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრებით დაკომპლექტება, ასევე შესაბამისი უნარ-ჩვევების მქონე თანამშრომელთა წახალისება და მათთვის სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესება;
- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სოციალური განყოფილებების გამართული მუშაობა, მათთვის შესაბამისი დავალებებისა და ამოცანების დასახვა და ანგარიშგების სისტემის შემოღება.

## პატიმართა მიღება და განთავსება

---

ციხის ევროპული წესების<sup>45</sup> თანახმად, „შესახლებისას და შემდგომ, საჭიროებისამებრ, პატიმრებს ხშირად უნდა ეცნობოთ წერილობით და ზეპირად, მათთვის გასაგებ ენაზე, თავიანთი უფლებების, მოვალეობებისა და ციხის დისციპლინის მარეგულირებელი წესების შესახებ.“<sup>46</sup> „პატიმრებს უნდა მიეცეთ საშუალება თავიანთ საკუთრებაში იქონიონ მათთვის მიწოდებული ინფორმაციის წერილობითი ვერსია.“<sup>47</sup>

ბათუმის N3 დაწესებულებაში პატიმართა უფლება-მოვალეობები ყველა საკანშია გამოკრული და დაზიანების შემთხვევაში, მყისიერად ხდება მათი განახლება. გლდანის N8 დაწესებულების საკნებში, მხოლოდ პატიმართა მოვალეობებია გამოკრული, რაც კიდევ უფრო ხაზს უსვამს დაწესებულებაში აღნიშნულ მკაცრ სარეჟიმო მოთხოვნებს. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმრების ინფორმირება ხდება წერილობითი ფორმით, რაც დასტურდება მათ პირად საქმეებში არსებული უფლება-მოვალეობის ნუსხაზე ხელმოწერით, თუმცა, აღნიშნული ატარებს ფორმალურ ხასიათს, 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 მსჯა-

45. ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია rec (2006) 2

46. წესი 30.1

47. წესი 30.2



ვრდებულებისაგან განცალკევებით მოათავსონ“<sup>48</sup>. 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 ვიტყვიტ N8 და N2 დაწესებულებაში არსებულ საკარანტინე განყოფილებებზე (იხ. მოპყრობა).

პატიმრობის კოდექსის თანახმად, სასჯელაღსრულების დაწესებულებები დაყოფილია რამდენიმე ტიპად<sup>49</sup>. პრობლემას წარმოადგენს პატიმართა განთავსება, მათთვის კანონით განსაზღვრული ტიპის დაწესებულებაში. 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<sup>50</sup>, თუმცა, ჩატარებული მონიტორინგის საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში განთავსებულნი არიან ისეთი პირებიც, ვისაც არ აქვს განსაზღვრული დახურული ტიპი. მეტიც, გლდანისა და ქუთაისის დაწესებულებებში განთავსებული პატიმრების დიდი ნაწილი მსჯავრდებულია და

48. წესი 18.1

49. 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.

50. პატიმრობის კოდექსის 64-ე მუხლის 1 ნაწილი.

კანონის მიხედვით ეკუთვნის ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში განთავსება. სავარაუდოდ, ამგვარი პრაქტიკა გამოწვეულია ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებების გადატვირთულობით, რომლის მოგვარების ერთ-ერთ ხერხად, მსჯავრდებულების დახურულ დაწესებულებებში განთავსება გამოიყენება.

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 განსაზღვრის მოლოდინში იყო.

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 თანხმობის შემთხვევაში შეიძლება გადაყვანილ იქნას სხვა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში“.

მიუხედავად ზემოაღნიშნული დისპოზიციისა, სახალხო დამცველს, განცხადებით ხშირად მიმართავენ პატიმრები და მათი ოჯახის წევრები და ითხოვენ დახმარებას მსჯავრდებულების მათ საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მდებარე დაწესებულებაში განთავსებისთვის. ხშირია შემთხვევები, როცა აღმოსავლეთ საქართველოში მყოფი პატიმარი განთავსებულია დასავლეთ საქართველოში მდებარე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ან პირიქით.

სახალხო დამცველის აპარატიდან, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში გაგზავნილ რამდენიმე წერილზე, რომლითაც ვითხოვდით პატიმრის განთავსებას მის საცხოვრებელთან ახლოს, პასუხად, შემოდის სტანდარტული სახის წერილები, სადაც აღნიშნულია, რომ პატიმარი განთავსებულია მისთვის კანონით განსაზღვრული ტიპის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. ამით სასჯელაღსრულების სამინისტრო სრულ იგნორირებას უწევს პატიმრობის კოდექსის 46-ე მუხლის მე-3 ნაწილით განსაზღვრულ წესს – „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.“

## რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

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

## რესოციალიზაცია

---

სახალხო დამცველმა, თავის არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში აღნიშნა, რომ პატიმრობის პირობები უნდა უზრუნველყოფდეს პატიმრის რესოციალიზაციასა და რეინტეგრაციას საზოგადოებაში და არ უნდა იყოს ორიენტირებული მხოლოდ დასჯაზე. მიუხედავად იმისა, რომ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო, ასე თუ ისე ცდილობს, გადადგას ნაბიჯები აღნიშნული პრობლემის აღმოსაფხვრელად, აღნიშნული კომპონენტი სასჯელაღსრულების სისტემაში, პრაქტიკულად არ არსებობს, რაც საბოლოო ჯამში სასჯელაღსრულების დაწესებულებიდან გათავისუფლებულ პატიმართა საზოგადოებასთან შეუთავსებლობას გამოიწვევს და განმეორებითი მართლსაწინააღმდეგო ქმედებების ჩადენის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

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.

**რეკომენდაცია სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** უახლოეს მომავალში უზრუნველყოს, მსჯავრდებულთა რესოციალიზაციის ღონისძიებების განხორციელების სამოქმედო გეგმის შემუშავება.

## ■ სასწავლო და სარეაბილიტაციო პროგრამები

როგორც უკვე აღინიშნა, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პრაქტიკულად უგულვებელყოფილია რესოციალიზაციის კომპონენტი. დაწესებულებათა უმეტესობაში მოქმედებს სარეაბილიტაციო პროგრამების მწირი რაოდენობა და აქცენტი, ძირითადად კეთდება არასრულწლოვან მსჯავრდებულებზე.

**ქუთაისის N2 დაწესებულებაში** მოქმედებს ატლანტისის სარეაბილიტაციო პროგრამა, რომელშიც ჩართულია 3 მსჯავრდებული. დაწესებულებაში, ასევე მოქმედებს ფსიქოლოგიური დახმარების პროგრამა არასრულწლოვანთათვის, ხატწერა (1 მსჯავრდებული), ხატვა და ხეზე კვეთა.

**ბათუმის N3 დაწესებულებაში** მოთავსებული არასრულწლოვანებისათვის მოქმედებდა ორგანიზაცია GCRT-ის სარეაბილიტაციო პროგრამა, თუმცა ჩვენთვის ცნობილი გახდა, რომ 2011 წლის სექტემბრიდან, არასრულწლოვანები აღარ განთავსდებიან ბათუმის დაწესებულებაში.

**N5 ქალთა დაწესებულებაში** მოქმედებს სარეაბილიტაციო პროგრამა „ატლანტისი“, რომლისთვისაც A, C, და D კორპუსებზე გამოყოფილია სპეციალური ოთახები. დაწესებულებაში ასევე მოქმედებს პროგრამა „ქალი და ბიზნესი“, რომლის ფარგლებშიც ხდება კომპიუტერის, ენებისა და თექის სწავლება. სწავლება მიმდინარეობს 3 ჯგუფში და თითოეულში ჩართულია 8 პატიმარი. დაწესებულებაში არის ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრის სარეაბილიტაციო პროგრამა, რომელიც შედგება 3 ჯგუფისგან, თითოეულ ჯგუფში არის 8 პატიმარი. დაწესებულებაში ფუნქციონირებს არასრულწლოვანთა სკოლა.

**N11 არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით** დაწესებულებაში მოქმედებს: რაგბის წრე, მსჯავრდებულებთან ჯგუფური მუშაობის

წრე, სადაც ასწავლიან ბრაზის მართვას. დაწესებულებაში არის საჯარო სკოლა, პატიმრები იღებენ N123 სკოლის ატესტატს. დაწესებულებაში მოქმედებს ცენტრ „აფხაზეთის“ მიერ დაფინანსებული პროგრამები:

- ვებ დიზაინის შესწავლა
- ანიმაცია
- ვიდეო მონტაჟი
- 3D პროგრამის შესწავლა
- ტიხრულ მინანქარზე მუშაობის შესწავლა
- ხეზე კვეთა
- ფოტო ხელოვნება
- საპარიკმახერო მომსახურების შესწავლა

ამ პროგრამებში ჩართულია 74 არასრულწლოვანი. დაწესებულებაში, სკოლა ფუნქციონირებს მეორე სართულზე, რომლისთვისაც განკუთვნილია 7 ოთახი. სკოლაში სწავლება ხდება 7–12 კლასებში, თუმცა, შესაძლებელია უფრო დაბალ კლასებში განათლების ექსტერნად მიღება.

**N12 დაწესებულებაში** მოქმედებს „NORLAG“-ის მიერ დაფინანსებული სარეაბილიტაციო პროგრამა, სახელწოდებით „გათავისუფლებისათვის მომზადება“. აღნიშნული პროგრამა გათვალისწინებულია იმ პატიმრებისათვის, ვისაც გათავისუფლებამდე დარჩენილი აქვთ 3–4 თვე. მონიტორინგის დროს გაირკვა, რომ აღნიშნული პროგრამა განხორციელდა ოთხ ჯგუფში. თითოეულ ჯგუფში ჩართული იყო 15 მსჯავრდებული.

**N15 დაწესებულებაში** პერიოდულად ტარდება ლექციები სხვადასხვა თემაზე. დაწესებულებაში მოქმედებს სარეაბილიტაციო პროგრამა „სასჯელისაგან გათავისუფლების მომზადება“, თუმცა

სულ რამდენი მსჯავრდებული იქნა ჩართული აღნიშნულ პროგრამაში, N15 დაწესებულების ადმინისტრაციამ ვერ დააზუსტა.

**N16 დაწესებულებაში** შესაძლებელია ხეზე კვეთის შესწავლა, მოქმედებს მუსიკალური ბენდი, ასევე პროგრამა „პეონი“.

**N17 დაწესებულებაში** მოქმედებს ხატნერის პროგრამა, სადაც ჩართულია 5 მსჯავრდებული.

**N19 დაწესებულებაში** არის ხეზე კვეთისა და ხატნერის ოთახი, სადაც დაკავებულია 4 პატიმარი.

## ■ უმაღლესი განათლება

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში R (89) 12, რომელიც შეეხება ციხეში განათლებას, აღნიშნულია, რომ „პატიმრების განათლება უნდა იყოს გარე სამყაროში მათი ასაკობრივი ჯგუფებისათვის უზრუნველყოფილი განათლების შესაბამისი“ (პუნქტი 2). „სადაც შესაძლებელია, პატიმრებს ციხის გარეთ განათლების საშუალება უნდა მიეცეთ“ (პუნქტი 14). „როდესაც განათლება ციხეში უნდა მოხდეს, გარე სამყარო რაც შეიძლება ფართოდ უნდა იქნას ჩართული“ (პუნქტი 15).

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

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

## ■ პატიმართა დასაქმება

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში პატიმრის მუშაობა უნდა აღიქმებოდეს, როგორც ციხის რეჟიმის პოზიტიური ელემენტი და არასდროს არ უნდა იქნას სასჯელის სახით გამოყენებული“<sup>51</sup>. „ციხის ხელმძღვანელობა უნდა ცდილობდეს სასარგებლო ხასიათის საკმარისი სამუშაოთი პატიმრების უზრუნველყოფას“<sup>52</sup>. „პატიმრისათვის განკუთვნილი სამუშაო უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად იმგვარი, რომ უნარჩუნებდეს ან ავითარებდეს პატიმრის მიერ გათავისუფლების შემდგომ თავის რჩენის უნარს“<sup>53</sup>.

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

**რეკომენდაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:** შე-  
მუშავდეს მსჯავრდებულთა დასაქმების სამოქმედო გეგმა.

---

51. 26.1–ე წესი;

52. 26.2–ე წესი;

53. 26.3–ე წესი;



## 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 ჩანერგა დაუშვებელია, ხოლო მათ შორის მიმონერა –ხელშეუხებელი“.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ხშირია შემთხვევები, როცა ადვოკატებს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში არ ეძლევათ მათთვის კანონით მინიჭებული უფლების განხორციელება. სახალხო დამცველს განცხადებით მიმართა არაერთმა ადვოკატმა, სადაც ისინი აღნიშნავდნენ, რომ პატიმრის მიერ დაწერილი ახსნა-განმარტება ან საჩივარი, განსაკუთრებით კი ისეთი საჩივრები, რომლებიც შეეხება დაწესებულების თანამშრომლების მხრიდან პატიმრების უფლების დარღვევას, სასჯელალსრულების დაწესებულების თანამშრომლებმა ჩამოართვეს.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ აღნიშნული პრობლემები უნდა აღმოიფხვრას, რადგანაც უმნიშვნელოვანესია ადვოკატსა და კლიენტს შორის პროფესიული საქმიანობის განხორციელებისას 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 და N18 დაწესებულებებში, ადვოკატთა მიღებისა და შემონმების პროცედურა, ასევე, კანონმდებლობის მოთხოვნების შესაბამისად, ადვოკატისა და მისი დაცვის ქვეშ მყოფის ურთიერთობის ამსახველი დოკუმენტაციისა და კორესპონდენციის კონფიდენციალურობის დაცვა.

## მდგომარეობა შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორებში

### ■ მონიტორინგის მიმდინარეობა

2011 წლის პირველ ნახევარში, სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა, დროებითი მოთავსების იზოლატორებში განახორციელა 42 გეგმური ვიზიტი და გაესაუბრა 171 დაკავებულს. ასევე განახორციელა 80 არაგეგმური ვიზიტი, რა დროსაც მონახულებულ იქნა 330 დაკავებული პირი. მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა ადგილზე შეამოწმეს დმი–ში განთავსებულ დაკავებულ პირთა გარეგნული დათვალიერების ოქმები, დათვალიერდა ინფრასტრუქტურა – საკნები, საგამოძიებო ოთახები, სველი წერტილები, სასაქონლო 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 დმი–ში განთავსებულ პირთა მიმართ მოპყრობას, როგორც დაკავებისას, ასევე მას შემდეგ.

დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ ისევე როგორც წინა წლებში, გეგმური მონიტორინგის ჯგუფის წევრებს დროებითი მოთავსების იზოლატორებში დაბრკოლებები არ შექმნიათ და იზოლატორების ადმინისტრაციამ სრულად ითანამშრომლა პრევენციულ ჯგუფთან. ერთადერთი შემთხვევა, როცა სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს შეექმნა დაბრკოლებები და ვერ განახორციელა თავისი უფლე-

ბამოსილებები, იყო შიდა ქართლის რეგიონალური დმი-ს შემთხვევა.

2011 წლის 24 მაისს, პრევენციული ჯგუფის წევრები იმყოფებოდნენ გორის დმი-ში, ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებულ პირთან გასაუბრების მიზნით. დმი-ს ხელმძღვანელმა ელდარ დალაქიშვილმა, უარი განაცხადა სახალხო დამცველის რწმუნებულებისთვის პატიმრის წარმოდგენაზე იმ მიზეზით, რომ აღნიშნულ 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 წინააღმდეგ კონვენციის ფაკულტატური ოქმის მე-20 მუხლის „ბ“, „დ“ და „ე“ ქვეპუნქტების მოთხოვნები, ასევე ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 173<sup>4</sup>-ე მუხლი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, 2011 წლის 6 ივნისს, სახალხო დამცველის მიერ, შედგენილი იქნა 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 წარმომადგენლის მიერ გასაჩივრებულ იქნა თბილისის სააპელაციო სასამართლოში. სააპელაციო სასამართლოს 2011 წლის 28 ივლისის დადგენილებით, დაკმაყოფილდა სახალხო დამცველის წარმომადგენლის 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, დადგენილებით, შსს შიდა ქართლის რეგიონული დროებითი მოთავსების იზოლატორის უფროსი სცნო დამრღვევად, თუმცა მხოლოდ სიტყვიერი შენიშვნის მიცემით შემოიფარგლა.

სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ მომავალში ადგილი აღარ ექნება დაბრკოლებას დროებითი მოთავსების იზოლატორების ადმინისტრაციის მხრიდან და ისინი, ისევე როგორც წინა წლებში, ითანამშრომლებენ პრევენციულ ჯგუფთან, ასევე სასამართლო უფრო სერიოზულად მოეკიდება პრევენციის ეროვნული მექანიზმის უფლებამოსილების განხორციელების უზრუნველყოფას.

## ■ დაკავებულით უფლებები

### **ადმინისტრაციული პატიმრები**

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 ად-

მინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის დადგენილებით, ორ მათგანს შეეფარდა ადმინისტრაციული პატიმრობა 20 დღე-ღამის ვადით, ერთს კი – 10 დღე-ღამის ვადით.

ადმინისტრაციულ პატიმრობაზე ფარდებული 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 მისი გადაყვანა სხვა საკანში არ მომხდარა და არც ექიმს უნახავს შიმშილობის დაწყების შემდეგ.

საქართველოს სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ ადმინისტრაციული პატიმრობაზე ფარდებული პირები უნდა სარგებლობდნენ ყველა იმ უფლებით, რომელიც მსჯავრდებულებს აქვთ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ისინი არამართო ყოველდღიური გასეირნების უფლებით უნდა სარგებლობდნენ, არამედ უნდა ჰქონდეთ საშუალება, შეხვედნენ ოჯახის წევრებს, იქონიონ სატელეფონო საუბრები და გარე სამყაროსთან კონტაქტი, რასაც საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს.

სახალხო დამცველმა, არაერთ საპარლამენტო მოხსენებაში აღნიშნა, რომ დროებითი მოთავსების იზოლატორების ინფრასტრუქტურა არ იძლევა ადმინისტრაციული პატიმრობაზე ფარდებული პირების არამართო საერთაშორისო სტანდარტებით, არამედ ადგილობრივი ნორმებით გათვალისწინებული უფლებების რეალიზების საშუალებას.

სახალხო დამცველი, წინადადებულ ნაბიჯად მიიჩნევს, საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2010 წლის 10 თებერვლის #108

ბრძანების „საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ტიპური დებულების, იზოლატორების შინაგანანესის და იზოლატორების საქმიანობის მარეგულირებელი დამატებითი ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“ დამტკიცებას. მიუხედავად ამისა, სახეზეა, ბრძანების ზოგიერთი დისპოზიციის აშკარა შეუსაბამობა საერთაშორისო სტანდარტებთან.

ზემოაღნიშნული გარემოებების გათვალისწინებით, 2010 წლის საპარლამენტო მოხსენებაში, საქართველოს სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს მთავრობას, ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისთვის უზრუნველყოფილი ყოფილიყო სპეციალური დაწესებულებების შექმნა რეგონული პრინციპის გათვალისწინებით, რომლებიც ადაპტირებული იქნება პირთა ხანგრძლივი განთავსებისთვის.

2011 წლის 5 აპრილს, სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს, საწყის ეტაპზე უზრუნველყოფილიყო ყველა იმ უფლების რეალიზება ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისათვის, რომელიც შინაგან საქმეთა მინისტრის „საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ტიპური დებულების, იზოლატორების შინაგანანესის 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 აპარატში პასუხი არ შემოსულა და არცერთი რეკომენდებული ცვლილება არ განხორციელებულა. შედეგად, დღემდე უხეშად ირღვევა ადმინისტრაციული პატიმრების უფლებები და მათ პატიმრობის მოხდა კვლავ არაადამიანურ პირობებში უნევთ.

## **26 მაისის მოვლენებთან დაკავშირებით დაკავებულ პირთა უფლებები**

ნამების 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, სა-კონსულო), უფლებას ადვოკატზე და უფლებას მოითხოვოს სამედი-ცინო შემოწმება იმ ექიმის მიერ, რომელსაც აირჩევს (დამატებით, ნებისმიერი სამედიცინო შემოწმება პოლიციის მიერ მოყვანილი ექიმის მიერ). კომიტეტის აზრით, ეს არის სამი ძირითადი საშუ-ალეობა დაკავებული პირების სასტიკი მოპყრობისაგან დასაცავად, რომელიც გამოიყენება თავისუფლების აღკვეთის სანჯის ეტაპზე.<sup>54</sup>

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

26 მაისს, სახალხო დამცველის რწმუნებულებმა მოინახულეს თბილისის N2, მცხეთის, კასპის დროებითი მოთავსების იზოლა-ტორებსა და შიდა ქართლის რეგიონალურ დროებითი მოთავსების იზოლატორში განთავსებული პირები. როგორც მოგვიანებით აღ-მოჩნდა, თბილისის N2 დმი-ში განთავსებული პირები იმავე დღეს გადაიყვანეს სხვა იზოლატორებში. შესაბამისად, ადვოკატებმა ვერ შეძლეს მათი მონახულება, პატიმრებს შეეზღუდათ დაცვის უფლე-ბა, ვერ გამოიყენეს ადმინისტრაციული პატიმრობის გასაჩივრების კანონით დადგენილი საშუალება 48 საათიანი ვადის გასვლის გამო,

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



მათი ოჯახის წევრები კი, მოკლებულნი იყვნენ ელემენტარულ შესაძლებლობას, სცოდნოდათ 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, დაკავშირებოდნენ ოჯახის წევრებსა და ადვოკატებს, 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, სადაც აღნიშნული იყო ყველა იმ დაკავებულის სახელი და გვარი, ვინც 26 მაისის მოვლენებთან დაკავშირებით განთავსებული იყვნენ ამა თუ იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორებში. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ დაკავებულთა უმრავლესობას 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.

საქართველოს სახალხო დამცველი აუცილებლად მიიჩნევდა სამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დაუყოვნებლივ ჩატარებას

დროებითი მოთავსების იზოლატორებში მოთავსებულ იმ პირთათვის, რომელთაც აღნიშნებოდათ სხვადასხვა კატეგორიის დაზიანებები და თითოეულ ფაქტზე შესაბამის რეაგირებას.

### **ლაშა ჩ.-ს საქმე**

2011 წლის 11 ივნისს, სახალხო დამცველის რწმუნებულები შეხვედრენ 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 იქნა გამოძახებული 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 მონევა 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 მონევა 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 (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 გაყავდა 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 ესაჭიროებათ სამედიცინო დახმარება, რაზეც, 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 თაობაზე.

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 უნივერსიტეტში სამაგისტრო გამოცდებში.

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

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, რომელთა ლიკვიდაციის თაობაზეც რეკომენდაცია სახალხო დამცველმა გასცა. ესენია გორის, ხაშურისა და ცაგერის დროებითი მოთავსების იზოლატორები, თუმცა დღემდე ფუნქციონირებს 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 სუფევს ანტისანიტარია. საკნებში არის სინესტე და სიბინძურე. ფანჯრებზე აფარებულია ლითონის ნახვრეტებიანი 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 სანიტარულ-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, განმარტოების მოთხოვნებს. დაცული უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის მოთხოვნები, ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს კლიმატურ პირობებსა და განსაკუთრებით ფართის ოდენობას, ჰაერის მოცულობას, განათებასა და ვენტილაციის პირობებს<sup>55</sup>.“

დროებითი მოთავსების იზოლატორების 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. ზოგიერთ დმი-ს საკნებში ფანჯრები საკმარისი ზომისაა, თუმცა სამმაგი გისოსები არ იძლევა განათებისა და ვენტილაციის საშუალებას (სიღნაღი).

იმავე წესების მიხედვით, „პატიმრებს იოლად უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი საპირფარეშოებზე, რომლებიც უნდა იყოს ჰიგიენური და იძლეოდეს განმარტოების საშუალებას<sup>56</sup>.

55. 18.1-ე წესი

56. 19.3-ე წესი

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

მარნეულის, ამბროლაურის, თბილისის N1 და ბათუმის დმი-ს ზოგიერთი საკნის გარდა, სხვა დმი-ების 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.<sup>57</sup>

„ყოველი პატიმარი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ცალკე საწოლით და ცალკე სათანადო ქვეშაგებით, რომელიც მოწესრიგებულ მდგომარეობაში უნდა იქონიოს და შეიცვალოს იმდენად ხშირად, რომ მისი სისუფთავე იქნას დაცული“.<sup>58</sup>

არცერთ იზოლატორში დაკავებულებს/პატიმრებს არ მიეწოდებათ თეთრეული. მათ ეძლევათ მხოლოდ გადასაფარებლები და ლეიბები. ადმინისტრაციასთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ გადასაფარებლები, საუკეთესო შემთხვევაში, ირეცხება თვეში ერთხელ, შესაბამისად, არსებობს სხვადასხვა დაავადების გავრცელების რეალური საფრთხე.

მიუხედავად სახალხო დამცველის რეკომენდაციისა, ზოგიერთ დროებითი მოთავსების იზოლატორებში საწოლების მაგივრად კვ-

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

58. 21-ე წესი

ლავ გამოიყენება ფიცარნაგი. ესენია: ახალქალაქის, მარნეულის, ბოლნისის, გარდაბნის, წალკის დმი-ები, თბილისის N2 დმი-ს ზოგირთი საკანი, ბაღდათის, ქვემო ქართლის რეგიონალური დროებითი მოთავსების იზოლატორები.

სახალხო დამცველმა არაერთგზის გასცა რეკომენდაცია იმის თაობაზე, რომ 24 საათზე მეტი ხნით დაკავებულ პირებს ჰქონოდათ ყოველდღიურად, მინიმუმ ერთსაათიანი გასეირნების უფლება, თუმცა დროებითი მოთავსების იზოლატორების უმეტესობაში არ არის სასეირნო ეზოები. ესენია: დუშეთის, ყაზბეგის, თეთრიწყაროს, წალკის, მარნეულის, სიღნაღის, საგარეჯოს, კასპის, ქუთაისის, ზესტაფონის, სამტრედიის, ბაღდათის, თერჯოლის, ამბროლაურის, ლენტეხის, ბორჯომის, ადიგენის, ქობულეთის, ლანჩხუთის, ზუგდიდის, ფოთის, ხობის, ჩხოროწყუს დმი-ები, ასევე, სამცხე-ჯავახეთის, იმერეთის, რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონულ დროებითი მოთავსების იზოლატორები. ზოგიერთ ახალ, დროებითი მოთავსების იზოლატორში სასეირნო ეზოდ გამოიყენება დერეფნები, რაც ყოვლად გაუმართლებელია. ესენია თბილისის N1 და ოზურგეთის რეგიონული დმი-ები.

შინაგან საქმეთა მინისტრის N108 ბრძანების მიხედვით, „საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დროებითი მოთავსების იზოლატორების ტიპური დებულების, იზოლატორების შინაგანანესის და იზოლატორების საქმიანობის მარეგულირებელი დამატებითი ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“, ყოველდღიური გასეირნების უფლება ეძლევათ მხოლოდ იმ პირებს, ვისაც სასამართლოს მიერ განესაზღვრა 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 სისუფ-

თავის დაცვის საშუალება. მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორებში, სადაც მოწყობილია საშხაპე ოთახები, პატიმრებს შესაძლებლობა აქვთ, მიიღონ შხაპი კვირაში ერთხელ, თუმცა პრობლემად რჩება ის დროებითი მოთავსების იზოლატორები, სადაც არ არის საშხაპე ოთახები. ესენია დუშეთის, ყაზბეგის, სამტრედიის, ბაღდათის, ლენტეხის, ადიგენის, ახალქალაქის, ლანჩხუთისა და მესტიის დროებითი მოთავსების იზოლატორებში.

სახალხო დამცველმა არაერთგზის აღნიშნა, რომ ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირები უნდა სარგებლობდნენ ყველა იმ უფლებით, რომლებიც მსჯავრდებულებს გააჩნიათ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მათ არამარტო ყოველდღიური გასეირნების საშუალება უნდა ჰქონდეთ, არამედ უნდა შეეძლოთ, შეხვდნენ ოჯახის წევრებს. აღნიშნულ უფლებებს ადმინისტრაციული პატიმრებისთვის, საქართველოში დღეს მოქმედი კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს. იმის გამო, რომ დროებითი მოთავსების იზოლატორების უმეტესობას არ გააჩნია ხანგრძლივი პატიმრობაშეფარდებული პირების განსათავსებლად სათანადო ინფრასტრუქტურა, სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს მთავრობას, ადმინისტრაციული პატიმრებისთვის უზრუნველყოფილ იქნას სპეციალური დაწესებულებების შექმნა რეგიონული პრინციპის გათვალისწინებით, რომლებიც ადაპტირებული იქნება პირთა ხანგრძლივ განთავსებაზე.

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



გამონაკლისს წარმოადგენს თბილისის N1 და N2 დმი-ები, სადაც განთავსებულ პირებს საკვები მიეწოდებათ დაწესებულების სასა-დილოდან, რაც თავისუფლებააღკვეთილი პირებისთვის, გაცილე-ბით სრულფასოვან და მრავალფეროვან კვებას უზრუნველყოფს.

**რეკომენდაცია საქართველოს მთავრობას:** ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისთვის უზრუნველყოფილ იქ-ნას სპეციალური დაწესებულებების შექმნა რეგიონული პრინ-ციპის გათვალისწინებით, რომლებიც ადაპტირებული იქნება პირთა ხანგრძლივი განთავსებისათვის.

### **დოკუმენტაციის დამოწმება**

მონიტორინგის მიმდინარეობისას, დმი-ების ადმინისტრაციის წარ-მომადგენლებთან გასაუბრებისას, მათი მხრიდან წამოიჭრა შემდე-გი სახის პრობლემა: ზოგიერთ შემთხვევაში, საჭირო ხდება დაკავე-ბული პირის მიერ ხელმოწერილი დოკუმენტის ნოტარიული წესით დამოწმება, მაგალითად, როცა დაკავებულის არასრულწლოვანი შვილი მიემგზავრება საზღვარგარეთ და ამისთვის საჭიროა დედის ან მამის თანხმობა, რომელიც ნოტარიულად უნდა იყოს დამოწმე-ბული.

განსხვავებით სასჯელაღსრულების დაწესებულებების დირექ-ტორებისგან, 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 რომლის ჩამონათვალშიც არ გვხვდება დროებითი მოთავსების იზოლატორის უფროსი. შესაბამისად, დაკავებულ პირს და მის

ოჯახს ექმნება პრობლემა დოკუმენტის დადასტურებასთან დაკავშირებით.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ „ნოტარიატის შესახებ“ საქართველოს კანონში უნდა შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და დროებითი მოთავსების იზოლატორების უფროსებს მიეცეთ იგივე უფლებამოსილება, რაც პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებების დირექტორებს გააჩნიათ. აღნიშნული ცვლილება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იქნება ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული პირებისათვის.

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

**რეკომენდაციები საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს:**

- N108 ბრძანებაში განხორციელდეს შესაბამისი ცვლილებები, რათა მასში აისახოს დაკავებულთა/პატიმართა ყველა უფლება;
- უზრუნველყოფილ იქნას ყველა დაკავებულის/პატიმრის ყოველდღიური გასეირნების უფლება სუფთა ჰაერზე, ამისთვის სპეციალურად გამოყოფილ ადგილას;
- თითოეული დაკავებულისათვის, საერთო განთავსების საკნებში, უზრუნველყოფილ იქნას 4 კვ.მ. ფართი, ხოლო იმ საკნების ფართი, რომლებშიც ერთი პირის განთავსებისთვისაა გათვალისწინებული, შეადგენდეს სულ მცირე 7 კვ.მ.-ს;
- ყველა დმი-ში ლიკვიდირებულ იქნას ფიცარნაგები და ყველა დაკავებული უზრუნველყოფილ იქნას ინდივიდუ-

ალური საწოლით;

- თითოეული დაკავებული/პატიმარი უზრუნველყოფილ იქნას სუფთა თეთრეულით, რომელიც, ადმინისტრაციული წესით დაკავებულთა შემთხვევაში, გამოიცვლება სათანადო რეგულარობით;
- 24 საათზე მეტი ხნით დაკავებულთათვის უზრუნველყოფილ იქნას საკმარისი რეგულარობით შხაპის მიღების საშუალება;
- ყველა დროებითი მოთავსების იზოლატორის საკნებში დამონტაჟდეს ცენტრალური გათბობა, ასევე უზრუნველყოფილ იქნას საკნების სათანადო განათება და ვენტილაცია, მათ შორის, ბუნებრივი გზით;
- 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.

