

ДЕЛО "Е.А. (Е.А.) ПРОТИВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"
(Жалоба N 44187/04)

ПРОЦЕДУРА.....	1
ФАКТЫ.....	2
I. Обстоятельства дела.....	2
II. Применимое национальное законодательство.....	4
III. Применимые международно-правовые документы.....	5
ПРАВО.....	9
I. Предполагаемое нарушение статьи 3 Конвенции.....	9
II. Иные предполагаемые нарушения Конвенции.....	15
III. Применение статьи 41 Конвенции.....	15
НА ОСНОВАНИИ ИЗЛОЖЕННОГО СУД ЕДИНОГЛАСНО:.....	16

ЕВРОПЕЙСКИЙ СУД ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

ПЕРВАЯ СЕКЦИЯ

ДЕЛО "Е.А. (Е.А.) ПРОТИВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"
(Жалоба N 44187/04)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

(Страсбург, 23 мая 2013 года)

<*> Перевод Г.А. Николаева.

По делу "Е.А. против Российской Федерации" Европейский Суд по правам человека (Первая Секция), заседая Палатой в составе:

Изабель Берро-Лефевр, Председателя Палаты,

Ханлара Гаджиева,

Мирьяны Лазаровой Трайковской,

Линоса-Александра Сисилианоса, Эрика Месе, Ксении Туркович, Дмитрия Дедова, судей,

а также при участии Серена Нильсена, Секретаря Секции Суда,

заседая за закрытыми дверями 30 апреля 2013 г., вынес в указанный день следующее Постановление:

ПРОЦЕДУРА

1. Дело было инициировано жалобой N 44187/04, поданной против Российской Федерации в Европейский Суд по правам человека (далее - Европейский Суд) в соответствии со статьей 34 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее - Конвенция) гражданином Узбекистана Е.А. (далее - заявитель) 9 ноября 2004 г.

Председатель Секции принял решение о том, что имя заявителя не подлежит разглашению (пункт 3 правила 47 Регламента Суда).

2. Интересы заявителя представлял З. Жуланов, адвокат, практикующий в г. Перми. Власти Российской Федерации были представлены исполняющим обязанности Уполномоченного Российской Федерации при Европейском Суде по правам человека А. Савенковым и Уполномоченным Российской Федерации при Европейском Суде по правам человека Г.О. Матюшкиным.

3. Заявитель, в частности, утверждал, что недостатки оказания ему медицинской помощи в период содержания под стражей в 2003 - 2006 годах составляли нарушение требований статьи 3 Конвенции.

4. После предварительного рассмотрения вопроса о приемлемости 16 июня 2008 г. судья, назначенный докладчиком в соответствии с пунктом 2 правила 49 Регламента Суда, предложил государству-ответчику представить копию медицинских документов заявителя, включая сведения о лечении ВИЧ и последние оценки его состояния (институциональные, а предпочтительно независимые), при их наличии. 28 июля 2008 г. власти Российской Федерации представили ряд документов из медицинской карты заявителя.

5. 30 января 2009 г. Европейский Суд коммуницировал жалобу властям Российской Федерации. В соответствии с пунктом 1 статьи 29 Конвенции Европейский Суд решил рассмотреть данную жалобу одновременно по вопросу приемлемости и по существу.

ФАКТЫ

I. Обстоятельства дела

6. Заявитель родился в 1966 году. После своего освобождения из-под стражи в 2008 году заявитель проживал в г. Перми.

7. Заявитель прибыл в Россию из Узбекистана в 2002 или 2003 году. Он был задержан 11 августа 2003 г. в г. Перми в связи с уголовным разбирательством против него (см. § 25 настоящего Постановления).

A. Медицинская помощь в период содержания под стражей

8. Во время пребывания в Пермском изоляторе N 1 в августе 2003 г. заявитель прошел осмотр, и ему задавали вопросы о заболеваниях, перенесенных ранее. Согласно документам, представленным властями Российской Федерации, с 1990-х годов заявитель страдал от туберкулеза легких и проходил лечение в Узбекистане. Как утверждает заявитель, в 1995 и 1998 годах он болел пневмонией, но туберкулез легких до его задержания в августе 2003 г. у него не диагностировался.

9. Заявитель прошел флюорографию в изоляторе и был осмотрен пульмонологом, который назначил лечение (этамбутол и витамин B6) в связи с туберкулезом. 18 августа 2003 г. заявитель прошел анализ крови на ВИЧ (иммуноферментный анализ). 3 и 4 сентября 2003 г. соответственно были проведены аналогичный и подтверждающий анализ ("вестерн-блот").

10. Материалы дела содержат документ, датированный 9 сентября 2003 г., который, по-видимому, является заключением первоначального осмотра в связи с ВИЧ (затрагивавшим, в частности, основные показатели организма, лимфатические узлы, кожу, грудную клетку и легкие). Заявитель весил 73 кг. Данные о стадии ВИЧ не поддаются прочтению. Следующий осмотр был назначен на февраль 2004 г. Власти Российской Федерации также представили "эпикриз" заявителя за 2003 год, в котором упоминалась стадия ВИЧ 2Б в соответствии с национальной классификацией (см. § 29 настоящего

Постановления). В нем указывалось, что в 2003 году заявитель не требовал лечения или лекарств. Другой документ, озаглавленный "План лечения в 2003 году" указывал, что заявитель должен быть осмотрен в феврале 2004 г. В этом документе не упоминается лечение, в том числе в связи с ВИЧ.

11. Из печатной версии медицинской карты заявителя следует, что несколько раз в конце 2003 и начале 2004 года его осматривал пульмонолог, который подтвердил назначения в связи с туберкулезом.

12. После окончания уголовного дела против него (см. § 25 настоящего Постановления) в июне 2004 г. заявитель был направлен в тюрьму N 12 Пермской области. Впоследствии он содержался также в тюрьме N 9, а также в психиатрическом и других отделениях больницы для заключенных (август - октябрь 2004 г., февраль - март 2005 г., июль 2005 г. и несколько месяцев в 2006 и 2007 годах). Заявителя лечили, в частности, от туберкулеза, гонореи, геморроя, гепатита С, психического заболевания и в связи с самотравмированием.

13. В частности в сентябре 2004 г. заявитель был госпитализирован в туберкулезную больницу N 7 в связи с развитием инфекции гепатита С. Он прошел ряд анализов крови, таких как полный анализ (включая лейкоциты, эритроциты и лимфоциты), анализ мочи, флюорографию грудной клетки, рентгеновское обследование и ультразвуковое исследование брюшной полости, был осмотрен пульмонологом и неврологом. По-видимому, консультация инфекциониста, хотя и была назначена, не состоялась. В одном из документов, представленных властями Российской Федерации, указывалось, что вес заявителя уменьшился до 60,5 кг в сентябре 2004 г. Однако из заключения осмотра от 1 октября 2004 г. видно, что его вес составлял 70 кг. В документе упоминались стадия ВИЧ 2 или 3 (запись с трудом поддавалась прочтению). Следующий осмотр был назначен на апрель 2005 г.

14. Власти Российской Федерации представили рукописный медицинский документ (по-видимому, относящийся к 2004 году) со штампом тюрьмы N 9, в котором упоминается стадия ВИЧ 3А.

15. В апреле 2005 г. заявителя осмотрел инфекционист, который назначил лабораторный анализ на билирубин и ряд других анализов функции печени. В заключении осмотра заявителя 25 июля 2005 г. упоминалась стадия ВИЧ 2Б. Следующий осмотр был назначен на 25 января 2006 г.

16. В июле 2005 г. заявитель жаловался на то, что не получает адекватной медицинской помощи в связи с его заболеваниями, в частности, в связи с ВИЧ-инфекцией. Кизеловская прокуратура, осуществлявшая надзор за учреждениями лишения свободы, рассмотрела жалобу заявителя и нашла, что медицинская помощь заявителю оказывалась бесплатно, он регулярно обследовался в медицинском учреждении, и его консультировали инфекционисты. Прокуратура также упомянула, что в 2005 году тюрьме N 12 не выделялись средства на лечение ВИЧ-положительных осужденных и что лекарственное обеспечение там было невозможно.

17. В марте 2006 г. заявитель был вновь госпитализирован, а в справке о выписке упоминалась стадия ВИЧ 3. В июле 2006 г. он проходил периодический осмотр; в заключении упоминалась стадия ВИЧ 3 (после исправления цифры "4").

18. В июле 2006 г. заявитель жаловался на качество медицинской помощи в Федеральную службу исполнения наказаний. Этот орган сообщил ему, что инфекционист нашел антиретровирусную терапию (АРТ) необязательной. Другая аналогичная жалоба была рассмотрена в августе 2006 г. Кизеловской прокуратурой, осуществлявшей надзор за учреждениями лишения свободы. Отклонив жалобу заявителя, этот орган сообщил, что тюремная больница N 9 имеет возможности для иммунологической оценки, если она будет назначена заявителю. В тот момент показания для такой оценки отсутствовали.

19. В сентябре 2006 г. медицинское подразделение региональной службы исполнения наказаний рассмотрело и отклонило новую жалобу заявителя по поводу лечения ВИЧ. Оно сообщило, что заявитель получает необходимые анализы и лечение, а также консультации врачей-специалистов, включая инфекциониста. Они указали, что решение об иммунологической оценке должен принимать медицинский специалист. Заболевание заявителя в той стадии, в которой оно находилось в соответствующий момент, не требовало АРТ.

20. С октября 2006 г. по май 2007 г. заявитель содержался в больнице N 7 Пермского края, в частности, по поводу ухудшения туберкулеза легких. Как утверждают власти Российской Федерации, в октябре 2006 г. заявитель не исполнил рекомендации регионального центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями (далее - центр СПИД).

21. Заявитель прошел осмотр в январе 2007 г.; в заключении упоминалась стадия ВИЧ 4Б. В марте 2007 г. он прошел иммунологическую оценку. Режим высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) был ему назначен в апреле 2007 г. В начале 2008 г. режим был скорректирован.

22. Заявитель просил об условно-досрочном освобождении. Решением от 4 сентября 2008 г. Соликамский городской суд Пермского края удовлетворил его жалобу и освободил его, найдя, что для его "исправления" не требуется продолжения лишения свободы. Заявитель был вскоре освобожден. Суд обязал его отмечаться в надзорном органе и не изменять места жительства без предварительного уведомления этого органа.

23. Как утверждает заявитель, администрация учреждения лишения свободы сообщила ему, что он должен покинуть Россию в 15-дневный срок или он будет выслан.

24. Как утверждают власти Российской Федерации, в октябре 2008 г. и январе 2009 г. заявитель наблюдался в центре СПИД, где подтвердил, что получает лечение.

В. Уголовное разбирательство против заявителя

25. 15 апреля 2004 г., отклонив довод заявителя о самозащите, Ленинский районный суд г. Перми признал заявителя виновным в причинении вреда здоровью одного лица и вреда здоровью, повлекшего смерть потерпевшего. Суд приговорил заявителя к шести годам и одному месяцу лишения свободы. 25 мая 2004 г. Пермский областной суд оставил приговор без изменения. Заявитель давал объяснения с помощью видеоконференц-связи из изолятора.

26. Заявитель отбывал наказание в виде лишения свободы с июня 2004 г. по сентябрь 2008 г., когда он был освобожден (см. §§ 12 и 22 настоящего Постановления).

II. Применимое национальное законодательство

А. Приказ N 170 от 16 августа 1994 г.

27. Приказом N 170 от 16 августа 1994 г. Министерство здравоохранения России утвердило Методические указания по организации лечебно-диагностической помощи и диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и СПИДом (приложение 1) и Типовое положение о территориальном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом (приложение 2). В Методических указаниях отмечалось следующее.

28. Наблюдается четкая связь прогрессирования заболевания со снижением у больного количества СБ4-лимфоцитов, считается, что уменьшение количества этих клеток является главной особенностью патогенеза заболевания ВИЧ (пункт 1.1). Клиническая классификация ВИЧ определяется в зависимости от клинических и других факторов, перечисленных в Указаниях (пункты 1.3 и 1.5). При взятии больного на учет производится

его первичное обследование, целью которого является подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, установление стадии болезни, выявление имеющихся у больного вторичных и сопутствующих заболеваний для определения тактики дальнейшего ведения. При первичном обследовании, в частности, проводится исследование крови на антитела к ВИЧ (иммуноферментный анализ, вестерн-блот <1>), исследование иммунного статуса (CD4) (пункт 2.1 Указаний). Повторные обследования проводятся при ухудшении состояния больного и в плановом порядке в зависимости от стадии болезни. Повторные обследования на стадиях ВИЧ 2 и 3 проводят через 12 месяцев при показателе подсчета клеток CD4 ниже 500 и через 24 месяца при показателе подсчета клеток CD4 выше 500 или если он неизвестен.

<1> В тексте Указаний используется выражение "иммунный блот" (прим. переводчика).

29. Базисная терапия больных ВИЧ-инфекцией включает в себя противоретровирусную терапию и химиопрофилактику вторичных заболеваний. Антиретровирусная терапия назначается на стадиях 2А, 3А, 3Б и 3В (согласно российской классификации) в период клинической активности до исчезновения клинической симптоматики (пункт 1.6.2.1 Указаний). Что касается периодов клинической ремиссии, проводится поддерживающая противоретровирусная терапия, назначаемая по клиническим и иммунологическим показаниям. В зависимости от уровня CD4 она проводится по непрерывной схеме или курсами по 3 месяца с трехмесячными интервалами. При неизвестном уровне CD4 и в стадии 3А поддерживающая терапия не проводится.

В. Федеральный закон N 38-ФЗ от 30 марта 1995 г.

30. Федеральный закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" N 38-ФЗ от 30 марта 1995 г. в редакции, действовавшей до января 2005 г., предусматривал, что государство обеспечивает доступность обследований для выявления ВИЧ-инфекции; диагностику и лечение; оказание бесплатной медицинской помощи ВИЧ-позитивным российским гражданам (статья 4 Закона).

III. Применимые международно-правовые документы

А. Оценка пациента и АРТ

31. В 2004 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала рекомендации "Расширение антиретровирусной терапии в условиях с ограниченными ресурсами. Руководство по лечению для системы общественного здравоохранения" ("Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. Guidelines for a public health approach"). Они предусматривают следующее:

"ВОЗ рекомендует, чтобы в условиях ограниченных ресурсов ВИЧ-инфицированные взрослые и подростки начинали курс АРВ-терапии с момента подтверждения наличия инфекции, а также с надлежащим учетом одного из факторов, указываемых ниже.

- Клинически продвинутые стадии ВИЧ-заболевания:
- Стадия IV ВИЧ-заболевания по классификации ВОЗ независимо от количества клеток CD4;
- Стадия III заболевания по классификации ВОЗ с учетом наличия клеток CD4 – для содействия в принятии решения;

- Стадия I или II ВИЧ-заболевания по классификации ВОЗ при количестве клеток CD4 <math>_{<math>

...Лечение больных на стадии IV болезни по классификации ВОЗ (клинические формы СПИДа) не должно ставиться в зависимость от количества клеток CD4. Вместе с тем по возможности этот тест может оказаться полезным для распределения больных по категориям на стадии III заболевания в отношении необходимости незамедлительно назначить курс лечения. Так, например, легочный ТБ может иметь место при любом количестве клеток CD4, и при сохранении количества клеток CD4 (например, <math>_{<math>

В тех случаях, когда количество клеток CD4 не может быть определено, а общее количество лимфоцитов в крови составляет <math>_{<math>

Следует отметить, что разработанная ВОЗ в настоящее время система для определения стадий заболевания в отношении ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков была создана несколько лет тому назад и в связи с этим является ограниченной. С учетом этого может понадобиться адаптация уровней национальных программ. Вместе с тем эта система по-прежнему остается полезным инструментом для содействия в определении параметров начальных курсов терапии и продолжает использоваться в настоящем издании".

Согласно документу при отсутствии данных теста на количество клеток CD4 рекомендуется предоставить АРТ следующим больным: (i) находящимся на стадии IV заболевания по классификации ВОЗ независимо от общего количества лимфоцитов; (ii) на стадии III заболевания по классификации ВОЗ независимо от общего показателя лимфоцитов, что, по мнению ВОЗ, составляет консенсус экспертов; (iii) на стадии II заболевания по классификации ВОЗ с общим количеством лимфоцитов, составляющим <math>_{<math>

32. В 2004 году ВОЗ также опубликовала "Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Протоколы ВОЗ для стран СНГ" ("HIV/AIDS Treatment and Care. WHO Protocols for countries of the Commonwealth of Independent States"). Протоколы предусматривают, что первичное обследование ВИЧ-инфицированного пациента

включает общие лабораторные исследования (гемоглобин, общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула, анализ мочи, показатели функции печени, креатинин) и подсчет клеток CD4. АРТ начинается: (i) на стадии IV независимо от числа лимфоцитов CD4; (ii) на стадии III (при наличии, в частности, хронической диареи неясной этиологии, длительной лихорадки неясной этиологии, туберкулеза легких, рецидивирующих бактериальных инфекций, рецидивирующего или персистирующего кандидоза слизистых) с использованием в качестве вспомогательного критерия число лимфоцитов CD4 ... При определении показаний к немедленному началу АРТ рекомендуется учитывать число лимфоцитов CD4. Например, туберкулез легких возможен при любом числе лимфоцитов CD4, а другие клинические критерии (хроническая диарея, длительная лихорадка и др.) могут быть вызваны другими, не связанными с ВИЧ причинами; (iii) на стадии I или II, если число лимфоцитов CD4 равно ... Точное количество клеток CD4 выше ..., при котором следует начинать АРТ, не установлено. АРТ рекомендуется для всех пациентов с туберкулезом с показателем клеток CD4 ..., а для пациентов с показателем клеток CD4 ... этот вопрос следует рассматривать.

33. В 2006 году ВОЗ издала пересмотренное Руководство "Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения" ("Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendation for a public health approach.") (прежняя редакция относится к 2003 году). В нем указывалось следующее:

"В условиях ограниченных ресурсов решение о начале АРТ взрослых и подростков зависит от клинической и иммунологической оценки. В целях содействия быстрому расширению программ АРТ для достижения всеобщего доступа к этой терапии ВОЗ подчеркивает важность использования клинических параметров при принятии решения о ее начале. Однако признается, что ценность определения клинических стадий при принятии решения о начале и мониторинге АРТ повышается дополнительной информацией о базовом и последующем (продольном) подсчете клеток CD4. В то время как ВОЗ продолжает выступать за более широкую доступность подсчета клеток CD4 в месте пребывания больного, отсутствие подсчета клеток CD4 не должно откладывать начало АРТ, если имеются клинические признаки ее необходимости для данного больного. ВОЗ приветствует национальные программы повышения доступности технологий изменения CD4...

Определение клинических стадий должно использоваться, когда ВИЧ-инфекция подтверждена анализом на антитела ВИЧ. Оно должно являться частью базовой оценки (при первом посещении) при вступлении в программу помощи и лечения и использоваться при принятии решений о начале профилактики котримоксазолом и начале и изменении АРТ в ситуациях, когда анализы CD4 невозможны...

АРТ приводит к улучшению клинического статуса и сопровождается эффективным изменением клинической стадии пациентов с симптоматическим заболеванием. Однако ценность клинической стадии в мониторинге эффективности АРТ, определении неудачи АРТ и решении вопроса об изменении АРТ менее ясна. Срочно необходимы исследования использования клинических критериев (клинической стадии лечения) для решения вопроса о том, когда изменять АРТ в отсутствие подсчета клеток CD4 или анализа вирусной нагрузки.

Оптимальное время для начала АРТ - до ухудшения состояния пациентов или появления первой оппортунистической инфекции. Иммунологический мониторинг (исследование CD4) - идеальный вариант подхода к этой ситуации. Базовое клеточное исследование уровня CD4 не только позволяет принять решение о начале АРТ, но имеет также существенное значение, если уровень CD4 используется для мониторинга АРТ...

Стандартный порог, отмечающий существенное увеличение риска развития клинического заболевания, составляет уровень CD4 200 ... Хотя начать АРТ никогда не

поздно, предпочтительно начало лечения пациентов при снижении уровня CD4 до 200 – или менее (А-III). Оптимальное время для начала АРТ при уровне CD4 200 - 300 – неизвестно.

Пациенты с уровнем CD4 в этом диапазоне требуют регулярной и иммунологической оценки.

Лечение пациентов клинической стадии заболевания 4 ВОЗ не должно зависеть от определения уровня CD4: все такие пациенты должны начинать АРТ (А-III). Для клинической стадии 3 ВОЗ условия в виде порога 350 – определены в качестве уровня наличия функционального иммунодефицита, и должен быть рассмотрен вопрос об АРТ... Этот уровень также соответствует указанному в других руководствах. Четыре подсчета клеток CD4 могут быть полезными при распределении пациентов стадии 3 на категории с точки зрения необходимости немедленной терапии. Например, туберкулез легких или сильные бактериальные инфекции могут иметь место при любом показателе подсчета клеток CD4, и разумно отложить АРТ и продолжать мониторинг пациентов с подсчетом клеток CD4 выше 350 ... Однако начало АРТ рекомендуется для всех ВИЧ-инфицированных с туберкулезом легких и с показателем подсчета клеток CD4 ниже 350 ... а также для пациентов с сильными бактериальными инфекциями, имеющих показатель подсчета клеток CD4 ниже этой величины".

34. Согласно Клиническим протоколам ВОЗ по лечению и помощи при ВИЧ/СПИД, принятым в 2007 году, ключевым компонентом лечения ВИЧ-позитивных лиц является осуществление АРТ, включая ВААРТ, в составе трех или более средств. Первичное обследование должно включать: подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции и, если возможно, установление, когда пациент был инфицирован; подробный личный, семейный и медицинский анамнез; физикальное обследование; лабораторные и другие исследования; осмотр специалистами, если необходимо; определение клинической и иммунологической стадии болезни. Клинические стадии (3 или 4) и подсчет клеток CD4 являются наилучшими первичными маркерами, а вирусная нагрузка служит вторичным маркером при принятии решения о начале АРТ.

35. В 2010 году ВОЗ выпустила пересмотренную и дополненную версию руководства "Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения". Пересмотренный текст указывает, что АРТ нужно начинать всем подросткам и взрослым с ВИЧ-инфекцией и числом лимфоцитов CD4 – независимо от наличия клинической симптоматики. Пациентам с тяжелым течением или поздними стадиями ВИЧ-инфекции (клинические стадии 3 и 4 по ВОЗ) следует назначать АРТ независимо от числа лимфоцитов. Всем больным должен быть обеспечен доступ к определению числа лимфоцитов CD4 для оптимизации помощи до назначения АРТ и во время ее проведения. При подозрении на неудачу лечения для ее подтверждения рекомендуется определение вирусной нагрузки. Больным с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом АРТ нужно начинать как можно быстрее после начала противотуберкулезного лечения независимо от числа лимфоцитов CD4.

В. Медицинская помощь в период содержания под стражей

36. Руководящие принципы ООН о ВИЧ/СПИД и правах человека под заголовком "Свобода от жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания" указывают, что отказ заключенным в медицинской помощи в связи с ВИЧ может составлять жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение, при этом должен рассматриваться вопрос о досрочном освобождении лиц, страдающих СПИДом, и обеспечении их надлежащего лечения вне тюрьмы.

37. Следующие извлечения из 3-го общего доклада (СРТ/Inf (93) 12 Европейского комитета против пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) указывают:

"38. Медицинское обслуживание в местах лишения свободы должно обеспечивать лечение и уход, а также соответствующую диету, физиотерапевтическое лечение, реабилитацию или любое другое необходимое специальное лечение на условиях, сопоставимых с теми, которыми пользуются пациенты вне таких учреждений. Также должна соответственно предусматриваться обеспеченность медицинским персоналом, персоналом по уходу и техническими специалистами, служебными помещениями, сооружениями и оборудованием.

Необходим соответствующий контроль за снабжением и распределением лекарств, а изготовление лекарств следует поручать квалифицированному персоналу (фармацевту/медицинской сестре и т.д.).

39. История болезни должна заполняться на каждого пациента, содержать диагностическую информацию, а также текущие записи об изменениях состояния пациента и о любых специальных обследованиях, которым он подвергался. В случае перевода пациента в другое учреждение карта должна быть направлена врачам того учреждения, куда поступает лицо, лишенное свободы.

Кроме того, медицинский персонал каждой бригады должен вести ежедневные записи в журнале, в котором содержится информация по отдельным происшествиям, имеющим отношение к пациентам. Такие записи полезны тем, что они дают общее представление о ситуации в организации здравоохранения в данном тюремном учреждении и в то же время раскрывают проблемы, которые могут возникнуть.

40. Предпосылкой успешного функционирования медицинской службы служит возможность для врачей и персонала по уходу регулярно встречаться и создавать рабочие группы под руководством старшего врача, который возглавляет службу...".

ПРАВО

I. Предполагаемое нарушение статьи 3 Конвенции

38. Заявитель жаловался на то, что недостатки оказания ему медицинской помощи в период содержания под стражей в 2003 - 2006 годах составляли нарушение требований статьи 3 Конвенции, которая предусматривает следующее:

"Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию".

A. Приемлемость жалобы

39. Власти Российской Федерации утверждали, что заявитель не исчерпал внутренние средства правовой защиты, поскольку не жаловался администрации мест лишения свободы на недостатки медицинской помощи. Он также не предъявлял гражданско-правового требования о компенсации морального вреда или вреда, причиненного здоровью в этой связи. Кроме того, он мог подать жалобу в соответствии с главой 25 Гражданского процессуального кодекса, которая, как разъяснил Пленум Верховного Суда в 2009 году, позволяет судам рассматривать вопросы медицинской помощи.

40. Европейский Суд отмечает, что жалоба заявителя была впервые подана по существу в Европейский Суд в мае 2006 г. и затрагивала длящуюся ситуацию отсутствия или неадекватности медицинской помощи в период содержания под стражей с 2003 года. Европейский Суд уже рассматривал и отклонял подобные доводы со стороны властей Российской Федерации в связи со сходной ситуацией (см. Постановление Европейского Суда от 13 ноября 2012 г. по делу "Коряк против Российской Федерации" (Koryak v. Russia), жалоба N 24677/10, §§ 74 - 95 и Постановление Европейского Суда от 27 ноября

2012 г. по делу "Дирдизов против Российской Федерации" (Dirdizov v. Russia), жалоба N 41461/10, §§ 75 - 91). Объяснения властей Российской Федерации не дают Европейскому Суду сделать иной вывод в настоящем деле.

41. Европейский Суд отмечает, что настоящая жалоба не является явно необоснованной в значении подпункта "а" пункта 3 статьи 35 Конвенции. Он также отмечает, что жалоба не является неприемлемой по каким-либо другим основаниям. Следовательно, жалоба должна быть объявлена приемлемой.

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация разделов дана в соответствии с источником опубликования.

А. Существо жалобы

1. Доводы сторон

(а) Заявитель

42. Заявитель утверждал, что в 2003 - 2006 годах он не получал адекватное лечение его заболеваний, в частности, ВИЧ и гепатита С. Со ссылкой на национальные и международно-правовые акты он утверждал, что иммунологическая оценка являлась необходимым элементом медицинской помощи ВИЧ-положительным пациентам и что такая оценка должна была проводиться регулярно. В 2003 - 2006 годах информированное решение о необходимости высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) не могло быть принято в отсутствие полной иммунологической оценки, и такая оценка не проводилась до 2007 года, когда состояние здоровья заявителя уже значительно ухудшилось. Антиретровирусное лечение было назначено в 2007 году, только когда его состояние достигло стадии 4, хотя необходимые клинические показания были выявлены ранее. В любом случае заявитель должен был иметь доступ к поддерживающей АРТ, когда болезнь находилась в стадии ремиссии. Во время содержания под стражей он соблюдал все медицинские рекомендации. Однако в 2009 году, после освобождения, он действительно не соблюдал медицинских рекомендаций, опасаясь задержания и высылки из России.

(b) Власти Российской Федерации

43. Власти Российской Федерации отмечали, что после анализа на ВИЧ в 2003 году заявитель находился под наблюдением в медицинской части изолятора. Он получал консультации офтальмолога, дерматолога и психиатра. В соответствии с применимыми национальными нормами (см. § 29 настоящего Постановления) антиретровирусное лечение могло быть назначено при наличии клинических показаний и если болезнь оставалась клинически активной, до исчезновения клинических симптомов. Клинические данные в 2003 - 2006 годах не указывали на необходимость антиретровирусного лечения; в тот период заявитель получал лечение от сопутствующих заболеваний, включая туберкулез. На основе оценки имеющейся документации власти Российской Федерации подтвердили, что наличие туберкулеза не являлось элементом клинических данных, которые делали необходимой АРТ. Власти Российской Федерации полагали, что иные заболевания заявителя (такие как туберкулез или гепатит С) не были связаны с ВИЧ, поскольку не возникли из его ВИЧ-инфекции и как таковые не могли считаться маркерами для установления необходимости АРТ.

44. Власти Российской Федерации указывали, что заявитель находился под постоянным наблюдением медицинского персонала и проходил регулярные осмотры в изоляторах и больницах. Диагностика и лечение его заболеваний обеспечивались в соответствии с минимальным требуемым стандартом. Из ссылки прокурора на отсутствие финансирования в тюрьме в 2005 году (см. § 16 настоящего Постановления) не вытекает, что заявителю не была обеспечена адекватная медицинская помощь в медицинских

учреждениях, в которые он был неоднократно госпитализирован в тот период. Иногда заявитель отказывался от лекарств, лечения или анализов. Он был направлен на медицинскую комиссию, которая информировала его о необходимости лечения и отрицательных последствиях отказа от него. После освобождения заявитель вновь отказался соблюдать медицинские рекомендации и уклонялся от лечения.

2. Мнение Европейского Суда

(а) Общие принципы

45. Европейский Суд напоминает, что в соответствии со статьей 3 Конвенции государство должно обеспечить содержание лица под стражей в условиях, которые совместимы с уважением его человеческого достоинства, и способ и метод исполнения этой меры не должны подвергать его страданиям и трудностям, превышающим неизбежный уровень, присущий содержанию под стражей, и с учетом практических требований заключения его здоровье и благополучие должны быть адекватно защищены, в том числе путем обеспечения ему требуемой медицинской помощи (см. Постановление Большой Палаты по делу "Кудла против Польши" (- v. Poland), жалоба N 30210/96, §§ 92 - 94, ECHR 2000-XI).

46. Если жалобы затрагивают не оказание требуемой медицинской помощи во время содержания под стражей, для установления того, что заключенный подвергнулся обращению, несовместимому с требованиями статьи 3 Конвенции, необязательно, чтобы отказ в помощи повлек резкое ухудшение состояния или причинение сильных или продолжительных страданий (см. Постановление Европейского Суда от 15 июня 2010 г. по делу "Ашот Харутюнян против Армении" (Ashot Harutyunyan v. Armenia), жалоба N 34334/04, § 114). Статья 3 Конвенции не может быть истолкована как возлагающая обязанность освободить заключенного по состоянию его здоровья, иначе как в исключительных случаях (см. Решение Европейского Суда по делу "Папон против Франции" (Rapin v. France) (N 1), жалоба N 64666/01, ECHR 2001-VI и Решение Европейского Суда от 5 апреля 2001 г. по делу "Прибке против Италии" (Priebke v. Italy), жалоба N 48799/99), или госпитализировать его в обычную больницу для обеспечения ему конкретного вида медицинской помощи. Однако отсутствие целесообразного медицинского обслуживания в исправительном учреждении может само по себе нарушать статью 3 Конвенции, даже если состояние здоровья заявителя не требует его немедленного освобождения.

47. Национальные органы должны обеспечить, чтобы диагностика и медицинская помощь в исправительных учреждениях, включая тюремные больницы, осуществлялись и оказывались быстро и правильно и чтобы, если это обусловлено характером заболевания, наблюдение за больными осуществлялось регулярно и предполагало комплексное лечение, направленное на обеспечение выздоровления заключенного или, по крайней мере, на исключение ухудшения состояния здоровья (см. Постановление Европейского Суда от 27 ноября 2012 г. по делу "Дирдизов против Российской Федерации" (Dirdizov v. Russia), жалоба N 41461/10, § 95 и Постановление Европейского Суда от 10 января 2012 г. по делу "Сахвадзе против Российской Федерации" (Sakhvadze v. Russia), жалоба N 15492/09, § 83).

48. В целом, учитывая "практические требования лишения свободы", Европейский Суд вправе допускать достаточную гибкость, разрешая в каждом конкретном деле вопрос о том, были ли недостатки оказания медицинской помощи "совместимыми с человеческим достоинством" заключенного (см. Постановление Европейского Суда от 22 декабря 2008 г. по делу "Алексян против Российской Федерации" (Aleksanyan v. Russia), жалоба N 46468/06, § 140 <1>).

49. Европейский Суд напоминает, что ничем не обоснованного утверждения об отсутствии, задержке медицинской помощи или ее неудовлетворительном оказании обычно недостаточно для установления нарушения статьи 3 Конвенции. Доказуемая жалоба должна обычно включать, кроме всего прочего, достаточные ссылки на медицинское состояние, соответствующие предписания врачей, требуемые, сделанные или отклоненные, а также некоторые доказательства, например, заключения экспертов, способные установить серьезные пробелы в оказании медицинской помощи заявителю (см. Постановление Европейского Суда от 24 января 2012 г. по делу "Валерий Самойлов против Российской Федерации" (Valeriy Samoylov v. Russia), жалоба N 57541/09, § 80).

50. Европейский Суд также напоминает, что его задачей является определение того, действительно ли обстоятельства конкретного дела составляют нарушение Конвенции в отношении заявителя, а не отвлеченная оценка национального законодательства государства-ответчика, его систем регулирования или процедур рассмотрения жалоб, которыми воспользовался заявитель. Таким образом, указания на соответствие такому законодательству или процедурам, например, что касается лицензирования медицинских учреждений или квалификации медицинского персонала, еще недостаточно, чтобы опровергнуть предполагаемое нарушение статьи 3 Конвенции. Крайне важно, чтобы национальные органы, занимающиеся рассмотрением жалоб, применяли стандарты, соответствующие принципам, которые воплощены в статье 3 Конвенции (там же, § 81).

51. В отношении своего контроля Европейский Суд напоминает, что с учетом субсидиарного характера его функции он должен с осторожностью принимать обязанности суда первой инстанции, устанавливающего факты, в тех случаях, когда это не является неизбежным при обстоятельствах конкретного дела. Европейский Суд устанавливал в различных случаях, где имело место разбирательство на уровне страны, как в настоящем деле, что в задачу Европейского Суда не входит подменять своими выводами оценку фактов, осуществляющуюся национальными судами, и, как правило, именно они должны оценивать представленные им доказательства (см., в частности, Постановление Европейского Суда от 24 марта 2011 г. по делу "Джулиани и Гаджо против Италии" (Giuliani and Gaggio v. Italy), жалоба N 23458/02, §§ 179 и 180). Европейский Суд не связан выводами судов страны, чтобы вынудить его отойти от выводов таких судов о фактах, при обычных обстоятельствах требующих бесспорных элементов.

52. При рассмотрении жалоб в соответствии со статьей 3 Конвенции Европейский Суд с особой тщательностью контролирует вопрос о выполнении властями предписаний медицинского персонала с учетом конкретных утверждений заявителя (см. Постановление Европейского Суда от 10 января 2012 г. по делу "Владимир Васильев против Российской Федерации" (Vladimir Vasilyev v. Russia), жалоба N 28370/05, § 59).

(b) Применение этих принципов в настоящем деле

53. До и после задержания у заявителя были диагностированы несколько заболеваний, от которых он получал лечение. После задержания в 2003 году у него была выявлена ВИЧ-инфекция. Из доступных документов следует, что в 2003 году заявитель находился на стадии 2 ВИЧ. По-видимому, в 2004 году болезнь развилась до стадии 3 и оставалась на ней до 2006 года. Как минимум один официальный документ, представленный заявителем, указывал, что тюрьма в то время не имела достаточных средств для обеспечения заключенным лечения, связанного с ВИЧ (см. § 16 настоящего Постановления). Иммунологическая оценка была проведена в марте 2007 г. Заявитель начал получать антиретровирусное лечение в апреле 2007 г.

54. Европейский Суд отмечает, что основное содержание жалобы заявителя в настоящем деле затрагивает предполагаемые упущения тюремной администрации в связи

с его ВИЧ-инфекцией. В частности заявитель утверждал, что в 2003 - 2006 годах власти не провели надлежащую иммунологическую оценку и не применили к нему режим (ВА)АРТ.

55. Ввиду характера состояния здоровья заявителя и представленных документов (см. §§ 27 - 37 настоящего Постановления) Европейский Суд находит, что заявитель представил достоверную жалобу, способную выявить серьезные недостатки в оказании ему медицинской помощи (см. упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу "Валерий Самойлов против Российской Федерации", § 80).

56. Власти Российской Федерации в ответ сообщили, что власти правомерно установили на основании результатов соответствующих анализов, что в 2003 - 2006 годах заявитель не нуждался в специальном лечении, в том числе антиретровирусном.

57. Таким образом, основное разногласие сторон заключается в том, нуждался ли заявитель в (ВА)АРТ в 2003 - 2006 годах. Европейскому Суду не была представлена авторитетная, например, экспертная и/или судебная оценка в этой связи. Как правило, разрешая вопросы в соответствии со статьей 3 Конвенции, Европейский Суд тщательно учитывает соблюдение властями рекомендаций медицинских специалистов в свете конкретных утверждений заявителя (см. упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу "Владимир Васильев против Российской Федерации", § 59). По этой причине в задачу Европейского Суда не входит разрешение вопросов, всецело относящихся к сфере ведения медицинских специалистов, и установление того, действительно ли заявитель нуждался в таком лечении в соответствующий период.

58. При разрешении вопроса о соблюдении статьи 3 Конвенции Европейский Суд сосредоточится на определении того, обеспечили ли власти страны заявителю достаточное медицинское наблюдение, способное эффективно оценить его состояние и установить адекватный курс лечения его заболеваний (см. Постановление Европейского Суда от 16 декабря 2010 г. по делу "Кожокар против Российской Федерации" (*Kozhokar v. Russia*), жалоба N 33099/08, § 108). Он полагает, что с учетом характера и серьезности его заболеваний, состояние заявителя требовало, в частности, регулярного и специализированного медицинского наблюдения за прогрессированием его ВИЧ-инфекции и своевременной диагностики и лечения возможных оппортунистических или сопутствующих инфекций (там же).

59. Европейский Суд учитывает, что сложные медицинские проблемы, возникшие в настоящем деле, не подвергались предварительному и тщательному рассмотрению на национальном уровне. Хотя жалобы заявителя по поводу медицинской помощи рассматривались и отклонялись различными органами власти, представляется, что они не сопровождалась экспертными или специальными оценками (см. §§ 16, 18 и 19 настоящего Постановления). Ни органы власти, ни государство-ответчик в настоящем деле не обеспечили достаточную фактическую основу для их заключения относительно адекватности медицинской помощи и наблюдения заявителя в соответствующий период.

60. Таким образом, Европейский Суд должен определить в свете доводов сторон и доступных материалов, включая полученные им по собственной инициативе (см. Постановление Европейского Суда от 14 октября 2010 г. по делу "А.В. против Российской Федерации" (*A.V. v. Russia*), жалоба N 1439/06, § 131), свидетельствовали ли фактические и правовые элементы дела о нарушении требований статьи 3 Конвенции. Действительно, Европейский Суд не впервые сталкивается с утверждениями о неадекватной медицинской помощи российским заключенным в связи с ВИЧ (см. упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу "Алексянн против Российской Федерации", §§ 145 - 158; Постановление Европейского Суда от 14 октября 2010 г. по делу "А.В. против Российской Федерации" (*A.V. v. Russia*), жалоба N 1439/06, §§ 132 - 135; Постановление Европейского Суда от 16 декабря 2010 г. по делу "Кожокар против Российской Федерации" (*Kozhokar v. Russia*), жалоба N 33099/08, §§ 108 - 116; Постановление Европейского Суда от 10 апреля 2012 г. по делу "Щебетов против

Российской Федерации" (Shchebetov v. Russia), жалоба N 21731/02, §§ 73 - 77 и Постановление Европейского Суда от 13 ноября 2012 г. по делу "Коряк против Российской Федерации" (Koryak v. Russia), жалоба N 24677/10, §§ 102 - 108).

61. Европейский Суд отмечает, что ВОЗ в период, относящийся к обстоятельствам дела, и даже еще более отчетливо в последующих докладах (см. § 31 настоящего Постановления), указывала, что в случае ВИЧ-инфекции первичный прием пациента должен включать, в частности, лабораторные и иные исследования, а также определение клинической и иммунологической стадии. Лабораторные исследования по поводу ВИЧ включают серологический анализ ВИЧ и подсчет клеток CD4 для определения степени иммунодефицита. Такие же требования вытекают из применимых национальных норм (см. §§ 27 - 29 настоящего Постановления).

62. Европейский Суд отмечает, что в сентябре 2003 г. заявитель прошел серологический анализ ВИЧ, который включал два иммуноферментных анализа и подтверждающий анализ (см. § 9 настоящего Постановления). После подтверждения того, что он является ВИЧ-положительным, заявитель прошел первичный осмотр. Такие же осмотры проводились, хотя и с разными интервалами, впоследствии (см. §§ 10 - 21 настоящего Постановления).

63. Европейский Суд с сожалением отмечает, что в заключении первоначального осмотра указание стадии ВИЧ заявителя не поддается прочтению и что, несмотря на запрос Европейского Суда, стороны не представили сведений о точной дате первичного анализа на ВИЧ. В частности имеющиеся документы и объяснения властей Российской Федерации не указывают, как определялась стадия ВИЧ у заявителя. Также представляется, что инфекционист не консультировал заявителя в 2003 или 2004 годах. Существенно, что, несмотря на конкретные доводы заявителя, государство-ответчик не сообщило, принимали ли национальные органы какие-либо меры для определения степени иммунодефицита заявителя с помощью подсчета клеток CD4 или эквивалентной процедуры, которая была достаточной и действенной в тот период. Не утверждалось, что подсчет клеток CD4, предусмотренный рекомендациями ВОЗ 2004 года, не был доступен в то время (см. § 31 настоящего Постановления). Напротив, национальные правила, действовавшие в период, относящийся к обстоятельствам дела, предусматривали этот вид анализа (см. §§ 27 и 28 настоящего Постановления). Получение этих данных было особенно важно при наличии туберкулеза, в частности, для управления кумулятивным эффектом коинфекции. Кроме того, у заявителя также был выявлен вирус гепатита С, который относится к числу факторов, имеющих значение при планировании лечения заявителя в связи с ВИЧ.

64. Объяснения властей Российской Федерации ограничивались указанием на то, что после первоначального анализа на ВИЧ заявитель был помещен под наблюдение в медицинскую часть изолятора или в больницу для заключенных. Их утверждение о своевременности решения о начале АРТ только в 2007 году не обосновано ссылкой на медицинскую оценку ситуации заявителя и потому не может быть принято Европейским Судом в качестве опирающегося на проверенные медицинские данные.

65. Европейский Суд не может оценить на основании имеющейся информации, требовал ли ВИЧ-статус заявителя в 2003 - 2006 годах (ВА)АРТ, или нуждался ли он в иной форме медицинской помощи и получал ли он ее. Однако остается фактом, что в течение нескольких лет отсутствовала надлежащая иммунологическая оценка для определения надлежащего времени начала антиретровирусной терапии. Только в 2007 году, то есть почти через четыре года после того, как власти узнали о заболевании заявителя, он начал получать лечение.

66. Эти соображения являются достаточными для того, чтобы Европейский Суд заключил, что при обстоятельствах настоящего дела власти не исполнили свою обязанность по обеспечению адекватной медицинской помощи заявителю (см.

упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу "А.В. против Российской Федерации", §§ 132 - 135; и упоминавшееся выше Постановление Европейского Суда по делу "Коряк против Российской Федерации", § 102).

67. С учетом тяжести медицинского состояния заявителя и уклонения государства-ответчика от обоснования своей позиции по поводу отсутствия необходимости медицинской помощи заявителю в связи с ВИЧ в 2003 - 2006 годах в деле усматривается уклонение государства-ответчика, повлекшее ситуацию, в которой заявитель может считаться подвергшимся страданию или трудностям, выходящим за пределы неизбежно присущих содержанию под стражей. Таким образом, Европейский Суд полагает, что уклонение властей составляло бесчеловечное и унижающее достоинство обращение в значении статьи 3 Конвенции.

68. Таким образом, имело место нарушение требований этого положения.

II. Иные предполагаемые нарушения Конвенции

69. Заявитель жаловался на условия его содержания под стражей, жестокое обращение со стороны тюремных должностных лиц, незаконное содержание под стражей и несправедливость уголовного разбирательства.

70. Европейский Суд рассмотрел иные доводы, представленные заявителем. Однако, принимая во внимание представленные материалы и то, насколько предмет жалобы относится к его юрисдикции, Европейский Суд не усматривает в нем признаков нарушения прав и свобод, предусмотренных Конвенцией или Протоколами к ней. Следовательно, жалоба в данной части подлежит отклонению как явно необоснованная в соответствии с подпунктом "а" пункта 3 и пунктом 4 статьи 35 Конвенции.

III. Применение статьи 41 Конвенции

71. Статья 41 Конвенции предусматривает:

"Если Суд объявляет, что имело место нарушение Конвенции или Протоколов к ней, а внутреннее право Высокой Договаривающейся Стороны допускает возможность лишь частичного устранения последствий этого нарушения, Суд, в случае необходимости, присуждает справедливую компенсацию потерпевшей стороне".

А. Ущерб

72. Заявитель требовал компенсацию морального вреда, отнеся ее размер на усмотрение Европейского Суда.

73. Власти Российской Федерации полагали, что установление факта нарушения было бы достаточной справедливой компенсацией.

74. Европейский Суд отмечает, что заявитель неоспоримо претерпел физическую боль и душевную тоску в связи с его тяжелым состоянием здоровья. Он также признает, что он должен был претерпеть страдание, разочарование и беспокойство в связи с неадекватной медицинской помощью, как установил Европейский Суд. С учетом характера нарушения, оценивая обстоятельства дела на справедливой основе, Европейский Суд присуждает заявителю 7 500 евро в качестве компенсации морального вреда, а также любой налог, подлежащий начислению на указанную сумму.

В. Судебные расходы и издержки

75. Поскольку заявитель не выдвинул требований, Европейский Суд не находит необходимым присуждение какой-либо компенсации по данному основанию.

С. Процентная ставка при просрочке платежей

76. Европейский Суд полагает, что процентная ставка при просрочке платежей должна определяться исходя из предельной кредитной ставки Европейского центрального банка плюс три процента.

НА ОСНОВАНИИ ИЗЛОЖЕННОГО СУД ЕДИНОГЛАСНО:

1) признал жалобу приемлемой в части качества медицинской помощи в период содержания под стражей, а в остальной части - неприемлемой;

2) постановил, что имело место нарушение статьи 3 Конвенции;

3) постановил:

(а) что государство-ответчик обязано в течение трех месяцев со дня вступления настоящего Постановления в силу в соответствии с пунктом 2 статьи 44 Конвенции выплатить заявителю 7 500 евро (семь тысяч пятьсот евро) в качестве компенсации морального вреда, подлежащие переводу в валюту государства-ответчика по курсу, который будет установлен на день выплаты, а также любой налог, подлежащий начислению на указанную сумму:

(b) что с даты истечения указанного трехмесячного срока и до момента выплаты на эти суммы должны начисляться простые проценты, размер которых определяется предельной кредитной ставкой Европейского центрального банка, действующей в период неуплаты, плюс три процента.

Совершено на английском языке, уведомление о Постановлении направлено в письменном виде 23 мая 2013 г. в соответствии с пунктами 2 и 3 правила 77 Регламента Суда.

Председатель Палаты Суда
Изабель БЕРРО-ЛЕФЕВР

Секретарь Секции Суда
Серен НИЛЬСЕН