



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

© Совет на Европа/Европски суд за човекови права, 2012 година. Овој превод е нарачан со поддршка од Повереничкиот фонд за човекови права на Советот на Европа ([www.coe.int/humanrightstrustfund](http://www.coe.int/humanrightstrustfund)). Преводот не е обврзувачки за Судот. За повеќе информации видете го целосното известување за авторските права на крајот на документот.

© Council of Europe/European Court of Human Rights, 2012. This translation was commissioned with the support of the Human Rights Trust Fund of the Council of Europe ([www.coe.int/humanrightstrustfund](http://www.coe.int/humanrightstrustfund)). It does not bind the Court. For further information see the full copyright indication at the end of this document.

© Conseil de l'Europe/Cour européenne des droits de l'homme, 2012. La présente traduction a été effectuée avec le soutien du Fonds fiduciaire pour les droits de l'homme du Conseil de l'Europe ([www.coe.int/humanrightstrustfund](http://www.coe.int/humanrightstrustfund)). Elle ne lie pas la Cour. Pour plus de renseignements veuillez lire l'indication de copyrights/droits d'auteur à la fin du présent document.

ГОЛЕМ СОВЕТ

**ПРЕДМЕТ Н. против ОБЕДИНЕТОТО КРАЛСТВО**

*(Жалба бр. 26565/05)*

ПРЕСУДА

СТРАЗБУР

27 мај 2008

*Оваа пресуда може да биде предмет на редакциски измени.*

**Во предметот Н. против Обединетото Кралство,**

Европскиот суд за човекови права, заседавајќи како Голем совет составен од следниве судии:

Jean-Paul Costa, *Претседател*,  
Nicolas Bratza,  
Peer Lorenzen,  
Françoise Tulkens,  
Josep Casadevall,  
Giovanni Bonello,  
Ireneu Cabral Barreto,  
Boštjan M. Zupančič,  
Rait Maruste,  
Snejana Botoucharova,  
Javier Borrego Borrego,  
Khanlar Hajiyeu,  
Ljiljana Mijović,  
Dean Spielmann,  
Renate Jaeger,  
Ján Šikuta,  
Mark Villiger, *судии*,  
и Michael O'Boyle, *заменик секретар*,

По заседавањето без присуство на јавноста на 26 септември 2007 година и 23 април 2008 година,

Ја изрекува следнава пресуда, што беше донесена на последно наведениот датум:

**ПОСТАПКА**

1. Предметот произлегува од жалбата (бр. 26565/05) против Обединетото Кралство на Велика Британија и Северна Ирска, поднесена пред Судот во согласност со член 34 на Конвенцијата за заштита на човековите права и на основните слободи („Конвенцијата“) од страна на државјанин на Уганда, г-ѓа Н. („жалител“) на 22 јули 2005 година. Претседателот на Големиот совет го исполни барањето на подносителот да не се открива нејзиното име (Правило 47 § 3 од Деловникот на Судот).

2. Жалителот, на кој му беше доделена правна помош, беше застапуван од г. J. Luqmani, адвокат што работи во London. Владата на Обединетото Кралство („Владата“) беше застапувана од својот застапник, г. J. Grainger, Министерство за надворешни работи и Комонвелт.

3. Жалителката, која е ХИВ позитивна, тврдела дека ако таа била вратена во Уганда не би имала пристап до медицинскиот третман што и бил потребен и дека тоа би предизвикало повреди на членовите 3 и 8 на Конвенцијата.

4. Жалбата била доделена на Четвртиот оддел на Судот (Правило 52 § 1 од Деловникот на Судот). На 22 мај 2007 година Советот на тој Оддел, составен од судиите Casadevall, Bratza, Bonello, Traja, Pavlovschi, Mijović, Sikuta, како и T.L. Early, секретар на Одделот, му ја отстапи надлежноста на Големиот совет, при што ни една од страните не се спротивстави на таквото отстапување (член 30 на Конвенцијата и Правило 72).

5. Составот на Големиот совет беше утврден во согласност со одредбите на член 27 §§ 2 и 3 на Конвенцијата и Правилото 24 од Деловникот на Судот.

6. Жалителот и Владата поднесоа писмени забелешки во врска со допуштеноста и основаноста. Дополнително, биле примени и коментари од трети страни од Хелсиншката фондација за човекови права, која добила дозвола од Претседателот да интервенира во писмената постапка (член 36 § 2 на Конвенцијата и Правило 44 § 2).

7. Јавната расправа е одржана во Зградата за човекови права, Стразбур, на 26 септември 2007 година (Правило 59 § 3).

Пред Судот се појавиле:

(а) во име на Владата

Г. J. Grainger, *застапник,*

Г-ѓа М. Carss-Frisk QC *адвокат,*

Г. Т. Eicke,

Г-ѓа С. Adams,

Г. Р. Deller,

Г-ѓа L. Stowe, *советници,*

(б) за жалителот:

Г. D. Pannick QC,

Г. R. Scannell, *адвокат,*

Г. J. Grainger, *правен*

*застапник.*

Судот ги сослуша обраќањата на г-ѓа Carss-Frisk и г. Pannick, како и нивните одговори на прашањата што беа поставени од судиите Vorrege-Vorrege и Mijović.

## ФАКТИЧКА СОСТОЈБА

### I. ОКОЛНОСТИТЕ НА ПРЕДМЕТОТ

8. Жалителката е родена во Уганда во 1974 година. Денес таа живее во Лондон.

9. Жалителката влегла во Обединетото Кралство на 28 март 1998 година под лажно име. Таа била тешко болна и била примена во болница, каде што била дијагностицирана како ХИВ позитивна со „значителна имуносупресија и ... раширена микобактерија ТБ“.

10. На 31 март 1998 година правните застапници поднеле барање за азил во нејзино име, тврдејќи дека таа била малтретирана и силувана од Националното движење на отпорот во Уганда поради својата поврзаност со Божјата армија на отпорот и тврдејќи таа стравувала за својот живот и безбедност доколку биде вратена.

11. Во август 1998 година жалителката заболела од втора болест - епидемиска форма на Капоши сарком што е поврзана со СИДА-та. Нејзиниот број на CD4 клетки бил намален на 10 (вредноста кај здраво лице е преку 500). По лекувањето со антиретровирусна терапија и зачестено следење, нејзината состојба започнала да се стабилизира, така што до 2005 година, кога Горниот дом го разгледал нејзиниот случај, бројот на CD4 клетките и се покачил на 414.

12. Во март 2001 година, доктор консултант изготвил експертски извештај, на барање од правниот застапник на жалителката, во кој бил искажан ставот дека без постојана и редовна антиретровирусна терапија за подобрување и одржување на нејзиниот број на CD4 клетки, и следење заради осигурување дека се користи правилната комбинација од лекови, очекуваниот животен век на жалителката би бил помал од една година, поради проширениот Капоши сарком и ризикот од инфекции. Лекарствата што и се потребни би биле достапни во Уганда, но по значителна цена и во ограничени количини во Масака, родниот град на жалителката. Покрај тоа, авторот на извештајот нагласил дека во Уганда не се обезбедува јавно финансирано контролирање на крвта, основна медицинска нега, социјално осигурување, храна или домување.

13. Државниот секретар за надворешни работи го одбил барањето за азил на 28 март 2001 врз основа на неговата веродостојност, како и поради тоа што не било прифатено дека властите во Уганда се заинтересирани за жалителката. Било одбиено и тврдењето на жалителката за повредна на член 3, при што Државниот секретар забележал дека третманот на СИДА-та во Уганда бил споредлив со третманот што се обезбедува во која било друга африканска земја, како и дека сите позначајни антивирусни лекарства се достапни во Уганда по високо субвенционирани цени.

14. Судијата решавал за жалбата на жалителката на 10 јули 2002 година. Тој ја отфрлил жалбата против одлуката за одбивање на азил, но ја допуштил жалбата врз основа на член 3 со упатување до предметот *D. v. the United Kingdom*, (пресуда од 2 мај 1997 година, *Извештаи за пресуди и одлуки 1997-III*). Тој утврдил дека предметот на жалителката е во опфатот на Упатствата на Дирекцијата за азил, што предвидуваат дека мора да се даде вонредна дозвола за останување или влез во Обединетото Кралство:

„Кога постојат *веродостојни* медицински докази дека враќањето, со оглед на медицинските капацитети во соодветната земја, ќе го намали очекуваниот животен век на подносителот на барањето и ќе го изложи на акутни физички и ментални страдања, во околности каде може да се смета дека Обединетото Кралство ја преземало одговорноста за неговата здравствена заштита. ...”

15. Државниот секретар поднел жалба против наодот во врска со член 3, тврдејќи дека сите лекови за СИДА што се достапни во рамките на Националната здравствена служба во Обединетото Кралство може да се добијат и на локално ниво, како и дека повеќето од нив биле достапни по намалени цени преку проекти што се финансираат од ОН и билатерални програми за борба против СИДА-та финансирани од донатори. Според тоа, жалителката не би се вратила во услови на „целосно отсуство на лекување“ и така не би била изложена на „акутно физичко и ментално страдање“. Жалбениот трибунал за имиграциски прашања ја допуштил жалбата на 29 ноември 2002 година. Тој утврдил дека

„Во Уганда е достапна терапијата за состојбата [на жалителката] иако Трибуналот го прифаќа фактот дека нивото на здравствената заштита во Уганда е далеку пониско од тоа во Обединетото Кралство и дека истото ќе продолжи да заостанува со оглед на тоа што најновите постигнувања во областа на лековите неизбежно прво стануваат достапни во високо развиените земји. Меѓутоа, во Уганда се вложуваат големи напори за справување со состојбата со СИДА-та – достапни се лекари за третирање на СИДА-та, се набавуваат пречистени форми на лекови (иако со доцнење) и дури по утврдувањето на посебните и променливите потреби на жалителката може да се утврди достапноста на соодветната терапија.“

16. Дозволата за поднесување жалба до Апелациониот суд била дадена на 26 јуни 2003 година, а на 16 октомври 2003 година жалбата на жалителката пред Апелациониот суд била отфрлена со мнозинство од два спрема еден ([2003] EWCA Civ 1369). Со упатување до предметот на *D.* (цитиран погоре), Лордот-судија Laws (со кој се сложил и Лордот-судија Dyson) изјавил:

„Контрастот меѓу релативната добросостојба што се обезбедува во земја потписничка на многу болно лице кое, во определено време, дури и во подолг временски период, е сместено тамо, и сиромаштијата и тешкотиите со кои тоа (без какви било повреди на меѓународното право) ќе се соочи доколку биде вратено дома, според моето мислење – дури и ако овој контраст е многу голем – е

многу основа врз којашто треба да се воведи законска обврска за земјата да додели или да го продолжи правото за останување на нејзината територија, а тоа е обврска што не е поддржана со каква било одлука или политика донесена од страна на демократскиот огранок, извршен или законодавен, на власта во земјата. Формулирањето на политиката за имиграцијата ... е парадигма на одговорноста на избраните власти. Може лесно да се разбере дека таквата одговорност може да се услови од некоја ненадејна правна обврска што произлегува од ЕСЧП кога засегнатото лице бара да биде заштитено од мачење или друг вид на малтретирање во својата родна земја како резултат на кршење на стандардите од член 3, особено ако таквата заштита му е доделена од страна на државата. Но, барањето за заштита од суровите последици на недостигот од средства, без оглед на тоа што тие се уште посурови во споредба со средствата и капацитетите што се на располагање во земјата-домаќин, според мене е нешто сосема друго.

...Јас сметам дека примената на член 3 во случај кога жалбата суштински се сведува на недостигот на средства во земјата на потекло на подносителот (во споредба со средствата што биле достапни во земјата од која треба да се отстрани) е оправдана единствено во случајот кога хуманитарниот повик на предметот е толку моќен што разумно не може да се одбие од властите во една цивилизирана земја. Признавам дека тоа не може да се поистовети со прецизниот правен тест ... предметот во врска со член 3 од овој вид мора да се заснова врз факти што се не само исклучителни, туку и екстремни; поточно, екстремни доколку се оценуваат во контекст на сите или повеќето предмети во кои (како во овој предмет) неодложно се бараат нечии симпатии ...“

Лордот-судија Carnwath, кој бил несогласен, не бил во состојба да каже дека фактите на предметот биле толку јасни за единствениот разумен заклучок да биде дека член 3 не е применлив. Со оглед на апсолутниот контраст меѓу положбата на подносителот во Обединетото Кралство и практичната извесност на драматично намалениот очекуван животен век во случај на враќање во Уганда без каква било ефективна семејна поддршка, тој би го вратил предметот на телото надлежно за утврдување на фактичката состојба во предметот, Жалбениот трибунал за имиграциски прашања.

17. Била дадена дозвола за поднесување жалба до Горниот дом и на 5 мај 2005 година Горниот дом едногласно ја отфрлил жалбата на подносителот ([2005] UKHL 31).

Лордот Nicholls од Birkenhead ја резимирал прогнозата за подносителот на следниов начин:

„...Во август 1998 година [жалителката] заболела од секундарна болест - епидемиска форма на Капоши сарком, што е поврзана со СИДА-та. Бројот на CD4 клетки кај нормално здраво лице изнесува над 500. Кај неа тој бил намален на 10.

Како резултат на модерните лекови и стручната лекарска грижа во подолг временски период, вклучувајќи и систематска хемотерапија со продолжено времетраење, [жалителката] сега е во многу подобра состојба. Бројот на CD4 клетките се покачи [од 10] на 414. Нејзината состојба е стабилна. Нејзините доктори велат дека ако и понатаму има пристап до лековите и до медицинските објекти и средства што се достапни во Обединетото Кралство, таа ќе остане во добра состојба со „децении“. Но, без овие лекови и медицински капацитети,

нејзината прогноза е „стравична“: таа ќе се соочи со влошено здравје, тешкотии, болки и смрт во рок од една до две години. Ова се должи на фактот што високо активната антиретровирусна терапија што таа ја добива тековно не ја леци нејзината болест. Терапијата не ја враќа во нејзината состојба пред заболувањето. Терапијата ги презема функциите на нејзиниот загрозен имунолошки систем и ја заштитува од последиците на имунолошкиот дефицит додека, и единствено додека, таа продолжува да ја прима терапијата.

Суровата реалност е дека ако [жалителката] се врати во Уганда, нејзините можности за добивање на неопходната терапија ќе станат проблематични. Така, ако таа се врати во Уганда и не може да ја добие медицинската помош што и е неопходна за одржување на болеста под контрола, нејзината положба ќе биде слична на положбата на пациент на кој му е исклучена машината за одржување во живот.“

Лордот Норе, со кој се согласија Лордот Nicholls of Birkenhead, Лордот Brown of Eaton-under-Heywood и Лордот Walker of Gestingthorpe, направил детално упатување до судската практика на Судот (видете ги ставовите 32-39 долу), и го заземал следниов став:

„... дека Стразбур постојано почитуваше две основни начела. Од една страна, основниот карактер на гаранциите од член 3 се применува без оглед на казнивото однесување на жалителот. ... Од другата страна, странците кои се предмет на протерување не може да полагаат какви било права на останување на територијата на договорната земја со цел да користат здравствена, социјална или каков било друг облик на помош што се обезбедува од страна на земјата која ги протерува. За да се направи исклучок кога не се одобрува протерување поради здравствени причини околностите мора да бидат исклучителни ... Прашањето на коешто треба да се фокусира судот е дали моменталната здравствена состојба на жалителот е таква што, од хуманитарни причини, тој не треба да се протера освен ако не може да се покаже дека здравствените и социјалните капацитети што очигледно му се неопходни всушност му се достапни во земјата примател. Единствените случаи кога е утврдено дека овој тест е задоволен се предметите *D. v the United Kingdom* ... и *B. B. v. France* ... Судот во Стразбур вложува големи напори во своите одлуки да избегне какво било дополнително проширување на предметите од исклучителна категорија каков што е предметот *D. v the United Kingdom*.

Можеби судот вистински не се соочил со последиците на развојот во медицинските техники по донесувањето на одлуките во предметите *D. v. the United Kingdom* и *B. B. v. France*. Денес ставот е дека ХИВ инфекциите може да се контролираат ефективно и во неопределено време со примена на ретровирусни лекови. Во речиси сите случаи кога оваа терапија се применувала успешно може да се утврди дека денес пациентите се во добра здравствена состојба. Меѓутоа, во речиси сите такви случаи запирањето на терапијата во многу краток временски период води кон враќање на сите симптоми што пациентот претходно ги имал и кон предвремена смрт. Антиретровирусната терапија може да се спореди со машина за одржување во живот. Иако последиците од прекинувањето на терапијата не се толку непосредни, долгорочно гледано тие се исто толку фатални. Се чини дека е малку неискрено од судот да се фокусира на здравствената состојба на жалителот, која, доколку се анализира соодветно, во целост се должи на терапијата чиешто продолжување е загрошено.

Сепак, не може да се каже дека судот не е свесен за напредоците на медицинските науки во оваа област. Сите неодамнешни предмети по *SCC v.*



*Sweden* го покажаа тоа. Фактот што судот се чини дека е рамнодушен во врска со нив се должи, според мене, на неговото почитување на правилото дека странците кои се предмет на протерување не може да полагаат какви било права на останување на територијата на договорната земја со цел да користат здравствена, социјална или каков било друг облик на помош што се обезбедува од страна на земјата која ги протерува. Начинот на којшто се упатува на, а потоа и се применува, ова начело во предметот *Amegnigan v the Netherlands* ... по мое мислење е многу важен. Она што судот ефективно го вели е дека фактот што терапијата може да биде вон дофат на жалителот во земјата примател не треба да се третира како исклучителна околност. Ситуацијата би можела да биде различна доколку може да се каже дека терапијата таму воопшто не е достапна и дека жалителот бил изложен на неизбежен ризик поради нејзиното целосно отсуство. Но веројатноста ова да биде така е сè помала земајќи ги предвид количествата медицинска помош што денес стигаат во земјите од третиот свет, особено во земјите во потсахарска Африка. За околностите да бидат, како што е наведено во предметот *Amegnigan v. the Netherlands*, „многу исклучителни“ треба да се покаже дека здравствената состојба на жалителот достигнала таква критична фаза што постоеле убедливи хуманитарни основи за лицето да не се отстрани во место каде не постојат здравствени или социјални служби кои му се неопходни за спречување на акутните болки додека лицето умира.

... Доколку [жалителката] продолжи да ја прима терапијата, таа ќе остане здрава и ќе може да се надева на добро здравјево следните неколку десетици години. Не може да се каже дека нејзината сегашна состојба е критична. Таа е способна за патување и ќе остане способна ако и сè додека може да ја добива потребната терапија откако ќе се врати во Уганда. Доказите укажуваат на тоа дека терапијата што и е потребна е достапна и таму, иако по значителна цена. Исто така, таа сè уште има роднини таму, иако поради нејзината положба ниеден од нив не би бил спремен и способен да ја смести и да се грижи за неа. Според моето мислење, нејзиниот случај припаѓа на истата категорија како и предметите *SCC. v Sweden*, *Hena v the Netherlands*, *Ndangoya v. Sweden* и *Amegnigan v. the Netherlands*, во кои судот доследно заклучил дека условот а исклучителните околности не бил задоволен. Според моето мислење практиката на судот неизбежно води кон заклучокот дека нејзиното враќање во Уганда нема да значи повреда на гаранциите од член 3 на Конвенцијата. ...”

Лордот Норе завршил забележувајќи го следново:

“[Секое проширување на начелата од предметот *D.*] како последица би имало давање на сите оние што се во иста состојба како жалителката право на азил во оваа земја сè до моментот кога стандардите на здравствените установи и средства што се достапни во нивните родни земји за лекување на ХИВ/СИДА не ги достигнат стандардите што се достапни во Европа. Тоа би довело до ризикот од привлекување во Обединетото Кралство на голем број луѓе кои веќе се заболени од ХИВ во надеж дека тие, исто така, би можеле да останат овде неограничено време за да можат да ги користат ресурсите за здравствена заштита што се достапни во оваа земја. Ова би резултирало со многу големо и несомнено неизмерливо одвојување на средства, а, најблаго кажано, дискутабилно е дека договорните страни на Конвенцијата кога било би се согласиле со такво нешто. Би можело да се каже дека подобрата опција би била земјите да продолжат да ги фокусираат своите напори на мерките што се преземаат тековно, со помошта од компаниите за лекови, за неопходната здравствена грижа да стане универзално и слободно достапна во земјите од третиот свет кои сè уште се зафатени во огромна мера од непопустливиот пустош на ХИВ/СИДА-та.“

Бароницата Hale of Richmond, согласувајќи се дека жалбата треба да биде отфрлена, направи преглед на домашните одредби и одредбите од Конвенцијата и го формулираше тестот што треба да се спроведе на следниов начин:

„...дали болеста на подносителот достигнала таква критична фаза (т.е. пациентот е на умирање) што би претставувало нечовечен третман лицето да се лиши од грижата што ја добива тековно и истото да се испрати дома во својата прерана смрт, освен ако таму не постои достапна нега што ќе му овозможи да се соочи со таквата судбина достоинствено. ...Врз основа на фактите на овој предмет, овој услов не е задоволен.“

## II. МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН ЗА ХИВ И СИДА ВО ОБЕДИНЕТОТО КРАЛСТВО И УГАНДА

18. Врз основа на информациите што беа добиени од Судот по негово сопствено барање, ХИВ вообичаено се третира со антиретровирусни лекови. Во Обединетото Кралство, како и во најголемиот број на развиени земји, овие лекови се даваат во комбинација и таквата практика е позната како „високо активна антиретровирусна терапија“ (ХААРТ). Правилната употреба на антиретровирусната терапија зависи од редовното следење на состојбата на пациентот, вклучувајќи тестирања на крвта, и од достапноста на здравствени работници што во чести временски интервали вршат приспособување на нивото и на видот лекарства што се земаат. Таквиот третман вообичаено е бесплатен во рамките на Националната здравствена служба.

19. Во Уганда се правеа обиди да се намали зависноста на земјата од лековите од увоз, вклучувајќи локално производство на генеричките лекови. Меѓутоа, исто како во поголемиот број потсахарски африкански земји, достапноста на антиретровирусните лекови е попречена од ограничените финансиски средства и од недостатоците на инфраструктурата за здравствена заштита што е неопходна за нивната ефективна примена. Како резултат на тоа, врз основа на истражувањата спроведени од страна на Светската здравствена организација, антиретровирусната терапија во Уганда ја добиваат само половина од лицата на кои таа им е потребна (Светска здравствена организација, „Напредокот на глобалниот пристап кон ХИВ антиретровирусна терапија“, март 2006 година, стр. 9, 11 и 72). Заедничката програма на Обединетите нации за ХИВ/СИДА (UNAIDS) и Светската здравствена организација во својата анализа на состојбата во Уганда од 2007 година, исто така, ги наведуваат поголемите пречки за ХИВ превенција, третман, нега и поддршка кои ги вклучуваат ограничените јавни инвестиции, ограничениот опфат на здравствената заштита и недостатокот на стратегиска рамка. Постојат, исто така, значителен диспаритет во однос на обезбедувањето на лековите меѓу урбаните и

руралните подрачја (Светска здравствена организација – Профил на земјата во врска со подобрувањето на третманот на ХИВ/СИДА во Уганда, декември 2005 година.) Покрај тоа, напредокот во обезбедувањето на здравствената заштита е неутрализиран од сè поголемиот број луѓе на кои им е потребен третман (UNAIDS/Светска здравствена организација, „Ажурирани податоци за епидемијата на СИДА“, 2006 г., стр. 18) и, ако се земе предвид брзиот пораст на бројот на населението во Уганда, стабилната стапка на ХИВ инциденца во земјата значи дека сè поголем број луѓе стануваат ХИВ позитивни секоја година (UNAIDS/Светска здравствена организација, „Ажурирани податоци за епидемијата на СИДА“, 2006 г. стр. 17).

## ПРАВОТО

### I. ДОПУШТЕНОСТА НА ЖАЛБИТЕ

20. Жалителката се жалела дека, со оглед на нејзината болест и недостигот од слободно достапни антиретровирусни и други неопходни медицински третмани, социјална поддршка или медицинска нега во Уганда, нејзиното враќање таму би предизвикало акутни физички и ментални страдања, проследени со предвремена смрт, во спротивност со член 3 на Конвенцијата. Владата не се согласила со тоа.

Член 3 предвидува:

„Никој не смее да биде подложен на мачење, нечовечно или понижувачко постапување или казнување.“

Член 8 предвидува:

„1. Секој човек има право на почитување на неговиот приватен и семеен живот, домот и преписката.

2. Јавните власти не смеат да се мешаат во остварувањето на ова право, освен ако тоа мешање е предвидено со закон и е неопходно во едно демократско општество во интересите на државната и јавната безбедност или економската благосостојба на земјата, заштитата на јавниот ред и спречување на кривични дела, заштитата на здравјето и моралот, или заштитата на правата и слободите на другите.“

21. Судот смета дека жалбата во целост отвора правни прашања што се доволно сериозни за нивното утврдување да зависи од испитувањето на основаноста. Не е утврдена никаква основа за прогласување на жалбата за недопуштена. Според тоа, жалбата мора да се прогласи за допуштена. Во согласност со член 29 § 3 на Конвенцијата, Судот сега ќе ја разгледа основаноста на жалбите на жалителката.

## II. НАВОДНА ПОВРЕДА НА ЧЛЕН 3 НА КОНВЕНЦИЈАТА

### A. Поднесоци на страните

#### 1. Владата

22. Владата тврдела дека од судската практика на Судот јасно произлегува дека во медицинските случаи како во овој, член 3 се применува единствено во „исклучителни“ или „многу исклучителни“ околности. Ова ограничување на примената на член 3 начелно било правилно, со оглед на тоа што изворот на ризикот не бил во земјата што врши протерување и што произлегувал од фактори кои не повлекуваат одговорност од јавните власти во земјата примател. Судската практика понатаму покажува дека „исклучителните околности“ би се утврдиле единствено ако болеста на жалителот била во поодмината или терминална фаза и ако веројатниот недостиг на медицинска нега и поддршка, вклучувајќи ја поддршката од членовите на семејството, во земјата примател би бил таков што би го лишил лицето од „најосновното човеково достоинство додека неговата болест напредува на својот неминовно болен и фатален пат“ (видете *D. v. the United Kingdom*, жалба бр. 30240/96, извештај на Комисијата од 15 октомври 1996 г., § 60). Разгледувајќи дали постоеле исклучителни околности, Судот во претходните предмети се фокусирал првенствено на сериозноста на здравствената состојба на жалителот во времето на планираното депортирање и, до денешен ден, не извршиле какво било потемелно разгледување дали бараната терапија и нега во практиката би му биле достапни на подносителот во земјата примател.

23. Прагот за „исклучителните околности“ не бил достигнат во овој предмет. Иако Владата прифатила дека без антиретровирусните лекови состојбата на жалителката би се влошувала забрзано и дека таа би страдала од болест, тешкотии, болки и смрт во рок од една до две години, тие останале на тврдењето дека нејзината болест била тековно стабилизирана и дека потребната терапија и била достапна во Уганда, иако по значителна цена. Таа била способна за патување и би останала способна ако и сè додека ја добива потребната терапија откако ќе се врати во Уганда. Жалителката има семејство во Уганда, иако таа тврдела дека тие не би биле подготвени или способни да се грижат за неа ако е тешко болна. Поради овие причини, овој предмет се разликува од предметот *D. v. the United Kingdom* и припаѓа на категоријата на медицински предмети во кои Судот го одбил барањето од член 3 (видете ги ставовите 34-39 подолу).

24. Новите постигнувања во третманот на ХИВ и СИДА што се достапни во развиените земји немаат влијание врз горе наведеното општо начело, како што е утврдено во судската практика, од предметот

*D. v. the United Kingdom* понатаму, бидејќи акцентот во тие предмети бил на осигурувањето на достоинствена смрт наместо на продолжување на животот. Толкувањето на Конвенцијата, исто како сите останати меѓународни договори, било ограничено од согласноста на договорните земји. Практичното дејство на проширувањето на член 3 за да се опфати предметот на жалителката би значело да и се даде право, како и на безбројните други лица што се заболени од СИДА и другите смртни болести, да остане и да продолжи да го користи медицинскиот третман во договорната земја. Незамисливо е дека договорните земји би се согласиле со таквата одредба. Основната цел на Конвенцијата е да ги заштити граѓанските и политичките, наместо економските и социјалните права. Заштитата што е предвидена со член 3 била апсолутна и основна, додека, пак, одредбите за здравствената заштита што се содржани во меѓународните инструменти како, на пр., Европската социјална повелба и Меѓународниот договор за економски, социјални и културни права имале само аспиративен карактер и не му обезбедувале непосредно спроведливи права на поединецот. Ако на некој жалител му се овозможи да бара пристап до здравствена заштита на „задната врата“ на член 3, тоа би ја оставило земјата без простор за одлучување и би било целосно непрактично и спротивно на основната намера на Конвенцијата.

## 2. Жалителката

25. Жалителката тврдела дека за активирање на одговорноста на земјата во случај на протерување било неопходно жалителот да утврди, како прво, дека земјата можела разумно да предвиди дека постапувањето или непостапувањето би резултирало со повреда и, второ, дека повредата би го достигнала прагот на сериозноста за да се третира во смисла на член 3. Анализата на Судот во предмет на протерување не се разликувала од анализите што ги прави во кој било друг предмет што вклучува наводна идна повреда од член 3; покрај тоа, анализата во предмет на протерување што вклучува СИДА или друга сериозна болест не се разликувала од анализата кога ризикот од понижувачко постапување произлегувал од јавите власти во земјата примател. Покрај тоа, не била правена концептуална разлика меѓу акутните страдања предизвикани од депортирање на лице што е на смртна постела, кое било психолошки подготвено за смртта, и лице што не било психолошки подготвено за тоа бидејќи било вратено во живот со терапија за која се предлага да биде прекината.

26. Во овој предмет можеше да се види остар контраст меѓу тековната состојба на жалителката и она што би ја снашло ако била депортирана. Апелациониот судија утврдил дека предвидливите последици од протерувањето би биле изложување на акутно физичко и ментално страдање, проследено со предвремена смрт. Овој наод не бил

отфрлен во целиот тек на домашните постапки, а до него било направено и изрично упатување во говорот на Лорд Норе (видете ги ставовите 14-17 погоре).

27. Жалителката тврдела дека пет од нејзините шест браќа и сестри умреле од болести поврзани со ХИВ во Уганда. Таа била сведок на нивната смрт и знаела од непосредно искуство дека докторите во Уганда можеле единствено да се обидат да ги ублажат нивните симптоми. Болницата во нејзиниот роден град била многу мала и не била во можност да излезе на крај со СИДА-га. Таа била премногу изнемоштена да работи и не би можела да се издржува или да плаќа за лековите ако биде вратена во Уганда. Квалитетот на нејзиниот живот би бил стравичен; многу бргу здравјето повторно би и се влошило и немала живи роднини што би се грижеле за неа. Во текот на годините поминати во Обединетото Кралство таа формирала приватен живот врз основа на своите врски и контакти со луѓето и организациите што и помагале да ја прифати својата болест и што и ја обезбедувале неопходната медицинска, социјална и психолошка поддршка.

### 3. Третата страна

28. Хелсиншката фондација за човекови права, невладината организација со седиште во Варшава, Полска, тврдела дека стандардите што се воспоставени од Судот ќе имаат последици за голем број лица заболени од СИДА и дека Судот треба да ја искористи можноста да ги утврди факторите што треба да се земат предвид при одлучувањето за протерување на лице заразено од ХИВ/СИДА. Таквите фактори треба да ги вклучуваат стекнатите права на лицето што било примено во земјата-домаќин и било третирано со антиретровирусна терапија; здравствената состојба на лицето што треба да се депортира, првенствено степенот на зависност од антиретровирусната терапија; достапноста на лекарствата во земјата на потекло на засегнатото лице.

## Б. Процената на Судот

### 1. Општи начела во врска со член 3 и протерувањето

29. Врз основа на постојаната практика на Судот, понижувачкото постапување мора да постигне минимално ниво на сериозност за да биде во опфатот на член 3. Оценувањето на ова минимално ниво на сериозност е релативно; тоа зависи од сите околности на предметот, како што се времетраењето на постапувањето, неговите физички и ментални последици и, во определени случаи, полот, возраста и здравствената состојба на жртвата (видете, меѓу останатите релевантни предмети *Jalloh v. Germany* [GC], бр. 54810/00, § 67, ECHR 2006 г.). Страдањето што произлегува од заболувањето, физичко или ментално,

што се случува природно, може да биде опфатено од член 3, ако тоа е, или е под ризик да биде, влошено од постапување, без оглед дали тоа произлегува од условите на притвор, протерување или други мерки, за кои властите може да се сметаат за одговорни (*Pretty v. the United Kingdom*, 2346/02, § 52, ECHR 2002-III; *Kudła v. Poland* [GC], бр. 30210/96, § 94, ECHR 2000-XI; *Keenan v. the United Kingdom*, бр. 27229/95, § 116, ECHR 2001-III; *Price v. the United Kingdom*, бр. 33394/96, § 30, ECHR 2001-VII).

30. Согласно со судската практика на решените предмети на Судот, во рамките на етаблираното меѓународно право и во согласност со своите обврски од договорите, вклучително и обврските што произлегуваат од Конвенцијата, договорните земји имаат право да го контролираат влезот, престојот и депортирањето на странците. Меѓутоа, протерувањето од страна на договорна земја може да доведе до спорно прашање во смисла на член 3 и оттаму да ја активира одговорноста на таа држава во согласност со Конвенцијата, доколку се покаже дека постојат материјални основи да се верува дека засегнатото лице, доколку биде депортирано, се соочува со реален ризик да биде подложено на постапување што е спротивно на член 3. Во таков случај член 3 имплицира обврска односно лице да не се депортира во таа земја (*Saadi v. Italy* [GC], бр. 37201/06, §§ 124-125, ECHR 2008).

31. Член 3 првенствено се применува за спречување на депортирањето или протерувањето ако ризикот од понижувачко постапување во земјата примател произлегува од намерно извршени дејствија на јавните власти во таа земја, или од недржавни тела кога властите не се способни да му овозможат соодветна заштита на жалителот (*H.L.R. v. France*, пресуда од 29 април 1997 година, *Извештаи* 1997-III, § 32; *Ahmed v. Austria*, пресуда од 17 декември 1996 година, *Извештаи* 1996-IV, § 44).

## 2. Практиката на Судот во однос на член 3 и протерувањето на тешко болните лица

32. Дополнително, покрај овие ситуации и со оглед на основната важност на член 3 во системот на Конвенцијата, Судот во горе цитираниот предмет *D. v. the United Kingdom* (§ 49) си задржал доволна флексибилност за адресирање на примената на член 3 во други контексти што може да се појават, кога изворот на ризикот од ограничениот третман во земјата примател произлегува од фактори што не повикуваат, посредно или непосредно, на одговорност на јавните власти во таа земја, или што, разгледувани поединечно, сами по себе не ги прекршуваат стандардите од член 3.

33. Жалителот во предметот *D. v. the United Kingdom* бил државјанин на Сент Китс кој бил осуден во Обединетото Кралство во врска со кривично дело поврзано со дрога. Кога тој ја одлежал казната затвор во

Обединетото Кралство, властите сакале да го депортираат во Сент Китс. Меѓутоа, до тоа време жалителот веќе бил заболен од СИДА во поодмината фаза. Кога Судот ко разгледувал предметот, неговиот број на „CD4“ клетки бил под 10, тој претрпел тешки и непоправливи оштетувања на својот имунолошки систем и неговата прогноза била многу лоша; изгледало дека тој е пред умирање. Жалителот добивал поддршка и советување за умирањето и оформил врски со своите негуватели. Постоеле докази пред Судот дека здравствените установи во Сент Китс немаат капацитет да му го обезбедат потребниот третман на жалителот и дека тој немал семеен дом или поблиски роднини што може да се грижат за него таму. Судот сметал (§§ 53-54) дека,

„со оглед на овие исклучителни околности и имајќи ја на ум критичната фаза што сега ја има постигнато смртното заболување на жалителот, спроведувањето на одлуката за неговото депортирање во Сент Китс би било еднакво на нечовечно постапување од страна на тужената Држава спротивно на член 3.

... Тужената Држава ја преземала одговорноста за лекување на состојбата на жалителот од август 1994 година. Тој станал зависен од медицинската и палијативната нега што сега ја добива и несомнено е подготвен да се соочи со смртта во средина што му е позната и сочувствителна. Иако не може да се каже дека условите со кои ќе се соочи во земјата примател сами по себе претставуваат кршење на стандардите од член 3, депортирањето би го изложило на реален ризик од умирање во најмачни околности и, оттаму, се сведува на нечовечно постапување.

...

Имајќи го горе наведеното на ум, Судот нагласува дека странците кои ги отслужиле своите затворски казни и се предмет на протерување начелно не може да полагаат какви било права на останување на територијата на договорната земја со цел да користат здравствена, социјална или каков било друг облик на помош што се обезбедувала од страна на земјата која ги протерува во текот на нивниот престој во затвор.

Меѓутоа, во многу исклучителните околности на овој предмет и со оглед на убедливите хуманитарни аспекти што се во прашање, мора да се заклучи дека спроведувањето на одлуката за депортирање на жалителот би претставувало повреда на член 3“.

34. По пресудата во предметот *D. v. the United Kingdom*, Судот никогаш не утврдил повторно дека предложеното депортирање на странец од некоја договорна земја предизвикува повреда на член 3 врз основа на лошото здравје на жалителот.

35. Во предметот *B.B. v. France*, бр. 30930/96, *Извештаи* 1998-VI, жалителот, кој отслужувал казна затвор во Франција, бил заболен од СИДА со акутна имуносупресија. Неговата состојба достигнала поодмината фаза и барало повторена хоспитализација, но се стабилизирала како резултат на антиретровирусната терапија, за која жалителот тврдел дека нема да му биде достапна во неговата родна земја, Демократска Република Конго. Во својот извештај за предметот



Комисијата утврдила дека постоела голема веројатност ако жалителот биде депортиран дека нема да има пристап до терапија наменета за спречување на ширењето на вирусот и дека бројните епидемии што беснеат во неговата земја би го зголемиле ризикот од инфекции. Очекувањето тој сам да се соочи со својата болест, без каква било поддршка од семејството, најверојатно би го оневозможило да го зачува своето човечко достоинство додека се развива болеста. Комисијата заклучила дека неговото депортирање би било еднакво на повреда на член 3. Предметот бил упатен до Судот, но пред Судот да може да го разгледа, француската Влада дала гаранции дека жалителот нема да биде депортиран и, според тоа, предметот бил избришан од агендата на Судот.

36. Во предметот *Karara v. Finland*, бр. 40900/98, одлука на Комисијата од 29 мај 1998 година, подносителот, државјанин на Уганда, бил третиран во Финска за ХИВ инфекција од 1992 година. Комисијата направила разлика меѓу овој предмет и предметите *D. v. the United Kingdom* и *B.B. v France* врз основа на тоа што болеста на жалителот сè уште не постигнала толку напредна фаза за неговото депортирање да се сведе на постапување што е забрането со член 3 и ја прогласила жалбата за недопуштена.

37. Жалителот во предметот *S.C.C. v. Sweden* (одлука), бр. 46553/99, 15 февруари 2000 година, бил државјанин на Замбија на чиешто барање за влез во Шведска, каде што таа претходно живеела и била третирана за ХИВ, било одбиено. Жалителот поднел медицински докази што покажувале дека терапијата за одржување во живот би била многу поуспешна ако таа би добила можност да ја продолжи терапијата во Шведска, бидејќи стандардите за негата и можностите за следење на здравствената состојба во Замбија биле ограничени, во споредба. Судот ја прогласил жалбата за недопуштена врз основа на тоа што, во согласност со извештајот на шведската амбасада во Замбија, истиот вид третман за СИДА бил достапен и таму, иако по значителна цена, како и со оглед на тоа што таму живееле децата како и останатите членови на семејството на жалителот. Земајќи ја предвид сегашната здравствена состојба на жалителот, нејзиното депортирање во Замбија не би значело постапување што е забрането со член 3.

38. Следната година Судот донел пресуда во предметот *Bensaid v. the United Kingdom*, бр. 44599/98, ECHR 2001-I. Жалителот, државјанин на Алжир, бил шизофреничар кој добивал медицински третман за својата болест неколку години во Обединетото Кралство. Судот едногласно ја отфрлил жалбата во согласност со член 3 и го утврдил следново (§§ 36-40):

„Во овој предмет, подносителот бил болен од долготрајно ментално заболување, шизофренија. Моментално тој прима лек, оланзапин, кој му помага да се справи со симптомите на болеста. Ако се врати во Алжир, овој лек нема

повеќе да му биде достапен бесплатно како надворешен пациент. Тој не е претплатник на ниеден фонд за социјално осигурување и не може да бара поврат на средствата. Меѓутоа, лекот би му бил достапен доколку биде хоспитализиран и потенцијално би му бил достапен и амбулантно, со плаќање. Исто така, точно е дека веројатно ќе му бидат достапни други лекови што се користат за справување со менталните заболувања. Најблиската болница што обезбедува терапија е во Блида, приближно 75-80 км од селото каде што живее неговото семејство.

Тешкотиите во обезбедувањето на лекот и стресот што е поврзан со враќањето во тој дел од Алжир, каде постои насилство и активен тероризам, според жалителот, сериозно би го загрозиле неговото здравје. Влошувањето на неговото веќе постоечко ментално заболување би можело да вклучува враќање на халуцинациите и психотичните епизоди што вклучуваат самоповредување и повредување на останатите, како и ограничување на неговата општествена функционалност (како, на пр., повлекување и немотивираост). Судот смета дека страдањето што се поврзува со таквото враќање на болеста може, начелно, да биде во опфатот на член 3.

Судот забележува, меѓутоа, дека жалителот се соочува со можноста за враќање на болеста дури и ако остане во Обединетото Кралство, бидејќи неговата болест е долготрајна и бара постојана терапија. Депортирањето неоспорно би го зголемило ризикот, исто како и разликите во достапната лична поддршка и достапноста на терапијата. Жалителот тврдел, конкретно, дека другите лекови со помала веројатност ќе бидат делотворни за неговата состојба, како и дека опцијата за амбулантно лекување треба да се употреби само во краен случај. Сепак, на жалителот му е достапен медицински третман во Алжир. Фактот што условите за жалителот во Алжир би биле помалку поволни од оние што ги ужива во Обединетото Кралство не е одлучувачки од гледна точка на член 3 на Конвенцијата.

Судот смета дека ризикот жалителот да претрпи влошување на својата состојба ако биде вратен во Алжир и дека, ако му се влоши состојбата, тој нема да добива соодветна поддршка или нега во голема мера е шпекулативен. Аргументите во врска со ставот на неговото семејство, како побожни Муслимани, тешкотиите поврзани со патувањето во Блида и влијанието на овие фактори врз неговото здравје се, исто така, шпекулативни. Информациите што беа обезбедени од страните не укажуваат на тоа дека патувањето до болницата е ефективно спречено од состојбата во регионот. Самиот жалител не е веројатна цел на терористичките активности. Дури и ако неговото семејство не поседува автомобил, ова не ја исклучува можноста за организирање на патување на друг начин.

Судот ја прифаќа сериозноста на здравствената состојба на жалителот. Сепак, земајќи го предвид високиот праг што е утврден со член 3, особено кога предметот не се однесува на непосредната одговорност на договорната земја за нанесувањето на повредата, Судот не смета дека постои доволно реален ризик за депортирањето на жалителот во овие околности да биде спротивно на стандардите од член 3. Предметот нема исклучителни околности како предметот *D. v. the United Kingdom* (цитиран погоре), во кој жалителот бил во последните фази на неизлечива болест, СИДА, и немал изгледи за медицинска нега или семејна поддршка во случај на протерување во Сент Китс.“

39. Во предметот *Arcila Henao v. The Netherlands* (одлука), бр. 13669/03, 24 јуни 2003 г., жалителот бил државјанин на Колумбија, на кого, додека ја издржувал казната затвор за криумчарење дрога, било

утврдено дека е ХИВ позитивен и кој бил соодветно третиран со антиретровирусна терапија. Судот утврдил дека моменталната состојба на жалителот била разумна, но и дека состојбата може да се влоши ако се прекине терапијата. Судот забележал дека потребната терапија „начелно“ е достапна во Колумбија, каде живееле таткото и шесте браќа и сестри на жалителот. Судот направил разлика меѓу овој предмет и предметите *D. v. the United Kingdom* и *B.B. v France* (двата цитирани погоре), врз основа на тоа што болеста на подносителот не достигнал поодмината или смртна фаза и затоа што тој имал изгледи за медицинска нега и семејна поддршка во својата земја на потекло. Оттаму, Судот не утврдил дека околностите на ситуацијата на жалителот имале толку исклучителен карактер што неговото протерување би било еднакво на постапување што е забрането со Конвенцијата и затоа ја прогласиле жалбата за недопуштена.

40. Жалителот во предметот *Ndangoya v. Sweden* (одлука), бр. 17868/03, 22 јуни 2004 г., бил државјанин на Танзанија кој бил третиран со антиретровирусна терапија што била успешна и ги намалила нивоата на ХИВ до точката кога тие повеќе не биле забележливи. Се тврдело дека изгледите дека ќе ја добива таа терапија во Танзанија се многу мали и дека прекинувањето на терапијата ќе доведе до релативно брзо влошување на неговиот имунолошки систем, развој на СИДА во рок од една до две години и смрт во рок од три до четири години. Жалбата била прогласена за недопуштена врз основа на тоа што болеста на жалителот не била во поодмината или терминална фаза; соодветниот третман можел да се добие во Танзанија, иако по значителна цена и со ограничена достапност во руралната област од која потекнувал жалителот; и дека тој одржувал определени врски со роднини кои би можеле да му помогнат.

41. Сличен заклучок бил донесен во предметот *Amegnigan v. the Netherlands* (одлука), бр. 25629/04, 25 ноември 2004 г., каде жалителот, кој дошол од Того, бил третиран со антиретровирусна терапија во Холандија. Медицинските докази покажувале дека веднаш што ќе се прекине терапијата тој повторно ќе западне во поодминатата фаза на болеста што, со оглед на нејзиниот неизлечив карактер, ќе значи директна закана за неговиот живот. Извештајот за локалните услови во Того покажал дека, иако третманот бил достапен таму, на лицето што нема здравствено осигурување би му било многу тешко да си го дозволи ако неговите роднини не се способни да дадат финансиска поддршка. Жалбата врз основа на член 3 била прогласена за очигледно неоснована, врз основа на тоа што жалителот не бил во фаза на целосно развиена СИДА и не боледувал од какви било болести поврзани со ХИВ. Иако ја потврдил оцената на специјалистичкиот лекар што го лекувал жалителот дека здравствената состојба на жалителот ќе се влоши ако се

прекине со терапијата, Судот забележал дека соодветна терапија начелно е достапна во Того, иако можеби по значителна цена.

### 3. Начела што треба да се извлечат од судската практика

42. Во кратки црти, Судот забележува дека од предметот *D. v. the United Kingdom* наваму Судот доследно ги применувал следниве начела.

Странците кои се предмет на протерување начелно не може да полагаат какви било права на останување на територијата на договорната земја со цел да користат здравствена, социјална или каков било друг облик на помош што се обезбедува од страна на земјата која ги протерува. Фактот што околностите на жалителот, вклучувајќи го очекуваниот животен век, би се намалиле значително ако тој биде депортиран од договорната земја сам по себе не е доволен да предизвика повреда на член 3. Одлуката за депортирање на странски државјанин што боледува од тешка ментална или физичка болест во земја во која капацитетите за лекување на таа болест се инфериорни во однос на капацитетите што се достапни во договорната земја може да претставува проблем во однос на член 3, но единствено во особено исклучителни случаи, кога хуманитарните причини против депортирањето се убедливи. Во предметот *D.* особено исклучителните околности се состоеле од тоа што жалителот бил критично болен и пред умирање, не можела да се гарантира каква било медицинска или палијативна нега во неговата земја на потекло и тој немал семејство што би било подготвено или способно да се грижи за него или да го издржува, дури ни на основно ниво на обезбедување храна, засолниште или социјална поддршка.

43. Судот не ја исклучува можноста дека може да постојат и други исклучителни случаи каде хуманитарните аспекти се подеднакво убедливи. Меѓутоа, Судот смета дека треба да го задржи високиот праг што е утврден во предметот *D. v. the United Kingdom* и е применуван во неговата последователна судска практика, за кој смета дека е начелно коректен, со оглед на тоа што во таквите предмети наводните идни повреди не би произлегувале од намерни постапки или пропусти на јавните власти или на недржавни тела, туку од болест што се случува природно и од недостигот на доволни средства за справување со таа болест во земјата примател.

44. Иако голем дел од правата содржани во неа имаат импликации од социјална или економска природа, Конвенцијата суштински е наменета за заштита на граѓанските и политичките права (*Airey v. Ireland*, пресуда од 9 октомври 1979 г., Серија А бр. 32, § 26). Покрај тоа, она што е својствено за Конвенцијата во целост е потрагата по правична рамнотежа меѓу барањата од општи интерес на заедницата и барањата за заштита на основните права на поединецот (видете *Soering v. the United Kingdom*, пресуда од 7 јули 1989 година, Серија А бр. 161, § 89).

Постигнувањата во медицинската наука, заедно со социјалните и економските разлики меѓу земјите, повлекуваат дека нивото на третманот што е достапно во договорната земја и во земјата на потекло може да се разликуваат значително. Иако е неопходно, со оглед на основната важност на член 3 во системот на Конвенцијата, за Судот да може да задржи определен степен на флексибилност за да го спречува протерувањето во особено исклучителните случаи, член 3 не предвидува обврска за договорната земја за намалување на таквите диспаритети преку обезбедување бесплатна и неограничена здравствена заштита на сите странски државјани со право на престој во нејзината јурисдикција. Секој спротивен наод би значел преголемо оптоварување за договорните земји.

45. На крајот, Судот забележува дека, без оглед на тоа што оваа жалба, како и повеќето други горе наведени претставки, се однесува на протерувањето на лице со заболување поврзано со ХИВ и СИДА, истите начела мора да се применуваат и во врска со протерувањето на лице заболено со какво било друго сериозно ментално или физичко заболување што се здобива природно и може да предизвика мачење, болки и намален очекуван животен век и бара специјализиран медицински третман што не може да биде толку лесно достапен во земјата на потекло на жалителот, или, пак, што може да биде достапен единствено по значителна цена.

#### *4. Примена на горе наведените начела во овој предмет*

46. Судот забележува уште на самиот почеток дека, иако жалителката побарала, и и бил одбиен азил во Обединетото Кралство, таа не се жалела пред Судот дека нејзиното депортирање во Уганда би ја изложило на ризик од намерно и политички мотивирано нечовечно постапување. Нејзиното барање од член 3 се заснова единствено врз нејзината сериозна здравствена состојба и недостигот од соодветен третман за неа во нејзината родна земја.

47. Во 1998 година на жалителката и биле дијагностицирани две болести поврзани со СИДА-та и високо ниво на имуносупресија. Како резултат на медицинскиот третман што го добивала во Обединетото Кралство, нејзината состојба сега е стабилна. Таа е способна за патување и ќе остане способна ако и сè додека може да ја добива потребната основна терапија. Доказите што биле приложени пред националните судови покажуваат, меѓутоа, дека ако жалителката се лиши од сегашните лекарства, нејзината состојба брзо ќе се влоши и таа ќе страда од лошо здравје, тешкотии, болки и смрт во рок од неколку години (видете ги ставовите 14-17 погоре).

48. Врз основа на информациите што биле прибрани од страна на Светската здравствена организација (видете став 19 погоре), антиретровирусната терапија е достапна во Уганда, иако поради

недостигот од ресурси ја добиваат само половина од оние на кои им е потребна. Жалителката тврди дека таа не би имала доволно средства за терапијата и дека таа не би и била достапна во руралното подрачје од коешто таа доаѓа. Излегува дека таа има семејство во Уганда, иако тврди дека тие не би биле подготвени или способни да се грижат за неа ако е тешко болна.

49. Властите во Обединетото Кралство и обезбедиле на жалителката здравствена и социјална помош на трошок на државата во текот на периодот од девет години што бил потребен за решавање на нејзиното барање за азил и жалбите врз основа на членовите 3 и 8 на Конвенцијата од страна на домашните судови и овој Суд. Меѓутоа, ова само по себе не повлекува обврска за тужената Држава да продолжи да се грижи за неа на овој начин.

50. Судот прифаќа дека квалитетот на животот на жалителката и нејзиниот очекуван животен век ќе бидат погодени доколку таа биде вратена во Уганда. Меѓутоа, жалителката сега не е критично болна. Брзината на влошувањето на здравјето што таа ќе го претрпи, како и степенот до кој таа ќе биде во можност да добие пристап до медицински третман, поддршка и нега, вклучувајќи ја поддршката од роднините, мора да вклучуваат определен степен на претпоставки, особено со оглед на постојаните промени на состојбата во однос на лекувањето на ХИВ и СИДА во светски рамки.

51. Според мислењето на судот, предметот на жалителката не може да се разликува од предметите што се цитирани во ставовите 36-41 погоре. Предметот не открива особено исклучителни околности, како предметот *D. v. the United Kingdom* (цитиран погоре) и спроведувањето на одлуката за депортирање на жалителката во Уганда не предизвикува повреда на член 3 на Конвенцијата.

### III. НАВОДНА ПОВРЕДА НА ЧЛЕН 8 НА КОНВЕНЦИЈАТА

52. Жалителката тврдела дека во согласност со член 8 околностите со кои ќе се соочи по своето враќање во Уганда ќе го загрозат нејзиното право на почитување на нејзиниот приватен живот.

53. Судот не смета дека произлегуваат какви било посебни прашања во согласност со член 8 на Конвенцијата. Оттаму, нема потреба да се разгледува оваа жалба.

## ПОРАДИ ОВИЕ ПРИЧИНИ, СУДОТ

1. Едногласно ја прогласува жалбата за допуштена;

2. *Заклучува*, со четиринаесет гласа за и три гласа против дека не би имало повреда на член 3 на Конвенцијата во случај на депортирање на жалителката во Уганда;
3. *Заклучува*, со четиринаесет гласа за и три гласа против, дека нема потреба за посебно разгледување на жалбата врз основа на член 8 на Конвенцијата.

Изготвена на англиски и француски јазик и донесена на јавна расправа во Зградата за човекови права, Стразбур, на 27 мај 2008 година.

Michael O'BOYLE  
Заменик секретар

Jean-Paul COSTA  
Претседател





**© Совет на Европа/Европски суд за човекови права, 2012 година.**

Службени јазици на Европскиот суд за човекови права се англискиот и францускиот јазик. Овој превод е нарачан со поддршка од Повереничкиот фонд за човекови права на Советот на Европа ([www.coe.int/humanrightstrustfund](http://www.coe.int/humanrightstrustfund)). Тој не е обврзувачки за Судот, ниту пак Судот презема каква било одговорност за неговиот квалитет. Преводот може да се преземе од HUDOC базата на податоци за судската практика на Европскиот суд за човекови права (<http://hudoc.echr.coe.int>) или од кој било друга база на податоци на која што Судот го има отстапено преводот. Преводот може да се репродуцира за некомерцијални цели под услов ако се цитира целосниот наслов на предметот, заедно со ова известување за авторските права и упатување до Повереничкиот фонд за човекови права. Ако се планира да се искористи кој било дел од преводот за комерцијални цели, ве молиме обратете се кај [publishing@echr.coe.int](mailto:publishing@echr.coe.int).

**© Council of Europe/European Court of Human Rights, 2012.**

The official languages of the European Court of Human Rights are English and French. This translation was commissioned with the support of the Human Rights Trust Fund of the Council of Europe ([www.coe.int/humanrightstrustfund](http://www.coe.int/humanrightstrustfund)). It does not bind the Court, nor does the Court take any responsibility for the quality thereof. It may be downloaded from the HUDOC case-law database of the European Court of Human Rights (<http://hudoc.echr.coe.int>) or from any other database with which the Court has shared it. It may be reproduced for non-commercial purposes on condition that the full title of the case is cited, together with the above copyright indication and reference to the Human Rights Trust Fund. If it is intended to use any part of the translation for commercial purpose, please contact [publishing@echr.coe.int](mailto:publishing@echr.coe.int).

**© Conseil de l'Europe/Cour européenne des droits de l'homme, 2012.**

Les langues officielles de la Cour européenne des droits de l'homme sont le français et l'anglais. La présente traduction a été effectuée avec le soutien du Fonds fiduciaire pour les droits de l'homme du Conseil de l'Europe ([www.coe.int/humanrightstrustfund](http://www.coe.int/humanrightstrustfund)). Elle ne lie pas la Cour, et celle-ci décline toute responsabilité quant à sa qualité. Elle peut être téléchargée à partir de HUDOC, la base de jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (<http://hudoc.echr.coe.int>), ou de toute autre base de données à laquelle HUDOC l'a communiquée. Elle peut être reproduite à des fins non commerciales, sous réserve que le titre de l'affaire soit cité en entier et s'accompagne de l'indication de copyright ci-dessus ainsi que de la référence au Fonds fiduciaire pour les droits de l'homme. Toute personne souhaitant se servir de tout ou partie de la présente traduction à des fins commerciales est invitée à le signaler à l'adresse suivante: [publishing@echr.coe.int](mailto:publishing@echr.coe.int).