

**Совет по правам человека****Сороковая сессия**

25 февраля – 22 марта 2019 года

Пункты 2 и 3 повестки дня

**Ежегодный доклад Верховного комиссара  
Организации Объединенных Наций по правам  
человека и доклады Управления Верховного  
комиссара и Генерального секретаря****Поощрение и защита всех прав человека,  
гражданских, политических, экономических,  
социальных и культурных прав, включая  
право на развитие****Абилитация и реабилитация в соответствии  
со статьей 26 Конвенции о правах инвалидов****Доклад Управления Верховного комиссара Организации  
Объединенных Наций по правам человека\****Резюме*

В настоящем докладе, представленном в соответствии с резолюцией 37/22 Совета по правам человека, приводится обзор обязательства обеспечивать абилитацию и реабилитацию на основании статьи 26 Конвенции о правах инвалидов. В нем содержатся рекомендации относительно основанного на правах человека подхода к абилитации и реабилитации инвалидов и рекомендации, призванные помочь государствам в выполнении их обязательств по международному праву в области прав человека.

\* В силу обстоятельств, не зависящих от стороны, представившей настоящий доклад, было принято решение выпустить его после установленной даты публикации.



---

## Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	3
II. Понимание абилитации и реабилитации.....	4
A. Международно-правовые рамки абилитации и реабилитации .....	4
B. Формы реабилитационных мероприятий .....	5
III. Разъяснение обязательства предоставлять абилитацию и реабилитацию .....	8
A. Элементы реабилитации .....	8
B. Обеспечение применения правозащитного подхода к реабилитации.....	10
IV. Меры по осуществлению.....	14
A. Политические и правовые рамки.....	14
B. Координация .....	15
C. Квалифицированный персонал широкого профиля в области реабилитации.....	16
D. Механизмы финансирования.....	16
E. Информационно-просветительская работа .....	17
F. Исследования и данные.....	17
V. Выводы и рекомендации .....	18

## I. Введение

1. В своей резолюции 37/22 Совет по правам человека просил Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека подготовить свое следующее ежегодное тематическое исследование о правах инвалидов, посвященное статье 26 Конвенции о правах инвалидов, которое должно быть представлено до его сороковой сессии.

2. В статье 26 предусмотрено, что государства-участники должны принимать меры по абилитации и реабилитации, чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. Государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания (пункт 1 статьи 26). Государства-участники также обязаны поощрять наличие, знание и использование относящихся к абилитации и реабилитации ассистивных устройств и технологий (далее «ассистивные средства»), предназначенных для инвалидов (пункт 3 статьи 26).

3. В настоящем докладе абилитация и реабилитация рассматриваются с точки зрения прав человека инвалидов, в том числе применительно к устранению отношенческих и средовых барьеров, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими (Конвенция, пункт е) преамбулы). Для того, чтобы понять масштабы и роль абилитации и реабилитации по сравнению с другими стимулирующими мерами, они рассматриваются в контексте широкого круга стратегий, принятых в Конвенции для обеспечения и поощрения полной автономии, независимости и социальной интеграции инвалидов, включая доступность и разумное приспособление, повышение осведомленности, инклюзивное образование, а также доступ к правосудию, поддержке при принятии решений и вспомогательным услугам на дому, в местах проживания и в рамках общин. В докладе также говорится о необходимости разграничения действий, связанных с реабилитацией, и более широких общинных стратегий развития по включению инвалидов в жизнь общества.

4. Для целей настоящего доклада под абилитацией и реабилитацией понимают комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию функционирования отдельных лиц с физическими и психическими недостатками в процессе взаимодействия с окружающей их средой. Абилитация направлена на то, чтобы сформировать у лиц с врожденными или приобретенными в раннем возрасте пороками развития способность вести нормальную жизнь, несмотря на имеющиеся патологии. Цель реабилитации в строгом смысле состоит в том, чтобы помочь максимально восстановить утраченные в результате болезни функции и научиться заново выполнять повседневные действия. За счет восстановления или формирования новых или компенсации утраченных способностей, или же компенсации отсутствия каких-либо способностей или их функциональных ограничений меры по абилитации и реабилитации в конечном итоге обеспечивают инвалидам возможность добиться более высокого уровня самостоятельности. Хотя реабилитация имеет особое значение для лиц с инвалидностью, не все инвалиды нуждаются в абилитации и реабилитации. В настоящем докладе термин «реабилитация» используется для обозначения как абилитации, так и реабилитации, за исключением случаев, когда речь идет о конкретных аспектах абилитации.

5. В ходе подготовки настоящего доклада всем государствам-членам была направлена вербальная нота с просьбой о предоставлении информации; в результате письменные материалы были получены от 17 государств. Также были получены материалы от организаций гражданского общества. Кроме того, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека провело 5 и 6 ноября 2018 года в Женеве личные консультации для обсуждения основных аспектов доклада. Полученные материалы и резюме этих встреч будут

размещены на веб-сайте Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека<sup>1</sup>.

## II. Понимание абилитации и реабилитации

### A. Международно-правовые рамки абилитации и реабилитации

6. Доступ к услугам по реабилитации давно считается неотъемлемым элементом права на здоровье. Несмотря на отсутствие конкретного упоминания реабилитации в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам разъяснил в пункте 34 своего замечания общего порядка № 5 (1994 год) о лицах с какой-либо формой инвалидности, что право на физическое и психическое здоровье также подразумевает право доступа к медицинским и социальным услугам, и что таким лицам должны быть предоставлены услуги по реабилитации, с тем чтобы позволить им достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности. В своем более позднем замечании общего порядка № 14 (2000 год) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья (пункт 17) Комитет подтвердил, что создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни, как это предусмотрено в пункте 2 d) статьи 12 Пакта, включает в себя обеспечение равного и своевременного доступа к базовым профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам здравоохранения.

7. Реабилитация также признается элементом возмещения ущерба жертвам серьезных нарушений прав человека. В частности, в соответствии с Конвенцией против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания жертвам пыток гарантируется подкрепляемое правовой санкцией право на справедливую и адекватную компенсацию, включая средства для возможно более полной реабилитации (статья 14 (1)). Право жертв на реабилитацию признается в условиях сексуального насилия (A/70/222, пункт 25), торговли людьми (A/HRC/7/8) и рабства (A/HRC/24/43, пункты 62–66).

8. Конвенция о правах ребенка стала первым договором в области прав человека Организации Объединенных Наций, предусматривающим четко выраженное обязательство предоставлять услуги по реабилитации инвалидам. В соответствии со статьей 23 государства обязаны обеспечить неполноценным детям эффективный доступ к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступ к средствам отдыха. В этой статье реабилитация рассматривается отдельно от медицинского обслуживания. Уже давно признано, что реабилитация инвалидов не ограничивается медицинским контекстом<sup>2</sup>.

9. В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов признается и укрепляется межсекторальный подход к реабилитации. В ходе разработки Конвенции первоначальное предложение рассмотреть вопрос о реабилитации в одном положении со здоровьем было быстро отвергнуто. В Специальном комитете по всеобъемлющей и единой международной конвенции о защите и поощрении прав и достоинства инвалидов было достигнуто общее понимание того, что реабилитация включает социальный, образовательный, связанный с профессиональной подготовкой и другие не имеющие отношения к здоровью компоненты. В конечном итоге было сочтено, что наиболее подходящим решением будет включение отдельной статьи, посвященной реабилитации.

10. Хотя элементы реабилитации присутствуют и в других статьях Конвенции, статья 26 подчеркивает ее значение как важной стратегии для обеспечения интеграции

<sup>1</sup> [www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/StudiesReportsPapers.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/StudiesReportsPapers.aspx).

<sup>2</sup> Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), «Комитет экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации: второй доклад» (Женева, 1969 год), пункт 6. См. также Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, правило 3.

и участия инвалидов в целях достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. Результатом этого является создание единых основ для оказания скоординированных и комплексных услуг реабилитации, предоставляемых на добровольной, индивидуальной и общинной основе. Услуги и программы должны реализовываться на как можно раннем этапе и должны быть основаны на многопрофильной оценке при поддержке участия и вовлеченности. Статья 26 также требует, чтобы государства-участники поощряли развитие начального и последующего обучения специалистов и персонала, работающих в сфере абилитационных и реабилитационных услуг, а также поощряли наличие, знание и использование ассистивных устройств и технологий.

11. Статья 25 прямо гарантирует реабилитацию по состоянию здоровья в качестве одного из элементов права на здоровье, требуя, чтобы государства-участники принимали все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, включая реабилитацию по состоянию здоровья. Статья 16 обязывает государства-участники содействовать реабилитации инвалидов, ставших жертвами эксплуатации, насилия или надругательства. В статье 27 поощрение профессиональной реабилитации указано в качестве одного из позитивных обязательств государств-участников, касающихся права инвалидов на труд. В контексте права на образование в пункте 3 статьи 24 перечислены меры, направленные на то, чтобы наделять инвалидов возможностью осваивать жизненные и социализационные навыки, чтобы облегчить их полное и равное участие в процессе образования и в качестве членов местного сообщества, которые можно рассматривать как абилитацию и реабилитацию. Статья 20 требует от государств-участников содействовать доступу инвалидов к средствам, облегчающим мобильность, устройствам и ассистивным технологиям, в то время как предоставление более широкого спектра ассистивных технологий и устройств является одним из общих обязательств, предусмотренных статьей 4.

## **В. Формы реабилитационных мероприятий**

12. Реабилитация включает в себя широкий круг функциональных мероприятий как медицинского, так и немедицинского характера. Например, некоторые люди могут нуждаться в реабилитации для того, чтобы приобрести или восстановить утраченные навыки, например научиться ходить, по-новому выполнять повседневные действия, например одеваться или мыться, или общаться в случае нарушений речи. Реабилитация предназначена не только для лиц с физическими нарушениями. Так, например, жертвы пыток, сексуальной эксплуатации и торговли людьми могут нуждаться в психосоциальной реабилитации в форме консультаций, поддержки со стороны «товарищей по несчастью» и других мер.

13. Реабилитация – это эволюционирующее понятие, она неразрывно связана с благоприятными или ограничительными условиями физической среды. Процессы реабилитации включают в себя меры в отношении непосредственного окружения соответствующего лица, в частности предоставления средств коммуникации, доступных элементов в домашней обстановке лица (например, установление поручней в туалете) или на рабочем месте (например, наличие доступного программного обеспечения).

14. Не всегда ясно, где заканчивается реабилитация и начинаются другие виды поддержки. Проведение различия между ними способствует совершенствованию разработки и осуществления программ. Например, лицу может потребоваться реабилитация на дому, включая доступ к ассистивным средствам и личной помощи, чтобы внести свой вклад в этот процесс. В то же время эти услуги и средства могут

содействовать участию лица в жизни общества вне рамок процесса реабилитации и должны быть также доступны после окончания реабилитации<sup>3</sup>.

## 1. Реабилитационные мероприятия, связанные с охраной здоровья

15. Реабилитация по состоянию здоровья определяется как комплекс мер, направленных на оптимизацию функционирования и сокращение степени инвалидности лиц с нарушениями здоровья в процессе их взаимодействия с окружающей средой<sup>4</sup>. Реабилитационные мероприятия отличаются от других видов медицинского вмешательства тем, что реабилитация не направлена на лечение или устранение основных причин заболевания или контролирование течения болезни.

16. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует обеспечить доступность услуг реабилитации по состоянию здоровья как на уровне общины, так и в условиях стационара<sup>5</sup>. Как показывает практика, реабилитационные услуги, предоставляемые на дому или на уровне общины, как правило, дают более эффективные результаты, и многие пациенты предпочитают проходить реабилитацию на дому и более позитивно воспринимают именно такой вид реабилитации<sup>6</sup>. Наличие реабилитационных услуг в условиях стационара позволяет начать необходимые процедуры на как можно более раннем этапе, что может ускорить выздоровление и улучшить результаты лечения<sup>7</sup>. Кроме того, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в стационарах должны иметься специализированные отделения реабилитации для лиц с особыми потребностями<sup>8</sup>. Необходимость обеспечения наличия отделений реабилитации в стационарах не следует путать с концентрацией реабилитационных услуг для инвалидов в специализированных учреждениях. Такая практика несовместима с Конвенцией, поскольку помещение в специализированные учреждения, даже на основании необходимости восстановления здоровья, противоречит статьям 26 и 19 (A/73/161, пункт 58)<sup>9</sup>.

17. По мнению Специального докладчика по вопросу о правах инвалидов доступ к существенно важным услугам абилитации и реабилитации и ассистивным устройствам следует рассматривать в качестве основных обязательств, которые не подлежат постепенному осуществлению (A/73/161, пункт 18). Обязательство по обеспечению доступа к услугам оздоровительной реабилитации инвалидов на недискриминационной основе – это основное обязательство, подлежащее незамедлительному выполнению<sup>10</sup>.

## 2. Мероприятия по немедицинской реабилитации

18. Помимо охраны здоровья, статья 26 гарантирует доступ к реабилитации в таких областях, как занятость, образование и социальные услуги, которые могут быть не связаны со здравоохранением. Мероприятия немедицинского характера могут проводиться в реабилитационных центрах, а могут осуществляться и в других условиях. Так, например, навыки пространственной ориентации можно формировать в реабилитационных центрах и школах. Профессиональная реабилитация может проводиться в специальном учебном центре или непосредственно на рабочем месте. Поскольку реабилитация представляет собой межсекторальный и зависящий от

<sup>3</sup> См. *X.M. против Швеции* (CRPD/C/7/D/3/2011), пункты 8.8 и 8.9, касающиеся нарушения обязательств обеспечивать реабилитацию в соответствии со статьей 26 и оказывать поддержку согласно статье 19 Конвенции.

<sup>4</sup> WHO, *Rehabilitation in Health Systems* (Geneva, 2017), p. 35.

<sup>5</sup> Ibid., pp. 17–18.

<sup>6</sup> Ibid., p. 17.

<sup>7</sup> Ibid., p. 18.

<sup>8</sup> Ibid., p. 21.

<sup>9</sup> См. также принятое Комитетом по правам инвалидов замечание общего порядка № 5 (2017 год) о самостоятельном образе жизни и вовлеченности в местное сообщество, пункты 21 и 30.

<sup>10</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 43 а).

внешних условий процесс, она должна быть адаптирована к потребностям конкретного лица и быть гибкой в плане достижения ожидаемых результатов.

19. Профессиональная реабилитация в Конвенции не определена. В прошлом под профессиональной реабилитацией часто понимался широкий комплекс мер, касающихся занятости инвалидов<sup>11</sup>. В Конвенции использован более узкий подход к роли и месту профессиональной реабилитации в осуществлении права инвалидов на труд, и она привязана к программам сохранения рабочих мест и возвращения на работу (пункт 1 к) статьи 27) в целях оказания поддержки тем лицам, которые приобрели инвалидность во время трудовой деятельности, для их интеграции на равной основе с другими. Профессиональная реабилитация включает такие меры, как консультации по вопросу о возвращении на работу, поддержка самоконтроля за состоянием здоровья, адаптация, связанная с медицинскими и психологическими последствиями инвалидности, психосоциальные мероприятия, оценка функциональных и трудовых возможностей, а также консультирование по вопросам карьеры, анализ занятости, услуги по поиску работы и трудоустройству.

20. Следует признать, что не все услуги, в которых нуждаются инвалиды для лучшей интеграции в жизнь своих общин, связаны с реабилитацией. Так, например, для того, чтобы выйти на рынок труда, они могут воспользоваться правом на инклюзивное образование (включая равный доступ к общему высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни в соответствии с пунктом 5 статьи 24) и возможностью доступа к общим программам технической и профессиональной ориентации, службам трудоустройства, разумному приспособлению и иной поддержке, предусмотренным в пункте 1 статьи 27, которые не следует рассматривать в качестве реабилитационных услуг.

21. В контексте образования меры по реабилитации могут осуществляться в рамках мер, которые обеспечивают инвалидов возможностью осваивать жизненные и социализационные навыки, чтобы облегчить их полное и равное участие в процессе образования и в качестве членов местного сообщества, в частности содействие освоению азбуки Брайля, альтернативных шрифтов, усиливающих и альтернативных методов, способов и форматов общения, а также навыков ориентации и мобильности (пункт 3 статьи 24). В Ирландии, например, Департамент образования и навыков предоставляет целый ряд мер поддержки для содействия участию инвалидов в основной системе образования от начального до высшего и дальнейшего образования, включая предоставление услуг учителей-методистов, логопедов, трудовой терапии и ассистивных технологий.

22. Национальная практика свидетельствует о том, что некоторые реабилитационные услуги могут быть интегрированы в системы социальной защиты. Например, в Германии проводятся различия между медицинской реабилитацией, содействием профессиональной интеграции и помощью в социальной интеграции. Последняя включает в себя предоставление немедицинских и не связанных с профессиональным обучением вспомогательных средств, помощи в развитии практических знаний и навыков, необходимых для максимально широкого участия в жизни общества, и помощи в получении, адаптации, обстановке и содержании жилья, отвечающего конкретным требованиям.

### **3. Реабилитация как составляющая процесса комплексного развития на уровне общин**

23. Как указывалось выше, следует признать, что не все стратегии и услуги, содействующие интеграции инвалидов в жизнь общины, связаны с реабилитацией. Термин «реабилитация» стал широко использоваться для обозначения мер политики, направленных на интеграцию инвалидов, или политики, связанной с проблемами инвалидности, в целом. Это связано с контекстом, в котором возникли абилитация и

<sup>11</sup> Рекомендация 1955 года о переквалификации инвалидов Международной организации труда (№ 99); см. также Конвенцию 1983 года о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (№ 159).

реабилитация, когда стратегии и политика, связанные с инвалидами, были направлены в первую очередь на «исправление» инвалидности лица в качестве обязательного условия для участия в жизни общества. Использование термина «реабилитация» в таком широком смысле является возвращением к медицинской модели инвалидности, поэтому применение этого термина в таком смысле устарело и несовместимо с Конвенцией и может приводить к увековечиванию стереотипов в отношении инвалидов.

24. В последние годы такие общие концепции, как стратегии, отражающие интересы инвалидов (A/71/314), и инклюзивное развитие на уровне общин, использовались для определения рамок широкого спектра стратегий и мер, связанных с инвалидностью, одним из многих элементов которых является реабилитация по смыслу статьи 26 Конвенции. Например, реабилитация на базе общин превратилась из стратегии, направленной на расширение доступа инвалидов к услугам по реабилитации на уровне общин в условиях ограниченных ресурсов, в межсекторальную стратегию в рамках общего общинного развития в целях достижения равенства и социальной интеграции. Хотя реабилитация на уровне общин гораздо шире, чем реабилитация по смыслу Конвенции, стратегия по-прежнему отождествляется с реабилитационными услугами. Инклюзивное развитие на уровне общин опирается на реабилитацию на базе общин, принципы которой используются в качестве ключевого инструмента для ее осуществления<sup>12</sup>. Для более эффективной оценки результатов общинной реабилитации и общинного инклюзивного развития необходимы дальнейшие исследования и разработка методологических рамок с точки зрения прав инвалидов<sup>13</sup>.

### III. Разъяснение обязательства предоставлять абилитацию и реабилитацию

#### A. Элементы реабилитации

##### 1. Индивидуальный подход к реабилитации

25. Статья 26 (1) Конвенции гласит, что реабилитационные услуги и программы должны быть основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида. Реабилитационные мероприятия должны осуществляться с учетом индивидуальных планов восстановления, ориентированных на человека и достижение конкретных целей и пригодных для достижения поставленных целей. Доступ к услугам по реабилитации должен основываться на фактических потребностях лица и не должен зависеть от официального признания данного лица инвалидом.

26. Реабилитационные мероприятия, как правило, направлены на полное или частичное восстановление, и поэтому обычно проводятся в течение ограниченного срока. Целесообразно устанавливать определенные временные рамки индивидуальных планов реабилитации. Вместе с тем некоторым инвалидам для поддержания определенного уровня функциональности требуется долгосрочная или непрерывная реабилитация. В таких случаях также целесообразно регулярно пересматривать план реабилитации для корректировки поставленных целей на каждом этапе серии циклов. Установление сроков не должно приводить к прерыванию или прекращению необходимой реабилитации.

<sup>12</sup> См. [www.cbm.org/Community-Based-Inclusive-Development-250825.php](http://www.cbm.org/Community-Based-Inclusive-Development-250825.php).

<sup>13</sup> См., inter alia, Valentina Iemmi and others, *Community-based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*, Campbell Systematic Reviews, 2015:15 (Oslo, Campbell Collaboration, 2015); Marie Grandisson, Michèle Hébert and Rachel Thibeault, «A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation», *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, No. 4 (2014), pp. 265–275; и Sally Hartley and others, «Community-based rehabilitation: opportunity and challenge», *Lancet*, vol. 374, No. 9,704 (28 November 2009), pp. 1,803–1,804.

## 2. Принятие мер на ранней стадии

27. В пункте 1 статьи 26 в знак признания важности принятия мер на ранней стадии предусмотрено, что абилитационные и реабилитационные услуги и программы должны начинаться реализовываться как можно раньше. Хотя оказание ранней помощи имеет большое значение для всех, оно особенно важно для детей-инвалидов с врожденными или приобретенными в раннем детстве нарушениями. Принятие мер на ранней стадии, в том числе при помощи ассистивных устройств и технологий, позволяет выявить риски, связанные с задержками в развитии, сократить пробелы в развитии и улучшить успеваемость ребенка, а также сокращает потребность в других видах поддержки и обеспечивает целенаправленную абилитацию (A/71/314, пункт 44).

28. Государствам следует создавать механизмы раннего выявления и индивидуальной оценки потребностей в поддержке развития и обучения и обеспечивать ориентированные на семью и ребенка комплексные абилитацию и поддержку, с тем чтобы помочь детям в полной мере реализовать свой потенциал. С учетом уважения развивающихся способностей детей-инвалидов и для того, чтобы содействовать самостоятельному принятию ими решений, необходимо предоставить детям-инвалидам возможность участвовать в их абилитации и реабилитации с самого раннего возраста<sup>14</sup>. Механизмы принятия мер на ранней стадии не должны укреплять медицинскую модель инвалидности, которая ведет к сегрегации и исключению из системы образования и других основных услуг.

## 3. Ассистивные средства

29. В соответствии с пунктом 3 статьи 26 государства-участники обязаны поощрять наличие, знание и использование относящихся к абилитации и реабилитации ассистивных устройств и технологий, предназначенных для инвалидов. Доступ к ассистивным средствам гарантируется также в рамках общих обязательств государств-участников в соответствии со статьей 4 (1) h) и g), в контексте индивидуальной мобильности в статье 20 (облегчение доступа инвалидов к качественным средствам, облегчающим мобильность, устройствам, ассистивным технологиям, в том числе за счет их предоставления по доступной цене), а также как часть права на социальную защиту в соответствии со статьей 28 (обеспечение доступа к надлежащим и недорогим услугам, устройствам и другой помощи для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью).

30. ВОЗ определила ассистивные устройства как любое внешнее изделие (включая устройства, оборудование, инструменты или программное обеспечение), специально изготовленное или широко имеющееся в наличии, главная цель которого состоит в поддержании или улучшении функционирования и независимости индивида, содействуя тем самым его благополучию, а также для предотвращения ухудшения состояния и вторичных состояний здоровья<sup>15</sup>. Ассистивные средства позволяют отдельным лицам выполнять действия, которые они не смогли бы выполнить без них, либо повысить уровень удобства и безопасности при выполнении этих действий (A/71/314, пункт 44). Инвалидные коляски, ходунки, протезы, слуховые аппараты, устройства аварийной сигнализации, очки, программы распознавания речи, коммуникационные панели и синтезаторы речи – все это примеры ассистивных средств.

31. Несмотря на отсутствие подробных данных о неудовлетворенных потребностях в ассистивных технологиях, имеются свидетельства того, что многие инвалиды во всем мире не имеют доступа к базисным вспомогательным устройствам даже в странах с высоким уровнем дохода<sup>16</sup>. Для обеспечения доступности ассистивных средств государствам следует включать вспомогательные устройства в сферу охвата государственного медицинского страхования и/или систем социальной защиты и рассмотреть другие меры по сокращению затрат, такие как отмена ввозных пошлин и

<sup>14</sup> Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 12 (2009 год) о праве ребенка быть заслушанным, пункт 21.

<sup>15</sup> WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 35.

<sup>16</sup> ВОЗ, Список приоритетных вспомогательных устройств, май 2016 года, стр. 3.

налогов на ассистивные средства и технологии, которые не производятся в стране, поддержка местных предприятий, которые производят вспомогательные устройства, путем предоставления субсидий, займов и налоговых льгот или улучшение системы управления затратами и закупками (A/71/314, пункт 47).

32. Вспомогательные устройства должны соответствовать окружающим условиям и подходить пользователю. Наличие доступного медицинского наблюдения и технического обслуживания на местном уровне имеет большое значение для обеспечения безопасного и эффективного использования (там же, пункт 46). Подготовленный персонал имеет важное значение для правильного назначения, приспособления, обучения пользователя, контроля и обслуживания вспомогательных устройств<sup>17</sup>.

#### 4. Поддержка со стороны других инвалидов

33. В пункте 1 статьи 26 говорится, что реабилитационные услуги принимаются в том числе при поддержке со стороны других инвалидов. Такая поддержка может быть определена как социальная, эмоциональная или практическая помощь, которую могут оказывать друг другу лица с опытом инвалидности. Государства должны признавать добровольный характер такой деятельности и всецело уважать право на свободу ассоциации и выражения мнений групп взаимопомощи, принимая при этом позитивные меры для поддержки и поощрения реабилитационных услуг, осуществляемых самими инвалидами<sup>18</sup>. Поддержка, предоставляемая в форме групп самопомощи, оказалась эффективной стратегией для предоставления определенных форм реабилитации в странах с низким уровнем дохода в рамках развития общины<sup>19</sup>.

34. Преимущества поддержки со стороны других инвалидов получили широкое признание. Опыт показывает, что такая поддержка может быть успешно интегрирована в различных формах в комплексные программы реабилитации. Она может быть самостоятельным средством осуществления определенных видов вмешательств, оказания поддержки или помощи с некоторыми элементами реабилитации, такими, как, например, информационно-просветительские кампании. Инвалиды могут также работать совместно со специалистами, в том числе в медицинских учреждениях, помогая в налаживании коммуникации между пациентом и реабилитационным персоналом и в преодолении таких барьеров, как «приобретенная беспомощность», страх и недоверие<sup>20</sup>.

## В. Обеспечение применения правозащитного подхода к реабилитации

### 1. Свободное и информированное согласие

35. Все реабилитационные услуги и программы должны быть добровольными и основанными на свободном и осознанном согласии<sup>21</sup>. Для этого требуется, чтобы лица получали адекватную информацию о планируемых мероприятиях доступным и понятным им образом и могли сделать свободный выбор по этому вопросу. Информация, предоставляемая реабилитационным персоналом, должна включать полное и беспристрастное объяснение показаний для планируемых мероприятий, ожидаемых результатов, в том числе потенциальных выгод и рисков, используемых методов (включая возможную продолжительность и периодичность сессий), последствий отказа от предлагаемых процедур и имеющихся альтернатив. Согласие

<sup>17</sup> ВОЗ, Список приоритетных вспомогательных устройств, стр. 9. См. также WHO, *Rehabilitation in Health Systems* (Geneva, 2017), p. 35.

<sup>18</sup> Например, путем предоставления государственных средств организациям инвалидов, включая организации, возглавляемые детьми и молодежью, или путем организации профессиональной подготовки.

<sup>19</sup> ВОЗ, *Реабилитация на уровне общины: Руководство по РВО, Компонент «Расширение прав и возможностей»* (Женева, 2010 год), стр. 37–47.

<sup>20</sup> ВОЗ, *Реабилитация на уровне общины: Руководство по РВО, Компонент «Здоровье»* (Женева, 2010 год), стр. 55.

<sup>21</sup> Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 5, пункт 90.

дается не раз и навсегда, а подлежит регулярному пересмотру в целях подтверждения того, что желание лица осталось неизменным, особенно в тех случаях, когда изменились обстоятельства. Лицо имеет право как отказаться от получения услуг в любое время, так и возобновить свое участие в этом процессе.

36. Все взрослые-инвалиды, включая лиц с умственными или психосоциальными расстройствами, должны пользоваться полной самостоятельностью в принятии решений относительно реабилитационных мер. Практика ограничения или лишения правоспособности лица по причине инвалидности и передачи полномочий по принятию решений третьей стороне (например, опекуну) противоречит статье 12 Конвенции, что распространяется и на реабилитацию<sup>22</sup>. Некоторые инвалиды могут обращаться за поддержкой, в том числе со стороны товарищей по несчастью, для принятия решений в отношении их реабилитации (A/HRC/37/56, пункт 27). Механизмы поддержки могут способствовать налаживанию коммуникации между пациентом и реабилитационным персоналом на всех этапах процесса реабилитации, что имеет ключевое значение для принципа свободного и информированного согласия. Кроме того, они могут помогать в оценке возможных вариантов реабилитации (там же, пункт 41).

37. Дети-инвалиды, независимо от их возраста, должны иметь возможность в полной мере участвовать в принятии решений, касающихся их абилитации и реабилитации (Конвенция о правах инвалидов, пункт 3 статьи 7; и статья 12 Конвенции о правах ребенка)<sup>23</sup>. Им необходимо рассказывать о планируемых мероприятиях в понятной и доступной форме. Следует уделять должное внимание мнениям, предпочтениям, пожеланиям и опасениям ребенка в соответствии с его возрастом, уровнем зрелости и развивающимися способностями в ходе разработки плана реабилитации или абилитации и в течение всего процесса реабилитации. Лица, предоставляющие реабилитационные услуги, должны создать безопасную, уважительную и инклюзивную среду для содействия участию ребенка<sup>24</sup> и обеспечивать соблюдение права на сохранение своей индивидуальности (Конвенция о правах инвалидов, статья 3 (h)). Дети-инвалиды, ставшие жертвами насилия или злоупотреблений, должны иметь возможность доступа к психологической помощи и реабилитации, как это предусмотрено в статье 16 Конвенции о правах инвалидов, без согласия их родителей или законных опекунов<sup>25</sup>.

38. Реабилитация не может считаться основанной на согласии, если лицо должно согласиться на вмешательство во избежание помещения в специализированное учреждение. Кроме того, прохождение реабилитации не должно быть обязательным условием для получения доступа к социальным пособиям и другим формам социальной защиты (A/70/297, пункт 68).

## 2. Недопущение дискриминации

39. Государства должны обеспечить, чтобы все инвалиды имели доступ к услугам по реабилитации, как государственным, так и частным, на равной основе с другими лицами, независимо от формы инвалидности, пола, возраста, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или других признаков. Необходимо выявлять и устранять множественные и пересекающиеся основания для дискриминации в целях недопущения ситуаций, когда эти лица выпадают из сферы охвата соответствующих стратегий. Любая дискриминация в отношении доступа к услугам по реабилитации должна быть запрещена по закону и исключена из законодательства, политики и практики<sup>26</sup>. Дискриминационная по своей природе практика, влияющая на то, каким образом осуществляется реабилитация инвалидов, например институционализация, субститутивная модель принятия

<sup>22</sup> Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 1 (2014 год) о равенстве перед законом, пункт 41.

<sup>23</sup> См. также пункт 100 замечания общего порядка № 12 Комитета по правам ребенка.

<sup>24</sup> Там же, пункты 22, 23 и 25.

<sup>25</sup> Там же, пункт 101.

<sup>26</sup> A/HRC/34/58, пункты 65–66; см. также A/73/161, пункты 58–60.

решений и раздельное образование, должна быть упразднена, а до достижения этой цели следует немедленно прекратить ее применение в контексте реабилитации.

40. Разумное приспособление также является неотъемлемой частью принципа недискриминации и, следовательно, безотлагательным обязательством (A/73/161, пункт 58). Разумное приспособление может включать изменения и корректировки в деле оказания реабилитационных услуг для удовлетворения конкретных потребностей отдельных лиц. Оно может также включать в себя корректировки, не связанные непосредственно с поставщиками реабилитационных услуг, например в школе или на рабочем месте данного лица, призванные обеспечить получение необходимой реабилитации (например, гибкие часы работы или дополнительные занятия для компенсации пропущенных уроков), или быть непосредственным компонентом их реабилитационной программы (например, изменения в условиях работы или должностных обязанностях данного лица).

### 3. Наличие и доступность

41. Абилитационные и реабилитационные услуги во всех видах реабилитации, а также ассистивные устройства должны иметься в достаточном количестве для полного удовлетворения существующих потребностей. Во многих странах сохраняются серьезные пробелы в оказании услуг по реабилитации, в том числе в том, что касается наличия специалистов<sup>27</sup>. Кроме того, лица, нуждающиеся в определенных видах реабилитации, могут сталкиваться с особыми проблемами из-за отсутствия конкретных услуг<sup>28</sup>.

42. Комитет по правам инвалидов неоднократно подчеркивал отсутствие определенных типов реабилитационных услуг, в частности ориентированных на восстановление реабилитационных услуг на базе общин для лиц с психосоциальными расстройствами (CRPD/C/POL/CO/1, пункт 24; и CRPD/C/MKD/CO/1, пункт 26), реабилитационной поддержки в местах содержания под стражей (CRPD/C/POL/CO/1, пункт 27), реабилитационных услуг для женщин-инвалидов и девочек-инвалидов, подвергшихся гендерному насилию (CRPD/C/BGR/CO/1, пункт 38; и CRPD/C/PHL/CO/1, пункт 31), и медицинской реабилитации инвалидов, в частности лиц с хроническими, генетическими и редкими заболеваниями (CRPD/C/BGR/CO/1, пункт 54).

43. В области стратегического планирования, выделения средств, профессиональной подготовки и политики в области закупок государства должны обеспечивать, чтобы услуги в области реабилитации и ассистивные устройства были доступны для широкого круга лиц с ограниченными возможностями. Кроме того, они должны обеспечивать справедливое географическое распределение, чтобы не упустить из виду сельские или отдаленные районы. Государства должны применять гендерный подход к разработке и осуществлению программ реабилитации, так как женщины и девочки-инвалиды часто сталкиваются с дополнительными препятствиями в получении доступа к услугам по реабилитации и ассистивным устройствам<sup>29</sup>.

44. Реабилитационные услуги и ассистивные технологии и устройства должны быть доступны для инвалидов, стоимость жизни для которых, как правило, выше. Всеобщий охват услугами здравоохранения должен включать доступ к основным услугам по реабилитации и ассистивным технологиям и устройствам. Государствам следует использовать Список приоритетных вспомогательных устройств ВОЗ для планирования закупок. Государства должны обеспечивать, чтобы медицинское

<sup>27</sup> *Основной доклад Организации Объединенных Наций 2018 года по вопросам инвалидности и развития: реализация целей в области устойчивого развития инвалидами, в их интересах и при их участии.* Доступен по адресу [www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-sdgs.html](http://www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-sdgs.html).

<sup>28</sup> Например, физиотерапия, как правило, более широко доступна, чем другие мероприятия, например занятия с логопедом. См. также A/73/161, пункт 24.

<sup>29</sup> Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 3 (2016 год) о женщинах-инвалидах и девочках-инвалидах, пункт 57.

страхование покрывало основные услуги по реабилитации инвалидов. В Словении, например, доступ к вспомогательным устройствам и их обслуживание покрывается за счет национальной системы обязательного медицинского страхования. В Ирландии инвалиды могут получить медицинскую карточку, дающую, помимо прочего, право бесплатного приобретения ассистивных средств и пользования общинными услугами по уходу.

45. Благодаря цифровым технологиям более доступной и дешевой становится реабилитация на дому. Интернет используется для предоставления широкого спектра услуг по реабилитации, включая психологическую и социальную поддержку и консультирование, логопедическую терапию, реабилитацию при сердечно-сосудистых заболеваниях и дистанционную оценку для адаптации жилого помещения<sup>30</sup>. Интернет также содействует созданию и функционированию групп взаимной поддержки, которые сами по себе являются эффективным решением проблем, связанных с высокой стоимостью и наличием определенных категорий реабилитационных услуг. Вместе с тем в процессе использования цифровых технологий должны уважаться права инвалидов на неприкосновенность частной жизни, как это закреплено в пункте 2 статьи 22 Конвенции, в соответствии с которым государства-участники должны охранять конфиденциальность сведений о личности, состоянии здоровья и реабилитации инвалидов наравне с другими.

#### 4. Доступность и доступ к услугам реабилитации в общинах

46. Государствам следует обеспечивать, чтобы все реабилитационные и медицинские услуги и программы, предоставляемые государственными и частными структурами, были в полной мере доступны для инвалидов<sup>31</sup>. Это включает в себя создание доступной инфраструктуры, оборудования и информационно-коммуникационных служб. Вся информация и средства коммуникации, имеющие отношение к оказанию реабилитационных услуг и предоставлению ассистивных устройств, должны быть доступны посредством использования языка жестов, азбуки Брайля, удобных электронных форматов, альтернативных шрифтов, легко читаемых форматов, а также усиливающих и альтернативных режимов, способов и форматов общения, включая невербальную коммуникацию. Это включает в себя проведение информационно-просветительских кампаний и общего информирования об имеющихся услугах, инструкциях и формах для запрашивания услуг, веб-сайтах поставщиков услуг, руководств для пользователей ассистивных изделий и коммуникацией между реабилитационным персоналом и индивидуальными пользователями.

47. В соответствии со статьями 25 и 26 Конвенции реабилитационные услуги должны предоставляться как можно ближе к местам непосредственного проживания людей, в том числе в сельских районах. На практике, однако, реабилитационные услуги в общинах часто ограничены или недоступны, а там, где они есть, они, как правило, сконцентрированы в городских районах<sup>32</sup>. Для решения этой проблемы необходимо наличие доступного транспорта. Насущная необходимость разработки общинных реабилитационных услуг при обеспечении справедливого географического охвата должна найти свое отражение в распределении финансовых ресурсов, программах подготовки специалистов в области реабилитации и в кадровой политике (например, создание дополнительных стимулов для специалистов в области реабилитации для проживания в сельских или отдаленных районах или переселения в них). Общинное инклюзивное развитие оказалось успешной стратегией по улучшению доступа к ассистивным продуктам и услугам по реабилитации в странах с низким и средним уровнем дохода, в том числе в сельских общинах. Инклюзивное развитие на базе общин опирается на всеохватный и инклюзивный подход к реабилитации и стимулирует его, в частности за счет поощрения взаимной поддержки.

<sup>30</sup> WHO, *World Report on Disability* (Geneva, 2011), p. 119.

<sup>31</sup> A/HRC/34/58, пункты 51–52; см. также A/73/161, пункты 56–57.

<sup>32</sup> ВОЗ, *Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 годы: укрепление здоровья всех людей с инвалидностью* (Женева, 2015 год), пункт 40.

48. Государства должны неуклонно следовать стратегии деинституционализации, предполагающей создание и расширение сети достаточных и надлежащих услуг по реабилитации на базе общин, и иметь конкретный план действий в этой области. Новые инвестиции в реабилитационные услуги должны направляться на развитие реабилитационных услуг, основанных на правах человека. В качестве еще одной позитивной меры, которую государствам необходимо принять для ликвидации такой дискриминационной практики, следует отметить обеспечение высокого качества услуг по реабилитации на уровне общин и предоставление ассистивных устройств. Эти услуги должны включать мероприятия, специально предназначенные для содействия в преодолении негативных последствий институционализации, таких как приобретенная беспомощность и психологические травмы в результате пережитого в стационаре психологического, физического или сексуального насилия. Например, в бывшей югославской Республике Македония реабилитация включена в программы деинституционализации в целях подготовки детей и взрослых с ограниченными возможностями к жизни в обществе.

## 5. Участие

49. В соответствии с пунктом 3 статьи 4 Конвенции государства в разработке и осуществлении законодательства, политики и других государственных мер должны тесно консультироваться с инвалидами, включая детей-инвалидов, и активно привлекать их через представляющие их организации. Вместе с тем участие инвалидов является не только правовым обязательством, но и вопросом благого управления (A/HRC/31/62, пункты 25–33). Это всеобъемлющий принцип, применение которого не ограничивается законодательным и директивным процессами, а распространяется на все аспекты планирования, организации и осуществления реабилитационных услуг.

50. Инвалиды могут предоставлять важную информацию из первых рук о своих потребностях в области реабилитации, препятствиях, с которыми они сталкиваются, их опыте прохождения реабилитации и эффективности предлагаемых решений, а также предлагать альтернативные варианты, подходящие для их условий. Кроме того, участие повышает осведомленность о будущих и действующих законах и стратегиях в сообществе инвалидов, позволяя большему числу людей пользоваться ими. В некоторых государствах были созданы постоянные механизмы участия инвалидов в процессе разработки политики. Например, датский парламент учредил Совет по вопросам инвалидности, который консультирует парламент и другие государственные органы и контролирует осуществление законов и стратегий, связанных с инвалидами. В Германии организации инвалидов выносят рекомендации, которые определяют обязанности различных поставщиков реабилитационных услуг. При проведении консультаций с инвалидами директивным органам следует убедиться в том, что они собирают широкий спектр мнений, которые отражают многообразие сообщества инвалидов, в том числе с точки зрения возраста, пола, географического положения и потребностей в области реабилитации. Следует принять меры для налаживания контактов и конструктивного взаимодействия с теми инвалидами, которые обычно изолированы, такими как женщины и девочки, дети, пожилые люди, лица с умственными или психосоциальными расстройствами, аутисты и слепоглухие люди.

## IV. Меры по осуществлению

### A. Политические и правовые рамки

51. Государствам следует разработать законодательные рамки для создания, организации и осуществления всеобъемлющих, скоординированных, междисциплинарных и инклюзивных реабилитационных услуг (см., например, CRPD/С/МКД/СО/1, пункт 44). В тех случаях, когда государство принимает решение рассматривать реабилитационные услуги главным образом в рамках законодательства в области здравоохранения, ему следует обеспечить равное признание и финансирование их не связанных со здравоохранением аспектов. Для этого рекомендуется, чтобы реабилитация в необходимых случаях дополнительно

регулировалась законодательством о труде, образовании и социальной защите, а также законами и стратегиями, формирующими общие рамки защиты прав инвалидов. Государствам следует избегать того, чтобы общие законы и/или политика в отношении прав инвалидов основывались на реабилитации, поскольку последняя является лишь одной из многочисленных стратегий, способствующих их интеграции, как это предусмотрено в Конвенции.

52. Законодательство о реабилитации должно предусматривать минимальные требования в отношении качества услуг и укреплять подход, основанный на правах человека, к их предоставлению с уважением свободного и осознанного согласия, недискриминации, доступности, доступа в общине и участия. Законодательные рамки реабилитации должны предусматривать механизмы надзора и подотчетности в отношении качества реабилитационных услуг. Они должны включать в себя эффективные средства правовой защиты, позволяющие инвалидам получать адекватную компенсацию за нарушение их прав в контексте реабилитации. Для рассмотрения жалоб, связанных с реабилитацией в медицинских учреждениях, необходим именно судебный или квазисудебный орган, а не чисто административные механизмы (A/69/299, пункт 17).

53. Государствам следует разработать программы реабилитации с упором на участие и интеграцию в качестве основополагающих принципов и целей реабилитации. Следует уделять первоочередное внимание принятию мер на ранней стадии и содействовать всеобъемлющему и индивидуализированному подходу к оказанию услуг, доступу к надлежащим и доступным по цене ассистивным устройствам и технологиям, интеграции и децентрализации услуг по реабилитации и наличию услуг как можно ближе к общинам, в том числе в сельских районах (A/73/161, пункт 52)<sup>33</sup>. Целесообразно принять научно обоснованный национальный план реабилитации, который охватывает ключевые аспекты реабилитации, такие как руководство, финансирование, информация, услуги, продукты и технологии, а также персонал по реабилитации<sup>34</sup>. Реабилитационные законы и стратегии должны разрабатываться при участии инвалидов, включая детей, в результате тесных консультаций с ними и их активного привлечения через представляющие их организации<sup>35</sup>.

## **В. Координация**

54. Межсекторальный характер реабилитации означает, что в оказание соответствующих услуг может быть вовлечен ряд государственных учреждений, в том числе работающие в области здравоохранения, социальной защиты, занятости и образования<sup>36</sup>. Эффективная координация повышает функциональные результаты и снижает затраты на услуги по реабилитации. Она позволяет создать более эффективную и удобную для пользователей систему направления к специалистам и дает инвалидам возможность получения в полном объеме и на всеобъемлющей основе реабилитационных услуг, в которых они нуждаются. В тех случаях, когда вовлечены несколько поставщиков услуг, координация также помогает обеспечить непрерывность ухода<sup>37</sup>.

55. Государства должны выработать согласованную, эффективную и удобную для пользователей систему направления к врачам-специалистам, которая гарантировала бы инвалидам своевременный доступ к высококачественным услугам. В странах с низким уровнем дохода общинное инклюзивное развитие оказалось успешной стратегией для выведения деятельности по реабилитации на уровень общин и содействия назначению более специализированных реабилитационных услуг<sup>38</sup>.

<sup>33</sup> See also WHO, *World Report on Disability*, p. 105.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 105.

<sup>35</sup> Пункт 3 статьи 4 Конвенции о правах инвалидов.

<sup>36</sup> ВОЗ, *Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 годы*, пункт 41.

<sup>37</sup> WHO, *World Report on Disability*, p. 114.

<sup>38</sup> See [www.who.int/disabilities/cbr/en](http://www.who.int/disabilities/cbr/en).

Наличие моделей с использованием некоммерческих и благотворительных организаций не освобождает государство от его обязательства по обеспечению того, чтобы реабилитационные услуги и вспомогательные средства имелись в наличии и были доступными по цене.

### **C. Квалифицированный персонал широкого профиля в области реабилитации**

56. Наличие квалифицированного персонала во многих областях реабилитации играет важную роль в предоставлении высококачественных услуг по реабилитации, которые полностью отвечают различным потребностям инвалидов<sup>39</sup>. Необходимость наличия специалистов по реабилитации самого широкого профиля косвенно признается в статье 26 (1) Конвенции, в соответствии с которой реабилитационные услуги и программы должны быть основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида.

57. Необходимо организовать надлежащую подготовку квалифицированных специалистов широкого профиля. Как правило, требуется профессиональное образование на университетском уровне для получения квалификации в таких конкретных областях, как физиотерапия, трудотерапия, протезирование и ортопедия, психология и логопедия. Кроме того, многие страны принимают меры в связи с острой нехваткой реабилитационного персонала и ограниченностью финансовых ресурсов путем внедрения программ по подготовке среднего звена многоцелевых реабилитационных работников по ряду дисциплин или ассистентов, предоставляющих услуги по реабилитации под надзором. Третий уровень профессиональной подготовки, который способствует улучшению доступа к услугам по реабилитации в сельских районах, предназначен для общинных работников, которые могут работать параллельно в медицинских и социальных службах для обеспечения базовой реабилитации<sup>40</sup>. Подготовка должна быть направлена на обеспечение основанного на правах человека подхода к реабилитации инвалидов, как об этом говорилось выше, с учетом рассмотренных выше элементов для содействия осуществлению Конвенции. Включение информации о социальных, политических, культурных и экономических факторах, которые влияют на здоровье и качество жизни инвалидов, может сделать учебную программу более актуальной в контексте реабилитации<sup>41</sup>. Учебные программы должны быть доступными и инклюзивными, с тем чтобы побуждать инвалидов к прохождению специального обучения и последующей работе в службах реабилитации.

58. В некоторых странах в службах реабилитации работают в основном мужчины. Это может затруднять доступ женщин с ограниченными возможностями к услугам по реабилитации. Государства должны принимать конкретные меры в целях улучшения гендерного баланса персонала служб реабилитации, в том числе путем облегчения доступа женщин к программам профессиональной подготовки и учета гендерных аспектов в кадровой политике.

### **D. Механизмы финансирования**

59. Государствам следует разработать механизмы финансирования, с тем чтобы обеспечить надлежащий доступ к недорогим услугам по реабилитации для всех инвалидов. Это обычно достигается за счет сочетания различных апробированных решений в таких областях, как государственное финансирование, медицинское страхование, социальное страхование, государственно-частные партнерства по предоставлению услуг и передача и перераспределение существующих ресурсов<sup>42</sup>. Цели в области устойчивого развития включают четкое обязательство в отношении

<sup>39</sup> WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, pp. 14–15.

<sup>40</sup> WHO, *World Report on Disability*, pp. 110–111.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 112.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 122.

достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (задача 3.8). При разработке и осуществлении программ по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения государствам следует обеспечить, чтобы они охватывали реабилитацию и ассистивные устройства (A/73/161, пункт 55).

60. Хорошо себя зарекомендовала практика выделения из государственного бюджета целевых средств на услуги по реабилитации, достаточных для обеспечения равноправного доступа к соответствующим услугам одинакового качества для всех пользователей, включая инвалидов, живущих в условиях бедности<sup>43</sup>. Директивные органы должны рассматривать и оценивать более широкие положительные экономические последствия направления средств на цели реабилитации, такие как расширение участия на рынках труда и в сфере образования, повышение продолжительности самостоятельной жизни и уменьшение числа случаев и продолжительности госпитализации.

## **Е. Информационно-просветительская работа**

61. В соответствии со статьей 8 Конвенции государства должны принимать безотлагательные, эффективные и надлежащие меры для повышения осведомленности в отношении инвалидов и их потребностей в области здравоохранения и реабилитации. При проведении информационно-просветительской работы нужно применять подход, основанный на правах человека, поощряющий роль инвалидов как носителей прав, а не пациентов или объектов благотворительности и ухода. В этой связи следует отметить, что публичные кампании по сбору средств в поддержку мероприятий по оказанию помощи в области реабилитации и приобретения ассистивных устройств и технологий будут способствовать укреплению благотворительного подхода и повсеместное отношение к инвалидности как к патологии (A/73/161, пункт 69). Информационно-просветительские кампании должны быть направлены на то, чтобы информировать конечных пользователей об имеющихся услугах и их правах; при этом следует проводить более адресные кампании, направленные на то, чтобы в своей деятельности специалисты в области реабилитации и семьи руководствовались правозащитным подходом к проблеме инвалидности.

## **Г. Исследования и данные**

62. Для разработки и реализации эффективных научно обоснованных стратегий и программ реабилитации необходимы надежные и высококачественные исследования и данные. Согласно статье 31 Конвенции и цели 17 Целей в области устойчивого развития, государства-участники обязаны предоставлять качественные, своевременные и достоверные данные с разбивкой по полу, возрасту, инвалидности и другим параметрам, лежащим в основе дискриминации, с тем чтобы выявлять проблемы и улучшать работу по этим направлениям. Таких данных по-прежнему мало<sup>44</sup>. Государствам следует активизировать исследования в области реабилитации, особенно в определенных ВОЗ приоритетных областях, таких как виды и эффективность различных моделей предоставления услуг, систем управления и финансирования; анализ затрат и выгод, связанных с реабилитацией; и факторов, способствующих и препятствующих доступу к услугам по реабилитации<sup>45</sup>. Государствам следует также активизировать научные исследования по разработке недорогих ассистивных продуктов (Конвенция, ст. 4 (1) (g)). Исследования должны, по возможности, проводиться научными работниками-инвалидами, осуществляться на основе широкого участия и на всех этапах отражать мнения инвалидов и их

<sup>43</sup> WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 22. The Committee on the Rights of Persons with Disabilities has expressed concern that the income criteria for eligibility for rehabilitation services put an undue financial burden on persons with disabilities, and recommended that such criteria be eliminated (CRPD/C/POL/CO/1, paras. 45–46).

<sup>44</sup> WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 33.

<sup>45</sup> Ibid.

организаций. Государствам следует вести сбор дезагрегированных данных о потребностях населения в реабилитации людей, а также формах и качестве реабилитационных услуг. Данные о расходах на реабилитационные услуги должны быть дифференцированы от других услуг в области охраны здоровья<sup>46</sup>. Государствам следует обеспечивать доступность публикаций и систематическое распространение результатов исследований и данных, для того чтобы клиническая практика была научно обоснованной, а инвалиды могли оказывать влияние на использование результатов научных исследований<sup>47</sup>, а также для целей мониторинга и подотчетности.

## V. Выводы и рекомендации

63. Под абилитацией и реабилитацией понимают комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию функционирования отдельных лиц с физическими и психическими недостатками в процессе взаимодействия с окружающей их физической средой. Их цель состоит в том, чтобы содействовать укреплению независимости инвалидов и их участию в жизни общества. Формы абилитации и реабилитации включают в себя меры, относящиеся и не относящиеся к системе здравоохранения. Тот факт, что абилитации и реабилитации в Конвенции посвящена отдельная статья, повышает их значимость в качестве важной стратегии, направленной на обеспечение участия инвалидов в жизни общества. Вместе с тем одного лишь обеспечения максимального функционирования недостаточно для полноценного участия инвалидов в жизни общества с учетом препятствующих этому отношенческих и средовых барьеров. Следовательно, абилитацию и реабилитацию не следует рассматривать как единственную стратегию для достижения этой цели.

64. Организация, подготовка и предоставление всего комплекса добровольных, недискриминационных, имеющихся в наличии, недорогостоящих, доступных, общинных и основанных на широком участии услуг отвечает правозащитному подходу абилитации и реабилитации инвалидов. Абилитационные и реабилитационные программы и услуги должны разрабатываться с учетом индивидуальных потребностей и должны включать механизмы принятия мер на ранних стадиях в интересах детей-инвалидов. Государствам следует обеспечить разработку, наличие и предоставление ассистивных средств, а также поддержку со стороны других инвалидов в качестве важнейших элементов абилитационных и реабилитационных услуг.

65. Существует настоятельная необходимость расширить абилитационные и реабилитационные услуги для инвалидов, особенно в медицинских учреждениях и в других соответствующих областях, таких как образование и занятость. Такие усилия должны предприниматься в рамках комплексных стратегий, учитывающих интересы инвалидов и их права.

66. При осуществлении положений статьи 26 Конвенции рекомендуется, чтобы государства-участники создавали и укрепляли:

а) нормативно-правовую базу, предусматривающую комплексные, качественные абилитационные и реабилитационные услуги, которые носят добровольный характер, и гарантирующую равный доступ к услугам для инвалидов, при одновременном поощрении учитывающего гендерные и возрастные особенности подхода, ориентированного на нужды конкретного человека, основанного на правах человека и на широком участии;

б) механизмы координации реализации комплексного подхода между государственными учреждениями в процессе предоставления качественных абилитационных и реабилитационных услуг с учетом их межсекторального

<sup>46</sup> WHO, *World Report on Disability*, p. 123.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 121.

---

характера, в том числе учреждениями, работающими в области здравоохранения, социальной защиты, занятости и образования;

с) меры по формированию квалифицированных кадров широкого профиля в области абилитации и реабилитации, предусматривающие достаточную профессиональную подготовку наряду с выработкой подхода к инвалидности, ориентированного на нужды конкретного человека, учитывающего гендерные, возрастные аспекты и права человека;

d) механизмы финансирования в целях обеспечения равного и надлежащего доступа к услугам в сфере абилитации и реабилитации на основе сочетания различных апробированных решений в таких областях, как государственное финансирование, медицинское страхование, социальное страхование, партнерства между государственным и частным секторами в области предоставления услуг, а также выделения и перераспределения имеющихся ресурсов;

e) безотлагательные, эффективные и надлежащие меры по повышению осведомленности в рамках кампаний, которые основаны на правозащитном подходе к проблеме инвалидности, когда инвалидов не рассматривают в качестве пациентов или объектов благотворительности и медицинской помощи;

f) исследования и сбор данных в области абилитации и реабилитации в разбивке по признакам, связанным с абилитационными и реабилитационными потребностями людей, виду и качеству абилитационных и реабилитационных услуг, дискриминации по признаку пола, возраста и инвалидности, особенно в приоритетных областях, обозначенных ВОЗ, наряду с систематическим распространением информации о достигнутых результатах.

---