



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
12 December 2014
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Двадцать восьмая сессия

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**

Тематическое исследование по вопросу о праве инвалидов на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество

Доклад Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека

Резюме

Настоящее исследование, подготовленное в соответствии с резолюцией 25/20 Совета по правам человека, посвящено праву инвалидов на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество, а также вопросам осуществления, защиты и поощрения других прав, как основного условия для предотвращения институционализации и сегрегации в сфере здравоохранения и социальной жизни и как необходимой предпосылки для реализации потенциала инвалидов и их полноценного и эффективного участия в жизни общества.

GE.14-24168 (R) 220115 220115



* 1 4 2 4 1 6 8 *

Просьба отправить на вторичную переработку



Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–2	3
II. Право инвалидов на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество	3–11	3
III. Элементы статьи 19: выбор, поддержка и доступность услуг и объектов коллективного пользования	12–49	6
A. Выбор	15–27	6
B. Поддержка	28–42	11
C. Доступность социальных услуг и объектов коллективного пользования	43–49	15
IV. Осуществление на национальном уровне	50–56	17
V. Международное сотрудничество	57	19
VI. Выводы	58–66	20

I. Введение

1. В своей резолюции 25/20 Совет по правам человека просил Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) подготовить исследование по вопросу о праве инвалидов на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (статья 19 Конвенции о правах инвалидов) в консультации с государствами и другими соответствующими заинтересованными сторонами, региональными организациями, Специальным докладчиком по проблемам инвалидов Комиссии социального развития, организациями гражданского общества, включая организации инвалидов, и национальные правозащитные учреждения. Совет просил разместить это исследование на веб-сайте УВКПЧ в доступном формате до начала двадцать восьмой сессии Совета.

2. В этой связи УВКПЧ обратилось к государствам-членам, региональным организациям, организациям гражданского общества и организациям инвалидов, Специальному докладчику по проблемам инвалидов Комиссии социального развития, а также к национальным правозащитным учреждениям с просьбой представить ответы на ряд вопросов, касающихся существующего законодательства и политики, позволяющей лицам с ограниченными возможностями вести самостоятельный образ жизни и быть интегрированными в местное сообщество. УВКПЧ получило 27 ответов от государств, 12 – от национальных правозащитных учреждений и 16 – от организаций гражданского общества и других заинтересованных сторон. Полные тексты всех полученных материалов имеются на веб-сайте УВКПЧ¹.

II. Право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество

3. Часто считается, что инвалиды не в состоянии вести самостоятельный образ жизни. Это предположение основано на неверном посыле о том, что люди с ограниченными возможностями не в состоянии самостоятельно принимать рациональные решения и поэтому нуждаются в защите общества. Этот подход, практикуемый во многих странах в течение длительного времени, лишает инвалидов возможности выбирать, где и с кем проживать и самому определять свое будущее.

4. В статье 19 Конвенции о правах инвалидов закреплено, что государства – участники Конвенции признают равное право всех инвалидов на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество с равными возможностями выбора для других. Основой этого права является фундаментальный принцип прав человека, согласно которому все люди рождаются равными в своем достоинстве и правах и жизнь всех людей имеет равную ценность. Исходя из этого, лица с ограниченными возможностями заявляют о своем праве участвовать во всех сферах жизни общества, утверждая, что способность всех людей делать выбор в этой связи необходимо признать и поощрять. Зная свои собственные потребности лучше других, люди с ограниченными возможностями стремятся контролировать варианты выбора и требуют, чтобы общественные услуги были им доступны наравне с другими. Такой подход был постепенно реализован в законах и политике ряда стран.

¹ www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/LiveIndependently.aspx.

5. Эти изменения в подходе стали причиной и следствием перехода от медицинского и благотворительного подхода к проблеме инвалидности, когда лица с ограниченными возможностями рассматриваются как пассивные объекты заботы, к подходу, основанному на правах человека. Последний исходит из того, что именно общество должно обеспечить условия для человеческого разнообразия и дать инвалидам возможность, среди прочего, быть активной его частью. Важной вехой в этом процессе стало принятие в 2006 году Конвенции о правах инвалидов, положения которой обязывают государства-участников принять эффективные необходимые меры с целью обеспечения полного вовлечения инвалидов в местное сообщество и участия в его жизни.

6. Статья 19 отражает суть Конвенции, состоящей в том, что инвалиды рассматриваются как субъекты права. Положения этой статьи направлены на предотвращение оставления без ухода, помещение в специализированные учреждения и сегрегацию инвалидов в семейной обстановке путем поощрения создания благоприятных и инклюзивных условий для всех, а также упразднения правовых положений, которые лишают людей с ограниченными возможностями выбора, заставляя их жить в домах-интернатах или в условиях сегрегации. Выполнение обязательств в соответствии со статьей 19 также создает условия для полноценного развития личности и реализации потенциала инвалидов.

7. Основа для независимой и инклюзивной жизни в обществе для инвалидов заложена в общих принципах Конвенции (статья 3), в частности в принципе, касающемся полного и эффективного вовлечения и включения в общество и уважения присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости. Полное осуществление права на самостоятельный образ жизни в сообществе – это одновременно и результат, и одно из необходимых предварительных условий борьбы со стереотипами и предрассудками в отношении лиц с ограниченными возможностями, а также пропаганды потенциала и вклада инвалидов в общество (статья 8). Недискриминация (статья 5) и доступность (статья 9) имеют важнейшее значение для обеспечения того, чтобы общественные услуги и объекты общего пользования были доступны инвалидам наравне с другими людьми и отвечали их потребностям. Меры по предотвращению множественной дискриминации должны гарантировать женщинам-инвалидам полное и равное осуществление права на самостоятельный образ жизни (статья 6). При определении наилучших интересов ребенка в вопросах, касающихся статьи 19 (статья 7), необходимо должным образом рассматривать и учитывать специфические препятствия, мешающие осуществлению этого права, включая учет его собственного мнения, наравне с другими детьми.

8. В Конвенции признается, что инвалиды имеют право на равенство перед законом (статья 12). Осуществление этого права крайне важно для эффективного осуществления права вести самостоятельный образ жизни в обществе, принимать собственные решения и осуществлять контроль над своей повседневной жизнью наравне с другими². Аналогичным образом соблюдение права на свободу и личную неприкосновенность (статья 14) включает в себя необходимость положить конец всем формам лишения свободы, основанием для которых является наличие инвалидности.

9. Обеспечение для инвалидов достаточного жизненного уровня (статья 28) подразумевает, в частности, предоставление услуг, способствующих их незави-

² См. замечание общего порядка № 1 (2014) Комитета по правам инвалидов о признании равенства перед законом, пункт 44.

симости в повседневной жизни³. С этой целью государства-участники обязаны принимать меры по обеспечению доступа к надлежащим и недорогим услугам, устройствам и другой помощи для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью, в частности в отношении инвалидов, живущих за чертой бедности. Эта статья также требует, чтобы инвалиды имели доступ к программам государственного жилья. Доступ к системе инклюзивного образования, общие и специализированные услуги в области здравоохранения, наличие абилитационных и реабилитационных программ, а также равные возможности в условиях открытого рынка труда служат еще одним примером взаимосвязанных прав, которые в значительной мере способствуют тому, чтобы люди жили в обществе независимо (статьи 24–27).

10. Статья 19 тесно связана с положениями других договоров по правам человека, включая Международный пакт о гражданских и политических правах⁴, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах⁵ и Конвенцию о правах ребенка⁶. Право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество также признано в региональных документах по правам человека, таких как Европейская социальная хартия (статья 15) и Межамериканская конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов (статья 4, пункт 2 b)).

11. Несколько договорных органов Организации Объединенных Наций в области прав человека, а также другие механизмы, в том числе специальные процедуры Совета по правам человека⁷, внесли вклад в разработку различных элементов права инвалидов вести независимый образ жизни и участвовать в жизни общества. Так, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам рассматривает это право с точки зрения недискриминации, а Комитет по правам ребенка подчеркнул, что инвалидность ни в коем случае не должна быть основанием для помещения детей в специализированные учреждения⁸. Комитет по правам инвалидов неизменно затрагивает это право в его диалоге с государствами-участниками, а также в отдельных сообщениях⁹.

³ См. замечание общего порядка № 5 (1994) "Лица с какой-либо формой инвалидности" Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, пункт 33.

⁴ Например, статьи 9, 12, 16 и 17.

⁵ Например, статьи 11 и 12.

⁶ Например, статьи 2, 9, 16, 20, 23, 25 и 27.

⁷ Например, Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (см. A/HRC/22/53), Рабочая группа по произвольным задержаниям (см. A/HRC/27/47), а также Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин, его причинах и последствиях (см. A/67/227).

⁸ См. замечание общего порядка № 5 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, а также замечание общего порядка № 7 (2006) об осуществлении прав ребенка в раннем детстве и замечание общего порядка № 9 (2007) о правах детей-инвалидов Комитета по правам ребенка.

⁹ См. Комитет по правам инвалидов, сообщение № 3/2011, *Н.М. против Швеции*. Соображения, принятые 19 апреля 2012 года. Комитет постановил, что отказ в предоставлении разрешения на строительство открытого бассейна для целей реабилитации представляет собой нарушение статьи 19 b) и будет иметь своим последствием принуждение заявителя к переезду в специализированное учреждение.

III. Элементы статьи 19: выбор, поддержка и доступность услуг и объектов коллективного пользования

12. Статья 19 отражает многообразие культурных подходов, обсуждавшихся на переговорах по Конвенции о правах инвалидов, в рамках которых уход рассматривался как средство для обеспечения того, чтобы право, о котором говорится в этой статье, не ограничивалось предоставлением услуг, доступных в развитых странах. Государствам-участникам предоставляется целый ряд вариантов при условии соблюдения принципов контроля инвалидов за их жизнедеятельностью и несегрегации от местного сообщества¹⁰.

13. Право на самостоятельный образ жизни не означает жить в одиночку или в изоляции¹¹. Оно, скорее, означает осуществление свободы выбора и контроль в отношении решений, влияющих на жизнь человека с той же степенью независимости и взаимозависимости в обществе наравне с другими. Поэтому в статье 19 "самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество" определяется в качестве одного права, когда автономность и инклюзивность дополняют друг друга и позволяют совместно избежать сегрегации¹².

14. Статья 19 содержит "дорожную карту", направленную на обеспечение полного и эффективного вовлечения и включения в общество всех инвалидов (статья 3 с)). В рамках этого подхода одинаково важны доступные и приемлемые для всех общественные услуги, индивидуализированная поддержка, позволяющая каждому человеку принимать участие в жизни общества, и возможность выбора вида и поставщика услуг.

A. Выбор

1. Правоспособность и принятие решений

15. Пункт а) статьи 19 требует от государств-участников обеспечить, чтобы инвалиды имели возможность выбирать место жительства и где и с кем жить наравне с другими, и не были обязаны жить в особых жилищных условиях. Это подразумевает возможность выбора из того же набора вариантов, что и для других членов общества, или отказа от них.

16. Право на равное признание перед законом инвалидов, которые пользуются правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни (статья 12), лежит в основе права на самостоятельный образ жизни в социуме. Правоспособность состоит из двух неотделимых элементов: признания в качестве юридического лица перед законом и осуществления прав юридического лица в со-

¹⁰ См., к примеру, Marianne Schulze, *Understanding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Handicap International, 2nd ed., 2009).

¹¹ См. также сообщение Международного союза инвалидов.

¹² См., к примеру, ежедневные отчеты об обсуждениях на седьмой сессии Специального комитета по Всеобъемлющей и единой международной конвенции о защите и поощрении прав и достоинства инвалидов, 19 и 20 января 2006 года. См. www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7sum19jan.htm, а также www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7sum20jan.htm. См. также доклад о работе третьей сессии Специального комитета, сноска 53, имеется по адресу www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc3reporte.htm, а также ежедневные отчеты об обсуждениях, имеющих отношение к статье 15, в ходе третьей сессии Специального комитета, имеется по адресу www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc3sum15.htm.

ответствии с законом¹³. Осуществление правоспособности, признанной в Конвенции о правах инвалидов, требует уважения прав, воли и предпочтений лица, и обеспечивает выражение свободного и осознанного согласия. Это, в свою очередь, относится, в частности, к принятию или отказу от лечения, помещения в специализированные учреждения или других мер, влияющих на жизнь. Несколько государств недавно провели реформу своей нормативной базы в соответствии с положениями статьи 12. В Перу, например, полная правоспособность лиц с ограниченными возможностями была признана правительством в его общем законе об инвалидах 2012 года, в котором было также поручено внести изменения в гражданский кодекс. В материалах, полученных для настоящего исследования, говорится о других предлагаемых или уже осуществляемых реформах. Важно отметить, что в процессе правовых реформ государствам следует тесно консультироваться с инвалидами и активно привлекать их через представляющие их организации.

17. Государства должны заменить режимы, предусматривающие принятие решений от лица инвалидов, на режимы, в которых решение принимается самим инвалидом, которому оказывают в этом помощь, чтобы решить проблему дискриминации и отказа в правоспособности лицам с ограниченными возможностями. Новый правовой режим должен соответствовать ряду других определяющих элементов¹⁴. В случае детей-инвалидов первоочередное внимание следует уделять наилучшему обеспечению интересов ребенка, в том числе праву детей высказывать свое мнение при определении своих наилучших интересов¹⁵.

18. В разных странах уже существуют различные модели поддержки в принятии человеком самостоятельных решений, в других – такие модели находятся на этапе обсуждения. В Аргентине недавно утвержденный гражданский кодекс предусматривает возможность оказания поддержки в процессе принятия решений. В Ирландии в настоящее время находится на рассмотрении билль о предоставлении помощи в процессе принятия решений, который зафиксирует нормативные рамки, обеспечивающие максимальную автономию человека, и предусматривает создание "управления государственного опекуна", в задачу которого будет входить контроль тех, кто предоставляет такую помощь.

19. Полученные для настоящего доклада материалы показывают, что в целом в каждом регионе мира законы или практика лишают инвалидов их правоспособности. Часто третьим сторонам предоставляется право принимать решения от их имени. Обычные схемы включают опеку, отсутствие правоспособности оспорить навязанное опекунство и принудительное медицинское лечение. Принятие решений третьей стороной от лица инвалида представляет собой нарушение статьи 19, поскольку оно лишает его правомочий в пользу опекуна в принятии решений, касающихся условий проживания, например, в вопросе о том, когда возвращаться из дома-интерната к жизни в обществе. В то время, как процесс принятия решений опекуном может повлиять на широкий спектр лиц с ограниченными возможностями, во многих случаях отказ в дееспособности сопряжен с положениями законодательства о психическом здоровье, в соответствии с которыми лицам с психическими или умственными отклонениями скорее всего будет отказано в праве самостоятельно принимать решения относительно условий их жизни.

¹³ См. Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 1, пункты 12 и 14.

¹⁴ Там же, пункты 25–29.

¹⁵ См. Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 14 (2013) о праве ребенка на удаление первоочередного внимания наилучшему обеспечению его интересов, пункты 52–54.

2. Запрещение принудительной институализации

20. Статья 19 в сочетании со статьями 12 и 14 запрещает принудительное помещение в специализированные учреждения на основании наличия инвалидности. В частности, статья 14 не допускает каких-либо исключений, в соответствии с которыми человек может быть лишен свободы на основании его фактической или воспринимаемой инвалидности, включая воспринимаемую опасность для себя или окружающих, или физической неспособности участвовать в судебном разбирательстве¹⁶. Однако, несмотря на эти запреты, сообщения из всех регионов указывают на то, что практика принудительного помещения инвалидов в специализированные интернаты по-прежнему широко распространена. Как правило, основанием для принудительного направления человека в специализированное учреждение без его согласия (по решению судебного или административного органа или опекуна) и на принудительное лечение служит законодательство о психическом здоровье. Во многих случаях таким основанием является предполагаемая опасность для самого себя и других людей.

21. Хотя в разных случаях условия содержания в специализированном учреждении могут быть различными, можно определить некоторые его общие элементы: изоляция и сегрегация от жизни общества; отсутствие контроля над решениями, касающимися повседневной жизни; четко установленный распорядок независимо от личных предпочтений и потребностей; осуществление идентичных мер в одном учреждении по отношению к группе лиц под общим контролем; патерналистский подход к предоставлению услуг; надзор за условиями жизни без согласия соответствующего лица; и непропорциональное количество инвалидов, проживающих в стенах одного учреждения. Таким образом, при нахождении в специализированном учреждении речь идет не просто о проживании в особых условиях, но, прежде всего, об утрате контроля в результате введения определенного распорядка. В этом смысле небольшие учреждения, включая дома-интернаты для группы людей, вовсе не обязательно лучше, чем крупные центры, если все равно общий контроль и надзор осуществляется администрацией заведения.

22. Условия жизни должны оцениваться с учетом таких вопросов, как выбор того, с кем жить, кто принимает решения в отношении направления или выписки инвалида из интерната, разрешений на посещение его дома, ежедневного распорядка, выбора пищи, покупок и оплаты расходов. Учреждения, которые контролируют эти решения, независимо от их размера и названия, противоречат положениям Конвенции о правах инвалидов, а содержание в них представляет собой лишение свободы. Отсутствие четкого понимания того, чем для инвалида является помещение в специализированное учреждение, может приводить к созданию новых форм учреждений, прежняя сущность которых скрыта поверхностными изменениями. Например, разукрупнение учреждений с единственной целью сокращения числа живущих в нем лиц по сути означает не более, чем замену одного типа учреждения на другое.

23. Сегрегация и помещение в дом-интернат зачастую рассматриваются как единственное имеющееся решение. Однако, как подчеркнул Комитет по правам инвалидов, помещение в специализированные учреждения несовместимо со статьей 19, при этом государства-участники несут обязательство предоставлять

¹⁶ Сообщение Комитета о правах инвалидов по статье 14, подготовленное на двенадцатой сессии Комитета (CRPD/C/12/2, стр. 14).

альтернативы¹⁷. Среди других факторов, обуславливающих принятие решения о помещении лица в интернат, нужно отметить отсутствие достаточных знаний среди разработчиков политики, заинтересованность организаций, предоставляющих услуги в таких учреждениях, сокращение бюджетов на социальное и медицинское обслуживание, отсутствие альтернативных ресурсов для некоторых инвалидов, отсутствие общественных услуг на местах и привязка поддержки к определенными условиями жизни. В случае пожилых инвалидов их возраст и инвалидность, по отдельности или вместе, могут повысить их уязвимость к помещению в специализированные учреждения¹⁸.

24. Отрыв человека от семьи, друзей, образования и занятости путем помещения в интернатное учреждение приводит к его социальной изоляции, создает барьеры для вовлечения в общество и частично или полностью лишает инвалида возможности самостоятельно принимать решения и планировать свою жизнь. Это ограничивает их самостоятельность за счет усиления зависимости, препятствуя реализации инвалидами их полного потенциала с точки зрения независимости и участия в жизни общества. Кроме того, обширные свидетельства указывают на то, что помещение в человека в специализированное учреждение может повысить его риск стать жертвой насилия и жестокого обращения, причем особенно подвержены такой опасности женщины-инвалиды. Риск совершения неправомерных актов в отношении инвалидов усугубляется отсутствием общественного контроля, доступа к средствам правовой защиты, страхом рассказать о насильственных действиях и связанными с инвалидностью коммуникационными барьерами¹⁹. Случаи неправомерного отношения прямо противоречат обязательствам государства защищать инвалидов от всех форм эксплуатации, насилия и надругательства, включая их гендерные аспекты (статья 16).

3. Деинституционализация

25. Комитет по правам инвалидов систематически призывает государства-участники принять надлежащим образом финансируемые стратегии деинституционализации с четко определенными временными рамками и целевыми показателями в сотрудничестве с организациями инвалидов²⁰. Деинституционализация представляет собой процесс, связанный с изменением условий жизни инвалида, т.е. переходу от институциональных и других сегрегационных условий к системе, обеспечивающей возможность социального участия, когда услуги в местном сообществе предоставляются на основе индивидуального выбора и предпочтений. Такая перемена влечет за собой восстановление контроля над своей жизнью и требует, чтобы инвалидам оказывалась персональная помощь

¹⁷ См., например, заключительные замечания Комитета по Австрии (CRPD/C/AUT/CO/1), Китаю (CRPD/C/CHN/CO/1 и Corr.1) и Испании (CRPD/C/ESP/CO/1).

¹⁸ См. доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о положении прав человека пожилых людей (E/2012/51), представленный Экономическому и Социальному Совету.

¹⁹ Подробный обзор последствий помещения в специализированные учреждения, см. доклад Комиссара Совета Европы по правам человека "The right of people with disabilities to live independently and be included in the community" (Council of Europe, 2012), pp. 37–39. См. также доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания (A/63/175), пункт 38.

²⁰ См., например, заключительные замечания Комитета по Австралии (CRPD/C/AUS/CO/1), Австрии (CRPD/C/AUT/CO/1), Сальвадору (CRPD/C/SLV/CO/1), Парагваю (CRPD/C/PRY/CO/1), Китаю (CRPD/C/CHN/CO/1 и Corr.1) и Венгрии (CRPD/C/HUN/CO/1).

(статья 19 b)), а также чтобы они имели доступ к услугам и объектам коллективного пользования, предназначенным для населения в целом (статья 19 с)). Эффективная деинституционализация требует системного подхода, в рамках которого преобразование системы институциональных услуг по месту жительства является лишь одним элементом более широких изменений в таких областях, как здравоохранение, реабилитация, вспомогательные услуги, образование и занятость, а также в части отношения в обществе к инвалидам²¹. Имеющиеся данные показывают, что деинституционализация и достаточная поддержка повышают качество жизни и расширяют функциональные способности инвалидов. Процесс деинституционализации должен также охватывать детей с ограниченными возможностями; в таких случаях на смену специализированному учреждению должна придти обычная, расширенная или приемная семья. Необходимы конкретные меры, чтобы избежать дальнейшей институционализации в переходе от системы опеки к последующим мерам по уходу и поддержке²².

26. Деинституционализация должна включать государственные и частные учреждения, чтобы избежать передачи инвалидов из одного учреждения в другое, и быть нацелена на всех лиц с ограниченными возможностями без исключения. Выписывающимся лицам должны предоставляться реальные варианты: условия жизни в местной общине не должны устанавливаться и контролироваться самим учреждением. Правительство Финляндии в настоящее время осуществляет программы предоставления индивидуального жилья и социально-бытовых услуг для лиц с умственными недостатками, при этом поставлена цель провести полную деинституционализацию до 2020 года. Поддержка особенно важна в процессе перехода от жизни в условиях интерната к жизни в обществе; она должна включать индивидуальную оценку, информацию, психологическую помощь, предоставление жилья и материальной помощи. Такая поддержка должна основываться на слаженной работе органов здравоохранения и социальных служб, а также жилищного сектора. В рамках развернутой в Хорватии программы "Я такой же, как ты" лицам с умственными и психосоциальными расстройствами в специализированных учреждениях предоставляются услуги по индивидуальному планированию и развитию навыков для подготовки к жизни в обществе. Постоянная поддержка предоставляется даже после того, как участники проекта начинают жить в условиях местной общины. В Республике Корея некоторые местные органы власти предоставляют пособия на обустройство для оказания помощи инвалидам, выписывающимся из лечебных учреждений и начинающим самостоятельную жизнь в местных общинах.

27. Расходы на деинституционализацию должны покрываться за счет перераспределения ресурсов, что может потребовать целевых инвестиций, особенно на начальном этапе, налаживания эффективных партнерских отношений и определения приоритетов. Прежде чем изменять баланс предоставляемых услуг, необходимо обеспечить наличие достаточных ресурсов для создания новой инфраструктуры – как доступных социально-бытовых услуг, так и конкретных видов услуг по поддержке. Возможности финансирования должны быть ориентированы на поддержание системных реформ. К примеру, в новых правилах

²¹ См. World Health Organization (WHO) and World Bank, *World Report on Disability* (2011), p. 148. В докладе упоминаются два исследования – в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии и Китае.

²² См. Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 9, пункты. 47–49, и Руководящие указания по альтернативному уходу за детьми, в частности пункты 3, 14, 22, 34 и 132.

структурных фондов Европейского союза на 2014–2020 годы наличие финансирования тесно увязано с деинституционализацией посредством выполнения ряда предварительных условий. На переходном этапе общественные услуги должны существовать наряду со специальными учреждениями, что требует удвоения объема финансирования. Исследования показали, что после первоначального этапа, общественные услуги вовсе не обязательно обходятся дороже, чем институциональные; напротив, они более затратноэффективны и лучше по качеству²³. При сравнении расходов на институциональный уход и общественные услуги по месту жительства необходимо также принимать во внимание долгосрочные последствия деинституционализации, включая финансовые последствия увеличения числа инвалидов, участвующих в рабочей силе и доходах домашних хозяйств²⁴.

В. Поддержка

1. Общественные услуги

28. Вспомогательные услуги имеют важнейшее значение для того, чтобы лица с ограниченными возможностями могли жить самостоятельно и быть вовлечены в общество; они также являются необходимым элементом деинституционализации. Статья 19 b) Конвенции о правах инвалидов требует от государств-участников обеспечить, чтобы инвалиды имели доступ к целому ряду услуг на дому, по месту жительства и других социально-бытовых вспомогательных услуг, включая персональную помощь, необходимую для поддержки и вовлечения человека в жизнь общины, а также недопущения его изоляции или сегрегации от местной общины. Поэтому поддержка, оказываемая в условиях сегрегации в специализированном учреждении, не отвечает требованиям Конвенции.

29. Универсального решения для любых обстоятельств не существует. Поэтому в пункте b) статьи 19 говорится о широком спектре услуг, которые могут предоставляться различными поставщиками. Вместе с тем имеются определенные критерии, которые должны быть выполнены, исходя из того принципа, что предусмотренная в статье 19 поддержка подразумевает переход от "опеки" к "правам". Все лица с ограниченными возможностями должны иметь равный доступ и возможность равного выбора в отношении контроля над вспомогательными услугами, которые уважают присущее им достоинство и личную независимость и направлены на обеспечение возможности эффективного участия и интеграции в общество. Поощрение участия и самостоятельности как цели поддержки должно охватывать детей-инвалидов, вовлечение которых в общество является ключевым элементом статьи 23 Конвенции о правах ребенка и статьи 7 Конвенции о правах инвалидов²⁵.

30. Услуги по надомному обслуживанию включают помощь в обеспечении собственной жизнедеятельности и ведении хозяйства. Например, на Кубе инвалиды, живущие самостоятельно, могут воспользоваться услугами финансируемого государством социального помощника, который оказывает персональную

²³ См. WHO and World Bank, *World Report*, p. 149, and Council of Europe Commissioner for Human Rights, "The right of people with disabilities to live independently", p. 32.

²⁴ О влиянии занятости людей с инвалидностью на валовой внутренний продукт см., например, Sebastian Buckup, "The price of exclusion: the economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work", Employment Working Paper No. 43 (International Labour Office, 2009).

²⁵ См. также Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 9.

помощь и помощь по ведению домашнего хозяйства. В любом случае поддержка на дому должна способствовать поощрению вовлечения в общество и предотвращению сегрегации. Она не должна мешать инвалиду выйти из дома, когда он желает, и должна дополняться при необходимости другими общественными услугами в местной общине.

31. Государства вырабатывают различные формы надомной поддержки инвалидов и размещения в домах, где они ведут самостоятельный образ жизни. При оказании надомной поддержки необходимо уважать право выбора, чтобы избежать институционализации в той или иной форме. Центры дневного обслуживания могут также приводить к изоляции и стигматизации, если они используются для того, чтобы изолировать инвалидов от общества²⁶.

32. В представленных сообщениях дается описание широкого спектра других социально-бытовых услуг по поддержке, часто так называемых центров для самостоятельной жизни. Помощь в таких случаях направлена на информирование и консультирование, организацию самостоятельного обслуживания и поддержки со стороны других инвалидов, защиту прав и интересов, предоставление специальных помещений, жилищных услуг, обучение навыкам самостоятельной жизни, помощь в принятии решений и персональную помощь²⁷. Государства упомянули о помощи в области транспорта и коммуникации, например предоставление услуг сурдопереводчика. Семьям предоставляется поддержка на уровне общин в форме экспертной оценки персональных потребностей или услуг в кризисной семейной ситуации, например посредничество и помощь в случаях домашнего насилия. Здесь концепцию местной общины вовсе не обязательно следует ограничивать географическим и физическим местоположением: некоторые лица, страдающие аутизмом, обнаружили, что в ряде случаев онлайн-поддержка может быть более действенной, чем личная помощь²⁸.

2. Персональная помощь

33. Персональная помощь способствует интеграции за счет оказания инвалидам помощи в полноценном участии в жизни общества. Так, согласно шведскому закону "О поддержке и обслуживании лиц с определенными функциональными недостатками" персональная помощь может включать индивидуально адаптированную поддержку в поддержании личной гигиены, питании, одежде, мобильности и общении с другими людьми. В Таиланде лица со значительными потребностями в поддержке могут обратиться с просьбой о предоставлении услуг патронажа на максимум 6 часов в день или 180 часов в месяц. В Республике Корея по состоянию на январь 2013 услугами патронажных сестер воспользовались около 50 000 инвалидов.

34. Персональная помощь должна быть доступна для всех лиц с ограниченными возможностями. Однако во многих странах она доступна только для лиц с определенными нарушениями. Комитет по правам инвалидов выразил озабоченность по поводу таких ограничений в его диалоге с государствами-участниками²⁹. Особенно полезными для инвалидов с психосоциальными или

²⁶ Inclusion International, *Inclusive Communities = Stronger Communities: Global Report on Article 19: The Right to Live and Be Included in the Community* (2012), p. 78.

²⁷ См. конкретные примеры вспомогательных услуг для различных групп инвалидов в сообщении Международного альянса по инвалидности.

²⁸ См. совместное сообщение Autistic Minority International, Alliance Autiste (Франция) и Enthinderungsselbsthilfe von Autisten für Autisten (und Angehörige) (ESH) (Германия).

²⁹ См., например, CRPD/C/AUT/CO/1.

умственными расстройствами оказался целый ряд подходов к оказанию персональной помощи, включая взаимную и информационную поддержку, помощь и планирование в кризисной ситуации, немедицинскую поддержку для адаптации к изменению восприятия, помощь для удовлетворения практических потребностей повседневной жизни, консультантов для оказания помощи в принятии решений и сети помощи в решении жизненных ситуаций для оказания содействия в налаживании связей с представителями местного сообщества. Предоставление доступа к услугам персональных помощников для лиц с умственными и психосоциальными расстройствами имеет важнейшее значение для перехода от медицинского к социальному подходу в решении вопросов психического здоровья, затрагивающих личную автономию.

3. Естественная поддержка со стороны местного сообщества

35. Наряду с разнообразными указанными услугами, местное сообщество естественным образом неофициально помогает инвалидам через их семьи, друзей и других представителей общины. В некоторых странах проводится политика, в соответствии с которой ответственность за оказание помощи лицам с ограниченными возможностями возлагается на их семьи. Такой подход в ряде случаев также поощряется с помощью таких стимулов, как пособия по социальному обеспечению, пособия и пенсионные схемы или квалификационные критерии для поставщиков услуг.

36. Поддержка, представляемая семьей, друзьями и общиной, крайне важна и должна поощряться в целях содействия построению инклюзивных сообществ, в которых инвалиды могут сохранять свое достоинство; во многих ситуациях это единственный вид помощи. Тем не менее расчет только на неофициальную помощь может иметь отрицательные последствия, в том числе ввиду поощрения гендерного стереотипирования женщин как лиц, предоставляющих услуги по уходу. Когда женщины несут в семье основную нагрузку по обеспечению ухода, они как матери часто более подвержены стрессу и усталости, а дети теряют возможности для получения образования. Семейная поддержка также может влиять на выбор и возможность инвалида осуществлять контроль в отношении типа необходимой помощи, в частности в тех случаях, когда поддержка стимулируется государственными пособиями. Женщины-инвалиды могут быть также более подвержены риску сегрегации, насилия и жестокого обращения. Оказание неофициальной поддержки может также приводить к уменьшению количества работающих членов семьи, что оказывает непосредственное влияние на доходы домашних хозяйств и валовой внутренний продукт. Наконец, опора на неофициальную поддержку может быть неустойчивой, поскольку члены семьи могут быть не в состоянии предоставлять такую поддержку из-за возраста или болезни³⁰.

4. Необходимые условия для предоставления достаточной помощи

37. В определенных условиях необходима специальная подготовка, с тем чтобы предоставляемая помощь соответствовала стандартам Конвенции о правах инвалидов, отвечала потребностям и обеспечивала уважение воли индивида. К примеру, программа подготовки патронажных сестер в Тринидаде и Тобаго включает теоретические и практические занятия, а также 15-месячную стажировку в рабочих условиях. Сертификация и оценка одинаково важны. Специальная подготовка должна быть ориентирована на практикующих специали-

³⁰ См., например, WHO and World Bank, *World Report*, p. 142.

стов, а также тех, кто ранее работал в интернатных учреждениях, чтобы такая подготовка активно способствовала изменениям и дополняла процесс деинституционализации.

38. Инвалиды должны иметь контроль над оказываемой помощью и принимать решения по вопросам найма, использования, контроля, оценки и увольнения их помощников. Возможность выбора между различными поставщиками услуг – это способ повысить ответственность за предоставляемые услуги, усилить контроль со стороны потребителя и обеспечить защиту от злоупотреблений. Поставщики услуг могут быть разными, включая государство, а также организации частного и некоммерческого сектора, хотя на практике выбор может быть ограничен видом инвалидности или отсутствием альтернативы. Перечисление средств на оплату услуги ее адресату, а не поставщику способствует ориентации помощи на человека и уважению предпочтений инвалида. В ряде стран была введена система прямых выплат, вместо предоставления натуральной услуги, часто в виде финансовых средств, выплачиваемых инвалидам, соответствующим определенным критериям. В Германии в 2009 году около 10 000 получателей, 31% из которых были умственно отсталые лица, предпочли получить ваучеры. Для оказания нетрудоспособному лицу помощи в вопросах использования личного бюджета могут потребоваться помощь по независимому планированию и услуги поддержки. Национальная программа страхования инвалидности, которая в настоящее время проходит обкатку в Австралии, предусматривает предоставление инвалидам помощи в составлении индивидуального плана для выявления подходящих и необходимых услуг на основе их функциональных потребностей, а не диагноза.

39. Отсутствие достаточных людских ресурсов, плохая координация услуг, неравенство в доступе к услугам в городах и сельской местности, а также обусловленность оказания поддержки (например, в зависимости от конкретных жилищных условий) – вот лишь несколько примеров обычных препятствий в деле предоставления эффективных услуг помощи на уровне общины. Еще одной причиной изоляции инвалидов является отсутствие информации и осведомленности. Неэффективная политика и институциональная база, а также отсутствие знаний у разработчиков политики и поставщиков услуг зачастую снижают качество обслуживания инвалидов, которое по старинке исходит из принципов лечения и благотворительности. Были отмечены случаи злоупотребления персональной помощью. На уровне политики с помощью норм и правил не удалось обеспечить гарантии контроля потребителей услуг над бюджетом и услугами. На практическом уровне поставщики услуг используют бюджеты для покрытия общих расходов вместо предоставления индивидуализированных услуг, или же социальные работники навязывают потребителю услуг определенные решения или действия. Чтобы избежать таких злоупотреблений и быть уверенным в том, что потребитель услуг имеет контроль над бюджетом и действиями социального работника, необходимо правильное понимание концепции персональной помощи³¹. Оно также необходимо для предоставления пользователям доступа к эффективным средствам правовой защиты.

40. Критерии для получения доступа к вспомогательным услугам должны определяться недискриминационным образом. В частности, при оценке инвалидности следует перейти от медицинского принципа к подходу, основанному на правах человека, сосредоточить внимание на удовлетворении потребностей

³¹ К примеру, определение персональной помощи предложено Европейской сетью за самостоятельный образ жизни, см. www.enil.eu/policy/.

человека, а не его недугах³², и уважать индивидуальный выбор и предпочтения путем обеспечения участия инвалидов в процессе принятия решений. При определении критериев также важно обеспечить, чтобы инвалиды имели равный доступ к услугам по поддержке. Одним из важнейших шагов в этом направлении является принятие открытой концепции инвалидности, совместимой с положениями Конвенции о правах инвалидов (статья 1, второй абзац).

41. Выработаны различные схемы покрытия расходов на вспомогательное обслуживание. Некоторые государства покрывают все расходы на производство и оказание услуг, в то время как другие используют схемы разделения затрат с бенефициарами. Иногда услуги предоставляются непосредственно организациями инвалидов, которые могут частично привлекать финансирование из бюджета государства или местных органов или использовать свои собственные средства. Комитет по правам инвалидов систематически призывает государства выделять достаточные ресурсы на финансирование служб социально-бытовой помощи, которые позволяют инвалидам жить в своих местных общинах³³.

42. Во многих странах меры жесткой экономии оказали значительное негативное воздействие на финансирование и предоставление помощи. Эти меры включают прямое секвестирование бюджета, ликвидацию и объединение услуг, предоставление более стандартизированных и/или институциональных услуг, сокращение персонала и урезание зарплат соотработников, сокращение помощи на обеспечение независимой жизнедеятельности, задержки перечислений средств из государственного в некоммерческий сектор, отсрочку реформ, увеличение сроков ожидания и расширение приватизации услуг³⁴. В ряде случаев фонды обеспечения независимой жизнедеятельности полностью закрываются для новых заявителей, что резко сокращает количество получателей персональных бюджетов. Меры экономии порождают серьезные проблемы, связанные с обязательствами государств в области недопустимости снижения уровня обслуживания³⁵, недискриминации и соблюдения минимальных базовых обязательств.

С. Доступность социальных услуг и объектов коллективного пользования

43. Чтобы в полной мере реализовать свое право жить самостоятельно и быть вовлеченным в сообщество инвалиды должны иметь доступ к базовым общественным услугам и объектам общего пользования. Статья 19 с) обязывает государства-участника обеспечить доступность общественных услуг и объектов коллективного пользования для населения в целом наравне с инвалидами и чтобы эти услуги отвечали их потребностям. Это положение нужно понимать в

³² Комитет по правам инвалидов выразил беспокойство по поводу привязки критериев получения социальных услуг к конкретной группе инвалидности. См., например, CRPD/C/ESP/CO/1.

³³ См., например, заключительные замечания Комитета по Австралии (CRPD/C/AUS/CO/1), Австрии (CRPD/C/AUT/CO/1), Аргентине (CRPD/C/ARG/CO/1), Китаю (CRPD/C/CHN/CO/1 и Согг.1), Венгрии (CRPD/C/HUN/CO/1), Перу (CRPD/C/PER/CO/1), Испании (CRPD/C/ESP/CO/1) и Республике Корея (CRPD/C/KOR/CO/1).

³⁴ См. Harald Hauben et al., "Assessing the impact of European governments' austerity plans on the rights of people with disabilities" (European Foundation Centre, 2012).

³⁵ Замечание общего порядка № 19 (2007) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам относительно права на социальное обеспечение, пункты 42 и 64.

широком смысле как охватывающее все услуги и объекты коллективного пользования, имеющиеся в обществе, и включающее, в качестве примера, права на посещение районной школы, пользование общей транспортной системой и доступ к открытому рынку труда в зависимости от личных предпочтений и квалификации. В сочетании с конкретными видами вспомогательного обслуживания доступность общественных услуг и объектов также имеет большое значение для успешной деинституционализации.

44. Статья 19 с) исходит из общих принципов, закрепленных в статье 3, в частности касающихся полного и эффективного вовлечения и включения в общество и уважения особенностей инвалидов и их принятия в качестве компонента людского многообразия и части человечества. Построение инклюзивного общества требует а) устранения барьеров; б) системного преобразования основных услуг в обществе; и с) организации открытого процесса, в который активно вовлечены инвалиды.

45. Обязательства по статье 9 Конвенции включают в себя принятие надлежащих мер для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения. Сообщения из всех регионов показывают прогресс в деле адаптации общественных зданий и объектов, дорог и транспортных средств к нуждам инвалидов. В числе других мер следует отметить внесение изменений в строительные нормы и правила и нормы городского планирования, модификацию информационной среды и включение стандартов универсального дизайна в различных секторах. Также принимаются меры в жилищном секторе для обеспечения того, чтобы новое жилье строилось с учетом стандартов доступности и чтобы инвалиды включались в программы социального жилья. Несмотря на то, что в ряде стран принимаются меры по поощрению систем инклюзивного образования, инвалиды по-прежнему сталкиваются в образовательных учреждениях с различными формами дискриминации. Хотя повсеместно принимаются меры по поощрению трудоустройства инвалидов, по-прежнему распространена практика работы инвалидов в специальных производственных помещениях в нарушение положений статьи 27 Конвенции о правах инвалидов. Работа в специальных производственных помещениях для инвалидов препятствует их интеграции и взаимодействию с обществом³⁶.

46. Эффективной основой для поддержки включения лиц с ограниченными возможностями в процесс развития их общин может быть реабилитация на уровне общины. В ходе развития с течением времени в системе реабилитации на уровне общины был совершен переход от сугубо медицинского, часто однопрофильного подхода в предоставлении услуг к "стратегии в рамках общего процесса развития общины для обеспечения средств реабилитации, равных возможностей и социальной интеграции в общество всех людей с ограниченными возможностями"³⁷. Руководящие принципы реабилитации на уровне общин, опубликованные в 2010 году Всемирной организацией здравоохранения,

³⁶ В предыдущих докладах Совету по правам человека УВКПЧ затрагивало проблемы вовлечения инвалидов в сферу занятости (A/HRC/22/25) и инклюзивного образования (A/HRC/25/29 и Corr.1).

³⁷ В соответствии с определением, приведенным в совместном докладе Labour Office, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and WHO, *CBR: A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities*, Joint Position Paper 2004.

направлены на содействие доступу инвалидов к обычным учреждениям в секторах здравоохранения, образования, занятости и социального обеспечения, а также намечены новые области для развития в отношении вспомогательных услуг, таких как персональная помощь. Положительное влияние реабилитации на уровне общин было подчеркнуто в полученных сообщениях, в частности из Сальвадора и Никарагуа, где другие услуги по поддержке самостоятельного образа жизни пока еще не получили полного развития.

47. Неформальные сети играют важную роль в построении инклюзивного общества. В ряде стран применяется модель проведения собраний семейных групп. В Нидерландах в разработанной в Эйндховене модели метод собраний семейных групп применяется для решения фактических или потенциальных психосоциальных кризисных ситуаций с привлечением членов семьи, друзей, соседей, коллег и других лиц для предотвращения принятия принудительных мер психиатрического вмешательства. В некоторых странах для вовлечения членов общины в процесс обеспечения устойчивой поддержки инвалидов также используются "микросоветы", представляющие собой небольшие группы друзей и членов семьи. Независимо от характера неформальных механизмов статья 19 требует, чтобы инвалиды имели полную возможность принятия решений, при этом эти механизмы играют вспомогательную роль³⁸.

48. Низкий уровень, недоступность и удаленность объектов инфраструктуры являются обычными причинами дискриминации инвалидов в сфере доступа к общественным услугам. В соответствии со статьями 2 и 5 Конвенции государства несут прямое обязательство по предоставлению разумного приспособления в отсутствие общих мер по обеспечению доступности. Хотя старение нельзя отождествлять с инвалидностью, пожилые инвалиды составляют значительную часть населения и особенно подвержены изоляции³⁹. Продолжающаяся разработка новых стандартов в отношении пожилых людей не должна допускать снижение уровня защиты и должна исходить из норм, закрепленных в Конвенции о правах инвалидов.

49. Создание инклюзивных систем требует государственных инвестиций и может быть дорогостоящим. Однако очевидно, что обеспечение доступности и инклюзивности на самом раннем этапе обойдется дешевле, чем последующая адаптация услуг и физических объектов. Инклюзивные сообщества также являются в долгосрочной перспективе более эффективными с экономической точки зрения, поскольку дают возможность инвалидам в полной мере участвовать в экономической, социальной, политической и культурной жизни общества и вносить свою лепту.

IV. Осуществление на национальном уровне

50. В существующих исследованиях и материалах, полученных для настоящего доклада, сообщается о глубоких различиях, в том числе на внутрирегиональном уровне, в области доступности местных общинных услуг для инвалидов, оказания индивидуальной помощи и возможностей выбора услуг⁴⁰. Осуще-

³⁸ См. далее обсуждение по вопросу о выборе и контроле в разделе III.A настоящего исследования.

³⁹ См. E/2012/51 и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 6 (1995) об экономических, социальных и культурных правах пожилых людей.

⁴⁰ См., например, Inclusion International, *Inclusive Communities*, chap. 5.

ствление на национальном уровне должно учитывать местные и культурные подходы, в том числе традиции сельского и коренного населения, помещая инвалида в центр контроля над их жизнедеятельностью.

51. Инвалиды и представляющие их организации следует активно вовлекать в осуществлении статьи 19, в том числе в разработку и осуществление законодательства, политики и программ, как это предусмотрено в пункте 3 статьи 4 Конвенции о правах инвалидов.

52. Существует целый ряд законодательных и административных мер, которые государствам следует иметь в виду для того, чтобы избежать изоляции и дискриминации инвалидов⁴¹. В большинстве случаев для признания равенства перед законом и дееспособности инвалидов необходим пересмотр гражданского законодательства. В нормативно-правовой базе следует признать право инвалидов вести самостоятельный образ жизни и быть вовлеченными в жизнь общины, при этом необходимо отменить положения, допускающие принудительную институционализацию. В ряде случаев государства не в полной мере реализуют преимущества процессов реформ и добиваются лишь частичных успехов. Важно, чтобы пересмотры законодательства были направлены на интеграцию стандартов Конвенции о правах инвалидов во всех секторах, а не только в одном из них.

53. Планы по деинституционализации должны предусматривать проведение системных преобразований и постепенное наращивание поддержки и альтернативных услуг в общине, а также ориентироваться на реальные сроки. Это требует перераспределения ресурсов от специализированных учреждений в пользу служб поддержки на уровне общин, а также прекращения создания новых и структурной модернизации уже существующих учреждений. Там, где учреждений интернатного типа не существует, государствам следует не воспроизводить устаревшие модели, а применять подходы, которые поощряют и защищают права инвалидов вести самостоятельный образ жизни и быть интегрированными в общество.

54. Государства обязаны установить соответствующие недискриминационные стандарты для вспомогательных услуг и основных общественных услуг, а также обеспечить надлежащее финансирование. В этом смысле, возможно, целесообразно включать вспомогательные услуги в процесс разработки общенациональной политики в области инвалидности и соответствующих планов действий. В тех случаях, когда государства не предоставляют услуги по поддержке непосредственно, они должны согласно статье 19 исключить отрицательное влияние приватизации на наличие, доступность, ценовую приемлемость и качество услуг. Поддержка должна и далее исходить из потребностей индивида, а не интересов поставщика услуг.

55. Министерства, отвечающие за осуществление политики в области предоставления услуг, отличаются от одной страны к другой. Зачастую министерства, занимающиеся вопросами социального обеспечения/страхования, играют важную роль в предоставлении вспомогательных услуг, жилья и инфраструктуры для инклюзивной среды. Чтобы исключить сугубо медицинский подход в сфере оказания помощи и обслуживания, лучше, если все связанные с поддержкой функции не будут сосредоточены только в руках министерства здравоохранения. Однако министерства здравоохранения совместно с министерствами юс-

⁴¹ Включая предоставление разумных приспособлений в соответствии со статьями 2 и 5 Конвенции о правах инвалидов.

тиции играют особую роль в обеспечении свободного и осознанного согласия для недопущения принудительной институционализации и лишения свободы⁴².

56. В полученных для настоящего исследования материалах содержится описание имеющихся различных механизмов контроля за осуществлением политики деинституционализации и отслеживания случаев злоупотреблений в сегрегированных условиях и для обеспечения доступа к правосудию. Такие механизмы включают в себя общие судебные средства правовой защиты, национальные правозащитные учреждения, омбудсменов, специальные органы, учрежденные в соответствии с законами об инвалидах, страховые органы и независимые механизмы мониторинга, созданные в соответствии с пунктом 2 статьи 33 Конвенции о правах инвалидов, которая требует, чтобы государства-участники принимали во внимание принципы, касающиеся статуса и функционирования национальных учреждений, занимающихся защитой и поощрением прав человека. В ряде государств, включая Литву, были созданы специальные межведомственные органы по надзору за процессом деинституционализации. В некоторых случаях контроль за интернатными учреждениями был передан национальным превентивным механизмам, созданным в соответствии с Факультативным протоколом к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Каким бы ни был механизм, его независимость должна обеспечиваться стандартами Конвенции о правах инвалидов и исходить из них.

V. Международное сотрудничество

57. Международное сотрудничество в ряде случаев направлено на поощрение независимого образа жизни в условиях местной общины. В Сербии Оксфам, "Хандикап нтернэшнл", "Айриш эйд" и Программа развития Организации Объединенных Наций финансировали пилотные проекты в области персональной помощи в период 2001–2009 годов. В 2013 году Специальный докладчик по проблемам инвалидов Комиссии социального развития совместно с Японским агентством международного сотрудничества в результате совместной работы учредили два центра для независимой жизни в Йоханнесбурге, Южная Африка, в целях создания местного потенциала и тиражирования этой модели в других странах Южной Африки и региона⁴³. В Республике Молдова в результате партнерской работы УВКПЧ и Министерства здравоохранения в 2013 году было принято общесистемное решение о переходе в течение 18 месяцев с системы крупных психиатрических больниц к модели поддержки на уровне общин. Наряду с этим, сотрудничество в рамках Организации Объединенных Наций под руководством УВКПЧ способствовало созданию в 2014 году первой неправительственной организации пользователей услуг и бывших пациентов психиатрических учреждений в Республике Молдова и последующему открытию в этой стране первого управляемого пользователями общинного центра и поставщика комплексных услуг.

⁴² См. Тематическое исследование УВКПЧ о структуре и роли национальных механизмов осуществления и мониторинга Конвенции о правах инвалидов (A/HRC/13/29).

⁴³ Доклад Специального докладчика по проблемам инвалидов Комиссии социального развития о контроле за осуществлением Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов (E/CN.5/2013/10).

VI. Выводы

58. Статья 19 Конвенции о правах лиц с ограниченными возможностями иллюстрирует парадигму перехода от медицинского и благотворительного подхода к социальному и правозащитному подходу к проблемам инвалидности. Инвалиды без исключения имеют право вести самостоятельный образ жизни и быть вовлеченными в местное сообщество. Вместе с тем на практике некоторые группы более чем другие подвержены изоляции.

59. В соответствии со статьей 19 государства-участники обязаны положить конец сегрегации инвалидов и дать им возможность осуществлять контроль над их жизнью независимо от наличия услуг в этой сфере, предоставляемых частным сектором.

60. Принудительная институционализация является нарушением Конвенции о правах инвалидов, поскольку представляет собой форму лишения свободы на основании наличия инвалидности, и не должна применяться. Государства-участники должны обеспечить полное признание перед законом всех инвалидов и принять меры к тому, чтобы они могли осуществлять выбор и контроль над их жизнью наравне с другими, имея при необходимости доступ к помощи в принятии решений.

61. Деинституционализация требует системных преобразований, выходящих за рамки закрытия специализированных учреждений. Чтобы создать условия для участия инвалидов в жизни общества, она должна предусматривать а) индивидуализированное обслуживание и б) инклюзивные основные общественные услуги при полном уважении воли и предпочтений инвалидов. Новые формы институционализации, как правило, скрыты под внешними изменениями, которые не передают фактическое управление от поставщиков услуг их потребителям, как того требует основанный на правах человека подход к инвалидности.

62. В поддержке инвалидов участвуют различные поставщики и учреждения. Обслуживание на дому, по месту жительства и другие виды социально-бытовой помощи могут обеспечивать качественную поддержку при одновременном снижении неблагоприятных последствий для семьи и гендерного равенства.

63. Персональная помощь является эффективным средством обеспечения права вести самостоятельный образ жизни и быть интегрированным в местное сообщество при уважении присущего человеку достоинства, личной самостоятельности и независимости инвалидов. Персональная помощь должна быть доступна всем инвалидам, включая лиц с умственными и психосоциальными отклонениями.

64. Инвалиды лучше других знают о своих потребностях. Выделение бюджетов не поставщикам, а потребителям услуг передает контроль и возможность выбора инвалидам и в конечном счете улучшает качество поддержки. Большое значение для того, чтобы поддержка характеризовалась надлежащим качеством и соответствовала положениям Конвенции о правах инвалидов, также имеет специальная подготовка.

65. Для обеспечения высокого качества индивидуализированной поддержки и инклюзивных основных общественных услуг могут потребоваться первоначальные инвестиции. Вместе с тем инклюзивные сообщества, в которых инвалиды полностью интегрированы и участвуют в экономиче-

ской, социальной, политической и культурной жизни, более экономически эффективны в долгосрочной перспективе. Нехватка ресурсов не должна быть причиной для бездействия; в этом случае следует поощрять эффективные партнерские связи и определение соответствующих первоочередных задач на основе правового подхода. Меры экономии не должны оправдывать снижение уровня поддержки.

66. Конвенция о правах инвалидов содержит самые последние нормы, касающиеся права вести независимый образ жизни и быть вовлеченным в местное сообщество, которые следует рассматривать как минимальные стандарты при разработке будущих инструментов в области прав человека на глобальном или региональном уровнях.
