

**Конвенция о правах  
инвалидов**

Distr.: General  
17 September 2020  
Russian  
Original: English  
English, Russian and Spanish only

**Комитет по правам инвалидов****Расследование в отношении Венгрии в соответствии  
со статьей 6 Факультативного протокола к Конвенции**

Доклад Комитета\* \*\*

**I. Введение**

1. Комитет 14 июня 2017 года получил достоверную информацию в соответствии со статьей 6 Факультативного протокола к Конвенции, в которой утверждается о грубых и систематических нарушениях прав лиц с инвалидностью в Венгрии.
2. Источник информации утверждал следующее:
  - a) в законодательстве и на практике значительное число лиц с инвалидностью по-прежнему лишены права на равенство перед законом;
  - b) значительный объем ресурсов, в том числе из европейских структурных и инвестиционных фондов, по-прежнему направляется на цели расширения практики институционализации лиц с инвалидностью, в том числе посредством осуществления стратегии перевода лиц с инвалидностью из крупных в небольшие дома для коллективного проживания, что препятствует их интеграции в общество;
  - c) постоянное помещение лиц с инвалидностью под опеку и в специальные учреждения представляет собой дискриминацию по признаку инвалидности;
  - d) масштабы, характер, воздействие и организованный характер вышеупомянутых предполагаемых нарушений представляют собой грубые и систематические нарушения Конвенции.
3. Венгрия ратифицировала Конвенцию и Факультативный протокол 20 июля 2007 года.

**II. Краткое изложение хода работы и сотрудничества  
со стороны государства-участника**

4. Секретариат Комитета 27 сентября 2017 года препроводил государству-участнику решение Комитета, принятое на его восемнадцатой сессии (14–31 августа

\* Принят Комитетом на его двадцать второй сессии (26 августа — 20 сентября 2019 года).

\*\* На своей двадцать второй сессии (26 августа — 20 сентября 2019 года) Комитет постановил, что настоящий доклад будет опубликован по истечении шестимесячного периода, предусмотренного в пункте 4 статьи 6 Факультативного протокола к Конвенции, что имело место 8 апреля 2020 года.



2017 года), с просьбой представить замечания в течение двух месяцев с даты первоначального представления.

5. Государство-участник 27 ноября 2017 года представило свои замечания, которые включали всеобъемлющую информацию о системе социальных услуг, касающихся лиц с инвалидностью, режиме опеки и консультациях с лицами с инвалидностью.

6. Секретариат 14 мая 2018 года проинформировал государство-участник о принятом Комитетом на его девятнадцатой сессии (14 февраля — 9 марта 2018 года) решении провести конфиденциальное расследование в соответствии с пунктом 2 статьи 6 Факультативного протокола в отношении предполагаемых серьезных или систематических нарушений прав лиц с инвалидностью на равенство перед законом (статья 12 Конвенции), на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (статья 19) и на равенство и недискриминацию (статья 5) в соответствии с общими обязательствами государства-участника по Конвенции (статья 4).

7. Государство-участник 14 июня 2018 года удовлетворило просьбу Комитета о проведении конфиденциального посещения и назначило координатора для поддержания связи с секретариатом.

8. В период с октября 2018 года по середину января 2019 года была проведена активная предметная и материально-техническая подготовка к посещению.

9. В соответствии с просьбой Комитета государство-участник 14 декабря 2018 года представило дополнительную информацию.

10. Посещение состоялось в период с 21 января по 1 февраля 2019 года. Два члена Комитета при поддержке секретариата провели диалог с членами Государственного собрания, магистратами Верховного суда, судьями и сотрудниками Национального управления по вопросам судебных органов, высокопоставленными сотрудниками Министерства трудовых ресурсов и Министерства юстиции, должностными лицами правительства, ответственными за реализацию социальной политики, директорами различных учреждений, членами национального учреждения по правам человека и органа по вопросам равенства, лицами с инвалидностью, проживающими в крупных и небольших учреждениях, активистами из числа лиц с инвалидностью, самостоятельно защищающими свои интересы, детьми с инвалидностью, родственниками лиц с инвалидностью, представителями Национального совета по вопросам инвалидности, организациями лиц с инвалидностью и другими организациями гражданского общества, юристами, социальными работниками и представителями научных кругов. Делегация Комитета посетила различные учреждения, находящиеся в столице и в различных областях. По итогам опроса более 200 человек была подготовлена информация объемом около 2300 страниц.

11. Комитет приветствует сотрудничество государства-участника на протяжении всего процесса конфиденциального расследования, включая предоставленную информацию.

12. В соответствии с правилом 83 своих правил процедуры Комитет запросил информацию от Европейского союза, который также является участником Конвенции.

### **III. Справочная информация и основные правовые и политические рамки в областях, охватываемых процедурой расследования**

13. В ходе переписи населения 2011 года было выявлено 490 578 лиц с инвалидностью, что составляет 4,9 % от общей численности населения. Согласно официальным данным, в 2018 году в специальные учреждения было помещено 98 539 человек, из которых 24 553 человека были лицами с инвалидностью. К концу 2018 года под опекой находилось в общей сложности 54 959 лиц с инвалидностью, из которых 48 945 человек были лишены права голоса.

14. В коммунистическую эпоху преобладали патерналистские и медицинские модели инвалидности, большое число лиц с инвалидностью находилось под опекой, а социальные услуги, доступные для лиц с инвалидностью, особенно для лиц с умственными или психосоциальными расстройствами, предоставлялись в основном в крупных учреждениях, расположенных в сельских и отдаленных районах. С 1990-х годов с установлением демократии и либеральной экономики были приняты меры, отражающие эти политические и экономические изменения в системе социальной защиты. Государство-участник является членом Европейского союза с 2004 года.

15. Что касается правоспособности, то в Основном законе Венгрии (Конституции), действующем с 2012 года, признается право всех лиц быть субъектами прав и запрещается дискриминация по признаку инвалидности (статья XV). Вместе с тем в нем также говорится о лишении избирательных прав лиц с «ограниченными умственными способностями» на основании судебного решения, допускающего ограничение их права голоса и права быть избранными (пункт 6 статьи XXIII). Гражданский кодекс с поправками, внесенными в него в 2013 году, предусматривает сохранение опеки в форме полного или частичного ограничения дееспособности. В соответствии с Законом № CLV 2013 года было введено суппортивное принятие решений.

16. Основными целями Закона № XXVI 1998 года о правах и равных возможностях лиц с инвалидностью (Закон о равных возможностях) являются поощрение равных возможностей для лиц с инвалидностью и их интеграции в жизнь общества. В целях осуществления этого закона были приняты Национальная программа по инвалидности (2015–2025 годы) и План действий (2015–2018 годы)<sup>1</sup>, предусматривающие более 80 конкретных мер.

17. Законодательную основу системы социальных услуг, включая оказание услуг лицам с инвалидностью, составляет Закон № III 1993 года «О социальном управлении и социальных пособиях» (Социальный закон). В нем проводится различие между базовыми социальными услугами, предоставляемыми по месту жительства, и специализированными социальными услугами, предоставляемыми в учреждениях. По своему типу учреждения делятся на крупные и небольшие. Небольшие учреждения могут иметь форму квартир (до 6 человек), домов для коллективного проживания (до 12 человек) или жилых центров (до 50 человек). Положение детей с инвалидностью регулируется Социальным законом и Законом № XXXI 1997 года «О защите детей и порядке осуществления опеки» (Закон о защите детей).

18. Внесенная в 2010 году поправка к Закону о равных возможностях предусматривает замену учреждений вместимостью более 50 человек на небольшие дома для коллективного проживания. Поправка, внесенная в 2013 году в Социальный закон, установила понятие «поддерживаемое жилье» — форму специализированной социальной службы или учреждения, предусматривающую раздельное предоставление жилья и других социальных услуг.

19. В 2011 году государство-участник приступило к осуществлению стратегии по переводу лиц с инвалидностью, проживающих в учреждениях вместимостью более 50 человек, в небольшие дома для коллективного проживания. В результате 655 лиц с инвалидностью были переведены в менее крупные дома, оборудованные для проживания. Второй этап этого процесса, охватывающий 10 000 лиц с инвалидностью, начался в 2017 году и должен завершиться в 2036 году. Оба этапа в основном финансируются по линии Европейского фонда регионального развития, который используется в первую очередь для строительства менее крупных домов, оборудованных для проживания.

20. Меры жесткой экономии, принятые для преодоления финансового кризиса 2008 года, привели к сокращению бюджетных ассигнований на социальные услуги для лиц с инвалидностью. В 2010 году была пересмотрена пенсионная система, с тем

<sup>1</sup> Постановление Парламента № 15/2015 (IV.7) и Постановление Правительства № 1653/2015 (IX.14).

чтобы стимулировать выход на работу лиц, получающих пособия по инвалидности. Многие лица с инвалидностью утратили свое право на получение пособий по инвалидности или начали получать пособия в сокращенном размере. Согласно официальным данным, объем государственных средств, вложенных в учреждения, значительно превышает объем средств, вложенных в предоставление услуг на базе местного сообщества.

21. Помимо закрепленного в Конституции запрета дискриминации по признаку инвалидности, Закон № СХХV 2003 года о равном обращении и поощрении равных возможностей (Закон о равном обращении) обеспечивает защиту от дискриминации ряда групп лиц, включая лиц с инвалидностью, предусматривает создание Управления по вопросам равного обращения и содержит описание имеющихся средств правовой защиты от актов дискриминации.

22. Несмотря на многочисленные реформы, медицинские и патерналистские модели инвалидности по-прежнему преобладают в обществе и в политике и законах, связанных с инвалидностью.

## **IV. Фактические данные**

### **A. Равенство перед законом (статья 12)**

23. В Конституции признается способность лиц с инвалидностью быть правообладателями. В Гражданском кодексе с поправками, внесенными в 2013 году, проводится различие между способностью быть правообладателем и дееспособностью и, как и в предыдущей редакции Кодекса, разрешается передача под опеку.

24. Дееспособность может быть ограничена полностью или частично. В случае ее полного ограничения опекун обладает полномочиями принимать за находящееся под опекой лицо решения во всех сферах жизни. Частичное ограничение касается возможностей человека в конкретных сферах жизни, таких как финансовые вопросы или здравоохранение, в той степени, в какой это определено судом.

25. Согласно официальным статистическим данным, число лиц с инвалидностью, находящихся под опекой, неуклонно растет, увеличившись с 54 656 человек в 2008 году до 55 056 человек в 2017 году. За этот же период число лиц с инвалидностью, находящихся под полной опекой, уменьшилось с 32 687 до 30 735 человек, в то время как число лиц с инвалидностью, находящихся под частичной опекой, выросло с 19 135 до 24 212 человек.

26. В 2013 году, когда были приняты поправки, предполагалось, что помещение под полную опеку будет постепенно ограничиваться и станет применяться лишь в виде исключения. Однако в 2017 году по прошествии четырех лет после вступления в силу этих мер число лиц, помещенных под полную опеку, практически не изменилось.

27. Реформа 2013 года предусматривала, что частичное ограничение дееспособности затронет лишь некоторые сферы принятия решений согласно определению судьи. Однако на практике в 2017 году 14 745 человек с частично ограниченной правоспособностью имели ограниченную дееспособность в отношении всех сфер принятия решений.

28. Помещение под опеку осуществляется на основании судебного решения по итогам разбирательства, которое, как правило, инициирует ответственный орган, а именно орган опеки и попечительства, по ходатайству одного из родственников соответствующего лица.

29. Хотя судьи заслушивают лицо, в отношении которого ведется разбирательство, и оценивают как личные факторы, так и факторы, связанные со средой, в которой находится это лицо, решающим фактором для помещения под опеку является медицинское заключение назначенных судом психиатров относительно «умственных способностей» соответствующего лица. При вынесении этого заключения также учитывается история болезни. Методы проведения оценки различаются, что приводит

к расхождениям в результатах. Была выдвинута инициатива по гармонизации различных подходов на основе протокола.

30. Хотя лица с инвалидностью могут оспаривать решение о помещении под опеку, имеющаяся информация свидетельствует о весьма низких показателях успешных обжалований этих решений. В соответствии с законом каждые 5 лет осуществляется обязательный пересмотр решения о помещении под частичную опеку и каждые 10 лет — решения о помещении под полную опеку. Официальные статистические данные свидетельствуют о том, что опека была сохранена в 80 % дел, пересмотренных в 2014 году, 90 % дел, пересмотренных в 2015 году, 90 % дел, пересмотренных в 2016 году, и 89 % дел, пересмотренных в 2017 году.

31. Опекунами могут быть назначены родственники лица, переданного под опеку, а также профессиональные опекуны. Согласно официальной статистике, в 2007 году насчитывалось 787 профессиональных опекунов, под опекой которых находилось 23 888 человек. Среднее число лиц, приходящихся на одного опекуна, составляло от 30 до 45 человек.

32. Приемные часы опекунов, работающих в районных отделениях, составляют четыре часа в неделю, а в остальное время они доступны по телефону. Работа опекунов контролируется органом опеки и попечительства, который регулярно проводит их обучение, хотя имеющаяся информация свидетельствует о том, что учебные программы не включают подготовку по Конвенции или по правозащитной модели инвалидности. Орган опеки и попечительства рассматривает жалобы на опекунов в первой и второй инстанции. Только после этого заявители могут обращаться в независимый административный суд. Имеющаяся информация свидетельствует о крайне малом количестве жалоб, поданных на опекунов. Управление по вопросам равного обращения не рассматривает жалобы лиц, находящихся под опекой.

33. Опекуны могут инициировать помещение лиц с инвалидностью, находящихся под полной опекой, в специальные учреждения. Они могут также инициировать помещение в учреждения лиц, находящихся под частичной опекой, хотя в этом случае требуется согласие опекуна и официальное заявление соответствующего лица. Тем не менее имеющаяся информация свидетельствует о распространенной практике помещения лиц, находящихся под частичной опекой, в учреждения только с согласия их опекунов. По официальным данным, в 2016 году из 57 039 человек, находящихся под опекой, 28 179 человек были помещены в специальные учреждения; в 2017 году эти показатели составляли 57 983 и 28 395 человек соответственно. Опрошенные сообщили, что их опекуны посещают их время от времени или раз в месяц. Независимо от вида опеки, под которую они помещены, находящиеся в специальных учреждениях лица с инвалидностью фактически ограничены в своей дееспособности практически во всех сферах жизни. Опрошенные лица заявили, что они предпочли бы более широкую автономию в принятии решений, однако им было отказано в этом.

34. Магистраты Верховного суда, судьи и юристы-практики рассматривают помещение под опеку в качестве меры защиты лиц с инвалидностью. Правовая культура поддерживает институт опеки, а желание или инициативы по ее изъятию из законодательства или практики отсутствуют. Например, в 2014 году Конституционный суд отклонил ходатайство Уполномоченного по основным правам, в котором оспаривалась конституционность помещения под полную опеку.

35. Судебные разбирательства по вопросам опеки предполагают отдельную оценку способности лиц с инвалидностью осуществлять свое право голоса и быть избранными. Согласно имеющейся информации, лица с инвалидностью могут быть лишены избирательных прав на основании имеющейся инвалидности посредством оценки знаний о национальных политических процессах. Число лишенных избирательных прав лиц с инвалидностью, находящихся под полной опекой, практически не изменилось: в 2013 году оно составляло 28 494 человека, а к концу 2017 года — 30 735 человек. Число лишенных избирательных прав лиц с инвалидностью, находящихся под частичной опекой, увеличилось с 18 106 человек в 2013 году до 24 212 человек к концу 2017 года. В 2013 году избирательных прав были

лишены 59 956 из 61 563 человек, находящихся под опекой, а к концу 2018 года — 48 945 из 54 959 человек.

36. Закон № CLV 2013 года регулирует суппортивный режим принятия решений и предусматривает следующее:

a) данный режим применяется только к лицам с «незначительным снижением умственных способностей»;

b) он может быть предложен органом опеки и попечительства соответствующему лицу во время рассмотрения в суде вопроса об опекунстве, если судья не полностью убежден, что это лицо должно быть передано под опеку;

c) орган опеки и попечительства назначает лиц, оказывающих поддержку;

d) соответствующее лицо может отклонить предложенную кандидатуру лица, оказывающего поддержку;

e) в качестве лиц, оказывающих поддержку, могут быть назначены лица, которые были опекунами;

f) максимальное число лиц, которое может быть закреплено за лицом, оказывающим поддержку, составляет 30 человек, в некоторых случаях — 45 человек;

g) лица, находящиеся под частичной опекой, могут обратиться с просьбой о назначении лица, оказывающего им поддержку в других сферах жизни, которых не коснулись ограничения в связи с помещением под опеку, и в качестве такого лица может выступить их опекун;

h) подготовка по вопросам Конвенции не является обязательным условием для выполнения работы лиц, оказывающих поддержку;

i) лица, в отношении которых действует этот режим, ограничены в осуществлении других прав, таких как родительские права, и не могут занимать определенные государственные должности.

37. В общей сложности 149 человек в 2016 году и 167 человек в 2017 году были переведены на режим суппортивного принятия решений. Лица с инвалидностью и юристы-практики не очень хорошо знакомы с этим режимом. Другие формы поддержки для осуществления правоспособности официально не являются доступными для лиц с инвалидностью.

## **В. Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (статья 19)**

### **1. Отсутствие выбора и стереотипы в отношении инвалидности**

38. Лица с инвалидностью, особенно лица с умственными или психосоциальными расстройствами, продолжают сталкиваться с препятствиями при осуществлении своей свободы выбора и автономии и своего самоопределения. В силу широко распространенных стереотипов в отношении инвалидности они по-прежнему воспринимаются как «непригодные» к самостоятельной жизни и вовлеченности в местное сообщество. Преобладающие медицинские и патерналистские модели инвалидности узаконивают институционализацию под предлогом лечения, развития, проведения терапии и реабилитации. Социальный закон устанавливает, что лица, чье образование, обучение и трудоустройство или уход за которыми возможны только в специальном учреждении, могут быть приняты в такое учреждение после оценки медицинской карты и так называемой «комплексной оценки потребностей» соответствующего лица.

39. Несмотря на поправки, внесенные в Социальный закон в части, касающейся услуг по поддержке, индивидуальное право на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество до сих пор не признано. Правительство обеспечило перевод Конвенции и некоторых замечаний общего порядка Комитета на венгерский язык и организовало подготовку государственных должностных лиц,

работающих с лицами с инвалидностью. Однако отношение к лицам с инвалидностью по-прежнему является барьером, негативно сказывающимся на эффективности таких усилий, препятствуя интеграции лиц с инвалидностью в общество.

## 2. Услуги по поддержке

40. Базовые социальные услуги, предусмотренные в Социальном законе и поправках к нему, включают в себя поддержку на дому, поддержку на базе местного сообщества для лиц с психосоциальными расстройствами, помощь на дому с использованием сигнального прибора, службу поддержки лиц, считающихся «нуждающимися в социальной помощи», дневной уход, временную помощь для замещения членов семей лиц с инвалидностью и ИТ-систему дистанционного обслуживания, обеспечивающую лицам с инвалидностью поддержку в их повседневной жизни. Согласно официальным статистическим данным, по состоянию на 2018 год 25 962 лица с инвалидностью получали поддержку в виде базовых социальных услуг.

41. Согласно имеющимся источникам, поддержка на дому предоставляется только в течение одного–двух часов в будние дни в рабочее время. Предоставляются только базовые услуги, такие как помощь в обеспечении личной гигиены. Поставщики услуг по поддержке на дому устанавливают размер оплаты и условия, что ограничивает личный выбор и предпочтения лиц с инвалидностью.

42. Служба поддержки направлена на облегчение доступа лиц с инвалидностью к государственным услугам и помощи на дому. Согласно имеющимся источникам, служба поддержки в основном предназначается для лиц, нуждающихся в более высоком уровне поддержки, которые считаются имеющими «тяжелую форму инвалидности» и «нуждающимися в социальной помощи». По официальным данным за 2015 год, только 12 500 лиц с инвалидностью из 144 000 имеющих на это право лиц имели доступ к этому виду поддержки. В 2017 году ее охват несколько увеличился — до 13 306 человек. Транспортные услуги предоставляются, но лишь в рабочее время до 16 часов после проведения индивидуальной оценки имеющихся нарушений.

43. Дневной уход в специальных учреждениях предоставляется лицам старше трех лет, которые имеют инвалидность и поэтому считаются «не самостоятельными или частично самостоятельными», лицам с инвалидностью, нуждающимся в чьей-либо помощи, и лицам с аутизмом. В 2018 году 12 007 лиц с инвалидностью посещали центры дневного ухода, которые в основном расположены в крупных городах. Муниципалитеты с населением более 10 000 человек официально обязаны создавать центры дневного ухода, однако лишь немногие из них это сделали. Имеющаяся информация свидетельствует о наличии барьеров, препятствующих доступу к дневному уходу, таких как стоимость услуг, недоступная для лиц с инвалидностью, имеющих низкий доход, высокие транспортные расходы и ограничение до пяти часов в день для лиц с инвалидностью, чьи родственники выступают в качестве лиц, ухаживающих за ними.

44. Женщины, возглавляющие домохозяйства и воспитывающие детей с инвалидностью, сталкиваются с серьезными проблемами при получении места для своих детей в центрах дневного ухода и с длительными процессами зачисления. Согласно имеющимся источникам, 70–80 % родителей детей с инвалидностью готовы оказывать своим детям поддержку дома. Однако в силу ограниченности оказываемой им временной замещающей поддержки и отсутствия у их детей перспектив жизни в местном сообществе они, как представляется, чаще прибегают к услугам специальных учреждений.

45. Лица с инвалидностью имеют также право на денежную поддержку, включая пособие по инвалидности и ежегодное пособие для слепых, причем последнее распространяется только на лиц, которые отвечали соответствующим критериям до 1 июля 2001 года. Работники, получившие инвалидность в ходе трудовой деятельности, имеют право на пособие по инвалидности, а работники с пониженной трудоспособностью — на пособие по инвалидности или «реабилитационное пособие». Родители и родственники лиц с инвалидностью получают пособие по уходу за детьми

с инвалидностью на дому, введенное в 2019 году. По состоянию на ноябрь 2019 года это пособие получали 21 700 родителей и родственников лиц с инвалидностью. Кроме того, законодательство предусматривает выплату пособия по уходу, которое предназначается взрослым, осуществляющим уход на дому за родственником с «тяжелой формой инвалидности» или ребенком, страдающим хроническим заболеванием. Финансовая поддержка предоставляется для приобретения оборудования для обеспечения мобильности лиц с «тяжелыми формами физической инвалидности».

46. Пособие по инвалидности выплачивается лицам, нуждающимся в высоком уровне поддержки или долгосрочной помощи, независимо от уровня их доходов или их положения на рынке труда. В результате реформы режима выплаты этого пособия в начале 2014 года лица, получающие пособие по инвалидности, должны были пройти оценку, основанную на функциональных биомедицинских критериях. Вследствие этого число лиц, получающих это пособие, в настоящее время сократилось. Аналогичным образом, родители, работающие полный рабочий день, или родители-пенсионеры, получающие полную пенсию по старости, не имеют права на получение пособия по уходу, что влияет на уровень их доходов. Примерно 12 000 человек получают ежемесячные пособия по уходу в размере от 32 600 до 58 680 венгерских форинтов (от 103 до 186 евро), что меньше минимальной заработной платы.

47. Поддержка самостоятельного образа жизни по-прежнему имеет весьма ограниченный охват и неравномерно представлена в различных регионах, особенно в сельских районах. Базовые социальные услуги не приспособлены к конкретным индивидуальным потребностям соответствующих лиц. Лица с инвалидностью, нуждающиеся в высоком уровне поддержки, и лица с аутизмом, как представляется, сталкиваются с серьезными препятствиями в доступе к надлежащей поддержке в местном сообществе, что ставит их под угрозу институционализации. Особую озабоченность вызывает нехватка персонала, оказывающего поддержку, и недостаточное государственное финансирование базовых социальных услуг.

48. Средства на личные расходы и персональная помощь не предоставляются и не реализуются на систематической основе. Поддержка, оказываемая членами семьи, по-прежнему является основным источником помощи в силу ограниченного охвата базовой социальной поддержки и жестких критериев, определяющих право на доступ к ней. Лица из семей с низким уровнем дохода и домохозяйств, возглавляемых женщинами, особенно зависят от обусловленных денежных трансфертов, однако информация, которую они получают в отношении такой поддержки, является скудной или предоставляется в недоступном для них формате.

49. Существующие финансовые пособия, связанные с инвалидностью, недостаточны для покрытия дополнительных расходов, обусловленных инвалидностью, и для их получения по-прежнему необходимо медицинское заключение. Имеющиеся источники указывают на то, что уровень жизни лиц с инвалидностью снизился, их основные потребности не удовлетворяются, и они в большей степени, чем остальная часть населения, подвержены риску нищеты и институционализации.

50. Нынешние схемы оказания поддержки недостаточны для обеспечения полной интеграции лиц с инвалидностью в общество, что подталкивает их к тому, чтобы искать поддержку либо в кругу семьи, либо, в некоторых случаях, в специальных учреждениях. Значительная доля государственных бюджетных ассигнований по-прежнему выделяется на нужды последних.

### **3. Недостаточная развитость основных услуг на базе местного сообщества и барьеры в доступе к работе и занятости**

51. Имеющаяся информация свидетельствует об ограниченности доступного жилья, медленном развитии инклюзивного образования, включая транспортные услуги, ограниченном характере медицинского обслуживания и отсутствии интеграции лиц с инвалидностью на открытом рынке труда. Нет никаких свидетельств того, что на каком-либо уровне управления, в первую очередь на местном уровне и в



сельских районах, поставлены четкие цели по систематическому инвестированию в предоставление услуг на базе местного сообщества или в создание общедоступного открытого рынка труда.

**a) Отсутствие доступного жилья в местном сообществе**

52. Лица с инвалидностью плохо осведомлены об имеющемся социальном жилье и требованиях в отношении доступа к нему, что увеличивает риск того, что некоторые из них станут бездомными. Имеющиеся источники указывают на отсутствие доступного и недорогого жилья, включая социальное жилье, а также на отсутствие программ приспособления существующих квартир и аренды или покупки доступного жилья на уровне местного сообщества. Комитет заслушал свидетельства лиц с инвалидностью, которым удалось найти жилье в своем сообществе, но это стало возможным только после того, как они подверглись институционализации. Существующие безвозмездные субсидии для поддержки доступности в жилищном строительстве или покупки жилья могут получать только лица с ограниченной мобильностью. Лица с умственными или психосоциальными расстройствами не получают поддержку для проживания на собственной жилплощади вне специальных учреждений.

**b) Препятствия в доступе к инклюзивному образованию**

53. По официальным данным, в 2018/19 учебном году 72 % детей с инвалидностью были зачислены в общеобразовательные школы. Однако специальное образование сохраняется, и законодательство позволяет создавать для детей с инвалидностью сегрегированные школы и сегрегированные классы в рамках общеобразовательных школ. Детям, нуждающимся в высоком уровне поддержки в специальном образовании, предоставляется 20 учебных часов в неделю, что вдвое меньше количества учебных часов, предоставляемых учащимся в общеобразовательных школах. Сегрегированные школы распространены по всей стране. Поддержка в системе общего образования предоставляется только определенным группам, например, лицам, имеющим по результатам оценки их способностей «незначительные психические расстройства», или лицам с нарушениями слуха, причем последние, например, имеют право на 120 часов сурдоперевода в год. Согласно сведениям опрошенных, школьный транспорт отсутствует или доступен не полностью.

**c) Ограниченное предоставление медицинских услуг**

54. Государство-участник указало на наличие государственных медицинских услуг, включая доступ к врачам общей практики и специализированным медицинским услугам. Министерство трудовых ресурсов приступило к реализации стратегии «Здоровая Венгрия» на 2014–2020 годы, направленной на расширение и улучшение доступа к государственным медицинским услугам. Несмотря на такие меры, респонденты подчеркивали недоступность большинства медицинских учреждений, ограниченное число аптек, ограниченные возможности получения психологической поддержки за пределами больниц и тот факт, что социальное страхование не включает психотерапию. Еще одним пробелом в медицинском обслуживании является недостаточная осведомленность медицинских работников о вопросах инвалидности.

**d) Отсутствие интеграции на открытом рынке труда**

55. Лица с инвалидностью сталкиваются с безработицей и препятствиями в доступе к открытому рынку труда. В законодательстве сохраняется практика «сертифицированной занятости» в «защищенной среде», и при некоторых учреждениях работают специализированные мастерские. Лица с инвалидностью, занятые в специализированных мастерских, отметили, что они готовы и способны использовать свои навыки на открытом рынке труда. Государство-участник указало, что благодаря таким мерам, как налоговые льготы и субсидирование заработной платы, в период с 2011 по 2018 год на открытый рынок труда вышли 9640 лиц с инвалидностью. Тем не менее, государство по-прежнему выделяет средства на финансирование сегрегированной занятости.

56. Минимальная заработная плата также выплачивается работникам с инвалидностью. Согласно имеющимся источникам, разумное приспособление признается в сфере занятости, но предоставляется только в ограниченном объеме. Профессиональная подготовка лиц с инвалидностью является незначительной и нерегулярной. Введенная в 2017 году «занятость в целях развития» доступна в институциональных условиях, но не на открытом рынке труда, и может скорее рассматриваться как форма трудовой терапии, а не как средство расширения возможностей для доступа к рабочим местам.

#### **4. Сохраняющаяся распространенность институционализации**

57. По официальным данным, в 2018 году в различных специальных учреждениях страны находилось 98 539 человек. Инвалидность является одним из оснований для институционализации, помимо возраста, состояния здоровья и этнического происхождения: в специальные учреждения принимаются дети, престарелые, лица, имеющие зависимость, а также дети и взрослые из числа рома. Лица с инвалидностью являются второй по численности группой: в 2018 году в домах престарелых, домах-интернатах и реабилитационных учреждениях все еще находилось 24 553 человека.

58. Лица с умственными или психосоциальными расстройствами перепредставлены в специальных учреждениях и подвергаются повышенному риску институционализации. Несколько учреждений расположены в отдаленных районах, в том числе в приграничных регионах и на окраинах сел. Должностные лица правительства признали наличие долгих листов ожидания на прием в специальные учреждения, в том числе крупные, что свидетельствует об отсутствии возможности ввести мораторий на институционализацию вследствие ограниченности финансовых ресурсов, необходимых для обеспечения какой-либо альтернативы.

59. Институционализация влечет за собой социальную изоляцию и мешает людям делать выбор в отношении своей жизни, своего организма, своего личного пространства и того, как они проводят свое время. Комитет отметил невозможность уединиться из-за использования открытых туалетов, общих спален, общих одеял и постоянного наблюдения. Также отмечались случаи применения чрезмерной медикаментозной терапии и нарушения сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав, включая проведение стерилизации без получения на то согласия. Учреждения не предоставляют лицам с инвалидностью индивидуальную поддержку или поддержку в личном развитии для самостоятельной жизни.

60. Комитет отметил широкую распространенность негуманных условий содержания в учреждениях, где лица с инвалидностью подвергаются сегрегации и дискриминации по признаку инвалидности. В докладах о мониторинге, подготовленных Управлением Уполномоченного по основным правам, которые были признаны правительством, отмечались неприемлемые условия, затрагивающие лиц, находящихся в учреждениях. Уполномоченный сообщил о распространенности плохих условий, насилия и жестокого обращения, с которыми сталкиваются дети и молодые люди с инвалидностью, находящиеся в учреждениях.

#### **5. Стратегия перевода лиц с инвалидностью из крупных учреждений**

61. Первый этап стратегии по переводу лиц с инвалидностью и других институционализированных лиц из крупных учреждений касался в основном лиц, имеющих, как считается, «легкие» нарушения и/или «ограниченные» навыки общения, а второй этап затронет лиц, нуждающихся в высоком уровне поддержки. Помимо информации о 10 000 человек, охваченных этой стратегией, отсутствует информация о планах в отношении остальных 14 000 лиц с инвалидностью, которые все еще находятся в специальных учреждениях, включая детей с инвалидностью, находящихся в учреждениях для взрослых, детей с инвалидностью в детских домах и престарелых лиц с инвалидностью. Психиатрические больницы этой программой не охвачены.

62. Основным компонентом данной стратегии является «поддерживаемое жилье». Элементы поддерживаемого жилья, включая бытовые удобства, поддержку

самостоятельного образа жизни и помощь в доступе к государственным услугам, определены в Социальном законе. В рамках системы поддерживаемого жилья предоставление жилья отделено от других социальных услуг в рамках концепции «круг социальных услуг». Эта концепция включает в себя, в частности, надзор, питание, уход, транспортные услуги и помощь в выполнении домашних обязанностей, а специальные учреждения преобразуются в центры социальных услуг, оказывающие поддержку лицам, которые ранее там проживали.

63. В столице не ведется строительство поддерживаемого жилья. Комитет отметил, что поддерживаемое жилье расположено на окраинах небольших и отдаленных деревень, где основные услуги на базе местного сообщества, включая транспорт, развиты слабо или вообще отсутствуют. Он также отметил, что лица, не рассматриваемые в качестве имеющих право на перевод в поддерживаемое жилье, остаются в крупных специальных учреждениях, которые также принимают новых пациентов.

64. Право на перевод в поддерживаемое жилье основано на так называемой «комплексной оценке индивидуальных потребностей», проводимой двумя специалистами, включая персонал учреждений. Хотя оценки предназначены для определения потребностей соответствующего лица в поддержке, важную роль в определении того, отвечает ли это лицо критериям перевода в поддерживаемое жилье, играют состояние здоровья, способность к самостоятельной жизни и степень инвалидности. Согласно официальным источникам, Оперативная программа развития людских ресурсов, касающаяся развития инфраструктуры для замены крупных специальных учреждений небольшими, охватывает 29 учреждений, из которых в настоящее время осуществляется перевод 2592 лиц с инвалидностью. 38,8 % охваченных этим проектом лиц составляют женщины и 61,2 % — мужчины.

65. Основная ответственность за реализацию стратегии лежит на руководителях соответствующих учреждений. Они подтвердили свою роль в представлении проектов и планов в рамках стратегии, определении мест для создания поддерживаемого жилья и оценке имеющихся услуг на базе местного сообщества. Руководители также отвечают за обучение жильцов и их подготовку к проживанию в поддерживаемом жилье. Правительство указало, что персонал специальных учреждений и лица с инвалидностью проходят подготовку при поддержке организаций лиц с инвалидностью. Однако опрошенные заявили, что подготовка была недостаточной и ограниченной с точки зрения создания потенциала для самостоятельной жизни и была прекращена после перевода соответствующего лица.

## **6. Отсутствие выбора и ограниченная автономия в поддерживаемом жилье**

66. В поддерживаемом жилье сохраняются те же основные факторы, что и в институциональных условиях. Лица с инвалидностью продолжают сталкиваться с отсутствием прав и возможностей и ограничениями в плане автономного принятия ими решений. Они по-прежнему зависят от крупных специальных учреждений, в том числе в плане доступа к продовольствию и медицинскому обслуживанию. Учреждения взимают с них значительную часть их дохода, что не позволяет им быть экономически независимыми. Большинство лиц, переведенных в поддерживаемые дома, остаются под опекой, что в еще большей степени ограничивает их автономию.

67. Поддерживаемое жилье остается под контролем и управлением руководителей и персонала специальных учреждений. Они имеют свободный доступ в дома, сохраняют за собой управление соответствующими объектами, оплачивают счета, обеспечивают дисциплину и порядок, занимаются урегулированием конфликтов между жильцами, контролируют и отслеживают индивидуальные решения, в том числе касающиеся личных отношений между жильцами, регулируют их доступ к медицинским услугам, контролируют медицинскую документацию и осуществляют наблюдение и общий контроль.

68. Для так называемого «поддерживаемого жилья» характерны отсутствие самоопределения и ограничения частной жизни. Такие вопросы, как конструкция домов и предоставление основной мебели, решаются учреждением. Лица с

инвалидностью не имеют права голоса при выборе дома, в который они переезжают. Они обязаны совместно проживать с другими, хотя сообщается о некоторых допущениях в отношении выбора соседей по комнате. Работа домов регулируется внутренними правилами, которые не устанавливаются лицами с инвалидностью. Для решения различных вопросов — от приглашения гостей и участия во внешних мероприятиях до заведения домашнего животного — требуется предварительное разрешение. Алкогольные напитки запрещены. Пары, если им разрешено переезжать вместе, имеют ограниченные возможности для нахождения в интимной обстановке. Хотя лица с инвалидностью могут покидать поддерживаемое жилье, у них нет реальных возможностей для переселения, поскольку у многих из них разорваны связи со своими семьями или общинами. Таким образом, поддерживаемое жилье становится их новым постоянным жильем.

69. Индивидуальная поддержка развита недостаточно. Крупные специальные учреждения остаются основными поставщиками услуг для проживающих в поддерживаемом жилье. Они ежедневно возвращаются в учреждения для работы в специализированных мастерских, получения продуктов питания, пользования медицинскими услугами и, в некоторой степени, участия в досуге.

70. Реализация концепции «круга социальных услуг» в большинстве случаев не привела к развитию доступных основных услуг в местном сообществе. Было отмечено, что преобладающее отношение властей, участвующих в реализации стратегии по перемещению лиц с инвалидностью и других институционализированных лиц из крупных специальных учреждений, заключается в том, чтобы способствовать сохранению статуса-кво. Местные власти часто не заботятся о развитии доступных услуг на базе местного сообщества для проживающих в поддерживаемом жилье, а в некоторых общинах осуществление этой стратегии натолкнулось на сопротивление.

71. Было отмечено отсутствие регулярного размещения в открытом доступе и в доступных для соответствующих лиц с инвалидностью форматах информации об осуществлении, мониторинге и оценке стратегии.

72. Официальная статистика показывает, что ассигнования из государственного бюджета на нужды лиц с инвалидностью в социальном секторе, используемые в приоритетном порядке для предоставления специализированных социальных услуг в учреждениях, финансируются главным образом за счет европейских структурных и инвестиционных фондов и не используются для поддержки самостоятельной жизни на базе общин в соответствии со статьей 19 Конвенции.

73. В целом, несмотря на официально взятые властями обязательства, недостатки системы базового социального обслуживания, сохранение культуры институционализации (что отражается в бюджетных ассигнованиях, а также в расширении и закреплении практики институционализации, в том числе в формате поддерживаемого жилья, переоборудовании специальных учреждений, наличии очередей на получение места и отсутствии моратория на помещение в специальные учреждения) и широко распространенная стигматизация указывают на наличие закономерностей, противоречащих праву на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество.

## **С. Равенство и недискриминация (статья 5)**

74. Имеющаяся информация свидетельствует о системном характере структурной дискриминации, затрагивающей, в частности, лиц с умственными или психосоциальными расстройствами и детей, женщин и пожилых людей с инвалидностью, а также о дискриминации по ассоциации.

### **1. Лица с умственными или психосоциальными расстройствами**

75. Лица с умственными или психосоциальными расстройствами подвергаются прямой дискриминации в соответствии с законом, который допускает их передачу под

опеку на основании фактического или предполагаемого снижения их «умственных способностей», а также их недобровольную институционализацию. Как при помещении под опеку, так и при помещении в специальное учреждение совокупный эффект усиливает их уязвимость и закрепляет их сегрегацию и изоляцию. Официальная статистика свидетельствует о преобладании практики помещения различных групп лиц с умственными или психосоциальными расстройствами, в том числе детей, женщин и пожилых людей, в учреждения, где предусмотрены специализированные социальные услуги.

76. В соответствии с положениями Закона № СХХІІІ 2015 года о первичной медико-санитарной помощи лица с психосоциальными расстройствами также могут быть подвергнуты принудительному психиатрическому лечению после медицинской оценки их предполагаемой опасности. Их включают в категорию «психиатрических пациентов», что влечет за собой их помещение в психиатрические больницы, дома-интернаты и социальные и реабилитационные учреждения.

77. Лица с инвалидностью, помещенные в специальные учреждения, подвергаются механическим, физическим, химическим и множественным формам усмирения, а также другим формам жестокого обращения.

78. Лица с психосоциальными расстройствами и лица с аутизмом сталкиваются со значительными препятствиями в доступе к основным услугам здравоохранения. Основной реакцией медицинских работников часто является принуждение, включая недобровольное лечение, изоляцию и медикаментозное лечение в отсутствие свободного и осознанного согласия.

79. Меры, принятые для преодоления барьеров, обусловленных предвзятым отношением, как представляется, не оказали существенного сдерживающего воздействия. По-прежнему широко распространены негативные стереотипы и стигматизация в отношении лиц с умственными или психосоциальными расстройствами, которые продолжают сталкиваться с препятствиями в доступе к занятости, основному инклюзивному образованию, кредитным и финансовым ресурсам, а также в других областях.

## 2. Дети-инвалиды

80. Закон о защите детей поощряет помещение детей в возрасте до 12 лет в приемные семьи, но при этом делает исключение в отношении детей с инвалидностью, которые могут быть институционализированы на основании их инвалидности.

81. Официальная статистика свидетельствует о том, что в последние годы число детей, переданных на воспитание в приемные семьи, увеличилось по отношению к числу детей, помещенных в учреждения интернатного типа. Однако, согласно источникам, детей с инвалидностью чаще помещают в специальные учреждения, а не в приемные семьи. Имеющаяся информация свидетельствует о недостаточных или ограниченных навыках приемных семей по уходу за детьми с инвалидностью. Аналогичным образом, есть информация, свидетельствующая о распространенности негативных стереотипов в отношении усыновления детей с инвалидностью. Осуществление нынешней политики не привело к деинституционализации детей с инвалидностью.

82. Наилучшие интересы ребенка по-прежнему неверно истолковываются в обществе и среди специалистов, работающих с детьми с инвалидностью, как оправдание институционализации детей с инвалидностью. Согласно официальной статистике, в 2017 году дети с инвалидностью составляли 33 % детей, находящихся в учреждениях интернатного типа, что почти в шесть раз превышает долю лиц с инвалидностью среди населения в целом. Дети с инвалидностью, нуждающиеся в более высоком уровне поддержки, подвергаются большему риску институционализации из-за отсутствия достаточной поддержки для проживания в общине и ограниченного охвата услугами на базе местного сообщества, предоставляемыми населению в целом.

83. Было отмечено, что дети с инвалидностью по достижении совершеннолетия продолжают жить в детских домах-интернатах. Надежные источники также указывают на то, что в 2019 году почти 800 детей были помещены в специальные учреждения, где находились преимущественно взрослые.

84. Несмотря на официальное обязательство увеличить число детей, помещаемых в приемные семьи, средства государственного финансирования, в том числе по линии Европейского фонда регионального развития, были использованы для переоборудования детских домов-интернатов.

85. Дети, нуждающиеся в высоком уровне поддержки, получают специальное образование, называемое «образование в целях развития». Они обучаются на дому или в учреждениях, как это предусмотрено в Законе № СХС 2011 года о национальном государственном образовании (Национальный закон о государственном образовании). На практике они учатся вне системы общеобразовательных школ: треть этих детей зачислены в специальные школы, где они занимаются не более 20 учебных часов в неделю, в то время как находящиеся в специальных учреждениях имеют в среднем до 6 учебных часов в неделю. Дети с аутизмом не имеют адекватной поддержки и разумного приспособления, подвергаются травле и физическим надругательствам, часто бросают учебу из-за отсутствия инклюзивной образовательной среды и, как правило, вынуждены искать места в платных частных учебных заведениях.

### **3. Женщины-инвалиды**

86. Отмечается общее отсутствие понимания взаимосвязи между гендерной проблематикой и инвалидностью при осуществлении политики. Об этом свидетельствует наличие весьма ограниченных статистических данных об инвалидности в разбивке по полу, недостаточная осведомленность в обществе и среди государственных должностных лиц о правах женщин и девочек с инвалидностью, а также отсутствие учитывающих гендерную проблематику мер, связанных с оказанием поддержки в принятии решений или поддержки самостоятельного образа жизни.

87. Комитет провел беседы с находящимися в специальных учреждениях женщинами и девочками с инвалидностью и отметил, что эти женщины, в том числе находящиеся в небольших учреждениях, чаще подвергаются гендерному насилию, в том числе в форме принудительной контрацепции, принудительных аборт и ограничений на осуществление ими своих сексуальных и репродуктивных прав, а также выполнение своих родительских обязанностей.

### **4. Пожилые люди с инвалидностью**

88. Комитет отметил, что пожилые люди с инвалидностью, включая пожилых людей с психосоциальными расстройствами, составляют наиболее многочисленную группу среди лиц, помещенных в специальные учреждения. Многие пожилые люди с инвалидностью находятся в крупных учреждениях, хотя члены Комитета также встречались с ними в небольших учреждениях, в том числе в поддерживаемом жилье. Существует ограниченное понимание взаимосвязи между возрастом и инвалидностью, и по-прежнему имеет место стигматизация пожилых людей с инвалидностью.

### **5. Дискриминация по ассоциации**

89. Имеющаяся информация свидетельствует о распространенности дискриминации по ассоциации в отношении матерей детей с инвалидностью, которые из-за недостаточной социальной поддержки и ограниченного дохода испытывают финансовые трудности при покрытии расходов, связанных с инвалидностью их детей. Они часто вынуждены выбирать между выделением дополнительного времени на выполнение своих обязанностей по уходу с риском потерять свою работу или помещением своих детей в специальные учреждения. Они опасаются, что в их отсутствие институционализация станет единственной перспективой для их детей.

## D. Общие обязательства (статья 4)

90. Ряд организаций лиц с инвалидностью, включая зонтичный Национальный совет организаций лиц с инвалидностью, являются членами Национального совета по вопросам инвалидности, возглавляемого государственным секретарем по социальным вопросам и социальной интеграции<sup>2</sup>. В 2013 году в соответствии с постановлением правительства функции Национального совета по вопросам инвалидности как консультативного органа в отношении Национальной программы по инвалидности были пересмотрены.

91. Согласно имеющейся информации, организации лиц с инвалидностью, получающие государственное финансирование, менее склонны открыто выражать свое несогласие с политикой правительства. Некоторые низовые организации лиц с инвалидностью более открыты в этом отношении, хотя их возможности в плане влияния на процессы принятия решений ограничены.

92. В ноябре 2018 года, после начала процедуры расследования, некоторые национальные организации лиц с инвалидностью, представленные в Национальном совете организаций лиц с инвалидностью, подписали с правительством партнерское соглашение, направленное на пересмотр стратегии перехода от крупных специальных учреждений. Однако, как представляется, низовые организации и соответствующие лица не принимали в этом значимого участия.

93. Было отмечено, что информация об осуществлении соответствующей политики, в том числе стратегии перехода, не распространялась на регулярной основе и не была в полной мере доступной для лиц с инвалидностью.

94. Комитет получил сообщения о том, что некоторые организации гражданского общества столкнулись с мерами за выражение критических взглядов на государственную политику в области инвалидности, такими как ограничения на проведение ими независимого мониторинга социальных услуг для лиц с инвалидностью, в том числе на базе специальных учреждений.

95. Хотя различные государственные органы проводили подготовку по вопросам прав лиц с инвалидностью, в некоторых случаях в партнерстве с представляющими этих лиц организациями, тем не менее в государстве-участнике отсутствует всеобъемлющий план действий, содержащий цели, предусмотренное финансирование, сроки, показатели, контрольные показатели и мероприятия по мониторингу для непрерывного повышения осведомленности о Конвенции и правозащитной модели инвалидности. До сих пор не предприняты инициативы, которые бы существенно повлияли на устранение психологических барьеров, предрассудков и стереотипов в отношении лиц с инвалидностью.

96. Различные органы государства-участника проводят сбор данных о лицах с инвалидностью. Несмотря на проведение в 2016 году Центральным статистическим управлением Венгрии микропереписи населения и связанных с ней обследований, информация, собранная на секторальном уровне, не всегда является последовательной и даже содержит противоречия, редко дезагрегируется и зачастую не является легкодоступной для лиц с инвалидностью или не предоставляется в подходящих для них форматах.

97. Эффективность средств правовой защиты от дискриминации ограничена. Отказ в разумном приспособлении не признан в законодательстве в качестве запрещенной формы дискриминации, за исключением сферы занятости, и государственные власти не уделяют достаточного внимания устранению множественной и перекрестной дискриминации. Хотя государственные власти и утверждают, что лица с инвалидностью располагают средствами правовой защиты, имеющиеся средства неэффективны для оспаривания помещения лиц с инвалидностью под опеку и в специальные учреждения и не оказывают сдерживающего воздействия. Вместе с тем

<sup>2</sup> Национальный совет по вопросам инвалидности был создан в соответствии с Законом о равных возможностях.

обращение в Управление Уполномоченного по основным правам позволило выявить некоторые нарушения прав лиц с инвалидностью.

## V. Правовые выводы

### A. Нарушения прав, закрепленных в Конвенции

98. В соответствии со статьей 12 Конвенции и в свете замечания общего порядка № 1 (2014) о равенстве перед законом государствам-участникам следует подтвердить право лиц с инвалидностью на равенство перед законом. Им следует отменить законодательство, политику и практику, предусматривающие субститутивный режим принятия решений, и применять суппортивные режимы принятия решений, которые основаны на уважении автономии, воли, предпочтений и прав лиц с инвалидностью. Им следует отменить законы, объединяющие понятия правоспособности и умственной способности, и восстановить правоспособность, в том числе дееспособность, всех лиц с инвалидностью, а также отменить помещение лиц с инвалидностью в специальные учреждения на основании инвалидности.

99. Комитет констатирует следующие нарушения статьи 12:

a) Гражданский кодекс по-прежнему допускает полное или частичное ограничение дееспособности лиц с инвалидностью на основании инвалидности;

b) по состоянию на 2017 год 55 056 лиц с инвалидностью были ограничены в своей дееспособности. Дееспособность 30 735 человек была ограничена полностью, а дееспособность 24 212 человек — частично; у 14 745 из них дееспособность была ограничена во всех сферах жизни несмотря на то, что законодательство предусматривает, что частичное ограничение дееспособности затрагивает только конкретные сферы жизни;

c) после ратификации государством-участником Конвенции число лиц с инвалидностью, находящихся под опекой, продолжало расти, увеличившись с 2008 года на 14 %;

d) Конституция допускает лишение лиц с умственными или психосоциальными расстройствами избирательных прав; к концу 2018 года 48 945 лицам с инвалидностью было отказано в праве голосовать и быть избранными;

e) судебные процедуры приводят к лишению лиц с инвалидностью дееспособности, а вопрос о передаче под опеку решается, в первую очередь, на основании медицинской оценки состояния соответствующего лица;

f) судебные процедуры, в том числе обязательный пересмотр решения о помещении под опеку, очень редко приводят к тому, что лица с инвалидностью восстанавливают свою дееспособность;

g) предусмотренная Законом № CLV 2013 года система суппортивного принятия решений по-прежнему основана на субститутивном принятии решений и не обеспечивает лицам с инвалидностью поддержку в реализации их правоспособности в соответствии с положениями Конвенции;

h) в 2014 году Конституционный суд постановил, что опека является мерой защиты лиц с инвалидностью в соответствии с Конвенцией. Какое-либо намерение ликвидировать систему опеки и ее дискриминационные последствия отсутствует.

100. В соответствии со статьей 19 Конвенции и в свете замечания общего порядка № 5 (2017) о самостоятельном образе жизни и вовлеченности в местное сообщество государствам-участникам следует обеспечить право инвалидов вести самостоятельный образ жизни в местном сообществе и осуществление их права наравне с другими людьми выбирать, в частности, где и с кем проживать. Государствам-участникам следует ликвидировать все формы опеки, ограничивающие возможность выбора жилищных условий, и обеспечить интеграцию в местное сообщество путем борьбы со всеми формами сегрегации, изоляции и



институционализации по признаку инвалидности. Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество исключают возможность проживания в учреждениях любого типа, от небольших домов для коллективного проживания до крупных специальных учреждений. Лица с инвалидностью должны иметь доступ к различным видам индивидуальной поддержки. Государствам-участникам следует обеспечивать всем лицам с инвалидностью доступ к основным услугам в местных сообществах. Государствам-участникам следует обеспечивать соответствие минимальным основным элементам статьи 19.

101. Комитет констатирует следующие нарушения статьи 19:

a) в законодательстве государства-участника прямо не признается право лиц с инвалидностью на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество. Преобладающая практика свидетельствует о сохранении медицинской и патерналистской моделей инвалидности, что приводит к институционализации лиц с инвалидностью и их фактическому исключению из жизни местного сообщества;

b) большое число лиц с инвалидностью остаются под опекой, что на практике мешает им без какой-либо дискриминации осуществлять свое право на выбор места жительства, а также право выбирать, где и с кем жить;

c) недостаточное развитие в местных сообществах поддержки самостоятельной жизни не позволяет лицам с инвалидностью осуществлять свою свободу выбора;

d) большое число лиц с инвалидностью по-прежнему находится в крупных или небольших специальных учреждениях, в том числе в так называемом «поддерживаемом жилье» и домах для коллективного проживания, и продолжает находиться под опекой;

e) вопрос об институционализации лиц с инвалидностью решается третьими лицами на основе субститутивной модели принятия решений;

f) стратегия перевода лиц с инвалидностью из крупных в небольшие специальные учреждения закрепляет и расширяет институционализацию, и в настоящее время нет никаких мер, препятствующих дальнейшему расширению их институционализации;

g) государственные средства, включая финансирование по линии европейских структурных и инвестиционных фондов, продолжают направляться на цели строительства, модернизации и расширения крупных и небольших специальных учреждений, что приводит к изъятию ресурсов на цели поддержки самостоятельного образа жизни и развития доступных услуг на базе местного сообщества, способствующих интеграции;

h) индивидуальная поддержка лиц с инвалидностью ограничена по диапазону, масштабу и географическому распределению, имеет узкое определение, предоставляется в основном на базе специальных учреждений и остается недостаточно развитой и в значительной степени неэффективной. Персональная помощь доступна не всем лицам с инвалидностью и недостаточно развита в рамках существующих социальных программ;

i) государственная политика в области образования, здравоохранения, занятости и жилья не обеспечивает последовательного и эффективного поощрения независимого образа жизни и интеграции лиц с инвалидностью в местное сообщество;

j) модели и практика предоставления услуг, особенно в сельских и отдаленных районах, по-прежнему ведут к сегрегации лиц с инвалидностью посредством системы сертифицированной занятости и сегрегированного образования и ограниченного доступа к социальному жилью;

k) не были приняты достаточные меры для обеспечения доступности государственных услуг и предоставления разумного приспособления по запросу.

102. В соответствии с пунктом 1 статьи 4 и статьей 5 Конвенции и с учетом замечания общего порядка № 6 (2018) о равенстве и недискриминации государствам-

участникам следует стремиться к достижению инклюзивного равенства, гарантировать лицам с инвалидностью равную защиту от дискриминации по любым признакам и воздерживаться от любых действий или практики, приводящих к дискриминации, включая прямую и косвенную дискриминацию, дискриминацию по ассоциации и отказ в разумном приспособлении. Государствам-участникам следует также предотвращать и пресекать дискриминацию со стороны частных субъектов. Средства правовой защиты от дискриминации должны быть доступными и эффективными.

103. В связи с вышеупомянутыми выводами по статьям 12 и 19 Комитет констатирует следующие нарушения статей 4 (пункт 1) и 5:

a) лица с умственными или психосоциальными расстройствами в значительной степени перепредставлены в специальных учреждениях (их доля составляет 25 % проживающих там лиц) по сравнению с долей лиц с инвалидностью в общем населении;

b) помещение под опеку и ограничение дееспособности представляют собой прямую дискриминацию в отношении лиц с умственными или психосоциальными расстройствами;

c) закон прямо дискриминирует детей с инвалидностью в возрасте до 12 лет, разрешая их институционализацию на основании инвалидности;

d) сотни детей с инвалидностью по-прежнему находятся в специальных учреждениях вместе со взрослыми, а планы по обеспечению их права на семейную жизнь отсутствуют;

e) дети с инвалидностью недопредставлены среди детей в приемных семьях;

f) дети с инвалидностью, нуждающиеся в высоком уровне поддержки, перепредставлены в системе сегрегированного образования;

g) женщины с инвалидностью, особенно те, которые находятся под опекой и в специальных учреждениях, в том числе проживающие в поддерживаемом жилье, подвержены гендерному насилию, в частности таким нарушениям их сексуальных и репродуктивных прав, как принудительная контрацепция и принудительные аборты. Нет достаточных доказательств того, что гендерное равенство учитывается в политике по вопросам инвалидности;

h) матери лиц с инвалидностью сталкиваются с дискриминацией по ассоциации. Они часто оказывают поддержку своим детям с инвалидностью в одиночку и без достаточного дохода или программ социального обеспечения, а в некоторых случаях отправляют своих детей в специальные учреждения;

i) многие пожилые лица с инвалидностью подвергаются множественной и перекрестной дискриминации по признаку возраста и инвалидности, и они перепредставлены в специальных учреждениях.

104. В соответствии со статьей 4 Конвенции государствам-участникам следует поощрять подготовку специалистов, в том числе судебных работников, и персонала, работающего с лицами с инвалидностью, по вопросам прав, признанных в Конвенции. С учетом замечания общего порядка № 7 (2018) об участии инвалидов, включая детей-инвалидов, через представляющие их организации в осуществлении и мониторинге Конвенции государствам-участникам следует проводить тесные консультации с лицами с инвалидностью и активно вовлекать их через представляющие их организации в меры по осуществлению Конвенции и в процессы принятия решений, особенно по касающимся их вопросам. Эта общая обязанность включает обеспечение транспарентного процесса консультаций, предметного диалога, предоставление имеющейся в распоряжении информации, обеспечение раннего и непрерывного участия организаций лиц с инвалидностью, уделение должного внимания их мнению, повышение осведомленности, обеспечение нормативно-правовой базы и процедур, мониторинга, независимого участия и, в конечном счете, расширение прав и

возможностей лиц с инвалидностью через представляющие их организации в процессе принятия решений по общественным вопросам.

105. В связи с вышеупомянутыми выводами по статьям 12, 19 и 5 Комитет констатирует следующие нарушения статьи 4:

a) отсутствие всеобъемлющего и систематического сбора и распространения дезагрегированных данных о положении всех лиц с инвалидностью в государстве-участнике;

b) отсутствие независимости Национального совета по вопросам инвалидности, председателем которого является представитель правительства и члены которого зависят от правительственных субсидий;

c) лица с инвалидностью, которые должны быть переведены или которые были переведены из крупных специальных учреждений, не принимают реального участия в принятии соответствующих решений или в независимом мониторинге после их перевода;

d) члены семьи лиц с инвалидностью, а также специалисты и персонал, работающие с ними, не осведомлены о правозащитной модели инвалидности и Конвенции и не проходят регулярное обучение по этим вопросам.

## **В. Серьезный или систематический характер нарушений**

106. В соответствии со статьей 6 Факультативного протокола и правилом 82 своих правил процедуры Комитет должен оценить, носят ли нарушения прав серьезный или систематический характер.

107. Комитет считает нарушения серьезными, если они с большой долей вероятности могут причинить значительный ущерб жертвам, ведущий к дальнейшей сегрегации, изоляции или обнищанию. Определение относительно серьезности нарушений должно учитывать масштабы, распространенность, характер и последствия выявленных нарушений<sup>3</sup>. Комитет констатирует серьезные нарушения прав, закрепленных в Конвенции, и считает, что система опеки и институционализации оказывает глубокое воздействие на жизнь значительного числа лиц с инвалидностью, дискриминируя в первую очередь лиц с умственными или психосоциальными расстройствами и закрепляя сегрегацию и изоляцию от общества.

108. Термин «систематические» относится к организованному характеру деяний, ведущих к нарушениям, и отсутствию вероятности их случайного совершения<sup>4</sup>. Комитет указал, что систематическим нарушением Конвенции считается наличие законодательной базы, политики и практики, которые преднамеренно или посредством своего воздействия неблагоприятно или несоразмерно затрагивают лиц с инвалидностью. Комитет также подчеркнул, что использование в отношении лиц с инвалидностью дискриминационного или структурного подхода на основании наличия инвалидности представляет собой систематические нарушения. Комитет констатирует систематические нарушения прав лиц с инвалидностью, о которых говорится в настоящем докладе о результатах расследования, и считает, что они носят широко распространенный и привычный характер в результате преднамеренной структурной дискриминации, укоренившейся в законодательстве, политике, планах и практике, в том числе при распределении ресурсов.

109. Комитет считает, что нарушения прав детей с инвалидностью являются как серьезными, так и систематическими по следующим причинам: a) они имеют крайне пагубные и дискриминационные последствия; b) они закрепляют маргинализацию и уязвимость детей, так как негативно влияют на их жизнь, безопасность, наилучшие интересы, семейную жизнь, неприкосновенность, образование, развитие их

<sup>3</sup> CRPD/C/ESP/IR/1, пп. 78–80; CEDAW/C/OP.8/KGZ/1, п. 86; и CRC/C/CHL/IR/1, п. 111.

<sup>4</sup> CRPD/C/ESP/IR/1, пп. 78–79; CRPD/C/15/4, п. 113; CEDAW/C/OP.8/KGZ/1, п. 87; и CRC/C/CHL/IR/1, п. 112.

потенциала и на их благополучие; и с) они являются результатом совокупного воздействия и кумулятивного эффекта законов, политики, планов и преобладающих стереотипов, основанных на инвалидности.

## **VI. Рекомендации**

### **A. Равенство перед законом (статья 12)**

110. Комитет, руководствуясь замечанием общего порядка № 1, рекомендует государству-участнику:

a) отменить положения Гражданского кодекса, предусматривающие полное или частичное ограничение дееспособности лиц с инвалидностью;

b) восстановить дееспособность всех лиц с инвалидностью, включая тех, кто был институционализирован в той или иной форме;

c) ускорить принятие суппортивного режима принятия решений, который полностью соответствовал бы Конвенции, в том числе путем изменения действующего суппортивного режима принятия решений, с тем чтобы:

i) предоставить всем лицам с инвалидностью доступ к суппортивному режиму принятия решений в соответствии с Конвенцией;

ii) исключить какое-либо влияние органа опеки и попечительства на процесс назначения и обучения лиц, оказывающих поддержку, и надзор за их деятельностью;

iii) уважать право, автономию, волю и предпочтения лиц с инвалидностью в выборе тех форм поддержки, которые им требуются, включая право на принятие поддержки, отказ в ее получении, а также на ее изменение или прекращение, если они того пожелают;

iv) обеспечить, чтобы лица, оказывающие поддержку, проходили надлежащую подготовку по статье 12 Конвенции и чтобы любые критерии соответствия требованиям к лицам, оказывающим поддержку, отвечали Конвенции;

d) сотрудничать с организациями лиц с инвалидностью, в частности с низовыми организациями лиц с умственными или психосоциальными расстройствами, в разработке инструментов для поддержки осуществления правоспособности, в том числе путем создания хранилища информации о передовой практике в области суппортивного режима принятия решений;

e) осуществлять непрерывную подготовку, предназначенную, в частности, для работников социальной сферы, здравоохранения и образования, практикующих юристов, магистратов, судей и членов семьи, по вопросам права лиц с инвалидностью на равенство перед законом;

f) восстановить право всех лиц с инвалидностью голосовать и быть избранными, в том числе путем обеспечения того, чтобы все лица с инвалидностью были зарегистрированы в избирательных списках и принимали полноценное участие в выборах.

### **B. Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (статья 19)**

#### **1. Равное право жить в обычных местах проживания, при равных с другими людьми вариантах выбора**

111. Комитет, руководствуясь замечанием общего порядка № 5, рекомендует государству-участнику:

a) отменить статьи 69 и 70 Социального закона, касающиеся «специализированной социальной помощи», с тем чтобы ни одно лицо с инвалидностью не могло быть помещено в специальные учреждения на основании инвалидности;

b) признать право всех лиц с инвалидностью вести самостоятельный образ жизни и быть вовлеченными в местное сообщество как индивидуальное и непосредственно действующее право;

c) пересмотреть законодательство, государственную политику и практику в отношении поддержки независимого образа жизни и вовлеченности в местное сообщество, с тем чтобы они полностью соответствовали правозащитной модели инвалидности и соблюдали право лиц с инвалидностью жить в обществе и выбирать свое место жительства без дискриминации, а также их право на индивидуальную автономию, волю и предпочтения;

d) укрепить — при всестороннем участии лиц с инвалидностью через представляющие их организации — национальные планы, предусматривающие выделение достаточных людских, технических и финансовых ресурсов и разумные и конкретные сроки выполнения, а также независимый мониторинг, для разработки моделей самостоятельного образа жизни, в которых уважается автономия лиц с инвалидностью и их право выбирать, где и с кем они проживают.

## 2. Доступ к поддержке

112. Комитет, руководствуясь замечанием общего порядка № 5, рекомендует государству-участнику:

a) разработать систему поддержки самостоятельного образа жизни, которая включает различные средства индивидуальной поддержки лиц с инвалидностью и оказания им персональной помощи на базе местного сообщества за пределами специальных учреждений, и выделить для этой цели надлежащие людские, финансовые и технические ресурсы;

b) обеспечить, чтобы поддержка самостоятельного образа жизни обеспечивала соблюдение прав человека, уважение автономии, воли и предпочтений лиц с инвалидностью и была привязана к местному сообществу;

c) выделять достаточные ресурсы на развитие саморегулируемой персональной помощи;

d) привлекать лиц с инвалидностью через представляющие их организации к разработке и осуществлению мер по поддержке интеграции в местном сообществе;

e) переориентировать инвестирование государственных средств, в том числе режим выделения средств по линии европейских структурных и инвестиционных фондов, с институциональной поддержки на поддержку в местных сообществах путем ускорения развития всего спектра услуг, оказываемых на дому, и других услуг на базе местного сообщества, обеспечивающих поддержку в повседневной жизни, включая персональную помощь, и других форм суппортивного принятия решений;

f) пересмотреть систему пособий по инвалидности путем обеспечения надлежащей социальной защиты лиц с инвалидностью и их родственников без дискриминации, особенно в отношении признания расходов, связанных с инвалидностью, путем адаптации, расширения и периодического пересмотра минимальных уровней социальной защиты лиц с инвалидностью.

### **3. Доступ к услугам и объектам на базе местного сообщества для населения в целом**

113. Комитет, руководствуясь замечанием общего порядка № 5, рекомендует государству-участнику:

- a) учитывать интересы инвалидов в общей государственной политике, связанной с образованием, здравоохранением, занятостью и жильем;
- b) пересмотреть свое понимание услуг на базе местного сообщества, с тем чтобы исключить из этого любую форму переоборудования специальных учреждений или домов для коллективного проживания или строительство поддерживаемого жилья;
- c) положить конец сегрегации лиц с инвалидностью в сфере образования, особенно детей, которым требуется высокий уровень поддержки, и принять стратегию по внедрению системы инклюзивного образования на всех уровнях образования в соответствии с замечанием общего порядка № 4 (2016) о праве на инклюзивное образование;
- d) оперативно принять — при участии организаций лиц с инвалидностью — всеобъемлющую стратегию по обеспечению занятости и возможностей получения дохода для лиц с инвалидностью на открытом рынке труда без дискриминации и отказаться от сертифицированной занятости;
- e) обеспечивать лицам с инвалидностью разумное приспособление в сфере занятости и во всех других сферах жизни.

### **4. Прекращение институционализации**

114. Комитет, руководствуясь замечанием общего порядка № 5, рекомендует государству-участнику:

- a) не допускать дальнейшей институционализации лиц с инвалидностью в любой форме путем прекращения программ развития специальных учреждений, в том числе поддерживаемого жилья, и предоставлять компенсацию лицам с инвалидностью, добивающимся возмещения ущерба за их институционализацию;
- b) изменить текущую стратегию перевода лиц с инвалидностью из крупных специальных учреждений в небольшие (поддерживаемое жилье) путем устранения всех элементов институционализации. В этой связи государству-участнику следует:
  - i) полностью соблюдать права лиц с инвалидностью на выбор того, где и с кем они проживают, и на доступ к индивидуальной поддержке независимого образа жизни, включая выбор в пользу отказа от каких-либо конкретных условий жизни;
  - ii) восстановить дееспособность всех лиц, которые были помещены в специальные учреждения, в том числе тех, кто был переведен в поддерживаемое жилье;
  - iii) переориентировать вложение людских, финансовых и технических ресурсов от поддерживаемого жилья и других институциональных структур на развитие и обеспечение наличия доступных вариантов жилья для лиц с инвалидностью в местном сообществе во всех регионах страны, исключая любую форму группового проживания;
  - iv) ликвидировать все формы контроля и наблюдения за лицами, проживающими в поддерживаемом жилье, и обеспечить их автономию, свободу выбора и неприкосновенность их частной жизни;
  - v) обеспечить, чтобы реализация системы «круга социальных услуг» больше не была привязана к специальным учреждениям, а способствовала независимому образу жизни и полной интеграции и вовлеченности в жизнь местного сообщества;

vi) принять меры к тому, чтобы лица с инвалидностью, которые в настоящее время трудятся в специализированных мастерских, управляемых специальными учреждениями, постепенно получали доступ к открытому рынку труда;

vii) обеспечить, чтобы средства, выделяемые по линии европейских структурных и инвестиционных фондов, всегда использовались в соответствии с Конвенцией и чтобы эти средства ни при каких обстоятельствах не направлялись на содействие или поддержание сегрегации лиц с инвалидностью, в том числе путем инвестирования в строительство, переоборудование, расширение или содержание любых специальных учреждений, независимо от их размера, а также путем обучения или найма персонала в этих учреждениях;

viii) проводить надлежащую абилитацию и реабилитацию лиц с инвалидностью, с тем чтобы они могли развивать и вновь приобретать навыки, необходимые для жизни в обществе;

ix) обеспечить тесные консультации с лицами с инвалидностью и их участие через представляющие их организации, включая организации лиц с умственными или психосоциальными расстройствами и правозащитные организации, в осуществлении вышеупомянутых мер;

с) оперативно и в консультации с лицами с инвалидностью через представляющие их организации принять национальный план по эффективной деинституционализации всех лиц с инвалидностью во всех типах учреждений, включая учреждения, определяемые общим термином «специализированные социальные службы», независимо от возраста, пола или формы инвалидности этих лиц. Этот национальный план должен быть сосредоточен на введении моделей самостоятельного образа жизни, индивидуальной поддержке и обеспечении лицам с инвалидностью доступа к основным услугам на базе местного сообщества для населения в целом; учитывать возраст и гендер; и включать конкретные цели, сроки и показатели, охватывающие все элементы, перечисленные в подпункте b) выше;

d) вести сбор данных о детях с инвалидностью, содержащихся в специальных учреждениях, в том числе в учреждениях для взрослых, в разбивке по возрасту, полу, этническому происхождению и форме инвалидности и разработать в приоритетном порядке стратегию обеспечения их права на семейную жизнь; запросить техническое содействие со стороны соответствующих учреждений Организации Объединенных Наций в разработке этой стратегии, которая должна включать в себя сроки, показатели и контрольные ориентиры; и в полной мере вовлекать детей с инвалидностью через представляющие их организации в ее разработку, осуществление и мониторинг.

## **C. Равенство и недискриминация (статья 5)**

115. Комитет, руководствуясь замечанием общего порядка № 6, рекомендует государству-участнику:

a) в целях разработки и осуществления национального плана, упомянутого в пункте 114 с), провести национальное исследование, учитывающее гендерные и возрастные аспекты, по вопросу о совокупном воздействии системы опекунов и институционализации на жизнь лиц с инвалидностью;

b) обеспечить учет гендерного аспекта при разработке, осуществлении и мониторинге политики в отношении лиц с инвалидностью и обеспечивать всестороннее участие женщин с инвалидностью в разработке, осуществлении и мониторинге всех затрагивающих их стратегий и мер, в том числе на основе временных специальных мер;

c) искоренить принудительную контрацепцию и принудительные аборт среди женщин с инвалидностью, в первую очередь тех, кто находится в специальных учреждениях, и принимать меры к тому, чтобы они могли в полной мере осуществлять свои сексуальные и репродуктивные права;

d) отменить положения Закона о защите детей, допускающие институционализацию детей с инвалидностью в возрасте моложе 12 лет на основании инвалидности;

e) отменить законы и стратегии, которые предусматривают институционализацию пожилых людей на основании инвалидности, и обеспечить всестороннее участие пожилых людей с инвалидностью в разработке, осуществлении и мониторинге национального плана, упомянутого в пункте 114 с).

#### **D. Общие обязательства (статья 4)**

116. Комитет рекомендует государству-участнику:

a) принять всеобъемлющую общенациональную стратегию повышения осведомленности о правах лиц с инвалидностью, в частности об их праве на равенство перед законом и праве на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество при равных с другими людьми вариантах выбора, и борьбы со стереотипами, предрассудками и заблуждениями в отношении лиц с инвалидностью, которые способствуют укоренению сегрегации, опеки и институционализации по признаку инвалидности. Эта стратегия должна охватывать все административные единицы, включая регионы и области, а также общины в сельских и отдаленных районах. Она должна быть ориентирована на членов парламента, судей, магистратов, прокуроров, практикующих юристов и врачей, государственных служащих и частных субъектов, работающих с лицами с инвалидностью и членами их семей; содержать контрольные показатели и показатели прогресса; и включать конкретные меры в отношении лиц с инвалидностью, находящихся в особо неблагоприятном положении;

b) укреплять свою систему сбора данных путем периодического и систематического сбора данных о лицах с инвалидностью в разбивке по полу, возрасту, этническому происхождению и географическому местоположению; обеспечивать, чтобы сбор данных охватывал все сферы жизни лиц с инвалидностью; и сделать собираемые периодически данные доступными для лиц с инвалидностью;

c) совместно с лицами с инвалидностью проводить разработку, осуществление и мониторинг регулярных и систематических учебных мероприятий для всех специалистов и сотрудников, работающих с лицами с инвалидностью, а также для членов их семей; и обеспечивать, чтобы правозащитная модель инвалидности, Конвенция и замечания общего порядка Комитета были неотъемлемой частью этой деятельности;

d) провести реформу Национального совета по вопросам инвалидности, с тем чтобы он был действительно независимым с функциональной и бюджетной точек зрения;

e) обеспечивать лицам с инвалидностью прямой и эффективный доступ к правосудию, особенно тем из них, кого затронуло ограничение дееспособности, кто подвергся институционализации или пострадал от дискриминации по признаку инвалидности или по другим признакам, путем предоставления процессуального и соответствующего возрасту приспособления;

f) создать доступные для лиц с инвалидностью механизмы подачи и рассмотрения жалоб, касающихся системы социальных услуг, и укреплять информационно-пропагандистскую роль Уполномоченного по основным правам и независимый мониторинг соответствующих объектов и программ.

#### **VII. Распространение информации и последующая деятельность**

117. В соответствии с пунктом 4 статьи 6 Факультативного протокола к Конвенции в течение шести месяцев с момента получения результатов, комментариев и



рекомендаций, препровожденных Комитетом, государство-участник представляет ему свои замечания.

118. После окончания процедуры расследования Комитет представит общественности этот доклад и замечания государства-участника. Комитет просит государство-участник представить в течение одного года после завершения процедуры расследования доклад о последующих мерах, принятых во исполнение рекомендаций Комитета.

119. Секретариат Комитета в надлежащее время после окончания процедуры расследования препроводит этот доклад Европейскому союзу, с тем чтобы он мог с ним ознакомиться.

---