



Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Distr.: Restricted
29. srpna 2017

Originál: Angličtina
pouze v angličtině, ruštině a
španělštině

Výbor pro práva osob se zdravotním postižením

18. zasedání

14-31. srpna 2017

Položka 8 předběžného programu

Obecné komentáře

Obecný komentář k článku 19: Žít nezávisle a být začleněn do komunity

I. Úvod

1. Lidem s postižením bylo historicky odíráno právo provádět svůj osobní a individuální výběr a kontrolovat všechny oblasti svých životů. U mnoha z nich bylo předpokládáno, že nejsou schopni žít nezávisle v komunitách, které si sami zvolí. Podpora je nedostupná anebo svázána se specifickým uspořádáním života a komunitní infrastruktura není navržena univerzálně. Zdroje jsou investovány do institucí namísto toho, aby byly rozvíjeny možnosti pro lidi se zdravotním postižením žít nezávisle v komunitě. To vedlo k opuštění, závislosti na rodině, institucionalizaci, izolaci a segregaci.

2. Článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením uznává rovné právo všech lidí se zdravotním postižením žít nezávisle a být začleněn do komunity, společně se svobodou volby a kontroly svých životů. Jádrem je základní princip lidských práv, že všechny lidské bytosti se rodí rovné ve své důstojnosti a právech a že všechny životy mají stejnou hodnotu.

3. Článek 19 zdůrazňuje, že lidé se zdravotním postižením jsou subjekty práv a nositeli práv. Základem práva žít nezávisle a být začleněn do komunity jsou obecné principy Úmluvy (čl. 3), především pak respekt k vrozené důstojnosti jednotlivce, jeho autonomii a nezávislosti (čl. 3 (a)), a plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti (čl. 3 (c)). Další principy zakotvené v Úmluvě jsou rovněž významné pro interpretaci a aplikaci článku 19.

4. Nezávislé žití a inkluzivní život v komunitě jsou myšlenkami, které historicky pocházejí od lidí se zdravotním postižením, kteří se domáhají kontroly nad způsobem, jímž chtějí žít, a to tak, že vytvářejí zeschopňující formy podpory, jako je osobní asistence, a vyžadují, aby komunitní zařízení odpovídala neodvolatelnému právu na univerzální design.

5. V preambuli k Úmluvě smluvní státy uznávají, že mnoho lidí se zdravotním postižením žije v chudobě, a zdůrazňují potřebu řešit dopad chudoby. Cena sociálního vyloučení je vysoká a zachovává závislost, a tudíž zasahuje do svobody jednotlivce. Sociální vyloučení rovněž zakládá stigma, segregaci a diskriminaci, které mohou vést k násilí, vykořisťování, zneužívání, a to vedle negativních stereotypů, které přizívají cyklus marginalizace lidí se zdravotním postižením. Politiky a konkrétní akční plány sociální inkluze lidí se zdravotním postižením, a to včetně prosazování práva na nezávislý život (článek 19), představují nákladově účinný mechanismus, jak zajistit realizaci práv, udržitelný rozvoj a snižování chudoby.

6. Cílem předkládaného obecného komentáře je pomoci smluvním stranám při implementaci článku 19 a naplňování jejich závazků vyplývajících z Úmluvy. Předně se věnuje závazkům k zajištění toho, že každý jednotlivec bude moci realizovat své právo žít nezávisle a být začleněn do komunity, avšak vztahuje se rovněž k dalším ustanovením. Článek 19 hraje významnou roli jako jeden z článků Úmluvy s nejširším rozpětím i nejvíce průsečíkovou povahou a pro implementaci Úmluvy napříč všemi články je považován za integrální.

7. Článek 19 zahrnuje občanská a politická, stejně jako hospodářská, sociální a kulturní práva a je příkladem vzájemné provázanosti, závislosti a nedělitelnosti lidských práv. Právo na nezávislý způsob života a být začleněn do komunity může být realizováno jedině, pokud všechna hospodářská, občanská, sociální a kulturní práva zakotvená v této normě budou naplněna. Mezinárodní právo lidských práv zakládá závazky okamžité povahy a jiné, které mohou být realizovány postupně¹. Plná realizace rovněž vyžaduje strukturální změny, u nichž může být nezbytné přijímat je ve fázích, a to bez ohledu na skutečnost, zda se týkají občanských a politických nebo sociálních, hospodářských a kulturních práv.

8. Článek 19 odráží rozmanitost kulturních přístupů k lidskému žití a zajišťuje, že jeho obsah nebude zneužit směrem k určitým kulturním normám a hodnotám. Nezávislý život a být začleněn do komunity jsou kontexty lidského žití napříč světem, aplikované v kontextu zdravotního postižení. Znamenají výkon svobody volby a kontroly nad rozhodnutími, která dopadají na život jednotlivce s maximální mírou sebeurčení a vzájemné závislosti v rámci společnosti. Realizace práva musí být účinná v různých hospodářských, společenských, kulturních a politických kontextech. Právo žít nezávisle a být začleněn do komunity náleží všem lidem se zdravotním postižením, bez ohledu na jejich rasu, barvu, původ, pohlaví, těhotenství a mateřství, občanskou, rodinnou a profesní situaci, genderovou identitu, sexuální orientaci, jazyk, náboženství, politické a jiné názory, národní, etnický či společenský původ, příslušnost k původnímu obyvatelstvu, status migranta, žadatele o azyl nebo uprchlíka, příslušnost k národní menšině, ekonomické či vlastnické postavení, zdravotní stav, genetické nebo jiné předpoklady nemoci, rodný status, věk nebo jiné postavení.

9. Právo podle článku 19 je v mezinárodním právu lidských práv hluboce zakořeněno. Všeobecná deklarace lidských práv zdůrazňuje v článku 29 (1) vzájemnou závislost osobního rozvoje jednotlivce a společenských aspektů bytí jako součásti komunity: „Každý má povinnosti vůči společnosti, v níž jedině může volně a plně rozvinout svou osobnost.“ Článek 19 má své kořeny v občanských a politických stejně jako hospodářských, sociálních a kulturních právech: Právo na svobodu pohybu a právo zvolit si místo svého pobytu (čl. 12 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech) a právo na přiměřenou životní úroveň, včetně odpovídajícího ošacení, stravy a bydlení (čl. 11 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech) a právo na základní komunikaci tvoří základ práva žít nezávisle a být začleněn do komunity. Svoboda pohybu a odpovídající životní úroveň, stejně jako schopnost porozumět a nalézt porozumění pro své preference, volby a rozhodnutí, tvoří neodmyslitelné podmínky pro lidskou důstojnost a svobodný rozvoj člověka.²

10. Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen zdůrazňuje rovnost žen a mužů a odsuzuje diskriminaci žen ve všech jejích formách (čl. 1). Úmluva opětovně zdůrazňuje rovnost mezi ženami a muži v právních záležitostech, včetně způsobilosti k právním jednáním a možností tuto způsobilost vykonávat (čl. 15 (2)). To rovněž vyžaduje, aby smluvní státy uznaly stejná práva, pokud jde o zákony vztahující se k pohybu lidí a svobodě zvolit si místo svého pobytu a svého domova (čl. 15 (4)).

11. Článek 9 (1) Úmluvy o právech dítěte zavazuje smluvní státy „zabezpečit, aby dítě nemohlo být odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, ledaže příslušné úřady na základě

¹ Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva (CESCR), Obecný komentář č. 3: Povaha závazků smluvních států (čl. 2, odst. 1, Paktu), 14. Prosince 1990, E/1991/23, odst. 1-2.

² Všeobecná deklarace lidských práv, článek 22; Výbor OSN pro lidská práva, Obecný komentář č. 27, odst. 1; Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva, Obecný komentář č. 4, odst. 7.

soudního rozhodnutí a v souladu s platným právem a v příslušném řízení určí, že takové oddělení je potřebné v nejlepším zájmu dítěte.“ Státy, které jsou smluvními stranami této Úmluvy, „musí poskytnout odpovídající pomoc rodičům a právním opatrovníkům při výkonu jejich povinností souvisejících s péčí o dítě“, jak to vyplývá z článku 18 (2). Článek 20 navíc zakotvuje, že „dítě dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí, nebo dítě, které ve svém vlastním nejlepším zájmu nemůže být ponecháno v tomto prostředí, má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem“ (čl. 20 (1)), a „státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zabezpečí v souladu s jejich vnitrostátním zákonodárstvím náhradní péči“ (čl. 20 (2)). Poskytování náhradní péče z důvodu postižení by bylo diskriminační.

12. Článek 23 (1) dále stanoví, že všechny děti se zdravotním postižením by měly užívat život v důstojnosti a v podmínkách, které zajistí jejich soběstačnost a usnadní jim aktivní účast ve společnosti. Výbor pro práva dítěte vyjádřil své znepokojení nad vysokým počtem dětí se zdravotním postižením umístěných v institucích a naléhavě vyzval smluvní státy, aby podpořily prostřednictvím deinstitucionalizačních programů jejich schopnost žít ve svých rodinách, širších rodinách či pěstounské péči.³

13. Rovnost a zákaz diskriminace jsou základními principy mezinárodního práva lidských práv a jsou vyjádřeny ve všech stěžejních lidskoprávních instrumentech. Výbor pro hospodářská, sociální a kulturní práva zdůraznil ve svém Obecném komentáři č. 5, že „segregace a izolace, jichž bylo dosaženo uvalením sociálních bariér“ představuje diskriminaci. Ve vztahu k článku 11 rovněž zdůraznil, že právo na přiměřenou životní úroveň zahrnuje nejen rovný přístup k odpovídající stravě, přístupnému bydlení a dalším základním materiálními požadavkům, ale rovněž dostupnost podpůrných služeb a asistenčních pomůcek a technologií, plně respektujících lidská práva lidí se zdravotním postižením.⁴

14. Článek 19 a obsah tohoto Obecného komentáře musí být rovněž vodítkem a podporou pro implementaci Nové městské agendy (Habitat III) a integrální součástí Agendy rozvoje 2030 a Cílů udržitelného rozvoje. Nová městská agenda prosazuje vizi měst a lidských sídel, kde všichni lidé budou užívat rovná práva a možnosti, a to prosazováním inkluzivních, spravedlivých, bezpečných, zdravých, přístupných, cenově dostupných, odolných a udržitelných měst a lidských sídel. Ve spojení s článkem 19 Úmluvy jsou obzvláště důležité z Cílů udržitelného rozvoje cíl 10.2 – posilování a podpora sociálního, ekonomického a politického začleňování všech, a cíl 11.1 – zajistit všem přístup k odpovídajícímu, bezpečnému a cenově dostupnému bydlení a cenově dostupným službám.

15. Výbor pro práva osob se zdravotním postižením zaznamenal, že v uplynulém desetiletí došlo k posunům při implementaci článku 19. Výbor nicméně rovněž pozoruje mezeru mezi cíli a duchem článku 19 a rámcem jeho implementace. Toto jsou některé z přetrvávajících bariér:

(a) Odepření způsobilosti právně jednat, buď prostřednictvím formálních zákonů a praktik, nebo fakticky zástupným rozhodováním o životním uspořádání;

(b) Neodpovídající schémata sociální podpory a ochrany, která by zajistila nezávislý život v rámci komunity;

(c) Neodpovídající právní rámce a alokace v rámci rozpočtu, směřující k poskytování osobní asistence a individualizované podpory;

³ Výbor OSN pro práva dítěte, Obecný komentář č. 9 (2006) Práva dětí se zdravotním postižením, CRC/C/GC/9, 27. února 2007., odst. 47

⁴ Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva, Obecný komentář č. 5, odst. 15 a odst. 48-49.

- (d) Fyzická a právní institucionalizace, včetně dětí, a nucená léčba ve všech jejich formách;
- (e) Nedostatek deinstitucionalizačních strategií a plánů a pokračující investice do pobytových zařízení zajišťujících péči;
- (f) Negativní postoje, stigma a stereotypy, v jejichž důsledku je lidem se zdravotním postižením znemožněno být začleněn do komunity a mít přístup k dostupné pomoci;
- (g) Mylná pojetí práva žít nezávisle v rámci komunity;
- (h) Nedostatek dostupných, přijatelných, cenově přístupných, přístupných a přizpůsobitelných služeb, jako je doprava, zdravotní péče, školy, veřejné prostory, bydlení, divadla, kina, produkty a služby a veřejné budovy;
- (i) Nedostatek odpovídajícího monitorovacího mechanismu pro zajištění odpovídající implementace článku 19, včetně participace zástupců organizací lidí se zdravotním postižením;
- (j) Nedostatečné zahrnutí zdravotního postižení do obecných výdajů z veřejných rozpočtů; a
- (k) Nepřiměřená decentralizace vyúsťující v rozdíly mezi místními orgány a nerovnými šancemi na nezávislý život v komunitě ve smluvním státě.

II. Normativní obsah článku 19

A. Definice

16. V předkládaném obecném komentáři znamenají následující definice:

(a) **Nezávislý život:** Nezávislý život/žít nezávisle znamená, že lidem se zdravotním postižením budou poskytnuty všechny nezbytné prostředky, umožňující jim vykonávat volbu a kontrolu nad svými životy a činit všechna rozhodnutí, která se týkají jejich životů. Osobní autonomie a sebeurčení je pro nezávislý život zásadní, včetně přístupu k dopravě, informacím, komunikaci, osobní asistenci, místu pobytu, každodenním pravidelným zvykům, slušnému zaměstnání, osobním vztahům, ošacení, výživě, hygieně a zdravotní péči, náboženským, kulturním a sexuálním a reprodukčním právům. Tyto aktivity jsou spojené s rozvojem osobní identity a osobnosti: s tím, kde žijeme a s kým, co jíme, zda si rádi ráno přispíme nebo rádi chodíme do postele pozdě v noci, zda jsme radši uvnitř či venku, máme na stole ubrus či svíčky, máme domácí mazlíčky neb posloucháme hudbu. Taková jednání a rozhodnutí tvoří to, kým jsme. Nezávislý život je stěžejní součástí autonomie člověka a jeho svobody a neznamena nutně žít sám. Rovněž by neměl být interpretován pouze jako schopnost vykonávat samostatně každodenní činnosti. Spíše by na něj mělo být nahlíženo jako na svobodu volby a kontroly, v souladu s respektem k vrozené důstojnosti a individuální autonomii, jak jsou zakotveny v článku 3 (a) Úmluvy. Nezávislost jako forma osobní autonomie znamená, že člověku se zdravotním postižením nebude upřena příležitost volby a kontroly ohledně osobního životního stylu a každodenních aktivit.

(b) **Být začleněn do komunity:** Právo být začleněn do komunity se vztahuje k principu plné a účinné inkluze a participace ve společnosti, jak je zakotven mj. v článku 3 (c) Úmluvy. Zahrnuje žití plného společenského života a přístup ke všem službám nabízeným veřejnosti a k podpůrným službám nabízeným lidem se zdravotním postižením s cílem umožnit jim být plně začleněn a participovat ve všech sférách společenského života. Tyto služby se mohou mj. vztahovat k bydlení, dopravě, nakupování, vzdělávání, zaměstnávání, volnočasovým aktivitám a dalším zařízením a službám nabízeným veřejnosti, včetně sociálních médií. Toto právo rovněž zahrnuje přístup ke všem opatřením a událostem

politického a kulturního života v komunitě, mj. k veřejným shromážděním, sportovním událostem, kulturním a náboženským festivalům a jakýmkoli dalším aktivitám, jichž by se člověk se zdravotním postižením přál zúčastnit.

(c) **Nezávislé životní uspořádání:** Jak nezávislý život, tak být začleněn do komunity odkazují k životnímu uspořádání mimo pobytová zařízení všeho druhu. To není „pouze“ o životě ve specifické budově nebo zařízení, je to, předně a především, o ztrátě osobní volby a autonomie jako výsledku vnucení určitého uspořádání života a žití. Jak velkokapacitní zařízení s více než stovky obyvatel, tak menší skupinové domy s pěti až osmi lidmi a dokonce ani jednotlivé domy nemohou být nazývány nezávislým životním uspořádáním, pokud naplňují další definiční znaky instituce nebo institucionalizace. Jakkoli se institucionální zařízení mohou lišit ve velikosti, názvu a způsobu zřízení, existují zde určité definiční znaky, jako je: povinné sdílení asistentů s ostatními nebo žádný či omezený vliv na to, od koho musí člověk asistenci přijmout, izolace a segregace z nezávislého života v rámci komunity, nedostatek kontroly nad každodenními rozhodnutími, nedostatek volby ohledně toho, s kým žít, rigidita každodenních činností bez ohledu na osobní vůli a preference, identické aktivity na stejném místě pro skupinu lidí pod určitou autoritou, paternalistický přístup k poskytování služeb, dohled nad životním uspořádáním a obvykle rovněž disproporce v počtu lidí se zdravotním postižením žijících ve stejném prostředí. Ústavní zařízení mohou lidem se zdravotním postižením nabízet určitý stupeň volky a kontroly, nicméně tato volba je omezená na specifické oblasti života a nemění segregující charakter instituce. Deinstitutionalizační politiky proto vyžadují implementaci strukturálních reforem, které jdou za uzavření ústavních zařízení. Velké nebo malé skupinové domovy jsou obzvláště nebezpečné pro děti, kterým nemohou nijak nahradit potřebu vyrůstat v rodině. Instituce „rodinného typu“ jsou stále instituce a nejsou žádnou náhradou za péči v rodině.

(d) **Osobní asistence:** Osobní asistence odkazuje k osobou řízené/„uživatelé“ vedené lidské podpoře dostupné člověku se zdravotním postižením a je nástrojem nezávislého života. Navzdory tomu, že způsoby osobní asistence se mohou lišit, existují zde určité prvky, které ji odlišují od jiných typů osobní asistence, konkrétně:

(i) **Financování** osobní asistence musí být poskytováno na základě personalizovaných kritérií a musí vzít v úvahu standardy vyplývající z lidských práv na slušný život. Financování musí být kontrolováno člověkem se zdravotním postižením a musí být alokované tomuto člověku, aby si tento mohl zaplatit jakoukoli pomoc, kterou potřebuje. Je založeno na posouzení individuálních potřeb a na individuálních životních okolnostech. Individualizované služby nesmí vyústit ve snížení rozpočtu a/nebo ve vyšší osobní náklady;

(ii) **Služba je kontrolována člověkem se zdravotním postižením**, což znamená, že tento člověk si může tuto službu nakontraktovat od rozličných poskytovatelů, nebo může jednat jako zaměstnavatel. Osoby se zdravotním postižením mají možnost navrhnout si vlastní službu na zakázku, t. j. navrhnout službu a rozhodnout se, kým, jak, kdy a kde a jakým způsobem jim bude služba poskytnuta a instruovat a řídit poskytovatele služby.

(iii) **Osobní asistence je vztah jednoho na jednoho.** Osobní asistenti musí být vybíráni, zaškolováni a supervidováni osobou, již je osobní asistence poskytována. Osobní asistenti by neměli být „sdílení“ bez plného a svobodného souhlasu osoby, které je osobní asistence poskytována. Sdílení osobních asistentů může potenciálně omezovat a ohrožovat sebeurčovací a spontánní účast v komunitě; a

(iv) **Self-management poskytování služby.** Lidé se zdravotním postižením, kteří vyžadují osobní asistenci si mohou svobodně zvolit stupně osobní kontroly nad poskytováním služby podle jejich životních okolností a preferencí. I v případě, že odpovědnost „zaměstnavatele“ není součástí smlouvy, musí člověk se zdravotním postižením vždy zůstat v centru rozhodnutí, týkajících se asistence, musí být dotazován na své osobní preference a ty musí být respektovány. Kontrola osobní asistence se může odehrávat prostřednictvím podporovaného rozhodování.

17. Poskytovatelé podpůrných služeb často špatně popisují svou podpůrnou službu s užitím pojmu „nezávislý“ nebo „komunitní život“, stejně jako „osobní asistence“,

navzdory tomu, že tyto služby v praxi nenaplnují požadavky vyplývající z článku 19. Povinná „balíčková řešení“, která vedle jiného vážou dostupnost jedné zvláštní služby na jinou, předpokládají společné žití dvou či více osob, nebo mohou být poskytovány pouze v rámci zvláštního životního uspořádání. Koncept osobní asistence, v němž lidem se zdravotním postižením nenáleží plné sebeurčení a sebekontrola, nemůže být považován za souladný s článkem 19. Lidem s komplexními nároky v oblasti komunikace, včetně těch, kteří používají neformální způsoby komunikace (t. j. komunikaci prostřednictvím nereprezentativních prostředků, včetně výrazu tváře, postavení těla a vokalizace) musí být poskytnuta odpovídající podpora, umožňující jim formulovat a sdělit své pokyny, rozhodnutí, volbu a/nebo preference, a tyto musí být seznány a respektovány.

B. Článek 19, rámeček

18. Článek 19 opětovně zdůrazňuje zákaz diskriminace a uznání rovného práva lidí se zdravotním postižením žít nezávisle v komunitě. Aby bylo právo žít nezávisle, včetně možnosti volby srovnatelné s ostatními a práva být začleněn do komunity, realizováno, musí smluvní státy přijmout účinná a odpovídající opatření, která by usnadnila plné užívání tohoto práva a plnou inkluzi a participaci lidí se zdravotním postižením v rámci komunity.

19. Článek 19 zahrnuje dva koncepty, které jsou jasně zmíněny pouze v jeho názvu: právo na nezávislý život a právo být začleněn do komunity. Zatímco právo na nezávislý způsob života odkazuje k individuálnímu rozměru jako negativnímu právu emancipovat se bez odepření přístupu a možností, právo být začleněn do komunity zahrnuje společenský rozměr jako pozitivní právo na rozvoj inkluzivního prostředí. Právo, jak je zakotvené v článku 19, zahrnuje oba koncepty.

20. Článek 19 výslovně zmiňuje všechny lidi se zdravotním postižením. Ani úplné nebo částečné odepření způsobilosti k právním jednáním jakéhokoli stupně ani úroveň nezbytné podpory nemohou být použity jako důvody pro odepření nebo omezení práva lidí se zdravotním postižením na nezávislý život a na nezávislý život v komunitě.

21. Tam, kde lidé se zdravotním postižením kladou vysoké nároky na osobní službu, smluvní státy často považují instituce jako jediné řešení, zvláště, pokud by osobní služby byly posouzeny jako „příliš nákladné“ nebo člověk se zdravotním postižením jako „neschopný“ žít mimo institucionální zařízení. Lidé s mentálním postižením, především ti, kteří mají komplexní komunikační nároky, jsou velmi často posouzeni mj. jako neschopní žít mimo ústavní zařízení. Takové uvažování odporuje článku 19, který garantuje právo žít nezávisle a být začleněn do komunity všem lidem se zdravotním postižením bez ohledu na mentální způsobilost, soběstačnost nebo potřebu podpory.

22. Všichni lidé se zdravotním postižením by měli moci si svobodně zvolit, že budou aktivní a budou náležet ke kulturám podle svého vlastního výběru, a musí mít stejný stupeň volby a kontroly nad svými životy jako jiní členové komunity. Nezávislé žití není slučitelné s prosazováním „předem definovaného“ životního stylu člověka. Mladí lidé se zdravotním postižením by neměli být nuceni žít v zařízeních, která jsou určena pro postarší lidi se zdravotním postižením a opačně.

23. Lidé se zdravotním postižením jakéhokoli genderu jsou držiteli práv a užívají rovné ochrany vyplývající z článku 19. Měla by být přijata všechna odpovídající opatření, která by zajistila plný rozvoj, pokrok a zeschopňování žen. LGBTQI lidé se zdravotním postižením musí užívat stejné ochrany, vyplývající z článku 19, a proto musí být respektovány jejich osobní vztahy. Navíc právo na nezávislý způsob života a být začleněn v komunitě zahrnuje ochranu lidí se zdravotním postižením, příslušejících k různým věkovým skupinám, etnickým skupinám, kastám, jazykovým a/nebo náboženským menšinám, stejně jako k migrantům, žadatelům o azyl nebo uprchlíkům.

C. Článek 19 (a)

24. Zvolit si a rozhodnout se o tom, jak, kde, s kým žít je ústřední myšlenkou práva na nezávislý způsob života a být začleněn do komunity. Individuální volba proto není limitovaná na místo pobytu, ale zahrnuje všechny aspekty životního uspořádání člověka: denní program a rutinu, stejně jako způsob života a životní styl člověka, pokrýváje soukromé i veřejné sféry každodenního i dlouhodobého rozměru.

25. Lidé se zdravotním postižením často nemohou učinit volbu, jelikož je zde nedostatek možností, z nichž by si mohli vybírat. To je například případ, kdy neformální podpora ze strany rodiny je jedinou možností, kdy je nedostupná podpora mimo instituce, kdy je bydlení nepřístupné nebo kdy podpora není poskytována v komunitě, a kdy je podpora poskytována pouze v rámci specifických forem pobytu, jako jsou skupinové domovy nebo instituce.

26. Lidem se zdravotním postižením navíc nemusí být umožněno učinit jejich osobní volbu z důvodu nedostatku dostupných informací o škále dostupných možností a/nebo z důvodu právních omezení, vyplývajících z opatrovnického práva a obdobných právních norem nebo rozhodnutí, která nepřiznávají lidem se zdravotním postižením právo realizovat svou způsobilost k právním jednáním. I pokud neexistují takové formální zákony, jiní lidé, jako jsou rodiny, pečovatelé nebo místní orgány občas vykonávají kontrolu nad osobní volbou a kontrolují ji tak, že jednají jako náhradní rozhodující osoby.

27. Právní osobnost a způsobilost k právním jednáním jsou pro lidi se zdravotním postižením základem pro realizaci nezávislého života v rámci komunity. Článek 19 je proto spojen s uznáním a výkonem právní osobnosti a způsobilosti k právním jednáním, jak jsou zakotveny v článku 2 Úmluvy a dále vysvětleny v Obecném komentáři Výboru č. 1 (2014) o rovnosti před zákonem. Dále je spojeno s absolutním zákazem detence na základě zdravotního postižení, jak je zakotveno v článku 14 a rozpracováno v příslušných pokynech⁵.

D. Článek 19 (b)

28. Individualizované podpůrné služby musí být považovány za právo namísto formy lékařské, sociální nebo charitativní péče. Pro mnoho lidí se zdravotním postižením je přístup ke škále individualizovaných podpůrných služeb podmínkou pro nezávislý život v rámci komunity. Lidé se zdravotním postižením mají právo zvolit si služby a poskytovatele služeb podle svých individuálních požadavků a osobních preferencí a individualizovaná podpora by měla být dostatečně flexibilní na to, aby se přizpůsobila požadavkům „uživatelů“ a nikoli opačně. Z toho vyplývá povinnost smluvních států zajistit, že bude dostatečný počet kvalifikovaných specialistů, kteří budou schopni identifikovat praktická řešení překážek pro nezávislý život v rámci komunity v souladu s požadavky a preferencemi jednotlivce.

29. Písmeno (b) specifikuje různé individualizované služby, které spadají do kategorie podpůrných služeb. Tyto nejsou omezeny na služby v rámci domu, ale musí být rovněž schopny rozšířit se i na oblast zaměstnávání, vzdělávání nebo politické a kulturní participace, podpůrných služeb posilujících rodičovství a schopnost udržovat kontakt s příbuznými a dalšími, oblast participace v politickém a kulturním životě, a někdy i na oblast volnočasových zájmů a aktivit a cestování, stejně jako na oblast rekreace.

30. Zatímco individualizovaná podpora se může lišit v označení, typu nebo druhu podle kulturních, hospodářských a geografických specifik smluvní strany, všechny podpůrné služby musí být navrženy tak, aby podporovaly život v komunitě, předcházely izolaci a segregaci od jiných v rámci komunity a musí za tímto účelem být skutečně vhodné. Je důležité, že cílem těchto podpůrných služeb je realizace plné inkluze v rámci komunity. Proto

⁵ Viz Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením, Pokyny k článku 14 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením: parvo na osobní svobodu a bezpečnost lidí se zdravotním postižením, přijaté během 14. zasedání Výboru, konajícím se v září 2015.

článek 19 (b) zakazuje jakoukoli institucionální formu podpůrných služeb, která segreguje a omezuje osobní autonomii.

31. Je rovněž relevantní mít na paměti, že všechny podpůrné služby musí být navrženy a poskytovány způsobem, který podporuje celkový účel normy: plnou, individualizovanou, samostatně zvolenou a účinnou inkluzi a participaci a nezávislý život.

E. Článek 19 (c)

32. Služby a zařízení zmíněné v tomto odstavci daného článku jsou specifickými podpůrnými službami a zařízeními, určenými nikoli výlučně pro lidi se zdravotním postižením, ale pro obecnou populaci v komunitě. Zahrnují širokou škálu služeb, jako je bydlení, veřejné knihovny, nemocnice, školy, dopravu, obchody, trhy, muzea, internet, sociální média a podobná zařízení a služby. Musí být dostupné, univerzálně přístupné, přijatelné a přizpůsobitelné všem lidem se zdravotním postižením v rámci komunity.

33. Přístupnost komunitních zařízení, produktů a služeb, stejně jako výkon práv na inkluzivní přístupné zaměstnávání, vzdělávání a zdravotní péči jsou základními podmínkami pro inkluzi a participaci lidí se zdravotním postižením v komunitě. Různé deinstitucionalizační programy ukázaly, že zavření institucí, bez ohledu na jejich velikost a přemístění jejich obyvatel do komunity, samo o sobě nestačí. Takové reformy musí být doprovázeny srozumitelnými programy rozvoje služeb a komunity, včetně programů zvyšujících povědomí. Strukturální reformy navržené za účelem posílení celkové přístupnosti v rámci komunity mohou snížit poptávku pro služby určené specificky lidem se zdravotním postižením.

34. Z hlediska materiálního rozsahu článek 19 zahrnuje přístup k bezpečnému a odpovídajícímu bydlení, individuálním službám a komunitním zařízením a službám. Přístup k bydlení znamená mít možnost žít v komunitě takové, jaká je. Článek 19 nebude správně implementován, pokud bydlení bude poskytováno pouze ve specificky vymezených oblastech a zorganizováno takovým způsobem, že lidé se zdravotním postižením budou muset žít ve stejné budově, komplexu nebo sousedství. Přístupné bydlení, poskytující ubytování lidem se zdravotním postižením, kteří žijí sami nebo jako součást rodiny, musí být dostupné v odpovídajícím množství ve všech oblastech komunity, aby poskytlo lidem se zdravotním postižením právo i možnost volby. Za tímto účelem musí být vybudovány nové bezbariérové rezidence a existující rezidenční struktury musí být dodatečně vybaveny bezbariérovými úpravami. Bydlení musí být navíc pro lidi se zdravotním postižením dostupné.

35. Podpůrné služby musí být dostupné v rámci bezpečného fyzického i geografického dosahu pro všechny lidi se zdravotním postižením žijící v městských i venkovských oblastech. Musí být cenově přístupné a brát ohled na lidi, kteří žijí z nízkého příjmu. Rovněž musí být přístupné, což znamená, že musí respektovat standardní úroveň kvality a být genderově, věkově a kulturně citlivé.

36. Individualizované podpůrné služby, které neumožňují osobní volbu a vlastní kontrolu, nejsou poskytovány pro nezávislý život v rámci komunity. Podpůrné služby poskytované jako kombinace pobytových a podpůrných služeb (poskytovaných jako kombinovaný „balíček“) jsou často nabízeny osobám se zdravotním postižením z důvodu předpokladu jejich nákladové efektivnosti. Nicméně, jakkoli tento předpoklad může být sám o sobě ekonomicky vyvrácen, aspekty nákladové efektivnosti nesmí převážet nad základem dotčeného lidského práva. Nemělo by být pravidlem, aby osobní asistence a asistenti byli „sdílení“ mezi lidmi se zdravotním postižením, k tomu by mělo docházet jedině v případě, že se tak děje s plným a svobodným souhlasem lidí se zdravotním postižením, kteří osobní asistenci potřebují. Možnost volby je i jedním ze tří klíčových prvků práva žít nezávisle v rámci komunity.

37. Právu na rovné podpůrné služby odpovídá povinnost zajistit participaci a začlenění lidí se zdravotním postižením v procesech, souvisejících se zařízeními a službami v komunitě, aby tyto odpovídaly specifickým požadavkům, byly genderově citlivé a citlivé k věku a byly dostupné s cílem umožnit spontánní účast lidí se zdravotním postižením na

životě komunity. Pro děti, základ práva žít nezávisle a být začleněn do komunity zahrnuje právo vyrůstat v rodině.

F. Základní prvky

38. Výbor shledává jako důležité identifikovat základní prvky článku 19, aby bylo zajištěno, že realizace standardizované minimální úrovně podpory dostatečné k výkonu práva na nezávislý život a být začleněn do komunity, bude povinností každého smluvního státu. Smluvní státy by měly zajistit, že základní prvky článku 19 budou vždy respektovány, zvláště v časech finanční a ekonomické krize. Těmito prvky jsou:

(a) Zajistit právo na právní způsobilosti v souladu s Obecným komentářem Výboru č. 1 (2014) o rovnosti před zákonem, aby všichni lidé se zdravotním postižením mohli rozhodovat kde, s kým a jak budou žít, a to bez ohledu na jejich postižení;

(b) Zajistit zákaz diskriminace v přístupu k bydlení, a to jak z hlediska příjmů, tak z hlediska přístupnosti, a rozhodnout o povinných regulacích v oblasti výstavby, zajišťujících, že nové a renovované bydlení se stane přístupným;

(c) Vytvořit konkrétní akční plán pro nezávislý život lidí se zdravotním postižením v rámci komunity, včetně přijetí kroků směřujících k usnadnění formální podpory pro nezávislý život v rámci komunity tak, aby neformální podpora např. ze strany rodiny nebyla jedinou možností;

(d) Vytvořit, implementovat, monitorovat a sankcionovat nesoulad s legislativou, plány a pokyny o požadavcích na přístupnost pro základní běžné služby s cílem dosáhnout společenské rovnosti, včetně účasti lidí se zdravotním postižením na sociálních médiích, a zajistit odpovídající kompetence v oblasti informačních technologií, aby jejich rozvoj byl chráněn a probíhal na základě univerzálního designu;

(e) Vytvořit konkrétní akční plán a přijmout kroky směřující k rozvoji a implementaci základních, osobních, nesdílených a na právech založených podpůrných služeb určených pro lidi se zdravotním postižením a jiných forem služeb;

(f) Zajistit, že při naplňování článku 19 nebude docházet k regresi, ledaže by to bylo rádě odůvodněné a v souladu s mezinárodním právem;

(g) Sbírat konzistentní kvalitativní a kvantitativní data o lidech se zdravotním postižením, včetně těch, kteří stále žijí v institucích; a

(h) Využívat jakékoli dostupné financování, včetně regionálního financování a financování pro rozvoj spolupráce s cílem rozvíjet inkluzivní a přístupné služby pro nezávislý život.

III. Závazky smluvních států

39. Závazky smluvních států musí odrážet povahu lidských práv, která jsou buď absolutní a bezprostředně aplikovatelná (občanská a politická práva) nebo postupně aplikovatelná (hospodářská, sociální a kulturní práva). Článek 19 (a), právo zvolit si své místo pobytu a to, kde, jak a s kým žít, je bezprostředně aplikovatelné, jelikož je občanským a politickým právem. Článek 19 (b), právo na přístup k podpůrným službám individualizovaným podle posouzení, je hospodářským, sociálním a kulturním právem. Článek 19 (c), právo využívat služby a zařízení je hospodářským, sociálním a kulturním právem, jelikož mnoho služeb určených široké veřejnosti, jako jsou přístupné informační technologie, webové stránky, sociální média, kina, veřejné parky, divadla a sportovní zařízení slouží jak sociálním, tak i kulturním účelům. Postupná realizace zahrnuje závazky okamžité povahy navrhnout a rozhodnout o konkrétních strategiích, akčních plánech a alokovat zdroje za účelem rozvoje

podpůrných služeb, stejně jako učinit existující i nové obecné služby přístupné pro lidi se zdravotním postižením.

40. Závazek respektovat nezahrnuje pouze negativní aspekt. Jeho pozitivní aspekt zavazuje státy, aby přijaly všechna nezbytná opatření, která by zajistila, že žádná práva, zakotvená v článku 19 nebudou porušována státem nebo soukromými subjekty.

41. S cílem dosáhnout postupné realizace hospodářských, sociálních a kulturních práv musí státy přijmout kroky s maximálním využitím svých dostupných zdrojů⁶. Tyto kroky musí být přijaty bezprostředně nebo v rámci přiměřeně krátké doby. Takové kroky by měly být promyšlené, konkrétní, zacílené a využívat všechny zdroje.⁷ Systematická realizace práva na nezávislý život v komunitě vyžaduje strukturální změny. To zvláště platí pro deinstitucionalizaci ve všech jejích formách.

42. Smluvní státy mají závazek okamžité povahy vstoupit do strategického plánování s odpovídajícími časovými rámci a zdroji v úzké a respektující konzultaci se zástupci organizací lidí se zdravotním postižením s cílem nahradit institucionalizovaná zařízení podpůrnými službami pro nezávislý život. Míra uvážení smluvních států se vztahuje k programovým implementacím, ale nikoli k samotné otázce nahrazení. Smluvní státy by měly vytvořit plány přechodu v přímé konzultaci s lidmi se zdravotním postižením, prostřednictvím jejich zastupujících organizací s cílem zajistit plné začlenění lidí se zdravotním postižením do komunity.

43. Pokud stát hodlá přijmout regresivní opatření ve vztahu k článku 19, např. v rámci reakce na hospodářskou a finanční krizi, je povinen prokázat, že taková opatření jsou dočasná, nezbytná a nediskriminační a že smluvní stát i opatření respektují základní závazky (esenciálnímu obsahu práva; core obligations).⁸

44. Povinnost postupné realizace rovněž zahrnuje předpoklad proti regresivním opatřením při užívání hospodářských, sociálních a kulturních práv. Taková opatření zbavují lidi se zdravotním postižením plného užívání práva žít nezávisle a být začleněn do komunity. Jako důsledek tak regresivní opatření zakládají porušení článku 19.

45. Smluvní státy nesmí přijmou regresivní opatření ve vztahu k základním závazkům (esenciálnímu obsahu práva; core obligations), vyplývajícím z práva na nezávislý způsob života v komunitě, jak jsou vyjmenovány v tomto obecném komentáři.

46. Smluvní státy mají okamžitou povinnost odstranit diskriminaci proti jednotlivcům nebo skupinám lidí se zdravotním postižením a garantovat jejich rovné právo na nezávislý život a účast na životě komunity. To vyžaduje, aby smluvní státy zrušily nebo reformovaly politiky, zákony a praktiky, které brání lidem se zdravotním postižením např. v tom vybrat si místo svého pobytu, v přístupu k cenově dostupnému a přístupnému bydlení, v pronajmutí si ubytování či v přístupu k obecným službám a zařízením, určeným široké veřejnosti, jak by to jejich nezávislost vyžadovala. Povinnost poskytnout přiměřené úpravy (čl. 5 (3)) rovněž není předmětem postupné realizace.

A. Závazek respektovat

47. Závazek respektovat vyžaduje, aby se smluvní státy zdržely toho, aby přímo či nepřímo zasahovaly nebo jakýmkoli způsobem omezovaly právo jednotlivce vykonávat své právo žít nezávisle a být začleněn do komunity. Smluvní státy by neměly omezovat nebo odepírat komukoli přístup k nezávislému životu v komunitě, včetně prostřednictvím zákonů, které přímo či nepřímo omezují autonomii a možnosti lidí se zdravotním postižením zvolit si

⁶ Viz článek 2 (1) Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, a článku 4 (2) Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

⁷ Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva, Obecný komentář č. 3, odst. 2.

⁸ Dopis předsedy Výboru smluvním státům o úsporných opatřeních, květen 2012.

místo svého pobytu nebo to, kde, jak a s kým žít. Smluvní státy by měly reformovat zákony, které brání výkonu práv, zakotvených v článku 19 Úmluvy.

48. Závazek rovněž vyžaduje, aby smluvní státy zrušily nebo ustoupily od přijetí zákonů, politik nebo struktur, které udržují či vytvářejí bariéry v přístupu k podpůrným službám, stejně jako k obecným zařízením a službám. To rovněž zahrnuje závazek propustit všechny jednotlivce, kteří jsou drženi proti své vůli v zařízeních duševního zdraví a dalších formách zbavení osobní svobody, specificky spojených se zdravotním postižením. Dále to zahrnuje zákaz všech forem opatrovnictví a závazek nahradit režimy náhradního rozhodování alternativami podporovaného rozhodování.

49. Respektovat práva lidí se zdravotním postižením podle článku 19 znamená, že smluvní státy musí postupně ukončit institucionalizaci. Žádné nové instituce by neměly být smluvními státy budovány, stejně tak by neměly být renovovány staré instituce, s výjimkou neurgentnějších opatření, nezbytných pro ochranu fyzické bezpečnosti jejich obyvatel. Instituce by neměly být rozšiřovány, noví obyvatelé by neměli být přijímáni na místo těch, kteří odešli, a „satelitní“ životní uspořádání, která vycházejí z instituce, mají podobu individuálního bydlení (byty nebo samostatné doby), ale točí se kolem instituce, by neměla být zřizována.

B. Závazek chránit

50. Závazek chránit zavazuje smluvní státy k přijetí opatření, která by bránila rodinným příslušníkům a třetím subjektům v přímém či nepřímém zasahování do užívání práva žít nezávisle v komunitě. Povinnost chránit vyžaduje, aby smluvní státy přijaly a implementovaly zákony a politiky zakazující takové chování rodinných příslušníků a třetích subjektů, poskytovatelů služeb, pronajímatelů nebo poskytovatelů obecných služeb, které podřívá užívání práva být začleněn a žít nezávisle v komunitě.

51. Smluvní státy by měly zajistit, že veřejné a soukromé zdroje nebudou utráceny na udržování, renovaci, zřizování, budování existujících nebo nových institucí v jakékoli formě institucionalizace. Smluvní státy musí navíc zajistit, že soukromé instituce nebudou zřizovány pod maskou „života v komunitě“.

52. Podpora by vždy měla být založena na individuálních požadavcích, nikoli na zájmu poskytovatele služby. Státy by měly zřídit monitorovací mechanismus poskytovatelů služeb, přijmout opatření, která by chránila lidi se zdravotním postižením před ukrýváním rodinou nebo izolaci v institucích, chránila děti před opuštěním a institucionalizací na základě zdravotního postižení a zřídila odpovídající mechanismy k detekování situací násilí vůči lidem se zdravotním postižením ze strany třetích subjektů. Smluvní státy by měly rovněž zakázat, aby se ředitelé a/nebo manažeři pobytových institucí stávali opatrovníky obyvatel těchto institucí.

53. Povinnost chránit rovněž zahrnuje zákaz diskriminačních praktik, jako je vyloučení jednotlivců nebo skupin z poskytování určitých služeb. Smluvní státy by měly zakázat a zabránit třetím subjektům, aby vytvářely praktické nebo procesní překážky pro nezávislý život a začlenění do komunity, jako je zajištění toho, že poskytované služby budou v souladu s nezávislým životem v komunitě a že lidem se zdravotním postižením nebude odepřena možnost nájmu nebo nebudou znevýhodněni na trhu s byty. Obecné komunitní služby pro veřejnost, jako jsou knihovny, plavecké bazény, veřejné parky/prostory, obchody, poštovní pobočky, nebo kina musí být přístupné a musí odpovídat požadavkům lidí se zdravotním postižením, jak jsou popsány v Obecném komentáři Výboru č. 2 (2014) k přístupnosti⁹.

⁹http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/2&Lang=en

C. Závazek plnit

54. Závazek plnit vyžaduje, aby státy podporovaly, usnadňovaly a poskytovaly odpovídající legislativní, správní, rozpočtová, soudní, programová, propagační a jiná opatření s cílem zajistit plnou realizaci práva žít nezávisle a být začleněn do komunity, jak je zakotveno v Úmluvě. Závazek plnit rovněž vyžaduje, aby smluvní státy přijaly opatření za účelem vymýcení praktických překážek plné realizace práva žít nezávisle a být začleněn do komunity, jako je nepřístupné bydlení, omezený přístup k podpůrným službám pro osoby se zdravotním postižením, nepřístupná zařízení, produkty a služby v komunitě a předsudky proti lidem se zdravotním postižením.

55. Smluvní státy by měly zesilovat rodinné příslušníky, aby tito podporovali členy své rodiny se zdravotním postižením v realizaci jejich práva žít nezávisle a být začleněn do komunity.

56. Implementaci legislativy, politik a programů musí smluvní státy úzce konzultovat a aktivně do ní zapojit rozličné skupiny lidí se zdravotním postižením prostřednictvím jejich zastupujících organizací, a to z hlediska všech aspektů nezávislého života v komunitě, obzvláště pokud jde o rozvoj podpůrných služeb a investice zdrojů do podpůrných služeb v rámci komunity.

57. Smluvní státy musí přijmout strategii a konkrétní akční plán pro deinstitucionalizaci. To zahrnuje povinnost implementovat strukturální reformy, zlepšit přístupnost pro lidi se zdravotním postižením v rámci komunity a zvýšit povědomí mezi všemi lidmi ve společnosti o inkluzi lidí se zdravotním postižením do komunity.

58. Deinstitucionalizace rovněž vyžaduje systematickou transformaci, která zahrnuje uzavření institucí a odstranění institucionalizující regulace jako součásti srozumitelné strategie. To je spojeno se zřízením škály individualizovaných podpůrných služeb, včetně přijetí individualizovaného plánu přechodu, společně s rozpočtem a časovým rámcem, stejně jako inkluzivních podpůrných služeb. Z tohoto důvodu je nezbytný koordinovaný meziresortní přístup, který zajistí, že dojde ke všem potřebným reformám, přijetí rozpočtu a změně postojů na všech úrovních a ve všech sektorech výkonné moci, včetně místních orgánů.

59. Programy a nároky na podporu při nezávislém životě v komunitě musí pokrývat náklady, vyplývající ze zdravotního postižení. Stěžejní pro deinstitucionalizaci je navíc zajistit dostupnost dostatečného množství přístupného, i cenově, bydlení, včetně bydlení pro rodiny. Je proto důležité, aby přístup k bydlení nebyl podmíněn požadavky, které by snižovaly autonomii a závislost lidí se zdravotním postižením. Budovy a prostory otevřené veřejnosti a všechny formy dopravy musí být navrženy takovým způsobem, aby dokázaly uspokojit nároky všech lidí se zdravotním postižením. Smluvní státy musí přijmout promyšlené a okamžité kroky směřující k realokaci zdrojů do realizace možnosti lidí se zdravotním postižením žít nezávisle v komunitě.

60. Podpůrné služby, určené lidem se zdravotním postižením, musí být dostupné, přístupné, cenově přístupné, přijatelné a přizpůsobitelné všem lidem se zdravotním postižením a musí být citlivé k různým životním podmínkám, jako je např. individuální a rodinný příjem a individuální charakteristiky, jako je pohlaví, věk, národnostní nebo etnický původ, jazyková, náboženská, sexuální a/nebo genderová identita. Lidskoprávní model zdravotního postižení neumožňuje vylučovat lidi se zdravotním postižením z jakéhokoli důvodu, včetně typu a rozsahu podpůrných služeb, které potřebují. Podpůrné služby, včetně osobní asistence, by neměly být sdíleny s ostatními, ledaže se tak děje na základě svobodného a informovaného souhlasu.

61. Smluvní státy musí inkorporovat následující prvky mezi kritéria posuzování pro přístup k asistenci: Posuzování by mělo být založeno na lidskoprávním přístupu k postižení, zaměřovat se na požadavky člověka vyplývající z bariér v rámci společnosti spíše než na

míru jeho neschopnosti, vzít v úvahu a respektovat vůli člověka a jeho preference a zajistit plné zapojení lidí se zdravotním postižením do procesu přijímání rozhodnutí.

62. Hotovostní transfery jako jsou dávky z důvodu zdravotního postižení představují jednu z forem, jejichž prostřednictvím smluvní státy poskytují podporu lidem se zdravotním postižením v souladu s články 19 a 28 Úmluvy. Takové hotovostní transfery často zohledňují výdaje spojené se zdravotním postižením a usnadňují plnou inkluzi lidí se zdravotním postižením do komunity. Hotovostní transfery rovněž často usilují o řešení situace chudoby a extrémní chudoby, které lidé se zdravotním postižením mohou čelit. Smluvní státy nesmí prohlubovat těžkosti, jimž jsou vystaveni lidé se zdravotním postižením, snižováním jejich příjmu v dobách hospodářské nebo finanční krize nebo prostřednictvím přísných opatření, která nejsou v souladu s lidskoprávními standardy, popsány výše v odstavci 38.

63. Podpora pro lidi se zdravotním postižením by měla být posuzována prostřednictvím osobního přístupu a šitá na míru specifickým činnostem a skutečným bariérám, kterým lidé se zdravotním postižením z hlediska svého začlenění do komunity čelí. Posouzení by mělo uznat, že lidé se zdravotním postižením potřebují přístup k činnostem, které se během času mění. Smluvní státy by měly zajistit, že personalizace podpory, včetně finančních transferů/osobních rozpočtů, vezme v úvahu a bude reagovat na výzvy, kterým lidé se zdravotním postižením čelí, když žijí ve venkovských a/nebo v městských oblastech.

64. Smluvní státy by měly poskytovat a šířit včasné aktualizované a odpovídající informace pro informované přijímání rozhodnutí o volbě nezávislého života a podpůrných služeb v komunitě v přístupných formátech, včetně Braillova písma, znakové řeči, hmatového formátu easy-to-read formátu a alternativních a augmentativních způsobů komunikace.

65. Smluvní státy by měly zajistit, že personál pracující ve službách určených pro osoby se zdravotním postižením, nebo se chystající vstoupit do těchto služeb, včetně zaměstnanců, osob přijímajících rozhodnutí a občanských zaměstnanců monitorujících služby pro lidi se zdravotním postižením, bude odpovídajícím způsobem vyškolen v teorii i praxi nezávislého života v komunitě. Státy by rovněž měly formulovat kritéria v souladu s článkem 19, která by se vztahovala na subjekty, které žádají o povolení poskytovat sociální podporu lidem se zdravotním postižením za účelem života v komunitě, a posoudit, jak tito vykonávají své povinnosti.

66. Smluvní státy by měly zajistit, že mezinárodní spolupráce v souladu s článkem 2 a následné investice a projekty nebudou přispívat k zakonzervování bariér nezávislému životu v komunitě, ale spíše budou tyto bariéry odstraňovat a podporovat implementaci práva žít nezávisle a být začleněn do komunity. Po situaci katastrofy je důležité nevybudovat bariéry znovu, a to jako prvek implementace článku 11 Úmluvy.

67. Smluvní státy musí zajistit přístup ke spravedlnosti a poskytovat bezplatnou právní pomoc, odpovídající právní služby, prostředky nápravy a podporu, včetně podpory prostřednictvím přiměřených a procesních úprav pro lidi se zdravotním postižením, kteří usilují o vymožení svého práva na nezávislý život v komunitě.

68. Smluvní státy by měly poskytnout odpovídající podpůrné služby rodinným pečovatelům, aby tito mohli na oplátku podporovat své dítě nebo příbuzného žít nezávisle v komunitě. Tato podpora zahrnuje respitní služby péče, služby péče o děti a další podpůrné rodičovské služby. Finanční podpora je rovněž klíčová pro rodinné pečovatele, kteří často žijí v situaci extrémní chudoby bez možnosti přístupu na pracovní trh. Smluvní státy by měly rovněž poskytovat sociální podporu rodinám a posilovat rozvoj poradenských služeb, kruhů podpory a dalších odpovídajících podpůrných možností.

69. Smluvní státy musí pravidelně provádět výzkumy a další formy analýz, poskytujících data o fyzických, komunikačních, environmentálních, infrastrukturních a postojových bariérách, s nimiž se lidé se zdravotním postižením setkávají, a požadavcích na implementaci nezávislého života v komunitě.

IV. Vztah k dalším ustanovením Úmluvy

70. Právo žít nezávisle a být začleněn do komunity je vzájemně propojené s užíváním dalších lidských práv zakotvených v Úmluvě. Je to současně více než pouhý souhr těchto práv, jelikož dává znát, že všechna práva by měla být vykonávána a užívána v komunitě, v níž si člověk zvolí žít a v níž jediné může být naplněn svobodný a plný rozvoj jeho osobnosti.

71. Konzultace s aktivním zapojením lidí s postižením prostřednictvím jejich zastupujících organizací (čl. 4 (3)) jsou při implementaci práva na nezávislý život v komunitě klíčové pro přijetí všech plánů a strategií, stejně jako pro vyhodnocení a monitoring. Ti, kdo přijímají rozhodnutí na všech úrovních, musí [do svého rozhodování] aktivně zahrnout plné zastoupení lidí se zdravotním postižením, dětí se zdravotním postižením, lidí s psychosociálním postižením a lidí s mentálním postižením, a musí s nimi [svá rozhodnutí] konzultovat.

72. Pro nezávislý život a začlenění do komunity je důležitá nediskriminace (čl. 5) v přístupu a přijímání podpůrných služeb. Smluvní státy by měly definovat kritéria vhodnosti (způsobivosti) a procesy pro přístup k podpůrným službám nediskriminačním způsobem, objektivně a se zaměřením na člověka spíše než na postižení (znevýhodnění), v souladu s přístupem založeným na lidských právech. Zřízení specifických služeb pro lidi se zdravotním postižením ve specifických situacích lidí se zdravotním postižením a v souladu s jejich požadavky by nemělo být považováno za diskriminační porušení Úmluvy, ale spíše za spravedlivou a právně dostupnou pozitivní akci (pozitivní diskriminaci). Lidé se zdravotním postižením, kteří čelí diskriminaci ve vztahu k článku 19 musí mít k dispozici účinné a cenově přístupné právní prostředky nápravy.

73. Ženy a dívky se zdravotním postižením (čl. 6) bývají často více vyloučené a izolované a čelí více omezením, pokud jde o místo svého pobytu, stejně jako uspořádání svého života, a to z důvodu paternalistického stereotypizování a patriarchálních sociálních vzorců proti ženám ve společnosti. Ženy a dívky se zdravotním postižením rovněž zažívají genderovou, mnohonásobnou nebo intersektorální diskriminaci, institucionalizaci, násilí, včetně sexuálního násilí a sexuálního obtěžování¹⁰. Smluvní státy musí poskytovat cenově přístupné nebo bezplatné právní prostředky nápravy a podpůrné služby pro oběti násilí a zneužívání. Ženy se zdravotním postižením, které čelí domácímu násilí jsou často více ekonomicky, fyzicky nebo citově závislé na svých zneužívatelích, kteří jsou často jejich pečovateli, což je situace, která ženám se zdravotním postižením brání opustit zneužívající vztah a vede k [jejich] další sociální izolaci. Proto při implementaci práva žít nezávisle a být začleněn do komunity by měla být zvláštní pozornost věnována genderové rovnosti, odstranění genderové diskriminace a patriarchálních sociálních vzorců.

74. Kulturní normy a hodnoty mohou nepříznivě omezit ženy a dívky se zdravotním postižením ve volbě svého životního uspořádání, omezovat jejich autonomii, nutit je žít v určitém životním uspořádání, vyžadovat po nich potlačení svých vlastních požadavků a na místo toho sloužit požadavkům jiných a plnit určité role v rámci rodiny.¹¹ Smluvní státy by měly přijmout opatření řešící diskriminaci a bariéry, kterým čelí ženy při přístupu k sociálním službám a podpoře, stejně jako zajistit, že rozličné politiky, programy a strategie, které se týkají přístupu k sociálním službám a podpoře, budou věnovat náležitou pozornost rovnosti mezi ženami a muži.

75. Smluvní státy by měly rovněž zajistit, že opatření, jejichž cílem je rozvoj, zeslabování a pokrok žen a dívek se zdravotním postižením (článek 6 (2)), se budou zaměřovat na genderovou nerovnost v přístupu k podpoře a sociální ochraně. Smluvní státy by měly přijmout odpovídající opatření v oblasti rovnováhy života a práce (zdroje, čas,

¹⁰ Viz Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením, Obecný komentář č. 3 (2016) Ženy a dívky se zdravotním postižením.

¹¹ Ibid. odst. 8; 18, 29 a 55.

služby), které podpoří ženy se zdravotním postižením v (opětovném) vstupu na otevřený pracovní trh a zajistí rovná práva a odpovědnost mezi ženami a muži při výkonu rodičovské odpovědnosti¹². Je rovněž odpovědností smluvních států zajistit, že přístřeší pro oběti genderově motivovaného násilí bude plně přístupné pro ženy a dívky se zdravotním postižením.

76. Existence odpovídajících a k věku citlivých služeb pro dívky a chlapce se zdravotním postižením má zásadní význam pro rovné užívání lidských práv (čl. 7). Stěžejní je respekt k rozvíjejícím se schopnostem dětí se zdravotním postižením a jejich rozvoj v tom, aby mohly promlouvat do rozhodnutí, která na ně mají dopad. Je rovněž důležité poskytovat podporu a informace rodině a doprovázet ji (čl. 23), aby bylo předcházeno institucionalizaci dětí se zdravotním postižením, a mít inkluzivní politiky, týkající se osvojení, které by zajistily rovné příležitosti pro děti se zdravotním postižením.

77. Pokud jde o sociální interakce a vztahy s vrstevníky mohou dospívající upřednostňovat osobní asistenci a profesionální tlumočníky do znakového jazyka před neformální podporou, kterou jim poskytují jejich příbuzní. Smluvní státy by měly vytvořit inovativní formy podporných a přístupných služeb pro děti a dospívající s postižením osobně nebo prostřednictvím svých organizací. Děti se zdravotním postižením mohou vyžadovat podporu pro to, aby mohly provozovat sportovní nebo jiné aktivity v komunitě odpovídající jejich věku. Dospívajícím se zdravotním postižením by mělo být umožněno trávit čas a účastnit se volnočasových aktivit se svými vrstevníky. Smluvní státy musí poskytnout asistenční pomůcky a technologie, které usnadňují inkluzi dospívajících se zdravotním postižením v jejich vrstevnických sítích. Vedle toho jsou při podpoře nezávislého života klíčové služby, které usnadňují přechod mladých lidí do dospělosti, včetně podpory při přestěhování z rodinného domu, při nástupu do zaměstnání a při získávání vyššího vzdělání.

78. Zvyšování povědomí (čl. 8) je klíčové pro vytvoření otevřených, umožňujících a inkluzivních komunit, jelikož článek 19 je ve své podstatě o transformaci komunit. Stereotypy, předsudky proti lidem se zdravotním postižením a falešné dojmy, které brání lidem se zdravotním postižením žít nezávisle, musí být vymýceny a musí být prosazován jejich pozitivní obraz a přínosy společnosti. Zvyšování povědomí by mělo být poskytnuto orgánům, občanským zaměstnancům, profesionálům, médiím, obecné veřejnosti a lidem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Všechny aktivity zaměřené na zvyšování povědomí by měly být vykonávány v úzké spolupráci s lidmi se zdravotním postižením prostřednictvím jejich zastupujících organizací.

79. Práva zakotvená v článku 19 jsou svázána s povinnostmi smluvní stran, vztahujícími se k přístupnosti (čl. 9), jelikož obecná přístupnost veškerého vybudovaného prostředí, dopravy, informací, komunikace a zařízení a služeb určených veřejnosti v konkrétní komunitě je podmínkou nezávislého života v této komunitě. Článek 9 vyžaduje, aby byly identifikovány překážky a odstraněny bariéry budov, určených veřejnosti, a to např. revizí zákonů, týkající se kontroly výstavby, a zákoníků městského plánování, inkluzí standardů univerzálního designu do různých sektorů a zakotvením standardů přístupnosti pro bydlení.

80. Smluvní státy musí dopředu zohledňovat závazek poskytovat podpůrné služby lidem se zdravotním postižením v rámci všech aktivit, týkajících se řízení rizik v souvislosti s katastrofami (čl. 11) a zajistit, že [lidé se zdravotním postižením] nezůstanou [někde] zanechání nebo zapomenuti. Rovněž je důležité, aby po odeznění situace ozbrojených konfliktů, humanitárních krizí nebo přírodních katastrof nebyly znovu budovány bariéry. Procesy rekonstrukce musí zajistit plnou přístupnost pro nezávislý život lidí se zdravotním postižením v komunitě.

81. Uznání rovnosti před zákonem (čl. 12) zajišťuje, že všichni lidé se zdravotním postižením budou mít právo vykonávat svou plnou způsobilost k právním jednáním, a proto mají rovné právo volit a kontrolovat své život tím, že si zvolí kde, s kým a jak chtějí žít a

¹² Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen. Obecné doporučení č. 21 (13. zasedání, 1994) Rovnost v manželství a rodinných vztazích.

přijímat podporu podle své vůle a preferencí. Za účelem realizace plného přechodu k podporovanému rozhodování a implementace práv zakotvených v čl. 12 je nezbytné, aby lidé se zdravotním postižením měli příležitost rozvíjet a vyjadřovat svou vůli a preference, aby mohli vykonávat svou způsobilost k právním jednáním na rovnoprávném základě s ostatními. Aby tohoto bylo dosaženo, musí být součástí komunity. Podpora při realizaci způsobilosti k právním jednáním by navíc měla být poskytována s využitím komunitního přístupu, který respektuje vůli a preference jednotlivců se zdravotním postižením.

82. Přístup ke spravedlnosti, zakotvený v článku 13, je základem k zajištění plného užívání práva žít nezávisle v komunitě. Smluvní státy musí zajistit, že všichni lidé se zdravotním postižením budou mít před soudy způsobilost k právním jednáním a procesní status. Smluvní státy musí navíc zajistit, že všechna rozhodnutí, týkající se nezávislého života v komunitě, budou moci být napadena odvoláním. Podpora pro umožnění nezávislého života v komunitě musí být vymahatelná jako práva a nároky. Pro zajištění rovného a účinného přístupu ke spravedlnosti jsou stěžejní důležitá práva – právo na bezplatnou právní pomoc, podporu a procesní a věku odpovídající úpravy.

83. Nedobrovolná institucionalizace na základě znevýhodnění nebo k tomu přidružených okolností, jako je předpokládaná „nebezpečnost“ nebo další faktory, které byly popsány v Pokynech Výboru k článku 14, je často způsobena nebo posilována nedostatkem podpůrných služeb specificky určených pro lidi se zdravotním postižením. Implementace článku 19 proto nakonec bude předcházet porušení článku 14.

84. Nejvyšší důležitosti je zajistit, že podpůrné služby neponechají žádný prostor pro potenciální zneužití, vykořisťování lidí se zdravotním postižením nebo jakékoli násilí proti nim (čl. 16). Monitoring, právní prostředky nápravy a pomoc, které jsou citlivé ke zdravotnímu postižení, genderu a věku, musí být dostupné pro všechny lidi se zdravotním postižením, kteří využívají služby upravené v článku 19 a kteří mohou čelit zneužívání, násilí a vykořisťování. Jelikož instituce má tendenci izolovat ty, kteří v nich žijí, od zbytku komunity, institucionalizované ženy a dívky se zdravotním postižením jsou navíc více ohrožené genderově motivovaným násilím, včetně nucené sterilizace, sexuálního a fyzického zneužívání, emocionálního zneužívání a další izolace. Rovněž čelí zvýšeným překážkám pro to, aby toto násilí mohly ohlásit. Je nezbytné, aby státy zahrnuly tyto otázky do svého monitoringu institucí a zajistily přístup k odškodnění ženám se zdravotním postižením, které byly vystaveny genderově motivovanému násilí v institucích.

85. Bez podpory osobní mobility (čl. 20) budou pro mnoho lidí se zdravotním postižením přetrvávat překážky pro nezávislý život v komunitě. Poskytnutí cenově přístupných a dostupných kvalitních kompenzačních pomůcek, zařízení, podpůrných technologií a živé asistence a prostředníků, jak jsou zakotveny v článku 20 je podmínkou pro plnou inkluzi a participaci lidí se zdravotním postižením ve svých komunitách.

86. Lidé se zdravotním postižením mají právo na přístup ke všem veřejným informacím v přístupných formátech, jakož i právo vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky na rovnoprávném základě s ostatními (čl. 21). Komunikace může být zajištěna ve vech formách a formátech podle jejich výběru, včetně Braillova písma, znakového jazyka, hmatu, easy-to-read formátů a alternativních způsobů, prostředků a formátů komunikace. Je důležité, aby komunikace a informace mohly téct v obou směrech a aby služby a zařízení byly přístupné jednotlivcům, kteří využívají různé způsoby komunikace. Obzvláště důležité je, aby byly z rozličných zdrojů přístupné a dostupné informace o podpůrných službách a schématech sociální ochrany, včetně mechanismů vztahujících se ke zdravotnímu postižením, aby lidé se zdravotním postižením mohli činit plně informovaná rozhodnutí a volbu o tom kde, s kým a jak žít a jaký druh služeb jim nejlépe vyhovuje. Je rovněž kriticky důležité, aby byly přístupné komunikační mechanismy pro podávání zpětné vazby a stížností.

87. Smluvní státy by měly zajistit, že při poskytování podpůrných služeb podle článku 19 bude před nezákonnými zásahy chráněno soukromí, rodina, domov, korespondence a čest lidí se zdravotním postižením (čl. 22). V případě jakéhokoli nezákonného zásahu musí být

všem lidem se zdravotním postižením, kteří využívají podporu služeb, dostupný genderově i k věku citlivý monitoring, právní prostředky nápravy a pomoc.

88. Právo žít nezávisle v komunitě je ze své podstaty spjato s právem na rodinu pro děti a rodiče se zdravotním postižením (čl. 23). Pokud neexistuje komunitní podpora a služby, může to vytvářet finanční tlak a překážky pro rodiny lidí se zdravotním postižením; práva zakotvená v článku 23 Úmluvy jsou stěžejní pro předcházení odebírání dětí z jejich rodin a jejich institucionalizaci, stejně jako pro podporu rodin v komunitním životě. Tato práva jsou stejně důležitá pro to, aby děti nebyly odebírány svým rodičům z důvodu zdravotního postižení těchto rodičů. Smluvní státy by měly poskytovat informace, vedení a podporu rodinám při prosazování práv jejich dětí a prosazovat inkluzi a participaci v rámci komunity.

89. Nezávislé žití a začlenění do komunity je ze své podstaty spjato s inkluzivním vzděláváním (čl. 24) vyžaduje uznání práva lidí se zdravotním postižením žít nezávisle a užívat inkluzi a participaci v rámci komunity.¹³ Inkluze lidí se zdravotním postižením do hlavního vzdělávacího systému generuje další inkluzi lidí se zdravotní postižením do komunity. Deinstitutionalizace rovněž zahrnuje zavedení inkluzivního vzdělávání. Smluvní státy by měly zaznamenat, jakou roli bude realizace práva na inkluzivní vzdělávání hrát při budování silných stránek, dovedností a kompetencí nezbytných pro všechny lidi se zdravotním postižením pro to, aby mohli užívat své komunity, mít z ní prospět a přispívat jí.

90. Obecná zdravotnická zařízení a služby (čl. 25) musí být dostupné, přístupné, přizpůsobitelné a přijatelné pro lidi se zdravotním postižením v jejich komunitách, včetně žádoucí podpory, kterou potřebují někteří lidé se zdravotním postižením (s komplexními komunikačními potřebami, psychosociálním postižením, mentálním postižením a/nebo neslyšící lidí) během hospitalizace, operačních zákroků a lékařských konzultací. Zajištění dostupnosti zdravotních sester, fyzioterapeutů, psychiatrů a psychologů v nemocnicích stejně jako doma je součástí zdravotní péče a nemělo by být vnímáno jako naplnění závazků smluvních států vyplývajících z článku 19, nýbrž z článku 25.

91. Existuje zde vzájemná provázanost mezi nezávislým žitím v komunitě, habilitací a rehabilitací (čl. 26). Pro některé lidi se zdravotním postižením není zapojení (participace) do rehabilitačních služeb možné, pokud jim není poskytnuta dostatečná individualizovaná podpora. Účelem rehabilitace je přitom současně umožnit lidem se zdravotním postižením se plně a účinně zapojit (participovat) do komunity. Habilitace a rehabilitace člověka se zdravotním postižením musí vždy respektovat jeho svobodný a informovaný souhlas. Habilitace a rehabilitace je relevantní především ve vztahu ke vzdělávání, zaměstnávání, zdraví a sociálním otázkám.

92. Existence individualizovaných podpůrných služeb, včetně osobní asistence je často podmínkou pro účinné užívání práva pracovat být zaměstnán (čl. 27). Lidé se zdravotním postižením by se navíc měli stát zaměstnavateli, manažery nebo lektory v podpůrných službách určených specificky lidem se zdravotním postižením. Implementace článku 19 proto pomůže postupně upustit od chráněných dílen.

93. Aby smluvní státy zajistily lidem se zdravotním postižením přiměřenou životní úroveň (čl. 28), měly by poskytnout mj. přístup k podpůrným službám, které těmto lidem umožní žít nezávisle. Existuje zde proto na straně smluvní států závazek zajistit přístup k odpovídajícím a cenově dostupným službám, zařízením a další asistenci, vztahujícím se k potřebám vyplývajícím ze zdravotního postižení, a to zvláště pro ty lidi se zdravotním postižením, kteří žijí v chudobě. Je nezbytný přístup k programům veřejného a dotovaného bydlení. Je proto považováno za rozpor s Úmluvou, pokud se od lidí se zdravotním postižením očekává, že náklady, které vyplývají z jejich zdravotního postižení, ponесou sami.

¹³ Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením, Obecný komentář č. 4 (2016) Právo na inkluzivní vzdělávání.

94. Všichni lidé se zdravotním postižením by měli užívat a vykonávat svá práva na účast v politickém a veřejném životě (čl. 29) osobně nebo prostřednictvím svých organizací, aby ovlivňovali a účastnili se na přijímání rozhodnutí, která mají dopad na rozvoj jejich komunity. Odpovídající podpora může lidem se zdravotním postižením poskytnout při výkonu jejich práva volit, účastnit se na politickém životě a vést veřejné záležitosti cennou asistenci. Je důležité zajistit, že asistenti nebo jiný podpůrný personál nebude omezovat nebo zneužívat volbu, kterou lidé se zdravotním postižením učiní při výkonu svých hlasovacích (volebních) práv.

95. Kulturní život, rekreační aktivity, volnočasové aktivity a sport (čl. 30) jsou důležitým aspektem života v komunitě, v němž může být sledováno a dosaženo inkluze např. zajištění toho, že události, aktivity a zařízení budou pro lidi se zdravotním postižením přístupné a inkluzivní. Osobní asistenti, průvodci, předčítači, profesionální tlumočníci do znakového a hmatového jazyka, společně s dalšími přispívají k inkluzivnímu životu v komunitě v souladu s vůlí a preferencemi lidí se zdravotním postižením. Je důležité, aby využívání podpory jakéhokoli druhu bylo považováno za součást nákladů, vyplývajících ze zdravotního postižení, pokud takové podpůrné služby pomáhají posilovat inkluzi v komunitě a nezávislé žití. Asistentům nezbytným pro zapojení do kulturních a volnočasových aktivit by nemělo být účtováno vstupné. Rovněž by zde neměla být omezení, národní či mezinárodní, toho, kdy, kde a pro jaký druh aktivit využít asistenci.

96. Data a informace musí být systematicky členěna podle postižení (čl. 32) napříč všemi sektory, včetně bydlení, životního uspořádání, schémat sociální ochrany, stejně jako přístupu k nezávislému životu a podpoře a službám. Informace by měly umožňovat řádnou analýzu toho, jak pokročila deinstitucionalizace a přechod k podpůrným službám v komunitě. Je důležité, aby indikátory odrážely zvláštní okolnosti v každém smluvním státě.

97. Mezinárodní spolupráce (čl. 32) musí být vedena způsobem, která zajistí, že zahraniční pomoc bude investována do podpůrných služeb v místních komunitách, které respektují vůli a preference lidí se zdravotním postižením a posilují jejich právo vybrat si kde, s kým a v jakém životním uspořádání budou žít, v souladu s čl. 19. Investování finančních zdrojů získaných v rámci mezinárodní spolupráce do rozvoje nových institucí nebo míst, v nichž jsou lidé drženi, nebo institucionálních modelů péče je nepřijatelné, jelikož vede k segregaci a izolaci lidí se zdravotním postižením.

V. Implementace na národní úrovni

98. Výbor poznamenává, že smluvní státy mohou na národní úrovni při implementaci práva žít nezávisle a být začleněn do komunity čelit výzvám. V souladu s normativním obsahem a závazky, popsány výše, by smluvní státy nicméně měly podniknout následující kroky, aby zajistily plnou implementaci článku 19 Úmluvy:

(a) Zrušit všechny zákony, které člověku se zdravotním postižením brání zvolit si kde a s kým a jak žít, včetně práva nebýt zbaven své osobní svobody na základě zdravotního postižení, a to bez ohledu na typ zdravotního postižení;

(b) Přijmout a vynucovat zákony, standardy a další opatření s cílem učinit místní komunity a prostředí, stejně jako informace a komunikaci přístupnou všem lidem se zdravotním postižením;

(c) Zajistit, že programy sociální ochrany budou odpovídat požadavkům rozličné škály lidí se zdravotním postižením na rovnoprávném základě s ostatními;

(d) Včlenit princip univerzálního designu a to jak fyzického, tak i virtuálního prostoru do politik, zákonů, standardů a dalších opatření, včetně monitorování realizace/implementace těchto závazků. Revidovat své zákoníky regulující výstavbu tak, aby odpovídaly principům univerzálního designu a legislativním pokynům pro výstavbu, jak byly popsány v Obecném komentáři Výboru č. 2 (2014) Přístupnost;

(e) Poskytnout všem lidem se zdravotním postižením hmotná i procesní práva žít nezávisle v rámci komunity;

(f) Informovat lidi se zdravotním postižením o jejich právu žít nezávisle a být začleněn do komunity způsoby, kterým budou moci porozumět, a poskytovat zeschopňovací výcviky, v nichž by se lidé se zdravotním postižením naučili, jak se domáhat svých práv;

(g) Přijmout jasné a zacílené strategie pro deinstitucionalizaci s konkrétním časovým rámcem a odpovídajícím rozpočtem tak, aby byly odstraněny všechny formy izolace, segregace a institucionalizace lidí se zdravotním postižením. Zvláštní pozornost by měla být věnována lidem s psychosociálním a/nebo mentálním postižením a dětem se zdravotním postižením, kteří jsou v současnosti v institucích;

(h) Vytvořit povědomí, které odstraní negativní postoje a stereotypy o lidech se zdravotním postižením a upevní transformaci komunity v úsilí [komunity] rozvíjet individualizované a přístupné služby určené veřejnosti;

(i) Zajistit účast lidí se zdravotním postižením, osobně a prostřednictvím jejich zastupujících organizací, je při transformaci podpůrných služeb a komunit, jakož i při tvorbě a implementaci deinstitucionalizačních strategií stěžejní.

(j) Vytvořit srozumitelné politiky a legislativní pokyny a alokovat finanční zdroje na výstavbu cenově dostupných a přístupných bytových jednotek, vybudovat prostředí, veřejné prostory a dopravu v odpovídajícím časovém rámci pro implementaci a zakotvit sankce za porušení ze strany veřejných či soukromých subjektů, které budou účinné, odstrašující a přiměřené.

(k) Alokovat zdroje do rozvoje odpovídajících a dostačných, osobou řízených/“uživatelé“ vedených a osobně spravovaných podpůrných služeb pro všechny lidi se zdravotním postižením, jako je osobní asistence, průvodci, předčítači, profesionální tlumočníci do znakového nebo [hmatového] jazyka;

(l) Vytvořit výběrová řízení vztahující se k podpůrným službám pro lidi se zdravotním postižením žijící nezávisle v komunitě, která budou zohledňovat normativní obsah článku 19;

(m) Nastavit mechanismy monitorování stávajících institucí a pobytových služeb, deinstitucionalizačních strategií a implementace nezávislého života v komunitě, a to s plným vědomím role nezávislých monitorovacích rámců; a

(n) Monitoring a implementace předvídané článkem 19 by měly být realizovány v plné konzultaci a s plným zapojením lidí se zdravotním postižením prostřednictvím jejich zastupujících organizací.