



---

Pázmány Law Working Papers  
2019/3

**Halmos Szilvia**  
**Támogatott életvitel és támogatott**  
**döntéshozatal –**  
**a CRPD 12. és 19. cikkének**  
**konzisztens végrehajtásának**  
**lehetőségei Magyarországon**

---

Pázmány Péter Katolikus Egyetem  
Pázmány Péter Catholic University Budapest  
<http://www.plwp.jak.ppke.hu/>

# Támogatott életvitel és támogatott döntéshozatal – a CRPD 12. és 19. cikkének konzisztens végrehajtásának lehetőségei Magyarországon

Szerző: dr. Halmos Szilvia<sup>1</sup>

## Tartalom

1. Bevezetés.....	3
2. A CRPD nemzeti átültetésének alapvető szempontjai .....	4
2.1. A CRPD létrejötte és viszonya a fogyatékoság paradigmáihoz.....	4
2.2. A CRPD tartalma: az emberi jogok széles skálája és azok fogyatékosspecifikus aspektusai 6	
2.3. A CRPD struktális értelmezésével kapcsolatos kérdések.....	8
2.3.1. A CRPD és az emberi jogok generációi.....	8
2.3.2. A CRPD horizontális rendelkezéseinek funkciója .....	10
2.3.3. A CRPD-ben rögzített az egyes jogok kompetitív helyzete .....	14
2.4. A CRPD átültetésének különös kihívásai.....	17
3. Szempontok a CRPD 19. cikkének végrehajtásához .....	19
3.1. A támogatott életvitel elméleti megközelítése, nemzetközi kitekintéssel.....	19
3.1.1. A támogatott életvitelhez kapcsolódó alapvető fogalmak.....	19
3.1.2. Az intézményi és a közösségi lakhatás kialakulásának története .....	20
3.1.3. A kitagolási folyamathoz kapcsolódó szolgáltatásszervezési szempontok .....	23
3.2. A támogatott életvitel hazai megvalósulásának kezdetei .....	28
3.2.1. A rendszerváltást követő intézményrendszer a kitagolási folyamatot megelőzően....	28
3.2.2. A kitagolási folyamat eddigi eredményei.....	29
3.2.3. A kitagolással kapcsolatos jogi szabályozás kritikai elemzése .....	31
3.3. A hazai kiváltási folyamat eddigi eredményeinek értékelése .....	33
4. Szempontok a CRPD 12. cikkének végrehajtásához .....	35
4.1. A CRPD 12. cikke és a benne foglalt paradigmaváltás .....	35
4.2. A cselekvőképesség paradigmáinak lehetséges szintézise .....	37
4.2.1. Az autonómia egyes felfogásai.....	38
4.2.2. Az autonómia és a CPRD-ben foglalt más jogok, értékek kompetitív helyzete.....	40
4.3. A támogatott döntéshozatal fogalma és helye a fogyatékos személyek döntései minőségének növelésében .....	44

---

<sup>1</sup> A szerző a Fővárosi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság munkaügyi ügyszakos bírója és a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kara Munkajogi Tanszékének megbízott oktatója.

4.3.1.	A támogatott döntéshozatal fogalma .....	44
4.3.2.	A támogatott döntéshozatal nemzetközi példái.....	46
4.3.3.	A támogatott döntéshozatal alkalmazásának határai.....	48
4.4.	A támogatott döntéshozatal hazai megvalósulásának kezdetei Magyarországon .....	53
5.	A CRPD 12. és 19. cikke konzisztens végrehajtásának kihívásai .....	67
5.1.	A támogató életvitel szerepe a támogatott döntéshozatal megteremtésében .....	67
5.1.1.	A támogatói hálózat jelenléte a fogyatékos személyek életében .....	67
5.1.2.	A közösségi lakhatás kulcsjelentősége a támogatott döntéshozatal működtetésében	71
5.1.3.	A támogató hálózatokra vonatkozó jogi szabályozás fejlesztésének lehetőségei .....	73
5.2.	A támogatott döntéshozatal szerepe a támogató életkörnyezet kialakításában .....	76
5.2.1.	A tényleges döntés lehetősége az életviteli formák megválasztásában.....	76
5.2.2.	A fogyatékos személyek bevonása a szolgáltatásszervezésbe.....	80
6.	Összegzés.....	82
6.1.	A CRPD átültetésének alapvető szempontjai .....	82
6.2.	Szempontok a CRPD 19. cikkének végrehajtásához.....	83
6.3.	Szempontok a CRPD 12. cikkének végrehajtásához.....	84
6.4.	A CRPD 19. és 12. cikkének konzisztens végrehajtásának kihívásai .....	85

## 1. Bevezetés

Az ENSZ közgyűlése 2006. december 13-án fogadta el a *Fogyatékos Személyek Jogairól szóló Egyezményt* – a továbbiakban a közkeletűen alkalmazott angol nyelvű rövidítést követve: CRPD<sup>2</sup> – és annak *Fakultatív Jegyzőkönyvét*.<sup>3</sup> A részes államok a CRPD-t rekordsebességgel írták alá, majd a kellő számú ratifikáció meglétével – a nemzetközi jogban példátlanul hamar, 2008. május 3-án életbe is lépett. A CRPD vitathatatlanul a fogyatékos személyek jogait érintő legjelentősebb nemzetközi jogi eszköz, hiszen mindeztidáig az egyetlen kötelező erejű nemzetközi jogi dokumentum, amely átfogóan foglalkozik a fogyatékos személyek emberi jogainak széles skálájával. Hozzáteve, hogy a CRPD-t eddig hat kontinens 174 országa és regionális szervezete – így az Európai Unió is – ratifikálta,<sup>4</sup> az egyezmény végrehajtása egyedülálló lehetőséget teremt világszerte a fogyatékos személyek jogainak mind teljesebb érvényesülésére.

A CRPD azonban nem csupán jogi, hanem politikai dokumentum, cselekvési terv is:<sup>5</sup> leglényegesebb funkciója, hogy a fogyatékos személyek jogai ne csak a jogi normaszövegek szintjén érvényesüljenek, hanem bármilyen, a fogyatékos személyeket érintő társadalmi interakciót áthasson a fogyatékos személyek egyenlő emberi méltóságának, jogainak tiszteletben tartása, ideértve a politikai, a jogi, a gazdasági, a kulturális, a szociális szféra, sőt a magánszféra minden szegmensét. E folyamat véghezvitele azért is igen nehéz, mert a CRPD egy, a fogyatékos személyekről való gondolkodásban a társadalmi közfelfogást alapvetően meghatározó paradigma megdöntését, és egy új – még csak néhány évtizede létező – paradigma kiteljesítését kívánja megvalósítani, ami a fogyatékosághoz kapcsolódó jogi, politikai, társadalmi struktúrák gyökeres újraalkotásával jár.<sup>6</sup>

A CRPD magyar ratifikációjára az egyezmény elfogadását követő igen rövid időn belül, 2007. július 6-án került sor. A CRPD tehát már több, mint évtizedes múltra tekint vissza hazánkban. 2018-ban a magyar Kormánynak jelentést is kell tennie a CRPD végrehajtásának eddig elért eredményeiről a CRPD által alapított Fogyatékosággal Élő Személyek Jogainak Bizottsága (a továbbiakban: Bizottság) felé.<sup>7</sup> Időszerűnek látszik tehát annak a kérdésnek a feltétele, hogy a CRPD létezése vajon milyen módon hatotta át az elmúlt tíz év fogyatékosággal kapcsolatos jogszabályainak alakítását, és miként hatott a fogyatékos személyek jogainak érvényesülésére. Jelentős terjedelmű kutatást igényelne e kérdésnek az egész CRPD vonatkozásában történő vizsgálata. Tanulmányomban ezért most csupán két, az egyezmény szempontjából alapvető szempontból is alapvető jelentőségű cikk végrehajtása kapcsán vállalkozom tehát az előbbi kérdés megvizsgálására. E két cikk a fogyatékos személyek törvény előtti egyenlőségéről szóló 12. cikk valamint a fogyatékos személyek önálló életvitelhez és közösségi életbe való befogadásához való jogáról szóló 19. cikk. Mint látni fogjuk, mindkét cikk középpontjában a fogyatékos személyek önálló, de mások által támogatott cselekvése áll,

---

<sup>2</sup> A Fogyatékosággal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény (New York, 2006. december 13., United Nations, Treaty Series, vol. 2515, 3

<sup>3</sup> A Fogyatékosággal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény Fakultatív Jegyzőkönyve (New York, 2006. december 13., Doc.A/61/611)

<sup>4</sup> [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4&clang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=en)

<sup>5</sup> Amita DHANDA: *Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future*, Syracuse Journal of International Law and Commerce, vol. 34, 2007, 429–462, 447–448;

Karrie A. SHOGREN, H. Rutherford TURNBULL: *Core Concepts of Disability Policy, the Convention on the Rights of Persons With Disabilities, and Public Policy Research With Respect to Developmental Disabilities*. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11/2014, 19–26; doi:10.1111/jppi.12065

<sup>6</sup> A paradigmákról és a paradigmaváltásról ld. részletesen a 2.1. pontban írtakat. Vö. Arlene S. KANTER: *The Promise and Challenge of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Syracuse Law Review, vol. 34., 2007, 287–321, 288–291

<sup>7</sup> CRPD, 34–35. cikk

Így e cikkek a fogyatékos személyek autonómiája megvalósulása szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bírnak. A fogyatékos személyek autonómiájának kiteljesítése pedig a CRPD alapvető követelménye.

Elemzésemet négy nagyobb gondolati egységre tagolom. Elsőként fontosnak tartom az egyezmény egészének, struktúrájának, működésmechanizmusának bemutatását. A CRPD egyes cikkeinek végrehajtása szempontjából ugyanis esszenciális jelentősége van annak, hogy a CRPD központi jelentőségű fogalmainak, alapelveinek tartalmával, ezek egymással és az egyes cikkekkel való belső összefüggéseivel megismerkedjünk. Ezek nélkül az egyes cikkek valódi jelentéstartalma nem érthető, ami súlyos diszfunkcionális hatásokhoz vezethet a végrehajtás során. A második egységben a CRPD 19. cikkének, a harmadikban a 12. cikkének végrehajtásához szükséges szempontrendszert kívánom bemutatni. Ennek során támaszkodom az első egységben az egyezmény végrehajtásával kapcsolatosan írt általános tudnivalókra, továbbá az egyes cikkek átültetésének nemzetközi gyakorlatára és elméleti szakirodalmára. A releváns magyar jogszabályi környezet értékelését és a hazai gyakorlati megvalósulás egyes, empirikus adatokkal mérhető szintjének megvizsgálását is elvégzem. A negyedik egységben pedig a 19. és a 12. cikk konzisztens végrehajtásának kihívásait vázolom fel, a második és a harmadik egységnél követett módszertan segítségével.

## 2. A CRPD nemzeti átültetésének alapvető szempontjai

A nyugat-európai és angolszász országokhoz képest Magyarországnak jóval nagyobb kihívást jelent a CRPD átültetése. Mint később látni fogjuk, a CRPD-ben számos olyan jogi konstrukció szerepel, amelyek az előbb említett országok közül néhányban már vannak nemzeti előzményei, netán épp egy adott országban megvalósult fejlemények alapján került az egyezménybe az adott fogalom. Ilyen például a „támogatott döntéshozatal”, az „észszerű alkalmazkodás”, a „közösségi lakhatás” fogalma. A nemzetközi előzményekre tekintettel a CRPD sajnos e fogalmakat gyakran igen szűkszavúan említi, és kevés magyarázatot fűz hozzájuk. Ezért azokban a jogrendszerekben, ahol e fogalmak a CRPD-t megelőző időkben nem léteztek, vagy nem voltak kellően kidolgozottak, nem könnyű megérteni valamint az adott kultúrára adaptálni a CRPD követelményeit. Igaz ez a magyar jogrendszerre is, amelyben tehát a CRPD-nek megfelelően számos új fogalomnak és jogintézménynek kell gyökeret vernie.

### 2.1. A CRPD létrejötte és viszonya a fogyatékoság paradigmáihoz

Mint a bevezetőben említettem, a CRPD nem kevesebbet kíván meg a részes államoktól, mint hogy egy új paradigma szerint vizsgálják felül a fogyatékos személyekre vonatkozó jogszabályok teljes rendszerét. E paradigmaváltás az alábbiakban állna.

A posztmodern kor fogyatékoságról való tudományos, szakpolitikai, jogi, kulturális stb. gondolkodás két átfogó, klasszikus paradigmához fűzhető: az *orvosi és a társadalmi paradigmához*.<sup>8</sup> A XIX. században valamint a XX. század első két harmadában uralkodott

---

<sup>8</sup> Itt megjegyzendő, hogy napjainkban már annak lehetünk tanúi, hogy a fogyatékoságtudomány elméleti gyarapodnak, sokrétűvé válnak, létrejönnek a korábbi paradigmák kritikái és szintézisei, valamint új modellek is szót kérnek. KÖNCZEI György és HERNÁDI Ilona a „posztmodell” fogalmát ismertetik, mely utal arra is, hogy a fogyatékoság folytonosan változó, egymásba olvadó jelentéseinek dinamikája nem szorítható be egyetlen modellbe sem. (HERNÁDI Ilona – KÖNCZEI György (szerk.): *A felelet kérdései között – Fogyatékoságtudomány Magyarországon*, ELTE BGGYPK, Budapest, 2015, 19; letölthető: [http://www.eltereader.hu/media/2015/07/A\\_felelet\\_kerdesei\\_kozott\\_READER1.pdf](http://www.eltereader.hu/media/2015/07/A_felelet_kerdesei_kozott_READER1.pdf);

orvosi modell keretében a fogyatékoság okát az egyénben keresendő valamely egészségkárosodásban látták. A fogyatékos személyekkel szembeni bánásmódot az oktatás, a foglalkoztatás, a lakhatás, az egészségügy és az élet számos más területén a szegregáció jellemezte. Ezzel párhuzamosan – különösen a világháborúkat követő időszakokban – egyre inkább igényként fogalmazódott meg a fogyatékos emberekkel való szolidaritás, a társadalomba való integrációjuk szempontja. Az integrációt e modell keretében az egyén rehabilitációja, habilitációja útján képzelték el.<sup>9</sup> A múlt század utolsó harmadától kezdődően kialakult *társadalmi modellben* mindezzel szemben a fogyatékoság társadalmi konstrukcióként jelenik meg: e paradigma szerint a fogyatékos személyek társadalomból való kirekesztődésének oka nem a fogyatékos egyénben rejlik, hanem a társadalomban jelenlévő fizikai és attitűdbeli akadályokban, amelyek a fogyatékos kisebbség tartós és strukturális elnyomását, diszkriminációját eredményezik. A társadalmi paradigmában célként fogalmazódik meg ezen akadályok lebontása annak érdekében, hogy a fogyatékos személyeket is teljes mértékben integráló, számukra az emberi méltóság elismerését és az életminőség biztosítását másokkal azonos alapon nyújtani képes szociális környezet jöjjön létre. Minderre tekintettel társadalmi paradigma keretében vezető jogággá az antidiszkriminációs jog vált.<sup>10</sup>

---

HERNÁDI Iлона: *Problémás testek – Nőiség, szexualitás, anyaság testi fogyatékosággal élő magyar nők önreprezentációjában* – Doktori disszertáció, PTE, Bölcsészettudományi Kar, Irodalomtudományi Doktori Iskola, Pécs 2014; letölthető:

[http://irodalomdoktori.btk.pte.hu/files/tiny\\_mce/Phd\\_Hernadi\\_I.pdf](http://irodalomdoktori.btk.pte.hu/files/tiny_mce/Phd_Hernadi_I.pdf), 20-24).

Ld. még: Lorella TERZI: *The Social Model of Disability: A Philosophical Critique*. *Journal of Applied Philosophy*, vol. 21., 2/2004., 141–157.;

Martha A FINEMAN.: *The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition*. *Yale Journal of Law and Feminism*, vol. 20., 1/2008, 1–23;

Ani B. SATZ: *Disability, Vulnerability, and The Limits Of Antidiscrimination*. *Washington Law Review*, vol. 83., (2009), 513–567., letölthető: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1331748](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1331748);

Michelle A. TRAVIS: *Impairment As Protected Status: A New Universality of Disability Rights*. *Georgia Law Review*, vol. 46., 2012, 937–1002.;

HADI Nikolett: *A fogyatékosággal élő személyek alapjogai, PhD-értekezés*. Kaposvár, Pécsi Tudományegyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, 2013., 18-23;

Lisa WADDINGTON: *Disability, Employment and the European Community*. London, Blackstone, 1995, 35.

Mindazonáltal az orvosi és a társadalmi paradigmákra való hivatkozás, ezek szembeállítására még mindig dominánsnak mondható a szakirodalomban és a jogi, szakpolitikai dokumentumokban (ld. például a következő két lábjegyzetben hivatkozott számos forrás), ezért elméleti szempontból megalapozott, gyakorlati szempontból pedig hasznos a két klasszikus paradigma rendszerében gondolkodni.

<sup>9</sup> Az orvosi paradigma jellemzéséről számtalan helyen olvashatunk a társadalmi modell előretörését szorgalmazó vagy leíró irodalomban. Pl.

Theresia DEGENER – Gerard QUINN: *A Survey of International, Comparative and Regional Disability Law Reform*, DREDF, Washington DC, é.n.;

Lisa WADDINGTON: *Reassessing the Employment of People with Disabilities in Europe: From Quotas to Anti-Discrimination Laws*, *Comparative Labour Law Journal* vol. 62, 18/1996, 81–99;

KÖNCZEI György – KÁLMÁN Zsófia: *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*, Osiris, Budapest, 2002, 81–119;

Lisa WADDINGTON: *From Rome to Nice in Wheelchair – The Development of a European Disability Policy*, Europa Law Publishing, 2005, 16.

<sup>10</sup> A társadalmi modellről alapvető irodalom pl.:

Michael OLIVER: *The Politics of Disablement*, MacMillan, London, 1990;

Michael OLIVER: *Understanding Disability – From Theory to Practice*, MacMillan, Oxford, 1996,

Victor FINKELSTEIN: *Attitudes and disabled people: Issues for discussion*. New York: International Exchange of Information in Rehabilitation, World Rehabilitation Fund, 1980.

A társadalmi és az orvosi modell összevetéséről pl.:

WADDINGTON (1995) i.m., 34;

WADDINGTON (2005) i.m., 16–17;

Michael Ashley STEIN – Janet E. LORD: *Future prospects for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, in: Oddný Mjöll ARNARDÓTTIR – Gerard QUINN: *The United Nations Convention on the*

A CRPD nyíltan a társadalmi modell melletti elköteleződés jegyében született. Világosan kitér ez a CRPD alapelvei rendszeréből és a benne rögzített jogok megfogalmazásából (erről ld. alább), továbbá az egyezményt kommentáló szakirodalom is egyértelműen ezt támasztja alá.<sup>11</sup> A CRPD mint nemzetközi jogi eszköz nem kevesebbet tűz ki célul, mint hogy ez a társadalmi modell egyes vonatkozási jussanak érvényre a fogyatékos személyeket érintő nemzeti jogi rendelkezésekben. A CRPD mint politikai üzenet azonban ezen is túlmutat: a fentiekben kifejtetteknek megfelelően a fogyatékos társadalmi modelljét kívánja társadalmi élet minden szegmensét átható szemléletté tenni. Tekintettel arra, hogy ez a társadalom minden szereplőjének – beleértve a fogyatékos személyeket is – gondolkodásmódját, viselkedési mintáit érintő gyökeres változást igényel, e folyamat megvalósulásához gigantikus ismeretterjesztő, szemléletformáló munkára van szükség.

Ennek nélkülözhetetlen előfeltétele, hogy a CRPD széleskörű megvalósításáért küzdő társadalmi szereplők (politikai döntéshozók, civil szervezetek, tudományos elemzők stb.) pontos ismeretekre tegyenek szert a CRPD célját, tartalmát és struktúráját illetően annak érdekében, hogy a társadalmi élet egyes szegmensében képesek legyenek megfelelően képviselni és adaptálni a CRPD üzenetét, értékeit. Szükségesnek tarthatjuk tehát a CRPD tartalmának és struktúrájának, belső összefüggéseinek mélyebb feltárását – erre irányul a következő alponatokban elvégzendő elemzés.

## **2.2. A CRPD tartalma: az emberi jogok széles skálája és azok fogyatékosspecifikus aspektusai**

A CRPD az ENSZ átfogó emberi jogi dokumentumainak sorába illeszkedik, melynek kiemelkedő darabjai különösen:

- az Egyetemes Emberi Jogok Nyilatkozata (1948.; a továbbiakban: EJENY),
- a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1968.; a továbbiakban: PPJNE),
- a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1968.; a továbbiakban: GSZKJNE),
- a faji megkülönböztetés valamennyi formájának kiküszöböléséről szóló nemzetközi egyezményt (1965.),

---

*Rights of Persons with Disabilities. European and Scandinavian Perspectives*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden, 2009, 25;

Lisa WADDINGTON: *Breaking new ground: the implication of ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for the European Community*, in: ARNARDÓTTIR – QUINN (2009) i.m., 115;

HADI (2013) i.m., 16–17.

<sup>11</sup> Az ENSZ Egyezmény keletkezéséről és főbb karakterjegyeiről: GOMBOS Gábor: *Mi a pszichoszociális fogyatékos? Kézirat*, 2013.,

[http://www.academia.edu/4690883/Mi\\_a\\_pszichoszoci%C3%A1lis\\_fogyat%C3%A9koss%C3%A1g\\_What\\_is\\_psychosocial\\_disability\\_](http://www.academia.edu/4690883/Mi_a_pszichoszoci%C3%A1lis_fogyat%C3%A9koss%C3%A1g_What_is_psychosocial_disability_), 1-4;

DHANDA (2007) i.m., 429-432., 438-456;

Fiona MORRISEY: *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Approach to Decision-Making in Mental Health Law*. *European Journal of Health Law*, vol. 19. (2012), 423–440., 424–425;

David WEBB: *A New Era in Disability Rights: A New Human Rights Charter Plus a New UN CRPD*. In: KÖNCZEI György – GOMBOS Gábor (szerk.), *Knowledge Base for Dissemination of Advocacy, Policy and Scholarly Resources on the CRPD*. 2008. <http://moodle.disabilityknowledge.org/mod/resource/view.php?id=407>.



- a nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló egyezmény (1979.),
- a gyermekek jogairól szóló egyezmény (1989.),
- a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni egyezmény (1984.),
- a migráns munkások és családtagjaik jogainak védelméről szóló ENSZ egyezmény (1990.).<sup>12</sup>

A CRPD megértéséhez lényeges tudnivaló, hogy az egyezmény megalkotói – az ENSZ nagy emberi jogi dokumentumainak sorában – nem új, fogyatékoságspecifikus emberi jogokat kívántak feltalálni, hanem az Egyezmény célja, hogy a fogyatékos emberek másokkal egyenlő módon élvezzék a mindenkit megillető – már más emberi jogi dokumentumokban korábban rögzített – emberi jogokat.<sup>13</sup> A CRPD-ben tehát visszaköszönnek ugyanazok a polgári és politikai jogok (ún. első generációs emberi jogok), valamint gazdasági, szociális és kulturális jogok (ún. második generációs emberi jogok), amelyeket az ENSZ már általános érvénnyel korábbi emberi jogi dokumentumaiban (különösen: EJENY, PPJNE, GSZKJNE) már rögzített, az alábbi szerkezetben.

A CRPD tehát azon felismerésből született, hogy habár természetesen a fogyatékos személyeket is megilletik az emberi jogokat általánosan deklaráló egyezményekben foglalt jogok, az egyezmények elfogadásától kezdődően eltelt évtizedek alatt az volt tapasztalható, hogy e jogok élvezete terén a fogyatékos személyeknek számottevő akadályokkal kell megküzdeni az ép polgártársaikhoz képest.<sup>14</sup> A CRPD megalkotásához vezető kodifikációs folyamatban számos, az emberi jogokat alapvetően elismerő és tiszteletben tartó nemzeti jogrendszernek a fogyatékos személyeket érintő szabályozási és a jogérvényesülés terén felismerhető hiányosságait összegezték.<sup>15</sup> A fogyatékos személyek mint a társadalomban hagyományosan marginalizálódott, számos fizikai, viselkedésbeli és jogi akadály által strukturálisan háttérbe szorult csoport csupán névlegesen lehet alanya bizonyos alapvető jogoknak, ezekkel azonban az említett tényleges hátrányok miatt nem tud élni. A CRPD ezeket, a társadalmi életben, a jogrendszerekben mélyen meggyökeresedett egyenlőtlenségeket kívánja azonosítani, amikor az egyes emberi jogokat kifejezetten a fogyatékos személyek perspektívájából tárgyalja. Az egyezmény a részes államok számára olyan kötelezettségeket ír elő, amelyek – az említett egyenlőtlenségek feloldása útján – azt segítenék elő, hogy a fogyatékos személyek is másokkal azonos alapon élvezhessék az emberi jogokat.<sup>16</sup>

A CRPD által alapított Bizottság által a CRPD 12. cikkéhez (a fogyatékos személyek törvény előtti egyenlősége) fűzött kommentár – a továbbiakban: 12. cikk Kommentárja<sup>17</sup> – az alábbi példán szemlélteti a CRPD és a korábbi ENSZ emberi jogi egyezmények viszonyát. A 12. cikk Kommentárja a bevezető megjegyzések között kifejti, hogy a törvény előtti egyenlőség

<sup>12</sup> CRPD preambulumban is felsorolja ezeket az egyezményeket mint a CRPD előzményeit (CRPD preambulumban d) pont)

<sup>13</sup> Theresia DEGENER. *Disability Rights are Human Rights*, Open Society Foundation, 2014, letölthető: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/disability-rights-are-human-rights> (utolsó megtekintés: 2017. 08. 07.)

<sup>14</sup> CRPD preambulumban, d) és k) pont

<sup>15</sup> Összefoglalja: KANTER (2007) i.m., 309-321

<sup>16</sup> Vö még: KANTER (2007) i.m., 290-291, 307-310

<sup>17</sup> A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK JOGAINAK BIZOTTSÁGA: *General Comment on Article 12: Equal Recognition before the Law*, CRPD/C/GC/1 (szövegbeli hivatkozás: „a 12. cikk Kommentárja”), 2014. [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en)



az emberi jogi védelem alapvető elve, és elválaszthatatlan a többi emberi jog gyakorlásától. Az EJENY valamint a PPJNE már régóta garantálja a törvény előtti egyenlőséghez való jogok minden ember számára. A CRPD 12. cikke továbbfejtje ennek a jognak a részletes tartalmát, azokra a területekre fókuszálva, amelyeken a fogyatékos személyeket tradicionális hátrány éri e jog gyakorlásának tekintetében. A 12. cikk tehát nem fogalmaz meg új jogot a fogyatékos személyek részére, csupán az érintett jognak olyan elemeire világít rá, amelyeket a részes államoknak különösen figyelembe kell venniük, ha a fogyatékos személyeknek másokkal azonos alapon biztosítani akarják a lehetőséget e jog gyakorlására.<sup>18</sup>

Amennyiben tehát a részes államok a jogrendszerük CRPD-vel való kompatibilitását vizsgálják, messze nem elegendő arra hivatkozniuk, hogy az CRPD-ben foglalt emberi jogok általánosan biztosítottak polgáraik részére. A fogyatékos személyeket érintő tipikus hátrányok alapos ismerete és az ezekkel való szembenézés szükséges az arról való állásfoglaláshoz, hogy e jogok élvezete ténylegesen is elérhető-e a fogyatékos személyek számára.

E vizsgálathoz igen lényeges figyelembe venni azt is, hogy a fogyatékos személyek sem képeznek homogén csoportot.<sup>19</sup> Valójában igen sokszínű, és rendkívül eltérő társadalmi hátrányokkal küzdő, különféle támogatási szükségletekkel rendelkező csoportról való szó. Egy-egy jog érvényesülésének indikátorai tehát nagyban különbözőek lehetnek a fogyatékos személyek egyes csoportjai vonatkozásában.

## **2.3. A CRPD struktális értelmezésével kapcsolatos kérdések**

### **2.3.1. A CRPD és az emberi jogok generációi**

Mind az említett korai ENSZ-dokumentumokban, mind az emberi jogok hagyományos elméleti tipológiáiban mereven elválasztották egymástól az első és a második generációs emberi jogokat. A klasszikus osztályozás szerinti polgári és politikai jogok – mint első generációs emberi jogok – körébe tartozik különösen az élethez való jog, az önrendelkezéshez való jog, a véleménynyilvánítás szabadsága, a magánszféra védelme, a választójog, a kínzás, kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmódtól való mentességhez való jog. A gazdasági, szociális és kulturális jogok – mint második generációs emberi jogok – közé pedig elsősorban az oktatáshoz, a munkához, az egészséghez, a szociális biztonsághoz, a művelődéshez, a lakhatáshoz való jog sorolható.<sup>20</sup> Míg az első generációs emberi jogok tekintetében az állam kötelezettsége elsősorban azon gyakorlásának tűrésében, a beavatkozástól való tartózkodásban áll, a második generációs jogok érvényesülését tevőlegesen is elő kell segítenie. Az első és második generációs emberi jogok merev szétválasztása ma már meghaladott álláspontnak tekinthető. Erre mutat rá többek között Amartya Sen valamint Martha Nussbaum *capability*-elmélete, mely arra hívja fel a figyelmet, hogy az „első generációs” emberi jogok és alapvető szabadságok gyakorlásának feltételeit az államnak tevőlegesen meg kell teremtenie, ezért nem

---

<sup>18</sup> A 12. cikk Kommentárja, 1-2

<sup>19</sup> CRPD preambulum, i) pont;

HALMOS Szilvia: A fogyatékoság orvosi és társadalmi modelljének szintézise, különösen a munkajog területén – Doktori értekezések 14., Pázmány Press, Budapest, 2017., 105-106

<sup>20</sup>Vö. POZSÁR-SZENTMIKLÓS Y Zoltán – SOMODY Bernadette: *Alkotmányos Alapok*. Budapest, HVG Orac, 2012. 168-169.

igaz, hogy az állam kötelezettsége e jogok vonatkozásában csupán tartózkodásban, tűrésben állna.<sup>21</sup>

A CRPD emberi jogi katalógusa egyaránt tartalmaz egyfelől a klasszikus felosztás szerinti polgári és politikai, másfelől gazdasági, szociális és kulturális jogokat. Az CRPD-ben szereplő jogok közül az első generációs jogok körébe tartozik például az élethez való jog (10. cikk), a törvény előtti egyenlőség (12. cikk), az igazságszolgáltatáshoz való hozzáférés (13. cikk), a személyes szabadsághoz és biztonsághoz való jog (14. cikk), a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmódtól való mentesség joga (15. cikk), az egyén integritásának védelme (17. cikk), a mozgásszabadság és az állampolgárság szabadsága (18. cikk), a véleménynyilvánítás és a szólás szabadsága (21. cikk), a magánélet tiszteletben tartása (22. cikk), az otthon és a család tiszteletben tartása (23. cikk). Az emberi jogok második generációjához sorolhatók különösen az oktatáshoz (24. cikk), az egészségügyi ellátáshoz (25. cikk), a rehabilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokhoz (26. cikk), a munkavállaláshoz és a foglalkoztatáshoz (27. cikk), a megfelelő életszínvonalhoz és szociális védelemhez (28. cikk), a kulturális életben, üdülési, szabadidős és sporttevékenységben való részvételhez (30. cikk) kapcsolódó jogok. A CRPD-nek az emberi jogok generációk szerinti elválasztásáról szóló, régebbi elmélethez való kötődését támasztja alá az a rendelkezése is, mely szerint az első generációs jogok érvényre juttatásának terén – ami a tradicionális felfogás szerint az állam tartózkodási, tűrési magatartását feltételezi – a részes államok a kötelezettségeiket az egyezmény hatályba lépésétől kezdődően azonnal teljesíteniük kell. Ezzel szemben a második generációs jogok érvényesítése csupán az adott ország gazdasági teljesítőképességének megfelelően, fokozatosan kell, hogy megtörténjen.<sup>22</sup>

Ha azonban mélyebben megvizsgáljuk a CRPD struktúráját, az azt tükrözi, hogy az egyezmény valójában elveti a két generáció közötti merev különbségtételt.<sup>23</sup>

E szempontból lényeges megállapítást tartalmaz a CRPD preambuluma v) pontja, melyben a részes államok elismerik a fizikai, társadalmi, gazdasági és kulturális környezet, az egészség és oktatás, valamint az információ és a kommunikáció hozzáférhetőségének fontosságát ahhoz, hogy a fogyatékossgal élő személyek képessé váljanak valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes gyakorlására. Ez a rendelkezés azt a felismerést tükrözi, hogy a fogyatékos személyek esetében a klasszikusan első generációsnak mondott jogok érvényesítése is erőteljes állami beavatkozást, tevőleges magatartást igényel. Ameddig ugyanis a fogyatékos személyek gazdasági, szociális, kulturális szempontból nem kerülnek egyenlő helyzetbe másokkal, hiába is állna nyitva előttük a polgári és politikai jogok gyakorlásának lehetősége, e lehetőségekkel nem tudnának megfelelőképpen élni. Egy nagyon egyszerű példával élve: a választójog, a szólás és véleménynyilvánítás szabadságának gyakorlásához egyes fogyatékossgal élő személyek esetén alapfeltétel a fizikai valamint infokommunikációs szempontú akadálymentesség kialakítása.<sup>24</sup> De az első és a második generációs alapjogok között fordított irányú kölcsönhatás is feltérképezhető. A törvény előtti egyenlőség, a személyes

---

<sup>21</sup> Vö. Amartya SEN: *Equality of what?* In: Michel FOUCAULT – Sterling MCMURRIN (eds.): *The Tanner Lectures on Human Values*, Salt Lake City, University of Utah Press, 1980;

Amartya SEN: *Commodities and Capabilities*. Amsterdam, North Holland, 1985.;

Martha C. NUSSBAUM: Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, vol. 9., 2-3/2003, 33–59.;

Martha C. NUSSBAUM: Human Rights and Human Capabilities. *Harvard Human Rights Journal*, vol. 20., 21/2007;

Anna LAWSON: *Disability and Discrimination in Britain – The Role of Reasonable Adjustment*, Oregon, Oxford and Portland, 2008., 33.

<sup>22</sup> CRPD 4. cikk, 2. pont

<sup>23</sup> Vö. DHANDA (2007) i.m., 456-457

<sup>24</sup> Vö. uott.

önrendelkezést biztosító emberi jogok nélkül a munkavállaláshoz, egészségügyi és szociális ellátáshoz, oktatáshoz való jogok könnyen a szegregáció vagy az elnyomás eszközei lehetnek a fogyatékos személyeknek a társadalom jóléti rendszereihez – pl. meghatározott oktatási, egészségügyi, szociális intézményekhez és szolgáltatásokhoz – való önkényes hozzákapcsolása révén. A CRPD preambuluma c) pontja tehát helyesen erősíti meg a fogyatékos személyek vonatkozásában valamennyi emberi jog és alapvető szabadság egyetemességét, oszthatatlanságát, egymástól való kölcsönös függőségét és egymással való kölcsönös kapcsolatát, és annak szükségességét, hogy a fogyatékosokkal élő személyek számára biztosítsák ezek teljes mértékű gyakorlását hátrányos megkülönböztetés nélkül.

### **2.3.2. A CRPD horizontális rendelkezéseinek funkciója**

A CRPD-ben foglalt egyes jogok közötti kölcsönhatásrendszert erősíti, hogy az egyezmény igen nagy jelentőséget tulajdonít az egyezmény alapelveinek valamint a részes államok általános – vagyis a végrehajtás minden mozzanatát átható – kötelezettségeinek. Ezeket hívjuk a továbbiakban összefoglalóan a CRPD horizontális rendelkezéseinek (3-9. cikkek).

A CRPD alapelvei az alábbiak szerint összegezhetők a 3. cikk alapján:

- emberi méltóság;
- autonómia;
- diszkriminációmentesség, társadalmi integráció, esélyegyenlőség, hozzáférhetőség;
- a fogyatékos elfogadása az emberi sokszínűség részeként;
- a fogyatékos nők és gyermekek esélyegyenlőségének, emberi jogainak kiemelt védelme.

Az alapelvek mellett az egyezmény első cikkei is általános, minden tételesen felsorolt jog érvényesítése során érvényesítendő kötelezettségeket és szempontokat határoznak meg, az alábbiak szerint.

- A részes államok ún. „általános kötelezettségei” (4. cikk) valójában a CRPD további cikkei végrehajtásának módszertanáról szólnak, melyek a következők: jogalkotási és tényleges intézkedési kötelezettség, tartózkodás az Egyezményben foglaltakkal ellentétes magatartásoktól, harmadik személyek egyezményellenes működésével szemben való fellépés, jogtudatosítás, technikai segítségnyújtás, a fogyatékos személyek végrehajtásba való bevonása, a korábbi védelmi színvonalról való visszalépés tilalma az Egyezményre hivatkozva.
- Az 5. cikk az egyenlőség, hátrányos megkülönböztetéstől való mentesség alapelvét fogalmazza meg, kifejezésre juttatva – a 2. cikkben foglalt definíciós rendelkezésekkel összevetve –, hogy az egyenlőség feltételezi a fogyatékos személyek speciális szükségleteihez való észszerű alkalmazkodást és a tényleges esélyegyenlőséget biztosító pozitív intézkedéseket is.
- A 6. és a 7. cikk a fogyatékosokkal élő nőket és gyermekeket érő interszekcionális diszkrimináció tapasztalatára építve az ő speciális védelmi szükségleteiről szól.
- A 8. cikk a fogyatékosokkal kapcsolatos általános tudatosságnövelést, a 9. cikk pedig a hozzáférhetőség megteremtésének kötelezettségét írja elő a részes államokra nézve.

A 4-9. cikkeken tehát a CRPD megvalósításának olyan átfogó, horizontális szempontjai, elvei jelennek meg, amelyek mintegy huzalként kapcsolják rendszerbe az egyes jogokat, kiemelve, hogy az egyes jogok érvényesítése sosem lehet önmagában álló folyamat, hanem mindig tekintettel kell lenni a kapcsolódó jogok és alapelvek rendszerére. Továbbá a 3-9. cikkeken foglalt alapelvek és a megvalósítás általános szempontjai segítenek az egyes jogok lényeges tartalmának kibontásában, illetve megvilágítják, hogyan kapcsolódnak össze az egyezményben szereplő többi joggal.

Szétfeszítené e tanulmány kereteit, ha minden alapelv, és a 4-9. cikkek vonatkozásában fel akarnánk tárni, miképpen töltik be értelmező, az egyes jogok közti kapcsolatokat létrehozó és megvilágító funkciójukat. Ezért mindezt csupán a témánk szempontjából jelentős három alapelv és általános kötelezettség – az emberi méltóság, a fogyatékos személyek autonómiájának tisztelete továbbá az észszerű alkalmazkodás kötelezettsége – szempontjából tesszük meg.

#### *(1) Az emberi méltósághoz való jog*

Az emberi méltósághoz való jog minden embert természeténél fogva megillet, sérthetetlen és oszthatatlan.<sup>25</sup> Az emberi méltósághoz az embernek létezésénél fogva egyformán joga van.<sup>26</sup> A magyar Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogot az alábbiak szerint határozza meg: „... Az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogot az ún. általános személyiségi jog egyik megfogalmazásának tekinti. A modern alkotmányjogok, illetve az alkotmánybírói gyakorlat az általános személyiségi jogot különféle aspektusaival nevezi meg: pl. a személyiség szabad kibontakozásához való jogként, az önrendelkezés szabadságához való jogként, általános cselekvési szabadságként, avagy a magánszférához való jogként. Az általános személyiségi jog anyajog, azaz olyan szubszidiárius alapjog, amelyet mind az Alkotmánybíróság, mind a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható. ...”.<sup>27</sup> Az emberi méltósághoz való jog tehát minden embert emberi voltánál fogva egyformán megillet, és foglalatát, képezi minden más emberi jognak. Az emberi méltósághoz való jogra piedesztálra emelésének különösen akkor van jelentősége, ha az egyén egyes emberi jogai (alapjai) versengő helyzetbe kerülnek egymással, vagyis egyik csak a másik kárára érvényesíthető. Ilyenkor az emberi méltósághoz mint minden emberi jog „anyajogához” való visszanyúlás mentén lehet megkísérelni az egyes emberi jogok konkurenciájának feloldását, érvényesítésük egyensúlyba hozatalát. Mint később látni fogjuk, a gyakorlatban előállhatnak olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok nemhogy egymást erősítve, hanem csak egymást lerontva érvényesíthetők. Az ilyen konfliktushelyzet feloldásánál arra kell törekedni, hogy a fogyatékos személy emberi méltóságát leginkább tükröző megoldás szülessen.

#### *(2) Az autonómiához való jog*

Az egyéni autonómia szintén kiemelt szerepet kap a CRPD-ben. Nem is lehet más az egyezmény egyik legfontosabb célkitűzése, mint a társadalom fizikai, viselkedésbeli, szociális, kulturális stb. struktúrái által az önálló életvitelben gyakorta akadályokkal szembesülő fogyatékos egyének kapcsán az autonóm döntéshozatal és a döntéseik megvalósítására való tényleges lehetőség biztosítása.<sup>28</sup> Beszédes, hogy a fogyatékos személyek autonómiájának

<sup>25</sup>Vfö. Az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok Védelméről szóló Egyezmény (Európa Tanács, Róma, 1950. november 4.; a továbbiakban: EJE) 13. kiegészítő jegyzőkönyve, preambulum; PPJNE preambulum; EJENY 1. cikk; Az Európai Unió Alapjogi Kartája 1. cikk; Alaptörvény II. cikk.

<sup>26</sup>Ezt rögzítik különféle nemzetközi emberi jogi dokumentumok (EJENY 1. cikk; PPJNE preambulum, 10. cikk) valamint az Alaptörvény is (II. cikk).

<sup>27</sup>8/1990. (IV.23.) AB határozat

<sup>28</sup>Vö. CRPD, preambulum, n) pont

biztosítása a 3. cikkben meghatározott alapelvek első pontjában, mindjárt az élen szereplő emberi méltósághoz való jog után szerepel. Az egyéni autonómia kiemelt értéknek való kezelése eredményezi, hogy egyes, a fogyatékos személyek önálló döntéshozataláról és életviteléről szóló jogok az egyezményben tartalmi értelemben kiemelt szerepet kapnak. A szakirodalom több helyen megerősíti például, hogy a fogyatékos személyek törvény előtti egyenlőségéről szóló 12. cikk, amelynek lényeges tartalmi eleme a fogyatékos személyek cselekvőképességének, döntéshozatali autonómiájának másokkal azonos alapon való biztosítása, az egyezmény kulscikkelyének számít, amely nélkül más jogok tényleges érvényesítése lehetetlen.<sup>29</sup> Hasonlóképpen kulscikkelynek tekinthető a 19. cikk, amely a fogyatékos személyek önálló életvitelének, közösségbe való befogadásának elősegítéséről szól, ami az autonómia megélésének úgyszintén záloga. Az autonómia mint alapelv érvényesítése során azonban jelentős értelmezési kérdések bontakoznak ki a személyes autonómia definálása körüli filozófiai és szociológiai vitákban. E vitákat a későbbiekben részletesebben ismertetni fogom,<sup>30</sup> itt csupán annyit szükséges megjegyezni, hogy a fogyatékosügy szakpolitikai döntéshozatal és jogalkotás számára lényeges kérdés, hogy a tudományos irodalomban fellelhető autonómiafelfogások közül mely mellett voksol. Ugyanis a 12. vagy a 19. cikk megvalósítása során az egyes autonómiaelméleteknek jócskán eltérő gyakorlati következményei lehetnek. Mint később látni fogjuk,<sup>31</sup> erős érvek szólnak amellett, hogy a CRPD követelményei inkább a kapcsolati autonómia eszmei alapjával hozhatók összhangba. A CRPD végrehajtásakor tehát lényeges, hogy a fogyatékos személyt és környezetét egyfajta interdependens kapcsolati, támogatói hálózatban lássuk, és ne mint atomizált, kizárólag individuális érdekeit és jogaikat védő egyéneket.

### *(3) Az észszerű alkalmazkodáshoz való jog*

Az észszerű alkalmazkodás fogalmát a CRPD az értelmező rendelkezések közt ekként határozza meg:

*„az észszerű alkalmazkodás az elengedhetetlen és megfelelő módosításokat és változtatásokat jelent, amelyek nem jelentenek aránytalan és indokolatlan terhet, és adott esetben szükségesek, hogy biztosítsák a fogyatékossgal élő személy alapvető emberi jogainak és szabadságainak a mindenkit megillető, egyenlő mértékű élvezetét és gyakorlását.”<sup>32</sup>*

A CRPD ugyanezen cikke kimondja, hogy az észszerű alkalmazkodási kötelezettség elmulasztása megvalósítja a fogyatékos személy hátrányos megkülönböztetésének (diszkriminációjának) tényállását. Mivel a CRPD az élet számos területén tiltja a fogyatékos személy hátrányos megkülönböztetését, e rendelkezésekben ekként benne foglaltatik az észszerű alkalmazkodás kötelezettségének előírása is. Meg kell tehát valósítani az észszerű alkalmazkodást például a következő életviszonyokban: fogyatékossgal élő nők jogai (6. cikk), az otthon és a család tiszteletben tartása (23. cikk), oktatás (24. cikk), egészségügy (25. cikk), munkavállalás és foglalkoztatás (27. cikk), megfelelő életszínvonal és szociális védelem (28. cikk), a politikai életben és a közéletben való részvétel (29. cikk). Emellett a CRPD alapelvi szinten tárgyalja a hátrányos megkülönböztetéstől való mentességet (3. cikk b) pont). Továbbá a részes államok általános kötelezettségvállalásaik keretében vállalták, hogy jogalkotási, jogalkalmazási aktus és egyedi intézkedés útján mindent megtesznek a hátrányos

<sup>29</sup>JAKAB Nóra: *A cselekvőképesség elméleti háttere és munkajog kérdései; PhD-értekezés.* Miskolc, Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, 2011., 9, 39, 73;

DHANDA (2007) i.m., 456-457;

a 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 3

<sup>30</sup> Ld. 4.2.1. pont.

<sup>31</sup> Különösen: 3.1.1. pont.

<sup>32</sup> CRPD, 2. cikk

megkülönböztetés felszámolása érdekében (4. cikk b) és e) pont). Így az észszerű alkalmazkodás követelményének – a diszkriminációtilalom részeként – a részes államokban horizontális, azaz mindenfajta állami cselekvést átható elvként kell működnie.

Az ismertett szabályozásból kiemelendő, hogy a CRPD azonosul azzal a felfogással, miszerint az észszerű alkalmazkodás követelménye az egyenlő bánásmód követelményének része. Vagyis az észszerű alkalmazkodás elmulasztása diszkriminációt valósít meg.<sup>33</sup> A CRPD az erre vonatkozó szabályoktól elkülönítetten tárgyalja a pozitív intézkedésekre vonatkozó rendelkezést (5. cikk, 4. pont). Így az egyezményben részes államok jogszabályaiban is kötelező az észszerű alkalmazkodás követelményét a pozitív intézkedésektől elkülönítve, az egyenlő bánásmód követelményrendszerének részeként szerepeltetni.

Az észszerű alkalmazkodás kötelezettsége *különleges strukturális pozícióban* helyezkedik el a CRPD-ben. Egyfajta *híd szerepet* tölt be az első generációs (polgári és politikai) valamint a második generációs (gazdasági, szociális és kulturális) jogok között. Ugyanis a diszkriminációtilalom részeként alapvetően az első generációs jogok körébe sorolható, ugyanakkor – mint fent láthattuk – a második generációs jogokra vonatkozó rendelkezésekbe is beépül.<sup>34</sup> Az észszerű alkalmazkodás hídszerepe is alátámasztja azt a – korábban felvázolt – álláspontot, miszerint a CRPD, jóllehet szövegében megjelenik az első és a második generációs emberi jogok megkülönböztetése, valójában túllép az emberi jogok generációinak merev elválasztásán. Mindennek gyakorlati következményeit elsősorban az egyezményben vállalt kötelezettségek megvalósításának határdeje vonatkozásában vonhatjuk le. Az első generációs jogok érvényre juttatása ugyanis hagyományosan az állam tartózkodási, tűrési magatartását feltételezi, s ennek teljesítése az egyezmény hatályba lépésétől kezdődően azonnal kötelező. Ezzel szemben a második generációs jogok érvényesítése csupán az adott ország gazdasági teljesítőképességének megfelelően, fokozatosan kell, hogy megtörténjen.<sup>35</sup>

Felmerül tehát a kérdés, hogy a CRPD alapján az észszerű alkalmazkodás követelményét kötelező-e azonnal bevezetni, vagy csupán az adott részes állam teherbírásának megfelelően, fokozatosan. Álláspontom szerint az emberi jogok két generációja közötti választóvonal feloldódása azt is eredményezi, hogy a második generációs jogok megvalósításának folyamatába az első generációs jogokhoz tartozó követelmények is kerülhetnek. Különösen a második generációs jogok azon aspektusainak vonatkozásában indokolt ez, amelyek szorosan kapcsolódnak az Egyezmény alapvető rendelkezései között is kiemelt, legalapvetőbb emberi jogokhoz, így az emberi méltósághoz, az egyenlőséghez, a társadalmi részvételhez való joghoz (CRPD, 3. cikk, a-c) pontok). Vagyis például a fogyatékos személyek számára a munkához való jogot (CRPD, 27. cikk) mint tipikus második generációs jogot a maga egészében csak fokozatosan, az adott ország teherbírásának megfelelően kell gyakorolhatóvá tenni. Azonban a munkához való jognak is vannak olyan aspektusai, amelyek közvetlenül az emberi méltósághoz, az emberek közötti egyenlőséghez tartoznak. Ilyen például a munkálatatói észszerű alkalmazkodáshoz való jog is, amely – mint fent láttuk – az egyenlő bánásmód követelményének részeként az anyagi értelemben vett egyenlőség kötelezően megvalósítandó

---

<sup>33</sup> Christina HIEBL, Gerrard BOOT: *The Application of the EU Framework for Disability Discrimination in 18 European Countries*, European Labour Law Journal, vol. 4., 2/2013, 119–134., 127;

HALMOS (2017) i.m., 371

<sup>34</sup> Janet E. LORD, Rebecca BROWN: *The Role of Reasonable Accommodation in Securing Substantive Equality for Persons with Disabilities: The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. 2010, <http://ssrn.com/abstract=1618903>, 4;

Anna LAWSON: *The UN convention on the rights of persons with disabilities and European disability law: A catalyst for cohesion?*In: Oddný ARNARDOTTIR – Gerard QUINN (eds.): *The United Nations convention on the rights of persons with disabilities: European and Scandinavian perspectives*. Leiden, Martinus Nijhoff, 2009., 103

<sup>35</sup> CRPD 4. cikk, 2. pont

minimumának feltétele. Álláspontom szerint helyes az az értelmezés, mely szerint a foglalkoztatás során megvalósítandó észszerű alkalmazkodás követelménye az első generációs jogokra jellemző módon, az egyezmény hatályba lépését követően azonnali hatállyal előírandó a részes államokban. Megjegyzendő, hogy az alkalmazkodási kötelezettség észszerűségének illetve a munkáltatói teherviselés arányosságának követelménye épp azt a célt szolgálja, hogy a munkáltatókra ne rójon túlzott mértékű terhet ez a kötelezettség. Így az alkalmazkodás fokozatos és a teherbíróképességgel arányos megvalósításának lehetősége magába a jogintézménybe épül, s ez megfelelő biztosítékot jelent a munkáltatók számára, a túlzott követelményekkel szemben.<sup>36</sup> Álláspontom szerint tehát a részes államok teherbíróképességükre hivatkozva nem késlekedhetnek az észszerű alkalmazkodási kötelezettség nemzeti jogba való átültetésével.

### 2.3.3. A CRPD-ben rögzített az egyes jogok kompetitív helyzete

A 2.3.1. és a 2.3.2. pontban már kifejtettem, hogy a CRPD-ben foglalt emberi jogok érvényesítése kölcsönösen összefüggő folyamat, amelynek véghezviteléhez át kell látni az egyezmény rendszerét, horizontális rendelkezéseinek tartalmát és az egyes jogokat összekötő, értelmező funkcióját. Szerencsés helyzet lenne, ha az egyezményben foglalt jogok érvényesítése minden esetben egymást támogató, szinergiahatásában pedig egyértelműen a fogyatékos személyek emberi méltóságának magas szintű kifejezését, életminőségének javítását eredményező folyamat lenne. A valóságban azonban – ahogyan arra már a fentiekben utaltam – gyakran állnak elő olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok kompetitív helyzetbe kerülnek, vagyis egyik csak – vagy első látásra csak – a másik kárára érvényesíthető.<sup>37</sup> Még mielőtt egyes, témánkhöz kapcsolódó jogok vonatkozásában tanulmányoznánk egy-egy ilyen példát, fontos látni, hogy az ilyen helyzeteknek a CRPD alapelvi rendszerében rejlő, vagy még elvontabb síkon a CRPD mögött húzódozó fogyatékosági modellek versengésében rejlő okai vannak.

A korábbiakban szó volt arról, hogy a fogyatékoság két hagyományos modellje közül a CRPD a társadalmi modell mellé helyezi a voksot. Ennek számos fontos kifejeződését láthatjuk az egyezményben, de a legtömörebben a preambulum e) pontja rögzíti a CRPD társadalmi paradigmához fűződő szoros viszonyát:

*„a fogyatékoság egy változó fogalom, továbbá, [...] a fogyatékoság a fogyatékosággal élő személyek és az attitűdbeli, illetve a környezeti akadályok kölcsönhatásának következménye, amely gátolja őket a társadalomban való teljes és hatékony, másokkal azonos alapon történő részvételben [...]”.*

Lényegében ugyanez jut kifejezésre a 3. cikk d) pontjában, mely szerint a CRPD egyik alapelve a következő:

*„a fogyatékosággal élő személyek különbözőségének tisztelete és elfogadásuk az emberi sokszínűség, valamint az emberiség részeként [...]”.*

A fogyatékoságnak az emberi sokszínűség részeként való elfogadása annak az – orvosi paradigmába illő – gondolatnak a tagadása, miszerint a fogyatékoság az egyén károsodásában

---

<sup>36</sup>Vö. LAWSON (2008) i.m., 29-32.

<sup>37</sup> Katrine DEL VILLAR: *Should Supported Decision-Making Replace Substituted Decision-Making? The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Coercive Treatment under Queensland's Mental Health Act 2000*, *Laws*, vol. 4, 2015, 173-200; doi:10.3390/laws4020173, 179-180, 182-183, 184, 186-187; Terry CARNEY: *Supported Decision-Making for People with Cognitive Impairments: An Australian Perspective?*, *Laws*, vol. 4, 2015, 37-59; doi:10.3390/laws4010037, 40



rejlő, lehetőség szerint kiküszöbölendő, lényege szerint negatívan értékelendő állapot. Ebből az alapelvből kiindulva a fogyatékoságot nem kell megelőzni vagy megszüntetni, hanem csupán a fogyatékos személyeket övező társadalmi akadályokat kell lebontani. Azonban megállapíthatjuk, hogy maga a CRPD sem viszi végig teljes következetességgel ezt az álláspontot. A leghatározottabban a „Habilitáció, rehabilitáció” címet viselő 26. cikk kerül ellentmondásba ezzel az alapelvvel. Hiszen a fogyatékoságnak az emberi sokszínűség részeként való elfogadásának elvéből arra lehetne következtetni, hogy a fogyatékoság hátrányait nem az orvosi értelemben vett, egyénben rejlő károsodás kiküszöbölésével kell orvosolni, hanem ezt elfogadva, a fogyatékos személy környezetét kell olyanná tenni, hogy fogyatékoságával együtt is teljes életet tudjon élni. A rehabilitáció, rehabilitáció ezzel szemben a fogyatékoság orvosi paradigmájának eszköztárába tartozik, hiszen a fogyatékoság hátrányos következményeivel szemben az egyéni szintű beavatkozást, az egyéni képességek fejlesztését célozza.<sup>38</sup> Az egyezmény eme „következetlenséggel” lényegében azt ismeri el, hogy fogyatékos személyek és a többségi társadalom viszonyában nemcsak a társadalom részéről érkezik az alkalmazkodás, hanem természetes és támogatandó, ha a fogyatékos személy egyéni változás, fejlődés útján, maga is közelíteni kíván a többségi társadalmat jellemző általános egészségi, szociális, foglalkoztatási stb. sztenderdekhez.

Ezzel párhuzamosan a szakirodalomban a CRPD keletkezésétől kezdődően megfogalmazódik, hogy a CRPD nem követi tisztán a társadalmi modell konstrukcionista logikáját.<sup>39</sup> A társadalmi modell elkötelezett hívei körében a CRPD-t kritika éri, és igyekeznek a CRPD olyan olvasatát elfogadtatni, mely a társadalmi paradigmával teljes mértékben összhangban van.<sup>40</sup> Ebben segítségre lelhetnek az alapelvi és a horizontális rendelkezésekben, amelyek javarészt valóban a társadalmi modell vezérgondolatait tükrözik. Ez a szemlélet érhető tettem például a Bizottság által a CRPD egyes cikkeihez fűzött kommentároknak is, amelyek a CRPD konzervatívabb értelmezésével szemben foglalnak állást.<sup>41</sup> Más szerzők véleménye szerint el kell fogadni, hogy a CRPD-ben nem véletlenül vegyülnek a társadalmi paradigma elemei közé az orvosi modell keretébe illeszkedő tartalmi elemek is, illetve az egyes cikkek értelmezésénél jelentősége van annak, hogy az egyezmény szöveg nem köteleződik el a társadalmi paradigma radikális értelmezése mellett.<sup>42</sup> Ebből a szempontból tanulságosak azok a beszámolók, amelyek a CRPD kodifikációjának folyamatát idézik vissza: ezek fontos

---

<sup>38</sup> Vö. HADI (2013) i. m., 63–64; HALMOS (2017) i.m., 111-113

<sup>39</sup> DHANDA (2007) i.m., 460-462; DEL VILLAR (2015) i.m., 182-182;

Peter BARTLETT: *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law*. *Modern Law Review*, vol. 75, 2012., 752–778, 759;

Tom BURNS: *Mental Illness is Different and Ignoring its Differences Profits Nobody*. *Journal of Mental Health Law*, 2010, 34–39, 34;

Wayne MARTIN et al.: *Achieving CRPD Compliance. An Essex Autonomy Project Position Paper. Report to the UK Ministry of Justice.*, 22 September 2014.; letölthető: <http://autonomy.essex.ac.uk/uncrpd-report>, 21-22;

Rosemary KAYESS: Phillip FRENCH: *Out of Darkness into Light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. *Human Rights Law Review*, vol. 8, 2008. 1–34, 34

<sup>40</sup> V.ö. DEL VILLAR 182-183;

Annegret KÄMPF: *The Disabilities Convention and its Consequences for Mental Health Laws in Australia*. *Law in Context*, vol.26, 2008. 10–36, 26.;

Tina MINKOWITZ: *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Non-Consensual Psychiatric Interventions*. *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, vol. 34, 2007, 405–428.

<sup>41</sup> A 12. cikk Kommentárja, 1-2, 4.;

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK JOGAINAK BIZOTTSÁGA: *General Comment No. 4 (2016) on the right to inclusive education*, CRPD/C/GC/4, 2016., 1-2

[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en)

<sup>42</sup> Pl. DEL VILLAR (2015) i.m., 179-180; 182-183; CARNEY (2015) i.m., 40

indikációt jelenthetnek arra, hogy miképpen fogadtak vagy vetettek el az egyezmény megszövegezői egy-egy, a társadalmi modellt szélsőségesebben vagy kevésbé szélsőségesen megjelenítő szövegtervezet-változatot, s jól tanulmányozható, hogy a fogyatékoságtudomány, az érdekképviseleti szervek és a szakpolitika képviselői között jelentős megosztottság fedezhető fel a társadalmi modell egyes értelmezési módjaival kapcsolatban.<sup>43</sup>

A 12. cikkhez („törvény előtti egyenlőség”) fűződő értelmezések jó példát szolgáltatnak arra, hogy a társadalmi paradigmához való radikálisabb vagy kevésbé radikális ragaszkodás mennyire eltérő gyakorlati következményekkel jár a nemzeti átültetés megfelelőségére nézve. Ennek részletes kifejtését a későbbiekben fogom elvégezni.<sup>44</sup>

A CRPD-ben foglalt jogok versengése előfordulhat, amikor a fogyatékos személyek autonóm döntéshozatalát kifejező jogok (mindenekelőtt: 12. cikk) és egyes egyéb, a magas szintű életminőséghez kapcsolódó jogok (pl. élethez való jog – 10. cikk –, mentesség a kizsákmányoslástól, visszaélésektől és az erőszaktól – 16. cikk –, a legmagasabb elérhető szintű egészséghez való jog – 25. cikk –, a rehabilitációhoz, rehabilitációhoz való jog – 26. cikk –, a megfelelő életszínvonalhoz és szociális védelemhez való jog – 28. cikk) kerülnek konfliktusba. Az a dilemmahelyzet adódhat elő ugyanis, hogy a döntéshozatali képességben akadályozott értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek<sup>45</sup> cselekvési autonómiájának szélesre tárása jelentős kockázatot jelenthet a magas szintű életminőségükre, vagyis az ehhez kapcsolódó jogok érvényesülésére.<sup>46</sup> Ugyanakkor az autonóm cselekvés lehetőségének elvonása ugyanúgy sérelmes az emberi méltóságra és a magas szintű életminőségre nézve.<sup>47</sup> Ebben a szituációban igen nehéz megtalálni a CRPD-ben foglalt jogok közötti kompromisszum lehetőségét. Tanulmányom későbbi részeiben vissza fogok térni erre a dilemmára.

Magam azon az állásponton vagyok, hogy a fogyatékos személyekre vonatkozó jogalkotás és -alkalmazás valamint egyéb állami, társadalmi cselekvés zsinórmértéke nem lehet más, mint a fogyatékos személyek emberi méltóságának tisztelete valamint életminőségük javítása. Minthogy mind az emberi méltóság megélésének, mind a jó életminőségnek lényeges közösségi vetülete az egyén társadalmi integrációja, a fogyatékos személyek társadalmi befogadottsága színvonalának növelése is a zsinórmértékül szolgáló értékek közé sorolandó. A fogyatékos személyekkel kapcsolatos jogalkotásnak és egyéb társadalmi cselekvésnek nem lehet célja egyik vagy másik paradigma érvényre juttatása. Az egyes történeti paradigmák eszközszerpet tölthetnek be az említett értékek kiteljesítése érdekében. A fogyatékos személyek emberi méltóságának tisztelete, életminőségének javítása valamint társadalmi integrációja megköveteli az orvosi és a társadalmi paradigma szintézisét.<sup>48</sup> Mivel a társadalmi paradigma a CRPD által

<sup>43</sup> KANTER (2007) i.m., 291-316; DHANDA (2007), 438-456

<sup>44</sup> Ld. 4.2.2. pont.

<sup>45</sup> A mentális károsodásokhoz kapcsolódó legújabb és egyre inkább elfogadott fogyatékoságtudományi terminus a „pszichoszociális fogyatékoság”. Pszichoszociális fogyatékosággal élők tekinthetjük – a CRPD fogyatékoság-definíciójával összhangban – azt a személyt, aki hosszan tartó mentális károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. (GOMBOS (2013) i.m., 6.) A fogyatékoságtudományi szakirodalomban – az orvosi szemlélettől eltávolodva – a „pszichiátriai beteg”, „mentális zavarral élő” stb. kifejezések helyett egyre inkább a „pszichoszociális fogyatékosággal élő személy” megjelölés terjed el (részletesebben: GOMBOS (2013) i. m. 1–5.). Ld. még: HALMOS (2017) i.m., 158;

Piers GOODING: *Supported decision-making: a rights-based disability concept and its implications for mental health law. Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 20, 3/2013, 431-451, 431-432

<sup>46</sup> V.ö. DEL VILLAR (2015) i.m., 182-184; CARNEY (2015) i.m., 40; HALMOS (2017) i.m., 290

<sup>47</sup> V.ö. még: Dianne WINKLER et al.: *Everyday Choice Making: Outcomes of Young People with Acquired Brain Injury After Moving from Residential Aged Care to Community-Based Supported Accommodation. Brain Impairment*, vol. 16., 3/2016. 221-235., 230-231

<sup>48</sup> HALMOS (2017) i.m., 431

egyértelműen – még ha nem is a teljes radikalitás szintjén – preferált modell, célszerűtlen volna, ha a szintézis keresése céljából ennek megdöntését és egy harmadik, a két paradigmát felváltó modellt javasolnánk. (Az irodalomban egyébként van erre is példa.<sup>49</sup>) A szintézis tehát akként jöhet létre a legcélszerűbben és a CRPD-nek is megfelelően, ha megengedjük, hogy a társadalmi paradigma égisze alatt az orvosi paradigma egyes elemei is megjelennek, amennyiben ez szolgálja a leghatékonyabb módon a fogyatékos személyek emberi méltóságát, magas szintű életminőségét és társadalmi befogadását. A CRPD alapelvi listája és horizontális rendelkezései alkalmasak arra, hogy támogassák e folyamatot.

#### **2.4. A CRPD átültetésének különös kihívásai és szempontjai**

Az egyezményről a fentiekben kifejtettek alapján az alábbiakban összegezhetők a CRPD nemzeti átültetésének különös kihívásait és szempontjait.

(1) A CRPD mint nemcsak jogi, hanem politikai dokumentum:

A CRPD az ENSZ korábbi emberi jogi dokumentumaira épül, az azokban megfogalmazott jogok újrafogalmazását tartalmazza a fogyatékos személyek szemszögéből. Minderre annak elismerése okán kerül sor egy külön egyezményben, hogy a korábbi emberi jogi dokumentumok tényleges érvényesülése a fogyatékos személyek vonatkozásában alacsony színvonalon ment végbe. Így az egyezmény megfelelő végrehajtásában nem csupán, s talán nem is elsősorban a jogalkotónak kell részt vennie, hanem a részes államoknak elsősorban – szakpolitikai, gazdasági, tudatosságnövelő, kulturális stb. eszközökkel – a tényleges megvalósítást kell elősegíteniük.

Az átültetésben és végrehajtásban részt vevők, akár az állami, akár a magánszféra szereplői, mindenekelőtt tisztában kell lenniük az egyezmény által képviselt fogyatékosággelfogással annak érdekében, hogy megfelelően értelmezzék az egyezmény alapelveit és egyéb horizontális rendelkezéseit, s ezek fényében az egyes jogokat megfogalmazó cikkeket. Ez nagyfokú tudatosító munkát igényel össztársadalmi szinten. Tekintettel arra, hogy a fogyatékos személyek gyakran a „láthatatlanságig” háttérbe szoruló társadalmi csoportot képeznek, a fogyatékoság sajátosságaival, a fogyatékos személyek valós szükségleteivel és igényeivel kapcsolatos tudatosság általában rendkívül alacsony szintű. Mivel az ENSZ nagy emberi jogi dokumentumai sorában a legfiatalabb darabról van szó, az egyezmény létének széleskörű tudatosítása és céljának, tartalmának mélyebb megértése önmagában évtizedek munkáját igényelheti.

(2) A CRPD és a fogyatékoság paradigmái

A CRPD a korábban a társadalom struktúráit mélyen átható, orvosi paradigma antitéziseként létrejött társadalmi paradigma világszinten történő elterjesztését kívánja megvalósítani. Mint azonban láttuk, maga a CRPD sem teljesen következetes e célkitűzést illetően. Mindazonáltal mindazoknak, akik a CRPD céljait meg akarják érteni, alapvető ismeretekkel kell rendelkezniük a fogyatékoság klasszikus paradigmáit mint elméleti háttért illetően. Enélkül az egyezmény horizontális rendelkezései nem érthetők, így az egyes jogokat megfogalmazó cikkek végrehajtása is könnyen kontraproduktívvá válik.

A paradigmák megértését követően azok tartalmi értelemben vett mérlegre tétele is szükséges. A döntéshozóknak állást kell foglalniuk abban, hogy a történelmi paradigmák mennyiben szolgálnak a fogyatékos személyek emberi méltóságának kiteljesítését,

---

<sup>49</sup> Összefoglalja: Mark C. WEBER: *Disability Rights and Welfare Law*. Cardozo Law Review, vol. 32.,6/011. 101–149.

életszínelonalának növekedését és társadalmi integrációjukat. Ehhez mérten lehet döntéseket hozni az egyes paradigmákat kifejező jogalkotási, szakpolitikai elvek kialakításáról, szintéziséről, vagy éppen elvetéséről.

### (3) A fogyatékos személyek csoportjának heterogenitása

A CRPD végrehajtása során figyelembe kell venni, hogy a fogyatékos személyek köre igen változatos, heterogén csoport. Alcsoportjai, tagjai rendkívül eltérő társadalmi hátrányokkal küzdő, különféle támogatási szükségletekkel rendelkeznek.<sup>50</sup> Egy-egy jog érvényesülésének indikátorai tehát nagyban különbözőek lehetnek a fogyatékos személyek egyes csoportjai vonatkozásában.

### (4) A CRPD és az emberi jogok generációi; az egyes jogok összefüggései

Azt is levezettem, hogy bár a CRPD nyíltan különbséget tesz az emberi jogok klasszikus felosztás szerinti első és második generációja között, s az egyes, vonatkozó cikkek végrehajtásának határideje tekintetében ehhez gyakorlati következményt is fűz, az egyezmény struktúráját vizsgálva több jel utal arra, hogy maga is meghaladottnak tekinti az emberi jogok egyes generációinak különválasztását. A CRPD-ben kifejezésre jut, hogy az emberi jogok összessége csak egymást támogatva, kiegészítve valósítható meg, és számos kölcsönös kapcsolódási pont figyelhető meg az első és a második generációs jogok között.

Az egyes jogok rendszerének egybeforrasztását, a kulcsrendelkezőknek mondható cikkek kiemelését szolgálják a CRPD horizontális rendelkezései is (erre több példát is láttunk).

Mindebből következően helytelen, ha a CRPD megvalósítása során csupán a döntéshozók egyes cikkelyekben foglalt jogok izolált végrehajtására törekszenek. Minden esetben fel kell tártani az egyezmény releváns belső összefüggéseit, vagyis az egyes jogok kapcsolódási pontjait az egyezményben foglalt más jogokkal, különösképpen pedig a horizontális rendelkezésekkel (3-9. cikkek). Továbbá nem hagyhatók figyelmen kívül az ENSZ egyéb emberi jogi egyezményeiben foglalt jogok és ezek gyakorlata sem, hiszen ezekhez képest a CRPD nem fogalmaz meg új jogokat, hanem ezek fogyatékoságspecifikus aspektusait ragadja meg. Jó mintát szolgáltatnak erre a gondolkodásmódra a Bizottság által már egyes cikkekhez fűzött kommentárok,<sup>51</sup> amelyek minden esetben feltárják az elemzett jog egyezménybeli, rendszertani helyét és kapcsolódását az alapelvekhez, horizontális rendelkezésekhez.

### (5) A CRPD-ben foglalt egyes jogok kompetitív helyzete

Mint láttuk, a gyakorlatban előfordulnak olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok megvalósítása nem egymást kiegészítő, támogató cselekvést igényelnek, hanem éppen fordítva: egyes jogok kompetitív helyzetbe kerülhetnek. A CRPD belső következetlenségei, a paradigmák közti feszültségre visszavezethető önellentmondásai ahhoz vezetnek, hogy ezek a konfliktushelyzetek a végrehajtás számára dilemmákat idéznek elő. Az ilyen helyzetekben hasznos, ha az egyezmény végrehajtásával kapcsolatban döntéseket hozók szilárd fogódzókat találnak a fogyatékos személyek emberi méltóságának és magas szintű életminőségének alapértékeiben, ezek fényében értelmezik az egyezmény alapelveit, s ezekkel összhangban kísérelik meg létrehozni az egyes jogok érvényesítésének helyes kompromisszumát, egyensúlyát.

---

<sup>50</sup> V.ö. pl. HALMOS (2017) i.m., 105; WADDINGTON (1995) i.m., 45-47. T. LIPPOLD; Jan BURNS: *Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability*. Journal of Intellectual Disability Research, vol. 53, 5/2009, 463-473, doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01170

<sup>51</sup> <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>

### 3. Szempontok a CRPD 19. cikkének végrehajtásához

A következőkben a CRPD két olyan, kulcsjelentőségűnek tartott cikkének tartalmát, strukturális és gyakorlati összefüggéseit fogom elemezni, amelyek összekapcsolódása első látásra nem szembetűnő. A cikkek által támasztott követelmények azonban csak akkor bonthatók ki a maguk teljességében, ha a döntéshozók meglátják e két cikk kapcsolódási pontjait. E két cikk a 12. cikk („törvény előtti egyenlőség”) valamint a 19. cikk („önálló életvitelhez és közösségbe való befogadáshoz való jog”).

#### 3.1. A támogatott életvitel elméleti megközelítése, nemzetközi kitekintéssel

##### 3.1.1. A támogatott életvitelhez kapcsolódó alapvető fogalmak

A CRPD 19. cikke a következőképpen szól.

*„Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez és másokkal egyenlő szabad döntéshez való jogát; minden szükséges és hatékony intézkedést megtesznek annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek teljes mértékben élvezhessék e jogaikat és a teljes közösségi befogadást és részvételt, beleértve a következők biztosítását:*

*a) a fogyatékossgal élő személyeknek másokkal azonos alapon lehetőségük van lakóhelyüknek és annak megválasztására, hogy hol és kivel élnek együtt, és nem kötelezhetőek bizonyos megszabott körülmények között élni;*

*b) a fogyatékossgal élő személyek számára hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges;*

*c) a mindenki számára nyújtott közösségi szolgáltatások és létesítmények azonos alapon hozzáférhetőek a fogyatékossgal élő személyek számára is, és igényeikhez igazítottak.”*

Egy gondolat erejéig érdemes a 19. cikk címét is tanulmányozni: mint korábban láthattuk, a CRPD fontos alapelve az autonómia, vagyis a fogyatékos személyek önállóságának (önálló döntéshozatal, önálló életvitel, az önérvényesítés stb.) lehetővé tétele.<sup>52</sup> Azonban a 19. cikkben mindez összekapcsolódik a közösségbe való befogadás követelményével. Ez annak a fontos ténynek a felismerése és elismerése, hogy az autonómia nem azonos az individualizmussal és az atomizált, másoktól izolált léttel, hanem épp ellenkezőleg: az ember egyénisége csakis akkor fejlődhet, formálódhat, teljesezhet ki, ha ezt másokhoz kapcsolódva, közösségi lény mivoltában történhet. Vagyis a CRPD felfogásában az autonómia megvalósulása nem a másoktól való teljes függetlenséget, hanem a másokkal való közösségi, kölcsönös összekapcsolódást feltételezi. A továbbiakban ezt nevezhetjük támogatott életvitelnek, amely kifejezés az önállóság és a közösség általi befogadás együttes megvalósulását takarja. Észrevehető, hogy ez a szemlélet összhangban az egyes – a korábbiakban bemutatott<sup>53</sup> – autonómiafelfogások közül sokkal inkább a kapcsolati autonómia tanával, mintsem a liberális autonómiatannal áll összhangban. A továbbiakban kiindulhatunk tehát abból, hogy a CRPD végrehajtása során a fogyatékos személyeket és környezetüket egyfajta interdependens kapcsolati, támogatói hálózatban kell látnunk, és nem mint atomizált, kizárólag individuális érdekeiket és jogaikat védő egyéneket.

<sup>52</sup> Ld. 2.3.2. pont

<sup>53</sup> Ld. uott.

A 19. cikk jól megválasztott címében megfogalmazott jog tartalmát a cikk szövege három pontba foglalt követelményrendszerben fejt ki, amelyet a következőképpen foglalhatunk össze:

- a) a lakhatási forma szabad megválasztásának joga és az ún. közösségi lakhatáshoz való jog;
- b) hozzáférés a fogyatékos személyek önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz;
- c) (egyenlő esélyű) hozzáférés a mindenki számára nyitott, önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz.

Az a) pont két központi fogalma a döntési szabadság és a közösségi lakhatáshoz való jog. Az itt megjelenő döntési szabadság képezi az egyik legfontosabb kapcsolódási pontot a 12. cikkel, erről később majd részletesebben fogok írni. Itt a közösségi lakhatás fogalmát szükséges meghatározni és történeti kontextusba helyezni.

A közösségi lakhatás fogalmát (az angol nyelvű szakirodalomban: „*community housing*” vagy „*community-based living*”) nem könnyű egységesen meghatározni, ugyanis a közösségi lakhatásnak a gyakorlatban rengetegféle megnyilvánulási formája van.<sup>54</sup> A fogalom lényegének megértéséhez először az „intézményi lakhatás”, s ehhez kapcsolódóan a „lakóintézmény” (röviden a továbbiakban: „intézmény”) fogalmát érdemes megvizsgálni, amely korábban a fogyatékos személyek fő lakhatási formáját képezte, s amelyek alternatívájaként, ellenpontjaként jöttek létre a közösségi lakhatás formái.

### 3.1.2. Az intézményi és a közösségi lakhatás kialakulásának története

A fogyatékos személyek intézményekben való elhelyezésének kezdetei a XVIII. századra tehetőek. A XIX. században tömegesen kialakuló intézmények a fogyatékos személyeket, a pszichés betegeket elzárták a társadalomtól. Az elkülönítés elméleti alapja a szociáldarwinizmus gondolkörében gyökeredzett, amely „értéktelen életnek” tekintette a fogyatékos emberek életét, amelyet egy egészséges társadalomnak lehetőség szerint ki kell vetnie magából. A társadalomból való kizárás és társadalmi hasznosság kérdésköre a XIX. század végén erősödött fel. Ennek legdrasztikusabb megnyilvánulási formái a fogyatékos személyek sterilizációja és fizikai megsemmisítésére irányuló, egyes államokban jogi norma szintjén is megjelenő törekvések voltak.<sup>55</sup> Ha nem is ért el minden országban ilyen mértéket a fogyatékos személyek társadalomból való kirekesztése, nagylétszámú, ún. totális intézményekben való elkülönítésük a nyugati világban lényegében minden országban a „fogyatékoságügy” rendszerszintű „megoldását” jelentette. A „totális intézmény” fogalmát Erving Goffman alkotta meg az 1960-as években.<sup>56</sup> Ezen totális intézmények olyan, szociálisan zárt közegek, ahol az élet összes eseménye egy téren belül zajlik. Az intézmény gyakran magas falakkal körülvett épülete a bent élő személyeket gyakorlatilag elzárja a külvilágtól, és a szociális kapcsolatok ápolását az intézmény falain kívül ellehetetleníti. Az intézményen kívüli világban az emberek élettere tágabb, a lakás, a munkahely és a szabadidő rendszerint fizikailag is elkülönül egymástól. A totális intézményekben minden egy téren belül

---

<sup>54</sup> Egy, a vonatkozó szakirodalmat vizsgáló metaanalízis a 92 vizsgált tanulmányban összesen 107 definíciót talált. Ld. Grace Lucille FRANCIS; Martha BLUE-BANNING; Rud TURNBULL: *Variables within a household that influence quality-of-life outcomes for individuals with intellectual and developmental disabilities living in the community: Discovering the gaps*. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, vol. 39, 1/2014, 3-10, 7

<sup>55</sup> RUZSICS Ilona: *A kitagolás folyamata Európában és Magyarországon (e-tananyag)*, Mentorháló Program, 2015, letölthető: <http://www.jgyvk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/index.html>, 1.1., 1.2. pont

<sup>56</sup> Erving GOFFMAN: *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Aldine Transaction, 1968.

zajlik. A fogyatékos személyek intézményekbe tömörítését a jogi értelemben vett cselekvőképességük megvonása vagy annak korlátozás tette lehetővé, amelynek következtében e személyeknek megszűnt a lehetőségük, hogy meghatározzák lakóhelyüket és lakókörülményeiket. A totális intézmények működésének rendező elve valamely intézményi cél, amely az intézmény jellegétől függően változik (Goffman ide sorolta az idősek otthonát, a gyermekotthonokat, pszichiátriai intézeteket, börtönöket, fogolytáborokat, koncentrációs táborokat, laktanyákat, internátusokat, kolostorokat). A lakók mindennapjait legfőképpen az intézményi cél határozza meg. Ebben a rendszerben a lakók autonómiája nem kívánatos, a folyamatok gördülékenységét veszélyeztető „akadályként” jelenik meg. A fogyatékos személyek elhelyezéséről is szolgáló intézetek legfőbb célja, bármennyire is ellentmond ennek a totális intézmények mechanizmusa, a gondoskodás.<sup>57</sup>

A fogyatékos személyek intézményeinek felszámolására irányuló folyamat az Egyesült Államokból indult az 1960-as, '70-es években, a fogyatékos személyek és támogatóik érdekérvényesítő kezdeményezése nyomán.<sup>58</sup> Elméleti alapját az ún. normalizációs elv adta, amelyet a svéd Bengt Nirje valamint az egyesült államokbeli Wolf Wolfensberger – a skandináv és az észak-amerikai viszonyokra figyelemmel némileg eltérő módon – dolgoztak ki.<sup>59</sup> A normalizációs elv lényege igen tömören abban áll, hogy a fogyatékos személyeknek is biztosítani kell az adott kultúrában normális (átlagos) életkörülmények között való élet lehetőségeit.<sup>60</sup> A nagylétszámú, totális intézmények nyilvánvalóan alkalmatlanok voltak a normalizált életkörülmények megteremtésére, így a normalizáció elvén nyugvó fogyatékoságpolitikai programoknak hamarosan fókuszába került az intézmények lebontásának – a közkeletűen használt kifejezésekkel élve: az intézménytelenítésnek vagy kitagolásnak – célkitűzése. Az intézménytelenítés azonban természetesen nemcsak a nagylétszámú intézmények bezárását jelenti, hanem annak lehetővé tételét is, hogy az intézmények korábbi lakói a többségi társadalom közösségeibe integrálódhassanak azáltal, hogy e közösségek lakókörnyezetében rendelkezésükre állnak mindazok a támogató szolgáltatások, amelyek – a totális intézményes „gondoskodás” helyett – lehetővé teszik az önálló, de közösségben zajló életvitel folytatását. Ide tartozik például a személyes segítségnyújtás, a sorstársi önszervező csoportok szervezése, a nappali közösségi terek és foglalkozási lehetőségek kialakítása.<sup>61</sup>

Ugyan az Egyesült Államokban az intézménytelenítés az 1960-as években kezdődött meg, Nyugat-Európa több államában már az 1950-es évektől érzékelhetővé vált szemléletváltás a szegregáló fogyatékoságpolitikával szemben. Civil szervezetek jogvédő és érzékenyítő tevékenységének eredményeként mind több visszaélés és emberi jogsértés került napvilágra a pszichiátriai kórházak és intézmények világából, s ez elősegítette a normalizált életkörülményeket lehetővé tévő közösségi lakhatási formák valamint az ezeket támogató közösségi szolgáltatások térnyerését az intézményi lakhatás rovására. Európa szocialista

---

<sup>57</sup> RUZSICS (2015) i.m., 1.5 pont

<sup>58</sup> RUZSICS (2015) i.m., 4.4-4.5 pont;

PETRI Gábor, KOZMA Ágnes: Mapping Exclusion – Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. Open Society Foundation, Mental Health Europe; Brussels, 2012, 11-12;

FRANCIS et al. (2014) i.m., 4;

KOZMA Ágnes: *Bentlakásos ellátások értelmi fogyatékos felnőttek számára az Egyesült Államokban – elvek és trendek*, Kapocs, vol. 6,4/2007, 4-5

<sup>59</sup> Vö. KOZMA (2007) i.m., 5; Bengt NIRJE, Burt PERRIN: *A normalizációs elv és félreértelmezései*. In. HATOS Gyula (szerk.): *Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 1995, 33–56, 114–126

<sup>60</sup> RUZSICS (2015) i.m., 2. pont

<sup>61</sup> PETRI – KOZMA (2012) i.m. 7, 11-12



blokkba tartozó részében azonban e folyamat egészen a rendszerváltásig csírájában sem indulhatott el. A közép- és kelet-európai országokban a szocialista berendezkedés bukása után azonban szintén megjelentek azok a jogvédő mozgalmak, amelyek hatására elkezdődhetek az intézménytelenítési törekvések.<sup>62</sup>

Ma Európában mintegy 1,2 millió fogyatékos személy még mindig nagylétszámú intézményekben él<sup>63</sup> annak ellenére, hogy ma már több jelentős nemzetközi jogi és fogyatékosáspolitikai dokumentum ösztönzi a kitagolás lefolytatását. E dokumentumok közül a legjelentősebben a következők:

- Az ENSZ Népegészségügyi Szervezete (World Health Organisation – WHO) 2003-ban adta ki *Mentális egészséghez nyújtott szolgáltatások szervezése (Mentális egészségre vonatkozó politikai és szolgáltatási útmutató csomag)*<sup>64</sup> c. dokumentumát. A WHO ebben a dokumentumban erőteljes kritikát fogalmaz meg a nagylétszámú intézmények működésével kapcsolatban a magas fenntartási költségek, a rossz klinikai eredmények és az emberi jogsértések okán, s erre tekintettel ezek bezárását, helyettük pedig a közösségi alapú szolgáltatások szélesebb körű elterjesztését ajánlja.
- Az Európai Bizottság 2005-ben publikálta a *Mentális egészség fejlesztése a népesség körében – Az Európai Unió mentális egészséggel kapcsolatos stratégiája felé* című zöld könyvét, amely a pszichoszociális fogyatékosággal élő uniós polgárok emberi jogainak védelméről szóló stratégiai célkitűzések között kiemelt helyen említi az intézménytelenítés elősegítését.<sup>65</sup>
- A nemzetközi jog releváns forrásai között kiemelkedő helyen említendő meg a CRPD, melynek 19. cikke a fent említettek szerint megköveteli a közösségi lakhatás és az ezt elősegítő közösségi szolgáltatások elterjesztését.
- Az Emberi Jogok Európai Egyezményének<sup>66</sup> 3. cikke (kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok tilalma), 5. cikke (szabadsághoz és biztonsághoz való jog) valamint 8. cikke (a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog) szintén sérülhet a fogyatékos személyek nagylétszámú intézménybe kényszerítése esetén. A *Stanev* kontra *Bulgária* esetben az Emberi Jogok Európai Bírósága megállapította, hogy a gondnokság alatt álló fogyatékosággal élő felperesnek a gondnoka által való intézménybe juttatása és az ott vele való bánásmód az EJE 3. valamint 5. cikkébe ütköző magatartás volt.<sup>67</sup>

---

<sup>62</sup> Uott.; RUZSICS (2015) i.m., 4.1-4.6. pont;

Jim MANSELL, Julie BEADLE-BROWN: Intézménytelenítés és közösségi lakhatás: *Az Értelmi Fogyatékosággal Élők Társaság Összehasonlító Szakpolitika és Gyakorlat tematikus csoportjának szakmai állásfoglalása.* (Fordította: KOZMA Ágnes és PETRI Gábor.) *Esély*, 2/2011, 110-123, 113-114

<sup>63</sup> PETRI – KOZMA (2012) i.m., 7

<sup>64</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Organization of Services for Mental Health: Mental Health Policy and Service Guidance Package.* World Health Organization, Geneva, 2003.

<sup>65</sup> EUROPEAN COMMISSION: *Green Paper – Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union.*, COM(2005)484, 14.10.2005 Brussels, 11-12;

letölthető:

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

<sup>66</sup> az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok Védelméről szóló Egyezmény (Európa Tanács, Róma, 1950. november 4., CETS N.o. 005)

<sup>67</sup> *Stanev v. Bulgária*, Appl. No. 36760/06., Jan. 17. 2012, § 132. E témában fontos adalékokkal szolgáló tanulmány: Noelin FOX: *Independent Living: The Potential of the European Court of Human Rights.* In: Charles

- Az ENSZ illetve a WHO több – kötelező és nem kötelező erejű – dokumentumában külön felhívta a figyelmet az intézményi lakhatás káros hatásaira és felszámolásának szükségességére a gyermekek, fiatalok és az idősek vonatkozásában.<sup>68</sup>

Az Európai Unió Strukturális Alapjaiból jelentős mennyiségű pénzforrás áll az uniós tagországok rendelkezésére a kitagolás céljaira. Azonban az *Inclusion Europe* elnevezésű – az európai szinten egyik legjelentősebb – fogyatékosügyei érdekérvényesítő szervezet ezzel kapcsolatban arra hívja fel a figyelmet, hogy a kitagolás céljai nincsenek minden esetben kellően világosan megfogalmazva. Számos, intézménytelenítésre irányuló program középpontjában mindössze a férőhelyek számának csökkentése áll, és nem jut kellő figyelem a minőségi átalakításra: a totális jelleg megszüntetésére, a normalizált életkörülmények kialakítására, a közösségi alapú szolgáltatások hozzáférhetővé tételére. Mindez annak ellenére tapasztalható, hogy a Strukturális Alapok új szabályzata szerint az uniós pénztámogatás juttatásának előfeltételeként vizsgálni kell a támogatott projektnek a CRPD-vel való összhangját. A szervezet javaslata szerint az intézménytelenítési célra elköltendő uniós pénzforrások felhasználása során szükséges lenne monitorozni, hogy csak olyan projekt részesülhessen ilyen támogatásban, amely a fogyatékos személyek tényleges közösségi integrációját segíti elő.<sup>69</sup>

### 3.1.3. A kitagolási folyamathoz kapcsolódó szolgáltatásszervezési szempontok

Az intézménytelenítési programokhoz kapcsolódóan a „intézmény” fogalmi kritériumait a mai szakirodalom az alábbiak szerint határozza meg. Intézménynek számít az a lakhatásra szolgáló létesítmény, amelyben

- a lakók el vannak szigetelve a tágabb közösségtől, és kényszerűen kerülnek egymással életközösségbe;
- a lakóknak nincs elegendő döntéshozatali szabadságuk a saját életvitelük vonatkozásában;
- a lakók életének megszervezése terén a szervezet működési követelményei felsőbbrendű szempontot képeznek, mint a lakók egyéni szükségletei.<sup>70</sup>

---

O'MAHONY, Gerard QUINN (eds.): *Disability Law and Policy: An Analysis of the UN Convention*. Dublin. Clarus Press, 2017, 239-248

<sup>68</sup> Különösen:

az ENSZ Gyermek Jogairól szóló Egyezménye (1998.) (20., 23. cikk);

az ENSZ Gyermek Alternatív Gondozásáról szóló Iránymutatása (2010.);

a WHO Európai Nyilatkozata a Gyermek és Fiatalok valamint Családjuk Egészségéről (2010.);

az ENSZ Idős Személyekről szóló Alapelvei („Madridi Nyilatkozat”) (1991.);

az ENSZ Általános Ajánlása (27. sz.) az Idős Nőkről és Védelmükről valamint Emberi Jogaikról.

A releváns nemzetközi jogi és szakpolitikai dokumentumok felsorolásához ld.: PETRI – KOZMA (2012) i.m., 8-10;

INCLUSION EUROPE: *Submission to the UN Committee on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on Key Issues for a General Comment on Article 19*, 2016, 40-43; letölthető:

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CallDGDtoliveindependently.aspx>

<sup>69</sup> INCLUSION EUROPE (2016) i.m., 4;

Vö. még: PETRI – KOZMA (2015) i.m., 25

<sup>70</sup> INCLUSION EUROPE (2016) i.m. 2-3; PETRI – KOZMA (2012) i.m., 11;

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY CARE: *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels, 2012, 25; letölthető: <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/GUIDELINES-Final-English.pdf>

Az intézménytelenítés megvalósításához azonban nem elegendő megfogalmazni, hogy milyen lakhatási és életkörülmények megszüntetésére van szükség, hanem azt is definiálni kell, hogy milyen feltételeknek kell teljesülnie ahhoz, hogy a fogyatékos személyek önálló életvitelhez és a közösségbe való befogadáshoz való joga ténylegesen érvényesüljön. Általában a következő feltételeknek kell teljesülniük – vagy ezek közül minél többnek – ahhoz, hogy közösségi alapú lakhatási formáról beszélhessük:

- Olyan lakóegység álljon rendelkezésre, amely területileg a többségi társadalom lakóhelyén helyezkedik el, az egyén igényeinek megfelelő, és akadálymentes.
- Olyan ingatlantípusokat használjanak, amelyet a társadalom többsége is jellemzően igénybe vesz, az egyén igényeinek megfelelő, és akadálymentes.
- Az ingatlan jellege általánosan feleljen meg a tágabb társadalom által használt ingatlanok jellegének.
- Mindenki a lehető legnagyobb mértékben maga dönthessen arról, hogy hol, kikkel, és hogyan szeretne élni.
- Bármilyen segítséget álljon rendelkezésre ahhoz, hogy az egyén a közösség életében részt vegyen.<sup>71</sup>

Az előbbieken utaltam arra, hogy a közösségi lakhatásnak és a közösségi szolgáltatásoknak nincs egységesen elfogadott definíciója, és hogy ezek gyakorlati megvalósulási formájukban is igen eltérőek lehetnek. Ennek egyik fontos oka, hogy – mint már korábban is rámutattam<sup>72</sup> – a fogyatékos személyek népes csoportjában igen eltérő támogatási szükségletekkel rendelkező személyek is vannak. Míg a támogatás, gondoskodás egyes formái bizonyos fogyatékos személyek esetében szükségesek lehetnek a mindennapi élethez (pl. etetés, fürdetés, napirend meghatározása), mások esetében ugyanezen szolgáltatások nyújtása túlkorlátozó, megalázó lehet. A közösségi alapú lakhatási formák és a kapcsolódó közösségi szolgáltatások kialakításához tehát nem célszerű egységes elveket, rigid működési formákat és szabályokat kitalálni. Ehelyett a kitagolási folyamat eredményeit kutató nemzetközi szakirodalomban megjelenő, alábbi szolgáltatásszervezési szempontokra hívnám fel a figyelmet.

*(1) Az intézménytelenítés hármas szervezeti, szolgáltatási feltételrendszere: a nagylétszámú intézmények lebontása, a közösségi alapú lakhatási formák kialakítása és a kapcsolódó közösségi szolgáltatások elérhetővé tétele.*

A fentiekben ennek az elvnek a tartalmát már részletesebben kifejtettem.

*(2) A támogatott életvitel minőségi kritériuma a fogyatékos személyek életminőségének magas szintje.*

A fogyatékos személyek életminőségének egyes lakhatási formákban való kutatása ma már jelentős szakirodalmi bázissal rendelkezik.<sup>73</sup> Az életminőség definícióját Robert L. Schalock után, az alábbiak szerint határozhatjuk meg: az egyén életminőség annak mértéke, hogy az egyén mennyire elégedett az életével, mennyire tekinti a saját életét „jónak”. Az életminőség összetevőiként az alábbi nyolc területen való elégedettségmérést szokták tekinteni: a társadalmi életben való részvétel, a fizikai jóllét, a társas kapcsolatok, a anyagi jóllét, az érzelmi jóllét, az

---

<sup>71</sup> MANSELL – BEADLE-BROWN (2012) i.m., 113

<sup>72</sup> Ld. 2.2., 2.4. pont

<sup>73</sup> Grace Francis és szerzőtársainak már hivatkozott tanulmánya irodalmi összefoglalást és metaanalízis tartalmaz e tárgyban. (FRANCIS et al. (2014) i. m.)

önrendelkezés, a személyes fejlődés lehetősége, a jogok élvezete.<sup>74</sup> Az életminőség tehát számos összetevőből áll, amelyek közül a fogyatékos személyek ellátása, támogatás szempontjából számításba jöhető egyes szolgáltatási formák némelyiket jobban, némelyiket kevésbé tudják biztosítani. Az intézményi ellátások jellemzőit mutató szolgáltatási formák képesek biztosítani egyfajta kielégítő életszínvonalat (ideértve az életminőség összetevői közül a megfelelő fizikai jóllét, anyagi és akár az érzelmi jóllétet is), amely az életminőségnek fontos összetevői. Azonban az intézményben való élet jellemzően károsan hat az életminőség összetevői közül a társadalmi életben való részvétel, a társas kapcsolatok, az önrendelkezés, a személyes fejlődés és a jogok élvezetének lehetőségére. Azokban az esetekben, amelyekben a fogyatékos személy aktuális és a személyes fejlődésnek kedvező táptalajt biztosító környezet esetén elérhető állapota az autonóm cselekvés jelentős természetes korlátozását eredményezi – pl. az igen súlyos, halmozott fogyatékoságok esetében –, a jó életminőség biztosítása során az előbb említett, kielégítő életszínvonal biztosítására esik a hangsúly. Ilyenkor sem szabad elfeledkezni azonban arról, hogy az autonóm cselekvés lehetőségei a legtöbb fogyatékos személy esetében megfelelő, támogató környezet biztosításával kitágíthatók. Amennyiben a fogyatékos személy képes, vagy képessé tehető életének önálló megszervezésére, az e téren való döntéshozatalra és e döntések végrehajtására, az autonóm cselekvés lehetőségének biztosítása kap nagyobb hangsúlyt az emberi méltóságuk megfelelő tiszteletben tartása és jó életminőségük biztosítása érdekében. Tagadhatatlan, hogy a szabad választás jogának biztosítása annak kockázatával jár, hogy a fogyatékos személy a saját életszínvonalát (fizikai, anyagi, érzelmi jóllétét) lerontó tevékenységet fog folytatni, vagy megfelelő támogató infrastruktúra hiányában nem képes végrehajtani a saját érdekeit szolgáló döntéseket.<sup>75</sup> A kockázatkezeléssel kapcsolatos egyes szabályozási szempontokra a későbbiekben még visszatérek.<sup>76</sup>

Mint látható tehát, mindig az adott fogyatékos személy aktuális és a személyes fejlődésnek megfelelő táptalajt kínáló környezetben elérhető állapota, támogatási szükségletei határozzák meg, hogy az intenzívebb, intézményi jellegű ellátáshoz vagy a teljes önállósághoz közelebb álló támogatási, szolgáltatási forma segíti-e elő jobban az emberi méltósághoz való jogának érvényesülését és megfelelő életminőségét. Egy, a releváns kutatásokat összegző metaanalízis arra a következtetésre jut, hogy a közösségi lakhatási formák általában magasabb szintű életminőséget tudnak eredményezni a fogyatékos személyek számára, mint az intézményes ellátásokhoz közelítő formák.<sup>77</sup> Ugyanez a tanulmány azonban mélyebb elemzésbe bocsátkozik azonban azon a téren, hogy pontosan milyen körülmények képesek növelni a közösségi lakhatási formákban az életminőséget. Azonosítja azokat a változókat, amelyek jelentősen befolyásolják, hogy a közösségi lakhatás egy adott fogyatékos személy életminősége szempontjából kedvező körülményekkel szolgál-e.<sup>78</sup> Ebből az is világosan lezűrhető, hogy a

---

<sup>74</sup> Vö.: Robert L. SCHALOCK: *Recognizing the conceptualization of measurement of quality of life*. In Robert L. Schalock, G. N. SIPERSTEIN (eds.): *Quality of life. Volume I: Conceptualization and measurement*. American Association on Mental Retardation, Washington DC, 1996, 123-139..

<sup>75</sup> Vö: DEL VILLAR (2015) i.m., 186-187

<sup>76</sup> Ld. 5.2.1. pont.

<sup>77</sup> Irodalmi összefoglalóval: FRANCIS et al. (2014), 3-4

<sup>78</sup> A közösségi lakhatás életminőség-javító funkcióját az alábbi tényezők növelik (ezek ellenkező előjelű előfordulása viszont csökkenti):

- a lakók belső tulajdonságai közül:
  - az adaptív magatartás,
  - az előnyös saját szociális és gazdasági státusz,
  - a női nem,
  - a fiatal életkor;
- a lakóhelyi kultúra, életrend terén:

közösségi lakhatás nem minden formája kompatibilis minden fogyatékos ember személyiségével (pl. az adaptív viselkedésre kevésbé, kihívó viselkedésre hajlamos személyek, az idősebbek, a hátrányosabb szociális közegekből érkezők nehezebben találják meg a helyüket).

Mint azt tanulmányom korábbi részeiben részletesebben kifejtettem, a fogyatékos személyekre vonatkozó állami és társadalmi cselekvés zsinórmértéke az érintettek emberi méltóságának tisztelete és magas szintű életminőségének biztosítása lehet. Az emberi méltóság, életminőség mint a szolgáltatásszervezést orientáló vezérelv akkor jut különös jelentőséghez, amikor a fogyatékos személyek egyes jogainak érvényesülése vagy a szolgáltatásszervezés alapelvei kompetitív helyzetbe kerülnek.

*(3) A támogatott életvitelhez való jog többféle szolgáltatásszervezési modell keretében megvalósítható. Hasznos, ha a fogyatékos személy szükségleteihez igazodóan egy adott szociális rendszer többféle modell nyújtotta lehetőséget is kínál.*

Paul Henman és Michele Foster ausztrál kutatók tanulmányukban<sup>79</sup> bemutatják a fogyatékos személyek számára a nyugati országokban biztosított szociális szolgáltatások szervezésének egyes, a nemzetközi gyakorlatban előforduló főbb modelljeit, és ezek tipológiáját. A szolgáltatásszervezés négy modelljét különböztetik meg az alábbiak szerint.

- Nem koordinált modell:

E modell lényege, hogy a kliens különféle szervezetektől, szolgáltatóktól vesz igénybe az életminőségét javítani hivatott szolgáltatásokat, de ezeket sem ő, sem az egyes szolgáltatók nem koordinálják. A kliens ebben a modellen passzív, autonómiájának foka alacsony: olyan szolgáltatásokat kap, amelyeket mások megfelelően ítélnék számára. A szolgáltatások ebből következően nem feltétlen a valós szükségletekre reflektálnak: előfordulhat egyes területeken a patriarchális túlgondoskodás, forráspazarlás, más területeken pedig ellátatlan szükségletek maradhatnak. A tanulmány ezt tekinti a szolgáltatásszervezés – pontosabban: a szolgáltatások meg nem szervezésének – szokásos modelljének.<sup>80</sup>

Magyarországon az otthonukban illetve a családjukkal élő fogyatékos személyek esetén is gyakran előfordul, hogy a fogyatékos személy és támogató környezete (családtagok, esetleg hivatalos szervek, civil szervezetek) különösebb átgondolás nélkül, esetleg hibás, hiányos információkra alapozva igényelnek pénzbeli vagy természetbeni szolgáltatásokat. Az önálló életvitelt elősegítő pénzbeli és egyéb szolgáltatások jogszabályi háttere meglehetősen bonyolult, értelmezése gyakorta jogi szaksegítséget igényel, ennek következtében a megfelelő támogatói háttérrel nem rendelkező fogyatékos személy számára jellemzően átláthatatlan marad. Így a szolgáltatásszervezés koordinációja elmarad.<sup>81</sup>

- 
- a normalizált, otthont idéző elrendezés,
  - az egyéniesített, rugalmas, autonómiát elősegítő tevékenységi rend,
  - a pozitív viszonyulás a személyhez;

- a személyzet terén:
  - a magas tudással rendelkező, magas elvárásoknak megfelelő, konstruktív kommunikációra képes, adaptív képességek szempontjából modellértékű, személyes odafigyelést tanúsító személyzet;
- a férőhelyszám:
  - a kis méretű otthon.

<sup>79</sup> Paul HENMAN, Michele FOSTER: *Models of disability support governance: a framework for assessing and reforming social policy*. Australian Journal of Social Issues, vol. 50, 3/2015, 233-252.

<sup>80</sup> Uott, 238-240.

<sup>81</sup> Vö: Roy SAINSBURY, Anna LAWSON, Mark PRIESTLEY (on behalf of the European network of academic experts in the field of disability (ANED): *Social protection for disabled people in Europe: Synthesis report*. Human European Consultancy, University of Leeds, 2017, 45;

- Esetfelelős általi koordináció modellje

Ebben a modellben a kliens mellett egy esetfelelős személy áll, aki a kliens érdekében koordinálja a kapott szolgáltatásokat. E modell előnye, hogy az esetfelelős közreműködése nagy valószínűséggel a növeli a szolgáltatások igénybe vételének hatékonyságát, a szolgáltatók számonkérhetőségét, a szolgáltatásnyújtás szakszerűségét, a szervezés holisztikus szemléletben való megvalósítását. Továbbá sem a szolgáltatásszervezés terhe, sem a szolgáltatások szervezetlenségének terhe nem nyomja a kliens vállát. Veszélye viszont, hogy a kliens autonóm mozgástere többnyire alacsony marad. A gyakorlatban ez általában úgy valósul meg, hogy állami vagy civil támogató szervezetek, s e szervezeteken belül az egyes kliensek mellé rendelt személyes esetfelelősök vállalják az esetfelelős szerepét.<sup>82</sup>

- Lakóhelyi koordináció modellje:

Amennyiben a fogyatékos személy valamilyen intézményi vagy közösségi lakhatási forma lakója, maga az intézmény (vezetése) is koordinálhatja az igénybe vett támogató szolgáltatásokat. A lakóhelyi koordináció a legjellemzőbb szolgáltatásszervezési forma a tradicionális, nagylétszámú intézmények lakosainak vonatkozásában. A modell előnyeiként és hátrányaiként nagyjából ugyanazokat tarthatjuk számon, mint amelyeket az esetfelelős koordináció modelljénél. Egy további veszélye is van ennek a modellnek: az intézmény általában törekszik arra, hogy erőforrásait – pl. a beszerzett szolgáltatásokat – egyenlően, uniformizáltan ossza el a lakói között. Ennek következményeképpen a szolgáltatások igénybevétele elszakadhat a tényleges szükségletektől.<sup>83</sup>

- A kliens által koordinált modell:

A kliens által koordinált modell a jogvédő csoportok által általában leginkább preferált változat. Itt a kliens maga dönt arról, hogy milyen szolgáltatásokat vesz igénybe, és milyen szolgáltatótól. A modellnek többféle változata létezik. Több országban létezik a közvetlen pénzbeli támogatás rendszere, melyben a kliens egy adott keretet saját belátása szerint fordíthat életvitelt támogató szolgáltatások igénybe vételére. Ilyen például az Egyesült Királyságban és Ausztráliában az ún. „közvetlen juttatás” rendszere,<sup>84</sup> vagy szintén az Egyesült Királyságban a „saját irányítású gondozás rendszere”,<sup>85</sup> továbbá az Ausztráliában nemrégiben kísérleti programként bevezetett és 2019-ig az egész országra kiterjesztendő nemzeti fogyatékosági biztosítás rendszere.<sup>86</sup> Az európai kontinensen hasonló modellprogramokat vezettek be

---

letölthető: <http://www.disability-europe.net/theme/social-protection>

<sup>82</sup> HENMAN – FOSTER (2015) i.m., 240-241;

David ABBOTT, Ruth TOWNSLEY, David WATSON: *Multi-agency working inservices for disabled children: what impact does it have on professionals?* Health and Social Care in the Community, 13, 2005, 155–163;

David CHALLIS et al.: *Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation.* International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 17, 4/2002, 315–325.

<sup>83</sup> HENMAN – FOSTER (2015) i.m., 243-244

<sup>84</sup> Craig BLYTH, Ali GARDNER: *'We're not asking for anything special': direct payments and the carers of disabled children.* Disability and Society, vol. 22, 3/2007, 235-249;

Karen R. FISHER et al.: *Effectiveness of individual funding approaches for disability support,* Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Canberra, 2010

RUZSICS Ilona: *A személyre szabott költségvetés – a felnőtt értelmileg akadályozott személyek társadalmi integrációjának egy eszköze.* Esély, 1/2014, 80-91, 84

<sup>85</sup> Simon PRIDEAUX et al.: *Disabled people and self-directed support schemes: reconceptualising work and welfare in the 21st century.* Disability and Society, vol. 24, 5/2009, 557-569.

<sup>86</sup> Ld. *Submission of the Australian Government Day of General Discussion on the Right of Persons with Disabilities to Live Independently,* 2016, 4; letölthető: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CallDGDtoliveindependently.aspx>

Svédországban, Hollandiában és Németországban.<sup>87</sup> Összefoglalóan – a magyar szakirodalomban is megjelenő kifejezéssel összhangban – „személyre szabott költségvetési rendszereknek” hívhatjuk ezeket a konstrukciókat.<sup>88</sup> Az is a kliens általi koordináció fogalmkörébe tartozik, ha a kliens saját forrásból veszi igénybe a szolgáltatásokat, azonban egy harmadik személynek (pl. támogató) átengedi ezek megszervezését, adminisztrációját, megtartva magának a folyamat fölötti kontrollt.

A modell kétségkívüli előnye, hogy a kliens nagyfokú autonómiát élvez, és teljes mértékben egyénre szabott szolgáltatásokat vehet igénybe. Gazdasági szempontból is előnyösnek mondható ez a rendszer, mivel előidézi a szolgáltatók piaci versenyét (igaz, ez csak akkor valósulhat meg, ha a szolgáltatók többségében profitorientált módon működnek). A gyakorlati tapasztalatok azonban kimutatták a modell hátrányait is: a kliens általi koordináció rendszerint csak akkor sikeres, ha a kliensnek megfelelő, informális támogató közege van, amely segíti őt a szolgáltatók kiválasztásában, a szolgáltatások megszervezésében. Ha a szolgáltatók piaci szereplőként működnek, a kliens csak akkor tudja kielégítően megszervezni saját ellátását, ha maga is piaci szereplőként tud gondolkodni és viselkedni. E készségek – vagy az e téren kapott támogatás – hiánya ellátatlansághoz vagy pazarláshoz vezethet.<sup>89</sup>

Henman és Foster következtetése szerint jelentős mértékben a kliens tulajdonságaitól, támogatói háttérétől függ az, hogy melyik modellben mennyire hatékonyan érheti el a kellő ellátottsági szintet, azaz hogy melyik modell milyen szintű életminőség kialakulásához tud hozzájárulni. Ez összhangban van az (1) és a (2) alpont alatt írt megállapításokkal. A magas életminőséget jelentős önálló életvitel a kliens adottságaitól függően megvalósítható tehát akár a kliens által személyesen – esetleg támogató közege közreműködésével – koordinált, vagy más által – esetfelelős vagy lakóhely által – koordinált modellben. A közösségi alapú lakhatási formákban akármelyik koordinációs modell megjelenhet, s hasznos is, ha az érintett személy számára többféle opció áll rendelkezésre.

### **3.2. A támogatott életvitel hazai megvalósulásának kezdetei**

#### **3.2.1. A rendszerváltást követő intézményrendszer a kitagolási folyamatot megelőzően**

Fent már utaltam rá, hogy Közép- és Kelet-Európában – így hazánkban is – a rendszerváltásig az intézményi ellátási forma kizárólagossága volt jellemző.<sup>90</sup> A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény – a továbbiakban: Szocvtv. – megalkotásakor mereven megkülönböztette a szociális alapellátásokat és a szakosított szociális ellátásokat. Ez utóbbiakat nevezte „szociális intézmény”-eknek.<sup>91</sup> A fogyatékos személyeket befogadó szociális intézmények között tartotta számon a törvény a – tradicionális totális intézményeknek tekinthető – ápoló-gondozó intézményeket, amelyek altípusai a pszichiátriai betegek otthona valamint a fogyatékosok otthona voltak.<sup>92</sup> A szociális intézmények további formái voltak még a rehabilitációs intézmények (a pszichiátriai illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye és a fogyatékosok rehabilitációs intézménye), amelyek elvben a

<sup>87</sup> Ruzsics (2014) i.m., 84-85

<sup>88</sup> V.ö. Ruzsics (2014) i.m.

<sup>89</sup> HENMAN – FOSTER (2015) i.m., 245-247;

<sup>90</sup> RUZSICS (2015) i.m., 7.1-7.2. pont; VERDES Tamás: „A ház az intézet tulajdona” – A totális intézmények lebontásáról, humanizálásáról és modernizálásáról. Esély, 4/2009, 92-114, 92-93

<sup>91</sup> Szocvtv. 4. § (1) bek. f) pont (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint)

<sup>92</sup> Szocvtv. 67. § (2) bek. (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint)



bentlakók önálló életvezetési készségeinek kialakítását, és önálló életvitelre való felkészítését szolgálták volna, de ténylegesen sokkal inkább a klasszikus intézményi berendezkedés volt rájuk jellemző.<sup>93</sup> A bentlakásos szociális intézmények harmadik nagy kategóriája az átmeneti elhelyezést nyújtó otthon volt (ezek között: fogyatékosok gondozóháza), amely ugyan csak korlátozott ideig állt az ott lakók rendelkezésére, jellegében azonban szintén a hagyományos intézményi formát öltötte.<sup>94</sup> Ezek az intézménytípusok a mai napig léteznek (esetleg kicsit módosult elnevezéssel), s azóta új intézményi altípusokat is bevezettek (pl. az átmeneti intézmények között: pszichiátriai betegek átmeneti otthona, szenvedélybetegek átmeneti otthona).<sup>95</sup>

Az intézménytelenítési törekvések kezdetei az 1990-es évek végére tehetőek.<sup>96</sup> 1999-ben került be a Szocvtv.-be a lakóotthon mint új szociális intézményi forma. Lakóotthonok olyan, szükségszerűen kislétszámú (8-12, esetenként legfeljebb 14 fős) lakólétesítmények lehetnek, amelyek az önellátásra legalább részben képes pszichiátriai betegek vagy fogyatékos személyek számára adtak lehetőséget egy normalizáltabb, önállóbb körülmények között zajló életre. Lakóotthonok létesítésére állami forrásból is lehetett pályázni. Azonban az akkori szociálpolitikai elképzelések szerint a lakóotthoni elhelyezés csupán a férőhelyek töredékét váltotta volna ki, a fogyatékos személyek lakóhelye túlnyomó része továbbra is nagy intézményekben lett volna.<sup>97</sup> A lakóotthoni lakhatás azért sem jelenthette az intézményi ellátások valódi alternatíváját, mert a legtöbb lakóotthont a nagy intézmények területén, az „anyaintézménnyel” integrált szervezeti keretben létesítették.<sup>98</sup> Ezekben az esetekben a lakóotthonok teljes mértékben az intézmény berendezkedési struktúráját vették át, csupán egy kisebb létszámú, külön épületet jelentettek a nagy létesítményen belül, se ez semmit nem változtatott a lakók életkörülményein. Verdes Tamás tanulmányában részletesen elemzi, miért és hogyan halt hamvába az első intézménytelenítési kísérlet azzal, hogy a normalizált életfeltételeket a totális intézmények keretei között, s nem azoktól markánsan elkülönítve kívánták megvalósítani.<sup>99</sup>

### 3.2.2. A kitagolási folyamat eddigi eredményei

Fontos jogalkotási fejleményt jelentett a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Fot.) bevezetése, melynek már hatálybalépéskori szövege tartalmazta, hogy a fogyatékos személynek joga van a fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő - családi, lakóotthoni, intézményi - lakhatási forma megválasztásához.<sup>100</sup> Ehhez kapcsolódóan a törvény a záró rendelkezései között rendelkezett arról, hogy a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-jéig át kell alakítani oly módon, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos személyek ellátása

---

<sup>93</sup> Szocvtv. 72. § (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint)

<sup>94</sup> Szocvtv. 80. § (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint)

<sup>95</sup> Szocvtv. 80. §

<sup>96</sup> VERDES (2009) i.m., 99-100; RUZSICS (2015) i.m., 8.3-8.4. pont

<sup>97</sup> 2000-ben 123 fogyatékos személy élt lakóotthonban, míg a többi intézményi formában 15.223 fő. Ez az arány 2008-ra sem változott számottevően: a 1378 lakóotthoni lakossal szemben még mindig 15.027 lakója volt a nagylétszámú intézményeknek. V.ö. RUZSICS (2015), 8.3. pont; VERDES (2009) i.m. 101-103, 106-107;

VERDES Tamás, SCHARLE Ágota, VÁRADI Balázs: *Intézet helyett – A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól*. *Esély*, 4/2011, 3-34, 16

<sup>98</sup> Erre lehetőséget adott, és ad ma is a Szocvtv. 85/B. §-a.

<sup>99</sup> VERDES (2009) i.m.

<sup>100</sup> Fot. 17. § (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint)

kisközösséget befogadó lakóotthonban történjen, továbbá az arra rászoruló súlyos fogyatékos személyek számára humanizált, modernizált intézményi ellátást kell biztosítani.<sup>101</sup> E határidő azonban eredménytelenül telt el. A Fot.-ban foglaltak szerinti szabad lakóhelyválasztási jog pedig értelemszerűen nem érvényesülhetett arra tekintettel, hogy az intézményben lakó fogyatékos személyek túlnyomó része gondnoksági státusza alapján eleve nem élhetett a lakóhelyének meghatározására irányuló jogával,<sup>102</sup> másrészt a fentiek szerint valódi lakhatási alternatívák – az intézményi stílusú és az otthoni körülmények közötti lakhatáson kívül – nem álltak rendelkezésre. A kitagolási határidőre vonatkozó eredeti rendelkezés 2010. március 1-től kezdődően ki is került a törvényből, s helyette a Fot. arról rendelkezett, hogy a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó, 50 főnél nagyobb férőhelyszámú szociális intézmények kiváltására a Kormány által rendeleti úton meghatározott stratégia szerint kell, hogy sor kerüljön. Ennek során pedig 2013. december 31-éig legalább 1500 fő fogyatékos és pszichiátriai beteg személynek ellátást nyújtó intézményi férőhely kiváltásához az európai uniós társfinanszírozással megvalósuló fejlesztési programok nyújtanak támogatást. A törvénytöredék már utalt arra, hogy a kiváltást a CRPD 19. cikkének megfelelő szellemben kell megvalósítani.<sup>103</sup>

A Fot. idézett rendelkezései alapján született meg az első magyar kitagolási stratégiáról szóló 1257/2011. (VII.21.) kormányhatározat és annak melléklete, a „Stratégia a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról” címet viselő dokumentum, amely a 2010-től 2041-ig terjedő időszakra vonatkozóan határozta meg az intézménytelenítési folyamat lépéseit. Ezt a stratégiát 2017. január 25-től felváltotta a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról szóló 1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat (a továbbiakban: Kiváltási Stratégia). Ez utóbbi, jelenleg is irányadó stratégia felvázolja a kiváltási program eddigi tapasztalatait, bemutatja a jogszabályi környezetet és a kiváltási folyamat eddig elért eredményeivel kapcsolatos főbb, hivatalos statisztikákat, a rendelkezésre álló – főként uniós – forrásokat, valamint jelentős részben a CRPD-re támaszkodva meghatározza a kiváltási program alapelveit (pl. támogatott döntéshozatal, támogatott lakhatás, önrendelkezés és emberi méltóság, teljes és hatékony társadalmi részvétel, nők esélyegyenlősége, egyetemes tervezés elve, „semmit rólunk nélkülünk”, észszerű alkalmazkodás).<sup>104</sup> A Kiváltási Stratégia beszámolója szerint 2011-ben a fogyatékossgal élők 7,9 %-a (14 483 fő) élt intézményben, és 64,9 %-uk családban. A 2011-es népszámlálás adatai szerint a mentálisan sérült személyek száma 46 265 fő. Közülük a Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) adatai szerint, 2011-ben pszichiátriai betegek<sup>105</sup> tartós ellátásában 8 785 fő, átmeneti ellátásában 104 fő élt, tehát bentlakásos intézményi ellátást összesen 8 889 fő pszichiátriai beteg személy vett igénybe, ami a mentálisan sérült népesség 19,21%-a. A kiváltási programba annak első szakaszában 6 nagy bentlakásos intézmény kapcsolódott be, s

---

<sup>101</sup> Fot. 29. § (5) bek. (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint)

<sup>102</sup> Vö.: VERDES (2009) i.m., 103; Ruzsics (2015) i.m., 7.3. pont.;

VERDES Tamás, TÓTH Marcell: *A gondnoksági rendszer társadalmi funkcióiról*, é.n., letölthető: [https://tasz.hu/files/tasz/imce/gondnoksag\\_funkcio.pdf](https://tasz.hu/files/tasz/imce/gondnoksag_funkcio.pdf)

<sup>103</sup> Fot. 17. § (2)-(5) bek. (a törvény 2010. március 1-től hatályos szövege szerint)

<sup>104</sup> Kiváltási Stratégia, 7-10

<sup>105</sup> A Szocvtv. a fogyatékos személyektől megkülönbözteti a pszichiátriai betegeket, azonban ez a megkülönböztetés a CRPD 1. cikkében foglalt definíciós rendelkezéssel nincs összhangban, amely a fogyatékos személyek között tartja nyilván a mentális károsodással élő, azaz pszichoszociális fogyatékossgal élő személyeket is (CRPD, 1. cikk: „Fogyatékossgal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi<sup>105</sup> vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”) V.ö. GOMBOS (2013) i.m..

összesen 770 intézményi férőhelyet sikerült kiváltani, 672 támogatott lakhatási férőhely létrehozása mellett.<sup>106</sup>

A stratégia illeszkedik a 2015. évi Országos Fogyatékoságügyi Programhoz (a továbbiakban: OFP),<sup>107</sup> amelynek 7.2. pontja szerint a fogyatékossgal élő személyek lakhatása tekintetében „különös súllyal kell figyelembe venni az önrendelkezés és a társadalmi integráció alapelvét”. Az OFP a kiváltásról szóló stratégiával kapcsolatban e követelményt támasztja: „az erről szóló kormányzati stratégia alapján folytatni szükséges a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltását, hangsúlyt fektetve a kiváltással érintett személyek és intézmények felkészítésére, tájékoztatására, támogatására (...) ezzel párhuzamosan fontos fejlesztési irány a támogatott lakhatás elterjesztését szolgáló fejlesztések indítása.”<sup>108</sup>

A kiváltási folyamat elősegítésekképpen a Szocvtv. 2013-tól a személyes gondoskodást nyújtó szakosított ellátási formák (intézményi ellátások) között új intézménytípust vezetett be: a támogatott lakhatást. A támogatott lakhatás – a törvényi definíciót alapul véve – a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek – ide nem értve a demens személyeket – és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében a lakhatási szolgáltatáson felül is számos, az érintettek autonómiáját elősegítő szolgáltatást nyújt (pl. mentálhigiénés és szociális támogatás, a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő szolgáltatások, szállítás, pedagógiai és egyéb tanácsadás, háztartási segítség, az egyén komplex szükségletfelmérése alapján felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés stb.). Egyes szolgáltatások nyújtása megszervezhető nappali ellátás, támogató szolgáltatás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás vagy más szociális alapszolgáltatás nyújtására jogosult, külső szervezettel való megállapodás alapján. A lakhatási szolgáltatás felső létszámhatárhoz kötött (önálló lakás vagy ház esetén max. 12 fő, épületegyüttes esetén max. 50 fő), ami biztosítja a támogatott lakhatás kics csoportos jellegét.<sup>109</sup>

Az intézménytelenítést támogatják a nagyszámú intézményi férőhelyek korlátozását szolgáló rendelkezések valamint az ápoló-gondozó intézmények további fejlesztését befagyasztó, és a támogatott lakhatás fejlesztésére való fordításra kötelező rendelkezések.<sup>110</sup>

### 3.2.3. A kitagolással kapcsolatos jogi szabályozás kritikai elemzése

Jóllehet a támogatott lakhatás konstrukciója és közfinanszírozási úton történő nyílt preferálása egyértelmű közeledést jelent a CRPD 19. cikkében meghatározott követelményekhez, a jogi szabályozás egyes elemei mégsem mondható kielégítőnek a CRPD-nek való megfelelés szempontjából. Az alábbiakban a támogatott lakhatás és az intézményi rendszer szabályozásával kapcsolatos egyes kritikákat vesszük sorra.<sup>111</sup>

---

<sup>106</sup> Kiváltási Stratégia, 3-4

<sup>107</sup> 15/2015. (IV. 7.) OGY határozat az Országos Fogyatékoságügyi Programról (2015-2025.), Melléklet

<sup>108</sup> OFP, 7. pont

<sup>109</sup> Részletesen: Szocvtv. 75. §.

<sup>110</sup> Szocvtv. 139. § (5)-(8) bek., 140/W. §, 129. §, 57. § (3)-(4) bek., 75. § (8) bek.

<sup>111</sup> A szabályozás kritikus pontjainak összegyűjtésében fontos támpontokat szolgáltatott a dr. Gazsi Adriennel, a kiváltási folyamat mentorával folytatott szakértő interjú, továbbá dr. Gazsi Adrienn, Ruzsics Ilona és dr. Tausz Katalin előadásvázlata („Pénzbeli ellátások, a jogi szabályozás és a nem-bentlakásos támogatási szolgáltatások”), amely az FSZK Nonprofit Kft. és a Kézenfogva Alapítvány által megvalósított, „Új dimenziók a fogyatékos személyek szociális ellátásában” című, közvetlen Európai Unió forrású projekt zárókonferenciáján hangzott el 2016. július 16-án. Az előadás diái letölthetők: <http://fszk.hu/hir/projektzaro-konferencia/>.

- A lakhatási formák integrációjának lehetősége még mindig fennáll, ezért az e tekintetben fent megfogalmazott kritikák továbbra is elmondhatók.<sup>112</sup>
- A támogatott lakhatás a Szocvtv.-ben a személyes gondoskodást nyújtó ellátások között szerepel, s bár – eltérően az ápoló-gondozó, a rehabilitációs és az átmeneti intézményektől valamint a lakóotthonoktól – nem minősül bentlakásos intézménynek,<sup>113</sup> a törvény fogalmi rendszerében mégis a szociális intézmény kategóriájába sorolják.<sup>114</sup> Továbbá a támogatott lakhatásra a törvényben meghatározott eltérésekkel a bentlakásos intézményekre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.<sup>115</sup> Mindez a támogatott lakhatásnak az intézményi formák felé való közeledését hozza magával. A CRPD 19. cikkéből világosan látszik, hogy a közösségi lakhatást és az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatásokat strukturálisan egységben kell kezelni, hiszen ezek együttesen szolgálhatják a fogyatékos személyek autonómián alapuló társadalmi részvételének célját. A Szocvtv. ehhez képest megtartotta azt az eredeti szolgáltatásszervezési koncepciót, amely mereven szétválasztja a bentlakásos intézményi ellátásokat és az életvitelt támogató szolgáltatásokat. A törvény az intézményi ellátások közé sorolja a támogatott lakhatást, az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatásokat (nappali ellátás, támogató szolgáltatás, közösségi ellátás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás stb.) pedig az alapszolgáltatásokhoz.<sup>116</sup> Fontos lenne, hogy az ellátások struktúrája tükrözze a CRPD 19. cikkében hangsúlyozott összefüggéseket.
- Támogatott lakhatásban egyéni komplex szükségletfelmérés vagy a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában való elhelyezésre alapot adó alapvizsgálat és komplex szükségletfelmérés eredménye alapján lehet részt venni. Ha az ellátott ápolást, gondozást nyújtó intézményből vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonból kerül támogatott lakhatásba, az ellátott komplex szükségletfelmérését - folyamatos ellátása mellett - az intézményvezető végzi el. A szükségletfelmérés költségét az intézmény viseli, abban – intézményvezetői kijelölés alapján – az intézmény alkalmazottja részt vesz. A komplex szükségletfelmérés alapján kell meghatározni az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatási elemeket, annak eredménye azonban a támogatott lakhatásra vagy a szükséges szolgáltatásokra való jogosultságot nem teremt.<sup>117</sup> Az ellátás - a komplex szükségletfelmérés alapján - határozott vagy határozatlan időtartamú.<sup>118</sup> Az említett komplex szükségletfelmérés tehát az intézményvezető kezdeményezésére készülő, a vonatkozó rendelet alapján részben orvosi, részben szociális szempontokon alapuló vizsgálat. A jogszabály által rendszeresített, „Komplex támogatás szükségletmérő eszköz” címet viselő lap végén a kitöltőnek – vagyis a felmérés végzőjének – nyilatkoznia kell arról, hogy a támogatott lakhatás igénybevételét megalapozó szükséglet fennáll, vagy nem áll fenn.<sup>119</sup> A támogatott lakhatásban való részvétel tehát sokkal inkább az intézménybe való beutalási rendszerre hasonlít, mintsem a szabad lakóhelyválasztás folyamatára, amelyet a CRPD 19. cikke célul tűzne ki. Az

<sup>112</sup> Szocvtv. 85/B. §

<sup>113</sup> Szocvtv. 56. § (2) bek.

<sup>114</sup> Szocvtv. 4. § (1) bek. h) pont

<sup>115</sup> Szocvtv. 75. § (9) bek.

<sup>116</sup> Szocvtv. 57. § (1)-(2) bek.

<sup>117</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban: 1/2000. SzCsM r.) 110/B. §

<sup>118</sup> Szocvtv. 75. § (9) bek. a) pont

<sup>119</sup> 1/2000. SzCsM r., 14. sz. melléklet

önkéntes részvétel esélyeit tovább rontja, ha az érintett nem teljes cselekvőképességi státuszban van (erről később még részletesen lesz szó).<sup>120</sup>

- A támogatott lakhatás igénybevétele számos vonatkozásokban orvosi szempontú elbíráláshoz kötött. Pl. az érintett az igénybevételről való döntést megelőzően 30 napos „próbaidőt” tölthet az „intézményben”, melynek végén a házi orvos véleményének figyelembevételével döntenek az ellátásról.<sup>121</sup> A támogatott lakhatás igénybevétele iránti kérelemhez mellékelni kell az igénybe vevő szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleményét.<sup>122</sup>
- A támogatott lakhatás során igénybe vehető szolgáltatások meghatározására és az igénybe vevőt körülvevő támogatói kör meghatározására az egyénnek lényegében nincs ráhatása. A támogatott lakhatást igénybe vevő személy mellé az intézményvezető esetfelelőst jelöl ki.<sup>123</sup> Az igénybe vehető szolgáltatásokat a komplex szükségletfelmérést alapján határozzák meg.<sup>124</sup> Mindez csorbítja az önálló döntéseken alapuló, a támogató személyeket saját belátás szerint, bizalmi alapon kiválasztó életvezetés esélyeit.
- A kitagolás folyamata nem terjed ki a rehabilitációs és az átmeneti intézményekre, jóllehet – mint a fentiekben jeleztük – ezek a lakhatási típusok is a valóságban a nagylétszámú, szegregáló intézmények formáját öltötték. A rehabilitációs intézmények vonatkozásában nincs kapacitáskorlátozás. Az átmeneti intézményeket a szabályozás 2022. december 31-ig kivezeti az ellátórendszerből,<sup>125</sup> azonban ezek a támogatott lakhatás mellett rehabilitációs intézményekké is átalakulhatnak,<sup>126</sup> ami a nagylétszámú intézményi struktúra konzerválását erősítő folyamat.

### 3.3. A hazai kiváltási folyamat eddigi eredményeinek értékelése

A Fot. fogyatékos személyek lakhatásáról való jogáról szóló rendelkezései, és az ezek nyomán létrejött első, majd második kiváltási stratégia alapvető viszonyítási pontként hivatkozik a CRPD 19. cikkében foglaltakra. Fontos kérdés azonban, hogy a magyar kiváltási folyamat eddigi tapasztalatai, a Kiváltási Stratégiában követendőnek kijelölt irány valamint az ezzel összhangban létrejött jogszabályi és intézményi környezet mennyiben tükrözi valójában a CRPD említett rendelkezésében foglalt követelményeket.

Maga a tény, hogy az intézménytelenítési folyamat megindult, és az első szakaszában már kézzelfogható eredményekkel járt, feltétlen elismerést érdemel, hiszen abban már tulajdonképpen szakmai konszenzus áll fenn, hogy a fogyatékos személyek túlnyomó részének lényegében közösségi alternatíva nélküli intézményi ellátásba való kényszerítése sem emberi jogi, sem gazdasági okoknál fogva nem tartható. A CRPD vonatkozó rendelkezéseinek behatóbb vizsgálatának és az intézménytelenítés terén nagyobb múlttal rendelkező országokban lefolytatott kutatások, szakmai tapasztalatok tükrében rámutathatunk a magyar kiváltási folyamat egyes koncepcionális hiányosságaira.

---

<sup>120</sup> Ld. 5.2.1. pont.

<sup>121</sup> 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről (a továbbiakban: 9/1999. SzCsM r.), 17. §

<sup>122</sup> 9/1999. SzCsM r., 21. § (1), (6) bek.

<sup>123</sup> 1/2000. SzCsM r. 110/G. §. E szabály elemzéséről részletesebben ld. még: 5.1.3. pont.

<sup>124</sup> 1/2000. SzCsM r. 110/B. §

<sup>125</sup> Szocvtv. 138. § (4) bek.

<sup>126</sup> Miniszteri indokolás az egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról szóló 2016. évi CLXVI. törvény 21. §-ához.

- Amint a 19. cikk címéből és szövegezéséből is világosan kitűnik, a közösségi lakhatási szolgáltatások és az önálló életvitelt szolgáló közösségi szolgáltatások együttesen adhatják a fogyatékos személyek számára a közösségbe integrált, de önálló életvitel alapjait. A Szocvtv. és a kapcsolódó, rendeleti szintű szabályozás nem követi ezt a szemléletet, ugyanis megtartja a szociális intézményeket és a szociális szolgáltatásokat világosan elválasztó szabályozási struktúrát, s a támogatott lakhatást az intézmények közé sorolja.
- A lakóotthon mint intézménytípus bevezetésének eredetileg sem volt célja a fogyatékos személyek túlnyomó részének kivezetése a nagylétszámú lakóintézményekből, így a lakóotthonok megjelenése nem is eredményezett számottevő javulást a fogyatékos személyek összességének lakhatási körülményeinek vonatkozásában. A 2011-től kezdődött kitagolási folyamat a támogatott lakhatást vezette be a közösségi lakhatás alapvető formájaként. A támogatott lakhatásra vonatkozó szabályozás – különös tekintettel arra, hogy részben a szociális intézményekre vonatkozó szabályokat háttérszabályként rendeli alkalmazni<sup>127</sup> – nem tűnik kellően rugalmasnak ahhoz, hogy ebbe a közösségi lakhatási modellek olyan széles spektruma beleférjen, amely lehetőség szerint minden fogyatékos személynek az egyéni szükségleteinek megfelelő, a 19. cikk követelményeit is teljesítő lakhatási formát nyújt.<sup>128</sup> Mint láthattuk, a nemzetközi gyakorlatban az önálló életvitelt elősegítő – lakhatási és életvitelt támogató – szolgáltatáscsomagok összeállításának számos modellje alakult ki, s megállapítást nyert, hogy a modellek sokfélesége szolgálja leginkább azt a célt, hogy az igen eltérő támogatási szükségletekkel rendelkező fogyatékos személyek mindegyike megtalálhassa azt az életmódot, amely az ő esetében a legmagasabb szintű életminőséget segítheti elő. Célszerű lenne, ha a fogyatékos személyeknek egyfelől a támogatási-gondoskodási szükségleteik szerint, másfelől az aktuális és kedvező körülmények között elérhető autonómiájuk maximális tiszteletben tartása mellett az intenzív gondoskodást biztosító lakhatási-támogatási formáktól kezdve a támogatott, közösségi lakhatáson keresztül az önálló vagy családban való lakhatás támogatásáig többféle modell állna rendelkezésére a kiváltási folyamat végén. Magyarországon például teljesen kiaknázatlan a személyre szabott költségvetés intézményrendszere – mint a kliens által koordinált modellek alapformája –, amellyel több országban már kiváló tapasztalatok vannak, s már a magyar szakirodalom is vizsgálta a bevezetés lehetőségeit.
- A támogatott lakhatás rendszerébe való bekerülés és az ottani életbe való beilleszkedés is több ponton azt tükrözi, hogy a jogalkotó nem volt képes teljesen elszakadni az intézményekre vonatkozó szabályozás alapelveitől. A 19. cikkben hangsúlyozott döntésszabadságtól messzemenőig elüt a támogatott lakhatásba való bekerülés beutalásszerű szabályozása, a szolgáltatásszervezésben az intézményvezető által kontrollált szükségletfelmérés dominanciája, az esetfelelős

<sup>127</sup> Szocvtv. 75. § (9) bek.

<sup>128</sup> Azonos véleményt fejt ki: BERNÁT Anikó et al.: *Fogyatékossgal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban - Zárótanulmány a „VP/2013/013/0057 azonosítószámú „New dimension in social protection towards community based living” című projekthez kapcsolódó társadalomtudományi kutatáshoz*. Táarki Zrt., Budapest, 2016, 54-55; letölthető: [http://www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408\\_fszk.pdf](http://www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408_fszk.pdf);

TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT: *A TASZ véleménye az egyes szociális tárgyú rendeletek módosításáról és a szociális módszertani intézmények kijelöléséről és feladatairól szóló 3/2008. (IV.15.) SZMM rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló EMMI rendelet tervezetéről*. Kézirat, Budapest, 2013

intézményvezető által való kijelölése stb.. Meg kell azonban jegyezni, hogy a támogatott lakhatás szabályozása bizonyos vonásokban kellőképpen kidolgozott, és megfelelően reprezentálja a közösségi alapú lakhatás alapelveit (pl. míg más szociális intézményeknél a házirendet a fenntartó hagyja jóvá, támogatott lakhatásnál az „együttélési szabályokat” a fenntartó a lakókkal közösen alakítja ki).<sup>129</sup>

- A szabályozás fontos hiányossága, hogy megengedi a támogatott lakhatás megvalósítását más bentlakásos intézményekkel integrált formában.<sup>130</sup> Így tartani lehet attól, hogy megismétlődik a lakóotthonok kapcsán tapasztalt probléma: a közösségi lakhatási jelleget elnyomja az „anyaintézmény” eredeti struktúrája.

#### 4. Szempontok a CRPD 12. cikkének végrehajtásához

##### 4.1. A CRPD 12. cikke és a benne foglalt paradigmaváltás

A CRPD 12. cikke – a megfogalmazását övező számos kodifikációs vita eredményeképpen – a következő szöveggel lépett hatályba:

*„12. cikk - A törvény előtti egyenlőség*

*1. A részes államok újólal megerősítik, hogy a fogyatékossgal élő személyeknek joguk van ahhoz, hogy a törvény előtt mindenhol személyként ismerjék el őket.*

*2. A részes államok elismerik, hogy a fogyatékossgal élő személyeket az élet minden területén másokkal azonos alapon megilleti a jog-, illetve cselekvőképesség.*

*3. A részes államok meghozzák a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek cselekvőképességének gyakorlásához esetlegesen szükséges segítség hozzáférhetővé váljon.*

*4. A részes államok biztosítják, hogy a cselekvőképesség gyakorlására vonatkozó valamennyi intézkedés, a nemzetközi emberi joggal összhangban, megfelelő és hatékony biztosítékokat tartalmaz a visszaélések megelőzésére. Az ilyen biztosítékok garantálják, hogy a cselekvőképesség gyakorlására vonatkozó intézkedések tiszteletben tartják a személy jogait, akarátát és választásait, összeférhetetlenségtől és indokolatlan befolyástól mentesek, arányosak és a személy körülményeire szabottak, a lehető legrövidebb időre vonatkoznak, továbbá hogy a hatáskörrel rendelkező, független és pártatlan hatóság vagy igazságügyi szerv rendszeresen felülvizsgálja azokat. A biztosítékok azzal arányosak, amilyen mértékben az adott intézkedések érintik a személy jogait és érdekeit.*

*5. E cikk rendelkezéseire figyelemmel a részes államok minden megfelelő és hatékony intézkedést megtesznek a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogának biztosítására a tulajdonhoz való joghoz és az örökléshez való joghoz, saját pénzügyeik ellenőrzéséhez, továbbá bankkölcshöz, jelzáloghoz és más pénzügyi hitelhez való egyenlő hozzáféréshez, illetve biztosítják, hogy a fogyatékossgal élő személyeket önkényesen ne foszthassák meg vagyontuktól.”*

<sup>129</sup> Szocvtv. 92/B. § (1) bek. c) pont, 92/C. § (1) bek. a) pont; 1/2000. SZCSM r. 5. § (4) bek. b) pont

<sup>130</sup> Szocvtv. 85/B. §



A CRPD 12. cikkét, ahogyan arra fent már utaltam, a szakirodalomban méltán tekintik az egyezmény egyik kulcsjelentőségű rendelkezésének, ugyanis az értelmi és pszichoszociális személyek jogi értelemben vett autonómiája, azaz cselekvőképessége vonatkozásában nem egyszerűen a meglévő nemzeti szabályozások finomítását, hanem a cselekvőképességi szabályok terén egyfajta paradigmaváltást jelentő módosítást sürget.<sup>131</sup>

A cselekvőképesség szabályozása terén napjainkban lehetünk tanúi egy kétezer éves paradigma hanyatlásának és egy új paradigma kialakulásának.<sup>132</sup> A régi paradigma – a továbbiakban: „a cselekvőképesség régi paradigmája” – alaptétele volt, hogy léteznek olyan nagykorú személyek, akiknek mentális károsodása a döntéshozatali képességük korlátozottságához vagy hiányához vezet, s emiatt nem alkalmasak arra, hogy önállóan tegyenek jognyilatkozatokat. Így helyettük egy másik személy, a gondnokuk<sup>133</sup> teszi meg azokat. Az 1970-es évektől kezdődően – elsősorban Svédországban, Németországban, Kanadában és az Egyesült Államokban, majd egyre több jogrendszerben – a fogyatékos személyek emberi jogi mozgalmi hatására reformok érintették a gondnoksági rendszereket. Ezek alap gondolata az volt, hogy az emberi méltóság alapvető alkotóelemét képező önrendelkezés fontos aspektusa a jogi aktusok önálló véghezviteléhez való jog, így ennek korlátozása csak a szükséges minimális mértékig engedhető meg. A reformok keretében különféle eljárásjogi garanciákat vezettek be, amelyek a gondnokság alá helyezési eljárás tisztességességét biztosították. Differenciálták a cselekvőképesség fokozatait, lehetővé vált az ügycsoportonkénti korlátozás. A gondnokság mint ún. helyettesítő döntéshozatal rendszerével szemben megjelentek a támogatott döntéshozatal formái, melyeknek lényege, hogy az értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek jogi autonómiája, vagyis cselekvőképességének korlátozására nem kerül sor, hanem önkéntes alapon igénybe vehető támogatást kapnak saját döntéseik kialakításához és kinyilvánításához.<sup>134</sup> Mindezen reformok azonban a régi paradigmán belül helyezhetők el, annak fejlesztését szolgálták, hiszen változatlan maradt a paradigma alapigazsága, mely szerint az emberek két részre oszthatók: olyanokra, akik képesek jogilag releváns ügyeik önálló vitelére, és akik erre nem képesek – még ha ez utóbbi csoport szűkült, helyzetük javult is.<sup>135</sup>

Az új paradigma – a továbbiakban: „a cselekvőképesség új paradigmája” – képviselői szerint a régi paradigma alapigazsága helytelen, és nem más, mint egy évezredes tradíción

---

<sup>131</sup> JAKAB (2011) i.m., 9, 39, 73;

DHANDA (2007) i.m., 456–457;

Nandini DEVI: *Supported Decision-Making and Personal Autonomy for Persons with Intellectual Disabilities: Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Winter/2013, 792–806, 792;

A 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 3

<sup>132</sup> Mindenekelőtt: DHANDA (2007) i.m., 429–462, 431–438. Hasonlóképpen: JAKAB (2011) i.m., 177, 189, 208; GOMBOS (2013) i.m., 8; Kristin Booth GLEN: *Changing Paradigms: Mental Capacity, Legal Capacity, Guardianship and Beyond*, *Columbia Human Rights Law Review*, vol. 44., 2012, 93–168; Gerard QUINN: *Personhood & Legal Capacity, Perspectives on the Paradigm Shift of Article 12 CRPD*, előadás a HPOD konferenciáján, Harvard Law School, Boston, 2010. február 20., letölthető: [http://www.nuigalway.ie/cdlp/staff/gerard\\_quinn.html](http://www.nuigalway.ie/cdlp/staff/gerard_quinn.html)

<sup>133</sup> A továbbiakban összefoglalóan gondnokságnak nevezek minden olyan jogintézményt, amelynek lényege a fentiek szerint, hogy a döntéshozatalra képtelennek nyilvánított személyektől elvonja a döntési jogot, és helyettük más személy hozhat jogilag releváns döntést. A világ jogrendszereiben többféle megnevezés létezik (pl. megbízott vagyongazdálkodó, gyám, kurátor, konzervátor stb.) – v.ö. A 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 6.

<sup>134</sup> A reformokról: DHANDA (2007) i.m., 433–435; GLEN (2012) i.m., 121–130; Stanley S. HERR: *Self-Determination, Autonomy, and Alternatives for Guardianship*, in: Stanley S. HERR (ed.): *The human rights of persons with intellectual disabilities, Different but equal*, Oxford University Press, Oxford, 2003, 429–450.

<sup>135</sup> DHANDA (2007) i.m., 434–435

alapuló elnyomás egy formája. Minthogy az autonómia az emberi méltóság fontos aspektusa, egyetlen embertől sem vonható el az a jog, hogy önállóan döntsön ügyeiben, még akkor sem, ha belátási képessége valamely mentális károsodás folytán sérült. Ebből következően tagadják a helyettesítő döntéshozatal létjogosultságát, és kizárólag a döntéshozatal támogatásának lehetőségét ismerik el. Az új paradigma képviselői nagy lehetőséget láttak a CRPD megalkotásában. A pszichoszociális személyek érdekképviseleteinek hatása érzékelhető az egyezmény törvény előtti egyenlőségről szóló, 12. cikkének kialakításán, amely szerint minden fogyatékos személy számára – tehát az értelmi és pszichoszociális fogyatékos emberek számára is – másokkal azonos alapon biztosítani kell a jog- és cselekvőképességet, a belátási képességben akadályozott személyeknek pedig rendelkezésére kell bocsátani a támogatott döntéshozatal intézményeit.<sup>136</sup>

Könnyű észrevenni, hogy a cselekvőképesség régi és új paradigmái illeszkednek a posztmodern kor fogyatékoságról való tudományos, szakpolitikai, jogi, kulturális stb. gondolkodásának két átfogó, klasszikus paradigmájához: az orvosi és a társadalmi paradigmához, amelyek mibenlétét már tanulmányom elején részleteztem.<sup>137</sup> Az orvosi paradigma keretébe tartozik az a gondolat, mely szerint léteznek olyan személyek, akik valamely, az egyénben rejlő, orvosi relevanciával bíró indoknál fogva a többségtől különböznek, ami alapjául szolgálhat a védelmüket szolgáló, de egyben jogkorlátozással járó intézkedéseknek. A társadalmi paradigma tagadja a fogyatékos személyek tényleges másságát, és az önkényes társadalmi elnyomás megnyilvánulásának tekint minden olyan jogintézményt, amely akadályozza őket az autonóm életvitelben. Nem véletlen, hogy a társadalmi paradigma szószólói a CRPD kulscikkelyeként aposztrofálják a 12. cikket, amely a jog világában való autonómiát egyformán biztosítja a fogyatékos és az ép személyeknek.<sup>138</sup> A két átfogó paradigma ez utóbbi elemei világossá teszik, hogy a cselekvőképesség régi paradigmája az orvosi, a cselekvőképesség új paradigmája pedig a társadalmi modellhez illeszkedik.

#### 4.2. A cselekvőképesség paradigmáinak lehetséges szintézise

Tanulmányom 2.3.3. pontjában már megfogalmaztam, hogy a fogyatékos személyek emberi méltóságának tisztelete, életminőségének javítása valamint társadalmi integrációja megköveteli az orvosi és a társadalmi paradigma szintézisét. Helyesnek tűnik tehát, ha a fogyatékos személyek cselekvőképességével kapcsolatos jogi szabályozás rendezőelveit sem mereven egyik vagy másik paradigmának, hanem az emberi méltóság, életminőség alapértékeinek való megfelelés határozza meg. Mint látni fogjuk, a CRPD 12. cikkének értelmezésének egyes kérdései és a horizontális rendelkezéseivel valamint egyéb cikkeivel való

---

<sup>136</sup> Az új paradigmáról valamint a CRPD 12. cikkének a paradigmaváltásban betöltött lehetséges szerepéről: DHANDA (2007) i.m., 456–461;

Fiona MORRISEY: *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Approach to Decision-Making in Mental Health Law*, European Journal of Health Law, vol. 19, 2012, 423-440;

JAKAB (2011) i.m., 17, 32;

GOMBOS, Gábor – KÖNCZEL, György: *A támogatott döntéshozatal néhány elvi kérdése. Elméleti alapvetés*, in: GOMBOS Gábor et al.: *A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata*, ELTE BGGYK, Budapest, 2009, 3–18, 16–17.

Arlene S. KANTER: *The development of disability rights under international law: From charity to human rights*. Routledge, 2014, 26-63, 235-289

<sup>137</sup> Ld. 2.1. pont.

<sup>138</sup> JAKAB (2011) i.m., 9, 39, 73;

DHANDA (2007) i.m., 456–457;

DEVI (2013) i.m., 792–806, 792;

A 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 3

összhangjának megtalálása tárgyában jelentős viták bontakoznak ki a vonatkozó elemzésekben. Az e vitákban való eligazodáshoz az előzőekben említett alapértékeket mint zsinórmértéket vehetjük alapul. A cikk helyes értelmezés kialakításához először tekintsük át az értelmezés során vitatott kérdéseket, s az ezekre az előbb kialakított értékelési szempontból adható válaszokat.

#### 4.2.1. Az autonómia egyes felfogásai

A nyugati világ jogi kultúrájában központi jelentősége van az autonómia eszméjének.<sup>139</sup> Az autonómia szoros összefüggésben van az emberi méltósággal. Az autonómia fogalmával a filozófia és az etika területén számos forrás foglalkozik.<sup>140</sup> Egy rövid definíciót alapul véve az autonómia, vagyis – az eredeti ógörög szó tükörfordításaként – az én uralma, birtoklása azt jelenti, hogy az egyén önállóan, saját akaratát és vágyait követve hozhat döntéseket. A klasszikus autonómia-felfogás szerint – nevezzük ezt a következőkben a liberális autonómia tanának – az autonóm ember a következő minőségekkel rendelkezik: méltóság, integritás, egyéniség, függetlenség, felelősség, önismeret, önérvényesítés, kötelezettségektől való szabadság, külső meghatározottságtól való szabadság, a saját érdekek tudata.<sup>141</sup> Az autonóm ember szabad akaratával hozza döntéseit. Ura a döntési folyamatnak, azaz képes arra, hogy a döntési folyamat minden lépését végrehajtsa. Képes megragadni saját vágyait és szándékait, s ezek alapján választani a rendelkezésre álló döntési alternatívák között. Képes racionálisan gondolkodni, de szabadságában áll nem racionális motívumokat is alkalmazni a döntéshozatalnál. Képes előre látni döntése reálisan várható következményeit, így döntéseiért jogilag felelős. A nyugati jogrendszerek emberképe az ekként leírható, ideáltipikus autonóm ember.<sup>142</sup>

Ebben a liberális eszmekörben tehát az ember döntéseinek minőségét nem a tartalom határozza meg, hanem az, hogy a döntéshozatal során mennyire sikerült érvényre juttatni a személy autonómiáját. Vagyis a döntést akkor is érvényesnek kell elfogadni, tiszteletben kell tartani, ha az tartalmilag mások szemében észszerűtlen, érthetetlen, ártalmas, ellentmondásos stb.<sup>143</sup> Az egyénnek szabadságában áll olyan döntést hozni, ami számára akár kockázatot vagy ártalmat is jelent. Nem kötelező csupán racionális érveket figyelembe vennie döntésénél, hanem választását befolyásolhatja saját értékrendje, téves információi és érzelmei is. Követheti saját vágyait és kívánságait, döntéseinek nem feltétlenül kell a saját objektív legjobb érdekét szolgálnia.<sup>144</sup>

---

<sup>139</sup> Margaret Isabel HALL: *Mental Capacity in the (Civil) Law: Capacity, Autonomy and Vulnerability*. McGill Law Journal, vol. 58, 1/2012, 61-94, 85-87

<sup>140</sup> Harry G. FRANKFURT: *Freedom of the Will and the Concept of a Person*. The Journal of Philosophy, vol. 68, 1/1971, 5-20, 6-7;

Gerald DWORKIN, *The Concept of Autonomy*, in: Christman, J. (eds), *The Inner Citadel: Essays on Individual Autonomy*, Oxford University Press, New York, 1989;

John Stuart MILL: *On Liberty*, ed. by Alexander, E., Broadview Press, Peterborough, Ont, (6<sup>th</sup> ed.) 1999

<sup>141</sup> DWORKIN (1989) i.m., 57; Margaret I. HALL: *Mental Capacity in the (Civil) Law: Capacity, Autonomy and Vulnerability*. McGill Law Journal, vol. 58., no. 1. (2012), 61–94., 65

<sup>142</sup> Martha A. FINEMAN: *The Autonomy Myth: A Theory of Dependency*, New Press, New York, 2004, 18;

VÉKÁS, Lajos *A Kodifikációs Főbizottság 2000. június 1-jei határozatai*, Polgári Jogi Kodifikáció, 2/2000, 3-4, 3 (A Ptk. megszövegezésével megbízott első kodifikációs főbizottság álláspontja az új Ptk. emberképéről.)

V.ö. még: DEL VILLAR (2015) i.m., 186

<sup>143</sup> HALL (2012) i.m., 66–67;

<sup>144</sup> Natalie F BANNER: Unreasonable reasons: normative judgements in the assessment of mental capacity. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 18., (2012), 1038–1044., 1040–1041; HALL (2012) i. m., 66

Az utóbbi években – elsősorban a feminista szakirodalom hatására<sup>145</sup> – több szerző kísérletet tett arra, hogy az autonómia eszméjét pontosítsa, s így született meg a kapcsolati autonómia elmélete. A kapcsolati autonómia elmélete azon a felismerésen nyugszik, miszerint az ember autonómiája nem egyfajta szélsőségesen individualista életfelfogáson alapul, hanem kapcsolatainak keresztül bontakozhat ki. Az egyén autonómiája nem természetesen, veleszületett módon jön létre, hanem társas kontextusban keletkezik, és ott értelmezhető.<sup>146</sup> Ebből kifolyólag az egyéni döntések sem kizárólag a privát szférán belül születnek, hanem a kapcsolatok hálózatán keresztül hatnak egymásra. Döntéseink kialakításában mások is szerepet játszanak, s döntéseink másokra is hathatnak, sőt hatásuk gyakran tovagyűrűző, az egyén számára beláthatatlan, követhetetlen. Ebből eredően az emberek közötti kapcsolati hálóban kialakul az interdependencia, amely egyénenként valamennyiünket elkerülhetetlenül sérülékennyé tesz. Döntéshozatali készségeink meghatározóak abból a szempontból, hogy e sérülékenység milyen mértéket ölt, vagyis milyen támogatásra szorulunk biztonságunk kialakítása érdekében.<sup>147</sup>

A döntéshozó egyének közötti interakció efféle dinamikáját nem tükrözi a jogi felelősség – hagyományos, liberális autonómia-felfogásra épülő – koncepciója.<sup>148</sup> A jog pontosan meghatározható jogalanyokat terhelő kötelezettségeket ismer, amelyekért a jogalany felelősséggel tartozik.<sup>149</sup> A felelősségben való osztozásra vagy a döntés következményeinek áthárítására csak korlátozott esetkörben és mértékben, t.i. akkor van lehetőség, ha másnak szintén valamilyen jogi kötelezettsége állt volna fent a döntés kialakításával vagy végrehajtásával kapcsolatosan.<sup>150</sup> Egyéb esetben a jog nincs tekintettel a döntések társadalmi beágyazottságára.<sup>151</sup>

Ha a kapcsolati autonómia tanából indulunk ki, korántsem olyan egyértelmű, hogy egy döntés minőségét egyedül az határozná meg, hogy az egyén mennyire élhetett önrendelkezési

---

<sup>145</sup> Jennifer NEDELSKY: *Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities*, Yale Journal of Law and Feminism, vol. 1, 2007, 7-36, 7;

Susan WENDELL: *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, London, Routledge, 1996.

<sup>146</sup> HALL (2012) op. cit., 86-87;

John CHRISTMAN *Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves*, Philosophical Studies, vol. 117, 1-2/2004, 143-164;

Catriona MCKENZIE – Natalie STOLJAR: *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, Oxford, 2000;

Caroline MCLEOD – Susan SHERWIN: *Relational Autonomy, Self-Trust, and Health Care for Patients Who Are Oppressed*, in: MCKENZIE. – STOLJAR (eds.) (2000) op. cit.;

NEDELSKY (1989) i.m.;

DEL VILLAR (2005) i.m., 186

<sup>147</sup> V.ö. Carolina Yoko FURUSHO: *Uncovering the Human Rights of the Vulnerable Subject and Correlated State Duties under Liberalism*. UCL Journal of Law and Jurisprudence, 5/2006, 175-205.

<sup>148</sup> V.ö. MORRISEY (2012) i.m., 431.

<sup>149</sup> DELI Gergely: *Észrevételek a jogi felelősség fogalmáról - A censori regimen morum mint a felelősségre vonás intézménye*, Iustum Aequum Salutare, 2/2007, 159-177, letölthető: <http://ias.jak.ppke.hu/hir/ias/20073sz/11.pdf>, 170-174 (a jogi felelősségről szóló magyar szakirodalom áttekintésével).

<sup>150</sup> Például ha valaki családi mintakövetés során jut el a bűnöző életmódhoz, de közvetlenül egy adott bűncselekményhez nem segédkeznek a családtagok, ez utóbbiak büntetőjogi felelősségre nem vonhatók. Az elkövető döntésére nyilvánvalóan hatottak a korábban otthon látott példák, azonban a konkrét esetben ezeknek nincs büntetőjogi relevanciája. Tettéért a teljes felelősséget a tettes viseli.

<sup>151</sup> Arról a jelenségről, hogy a döntésekért viselt jogi felelősség alanya gyakran nem azonos azzal, aki ténylegesen meghozta az adott döntést, vagy arra meghatározó befolyással volt:

Marshall B. KAPP: *Decisional capacity in theory and practice: legal process versus 'bumbling through'*, Aging and Mental Health, vol. 6, 4/2002, 414-417, 414;

Muriel R. GILLICK: *Lifelines: living longer, growing frail, taking heart*, W.W. Norton and Company, New York, 2001.

jogával a döntéshozatala során. Egyrészt megkérdőjelezhető, hogy lehetséges-e egyáltalán teljes mértékben önálló döntést hozni, ha az egyén autonómiája is mások által meghatározott. E felfogás a liberális autonómia központi tételét, mely szerint az ember képes kontrollálni a saját testi működését, életét, csupán fikciónak, mítosznak tartja.<sup>152</sup> A döntéshozatal így sosem egyedül egy személy akciója, hanem számos külső hatás is megjelenik benne, amelyekért valaki más, ha nem is feltétlenül jogi, de etikai értelemben felelős lehet. Másrészt a döntés többnyire másokra is hat, s ez felerősíti a döntés tartalmának jelentőségét a döntésminőség meghatározásánál. Minél jelentősebb az adott döntés közösségi – mások magánérdekét vagy a közérdeket érintő – vetülete, annál fontosabb tényezőként jön figyelembe a döntés tartalmának vizsgálata a döntés minőségének meghatározásakor.<sup>153</sup>

#### **4.2.2. Az autonómia és a CRPD-ben foglalt más jogok, értékek kompetitív helyzete**

Mint már korábban is rámutattam, a fogyatékos személyek autonómiájának biztosítása a CRPD-ben alapvető követelmény, amelyet az egyezmény bármely cikkének végrehajtása során szem előtt kell tartani, s a végrehajtás módjainak meghatározásánál ennek fényében kell eljárni.<sup>154</sup> A 12. cikk Kommentárja a bevezető megjegyzések között kifejti, hogy a törvény előtti egyenlőség az emberi jogi védelem alapvető elve, és elválaszthatatlan a többi emberi jog gyakorlásától.<sup>155</sup> Ugyanakkor már jeleztem azt a dilemmát, mely szerint a döntéshozatali képességben akadályozott értelmi és pszichoszociális fogyatékosokkal élő személyek cselekvési autonómiájának szélesre tárása jelentős kockázatot jelenthet a magas szintű életminőségekre, vagyis az ehhez kapcsolódó jogok (így különösen: élethez való jog – 10. cikk –, mentesség a kizsákmányoslástól, visszaélésektől és az erőszaktól – 16. cikk –, a legmagasabb elérhető szintű egészséghez való jog – 25. cikk –, a rehabilitációhoz, rehabilitációhoz való jog – 26. cikk –, a megfelelő életszínvonalhoz és szociális védelemhez való jog – 28. cikk) érvényesülésére.<sup>156</sup> Ugyanakkor az autonóm cselekvés lehetőségének elvonása ugyanúgy sérelmes az emberi méltóságra és a magas szintű életminőségre nézve.<sup>157</sup> Ebben a szituációban kell megtalálni a CRPD-ben foglalt jogok közötti kompromisszum lehetőségét, mégpedig az emberi méltóság és a magas szintű életminőség mint szintetizáló alapértékek mind teljesebb érvényesülésének szempontjai szerint.

A CRPD versengő értékeinek egyeztetése során fontos figyelemmel lenni arra a – már szintén hivatkozott – tényre, hogy a fogyatékos személyek csoportja mind a fogyatékoság típusait, mind a gondozási-támogatási szükséglet mértékét tekintve igen sokszínű. Ezért magas szintű életminőségük biztosításához egyes jogok gyakorlásában eltérő mértékű és minőségű támogatást igényelnek.<sup>158</sup> A fogyatékos személyeknek négy olyan nagy csoportja azonosítható, amelynek tagjai különösen ki vannak téve a döntéshozatali készségek károsodása, illetve az autonómia gyakorlásában való akadályozottság veszélyének. E négy csoport: (1) az értelmi fogyatékos, a (2) a mentális károsodással élő, (3) a szerzett agysérüléssel élő valamint (4) a dementiával élő személyek. E tipológia rámutat arra is, hogy a döntéshozatalban való támogatásra e személyi köröknek eltérő életszakaszban, eltérő minőségben van szükségük: az

<sup>152</sup> WENDELL (1996) i.m., 93-105

<sup>153</sup> Egyetértő álláspont: HALL (2012) i.m., 66-67.

<sup>154</sup> Ld. 2.3.2. pont.

<sup>155</sup> A 12. cikk Kommentárja, 1-2

<sup>156</sup> Ld. 2.3.3. pont. V.ö. DEL VILLAR (2015) i.m., 182-184; CARNEY (2015) i.m., 40; HALMOS (2017) i.m., 290

<sup>157</sup> V.ö. még: WINKLER et al. (2016) i.m., 230-231.

<sup>158</sup> Ld. 2.2., 2.3.3. pont

értelmi fogyatékos személyek különösen a felnőttkorba lépés idején, illetve szüleik erejének megfogyatkozása, halála esetén; a mentális károsodással élő emberek a károsodás jellegének megfelelően, többnyire vissza-visszatérő jelleggel; a szerzett agysérüléssel élők a sérülés előtti preferenciáik feltárásában; a demens személyek pedig a dementia korai, a saját preferenciák artikulálására jobban képes szakaszában igényelnek támogatást.<sup>159</sup> Mindez önmagában rávilágít arra, hogy a döntési képességek károsodása és az autonómia megéléséhez nyújtott támogatás fogyatékosági csoportonként, személyenként nagyon különböző lehet.

Ennek továbbfejtéséhez a továbbiakban egy egyszerűbb tipológiát használunk, s csupán az értelmi és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek – ezalatt értve a (2)-(4) kategóriákat – két nagy csoportját különböztetjük meg a korábban már lefektetett definíciós kereteknek megfelelően.<sup>160</sup> Az értelmi és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek ugyanis igen különböző módon szorulhatnak támogatásra döntéshozataluk során. Egy izraeli kutatásban fogyatékossgal élő személyek és szüleiket körében külön klaszterben végeztek elemzést aszerint, hogy az érintettek fogyatékossga értelmi vagy pszichoszociális jellegű volt-e.<sup>161</sup> Az értelmi fogyatékos személyek és szüleik klaszterében az alábbi, fontosabb megállapítások nyertek igazolást:

- Az értelmi fogyatékos fiatal felnőttek gondnokai általában a saját szüleik lesznek. A gondnokság így egyfajta „meghosszabbított gyermekkorként” működik, hiszen folytatódik a gyermekkorban jellemző döntéshozatali rend: a gyermek helyett a szülője hozza meg a legtöbb fontos döntést. A legtöbb felnőtt értelmi fogyatékos személyek szülője úgy gondolja, továbbra is az élet minden fontos kérdésében (így: öltözködés, testápolás, munka, lakhatás, emberi kapcsolatok, házasságkötés stb.) döntő szerepet kell játszania. A szülők felnőtt gyermekük védelmét nagyobb értéknek tekintik, mint az önállóságuk támogatását.
- Az értelmi fogyatékos gondnokoltak többségükben maguk is úgy értékelték, hogy szükségük van a gondnokra, és helyeselték, hogy helyettük hozzák meg a döntéseket. A megkérdezetteknek megközelítőleg a fele azonban terhesnek érezte a gondnokságot, túl szigorúnak érezte, és magát védtelennek találta a gondnok dominanciájával szemben. A megkérdezetteknek általában kisebb igényük

---

<sup>159</sup> CARNEY (2015) i.m., 34;

Terry CARNEY, Patrick KEYZER: *Planning for the future: Arrangements for the assistance of people planning for the future of people with impaired capacity*. Queensland University of Technology Law and Justice Journal, 7/2007, 255–278;

Patrick KEYZER, Terry CARNEY, David TAIT: *I Hope He Dies before Me: Caring for Ageing Children with Intellectual Disabilities and Against the Odds: Parents with Intellectual Disability*. Sydney, Commonwealth of Australia/UTS, 1997;

Soumitra PATHARE, Laura SHIELDS: *Supported Decision-Making for Persons with Mental Illness: A Review*. Public Health Reviews, 34/2012, 1–40.;

Terry CARNEY, Fleur BEAUPERT: *Public and private bricolage-challenges balancing law, services and civil society in advancing CRPD supported decision making*. University of New South Wales Law Journal, 36/2013, 175–201., 198;

Deirdre FETHERSTONHAUGH et al.: *'The Red Dress or the Blue?'* How do Staff Perceive That They Support Decision Making for People with Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? Journal of Applied Gerontology, 2014. doi:0733464814531089;

Kritika SAMSI, Jill MANTHORPE: *Everyday Decision-Making in Dementia: Findings from a Longitudinal Interview Study of People with Dementia and Family Carers*. International Psychogeriatrics/IPA 25, 2013, 949–961.

<sup>160</sup> A pszichoszociális fogyatékossg fogalmáról részletesen ld. a 2.3.3. pontban.

<sup>161</sup> Shirli WERNER, Rachel CHABANY: *Guardianship law versus supported decision-making policies: Perceptions of persons with intellectual or psychiatric disabilities and parents*. American Journal of Orthopsychiatry, vol. 86, 5/2016, 486.

mutakozott az önállóságra (a másik klaszterhez képest). A támogatott döntéshozatal hasznosságával kapcsolatban a szülők többsége inkább szkeptikus volt, az érintettek között pedig jelentősen megoszlottak vélemények.<sup>162</sup>

A pszichoszociális fogyatékossgal érintett klaszterben megkérdezettek jelentősen eltérő módon nyilatkoztak.

- A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek szülei általában úgy vélekedtek, hogy felnőtt gyermekük képes az önálló döntéshozatalra, csak a mentális károsodásból eredő krízisidőszakokban tartották fontosnak a döntéshozatalban való helyettesítést, amelyben az érintettek olyan döntéseket szoktak hozni, amelyeket később rendszerint maguk is megbánnak (pl. a krízisidőszakban való túlköltekezés). A szülők kevésbé magukat szeretnék látni a gondnok szerepében, mint inkább egy harmadik személyt, aki a krízisidőszakokban a szülő és a felnőtt gyermeke közötti kommunikációs feszültségben független „tekintélyszemélyként” tud az érintett mellett állni. A szülők a krízisidőszakokon kívüli helyzetekben a támogatott döntéshozatal modelljébe illő támogatói szerepet próbálták felvenni, de általában ragaszkodtak ahhoz, hogy krízisidőszakokban megmaradjon a helyettesítő döntéshozatal lehetősége. Tárgy szerint elsősorban az anyagi kérdésekben való döntéshozatalt sorolták a segítséget igénylő döntési helyzetek közé, a többi életterületen a döntéshozatali készségeket kielégítőnek tartották.
- Az érintetteknek a krízisidőszakon kívüli szakaszokban a másik klaszternél jóval nagyobb volt az önállóságra való igényük, ezen időszakokra a támogatott döntéshozatal modelljét tartották megfelelőnek. Maguk is úgy vélték azonban, hogy a krízisidőszakokban hasznos a gondnokság. A megkérdezettek többsége összességében terhesnek tartotta a gondnokságot, túl szigorúnak, és magukat védtelennek érezték a gondnokkal szemben. A gondnok vagy támogató személyét illetően többségben a szülőt szerették volna látni, de nem feltétlenül.<sup>163</sup>

Más elemzések is alátámasztják a fentiekben írt eredményeket. Egy, e tárgyban született, a nemzetközi szakirodalmat áttekintő metaelemzés felhívja a figyelmet arra, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek döntéshozatalát illetően a kutatások túlnyomó része csak az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos döntéshozatalra, és az abban való helyettesítés illetve támogatás helyénvalóságára koncentrált, így erős szükséglet mutatkozik az élet egyéb területein – például a fenti bemutatott, izraeli tanulmányban kiemelt, pénzügyi téren való – döntéshozatali képességek és támogatási szükséglet vizsgálatára.<sup>164</sup> Más elemzések is vizsgálták a mentális károsodások és a döntéshozatalban való támogatás illetve szükségességét. Katrine Del Villar a vonatkozó szakirodalmi adatok feltárásával rámutat, hogy a vélemények megoszlanak abban a kérdésben, hogy a mentális károsodást egyáltalán károsodásnak kell-e

---

<sup>162</sup> Ibid, 490-492, 494-495;

Ld. még: Aviva MILL et al: *Negotiating autonomy within the family: The experiences of young adults with intellectual disabilities*. British Journal of Learning Disabilities, vol. 38, 194–200. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00575.x>;

Edurne GARCIA-IRIARTE, et al: *'Who did what?': a participatory action research project to increase group capacity for advocacy*" Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities vol. 22, 1/2009, 10-22.

<sup>163</sup> WERNER – CHABANY (2016) i.m., 490-495;

Ld. még: Bart SOENENS, Maarten VANSTEENKISTE: *Antecedents and outcomes of self-determination in 3 life domains: The role of parents' and teachers' autonomy support*. Journal of Youth and Adolescence, vol. 34, 6/2005, 589-604.

<sup>164</sup> PATHARE – SHIELDS (2012) i.m., 17



tekinteni, vagyis olyan tényezőnek, amely korrekciót, kezelést igényel-e.<sup>165</sup> A társadalmi modell koncepciójához kapcsolódóan ugyanis több szerző érvel amellest, hogy a mentális károsodás csupán egy társadalmi konstrukció: mentálisan károsodottnak azt a személyt bélyegzi meg a többségi társadalom, aki a többség által önkényesen meghatározott „normális”, „észszerű” attitűdtől eltérően viselkedik. A pszichoszociális fogyatékoság tehát abból adódik, hogy valakit az eltérő viselkedésmódja alapján a többség elítél, kirekeszt, marginalizál. A pszichoszociális fogyatékoság „megoldása” tehát nem valamely mentális károsodás gyógyításában, kiküszöblésében állnak, hanem az azzal összefüggő, atipikus viselkedésmintáknak az emberi sokszínűség részeként való elfogadásában. E felfogás képviselői az embereket nem minősítik mentálisan épnek vagy károsodottnak, jobban kedvelik – értéksemleges kifejezések mentén – az emberiség neurotipikus és a neuroatipikus csoportokra való osztását.<sup>166</sup> Ebből következően semmilyen módon nem lehet elvitatni vagy elvonni a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek döntéshozatali autonómiáját, semmisnek nyilvánítani egyes döntéseit, és az ügyeikben való döntéshozatalt helyettesítő személyre bízni.<sup>167</sup> Mások azonban ellenzik ezt a radikálisan konstrukcionista felfogást. Érveik lényege, hogy a mentálisan sérült személyek károsodása nemcsak társadalmi konstrukció, hanem valós és lényeges emberi tapasztalat.<sup>168</sup> A mentális károsodások tünetei gyakorta időben és intenzitásban hullámzó mintázat szerint törnek felszínre vagy maradnak rejtetten: egyes szakaszokban az érintett saját, s a többségi társadaloméival többnyire összhangban lévő normák szerint viselkedik, a kritikus szakaszokban azonban ettől eltér. Tehát a norma, amelyhez képest a mentálisan károsodott személy viselkedése eltérhet, jellemzően nem a társadalom által ráerőltetett kánon, hanem egy saját, belső mérce, amelytől a kritikus időszakokban elidegenedik. Ilyen esetekben nem feltétlenül elegendő a támogatás, hanem erőteljesebb – orvosi, jogi vagy más szakterületen történő – külső beavatkozás lehet szükséges ahhoz, hogy az egyén visszataláljon saját énjéhez. Ezzel indokolható az a paradoxon, hogy a döntéshozatalban való helyettesítés a saját, valódi döntésekhez való visszatalálás eszközét képezheti.<sup>169</sup> (Ez összhangban van a fent ismertetett izraeli tanulmány ismertetett megállapításaival.)

---

<sup>165</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 182-183

<sup>166</sup> V.ö.: Margaret PRICE: *Mental Disability and Other Terms of Art*, Profession, 2010, 117-123

<sup>167</sup> Rosemary KAYESS, Phillip FRENCH: *Out of Darkness into Light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Human Rights Law Review, vol. 8, 1/2008, 1–34, 6;

Annegret KÄMPF: *The Disabilities Convention and its Consequences for Mental Health Laws in Australia*. Law in Context, vol. 26, 2008, 10–36., 26;

Tina MINKOWITZ: *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Non-Consensual Psychiatric Interventions*. Syracuse Journal of International Law and Commerce, vol. 34, 2007, 405–28.;

GOMBOS Gábor – KÖNCZEI György: A támogatott döntéshozatal néhány elvi kérdése, Elméleti alapvetés. In: GOMBOS Gábor et al.: *A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata*. Budapest, ELTE BGGYK, 2009., 3-18; MORRISEY (2012) i. m. 427.

<sup>168</sup> Jonathan HERRING: *Medical Law and Ethics*. Oxford, Oxford University Press, 2012., 7;

Peter BARTLETT. *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law*. Modern Law Review, vol. 75, 2012, 752–778, 759;

Tom BURNS: *Mental Illness is Different and Ignoring its Differences Profits Nobody*. Journal of Mental Health Law, 2010, 34–39, 34;

Wayne MARTIN et al.: *Achieving CRPD Compliance. An Essex Autonomy Project Position Paper. Report to the UK Ministry of Justice*. 22 September 2014., 21-22; letölthető: <http://autonomy.essex.ac.uk/uncrpd-report>;

Eric MATTHEWS: *Autonomy and the Psychiatric Patient*. Journal of Applied Philosophy, vol. 17, 2000, 59–70.

<sup>169</sup> BURNS (2010) i.m., 37; DEL VILLAR (2015) i.m., 182-183;

V.ö. még: AUSTRALIAN LAW REFORM COMMISSION: *Equality, Capacity and Disability in Commonwealth Laws (Discussion Paper 81)*. Commonwealth of Australia, 2014, letölthető: [http://www.alrc.gov.au/sites/default/files/pdfs/publications/whole\\_dp81.pdf](http://www.alrc.gov.au/sites/default/files/pdfs/publications/whole_dp81.pdf);

Az értelmi és pszichoszociális fogyatékosokkal élő személyek döntéshozatali autonómiáját, annak támogatását érintő jogi szabályozás kialakítása során el kell fogadni, hogy e személyek CRPD-ben szereplő, egyes jogainak érvényesítése nem feltétlenül egymást támogató folyamat, hanem sokkal inkább az ezek közötti egyensúlyra, kompromisszumra kell törekedni.<sup>170</sup> A CRPD ebben nem ad eligazítást. Megfelelően rugalmas szabályozási kereteket kell kialakítani. Ennek során figyelembe kell venni a fogyatékoság minőségét, a gondozási-támogatási szükséglet mértékét és azt, hogy az adott fogyatékos személynek mely jogai élvezetéhez kell több támogatást nyújtani a magas szintű életminősége kialakítása érdekében. Az alábbiakban a cselekvőképesség új paradigmájának centrumában elhelyezkedő támogatott döntéshozatalban e téren rejlő lehetőségeket és alkalmazásának határait elemzem.

### 4.3. A támogatott döntéshozatal fogalma és helye a fogyatékos személyek döntései minőségének növelésében

#### 4.3.1. A támogatott döntéshozatal fogalma

A CRPD-ben a támogatott döntéshozatal fogalma csak említésszerűen szerepel (12. cikk, 3. pont), a támogatás tartalmi elemeinek, elveinek felsorolása nélkül. A támogatott döntéshozatal fogalmát, kritériumait megalkotó szakirodalom részben tehát a támogatott döntéshozatal egyes jogrendszerekben konkrétan megvalósult formáinak elemzésére támaszkodik,<sup>171</sup> részben pedig a helyettesítő döntéshozatal rendszereinek elméleti ellenpontozását végzi el. A támogatott döntéshozatal az alábbi ismérvek szerint határozható meg:

- Mint mindenki, a fogyatékos személyek is rendelkeznek döntéshozatali képességgel. Előfordulhat azonban, hogy az ember döntéshozatali képessége korlátozott, károsodott. A korlátozottság, károsodás hatásait lehetőség szerint nem a cselekvőképesség korlátozásával, hanem külső támogatással kell kiküszöbölni.<sup>172</sup>
- A támogatott döntéshozatal létjogosultsága annak a ténynek az elismerésére épül, hogy az egyének döntéseink meghozatala és végrehajtása során interdependens

---

Georg SZMUKLER: *Submission to Committee on the Rights of Persons with Disabilities on the Draft General Comment on Article 12.* 2014.  
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx>;

Georg SZMUKLER, Rowena DAW, Felicity CALLARD: Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37., (2014), 245–252.;

Natalie BANNER – Georg SZMUKLER: 'Radical interpretation' and the assessment of decision-making capacity. *Journal of Applied Philosophy*, vol. 30., (2013), 379–394.,  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/japp.12035/abstract>;

John DAWSON, Georg SZMUKLER: Fusion of mental health and incapacity legislation. *British Journal of Psychiatry*, vol. 188. (2006), 504–550.

<sup>170</sup> Ld. 2.3.3. pont.

<sup>171</sup> V.ö. TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT: *Vélemény a támogatott döntéshozatalról szóló törvénytervezetről és a kapcsolódó törvénymódosítások első szövegváltozatáról*, 2013, letölthető: <http://tasz.hu/files/tasz/imce/tl-vegleges.pdf> (a szövegbeli hivatkozás: „TASZ (2013a)”)

GOMBOS – KÖNCZEI (2009) i.m., 6, 15–16.;

*Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (ed.: Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA), the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and the Inter-Parliamentary Union (IPU)), SRO-Kundig, Geneva, 2007, letölthető: <http://www.ipu.org/PDF/publications/disabilities-e.pdf>, 89-91

<sup>172</sup> TASZ (2013a) i.m., 1

viszonyban állnak egymással. Így módon a támogatott döntéshozatal az autonómiafelfogások közül a kapcsolati autonómia tanába ágyazódik be.<sup>173</sup>

- A támogatott döntéshozatalban az érintett hozza meg a döntést, amely jogi értelemben érvényes lesz. A döntési folyamat kontrollja végig az érintettnél marad.<sup>174</sup>
- A támogatás egy döntéshozatali folyamat több fázisához is kapcsolódhat. A döntéshozatal folyamatát a döntéselmélet szakterületére tartozó források többféleképpen modellezik.<sup>175</sup> Elemzésemhez azt a modellt<sup>176</sup> alkalmazom, mely szerint a döntési folyamat lépései a következők: (1) a döntési helyzet felismerése; (2) motiváltság a döntésre; (3) információgyűjtés a választási lehetőségekről; (4) az információ feldolgozása, mérlegelése; (5) választás a lehetőségek közül (ez a szűk értelemben vett döntés); (6) a döntés kinyilvánítása. A támogatott döntéshozatal elsősorban a döntéshozatali folyamat az 1-3. valamint 6. lépcsőhöz kapcsolódhat. A belátási képesség gyakorlása (4-5. lépcsőfok) ugyanis a döntési folyamat legindividuaisabb része, ebben szituatív módon kevesebb segítség nyújtható (bár hosszútávú támogatással e készség is kondicionálható, fejleszhető), viszont az ezt megelőző és követő döntési lépéseknél a döntéshozó hathatósan részesíthető külső támogatásban. Ennek eredményeképp a döntéshozatali képességet (*ability*) jelentősen meghaladhatja a tényleges döntéshozatali lehetőség (*capability*). Míg a döntéshozatali képesség kizárólag az egyénben rejlő, a döntéshozatalt elősegítő készségekre épül, a döntéshozatali lehetőség magában foglalja azokat a külső tényezőket is, amelyek befolyásolják a döntési folyamat lezajlását és kimenetét.<sup>177</sup>
- A támogatott döntéshozatal alapja a támogató és a támogatott közötti bizalmi kapcsolat és az ezen nyugvó megállapodás. A megállapodást okiratban vagy bíróság előtt kell megerősíteni, ezen túl azonban intézményes kontroll alá nem vonható.<sup>178</sup>

---

<sup>173</sup> Ld. 4.2.1. pont.

V.ö. GOODING (2013) i.m., 434-435.

<sup>174</sup> Matt J. JAMESON et al.: *Guardianship and the potential of supported decision making with individuals with disabilities*. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, vol. 40, 1/2015, 36-51, 38, Leslie SALZMAN: *Rethinking guardianship (again): Substituted decision making as a violation of the integration mandate of Title II of the Americans with Disabilities Act*. University of Colorado Law Review, vol. 81, 2010, 157-244.

<sup>175</sup> Pl. NAGY Zita: *Támogatott döntéshozatal: fogalmak, kérdések és kételyek – a szakértői vélemények tükrében*. In: GOMBOS et al. (2009) i.m. 65–88, 71–72;

BANNER (2012) i.m., 1038–1039;

Kathleen M. EISENHARDT – Mark J. ZBARACKI: *Strategic Decision-Making*. Strategic Management Journal, vol. 13, 1992, 17–37 (irodalmi áttekintéssel).

<sup>176</sup> Főként NAGY (2009) i.m., 71–72 alapján.

<sup>177</sup> V.ö. Michael BACH – Lana KERZNER: *A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right of Legal Capacity*. Law Commission of Ontario, 2010. <http://www.lco-cdo.org/en/disabilities-call-for-papers-bach-kerzner>, 21–23.; SEN (1980) i. m.; SEN (1985) i. m.; NUSSBAUM (2003.) i. m. 21; Caroline HARNACKE: *Disability and Capability: Exploring the Usefulness of Martha Nussbaum's Capabilities Approach for the UN Disability Rights Convention*. Journal of Law, Medicine and Ethics, Winter/2013., 767–780, 768–772.

<sup>178</sup> TASZ (2013a) i.m., 1, 3

- A támogatott döntéshozatal igénybevétele önkéntes, csak a támogató és a támogatott szabad beleegyezése alapján jöhet létre és szüntethető meg a támogatói kapcsolat.<sup>179</sup>
- A támogatott döntéshozatal annyiban több az informális segítségnyújtásnál, hogy a támogató számára jogi státuszt ad, amelynél fogva jelen lehet a döntéshozatali helyzeteknél, információt kérhet, a döntéssel érintett más személyekkel, szervezetekkel, hivatalos szervekkel is kapcsolatba léphet.<sup>180</sup>
- A támogatónak abban kell segítenie a támogatottat, hogy a saját akaratának, vágyainak megfelelő döntést hozza meg, és nem a támogató vagy más által, az „objektív” legjobb érdeke szerinti döntést.<sup>181</sup>
- A támogatott döntéshozatalnál alkalmazni kell az észszerű alkalmazkodás elvét: az egyénnek meg kell kapnia mindazon támogatást, amely az önálló döntéshozatal lehetővé tételéhez szükséges, feltéve, hogy ez másokra aránytalan terhet nem jelent.<sup>182</sup> (A támogatott döntéshozatal és az észszerű alkalmazkodás elvének kapcsolatáról ld. még alább.<sup>183</sup>)

Egy 2012-ben készült felmérés szerint egyetlen állam – ideértve a támogatott döntéshozatal szempontjából mintának tekintett államokat – sem tette magáévá eddig a 12. cikk radikális értelmezését, mely a helyettesítő döntéshozatal teljes intézményrendszerét kiiktatná, és tisztán a támogatott döntéshozatal modelljét venné alapul.<sup>184</sup>

#### 4.3.2. A támogatott döntéshozatal nemzetközi példái

A támogatás sokféle formát ölthet és ölt is a nemzetközi gyakorlatban.

Támogató lehet egy vagy több személy, támogatásra specializálódott szervezet vagy támogatói hálózat. A támogatói hálózat a támogatott egyénhez kapcsolódó személyek csoportja, akiknek feladata, hogy az érintettet döntéshozatalában a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelően segítsék. Támogatói hálózatok szervezett létesítésére találunk példát Kanadában, az Egyesült Királyságban, Ausztráliában, Bulgáriában és Írországban.<sup>185</sup> Hálózatba nem rendeződő, egyéni támogató általi támogatás rendszereit dolgozták ki például szintén Kanadában, Svédországban, Németországban valamint az Egyesült Államok egyes államaiban (pl. Utah).<sup>186</sup> Ma már bőséges szakirodalom áll rendelkezésre az egyes támogatói struktúrák, különösen a támogatói hálózatokat a gyakorlatban alkalmazó nemzetközi példák tanulmányozására.<sup>187</sup>

<sup>179</sup> TASZ (2013a) i.m., 3; GOMBOS – KÖNCZEI (2009) i.m., 16; JAKAB (2011) i.m., 101; SALZMAN (2010) i.m.; JAMESON et al. (2015) i.m., 38

<sup>180</sup> DEVI (2013) i.m., 795

<sup>181</sup> DEVI (2013) i.m., 795; GOMBOS – KÖNCZEI (2009) i.m., 16

<sup>182</sup> BACH – KERZNER (2010) i.m., 110-115; DHANDA (2007) i.m.

<sup>183</sup> 4.4. pont.

<sup>184</sup> PATHARE – SHIELDS (2012) i.m., 5.

<sup>185</sup> WERNER – CHABANY (2016) i.m., 487;

Nina A. KOHN et al.: *Supported decision-making: A viable alternative to guardianship. Pennsylvania State Law Review* vol. 117, 4/2012, 1111.;

GAZSI Adrienn: *A támogatott döntéshozatal elve és gyakorlata*, Esély, 2/2016, 62-92, 88-89

<sup>186</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 189; Mary J. CICCARELLO: WINGS: Person-Centered Planning and Supported Decision-Making, *Utah Bar Journal*, vol. 27, 3/2014, 48-52, 48-49

<sup>187</sup> A támogatói hálózatok egyes megjelenési formájáról részletesen a következő írásokban olvashatunk:

A támogatói struktúrák szervezettsége is igen eltérő lehet. Az *ad hoc*, egy-egy személytől informálisan érkező spontán támogatástól kezdve a magas szinten szervezett, ügycsoportonként szakemberek segítségével, rendszeresen, szolgáltatásszerűen nyújtott támogatásig terjedő skálán rendkívül sok variáció elképzelhető.<sup>188</sup>

A támogatás a döntéshozatali folyamat több lépéséhez is kapcsolódhat: a döntési helyzet felismeréséhez, az információk hozzáférhetővé tételéhez, a lehetséges választások várható kimenetelének előrejelzéséhez, a döntés kinyilvánításához. Maga a támogató cselekmény állhat a személyes jelenlétben, tanácsadásban, dokumentumok felkutatásában, lefordításában, technikai (pl. számítógépes, személyszállítási) segítségnyújtásban.<sup>189</sup> A szakirodalom a támogatott döntéshozatal modelljébe illeszkedőnek tartja az előzetes jognyilatkozatokat is, amelyekben az adott személy belátási képességének teljes birtokában utasításokat, terveket fogalmaz meg tesz arra az esetre, ha mentális értelemben krízisidőszakba kerül (pl. lakhatására, egészségügyi kezelésére, vagyonkezelésre, a helyettes döntéshozó személyére vonatkozólag).<sup>190</sup> Álláspontom szerint az előzetes jognyilatkozatok nem tartoznak szoros értelemben a támogatott döntéshozatal modelljébe (hiszen valójában egy helyettesítő konstrukcióról van szó, amelyben a helyettes döntéshozó az egyén korábbi, még belátási képességét bíró állapotban volt énjé), de kétségtelenül az egyéni autonómiát jobban tiszteletben tartó konstrukcióról van szó, mint a klasszikus helyettes döntéshozatal intézményei.<sup>191</sup> A szakirodalom továbbá az együttdöntési konstrukciókat is a támogatott döntéshozatal keretében helyezi el,<sup>192</sup> amely véleményem szerint szintén vitatható, hiszen együttdöntés esetén – mint pl. a magyar részletesen korlátozó gondnokság intézményénél – az érintetten kívüli együttdöntő személynek valójában vétőjoga van, így, ha nem is kizárólagos, de tényleges döntési pozícióba kerül.

A támogatásról szóló szakirodalom megkülönbözteti a formális és az informális támogatás kategóriáját. Az informális vagy természetes támogatók köre jellemzően a családtagokra, a barátokra, a szomszédokra valamint olyan egyénekre terjed ki, akikkel az érintett személyes kapcsolatban áll, és a támogatás nem ellenszolgáltatás fejében történik. A formális támogatás az érintetthez professzionizált módon (szervezett keretek közt, többnyire ellenszolgáltatás fejében), nem személyes kapcsolatok alapján érkezik. Természetesen a határvonal jócskán elmosódhat a két kategória között (pl. a kezdetben szakmai alapú kapcsolat személyessé

---

WERNER – CHABANY (2016) i.m., 487-488;

GOODING (2013) i.m., 441-442;

CARNEY (2015) i.m., 46;

GAZSI (2016) i.m., 82-89

<sup>188</sup> Vö. JAMESON et al. (2015) i.m., 38; GAZSI (2016) i.m., 82-89.

<sup>189</sup> DEVI (2013) i.m., 795, 800-801; BACH – KERZNER (2010) i.m., 81-82; JAKAB (2011) i.m., 100.

<sup>190</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 189; MORRISSEY (2012) i.m., 436-438; Penny WELLER: *Psychiatric advance directives and human rights*. Psychiatry, Psychology and Law, vol. 17, 2/2010, 218-229.

Az előzetes jognyilatkozatot „Odüsszeusz-utasításnak” is nevezi az irodalom, utalva az alábbi mitológiai történetre utal. Odüsszeusz a szirének szigete mellett elhajózva meg kívánta hallgatni a szirének énekét, de tudta, hogy mindaz, aki a szirének énekét hallja, képtelen ellenállni nekik, és ki akar kötni a szigeten, ahol azonban a szirének felfalják. Ezért hajósai fülét viasszal betömte – hogy ők ne hallják a sziréneket –, saját magát pedig a hajó árbocához kötöztette. Meghagyta a hajósainak, hogy ha a szirének területén hajózva azt hallanák tőle, hogy kétségbeesetten kiáltozik azt parancsolva (akár fenyegetődzve), hogy eresszék el, vagy irányítsák a hajót a szirének szigetére, meg ne tegyék, hiszen ő a szirének énekét hallva önkívületben lesz, és nem érvényes, amit ebben az állapotban mond. Odüsszeusz így végül meghallgathatta a szirének énekét, de élve menekült ki a helyzetből azzal, hogy hajósai tudták, Odüsszeusz „krízishelyzetben” adott utasítása, bármennyire is annak tűnik, de nem érvényes, helyette a teljes belátási képességgel rendelkező, korábbi énjének parancsát kell teljesíteni.

<sup>191</sup> V.ö.: GOODING (2013) i.m., 434-435.

<sup>192</sup> DEL VILLAR (2016) i.m., 189 (irodalmi összefoglalóval).

alakulhat).<sup>193</sup> A támogatói modellek jogintézményeinek működőképességét segíti, ha a rászoruló egyének köré az adott kulturális közegben természetesen épülő támogató közegre (amely lehet: kis- vagy nagycsalád, faluközösség, sorstársközösséget tömörítő civil vagy egyházi szervezet stb.) épít. A támogatói közeg kialakítása nehezebb lehet, de megoldható olyan kulturális vagy regionális közegekben is, ahol a természetes támogató közeg általában gyenge, vagy nem létezik.<sup>194</sup> Az informális és a formális támogatói közeg szerepéről a későbbiekben még részletesebben lesz szó.<sup>195</sup>

Láthatjuk, hogy a támogatott döntéshozatal elvei számtalan konstellációban megvalósulhatnak. Hasznos, ha a jogi szabályozás kellően rugalmas marad, és a támogatás formáinak széles palettáját tárja az érintettek elé. Egyes szerzők felhívják a figyelmet arra is, hogy a jogintézményi formát öltő támogatási formák meghatározásakor tekintettel kell lenni az adott társadalomban illetve egyes kisebbségi társadalmi csoportokban kialakult támogatási kultúrára, tradíciókra. A támogatói modelleknek nincs egyetlen optimális formája, ezért ezek kialakításakor és jogintézményi szintre való emelésekor szükség van a döntéshozók részéről a gyakorlatias, kreatív gondolkodásra, a támogatás kulturális és szociológiai közegének alapos tanulmányozására.<sup>196</sup>

### 4.3.3. A támogatott döntéshozatal alkalmazásának határai

A fentiekben már megállapítottam, hogy az értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek a döntéshozatali autonómiájának és döntéshozatalban való támogatásának jogi szabályozásával kapcsolatban a CRPD kevés eligazítást ad, ugyanakkor egymással konkuráló jogok érvényre juttatását várja el a részes államoktól.<sup>197</sup>

Minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a CRPD elsődlegesen a támogatott döntéshozatal modelljét kívánja érvényesíteni a fogyatékos személyek hatékony döntéshozatalának elősegítése végett. Jelentős súlyú kérdés azonban, hogy a CRPD kizárja-e a helyettesítő döntéshozatal minden formáját, vagy végső esetben alkalmazni engedi-e, s ha igen, milyen feltételek mellett. Erről a kérdéstről ugyanis a CRPD hallgat, a szakirodalomban viszont éles viták folynak az alábbiak szerint.

A 12. cikk Kommentárjában a Bizottság a radikálisabb álláspontot foglalja el, kimondván, hogy a részes államoknak – a cselekvőképesség új paradigmája melletti elköteleződés jegyében – el kell törölniük a helyettesítő döntéshozatal minden olyan intézményét, amely meggátolja,

---

<sup>193</sup> Carmel DUGGAN, Christine LINEHAN: *The role of 'natural supports' in promoting independent living for people with disabilities; a review of existing literature*. British Journal of Learning Disabilities, vol. 41, 3/2013, 199-207, 205-206;

ld. még: CARNEY (2015) i.m., 40.;

Meredith MINKLER et al.: *Community-based participatory research in disability and long-term care policy: A case study*. Journal of Disability Policy Studies, vol.19, 2/2008, 114-126.;

Yip KAM-SHING, Law SUNG-ON: *A Natural Locally-Based Networking Approach for Singleton Disabled Elderly: Implementation and Case Illustration*. British Journal of social work, vol. 32, 8/2002, 1037-1049.

<sup>194</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 191-193;

Bernadette M. MCSHERRY: *Mental health and human rights: The role of the law in developing a right to enjoy the highest attainable standard of mental health in Australia*. Journal of Law and Medicine, 15, 2008, 773–781;

Jonathan HERRING: *Medical Law and Ethics*. Oxford, Oxford University Press, 2012, 590;

Fleur BEAUPERT, Alikki VERNON. 'Odyssey of Hope': *The role of carers in mental health tribunal processes and systems of mental health care* Psychiatry, Psychology and Law, vol. 18 1/2011, 44-68, 62

<sup>195</sup> Ld. 5.1.1-5.1.3. pontok.

<sup>196</sup> PATHARE – SHIELDS (2012) i.m., 27; GOODING (2013) i.m., 445

<sup>197</sup> Ld. 4.2.2. pont.

hogy a fogyatékossgal élő személyek másokkal azonos alapon élvezzék a teljes jog- és cselekvőképességet.<sup>198</sup> A kommentár értelmezése szerint helyettesítő döntéshozatali rendszernek minősül – nemzeti elnevezésére tekintet nélkül – mindazon rendszer, melyben (1) az érintett személy, akár csak egyetlen döntés erejéig, nem minősül jogi értelemben cselekvőképesnek, (2) a helyettes döntéshozó személyét nem az érintett jelöli ki és a kijelölés az ő akarata ellenére is megtörténhet, (3) és a helyettes döntéshozónak az érintett „legjobb érdekeit” tekintve kell döntést hoznia az érintett akaratát és preferenciáit figyelembe vevő döntés helyett.<sup>199</sup> A cselekvőképesség tehát egyetlen, mégoly súlyos fogyatékossgal élő személytől sem vonható el, kizárólag a támogatott döntéshozatal formái egyeztethetők össze a CRPD 12. cikkével. (Megjegyzendő, hogy a kommentárszöveg nem bír kötelező erővel a részes államokra nézve, hiszen a Bizottság nincs felhatalmazva az egyezmény autentikus értelmezésére.<sup>200</sup>) Több szerző – az alábbiak szerint – hivatkozik a 12. cikk Kommentárjára mint a CRPD hiteles értelmezési forrására, osztva e radikális álláspontot. A radikális álláspont alátámasztására az alábbi főbb érvek olvashatók az irodalomban.

- A helyettesítő döntéshozatal a CRPD szövege nem említi. Ebből arra lehet következtetni, hogy e rendszerek az egyezményvel nem egyeztethetők össze (különös tekintettel arra, hogy a helyettesítő döntéshozatalra való utalás az egyezmény kodifikációjának folyamán napirenden volt, a végső szöveg azonban tudatosan ezen utalást mellőzve lett elfogadva).<sup>201</sup>
- A radikális álláspontot képviselő szerzők írásaiban megjelenik az az érv, mely szerint a „belátási képesség”, melynek csökkent voltára hivatkozva korlátozzák rendszerint a cselekvőképesség, nem objektíve létező kategória, hanem maga is társadalmi konstrukció. Ugyanis az egyén belátási képességét akkor minősítik csökkentnek, ha döntéshozatalának folyamata, annak eredménye eltér a többségi társadalom által „normálisnak” tartottól.<sup>202</sup> Nem létezik olyan objektív mérce, amellyel le lehetne mérni egy döntés megfelelőségét, hiszen egy döntés minőségét elsősorban az adja, hogy az az egyén saját vágyainak, akaratának kifejeződése, és nem pedig az, hogy a döntés tartalma megfelel egy, valamilyen külső nézőpontból meghatározott, „objektív” legjobb érdeknek. Így a belátási képesség ép vagy sérült voltát sem lehet tárgyilagosan megállapítani, s ez alapján senkitől nem lehet az egyéni autonómiát elvonni, az „objektív” érdekeit figyelembe vevő helyettes döntéshozó kijelölésével.<sup>203</sup>
- A cselekvőképesség mentális státuszon vagy a belátási képesség funkcionális értékelésén alapuló korlátozása illetve elvonása a jogi szabályozásban is nyíltan kifejeződő diszkriminációt valósíthat meg az értelmi és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek irányában, de – a nemzeti szabályozás nyílt diszkriminatív voltának hiányában is – alkalmazása tipikusan ténylegesen

---

<sup>198</sup> A 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 3

<sup>199</sup> Uott, 6

<sup>200</sup> V.ö. Németország kormányának a kommentár tervezetéhez fűződő észrevétele, letölthető: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx> („Federal Republic of Germany”).

<sup>201</sup> V.ö. MINKOWITZ (2007) i.m., 412-426; KANTER (2014) i.m., 264

Tina MINKOWITZ: *CRPD and transformative equality*, International Journal of Law in Context, vol. 13, 1/2017, 77-86, 77-78;

<sup>202</sup> GLEN (2012) i.m., 98-99, 140;

<sup>203</sup> SZMUKLER (2014) i.m.; BANNER (2012) i.m., 1041-1042



diszkriminatív,<sup>204</sup> ami a fogyatékos személyekkel való egyenlő bánásmód követelményébe mint a CRPD alapelvi jelentőségű rendelkezésébe ütközik.<sup>205</sup>

- Az említett szerzők az egyenlő bánásmód mellett a fogyatékos személyek autonómiájának (ideértve a teljes cselekvőképesség által biztosított jogi autonómiát is) maximális védelmére mint a CRPD másik fajsúlyos alapelvére hivatkoznak, mely fogalmilag kizárja a helyettesítő döntéshozatali rendszerek fenntartását.<sup>206</sup>

Más szerzők amellet érvelnek, hogy a támogatott döntéshozatali modell elsődlegessége mellett a helyettesítő döntéshozatal egyes formáinak is van létjogosultsága. Az ő érveik a következő csomópontok köré szerveződnek.

- A CRPD e kérdésben való hallgatását e szerzők akként értelmezik, hogy az egyezmény nem tiltja a helyettesítő döntéshozatali rendszereket, ezért a részes államok számára nem tilalmas ezek fenntartása.<sup>207</sup>
- A belátási képesség csökkent voltát egyes szerzők valós, az érintett fogyatékos személyek saját észleléseivel is alátámasztható, objektív jelenségnek tekintik.<sup>208</sup> Az igazságügyi pszichiátria újabb és újabb, objektív mérést lehetővé tevő tesztekkel dolgoz ki a belátási képesség funkcionális értékelésére.<sup>209</sup>
- A fogyatékos személyekkel való egyenlő bánásmód követelménye a CRPD-nek valóban alapelve. Ez az elv feltétlenül sérül, ha a cselekvőképesség korlátozásánál a mentális státusz értékelése akár a korlátozás önálló alapjaként, akár más körülmények értékelésével együttesen szerephez jut. Egy ilyen szabályozás ugyanis hátrányosan megkülönbözteti azokat a fogyatékos személyeket, akik döntéshozatali akadályozottsággal élnek, azokkal az ép személyekkel szemben, akik egyéb okból – pl. műtét utáni sokkos állapot, fertőzés, fejsérülés stb. – a döntéshozatali akadályozottság állapotába kerülnek.<sup>210</sup> A belátási képesség funkcionális értékelésén nyugvó korlátozást azonban a kevésbé radikális álláspontot valló szerzők többnyire nem vetik el. Ez az érv a belátási képesség kategóriája objektív voltának elismerésére épül. (Mára egyetértés tapasztalható abban a kérdésben, hogy a döntéshozatali funkciók sérülése nem társítható merev kauzalitás alapján valamely mentális károsodást megállapító diagnózishoz.<sup>211</sup>) Amennyiben tehát a cselekvőképesség korlátozásának alapja a

---

<sup>204</sup> V.ö. pl. JAMESON et al. (2015), 38.;

Jennifer MOYE et al.: *Clinical evidence in guardianship of older adults is inadequate: Findings from a tri-state study*. The Gerontologist, vol. 47, 5/2007, 604-612.; Dorothy S. MILLAR: *Age of majority, transfer of rights and guardianship: Considerations for families and educators*. Education and Training in Developmental Disabilities, 2003, 378-397.

<sup>205</sup> A 12. cikk Kommentárja, 4; MINKOWITZ (2017) i.m. 83-85

<sup>206</sup> MINKOWITZ (2017) i.m. 78-80; KANTER (2014) i.m., 238-244; a 12. cikk Kommentárja, 1-2, 6, 8.

<sup>207</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 179-180; HALMOS (2017) i.m., 288-289

<sup>208</sup> Thomas GRISSO: *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*. Kluwer Academic, New York, (2<sup>nd</sup> ed.) 2003; DHANDA (2007) i.m., 433-435; DEL VILLAR (2015) i.m., 182-183; BARTLETT (2012) i.m., 759; BURNS (2010) i.m., 34; MARTIN et al. (2014) i.m., 21-22; MATTHEW (2000) i.m., 59-70.

<sup>209</sup> GRISSO (2010) i.m.; DHANDA (2007) i. m., 433-435.

<sup>210</sup> Georg SZMUKLER: *Submission to Committee on the Rights of Persons with Disabilities on the Draft General Comment on Article 12*, 2014, letölthető:

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx>; utolsó megtekintés: 2016. október 24.;

John DAWSON – Georg SZMUKLER: *Fusion of mental health and incapacity legislation*, British Journal of Psychiatry, 2006, vol. 188, 504-550

<sup>211</sup> MORRISEY (2012) op. cit., 427;

belátási képesség funkcionális értelemben csökkent volta, úgy nem beszélhetünk a fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetésről, hiszen a cselekvőképesség korlátozása sem közvetlenül, sem közvetve nem a fogyatékoságon, hanem egy, a cselekvőképességgel objektíve összefüggő kategórián, a belátási képességen alapul. Fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy ne csupán a jogszabályok, hanem a joggyakorlat is kerülje a cselekvőképesség diagnózisalapú értékelését. Hiszen általános tapasztalat, hogy a funkcionális tesztek alkalmazó rendszereiben is nagyobb eséllyel kerülnek gondnokság alá a fogyatékos személyek.<sup>212</sup> A fogyatékosághoz fűződő stigma ugyanis igen erős a közgondolkodásban, és komoly a veszélye annak, hogy a jogalkalmazók sem tudnak ettől függetlenül gondolkodni,<sup>213</sup> így kiemelt jelentőséghez jutnak a diszkriminációmentességet biztosító jogi garanciák.

- A fogyatékos személyek autonómiájának sérelmével kapcsolatban a kevésbé radikális álláspont képviselői arra hívják fel a figyelmet, hogy a CRPD értékhierarchiájában az autonómia nem abszolút érték, hanem más, védendő értékekkel konkurens helyzetbe is kerülhet. Ilyenkor – mint fent arra utaltam – a magas szintű életminőség és az emberi méltóság mint abszolút értékek figyelembevételével, az eset egyedi sajátosságaira tekintettel kell megteremteni az egyes értékek közötti kompromisszum feltételeit.<sup>214</sup>
- Az azonban nem vitatott, hogy az egyéni autonómia mint érték – ha nem is abszolút, de – igen magas piedesztálon foglal helyet a CRPD értékrendszerében. Az egyén vágyainak, akaratának való döntéshozatal lehetőségét messzemenőig – ha nem is minden korlátozás nélkül – támogatni kell. Viszont, mint arra már fent utaltam, különösen a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek döntéshozatalának során az autonóm döntéshozatal biztosítása nem egyszerűsíthető le arra, hogy minden esetben érvényesnek kell tekinteni az érintett által az adott pillanatban hozott döntést, ugyanis elképzelhető, hogy egy krízisidőszakban hozott döntés nem tükrözi az egyén valódi akaratát, preferenciáit.<sup>215</sup> Ilyenkor a „saját döntés” mibenléte tehát az esetek egy részében interpretáció kérdése, amely a döntéshozatalban őt helyettesítő személyre hárulhat. Adott esetben az egyén döntéseibe való beavatkozás – pl. egy orvosi kezelés

---

Paul S. APPELBAUM – Thomas GRISSO *The MacArthur Treatment Competence Study I.: Mental Illness and Competence Consent to Treatment*, Law and Human Behaviour, vol. 19, 1995, 105-126 („APPELBAUM – GRISSO 1995a”);

APPELBAUM, P. – GRISSO, T., *The MacArthur Treatment Competence Study II.: Measure of Abilities Related to Competence to Consent to Treatment*, Law and Human Behaviour, vol. 19, 1995, 127-148 („APPELBAUM – GRISSO 1995b”)

APPELBAUM, P. – GRISSO, T., *The MacArthur Treatment Competence Study III.: Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments*, Law and Human Behaviour, vol. 19, 1995, 149-174 („APPELBAUM – GRISSO 1995c”);

OKAI, D., OWEN, G., MCGUIRE, H., SINGH, S., CHURCHILL, R., HOTOPF, M.: *Mental Capacity in Psychiatric Patients Systematic Review*, British Journal of Psychiatry, vol. 191, 2007, 291-297;

Georg SZMUKLER, Rowena DAW, Felicity CALLARD: *Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, International Journal of Law and Psychiatry, 2014, vol. 37, 245-252, 249-250

<sup>212</sup> BANNER (2012) i.m., 1038-1044., 1039;

WONG, J. G., CLARE, C. H., HOLLAND A. J., WATSON, P. C., GUNN M.: *The capacity of people with „mental disability” to make a health care decision*, Psychological Medicine, vol. 30, 2000, 295-306;

Eliónóir FLYNN – Anna ARSTEIN-KERSLAKE: *The Support Model of Legal Capacity: Fact, Fiction, or Fantasy?*, Berkeley Journal of International Law, vol. 32, 2014, 124-143, 127;

A 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 2-3

<sup>213</sup> FLYNN – ARSTEIN-KERSLAKE (2014) i.m., 127

<sup>214</sup> Ld. 2.3.3. és 2.4. pont. V.ö. DEL VILLAR (2015) i.m., 182-184; CARNEY (2015) i.m., 40; HALMOS (2017) i.m., 290

<sup>215</sup> Ld. 4.2.2. pont.

elrendelésével – éppen az autonóm cselekvésre képes állapot helyreállításának eszköze lehet. Ugyanez a helyzet merülhet fel, ha az egyén állapotánál fogva egyáltalán nem képes a döntéshozatalra vagy a döntés kinyilvánítására. Ilyenkor is szóba jöhet a helyettesítés az egyén akaratának, preferenciáinak interpretációja terén.<sup>216</sup>

- A döntéshozatalban való helyettesítést nemcsak az egyéni vágyak és preferenciák minél hívebb kifejezésre juttatása, hanem bizonyos esetekben mások jogainak, érdekeinek védelme is megalapozhatja. Ezzel összefüggésben egyes szerzők a liberális autonómiafelfogással szemben a kapcsolati autonómia tanára hivatkoznak, amely álláspontjuk szerint a realitáshoz közelebb eső módon írja le az egyéni autonómia mibenlétét, mint a liberális autonómia tan.<sup>217</sup> A kapcsolati autonómia tanának irodalma szerint az egyéni sors fölötti kontroll csupán egy mítosz, és nem valóság, hiszen döntéseink a kölcsönös interdependencia rendszerébe ágyazódnak. A döntéshozatal így sosem egyedül egy személy akciója, hanem számos külső hatás is megjelenik benne, amelyekért valaki más, ha nem is feltétlenül jogi, de etikai értelemben felelős lehet. Másrészt a döntés többnyire másokra is hat, s ez felerősíti a döntés tartalmának jelentőségét a döntésminőség meghatározásánál. Minél jelentősebb az adott döntés közösségi – mások magánérdekét vagy a közérdeket érintő – vetülete, annál fontosabb tényezőként jön figyelembe a döntés tartalmának vizsgálata a döntés minőségének meghatározásakor.<sup>218</sup> Nem utolsósorban figyelemmel kell lenni arra, hogy a belátási képesség hiánya és az ilyen állapotban hozott döntések elszakíthatják az egyént támogatói hálójától. Ilyen esetben a döntéshozatalba való beavatkozás az emberi kapcsolatok helyreállításának motorja lehet, amely – a kapcsolati autonómia tana szerint - az egyéni autonómia magasszintű kibontakozásának valódi közege.<sup>219</sup>
- Összességében tehát a helyettesítő döntéshozatal – megfelelő korlátok között történő – fenntartása, összhangba hozható a CRPD horizontális rendelkezéseivel, még az e szempontból <sup>legneuralgikusabbnak</sup> tartott autonómia elvével is.

---

<sup>216</sup> Georg Szmukler írja le a következő példákat:

Az első esetben egy mentálisan ép személy az életben maradását segítő műtéthez adja beleegyezését. Mikor felébred, akut tudatzavar folytán paranoiás téveszméi támadnak: azt hiszi, a rákapcsolt csövek útján az életére törnek. Elkezd kihúzkodni magából a csöveket. A támogatott döntéshozatal minden eszköze csődöt mond. Az illető valójában életben akar maradni – hiszen ezért egyezett bele a műtétbe –, még ha pillanatnyilag úgy is tűnik, akarata ezzel ellentétes. Ilyenkor – a szerző érvelése szerint – van helye a döntéshozatal helyettesítésének:

a saját életét veszélyeztető cselekmény megakadályozásának. Hiszen az érintett szituatív tiltakozása ellenére így juttatható érvényre a valódi akaratának megfelelő döntés.

A második esetben egy férfi, aki egész életében moderált életvitelt folytatott (okosan bánt a pénzzel, tisztességes férj és családapa volt, megbízható munkaerő, jó társasági modorral rendelkezett stb.), minden átmenet nélkül gyökeresen megváltozik. Pénzét elszórja, kockázatos részvényekbe fekteti, szerelmi viszonyokat kezd, prostituáltakkal létesít kapcsolatot, feleségével megalázóan bánik, munkahelyét rendszertelenül látogatja, társasági stílusa ellehetetleníti a kapcsolatait stb. A támogatott döntéshozatal minden eszköze kudarcot vall. Kérdés, hogy melyik „én”-jét tekintjük valódinak, melyik „én”-je által kifejtett akaratátvehetjük irányadónak. Szmukler e példákkal illusztrálja, hogy az egyén valódi akaratának, szándékának felismerése gyakran nem egyértelmű, hanem interpretáció kérdése. Ld. SZMUKLER (2014) i. m. 2–3. Ld. továbbá:

Darold A. TREFFERT: *Dying With Your Rights On—Still. 140th annual meeting of the American Psychiatric Association*, Chicago. 1987.

GOODING (2013) i.m., 436; DEL VILLAR (2015) i.m. 182-183; BURNS (2010) i.m., 37; AUSTRALIAN LAW REFORM COMMISSION (2014) i.m.

<sup>217</sup> GOODING (2013) i.m., 435-437

<sup>218</sup> V.ö.: HALL (2012) i.m., 66-67.; DEL VILLAR (2015) i.m. 182-183; Louis HENKIN: *The Age of Rights*. New York: Columbia University Press, 1990, 4

<sup>219</sup> A kapcsolati autonómia tanáról részletesebben ld.: 4.2.1. pont.

A radikális és a kevésbé radikális álláspontok közötti különbség azonban a fent ismertetett vita ellenére sem tűnik áthatolhatatlannak. A helyettesítő és a támogatott döntéshozatal közötti határvonal ugyanis a gyakorlatban nem minden esetben éles.<sup>220</sup> Egyes, a radikálisabb álláspontot képviselő szerzők is elismerik, hogy különféle természetű krízishelyzetekben, ha az érintett képtelen akarátának, preferenciáinak kinyilvánítására, ebben a tekintetben lehetséges a helyettesítés, de sosem az érintett valamilyen „objektív” „legjobb érdekének”, hanem saját vágyainak, akarátának „legjobb interpretációja” érdekében.<sup>221</sup> A döntéshozatal mások jogainak, nyomós érdekeinek fényében való korlátozása kérdésében már nehezebb a két tábor összekapcsoló közös alapon modellt alkotni, azonban ha a kapcsolati autonómiafelfogás mellett köteleződünk el, ennek elméleti megalapozása mellett is komoly érvek szólhatnak a fentiekben kifejtettek szerint. A belátási képesség körül mint objektíve létező vagy társadalmilag konstruált jelenség körül kibontakozó vita feloldására azon érvelés mellett lehet kilátás, mely szerint a cselekvőképesség esetleges korlátozása során valójában nem is a belátási képesség funkcionális csökkenését, hanem a támogatási szükséglet intenzitását kell alapul venni.<sup>222</sup> A támogatási szükséglet elérhet egy olyan fokozatot, amelyben a támogatás a helyettesítésben nyilvánul meg. Így tehát a támogatott döntéshozatal nem a helyettesítő döntéshozatal ellentétpárjaként tűnik fel, hanem a támogatási rendszer teljes spektrumának végpontján magába tudja olvasztani a helyettesítő döntéshozatalt mint eszközt.<sup>223</sup>

Összességében úgy gondolom, reális, és a CRPD-nek megfelelő kimenete lehet a támogatói modell kizárólagosságával kapcsolatos vitának, ha a támogatott döntéshozatal kellően rugalmas, az adott kultúra sajátosságaihoz mérten egyedi, de rugalmas formáinak létrehozása, promotálása mellett megmaradnak a döntéshozatalban való helyettesítés egyes formái. Annak érdekében, hogy ezek alkalmazása valóban *ultima ratio* legyen, rendkívül fontos pontosan meghatározni a helyettesítés céljait – a legjobb interpretáció elve és a mások jogainak, nyomós érdekeinek védelme érdekében szükséges és arányos jogkorlátozás elve –, a helyettesítés elrendelésére irányuló eljárás garanciáit és legitim tesztrendszerét. A nemzeti szabályozások ennek megfelelő finomhangolása természetesen igen nehéz feladat, és ideálisnak mondható nemzeti szabályozásra még nem mutatott rá a szakirodalom (sem a radikálisabb, sem a kevésbé radikális álláspont képviselői). Például a támogatói modell a gyakorlatban sikeresen megvalósító, s gyakran mintaként emlegetett kanadai államok támogatott döntéshozatalt előmozdító jogintézményeinek kifejezetten nem célja a krízishelyzetek kezelése, s arra nem is alkalmasak.<sup>224</sup>

#### 4.4. A támogatott döntéshozatal hazai megvalósulásának kezdetei Magyarországon

A cselekvőképességre, gondnokságra, támogatott döntéshozatalra vonatkozó alapvető szabályokat a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény – a továbbiakban: Ptk. – tartalmazza (Második Könyv, Második Rész). A korábban hatályban volt magánjogi kódex (a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény; a továbbiakban: rPtk.) még nem ismerte a támogatott döntéshozatal intézményét, ez a Ptk. hatálybalépésével, új jogintézményként került

<sup>220</sup> GOODING (2013) i.m., 434-435

<sup>221</sup> V.ö.: ELIONÓIR FLYNN, ANNA ARSTEIN-KERSLAKE: *State Intervention in the Lives of People with Disabilities: The Case for a Disability Neutral Framework*, International Journal of Law in Context, vol. 13, 1/2017, 39-57.; CLIONA DE BHAILIS, EILIONÓIR FLYNN. *Recognising legal capacity: commentary and analysis of Article 12 CRPD*. International Journal of Law in Context, vol. 13 1/2017, 6-21.

CARNEY (2015) i.m., 45; a 12. cikk Kommentárja (2014) i.m., 5

<sup>222</sup> CARNEY (2015) i.m., 45

<sup>223</sup> V.ö. GOODING (2013) i.m., 437

<sup>224</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 191-193; GOODING (2013) i.m., 441

a magyar jogrendszerbe. A támogatott döntéshozatalról a Ptk.-ban lefektetett kereteken túli részletes rendelkezéseket külön törvény tartalmazza (2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról – a továbbiakban: Tdht.). A cselekvőképességi státusznak azonban a Ptk. által szabályozott jogviszonyokon<sup>225</sup> túl még számos jogviszonyban jelentősége van mind a magánjog,<sup>226</sup> mind a közjog<sup>227</sup> területén. Az egyén cselekvőképességi státusza határozza meg ugyanis, hogy a politikai jogok gyakorlása, az egészségügy, a szociális ellátások, az oktatás, a munkavállalás, a közszolgálat, a polgári perek, a családjog<sup>228</sup> stb. terén önállóan járhat-e el, vagy sem, esetleg egyes jognyilatkozatokat egyáltalán nem is tehet meg, egyes jogviszonyokban nem is vehet részt. A cselekvőképességnek tehát, ahogyan azt a szakirodalom a CRPD-vel kapcsolatban is megállapította, kulcsszerepe van az önrendelkezési jog és ezen keresztül egyéb alapvető jogok gyakorlása szempontjából.<sup>229</sup>

A Ptk. elfogadására már abban az időben került sor, amikor a CRPD-t Magyarország is ratifikálta.<sup>230</sup> A Ptk. 2:19. §-ához fűzött indokolása utal is arra, hogy a cselekvőképesség korlátozásának szabályozására a „nemzetközi egyezményekkel” összhangban kerül sor. Az indokolás kifejezetten nem említi a CRPD-t, azonban tekintettel arra, hogy ez az egyezmény a olyan kötelező erővel bíró nemzetközi emberi jogi dokumentum, amely behatóan foglalkozik a cselekvőképesség kérdésével, arra lehet következtetni, hogy a Ptk. szabályozása a CRPD 12. cikkének való megfelelést is szolgálja. A következőkben a 12. cikkel való összhang szempontjából vizsgálom meg a Ptk. cselekvőképességre, gondnokságra, támogatott döntéshozatalra vonatkozó rendelkezéseit, s teszek e kérdésben néhány, a témánk szempontjából is releváns állítást.

*(1) A Ptk. különválasztja a cselekvőképesség és a belátási képesség fogalmát. A cselekvőképesség korlátozását a belátási képesség funkcionális értékelése alapozhatja meg, azonban mentális státusz értékelésére is sor kerül.*

Mint a fentiekben láttuk, a CRPD 12. cikke vonatkozásában kibontakozott értelmezési vita egyik fontos csomópontja, hogy a belátási képesség (*mental capacity*) valós, tudományos

---

<sup>225</sup> Ide nem csupán a Ptk. Második Könyvének Második Részében foglaltak értendők. A cselekvőképességnek jelentősége van a személyiségi jogok (2:54. § (2) bek.), a gazdasági társaságokról szóló rendelkezések (3:22. § (1) bek., 3:26. § (2) bek.), az öröklési jog (7:14. § (4) bek. valamint a családjog terén (4:9. § (2) bek., 4:10-11. §, 4:16-17. §, 4:23. §, 4:54. § (1) bek. c) pont, 4:64. § (2) bek., 4:101. § (4) bek., 4:105. §, 4:110. §, 4:117. §, 4:121. § (1) bek., 4:127. §, 4:145. §, 4:186. § (1) bek., 4:190. § (4) bek., 4:193. § (2) bek., 4:233. § (1) bek. b) pont).

<sup>226</sup> Pl. 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről, 21. § (4)-(5) bek., 212. §; 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról, 6. § (2) bek. 2005. évi LXXXVIII. törvény a közérdekű önkéntes tevékenységről, 5-8. §; 2009. évi CXV. törvény az egyéni vállalkozóról és az egyéni cégről, 3. § (2) bek. a) pont

<sup>227</sup> Pl. 2013. évi XXXVI. törvény a választási eljárásról, 13/A. §; 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről, 31. § (3) bek.; 2011. évi CXCIX. törvény a közszolgálati tisztviselőkről, 39. § (1) bek. b) pont; 2016. évi LII. törvény az állami tisztviselőkről 5. §; 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról 20. § (3) bek. b) pont; 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 11. § (3) bek., 12. § (3), (5) bek., 13. § (5) bek., 14. § (1) bek., 16. §, 20. § (1) bek., 21-22. §, 24. § (6) bek., 134. § (2) bek., 159. § (1), (4) bek., 171. § (1) bek., 187. § (1) bek., 187/B. §, 197. §; Szocvtv. 93. § (2)-(4) bek. 104. §, 2016. évi CXXX. törvény a Polgári Perrendtartásról (a továbbiakban: Pp.) 34-35. §

<sup>228</sup> Mindezekről ld. az előző két lábjegyzetben foglaltakat.

<sup>229</sup> JAKAB (2011) i.m., 9, 39, 73;

DHANDA (2007) i.m., 429–462, 456-457;

DEVI (2013) i.m., 792–806, 792;

a 12. cikk. Kommentárja (2014.) i.m., 1

<sup>230</sup> Az ENSZ Egyezményt kihirdető 2007. évi XCII. törvényt a 2007. július 6-án, a Ptk.-t a 2013. február 26-án megjelent Magyar Közlönyben hirdették ki.

eszközökkel mérhető kategória-e, és ennek mérése alapjául szolgálhat-e a jogi értelemben vett cselekvőképesség (*legal capacity*) korlátozásának.<sup>231</sup> A Ptk. a cselekvőképtelen állapotot és a nagykorú cselekvőképessége korlátozásának esetkörét a következőképpen definiálja.

„Ptk. 2:9. § [A cselekvőképtelen állapot]

(1) *Semmis annak a személynek a jognyilatkozata, aki a jognyilatkozat megtételekor olyan állapotban van, hogy az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik.*”

„2:19. § [A cselekvőképesség részleges korlátozása]

(2) *A bíróság cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - meghatározott ügycsoportban gondnokság alá helyezése indokolt.*”

„2:21. § [A cselekvőképesség teljes korlátozása]

(2) *A bíróság cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan, teljesszerűen hiányzik, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - gondnokság alá helyezése indokolt.*”

A cselekvőképesség bírói korlátozásának egyik feltétele tehát, hogy az érintett rendelkezzen valamilyen mentális károsodásról szóló diagnózissal. Vagyis a minősítés részben orvosi ismérvek alapján, státusz-teszt szerint dől el. Ezenkívül még szükséges az is, hogy e mentális károsodás következtében az egyén ügyeinek viteléhez szükséges belátási képességében károsodás álljon fent. Ez utóbbi feltétel jelentené a döntéshozatali képesség funkcionális értékelését.

A bírói gyakorlat évek óta következetesnek tekinthető abban, hogy a cselekvőképesség korlátozása nem lehet valamely pszichiátriai diagnózis egyenes következménye.<sup>232</sup> A Kúria – akkor: Legfelsőbb Bíróság – elvi éllel mondta ki, hogy „a cselekvőképességet korlátozó gondnokság elrendelésének két ok együttes fennállása szükséges: egyrészt az alperes károsodott egészségi állapotának ténye, másrészt az, hogy ez az állapot a belátási képességére olyan kihatással legyen, ami az alapjogként védett személyes döntési autonómiájának korlátozását indokolja; mindkét feltételt annak kell bizonyítania, aki a gondnokság alá helyezést kéri.”<sup>233</sup> A bírói gyakorlat az „ügyei viteléhez szükséges belátási képesség” károsodásának vizsgálatához általában az érintett személyes meghallgatása illetve tanúbizonyítás révén gyűjt adatokat. Az eljárás során nem kerül sor a döntéshozatali képesség komplex – pl. pszichológiai, gyógypedagógiai – szakértői tudás alapján történő felmérésére. A bíróság jellemzően az érintettnek az eljárás idejében jellemző életkörülményei alapján határozza meg, hogy melyek azok az ügyek, amelyeknek viteléhez belátási képesség szükséges, és ezen ügyek vitele során az illető mennyire bír racionális belátással, milyen hatékonysággal hoz döntéseket. Az érintett

---

<sup>231</sup> Ld. 4.2.2. pont.

<sup>232</sup> V.ö. BH. 2007/404., EBH 2007/1597., BH. 2008/265., BH. 2011.247. A vonatkozó bírói gyakorlatról részletesen: JUHÁSZ, Endre: *A gondnoksági perek sajátosságai a Nyíregyházi Városi Bíróság 2012. évi joggyakorlatában*. Jogi Fórum Publikáció, 2013, 6.

<sup>233</sup> BH 2006.46., ld. még: KÖRÖS, András: „Jót s jót!” – helyes célok, alkalmatlan megoldások a cselekvőképesség tervezett szabályozásában. Magyar Jog, 2/2009, 104–112, 107

személyes meghallgatására az ügyek jelentékeny hányadában nem is kerül sor. A per kimenetele szempontjából azonban túlnyomórészt döntő jelentősége a pszichiátriai szakvéleménynek van: a bíróság igen ritkán jut az ebben foglaltaktól eltérő következtetésre.<sup>234</sup>

A jogi szabályozás és az ezen alapuló bírói gyakorlat a CRPD 12. cikkének fényében több kritikával illelhető. Ezek közül elsőként említhető, hogy a jogszabály nem mellőzi a státusz-alapú értékelést, amelyet – ahogyan a korábbiakban kifejtettem – az egyezmény egyértelműen tilt.<sup>235</sup> Egyeterek azonban azzal a – szintén fent bemutatott – állásponttal, mely szerint a funkcionális értékelés alapján történő cselekvőképességi korlátozást nem tiltja az egyezmény,<sup>236</sup> álláspontom szerint ezért a magyar szabályozás e kérdésben megfelel az egyezménynek. A bírói gyakorlat azonban nem veszi figyelembe, hogy a döntéshozatali képesség mérésének ma már léteznek a pszichológia tudománya által kifejlesztett, szakértők által alkalmazható módszerei, melyeket egyes országokban alkalmaznak is.<sup>237</sup> A gondnoksági perekben azonban nem szokványos a szakértői bizonyítás a belátási képesség, döntéshozatali képesség felmérése céljából.

A magyar jogirodalomban és a bírói ítéletekben ellentétes állásfoglalások olvashatók abban a kérdésben, hogy a belátási képesség megítélése *jog- vagy ténykérdés-e*. Jogkérdésnek (*quaestio juris*), valamely tényleges viszonynak jogi megítélését nevezzük, ellentétben a ténykérdéssel (*quaestio facti*), mely a megítélés tárgyát képező ténynek, tényállásnak megállapítására vonatkozik.<sup>238</sup> Jakab Nóra úgy véli, „a belátási képesség megítélése több annál, minthogy az egyén egészségi állapotát, kívánságait, meggyőződéseit egy papíron összesítve tényállásnak fogjuk fel. A szakértői vélemény a betegség fennállását, annak súlyosságát, illetve jellegét igazolhatja. Ugyanis, az összegyűjtött tények alapján egy, a cselekvőképesség gyakorlása szempontjából releváns megállapítás következik, mégpedig, hogy az adott személy milyen fokban rendelkezik belátási képességgel az adott jogügyletre vonatkozóan. Ez az adott jogügylet viteléhez szükséges belátási képesség pedig már inkább jogkérdés, az adott személy belátási képessége és a jogügylet egymáshoz fűződő viszonyáról való döntés.”<sup>239</sup> Juhász Endre megállapítja, hogy a bírói gyakorlatban „a belátási képesség csökkenésének megállapítása egyrészt orvosi kérdés, másrészt jogkérdés”.<sup>240</sup> A Kúria – akkor: Legfelsőbb Bíróság – EBH 2007.1597. sz. döntése kimondja, hogy „cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezés esetén annak megállapítása, hogy mely ügycsoportok tekintetében szükséges a gondnokság alá helyezés nem orvosszakértői, hanem jogi kérdés, amelyről a bizonyítási eljárás alapján kizárólag a bíróság dönthet”. Azonos következtetésre jut a BH 2008.265. sz. határozat is.

Ezzel szemben Kőrös András mellett érvel, hogy a belátási képesség ténykérdés, a cselekvőképesség elismerése vagy el nem ismerése ennek jogi konzekvenciája.<sup>241</sup> Magam ezzel az állásponttal értek egyet. A belátási képesség mint a döntéshozatali képesség eleme tudományosan igazolt módszerekkel mérhető emberi funkcióképesség. Vagyis olyan

---

<sup>234</sup> V.ö. JUHÁSZ (2013) i.m., 14–15. Az Egyesült Államokban végzett kutatások is hasonló eredményre jutottak – v.ö. JAMESON et al. (2015) i.m., 38; MOYE et al. 2007; MILLAR 2003.

<sup>235</sup> Ld. 4.3.3. pont.

<sup>236</sup> Uott.

<sup>237</sup> GLEN (2012) i.m., 93–168; 95–96;

DHANDA (2007) i.m., 431–435;

Thomas GRISSO: *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*, Kluwer Academic, New York, (2<sup>nd</sup> ed.) 2003.

<sup>238</sup> JAKAB (2011) i.m., 188

<sup>239</sup> Ibid.

<sup>240</sup> JUHÁSZ (2013) i.m., 6

<sup>241</sup> KÖRÖS (2009) i.m., 104



szakkérdés, amelyről a jogtudománytól eltérő tudományterület eszközeivel lehet tényállításokat tenni.<sup>242</sup> Valójában az idézett bírósági döntések sem azt állítják, hogy a belátási képesség jogkérdés lenne, csupán arról szólnak, hogy azon ügycsoportok kiválasztása a jogkérdés, amelyek vonatkozásában a belátási képesség vizsgálendő. Mindebből az következik, hogy a bíróság – mint a jogkérdésekről döntő fórum – feladata azon ügycsoportok kiválasztása, amelyekben a belátási képesség mérésére szükség van. Azonban az ezekben az ügycsoportokban fennálló belátási képesség mérése olyan ténykérdés, amelyre bizonyítást kell lefolytatni. A tényállás szabad megállapításának polgári perjogi elvével<sup>243</sup> összhangban e kérdésben elfogadható pl. a tanúk meghallgatása, az érintett saját életkörülményeire vonatkozó előadásának meghallgatása. Azonban lényeges elvi követelmény lenne, hogy a bíróságok tekintetbe vegyék: a belátási képesség tudományos módszerekkel mérhető funkcióképesség, amely felméréshez adott esetben szakértő közreműködésére lehet szükség.<sup>244</sup> A törvény ugyan nem kívánja meg belátási képesség vizsgálatának vonatkozásában a komplex szakértői vélemény elkészíttetését, azonban akár jogalkotási, akár jogalkalmazási úton tanácsos lenne ezzel az eszközzel élni a gondnoksági perekben.<sup>245</sup> Sajnálatos módon a gondnoksági perek bizonyítási szabályai terén nem jelentett a CRPD elvei felé való közeledést a polgári perrendtartás új kodifikációja sem. A 2018. január 1-től hatályba lépett Pp. továbbra is csupán az alperes elmeállapotának vizsgálatát írja elő igazságügyi pszichiátriai szakértő közreműködésével, és lehetővé teszi e célból adott esetben az alperes fekvőbeteg-gyógyintézetben történő ideiglenes elhelyezését is.<sup>246</sup> E szabályok abban erősítik meg a bírói gyakorlatot, hogy a belátási képesség funkcionális értékelésére történő fókuszálás helyett a mentális státusz, az orvosi megközelítés domináljon a döntéshozatal során.

A cselekvőképtelen állapotnak<sup>247</sup> nem kritériuma a mentális károsodás. E törvényalkotói megoldással a jogalkotó is elismeri, hogy a belátási képesség csökkenése nem feltétlenül kötődik valamely diagnózis fennállásához.

---

<sup>242</sup> GLEN (2012) i.m., 95–96; DHANDA (2007) i.m., 431–435; GRISSE (2003) i.m.

<sup>243</sup> Pp. 263. § (1) bek.: A bíróság a perben - törvény eltérő rendelkezése hiányában - alakszerű bizonyítási szabályokhoz, a bizonyítási meghatározott módjához vagy meghatározott bizonyítási eszközök alkalmazásához nincs kötve, szabadon felhasználhatja a felek előadásait, valamint minden bizonyítékot, amely a tényállás megállapítására alkalmas.

<sup>244</sup> A Pp. 300. § (1) bekezdése akként rendelkezik, hogy szakértőt kell alkalmazni, ha a jogvita kereteinek a meghatározásához vagy a perben jelentős tény megállapításához, megítéléséhez különleges szakértelem szükséges.

<sup>245</sup> Kőrös András – bírói szemmel – ezzel szemben feleslegesnek tartja a komplex szakértői vélemény jogszabályi előírását, és javarészt gyakorlati alkalmazását is. A Ptk. egy korábbi, elvetett szövegjavaslata (az alábbi idézetben: „Javaslat”) tartalmazta a komplex szakértői vélemény alkalmazásának követelményét. Erről Kőrös ekként vélekedik: „Nem helytálló [...] az [...] új szabály [...], amely – minden esetre nézve – kimondja, hogy 'a cselekvőképesség korlátozására irányuló határozatnak összetett – így orvosi, gyógypedagógiai és pszichológiai vizsgálatot is magában foglaló – szakértői véleményen *kell* alapulnia' [...]. Attól az eljárásjogi nonszensztől eltekintve, hogy ez a rendelkezés a kötött bizonyítás több mint száz éve megszűnt rendszerét hozná vissza a magyar jogba, értelmetlen is: miért szükséges pl. egy súlyos hasadással szenvedő embert gyógypedagógusnak megvizsgálnia? A komplex bizonyítás – amire a Javaslat indokolása utal – nem konkrét bizonyítási eszközök előírását jelenti, hanem azt, hogy a bíróságnak minden lehetséges – és az adott tényállás feltárásához szükséges – bizonyítási eszközt (az igazságügyi szakértői vélemény mellett: tanúvallomás, környezettanulmány, előzményi orvosi iratok beszerzése, stb.) be kell szereznie a döntéshez szükséges tényállás felderítése érdekében (a Polgári Perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény, 163. § (1) bek.). S mint láttuk, a bírói gyakorlat a gondnoksági perekben is ezt az irányt követi.”

<sup>246</sup> Pp. 444. § (1)-(2) bek.

<sup>247</sup> Ptk. 2:9. § (1) bek.

- (2) *A Ptk. rendszerében az egyén autonómiáját kevésbé korlátozó megoldások megelőzik a jobban korlátozó megoldásokat. Hiányosságként értékelhető azonban, hogy sem a támogatott döntéshozatal, sem az előzetes jognyilatkozat, sem a cselekvőképesség korlátozásának rendszereiben nem jelenik meg célként az egyéni autonómia maximalizálása. Az egyéni autonómia korlátozására nem az egyén saját „objektív” érdekeire figyelemmel, hanem csupán két esetben kellene sor kerülnie. Egyfelől akkor, ha a helyettesítő döntéshozatalra az egyén valódi akaratának a lehető legteljesebb kifejezése véget van szűkség, a szükségesség és arányosság elveinek megfelelően. Másfelől pedig akkor, ha a döntés várhatóan másokra is hatással van: ez esetben korlátozásnak lehet helye mások érdekeire figyelemmel, úgyszintén a szükségesség és az arányosság elveinek megfelelően.*

A Ptk. is él a *cselekvőképesség véelmével*: minden ember cselekvőképes, akinek cselekvőképességét e törvény vagy a bíróság gondnokság alá helyezést elrendelő ítélete nem korlátozza.<sup>248</sup> A cselekvőképesség véelme tehát megdönthető, s ennek alapján a cselekvőképesség korlátozható.

A Ptk. 2:19. §-ához fűzött indokolása szerint a cselekvőképesség korlátozására „a nemzetközi egyezményekkel és az alkotmányos követelményekkel<sup>249</sup> összhangban a szükségesség és az arányosság elve alapján” van lehetőség. Ennek megfelelő elvet követ a magyar szabályozás is, amely szerint a cselekvőképességet nem korlátozó eszközöknek elsőbbséget biztosít a korlátozó eszközök alkalmazásával szemben. Erre szolgálnak az alábbi rendelkezések:

„2:38. § [A támogató kirendelése]

(1) *A gyámhatóság az egyes ügyei intézésében, döntései meghozatalában belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szoruló nagykorú számára, annak kérelmére - cselekvőképessége korlátozásának elkerülése érdekében - támogató kirendeléséről határoz.*

(2) *Ha a cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezési perben a bíróság úgy ítéli meg, hogy a cselekvőképesség részleges korlátozása sem indokolt, de az érintett személy meghatározott ügyei intézésében belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szorul, a gondnokság alá helyezés iránti keresetet elutasítja, és határozatát közli a gyámhatósággal. A támogatót a bíróság határozata alapján az érintettel egyetértésben a gyámhatóság rendeli ki.*

(3) *A támogató kirendelése a nagykorú cselekvőképességét nem érinti.”*

„2:39. § [Az előzetes jognyilatkozat]

(1) *Nagykorú cselekvőképes személy cselekvőképességének jövőbeli részleges vagy teljes korlátozása esetére közokiratban, ügyvéd által ellenjegyzett magánokiratban vagy gyámhatóság előtt személyesen előzetes jognyilatkozatot tehet.*

(2) *A nyilatkozatot tevő személy az előzetes jognyilatkozatban*

*a) megnevezheti azt az egy vagy több személyt, akit gondnokául rendelni javasol;*

*b) kizárhat egy vagy több személyt a gondnokok köréből; és*

<sup>248</sup> Ptk. 2:8. § (1) bek.

<sup>249</sup> V.ö. KÖRÖS (2009) i.m., 105; 36/2000. (X.27.) AB határozat

c) meghatározhatja, hogy egyes személyes és vagyoni ügyeiben a gondnok milyen módon járjon el.

2:40. § [Az előzetes jognyilatkozat hatályossá válása]

(1) A bíróság a cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyező határozatában elrendeli az előzetes jognyilatkozat alkalmazását, kivéve, ha

a) az előzetes jognyilatkozatban foglaltak teljesítése a gondnokság alá helyezett személy érdekeivel kifejezetten ellentétes; vagy

b) a nagykorú személy által gondnokként megnevezett személy az előzetes jognyilatkozatban foglaltak teljesítését nem vállalja, vagy vele szemben jogszabályban meghatározott kizáró ok áll fenn.”

A Ptk. által szabályozott támogatott döntéshozatal hordozza a támogatott döntéshozatal CRPD-ben valamint nemzetközi megvalósulási formái alapján kikristályosított ismérveinek nagy részét.<sup>250</sup> Így: a támogatott döntéshozatal önkéntesen vehető igénybe;<sup>251</sup> a támogatott személy döntéshozatali képességsökkenésre segítő és nem korlátozó módon módon reflektál; a cselekvőképességet nem érinti;<sup>252</sup> a támogatónak a támogatás során jogi státuszt ad harmadik személyekkel szemben.<sup>253</sup>

A szabályozás kritikusai szerint azonban a magyar jogintézmény mégis több szempontból elmarad a támogatott döntéshozatal ideáltipikus megvalósulásától. A támogatás nem áll rendelkezésre minden ember számára, csupán a „kisebb mértékű” belátási képesség csökkenéssel rendelkező személyeknek adott. Fellelhető olyan, külföldi példákra hivatkozó álláspont, mely szerint a támogató igénybevételének mindenki számára nyitott lehetőségnek kellene lennie, ezért felesleges bármilyen képességsökkenést feltételül szabni a támogatott döntéshozatalban való részvételhez.<sup>254</sup> További kritika fogalmazható meg azzal kapcsolatban, hogy míg elvben a támogatott döntéshozatal alapja a támogató és a támogatott közötti bizalmi kapcsolat, a magyar jogintézménynél a gyámhatóságnak joga van a támogatói kapcsolat minőségének megítéléséhez.<sup>255</sup> Továbbá létezik – a hivatásos gondnokhoz hasonló – hivatásos támogató tisztsége,<sup>256</sup> amelynél nem érvényesül a bizalmi alapon történő kiválasztás követelménye.<sup>257</sup> Különösen aggályos lehet, hogy a hivatalos támogatók részben hivatásos gondnokokból verbuválódhatnak,<sup>258</sup> akik esetében tartani lehet attól, hogy az általuk korábban gyakorolt helyettesítő döntéshozatal módszereit viszik tovább a támogatói kapcsolat során. A gyámhatóságnak ezenkívül is számos olyan jogköre van, amely révén a támogatói megállapodás fölött adminisztratív kontrollt gyakorolhat.<sup>259</sup>

A magyar támogatott döntéshozatal intézményével kapcsolatban felvethető legkomolyabb kritika azonban az, hogy sem a Ptk., sem a Tdht. nem határozza meg a támogatás célját. A

<sup>250</sup> Ld. 3.7. pont

<sup>251</sup> Ptk. 2:38. § (2) bek., Tdht. 2. § (1) bek.

<sup>252</sup> Ptk. 2:38. § (3) bek.

<sup>253</sup> Tdht. 4. § (1) bek.

<sup>254</sup> TASZ (2013a) i.m., 2-3;

JAKAB Nóra: *A munkavállalói jogalanyiség munkajogi és szociális jogi kérdései, különös tekintettel a megváltozott munkaképességű és fogyatékos személyekre*, Bíbor, Miskolc, 2014, 128

<sup>255</sup> Tdht. 2. § (3) bek. a) pont, 5. § (3), (5) bek.; v.ö. még: JAKAB (2014) i.m., 128.

<sup>256</sup> Tdht. 7-10. §

<sup>257</sup> TASZ (2013a) i.m., 3-4, v.ö. JAKAB (2014) i.m., 129.

<sup>258</sup> Tdht. 7. § (3) bek. b) pont

<sup>259</sup> V.ö. Tdht. 3. §, 5. §, 6. §, 7. §.

támogatás célja a támogatott döntései minőségének javítása lenne.<sup>260</sup> A döntések minőségét – mint korábban utaltam rá – elsősorban a döntéshozatal autonómiájának foka adja.<sup>261</sup> Ebből következően a támogató feladata a támogatott saját akaratának, vágyainak megfelelő döntések kialakításához nyújtandó segítség lenne. A támogatott döntéshozatal funkciója ugyanis a támogatott autonómiájának kiteljesítése lenne. Ezzel szemben a jogszabály éppen arra ösztönzi a támogatót, hogy a támogatott „objektív” érdekeinek megfelelően járjon el;<sup>262</sup> vagyis a támogató ténykedésének mércéje, hogy a támogatott sorsa a külső perspektívából történő mérlegelés szerinti érdekeinek megfelelően alakuljon. Ez a szabály tehát nem az egyéni autonómia kiteljesítését szolgálja, hanem továbbra is a helyettesítő döntéshozatal paternalisztikus logikáját követi.

A fentiekben már utaltam arra, hogy a kapcsolati autonómia felfogása szerint gondolkodva az egyéni döntések nem légüres térben fejtik ki hatásukat, hanem az interdependencia hálóiban a döntéseink szükségszerűen hatnak a másik ember életére. Ebből következően egy döntés minőségét nem csupán a döntéshozatal autonómiájának foka határozza meg, hanem – a döntés másokra gyakorolt hatásával arányos mértékben – a döntés tartalma is.<sup>263</sup> Ennek fényében a támogatónak az is lényeges feladata lenne, hogy felhívja a támogatott figyelmét a döntés másokra gyakorolt várható hatására is. A döntés másokra gyakorolt hatásával kapcsolatban a jogi felelősséget ugyanis a – teljes cselekvőképességgel rendelkező – támogatott viseli, a támogató nem osztozhat ebben. Azonban a támogatottnak nehézsége lehet e várható hatások előzetes felismerésével kapcsolatban, így könnyen kerülhet olyan helyzetbe, hogy általa előre nem látott módon másokat hátrányosan érintő vagy jogellenes döntést hoz. Véleményem szerint tehát fontos követelmény lenne, hogy a támogató munkájával kapcsolatban jogszabályi követelményként jelenjen meg egyrészt a támogatott döntési autonómiájának támogatása, a saját akaratának, vágyainak megfelelő döntés meghozatalában és kinyilvánításában való segítségnyújtás, másrészt pedig a döntés másokra gyakorolt, várható hatásaira történő figyelemfelhívás.

Hasonló kritika fogalmazható meg az előzetes jognyilatkozat magyar jogintézményével kapcsolatban. Mint a fentiekben arról már volt szó, az előzetes jognyilatkozat is nemzetközileg ismert konstrukció.<sup>264</sup> Az előzetes jognyilatkozat alapvető célja szintén az egyén döntési autonómiájának kiterjesztése. Az előzetes jognyilatkozat felfogható a helyettesítő döntéshozatal speciális eseteként: a csökkent belátási képességű személy „helyett” tulajdonképpen saját korábbi – még ép döntéshozatali képességgel rendelkező – énje hoz döntést. Abban a tárgyban, amelyben az érintett előzetes jognyilatkozat keretében már döntést hozott, nincs helye helyettesítő döntéshozatalnak.

Elméleti kritikaként fogalmazódik meg a szakirodalomban, hogy az előzetes jognyilatkozat jogintézménye nincs tekintettel a körülmények időközi változására. Nem bizonyos ugyanis, hogy amennyiben az egyén döntéshozatali képessége sértetlen maradt volna, az időközben megváltozott körülmények között is ugyanazt a döntést hozná, mint amelyet korábban hozott.<sup>265</sup>

---

<sup>260</sup> V.ö. JAKAB (2014) i.m., 129.

<sup>261</sup> Ld. 4.3. pont.

<sup>262</sup> Tdht. 2. § (3) bek., 5. § (3) bek. c) pont, 6. § (2) bek. b) pont

<sup>263</sup> Ld. 4.2.1. pont.

<sup>264</sup> Ld. 4.3.2. pont. A jogintézmény nemzetközi előfordulásáról még:

GURBAI, Sándor: *A gondnokság alá helyezett személyek választójoga a nemzetközi jog, az európai regionális jog és a komparatív közjog tükrében*, PhD-értekezés, PPKÉ JÁK, Budapest, 2014, 114, 126;

MDAC (MENTAL DISABILITIES ADVOCACY CENTER): *A cselekvőképesség szabályozása néhány külföldi jogrendszerben*, 2008. In: GOMBOS Gábor et al. (2009) i.m., 117, 120, 125.

<sup>265</sup> V.ö. SZMUKLER (2014) i.m, 3-4.

Az előzetes jognyilatkozat magyar jogintézményével szemben – a támogatott döntéshozatal intézményrendszeréhez hasonlóan – megfogalmazható kritika, hogy a bíróság a nyilatkozattevő „objektív” érdekeire hivatkozva beavatkozhat a döntés végrehajtásának folyamatába.<sup>266</sup> Az előbbieken írtakkal összhangban ezzel szemben a döntés minőségét a döntéshozatal autonómiájának foka valamint a másokra gyakorolt hatása határozza meg, tehát a jogintézmény céljának fényében nem lehetne helye a döntés „objektív” érdekeken alapuló felülírásának. Ha az előzetes jognyilatkozat jogintézményének célja szintén az egyéni döntések minőségének javítása, akkor véleményem szerint két esetben lehetne felülbírálati jogkör biztosítani a bíróságnak: ha a döntéshozatal óta megváltozott körülményekre tekintettel valószínűsíthető, hogy a döntéshozó – saját akaratát, vágyait követve – más döntést hozna; vagy ha a döntés aránytalanul sértené mások jogos érdekeit.

Összefoglalva tehát megállapíthatjuk, hogy a cselekvőképesség gyakorlását támogató valamint a cselekvőképességet korlátozó jogintézmények rendszerében valóban megfigyelhető az az elv, mely szerint az egyéni autonómiát korlátozó intézkedések közül a kevésbé korlátozót kell választani, és csak ennek lehetetlensége esetén jöhet számításba a jobban korlátozó módszer. Azonban az egyes jogintézmények kialakításán egyáltalán nem tükröződik az autonómia maximalizálásának elve. Az autonóm cselekvés elvét kifejezetten megtöri az egyén „objektív” érdekeire történő hivatkozás.

Álláspontom szerint tehát a magyar szabályozás felülvizsgálatára a következő szempontok szerint volna szükség.

- A cselekvőképesség gyakorlását támogató és a cselekvőképességet korlátozó jogintézmények kialakítása során célként kell megfogalmazni az egyéni autonómia maximalizálását.
- Az egyéni autonómia korlátozására nem az egyén saját „objektív” érdekeire figyelemmel kellene, hogy sor kerüljön, hanem
  - csupán akkor, ha a helyettesítő döntéshozatalra az egyén valódi akaratának a lehető legteljesebb kifejezése ezt megkívánja, a szükségesség-arányosság elvei szerint; vagy
  - amennyiben a döntés várhatóan másokra is hatással van, mások érdekeire is figyelemmel, szintén a szükségesség és az arányosság elveinek megfelelően.

*(3) A cselekvőképesség korlátozása során tekintettel kell lenni az egyén körülményeire, családi és társadalmi kapcsolataira. Célszerű lenne ezt a fordulatot az észszerű alkalmazkodás követelményével való összefüggésben értelmezni, vagyis csupán akkor engedélyezni a nagyobb fokú korlátozást, ha a kevésbé korlátozó megoldás a környezet észszerű alkalmazkodása esetén sem elegendő.*

A Ptk. vonatkozó rendelkezései így szólnak:

„2:19. § [A cselekvőképesség részleges korlátozása]

---

<sup>266</sup> Ptk. 2:40. § (1) bek. a) pont, 2:41. §

(2) A bíróság cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - meghatározott ügycsoportban gondnokság alá helyezése indokolt.”

„2:21. § [A cselekvőképesség teljes korlátozása]

(2) A bíróság cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan, teljesszerűen hiányzik, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - gondnokság alá helyezése indokolt.”

A támogatott döntéshozatal nemzetközi fejleményei között kell szót ejteni a Kanadában kidolgozott ún. Bach-Kerzner-féle rendszerről. Michael Bach és Lana Kerzner a *Law Commission of Ontario* megbízásából részletes javaslatot dolgoztak ki egy, az CRPD 12. cikkének megfelelő jogi szabályozás elveire vonatkozóan.<sup>267</sup> Ezt a modellt jelentős figyelemre méltatja, és a 12. cikk követelményeit a gyakorlatba átültetésre alkalmasnak tartja szakirodalom számos fontos darabja.<sup>268</sup> A Bach-Kerzner modell nagy hangsúlyt helyez az észszerű alkalmazkodás követelményére.<sup>269</sup> Jelen kontextusban az észszerű alkalmazkodás elve azt takarja, hogy az érintett egyén számára meg kell adni kívülről, illetve a döntésben érdekelt más személyek részéről mindazt a segítséget, amely maximalizálni tudja az egyén döntéshozatali potenciálját, amennyiben ez másokra aránytalan terhet nem jelent. Az észszerű alkalmazkodás rendszerbe emelése azért rendkívül lényeges, mert miként a fentiekben rámutattam, az egyén döntéshozatali képessége („*ability*”) – mint belső készség – nem azonos a döntéshozatali lehetőséggel („*capability*”), amely döntéshozatali képességből és a döntéshozatalt kívülről támogató vagy gátló körülményekből tevődik össze. A döntések minősége, s ekként a döntéshozatali státusz meghatározása szempontjából pedig a döntéshozatali lehetőség a mérvadó. A döntéshozatali lehetőség javításában pedig a kívülről kapott észszerű alkalmazkodásnak nagy szerepe lehet. Csak akkor lehet az érintettet a következő döntéshozatali státuszba sorolni, ha az adott státuszban maradáshoz az észszerű alkalmazkodás lépései sem elegendők.<sup>270</sup> Utalnék e kérdésben a korábbiakban leírtakra, miszerint a döntések minősége

<sup>267</sup> A modell lényege röviden a következő. Bach és Kerzner álláspontja szerint a cselekvőképességet senkitől nem lehet elvonni, tehát – a 12. cikkel összhangban – *mindenki teljes cselekvőképességgel bír*. Annak a módja azonban, ahogy az egyén a *cselekvőképességét gyakorolja*, az egyéni döntéshozatali képességének fényében eltérő lehet. A döntéshozatali képesség korlátozottsága mértékének megfelelően e modell *három döntéshozatali státuszt* határoz meg. (1) Az első státusz a *jogilag független döntéshozatal*. Ennek alanyai olyan személyek, akik megértik a rendelkezésre álló információt, számolni tudnak a következményekkel, és ki tudják fejezni az akarataikat. Ők minimális támogatást igényelnek, amely rendszerint legfeljebb a döntéshez szükséges információk hozzáférhetővé tételében, bővítésében áll. (2) A második fokozat a – szűkebb értelemben vett – *támogatott döntéshozatal*. Olyan személyek számára kell, hogy nyitva álljon ez a lehetőség, akiknek a döntéshozatal folyamatának több lépésében – ideértve a döntés kinyilvánítását is – segítségre lehet szükségük. A támogatónak a támogatottal bizalmi kapcsolatban lévő személynek kell lenni. (3) A harmadik fokozat a *facilitált döntéshozatal*. Olyan esetben jön szóba ez, amikor a döntéshozatali korlátozottsággal rendelkező személy környezetében nincsen vele bizalmi viszonyban álló támogató. Ilyenkor hivatásos támogatót kell mellé állítani. A hivatásos támogató elsődleges feladata, hogy elsősorban az érintettől, s ha ez nem lehetséges, a környezetétől információt kell szereznie arról, hogy az adott döntéshozatali tárgyban mi lehet az illető valódi vágya, akarata, szándéka. Ha semmilyen információ nem szerezhető erről, csak abban az esetben lehet döntést hozni az „objektív” megítélés szerinti legjobb érdekének megfelelően. (BACH – KERZNER (2010) i.m., 1, 6)

<sup>268</sup> Többek között: DEVI (2013) i.m., 795; WERNER – CHABANY (2016) i.m. 487

<sup>269</sup> E fogalomról ld. részletesen a 2.3.2. pontban.

<sup>270</sup> BACH – KERZNER (2010) i.m., 100–115. Hasonlóan érvel: DHANDA (2007) i.m..

szempontjából a döntéshozatali lehetőségnek („*capability*”) és nem csupán a döntéshozatali képességnek („*ability*”) van jelentősége. A modell szerint a CRPD 12. cikkének figyelembe vételével a korlátozó megoldás alkalmazására csak akkor kerülhet sor, ha az észszerű alkalmazkodás elvének megfelelően az egyén minden olyan segítséget megkapott a döntéshozatalhoz, amely számára az önálló döntéshozatalt lehetővé teszi, s amely a környezetére aránytalan terhet nem jelent.

A Ptk. 2:19. § (2) bekezdésében valamint a 2:21. § (2) bekezdésében a fentiek szerint kiemelt fordulat éppen erre utal. Véleményem szerint azonban célszerű lenne a törvényben kifejezetten hivatkozni az észszerű alkalmazkodás követelményére annak kimondásával, hogy kizárólag azon ügycsoportokban kerülhet sor a korlátozásra, amelyekben a környezet részéről tanúsított informális vagy formális – a támogatott döntéshozatal keretében történő – támogatás nem elegendő az önálló döntéshozatalhoz, feltéve, hogy a támogatás nem okoz aránytalan nehézséget a támogató(k) oldalán. Hasonlóképpen: a teljes korlátozás csak akkor megengedhető, ha ugyanezen elv szerint az önálló döntéshozatal nem biztosítható egyetlen ügycsoportban sem.

Megjegyzendő, hogy a bírói gyakorlat a gondnokság alá helyezéskor figyelembe veszi a környezet támogatási potenciálját.<sup>271</sup> Azonban a törvényszöveg pontosítására feltétlenül szükség lenne, hiszen a jelenlegi szövegezés nem teszi világossá, pontosan milyen módon és mértékben kell jelentőséget tulajdonítani az egyén környezetének, társas kapcsolatainak.

*(4) A Ptk. lehetővé teszi a cselekvőképesség teljes – vagyis minden ügycsoportra kiterjedő – korlátozását. Az érintett személy ekkor cselekvőképtelenségnek számít, helyette a gondnoka tesz jognyilatkozatot, s – a részleges korlátozástól eltérően – a gondnok és a gondnokolt nem együttesen döntenek. Alaptalan a gondnoksággal érintett ügycsoportok mennyiségének kiterjesztésével párhuzamosan a beavatkozás fokozatának automatikus növelése is.*

*„Ptk. 2:19. § [A cselekvőképesség részleges korlátozása]*

*(2) A bíróság cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - meghatározott ügycsoportban gondnokság alá helyezése indokolt.”*

*„Ptk. 2:21. § [A cselekvőképesség teljes korlátozása]*

*(2) A bíróság cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan, teljeskörűen hiányzik, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - gondnokság alá helyezése indokolt.*

---

<sup>271</sup> V.ö. JUHÁSZ (2013), 6; BH 2010.211, BH 2011.247.; GAZSI (2016) i.m., 69-71



A cselekvőképességet részlegesen és teljesen korlátozó gondnokság alá helyezés alapjául szolgáló állapot között több különbség van, amelyeket az alábbi táblázatban tanulmányozhatunk:

	<i>részleges korlátozás</i>	<i>teljes korlátozás</i>
belátási képesség foka	tartósan vagy időszakosan, nagymértékben csökkent	tartósan teljes körűen hiányzik
ügycsoportonkénti vizsgálat	kötelező	nem lehetséges

Mint már arra korábban is utaltam, igazolt tény, hogy a belátási képesség nem függ össze szorosan valamely mentális státusszal. A belátási képesség további jellemzője, hogy egy adott személy esetében sem konstans jellemző, hanem az egyén döntési, belátási képessége a döntés tárgyától függően is nagyfokú változatosságot mutat.<sup>272</sup> A képességmérés esetén nem bináris modellben kell gondolkozni (tehát: valamely képesség létéről vagy nemlétéről dönteni), hanem az adott személy adott feladatra való képességét egy folytonos, a képtelenségtől a tökéletes képességig tartó skála valamely pontján meghatározni.<sup>273</sup> A teljes korlátozás ebben a rendszerben csak abban szélsőséges esetben jöhet szóba, ha a belátási képesség minden egyes ügycsoportban a skála nulla értékének felel meg. Ilyen fordulhat elő például a teljesen öntudatlan állapotban létező ember esetében (pl. a kóma állapotában, műtét utáni tartós altatásban, a depressziós katatónia egyes megnyilvánulási formáinál stb.).

A részlegesen korlátozó gondnokság esetén az érvényes jognyilatkozat-tételhez főszabály szerint a gondnok és a gondnokolt együttes döntése szükséges, míg a teljesen korlátozó gondnokság a gondnok kizárólagos döntési jogkörével jár.<sup>274</sup>

A részleges és a teljes korlátozó gondnokság előbb vázolt rendszere azt a jogalkotói feltételezést tükrözi, mely szerint a csökkent belátási képességgel érintett ügycsoportok számának növekedésével párhuzamosan a belátási képesség szintje is csökken. Pedig ez a feltételezés téves. Mint láttuk, a belátási képesség ügynként, ügycsoportonként nagymértékű változatosságot mutathat. Vagyis a Ptk. rendszeréből két fontos esetkör is kimarad. Egyrészt előfordulhat, hogy az érintett személy belátási képessége csak néhány ügycsoportban romlik, de oly mértékben, hogy szükség lenne a teljesen helyettesítő döntéshozatal bevezetésére. Másrészt az is elképzelhető, hogy az egyén mentális állapotának általános romlása nagyjából egyenletesen érinti egyes ügyeit, azonban jogainak védelme biztosítható lenne a gondnok és a gondnokolt együttdöntési jogkörének előírása útján. Ez utóbbi lehetőséget a rPtk. általános cselekvőképességet korlátozó gondnokságként még ismerte,<sup>275</sup> azonban a Ptk.-ban ilyen már nem szerepel. Az előzőekben elmondottakból következően álláspontom szerint hiba volt e jogintézmény eltörlése, hiszen ennek megtartásával az autonómia magasabb foka lenne biztosítható a belátási képesség károsodását az egyes ügycsoportok tekintetében egyenletesen, de nem a teljes képtelenség fokozódóan elszenvedő egyéneknél.

<sup>272</sup> JAKAB (2011) i.m., 45-46

<sup>273</sup> V.ö. JAKAB (2011) i.m., 45;

Bruce J. WINICK: *The Side Effects of Incompetency Labeling and the Implications for Mental Health*. Psychology, Public Policy and Law, vol. 1, 1/1995, 6-42, 24.

Bővebben: JAKAB Nóra: *A margón és azon túl – Az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek cselekvőképességéről*, Novotni Alapítvány, Miskolc, 2013, 48-66.

<sup>274</sup> Ptk. 2:20. § (1) bek., 2:22. § (1) bek.

<sup>275</sup> rPtk. 14. § (4) bek.

A fentiekben összefoglaltam, hogy hogyan értékelhető a vonatkozó hazai jogalkotásnak CRPD 12. cikkének való megfelelése, az e cikkről szóló elméleti irodalom és a nemzetközi tapasztalatok tükrében. Fontos azonban rámutatni, hogy nem elegendő, ha a támogatott döntéshozatal csupán egy jól – vagy kevésbé jól – kidolgozott jogintézmény marad. A Tdht. csupán a támogatott döntéshozatal működésének „vázát” – szervezeti, eljárási feltételrendszerét – tartalmazza. A jogintézmény akkor válik „élővé”, ha egy adott országban a lehetséges igénybevevők számára közismertté válik, továbbá a módszertanának, elveinek elsajátítására, gyakorlására is lehetőség nyílik.<sup>276</sup> A hatékony képzéseknek különös jelentőségük van, hiszen egy olyan kulturális környezetben kell meghonosítani, sőt elsődlegessé tenni a támogatott döntéshozatal formáit, amelyben a korlátozott belátásiképességgel rendelkező – vagy mentális státusza alapján annak vélt – személyek döntéshozatalának problematikájára a legutóbbi évekig kizárólag a helyettesítő döntéshozatal struktúrái nyújtottak „megoldást”.

Magyarországon már történtek előrelépések a támogatott döntéshozatal módszertanára való képzési programok kidolgozása és végrehajtása érdekében. A támogatott döntéshozatal módszertanát korszerű elvek szerint bemutató tananyag áll rendelkezésre például a hivatásos gondnokok hivatásos támogatóvá történő átképzéséhez, melyet a gyámhatóság 22 órás képzés keretében alkalmaz.<sup>277</sup> Ezenkívül több magyar civil szervezet hajtott és hajt végre támogatott döntéshozatallal kapcsolatos kísérleti programot illetve képzési, jogtudatosító tevékenységet.<sup>278</sup>

Mindennek ellenére a támogatott döntéshozatalt igénybe vevők száma – a gondnokoltak számához képest – rendkívül alacsony. Az alábbi táblázat tartalmazza a gondnokság alatt állók legfrissebb létszámadatait.<sup>279</sup>

<b>Gondnokság alatt álló személyek száma</b>	<b>2015. december 31.</b>	<b>2016. december 31.</b>
Teljesen korlátozó gondnokság	30 023	28 669
Részlegesen korlátozó gondnokság	26 492	28 370
<b>Összesen</b>	<b>56 515</b>	<b>57 039</b>

<sup>276</sup> Mary KEYS: *Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the European Convention on Human Rights*. In: Charles O'MAHONY, Gerard QUINN (eds.): *Disability Law and Policy: An Analysis of the UN Convention*. Dublin. Clarus Press, 2017, 94-99, 98-99; DHANDA (2007) i.m., 459; GAZSI (2016) i.m., 69-71; GAZSI Adrienn, PORDÁN Ákos: *Értelmi fogyatékos emberek igazságszolgáltatáshoz való hozzáférése. Az Értelmi fogyatékos emberek igazságszolgáltatáshoz való hozzáférése nemzetközi projekt (AJuPID)*

*keretében készült tananyag. Kézirat, Budapest, 2016*

<sup>277</sup> Tdht. 9. § (1) bek.; 25/2003. (V. 13.) ESzCsM rendelet a hivatásos gondnoki feladatot ellátó személyek képzési előírásairól, 8. § (1) bek.; GAZSI (2016) i.m., 73; a tananyagot ld.: [http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai\\_anyagok/tdkepzes.pdf](http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/tdkepzes.pdf)

<sup>278</sup> Ide sorolható az Értelmi Fogyatékosokkal Élők és Segítőik Országos Szövetsége (a továbbiakban: ÉFOÉSZ) által még a támogatott döntéshozatal jogintézményi megjelenése előtt lefolytatott támogatói modellkísérlet, melynek részleteiről ld. GAZSI (2016) i.m., 85-88. Támogatott döntéshozatallal kapcsolatos képzések valósultak meg még a Kézenfogva „Összefogás a Fogyatékosokért” Alapítvány valamint az Aura Autistákat Támogató Közhasznú Egyesület szervezésében szociális szakembereknek, fogyatékos személyeknek és szüleiknek, informális támogatóiknak is.

<sup>279</sup> Forrás: a KSH adatközlése alapján.

Ezeket az adatokat összevethetjük a Ptk. hatálybalépése előtt a cselekvőképességet kizáró és korlátozó gondnokság alatt állók létszámadataival:<sup>280</sup>

<b>Gondnokság alatt álló személyek száma</b>	<b>2011. december 31.</b>	<b>2012. december 31.</b>	<b>2013. december 31.</b>
Cselekvőképességet kizáró gondnokság	31 330	31 781	31 670
Cselekvőképességet korlátozó gondnokság	22 500	23 449	24 481
<b>Összesen</b>	<b>53 830</b>	<b>55 230</b>	<b>56 151</b>

Az adatsorból jól látható, hogy a gondnokság alatt állók száma a Ptk. hatályba lépése óta nemhogy csökkent, de még kismértékben emelkedett is. A kétféle korlátozási típus közül korábban a kizáró gondnokság jelentős túlsúlyban volt a korlátozóhoz képest, s ugyanez a tendencia érvényesült – nagyjából hasonló létszámadatokkal – a teljesen és a részlegesen korlátozott cselekvőképességű személyek arányában. 2016-ban azonban a teljesen korlátozó gondnokság alatt állók száma már csak kevéssel volt több a részlegesen korlátozott cselekvőképességű személyek számánál. Az összes gondnokolt létszáma azonban még kismértékben nőtt is.<sup>281</sup>

A KSH adatai szerint 2015-ben 91 személy vette igénybe a támogatott döntéshozatalt. Az év folyamán indított, támogató kirendelése iránti eljárásokat többségében (126 esetben) a bíróság kezdeményezte, csak kevesebbszer indult az eljárás az érintett kezdeményezésére (61 esetben.) A 2016. év végén összesen 149 személy vett igénybe támogatott döntéshozatalt. Ebből a fővárosban 40 kirendelés történt, és csak további két megyében van tíz fölött a kirendelések száma, illetve van olyan megye, ahol egyetlenegy támogatót sem rendeltek ki. Ez év folyamán 100 esetben kezdeményezett kirendelést a bíróság, 78 esetben az érintett. A támogatói kapcsolatok száma tehát 2015-höz képest egy év alatt jelentősen nőtt, de a gondnoksággal érintettek létszámához képest továbbra is elenyésző. Látható az is, hogy a támogatói kapcsolat az esetek többségében nem a felek elhatározása, hanem bírósági kezdeményezés alapján jön létre.

A fenti adatok arról tanúskodnak, hogy habár a 2014 óta hatályos jogi környezet jelentős mértékben közeledett a CRPD sztenderdjéhez, messze nem mondható, hogy Magyarországon megvalósult volna a támogatói modell elsődlegessége,<sup>282</sup> és a gondnokság csupán igen korlátozott esetkörben, jól definiált célok érdekében játszana szerepet az értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek minőségi döntéshozatalának elősegítésére. A gondnokság alatt állók száma lényegében változatlan maradt, a gondnokság típusa szerinti megoszlás alakulásán azonban enyhén, de a kisebb mértékű korlátozást előnyben részesítő tendencia érvényesül. A támogatott döntéshozatalban részt vevők száma pedig a

<sup>280</sup> Uott.

<sup>281</sup> További empirikus adatok: TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT: *Jelentés gondnokságról és támogatott döntéshozatalról*, 2015; letölthető: <https://tasz.hu/fogyatekosugy/jelentes-gondnoksagrol-es-tamogatott-donteshozatalrol>

<sup>282</sup> Az Egyesült Államok gondnokság alá helyezési gyakorlatának vonatkozásában készült kutatási tanulmány ugyanerre a megállapításra jut. (JAMESON et al. (2015) i.m., 40)

gondnokoltakhoz képest elenyésző, s a támogatói kapcsolatok létrehozását is többségében külső személy (bíró) kezdeményezi, nem az érintettek.

## **5. A CRPD 12. és 19. cikke konzisztens végrehajtásának kihívásai**

Mint már tanulmányomban arra többször rámutattam, a CRPD-ban foglalt egyes jogok részben kölcsönösen feltételezik egymást, azonban kompetitív helyzetbe is kerülhetnek.<sup>283</sup> Így a CRPD végrehajtása során különös figyelemmel kell lenni arra az egyes jogok közötti pozitív vagy negatív kölcsönhatás lehetőségére. Tanulmányom 2. és 3. pontjában egyesével fókuszáltam a 12. és a 19. cikk átültetésének szempontjaira. A CRPD mindkét elemzett cikkének középpontjában a fogyatékos személyek önálló, de támogatott cselekvése áll, így ezek végrehajtása szükségszerűen összekapcsolódó folyamat. Az alábbiakban megkísérlem feltárni, miként lehet a 12. és a 19. cikk végrehajtása egymást támogató folyamat, milyen szinergiahatások várhatók ennek során, és milyen kihívásokkal, akadályokkal, korlátokkal kell szembenézni. Elsőként abból az irányból közelítem meg a kérdést, hogy miként segíti elő az önálló, de a közösség által támogatott életkörnyezet a támogatott döntéshozatal gyakorlati megvalósulását, majd az ellentétes irányú hatást vizsgálom: mi lehet a támogatott döntéshozatal szerepe a támogatott életkörnyezet megfelelő kialakításában. Mindkét téma kapcsán külön következtetéseket fogalmazok meg a hatályos magyar intézményrendszer és jogi szabályozás vonatkozásában.

### **5.1. A támogató életvitel szerepe a támogatott döntéshozatal megteremtésében**

#### **5.1.1. A támogatói hálózat jelenléte a fogyatékos személyek életében**

A 4.3.2. pontban már szó esett arról, hogy a támogatott döntéshozatal nemzetközi modelljeiben ismeretes a támogatói hálózat, mely állhat formális vagy informális támogatókból. A támogató – vagy éppen akadályozó – kapcsolati háló azonban nem kötődik a támogatott döntéshozatali modellek formális megjelenéséhez. A kapcsolati autonómia tanának ismertetésekor pedig már utaltam arra, hogy minden ember a kölcsönös függés, interdependencia hálózatában él, énjének kibontakozása szükségszerűen kapcsolati hálóján keresztül valósul meg.<sup>284</sup> Abban a tekintetben tehát, hogy az egyén milyen minőségű döntéseket képes hozni és végrehajtani, s ezáltal mennyire tudja fokozni maga és mások életminőségét, jelentős szerepe van nemcsak a saját döntési képességeinek, hanem kapcsolati hálójá támogatói potenciáljának is. Azon egyének esetében, akik a döntéshozatalban vagy a döntések végrehajtására való képességben például fogyatékoságuk okán akadályozottak, különösen fontos szerephez jut a támogató kapcsolatrendszer.

Számos tanulmány igazolja azonban, hogy a megfelelő támogató kapcsolati háló rendelkezésre állása szempontjából éppen a fogyatékos személyek igen kiszolgáltatott helyzetben lehetnek. Több kutatás támasztja alá, hogy különösen az értelmi fogyatékos személyek szociális hálójá igen szűk, és többségében szintén értelmi fogyatékos személyeket

---

<sup>283</sup> Ld. 2.3.3., 4.2.2. pont.

<sup>284</sup> Ld. 4.2.1. pont.

vagy családtagokat illetve szakembereket (gondozókat) ölel fel.<sup>285</sup> A kapcsolatépítésnek sokféle akadálya lehet. Egyfelől az intenzív gondozást igénylő fogyatékos személyek esetén a szakemberek ideje elmegy a fizikai gondozás feladataira, és már nem jut idő, energia a személyes kapcsolatépítésre. Másfelől meghatározott pszichiátriai károsodások gátolják az egyént a társas kapcsolatok iránti érdeklődésben, vagy olyan viselkedésmódot eredményeznek, amely megnehezíti a kapcsolatépítést,<sup>286</sup> továbbá az értelmi fogyatékos is jelentős gátat vehet a kapcsolatépítésben.<sup>287</sup> Számos fogyatékos személy számára a baráti jellegű (mellérendelt, kölcsönösségen és bizalmon alapuló) kapcsolatok, közösséghez való kapcsolódás fontos, de teljesületlen vágy.<sup>288</sup> A harmadik fő kapcsolatépítési akadály a találkozásra alkalmas tér – pl. akadálymentes közlekedési lehetőség<sup>289</sup> vagy intézményi illetve közösségi lakhatás esetén a közösségi helyiségek – hiánya.<sup>290</sup> A kapcsolati háló kialakulásának akadálya lehet továbbá, hogy intézményi vagy közösségi lakhatás esetén a klienseket gyakran gyermekként kezelik, biztonsági okból elzárják őket a külvilággal vagy egymással való szabad kapcsolatépítéstől.<sup>291</sup>

Mivel a barátság jellegű támogatói kapcsolatok kialakítása ily módon akadályozott, a fogyatékos személyek körül gyakran csak a család és a professzionális támogató közeg marad.<sup>292</sup> Egy brazil kutatás szerint a házasságban élő fogyatékos személyek a legtöbb támogatást a házastársuktól kapták, házastársuk elhalálása után pedig a gyermekeiktől. A nem házasok pedig leginkább a szüleikre, testvéreikre támaszkodhattak.<sup>293</sup> Ez azért okozhat problémát, mert házasságkötésre, tartós párkapcsolat kialakítására s gyermekvállalásra azon fogyatékos személyeknek sokkal kevesebb esélyük van, akik baráti kapcsolatok kialakításában a fenti módon akadályozottak. Így ők idősebb korokra, mikor szüleik, testvéreik már nem élnek, vagy erejük megfogyatkozott, igen kiszolgáltatottá válhatnak.<sup>294</sup>

Azokban az országokban, amelyekben a helyettesítő döntéshozatali rendszerek dominálnak, jelentős szociális problémákat okoz a fenti helyzet. A gondnok szerepébe ugyanis a legtöbb esetben a szülő kerül – mintegy a gyermekkor „meghosszabbításaként” –, és amikor

---

<sup>285</sup> A.E. VAN ASSELT-GOVERTS et al.: *Experiences of support staff with expanding and strengthening social networks of people with mild intellectual disabilities*. Journal of Community and Applied Social Psychology, vol. 24, 2/2014, 111-124, 111-112;

A. KAMSTRA. et al.: *The structure of informal social networks of persons with profound intellectual and multiple disabilities*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, vol. 28, 3/2015, 249-256., 252

LIPPOLD - BURNS (2009) i.m., 463;

<sup>286</sup> ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 119-120; David E. BIEGEL, Elizabeth M. TRACY, Li-yu SONG: *Barriers to social network interventions with persons with severe and persistent mental illness: a survey of mental health case managers*. Community Mental Health Journal, vol. 31, 4/1995. 335-349.

<sup>287</sup> LIPPOLD - BURNS (2009) i.m. 469

<sup>288</sup> A fogyatékos személyek kapcsolati hálózatait feltérképező kutatások például:

Cristina Marques de Almeida HOLANDA et al.: *Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services*. Ciencia y saude coletiva, vol. 20, 1/2015, 175-184, 180.;

LIPPOLD - BURNS (2009) i.m. 463 (Ezen – Egyesült Királyságban végzett – kutatás szerint a kutatásban részt vett értelmi fogyatékossgal élő személyek kapcsolati hálójá átlagosan 11,7 személyt ölel fel, a testi fogyatékossgal élő embereké ezzel szemben átlagosan 30-nál több emberből áll.)

KAMSTRA et al. (2015) i.m, 256

<sup>289</sup> Vö. HOLANDA (2015) i.m., 9

<sup>290</sup> ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 111-112,

<sup>291</sup> ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 119-120;

Suzanne ABBOTT, Roy MCCONKEY: *The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities*. Journal of intellectual disabilities, vol. 10, 3/2006, 275-287.

<sup>292</sup> LIPPOLD - BURNS (2009) i.m., 463

<sup>293</sup> HOLANDA (2015) i.m., 9-10

<sup>294</sup> Uott, 11; KAMSTRA et al. (2015) i.m., 254

a szülő meghal, vagy már nem tudja gondját viselni a felnőtt gyermekének, nem biztosítható tovább az érintett támogatása személyes, bizalmi alapon, és az érintett teljesen kiszolgáltatottá válik annak, hogy a szociális adminisztráció miképpen majd törődik vele.<sup>295</sup> Ilyen esetben az élethosszig való támogatás fenntarthatóságának szempontjából létkérdés, hogy még idejekorán kialakuljon az a támogató közeg, amely képes átvenni a döntéshozatali és az életviteli támogatás feladatait.

Már korábban utaltam arra, hogy a személy körüli támogató hálózatot feloszthatjuk a természetes (informális) és a mesterséges (formális vagy professzionális) támogatók két csoportjára.<sup>296</sup> Informális támogatónak azokat a személyeket nevezzük, akikkel az egyén kapcsolata személyes jellegű, és a támogatás nem ellenszolgáltatás fejében történik (különösen: család, barátok, szomszédok), a formális támogatás pedig a professzionizált, üzleti vagy nonprofit alapon megy végbe.<sup>297</sup> A formális támogatás mesterséges kialakítása mindig könnyebb, mint a természetes támogatásé, hiszen ez utóbbi vagy rokoni kapcsolatot feltételez, vagy a természetes kapcsolatépítés lehetőségeit, ami, mint láttuk, fogyatékos személyek esetén számos esetben akadályozott folyamat. A formális támogatás kialakítása szociálpolitikai eszközökkel is elősegíthető, vagy – ha az egyén rendelkezik megfelelő forrásokkal – üzleti alapon bővíthető professzionális támogatók köre, javítható a támogatás minősége. A szakirodalom azonban rámutat arra, hogy hasznos, ha az egyén körül nem csupán a formális támogató hálózat fejlődik, ugyanis a formális támogatásnak is megvannak a maga gyenge oldalai. A mesterséges kapcsolati hálóban az érintett gyakran nem elveszíti orientációját abban a kérdésben, hogy ki az, aki számára baráti jellegű, az életminőséget növelő emberi kapcsolatot jelentő minőségben van jelen, és ki az, akivel nem személyes, hanem szakmai alapú a kapcsolata.<sup>298</sup> Különösen az értelmi fogyatékos személyek esetén mutatható ki, hogy gyakran tévednek a kapcsolat minőségének megítélésében. A formális támogatás tehát bártortalanító, szegregáló hatást is kifejthet.<sup>299</sup> A formális támogatás esetén további kockázatot jelent, hogy érdekellentét alakulhat ki a támogatott és a támogató között, így a támogatás motivációján kívül egyéb szempontok is megjelenhetnek a támogató munkájában.<sup>300</sup> Mint láttuk, az intézményi környezetben jelen lévő szociális hálónak fontos általános jellemzője, hogy a támogatott szükségleteihez képest az intézményi szempontok kerülnek előtérbe – ez a helytelen prioritásrend megjelenhet a formális támogatói viszonyban is. A formális támogatói hálózat felépítésével kapcsolatos további nehézség, hogy jelentős anyagi, szervezeti forrásokat igényel, melyeket vagy a fogyatékos személyeknek és természetes támogatóiknak, vagy közfinanszírozási alapon kell biztosítani. Ebből következően a formális támogatás rendszerei általában még a gazdagabb országokban sem kellően fejlettek.<sup>301</sup>

A természetes támogatói hálózat fejlesztése tehát fontos cél, és a szociálpolitika eszköztárával korántsem lehetetlen feladat. Maga a formális támogatói közeg is jelentős segítséget nyújthat abban, hogy a fogyatékos személyek természetes támogatottsága

---

<sup>295</sup> JAMESON et al. (2015) i.m., 38-39

<sup>296</sup> Ld. 4.3.2. pont.

<sup>297</sup> DUGGAN – LINEHAN (2008) i.m., 205-206

<sup>298</sup> KAMSTRA et al. (2015) i.m., 250

<sup>299</sup> DUGGAN – LINEHAN (2008) i.m., 205-206

<sup>300</sup> DEL VILLAR (2015) i.m. 191-193 (irodalmi összefoglalóval)

<sup>301</sup> DEL VILLAR (2015) i.m, 191; HERRING (2012) i.m., 590; BEAUPERT – VERNON (2011) i.m., 62.

Bernadette MCSHERRY: *Mental health and human rights: The role of the law in developing a right to enjoy the highest attainable standard of mental health in Australia.* *Journal of Law and Medicine*, vol. 15, 2008, 773–781, 777-778;

növekedjen.<sup>302</sup> Ha a támogató közeg létrejöttének fenti akadályrendszerére gondolunk, a legtöbb akadály megfelelő segítséggel elhárítható, mérsékelhető. Így például fejleszthetők akár a fogyatékos személyek kapcsolatépítési készségei, bővíthetők a közösségi szintereken való akadálymentes találkozás lehetőségei.<sup>303</sup>

A szakirodalom egyre nagyobb jelentőséget tulajdonít a természetes támogatók kísérésének, támogatásának is.<sup>304</sup> A CPRD a preambulumban elismeri, hogy „a család a társadalom természetes és alapvető közösségi egysége, valamint, hogy a család jogosult a társadalmi és az állami védelemre, továbbá hogy a fogyatékossgal élő személyeknek és családtagjaiknak meg kell kapniuk a szükséges védelmet és támogatást, amely lehetővé teszi, hogy a családok hozzájárulhassanak a fogyatékossgal élő személyek jogainak teljes és egyenlő gyakorlásához”.<sup>305</sup> Sajnálatos módon azonban a CRPD további rendelkezései nem foglalkoznak a családtagok jogaival és támogatásának szükségletével. A családtagok sokkal inkább eszközszerepbe kerülnek a CRPD-ben (például a 12. cikkben mint természetes támogató közeg jelennek meg), mintsem egy élő kapcsolati háló részeként.<sup>306</sup> Azonban több kutatás is feltárta már, hogy a családtagok (elsősorban a szülők), természetes támogató közeg képzettségének, tájékozottságának jelentős szerepe van abban, hogy ők milyen minőségű támogatást tudnak nyújtani a fogyatékos személynek, milyen módon segítik elő önálló életképességének kialakulását, elősegítik-e, vagy éppen akadályozzák a fogyatékos személy körüli természetes és formális támogatói hálózat létrejöttét, a támogatott vagy a helyettesítő döntéshozatal rendszereibe, módszereibe vezetik-e be őt.<sup>307</sup> A természetes támogatóknak illetve a velük való támogatói kapcsolatban nehézséget jelenthet az érzelmi és egzisztenciális terhelődés, a kiégés, a konfliktus, a személyes és családi érdeklentétek kezelése, a reflektálatlanság, és az ebből eredő túlzottan beavatkozó vagy passzív magatartás.<sup>308</sup> A helyes támogatói attitűd kialakítására irányuló képzésekre természetesen nemcsak az informális, hanem a formális támogató háló tagjai esetében is nagy szükség különösen abban az esetben – ami nemzetközileg elterjedt gyakorlat<sup>309</sup> –, ha a professzionális támogatók az intézménytelenítés folyamatában a korábbi intézményi dolgozók közül kerülnek ki.

Magyarországon a fogyatékos személyek formális és informális támogató közeg fejlesztése, képzése terén jelentős tennivalók vannak.<sup>310</sup> A fogyatékos személyek körüli természetes támogatók köre sok esetben a nukleáris családra szűkül, s igen gyakori, hogy egyetlen szülő marad aktív a fogyatékos gyermeke nevelésében, később támogatásában.<sup>311</sup> A

---

<sup>302</sup> SZABÓ Lajos: *A professzionális és informális segítők szerepe az idősek otthoni ellátásban*. *Esély*, 1/2014, 79-93, 88, és az itt hivatkozott források:

Marjorie H. CANTOR: *The informal support system in New York's inner city elderly*. In: Donald E. GELFAND, Alfred J. KUTZNIK (eds.): *Ethnicity and Aging*, New York. Springer, 1979, 153–174;

Eugene LITWAK: *Helping the Elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York. The Guilford Press, 1985

<sup>303</sup> DUGGAN – LINEHAN (2008) i.m. 205-206 (irodalmi összefoglalóval)

<sup>304</sup> GAZSI (2016) i.m., 73; DEL VILLAR (2015) i.m., 194

<sup>305</sup> CRPD preambulumban, x) pont

<sup>306</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 194

<sup>307</sup> V.ö. WERNER – CHABANY (2016) i.m., 495, GAZSI (2016) i.m., 73

<sup>308</sup> V.ö. SZABÓ (2014) i.m., 87

<sup>309</sup> INCLUSION EUROPE (2016) i.m., 6

<sup>310</sup> GAZSI (2016) i.m., 73

<sup>311</sup> HALMOS Szilvia – GAZSI Adrienn: *Esetjogi tanulmányfüzet - Az értelmi fogyatékos, halmozottan fogyatékos és autista emberek számára működtetett antidiszkriminációs jelzőrendszer tapasztalatai*, Kézenfogva Alapítvány, Budapest, 2008, 21;

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL: *17. A fogyatékossgal élők helyzete és szociális ellátásuk*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2015, 15; letölthető:



fogyatékos gyermeket nevelő szülőknek az egyik legsúlyosabb aggálya, hogy mi történik majd gyermekükkel akkor, ha már ők nem tudnak mellette állni.<sup>312</sup> Erre az kérdésre – mint a korábbiakban az empirikus adatokból láttuk – a gyakori válasz az intézményi elhelyezés és a gondnokság, sokkal kevésbé jellemző a támogatott életviteli struktúrákba való integráció.<sup>313</sup>

### 5.1.2. A közösségi lakhatás kulcsjelentősége a támogatott döntéshozatal működtetésében

Az előbbieken beláttuk, hogy a fogyatékos egyén körüli támogató hálózatnak kulcsjelentősége lehet döntéshozatali lehetőségeinek, a döntések végrehajtásának terén, ami egy magasabb szintű életminőség felé való utat kövez ki számára. Amennyiben a természetes támogató közeg erre nem képes, formális támogatással kompenzálhatók az ebből eredő hátrányok, továbbá a formális támogatás a természetes támogatást is erősítheti.

Ebből arra következtethetünk, hogy a CRPD 19. cikkének megfelelő elvek szerint működő közösségi lakhatási struktúrák jelentős potenciállal rendelkeznek a fogyatékos személyek döntéshozatalának támogatásában. Az ilyen lakóegységekben ugyanis gyakorlati lehetőség nyílik arra, hogy tartósan felépüljön a fogyatékos személy köré egy formális és informális elemekkel is bíró támogatói közeg, amely részben vagy egészben átveheti a család döntéshozatalban támogató vagy helyettesítő szerepét. Minthogy a fogyatékos személy itt egy közösség részévé válik, mások számára ő is a támogató hálózat része lehet, ami a hasznosságérzet, feladattudat révén szintén magasabb szintű életminőség megteremtéséhez járulhat hozzá.<sup>314</sup> A *peer-support*, vagyis a társ által való támogatás hatékonyságát és előnyeit egyre inkább kiemeli a szakirodalom, és a támogatott életvitel rendszerelemévé tételét javasolja.<sup>315</sup> Támogatott döntéshozatal ugyanis nem létezik minimum egy-két fős támogató közeg nélkül,<sup>316</sup> és könnyű belátni, hogy minél szervezettebb, hatékonyabb támogató hálózat veszi körül az egyént, annál hatékonyabb lehet a támogatás.

A fentiekben beláttuk, hogy a CRPD 19. cikkében foglaltak nemcsak a közösségi lakhatási formában való részvétel lehetőségének megteremtésével – különösen nem az ilyen struktúrákba való kényszerítés útján – teljesülhetnek, hanem az önálló életvitelt elősegítő életformák szélesebb skálájának létrehozásával, azonban kutatások igazolják, hogy a támogatott döntéshozatal modelljének érvényesítése terén kiemelt szerepe lehet a közösségi lakhatási formáknak.<sup>317</sup>

---

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz\\_17\\_2011.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_17_2011.pdf)

<sup>312</sup> Ld még: JAMESON et al. (2015), 38-39 (az Egyesült Államok vonatkozásában).

<sup>313</sup> Ld. 3.3. pont.

<sup>314</sup> ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 111-112; ABBOTT – MCCONKEY (2006) i.m.;

Roy MCCONKEY, Suzanne COLLINS: *The role of support staff in promoting the social inclusion of persons with an intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 54, 8/2010, 691-700.;

Amy HILLMAN et al.: *Experiencing rights within positive, person-centred support networks of people with intellectual disability in Australia*. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 56, 11/2012, 1065-1075, 1068

<sup>315</sup> INCLUSION EUROPE (2016) i.m., 5-6

<sup>316</sup> PATHARE – SHIELDS (2012) i.m., 29 CARNEY (2015) i.m., 53

<sup>317</sup> Ld. 3.1.3. pont.

ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 112;

Roy MCCONKEY: *Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings*. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 51, 3/2007, 207-217;

Janet ROBERTSON et al.: *Social networks of people with mental retardation in residential settings*. *Mental retardation*, vol. 39, 3/2001, 201-214.

Azonban a korábbiakban már azt is kifejtettem, hogy a közösségi lakhatási szolgáltatások kialakítása esetén nem elegendő a férőhelyek korlátozására való előírás, hanem a működési rendszernek biztosítania kell az önálló, de közösség által támogatott életvitel lehetőségét. A közösségben való jelenlét önmagában még nem elegendő a társas kapcsolatok kialakulásához.<sup>318</sup> A társas kapcsolatépítés facilitálásának kifejezett programelemnek kell lenni az ilyen lakóegységekben, amely magában foglalja a készségek fejlesztését, az életviteli szabályok ennek megfelelő megfogalmazását, a lakótér erre tekintettel történő kialakítását. Kellő teret kell adni a klienseknek abban, hogy – egyensúlyban a közösségi élet szempontjaival, de nem azoknak alárendelve – szabad döntéseket hozzanak életvitelük kapcsán, így például a napirend, a lakberendezés, az étkezés, a kijárás, a munka, a lakótárs, szobatárs megválasztása terén. Az életkörülmények adta választási lehetőségek, a hibázás megengedettsége igazoltan kondicionálja a döntési készségek fejlődését, ami a döntési autonómia magasabb fokának eléréséhez vezet.<sup>319</sup>

Azt is látni kell, hogy rövidtávon jelentős energiabefektetéssel jár a támogatott életvitel kialakítása, amelyet elsősorban a legszűkebb természetes támogatói közegnek, vagyis általában a nukleáris családnak, a szülőknek kell teljesíteni.<sup>320</sup> A helyettesítő döntéshozatal egyes helyzetekben sokkal egyszerűbb, energiatakarékosabb megoldás, sőt hatékonyabb is, hiszen kevésbé áll fent annak a kockázata, hogy az érintett „rossz”, vagyis nem a legjobb érdekeinek megfelelő döntést hoz. Ha egy fogyatékos gyermeket nevelő, vagy felnőtt fogyatékos gyermeket támogató családra gondolunk, akiknek életterhei az átlagosnál jóval nehezebbek lehetnek, könnyen érthető, hogy a szülők segítség nélkül már nem tudják kitermelni ezt a plusz anyagi, időbeli ráfordítást. Ez ismét alátámasztja a szülők támogatásának, tehermentesítésének fontosságát. Kimutatható, hogy hazánkban a fogyatékos személyeket felnőttkorukban segíteni kívánó szülőket a szociális intézményrendszer sokkal inkább a gondnokság melletti döntés felé húzza, mintsem az ellenkező irányba.<sup>321</sup>

Különösen a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek terén a közösségi lakhatási feltételeknek és a közösségi szolgáltatásoknak abban is szerepük lehet, hogy megelőzzék azokat a krízishelyzeteket, amelyekben lehetetlenné vagy túl kockázatosá válik az önálló döntéshozatal. Igazolt tény ugyanis, hogy a szociális izoláció bizonyos mentális károsodások esetén növeli az ilyen krízishelyzetek előfordulását.<sup>322</sup> Modellkísérletek eredményei igazolják a társ-támogatás (*peer-support*) pozitív szerepét a krízisprevenció, krízisintervenció terén.<sup>323</sup> Mint azonban korábban láttuk,<sup>324</sup> a támogatott döntéshozatal módszerei csak akkor működőképesek, ha az érintett olyan helyzetbe hozható, hogy megfelelő információk és támogatás birtokában reálisan látják döntéseik lehetséges következményeit.<sup>325</sup> A kritikus

---

<sup>318</sup> ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 112

<sup>319</sup> WINKLER et al. (2016) i.m., 222-223

<sup>320</sup> HILLMANN (2012) i.m., 1066

<sup>321</sup> VERDES Tamás, TÓTH Marcell: *A gondnokság társadalmi funkcióiról*, é.n., 5-6; letölthető: [https://tasz.hu/files/tasz/imce/gondnoksag\\_funkcio.pdf](https://tasz.hu/files/tasz/imce/gondnoksag_funkcio.pdf); VERDES (2009) i.m., 103-105.

<sup>322</sup> GOODING (2013) i.m. 440, 444; ld. még:

CENTER FOR THE HUMAN RIGHTS OF USERS AND SURVIVORS OF PSYCHIATRY: *Good Practices*. [http://www.chrusp.org/home/good\\_practices](http://www.chrusp.org/home/good_practices);

Jaakko SEIKKULA, Mary E. OLSON: *The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics*. Family process, vol. 42, 3/2003, 403-418;

Claire HENDERSON et al.: *Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial*. British Medical Journal, vol. 329, 2004, 136.

<sup>323</sup> GOODING (2013) i.m. 444

<sup>324</sup> Ld. 4.3.3. pont.

<sup>325</sup> DEL VILLAR (2015) i.m., 191-193.; SEIKKULA – OLSON (2003) i.m.; HENDERSON et al. (2004) i.m.

epizódok előfordulásának csökkenése tágabb teret biztosít azoknak az időszakoknak, amelyekben a támogatott döntéshozatal módszerei sikeresek lehetnek.

### 5.1.3. A támogató hálózatokra vonatkozó jogi szabályozás fejlesztésének lehetőségei

A fentiekben már részletesen bemutattam a CRPD 12. és 19. cikkének végrehajtására szolgáló hatályos magyar intézményrendszert. A közösségi lakhatás megvalósítását a magyar szociális ellátórendszer elsősorban – úgyszólván kizárólagosan – a támogatott lakhatás intézményének elterjesztésével, és a nagylétszámú intézmények e módon való kiváltásával kívánja megvalósítani. A támogatott döntéshozatal jogintézményként bekerült az új Ptk.-ba, és külön törvény is született róla. Megállapíthattuk azt is, hogy egyelőre mind a támogatott lakhatás, mind a támogatott döntéshozatal tényleges igénybevétele elenyésző a korábbi intézményi illetve gondnoksági struktúrák alkalmazásához képest.

A fentiekben az elmélet és a nemzetközi gyakorlati tapasztalatok illetve kutatási anyagok alapján bemutattam, hogy a közösségi lakhatási formák miként lehetnének táptalajai a támogatott döntéshozatali modell gyakorlati érvényesülésének. Az alábbiakban abból a szempontból vizsgáljuk meg a vonatkozó hazai jogi szabályozást, hogy elősegíti-e a támogatott lakhatás támogatott döntéshozatalt elősegítő funkciójának érvényesülését.

Mint ahogyan a korábbiakban arra már rámutattam, a cselekvőképességre vonatkozó szabályozás tartalmazza a lehető legkisebb korlátozás elvét. Ezzel párhuzamosan a Ptk. szabályainak megfelelően a gondnokság alá helyezési eljárásban a bíróságnak a belátási képesség fokán kívül vizsgálnia kell az érintett „egyéni körülményeit, családi és társadalmi kapcsolatait” is.<sup>326</sup> Ez a rendelkezés jól tükrözi a támogatott döntéshozatal modelljét, amely elismeri, hogy az egyén döntéshozatali lehetősége (*capability*) a döntéshozatali képességéhez (*ability*) képest növekedhet azáltal, ha támogató családi és közösségi környezete van, a cselekvőképesség korlátozásáról való döntés esetén pedig a támogató környezet által kompenzált döntési lehetőség mértéke a mérvadó. Mint említettem, a bírósági gyakorlatot kezdi áthatni ez a szemlélet, azaz ma már a támogató környezet vizsgálata elengedhetetlen a gondnoksági perekben. A támogatott lakhatási körülmények között élő, vagyis informális és formális támogató hálózattal rendelkező személynek e kontextusban kétségtelenül jobb esélyei vannak arra, hogy cselekvőképességük a lehető legcsekélyebb korlátozás alá essen.

Súlyos hiányosságként regisztrálhatjuk azonban, hogy a támogatott döntéshozatal jogi intézményrendszere egyáltalán nem ad terepet a támogatói hálózatok jogi elismerésének. A lehetséges támogatók számát a törvény két főben limitálja.<sup>327</sup> Ez életszerűtlen, ugyanis így módon nem nyerhet jogi státuszt egy a szervezett, egyes életterületekre szakosított, az egyes támogatókat tehermentesítő támogatói hálózat. Éppen olyan, formális és informális támogatókból álló hálózatoknak lehetne megadni a jogi státuszt, amilyen egy támogatott lakhatási rendszerben létrejöhet az ott lakók között. A közösségi alapú lakhatási formációk – így a magyar támogatott lakhatás is – jelentős lehetőségekkel bír a támogatott döntéshozatal módszereinek gyakorlati működtetésében, ahogyan erről a korábbiakban már részletesen írtam. Sajnálatos módon a támogatott döntéshozatal magyar jogintézmény-rendszere ezt a lehetőséget egyenesen elvágja az érintettektől. Indokolt lenne továbbá nem csupán a lakókörnyezetet bevonni a támogatói hálózatba, hiszen jó esetben az érintett élete nem a négy fal között zajlik – ez sokkal inkább a totális, intézményi struktúrára jellemző –, hanem lakóhelyén kívül tanul,

<sup>326</sup> Ptk. 2:19. § (2) bek.

<sup>327</sup> Tdht. 3. § (1) bek.

végez munkát, vesz részt egyéb tevékenységekben. A támogatott lakhatás szakmai feladatai között kifejezetten szerepel a lakóhelyi és a – távmunka kivételével – munkahelyi illetve szabadidős tevékenység szétválasztásának támogatása.<sup>328</sup> Ezzel összhangban a jogi státusszal bíró támogatói hálózat része lehetne például egy, az érintett mindenkori munkahelyén vagy az általa aktuálisan látogatott oktatási intézményben a támogatottal egyetértésben kijelölendő segítő személy, aki e jogviszonyok során nyújt támogatást.<sup>329</sup>

A támogatott lakhatás és a támogatott döntéshozatal közötti kapcsolat a másik oldalról, azaz a támogatott lakhatás intézményrendszere felől sem kidolgozott. A jogi szabályozás két helyen tesz említést a támogatott lakhatásban részt vevő személy körüli támogatói hálóról. A szolgáltatás igénybe vételének alapjául szolgáló komplex szükségletfelmérés során számba kell venni az érintett „természetes és professzionális támogató környezetét”<sup>330</sup> is. Továbbá – a komplex szükségletfelmérés alapján minden, szolgáltatást igénybe vevő számára egyéni szolgáltatási tervet kell készíteni, amelynek szintén szólnia kell a család és az egyéni támogatók bevonásának módjáról illetve a támogató háló tagjairól, valamint a más szociális szolgáltatók által biztosított szolgáltatások felelőseiről is.<sup>331</sup> Az érintett személyes támogatásával kapcsolatos az a jogszabályi rendelkezés is, miszerint az esetvitelt biztosító munkatársat (esetfelelőt) a támogatott lakhatás fenntartója biztosítja. Amennyiben a szolgáltatás személyi feltételeinek előírásai lehetővé teszik, az esetvitelt az intézményvezető is elláthatja. Az intézmény vezetője minden igénybevevő számára kijelöli az esetfelelőt.<sup>332</sup> A jogszabályban tehát szó esik az egyén körüli informális és formális támogatói hálózatról, amelyeket, és amelynek szerepét regisztrálni kell ugyan, de ennek fejlesztésével, támogatásával, koordinációjával kapcsolatban semmilyen előírás nem szerepel. Ettől elkülönítve említi a jogszabály a külső szolgáltatókkal való kapcsolattartó személyt, továbbá az esetfelelőt is. Ez utóbbi személy ugyan beépülhet a professzionális támogató hálózatba, de erre vonatkozóan külön jogszabályi utalás nincs. A jogszabály megemlíti még, hogy a társadalmi életben való részvétel segítése érdekében az ellátotti csoport társadalmi érdekképviseletét biztosító szervezet, illetve az általa javasolt tapasztalati szakértő a szolgáltatást nyújtóval együttműködhet, de ezen együttműködő alanyoknak a támogatói háléhoz való kapcsolódását szintén nem szabályozza a rendelet.<sup>333</sup> Az esetfelelős státuszával kapcsolatban – a támogatott döntéshozatal elveinek tükrében – komoly hiányosságként említhetjük meg, hogy az érintett számára „felülről”, azaz az intézményvezető által kijelölt személyről van szó, vagyis egyáltalán nem biztosított a támogatói kapcsolathoz szükséges önkéntes beleegyezésen alapuló, bizalmi kapcsolaton alapuló, személyes viszony fennállása.<sup>334</sup>

A támogatói háló funkcióját illetően szintén nem ad elegendő támpontot a jogszabály. A támogatott lakhatás szakmai feladatai között szerepel a szolgáltatást igénybe vevő önálló problémamegoldásához és szükség esetén a döntéshozatalához való segítségnyújtás,<sup>335</sup> azonban ez a feladat jogszabályi szinten nem kapcsolódik össze sem a támogatott döntéshozatal elvével, sem az egyéni szolgáltatási tervben rögzített támogatói háló szerepével. A támogatói háló fontos, és jogszabályban is rögzítendő funkciója lenne a támogatott döntéshozatalának elősegítése a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelően. Visszaulva a korábban írtakra,

---

<sup>328</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban: 1/2000. r.) 110/D. § (1) bek. a) pont

<sup>329</sup> Részletesebben: HALMOS (2017) i.m., 340-341

<sup>330</sup> 1/2000. r 110/C. § (1) bek. d) pont

<sup>331</sup> 1/2000. r 12/A. § (3) bek. f)-g) pont

<sup>332</sup> 1/2000. r 110/G. § (1)-(2) bek.

<sup>333</sup> 1/2000. r., 110/H. § (3) bek.

<sup>334</sup> Ld. még. 3.3. pont.

<sup>335</sup> 1/2000. r., 110/D. § (1) bek. e) pont

a támogató fontos feladata a támogatott autonómiájának elősegítése és a figyelemfelhívás a döntések másokra gyakorolt várható hatásaival kapcsolatban is.<sup>336</sup> A támogatónak segítenie kell tehát a döntések kockázatának megértésében, a kockázatok értékelésében. Hasznos lenne, ha a támogatói háló tagjainak e funkciója a jogszabályban nevesítve lenne. Az önálló, támogatott életvitel és a támogatott döntéshozatal melletti döntéssel kapcsolatban az egyik leggyakoribb ellenérv ugyanis, hogy a támogatott személy önállósága kockázatokkal járhat saját magára és másokra nézve. A támogatott döntéshozatal és életvitel preferálása mellett érvelő szerzők ezzel kapcsolatban gyakran hivatkoznak a „kockázat méltóságának” elvére, mely szerint az emberi méltóság tisztelete magában foglalja a kockázatvállalás, hibázás – s a hibákból való tanulás – lehetőségét is, amit nem lehet elvitatni a fogyatékossgal élő személyektől sem.<sup>337</sup> Mint azonban arról már szó volt, az autonómia biztosítása nem jelent egyet azzal, hogy az egyént magára kell hagyni kockázatos élethelyzetekben. A korábbiakban arra a következtetésre jutottunk, hogy a túl kockázatos, veszélyes helyzetekben a támogatásnak akár a helyettesítést is mértékben kell jelen lennie a támogatott életében.<sup>338</sup> A szabályozásnak és a gyakorlatnak éppen ezért nagy hangsúlyt kell fektetnie a támogatók által végzendő kockázatfelmérés- és értékelés feladatára, a támogatók képzésére, segítségére e feladat megfelelő ellátásában. Ha a támogatott lakhatás és a támogatott döntéshozatal kockázatkezeléssel kapcsolatos szabályai kidolgozottabbak, hatékonyabbak lennének, vélhetően több érintettnek – és szüleiknek – lenne bizodalomuk e jogintézményekkel kapcsolatban, és – a feltétlen biztonságra törekvés jegyében – nem választanák automatikusan a helyettesítő döntéshozatal valamint az intézményi lakhatási formák valamelyikét.<sup>339</sup>

A támogatói hálózat működtetésével összefüggésben fontos kérdés a hálózat tagjainak koordinációja, amelyet szintén nem rendez a jogszabály. Hasznos lenne, ha a jogszabály előírása szerint ki kellene jelölni egy koordinátort, aki összehangolja a támogatói hálózat működését. Igen fontos, hogy már a kijelölésre a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelően kell, hogy sor kerüljön. A támogatott egyéni karakterjellemzőitől függően lehet akár saját maga is a saját hálózatának koordinátora, azonban elképzelhető, hogy a koordinációt másra bízna.<sup>340</sup> A jelenlegi szabályozás mellett a koordináció feladatait jó eséllyel az esetfelelősre hárulnak, azonban mint arról már szó volt, az esetfelelős kijelölése nem felel meg a támogatott döntéshozatal elveinek.<sup>341</sup>

Említésszerűen volt már szó a támogatók támogatásáról, azaz a megfelelő képzés, és folyamatos kísérés, monitorozás szükségességéről.<sup>342</sup> Természetesen másként kell a képzést megvalósítani a formális és az informális támogatók vonatkozásában. A támogatott lakhatás szabályozásában a képzésre számot tartó professzionális segítők azonosítása, képzési követelményeik lefektetése, s a képzési tematikában a támogatott döntéshozatal elveinek, módszertanának megjelenítése lenne szükséges. Hangsúlyt kellene fektetni a természetes támogatók által igénybe vehető képzési, támogatási szolgáltatásokra is.<sup>343</sup>

A fenti hiányosságokat összefoglalva az alábbi fejlesztendő pontok azonosíthatók a támogatói hálózatokra vonatkozó jogi szabályozással kapcsolatban.

---

<sup>336</sup> Ld. 4.4. pont.

<sup>337</sup> GAZSI (2016) i.m., 74; JAKAB (2011) i.m., 57-60 (irodalmi összefoglalóval).

<sup>338</sup> Ld. 4.3.3. pont. V.ö. HILLMANN et al. (2012) i.m., 1068.

<sup>339</sup> V.ö. GAZSI (2016) i.m., 74

<sup>340</sup> A szolgáltatásszervezés egyes lehetséges modelljeivel kapcsolatban ld. részletesen: 3.1.3. pont.

<sup>341</sup> Ld. 3.2.3., 5.1.3. pont.

<sup>342</sup> Ld. 5.1.1. pont.

<sup>343</sup> Vö. GAZSI (2016) i.m., 73

- A támogatott döntéshozatalban való részt vevő támogatók létszámának 2 főben való limitálása helyett fontos lenne jogi státuszt adni az érintett teljes formális és informális támogatói hálózatának, és lehetőséget adni a szakosított támogatásra is.
- A támogatott lakhatás szabályozásában egyértelművé kellene tenni, hogy a támogatói hálózat tagjai közé tartozik az esetfelelős, a külsős szolgáltatók kapcsolattartói továbbá az ellátotti csoportért felelős társadalmi szervezet részéről együttműködő személyek is.
- Az esetfelelős kijelölésére támogatott döntéshozatal elveinek szerint kellene sor kerülnie.
- A regisztrált támogatói hálózat kapcsán fontos lenne rendelkezni
  - a támogatott döntéshozatal elvei szerint való működésről;
  - a támogatás funkcióiról (az önálló életvitel elősegítése, a döntéshozatal támogatása, a kockázatértékelésben való segítségnyújtás);
  - a támogatók képzéséről, kíséréséről, ennek terén a támogatott döntéshozatal elveinek, módszertanának átadásáról;
  - a koordinátori feladatok ellátásáról a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelően.

## **5.2. A támogatott döntéshozatal szerepe a támogató életkörnyezet kialakításában**

Az 5.1. pontban azt vizsgáltuk, hogy a támogatott lakhatás mint életviteli forma miképpen válhat a támogatott döntéshozatal gyakorlatának előmozdítójává. Most a támogatott döntéshozatal és a támogatott lakhatás közötti ellentétes irányú kapcsolódási pontokat igyekszem feltárni: miképpen lehet motorja a támogatott döntéshozatal az önálló, de támogatott életvitel kialakításának.

### **5.2.1. A tényleges döntés lehetősége az életviteli formák megválasztásában**

Az önálló, támogatott életvitel első lépése, hogy az érintettek tényleges lehetősége legyen az egyes lakhatási, életviteli formák közötti választásra. Ennek alapfeltétele, hogy létezzenek választási alternatívák.<sup>344</sup>

Mint a korábbiakban azt már részletesebben elemeztem, a fogyatékos személyek által a nemzetközi gyakorlat szerint igénybe vett vagy vehető lakhatási, támogatási konstrukciók igen széles skálán helyezhetők el a totális intézményi ellátásoktól a teljesen független, önálló életig. A lakhatási formák és az életviteli támogatások szervezése, koordinációja, finanszírozása sokféle lehet.

Magyarországon azonban nem mondható széles körűnek a fogyatékos személyek és támogatóik által választható lakhatási, támogatási formák köre, csupán az alábbi formák érhetők el.

- A 2011. évi népszámlálás adatai alapján a fogyatékos személyek (mintegy 491 000 fő) 92 %-a magánháztartásban él.<sup>345</sup> A fogyatékos személyek túlnyomó többsége

<sup>344</sup> DUGGAN – LINEHAN (2008) i.m., 200

<sup>345</sup> KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2015) i.m., 15

tehát különféle okokból nem lakik semmilyen közösségi vagy intézményes lakhatási rendszerben.

- Közel 39.000 fogyatékos személy, a fogyatékosággal élők 8 %-a bentlakásos intézmény (pl. ápoló-gondozó otthon, idősek otthona) lakója.<sup>346</sup> (A kifejezetten fogyatékos személyeknek fenntartott intézményben élők számáról a 3.2. pontban található adat.)
- A közösségi lakhatás fogalmkörébe a jelenlegi szociális ellátások rendszerében a támogatott lakhatás konstrukciója sorolható.<sup>347</sup> Mint fent láthattuk,<sup>348</sup> a támogatott lakhatásnak jelen pillanatban elenyésző számú igénybe vevője van, de a kiváltási program dominánsá akarja tenni ezt a lakhatási formát. (A fentiekben utaltam arra, hogy az eredeti elképzelés szerint a lakóotthonok is a közösségi lakhatás színtereiként funkcionáltak volna, de nem tudtak az intézményi ellátórendszer valódi alternatívájává válni.<sup>349</sup>)

Megállapítható tehát, hogy e pillanatban igen csekély a fogyatékos személyek választási lehetősége a lakhatási, támogatási formák igénybe vétele terén. Tanulmányom kereteit jelentősen meghaladná annak elemzése, hogy a fogyatékos személyek milyen arányban laknak ténylegesen a saját választásuk szerinti helyen, és mennyire mások döntésének függvénye a lakhatási forma megválasztása. Hozzátehetjük, hogy a gondnokság alatt állóknak gyakorlatilag egyáltalán nincs – vagy csak a gondnok jóindulatától függően van – választási lehetősége a lakhatási formák között. Verdes Tamás és Tóth Marcell tanulmányukban empirikus adatsorral és a szociális intézményekbe való felvétel működésmechanizmusainak elemzésével támasztják alá a gondnoksági perek száma és az intézményi férőhelynövekedés közötti korrelációt (az 1993. és 2006. közötti időszakra vonatkozólag). A szerzők arra következtetnek, hogy a gondnokság alá helyezésnek fontos funkciója az intézményekbe való bejutás elősegítése, ami szükségtelen gondnokság alá helyezésekhez vezet.<sup>350</sup>

A támogatott lakhatás jelenlegi struktúrájával kapcsolatban már felhívtam a figyelmet arra, hogy a szabályozás túl merev, sok elemében az intézményi kultúrát idézi, így kételyeink lehetnek abban a tekintetben, hogy kellően rugalmas keretet ad a közösségi lakhatásban részt venni kívánók autonómiájának kibontakoztatásához és támogatási szükségleteihez mérten.<sup>351</sup> Tekintettel arra, hogy a kiváltási Stratégia erre az egyetlen lakhatási típusra koncentrált, nem várható, hogy az érintettek döntési alternatívái szélesedjenek.

A magánháztartásokban élő fogyatékos személyekről sem állíthatjuk, hogy feltétlen azért laknak ilyen körülmények között, mert otthonukban igénybe vehető közösségi szolgáltatások mellett képesek magas szintű, autonóm életet élni. Az általuk igénybe vehető közösségi szolgáltatások közül mindenképp a támogató szolgáltatás<sup>352</sup> és a fogyatékos személyek nappali ellátása<sup>353</sup> bír jelentőséggel. A KSH adatközlése szerint a 2011. évi népszámlálás idején a támogató szolgáltatást biztosító települések összes településhez mért aránya 68 % volt, s ezeknek mindössze 8 %-a működtetett ilyen szolgáltatást helyben. A nappali ellátók esetén ugyanez a két érték 25 %, illetve ennek 22 %-a volt. Támogató szolgáltatást mindössze a

---

<sup>346</sup> Uott.

<sup>347</sup> BERNÁT et al. (2016) i.m., 54; letölthető: [http://www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408\\_fszk.pdf](http://www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408_fszk.pdf)

<sup>348</sup> Ld. 3.2.2. pont.

<sup>349</sup> Uott.

<sup>350</sup> VERDES – TÓTH é.n., i.m., 5

<sup>351</sup> Ld. 3.3. pont.

<sup>352</sup> Szocvtv. 65/C. §

<sup>353</sup> Szocvtv. 65/F. §



fogyatékos személyek 4 %-a tudott igénybe venni, a nappali férőhelyek száma pedig a magánháztartásokban élő fogyatékos személyek 1,5 %-ának volt elegendő.<sup>354</sup> A fogyatékos személyeknek járó pénzbeli támogatások közül a fogyatékosok okozta hátrányok kompenzációjára, vagyis adott esetben közösségi szolgáltatásokra fordítható ellátástípus a súlyosan fogyatékos személyeknek járó fogyatékosági támogatás (összege 19.500 Ft-tól 24.000 Ft-ig terjed),<sup>355</sup> a nagykorúaknak saját jogon járó magasabb összegű családi pótlék (összege 20.300 Ft)<sup>356</sup> valamint a 2001. óta már az ellátórendszerből kivezetett, de a korábbi jogosultaknak járó vakok személyi járadéka (összege 2017-ben: 17.390 Ft).<sup>357</sup> Érzékelhető, hogy ezek az ellátások messze nem feltétlenül biztosítanak elég forrást ahhoz,<sup>358</sup> hogy egy fogyatékos személy maga szervezhesse meg és finanszírozza a saját személyes és infrastrukturális támogatásának kereteit. Például már korábban bemutatott személyre szabott költségvetés konstrukciójának<sup>359</sup> bevezetése nagyban segíthetné, hogy a magánháztartásokban élő fogyatékos személyek hozzájussanak azokhoz az egyéni szükségleteiknek megfelelő közösségi szolgáltatásokhoz, ilyen ellátási program azonban hazánkban jelenleg nincs.

Azt a tényt, hogy a magánháztartásokban lakó fogyatékos személyek nem feltétlenül önszántukból választották ezt az életformát, alátámasztják a szociális intézményi ellátások felszabaduló férőhelyeire szóló várólisták adatai. 2017. augusztus 1-én fogyatékoságspecifikus intézményi típusú bentlakásos ellátásokra mintegy 5400-an várakoztak, a támogatott lakhatási szolgáltatások várólistáján pedig 500 fő szerepelt. De jelentős számú személy várakozott fogyatékoságspecifikus nappali ellátásban való és részesülésre is (320 fő), ugyanez az érték a támogató szolgáltatás esetében 420 volt.<sup>360</sup> Ezek az adatok annyiban finomításra szorulnak, hogy amennyiben a várólistára vételt nem a fogyatékos személyek, hanem törvényes képviselőik kérték, a várólista adatok nem feltétlenül tükrözik a fogyatékos személyek preferenciáit.

Mindebből valószínűsíthetjük tehát, hogy a fogyatékos személyek jelentős része számára jelenleg Magyarországon nem adott a CRPD 19. cikkének (1) bekezdésében előírtak szerint a választás lehetősége abban, hogy életvitelét oly módon alakítsa ki az intenzív, otthont is nyújtó gondoskodástól a nagyfokú függetlenségig tartó spektrumon, amelyben adottak a feltételek az autonómiájának maximális megéléséhez, de a társadalmi életben való részvételhez szükséges támogatás is rendelkezésére áll.<sup>361</sup>

A választási lehetőségek tágítása és kapacitásfejlesztése jelentős erőforrásokat felemésztő szociálpolitikai feladat. Ezzel párhuzamosan azonban fontos lenne, és nem is feltétlenül erőforrások kérdése lenne a CRPD 19. cikke szerinti választási szabadság elősegítése a CRPD 12. cikke által szorgalmazott, támogatott döntéshozatali eszköztár szélesítésével is. Egy adott lakhatási, életviteli forma ugyanis elsősorban akkor tud hozzájárulni a fogyatékos személyek magasabb szintű életminőségéhez, ha az emellett való döntést nemcsak a kényszerhelyzet szüli, hanem a fogyatékos személy rendelkezésére áll megfelelő mennyiségű, általa befogadható információ, és az ezek értékeléséhez adott esetben szükséges segítség, ami lehetővé teszi a

---

<sup>354</sup> KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2015) i.m., 32-33

<sup>355</sup> Fot. 23/A. (1) bek.)

<sup>356</sup> Cst. 11. § (1) bek. i) pont

<sup>357</sup> V.ö. HALMOS Szilvia, GYULAVÁRI Tamás: *Country report on social protection and Article 28 UNCRPD – Hungary*, 2017, 14-15; letölthető: <http://www.disability-europe.net/country/hungary>

<sup>358</sup> E három juttatás együttesen nem igényelhető, egyik igénybe vétele kizárja a másikat (vö. Fot. 23. § (3) bek., 23/A. § (2) bek., )

<sup>359</sup> Ld. 3.1.3., 3.3. pont

<sup>360</sup> [http://szocialisportal.hu/web/guest/hir-megjelenito/-/journal\\_content/56/10181/121494](http://szocialisportal.hu/web/guest/hir-megjelenito/-/journal_content/56/10181/121494)

<sup>361</sup> V.ö. 3.1.3., 3.3. pont.

valódi saját preferenciáinak kiválasztását. A támogatónak jelentős feladatai lennének a kockázatértékelésben a korábbiakban kifejtettek szerint.<sup>362</sup> Mint azonban láttuk, a támogatott döntéshozatal jelenlegi jogi szabályai – ideértve az előzetes jognyilatkozat jogintézményét is – nem határozzák meg kellő világossággal, adott esetben pedig éppen a támogatott döntéshozatal elveivel ellentétes módon szabályozzák a támogatás módszertanát, céljait.<sup>363</sup>

A támogatói hálózat jogi elismerésének a lakhatási formák közötti választás során is jelentősége lehet. Beszámoltam már arról,<sup>364</sup> hogy ha a felnőtt fogyatékos személy támogatásának feladata nem csupán a szülőkre hárul – mint ahogy a gyakorlatban az jellemzően előfordul –, hanem több ember között oszlik meg, a szülők halála esetén nagyobb az esély arra, hogy ne a hivatásos gondnokság és intézménybe való utalás útjára terelődjön, s végképp elveszen számára az életviteli forma megválasztásáról való döntés szabadsága, hanem továbbra is rendelkezésre álljon olyan közösségi közeg, amely elősegíti autonómiájának érvényesülését.<sup>365</sup>

Mint arra a fentiekben rámutattam, a támogatott döntéshozatal nemcsak jogintézmény, hanem egy elv, egy módszertan is.<sup>366</sup> A támogatott döntéshozatal nemzetközi gyakorlatában van arra példa, hogy a támogatott döntéshozatal elveit, módszereit igyekeztek meghonosítani a helyettesítő döntéshozatal rendszereiben is. Az Egyesült Államokban 2011-ben lezajlott Nemzeti Gondnoksági Konferencia a „személyközpontú gondozás” módszertanára építő ajánlást adta ki a gondnokoknak, amellyel lehetővé válhat, hogy a gondnokság intézményrendszerén belül a támogatott döntéshozatal elvei kerüljenek előtérbe, és a helyettesítő attitűd csak végső megoldás legyen.<sup>367</sup> Míg a támogatott döntéshozatal elterjedése a jelenlegi szinthez hasonlóan igen csekély, megfontolandó lenne a gondnokság jogszabályban megfogalmazott célját is a támogatás elveinek megfelelően átalakítani, továbbá a hivatásos gondnokok képzésébe kötelező jelleggel beépíteni a támogatás módszertanát. Ezzel komoly eredményeket lehetne elérni abban a tekintetben, hogy ahol a lakhatási, életviteli formával kapcsolatban döntéshozó személy a gondnok, ott is minél inkább a támogatott döntéshozatal elvei szerint a gondnokolt juthasson főszerephez a kérdésben való döntéshozatalban.

Összefoglalóan tehát az alábbi módokon segíthetné elő a támogatott döntéshozatal elveinek érvényesítése a fogyatékos személyek önálló, de támogatott életvitelének megvalósulását.

- Fontos lenne ténylegesen bővíteni az életformával kapcsolatos választási lehetőségeket, elsősorban a magánháztartásban való támogatott életvitel feltételeinek bővítésével (pl. személyes költségkeret, támogató közösségi szolgáltatások kapacitásfejlesztése), továbbá a közösségi lakhatás formáinak – a

---

<sup>362</sup> Ld. 5.1.3. pont.

<sup>363</sup> Ld. 4.4. pont.

<sup>364</sup> Ld. 5.1.1. pont.

<sup>365</sup> Vö. WERNER – CHABANY (2016) i.m., 38-39

<sup>366</sup> Ld. 4.4. pont.

<sup>367</sup> A módszertani ajánlás szerint minden döntéshozatali folyamatban az alábbi lépéseket kell végigjárni a gondnokolttal:

1. Fel kell tárnai a gondnokolt preferenciáit.
2. Ha a gondnokoltnak kommunikációs nehézségei vannak, minden lehetséges módon segíteni kell őt a célok, szükségletek, preferenciák kifejezésében.
3. Ha a gondnokolt segítséggel sem képes erre, a gondnok kikérheti a családtagok vagy mások véleményét arról, hogy vajon melyek lehetnek a gondnokolt preferenciái.
4. Ha a gondnokolt saját preferenciái semmiképp nem deríthetők fel, akkor lehetséges a gondnokolt „objektív” „legjobb érdeke” mentén dönteni. (CICCARELLO (2014) i.m., 51; *Third National Guardianship Summit Standards and Recommendations*, 2012 Utah Law Review, 2012, 1191, 1197; letölthető: <http://epubs.utah.edu/index.php/ulr/issue/view/72>)

támogatott lakhatás merevnek bizonyuló rendszerén túl – sokszínűbbé, rugalmasabbá tételével.

- A támogatott döntéshozatalhoz kapcsolódó jogintézmények céljának, elveinek, a támogató feladatainak helyes – a CRPD 12. cikkének megfelelő – jogszabályi rögzítésének, továbbá a támogatói hálózat jogi státusza elismerésének jelentősége lenne az önálló, de támogatott életvitel megvalósulása szempontjából is.
- A gondnokság jogi intézményrendszerén belül is érvényesíteni lehetne a támogatott döntéshozatal elveinek, céljainak érvényesülését.

### 5.2.2. A fogyatékos személyek bevonása a szolgáltatásszervezésbe

Az *Inclusion Europe*<sup>368</sup> a CRPD 19. cikkével kapcsolatban felhívja a figyelmet arra, hogy nem csupán az életviteli forma megválasztása, hanem az adott forma kereteinek, mindennapi megvalósulásának során is figyelemmel kell lenni a támogatott döntéshozatal elveire. Ennek az elvnek érvényesülnie kell egyfelől szakmapolitikai szinten is: a fogyatékos személyeknek aktívan be kell vonódnuk a kiváltási folyamatok és a közösségi alapú szolgáltatások megtervezésének, végrehajtásának és monitorozásának folyamatába. Másfelől egyéni szinten is a folyamat egésze során biztosítani kell a fogyatékos személyek részvételét a döntéshozatalban: így folyamatosan meg kell lennie a lehetőségnek az életkörülmények alakítására, más életviteli forma megválasztására, a sérelmek orvosolására, s ennek során megfelelő támogatásra tarthatnak igényt.<sup>369</sup> Ezen igények megalapozottsága szintén kutatási eredményekkel alátámasztható: akármilyen életviteli, lakhatási környezetben is élnek a fogyatékosokkal élő személyek, igazolható, hogy életminőségük javulásához jelentősen hozzájárulhat, ha a mindennapi életük körülményeit (étkezés, napirend, élettér kialakítása, szabad kijárás, szobatárs-lakótárs megválasztása) lehetőség szerint szabad választás útján kontrollálhatják. Olyan lakókörnyezetben, ahol a szolgáltatás ellátásának hatékonysága gyakran az érintettek választási szabadáságnak rovására megy, a jelentősen csökken a lakók életminősége.<sup>370</sup> Természetesen erre tekintettel előnyben vannak a kislétszámú csoportos otthonok, ahol több tér jut az egyéni igények érvényesülésének. Azonban döntő jelentősége mégsem a lakóegység méretének van, hanem egyfelől a szolgáltatást igénybe vevők gondozási szükséglete intenzitásának és az erre rendelkezésre álló formális és informális támogató személyek kapacitásának.<sup>371</sup> Ugyanis minél több időt, energiát vesz fel a támogatóktól – akik lehetnek akár hivatásos személyet, vagy informális támogatók – a fizikai gondozás feladata,

---

<sup>368</sup> E szervezetről ld. részletesebben a 3.1.2. pontban.

<sup>369</sup> INCLUSION EUROPE (2016) i.m., 5-6

<sup>370</sup> WINKLER et al. (2016) i.m., 222-223;

Audrey M. DUNCAN-MYERS, Ruth A. HUEBNER: *Relationship between choice and quality of life among residents in long-term-care facilities*. American Journal of Occupational Therapy, vol. 54, 5/2000, 504-508.;

Ruth A. HUEBNER et al.: *Community participation and quality of life outcomes after adult traumatic brain injury*. American Journal of Occupational Therapy, vol. 57, 2/2003, 177-185.;

Brian P. O'CONNOR, Robert J. VALLERAND: *Motivation, self-determination, and person environment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents*. Psychology and Aging, vol. 9, 2/1994, 189.;

Margaret I. WALLHAGEN et al.: *Impact of internal health locus of control on health outcomes for older men and women: A longitudinal perspective*. The Gerontologist, vol. 34 3/1994, 299-306.

<sup>371</sup> Vö. Janice C. SINSON: *Micro-institutionalisation? Environmental and managerial influences in ten living units for people with mental handicap*. The British Journal of Mental Subnormality, vol. 36, 1990, 77-86.;

Janice C. SINSON: *Group Homes and Community Integration of Developmentally Disabled People: Micro-institutionalization?* Kingsley Publishers, London, 1993.

annál hatékonyabban kell kihasználni a támogatásra még fennmaradó időt, energiát.<sup>372</sup> A hatékonyság szempontja pedig az emberi kapcsolatok építésének ellenlábasa: olyan minőségi együttlétre, amelyből az életminőséget javító emberi kapcsolatok jöhetnek létre, illetve az életkörülmények közös döntésen alapuló kialakításához vezető tárgyalási folyamatra is „pazarlóan” kell időt szánni. A helyzetet tovább nehezítheti, ha a fogyatékos személynek kommunikációs akadályozottsága is van, hiszen ezek feloldása még időigényesebb feladat.<sup>373</sup>

Az intenzív gondoskodásra szoruló személyek autonómiájának támogatása – az ezzel összefüggő szűkösebb időkereteken túl – azért is ütközik nehézségekbe, mert az intenzív gondoskodás természetes függő helyzetet hoz létre a gondozó/támogató és a gondozott/támogatott személy között, amely táptalaja lehet egy túlzottan patriarchális attitűd kialakításának. Nehéz ugyanis meghatározni, hogy melyek azok az életterületek, amelyeken a támogatott személy autonómiája még érvényesülhet, esetleg autonóm életkészségei fejleszthetők, és melyeken egyre nagyobb a természetes függés, amelyben a támogatás már csak helyettesítés formájában valósulhat meg. Ez a folyamat gyakran teljesen gyermekszerepbe kényszeríti a fogyatékos személyeket, elvonva a maradék önrendelkezési lehetőségüket is.<sup>374</sup> A CRPD 12. cikkével összhangban – mint ahogyan erre már rámutattam<sup>375</sup> – nem szabad lemondani arról, hogy a döntéshozatalban való helyettesítés csupán a támogatás részeként, utolsó lépcsőfokként szerepelhet a rendszerben, a támogatás korábban részletezett céljainak fényében, a szükségesség és arányosság elvei szerint. A fogyatékos személyek professzionális támogatóinak ezzel kapcsolatos képzése – akármelyik életviteli, lakhatási formában –, tevékenységük e szempontból való ellenőrzése elengedhetetlen.

A magyar kiváltási Stratégia – a CRPD 12. cikkére is hivatkozva – alapelveként említi a fogyatékos személyek támogatott döntéshozatalát a kiváltási programban, de valójában nem dolgozza ki részletesen, hogy ennek az elvnek miként kell érvényesülnie.<sup>376</sup> A Kiváltási Stratégiában előremutató elem, hogy az összes érintett (lakók, családok, gondnokok, dolgozók, vezetők, fenntartók) kezdetektől történő bevonását ajánlja a helyi Intézményi Férőhely Kiváltási Konceptió megalkotásába,<sup>377</sup> azonban a kiváltási folyamat egészének megtervezését illetően nem fektet hangsúlyt a fogyatékos személyek döntéshozatalba való bevonására, különösen nem az ő preferenciáik magas priorizálására.<sup>378</sup>

A Kiváltási Stratégia előírja, hogy a fogyatékos személyek számára egy sokelemű szolgáltatási gyűrű létrehozását, amely képes igazodni az egyéni szükségletekhez és lehetőségekhez. Azonban a kiváltási folyamatban bevezetett egyetlen új szolgáltatási elem a támogatott lakhatás konstrukciója, melynek jogi szabályozását a korábbiakban kifejtettek szerint<sup>379</sup> elég merevnek tarthatjuk ahhoz, hogy ennek a sokrétű szolgáltatási gyűrűnek a létrejöttével kapcsolatban kétségek támadhassanak. Megjegyzendő, hogy a stratégia megemlíti a támogatott lakhatás jogi szabályozásának korrekcióját mint feladattervet, de ennek elveiről még mindig nagyon vázlatosan szól, és a módosítási szükségletek között nem említi az e

---

<sup>372</sup> WINKLER et al. (2016) i.m., 229-231; ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 119-120; MCCONKEY – COLLINS (2010) i.m.

<sup>373</sup> WINKLER et al. (2016) i.m., 230-231

<sup>374</sup> WINKLER et al. (2016) i.m., 229-231; ASSELT-GOVERTS et al. (2014) i.m., 111-112;

SÁNDOR Anikó: „Úgy kell kezelni őket, mintha tényleg igazi felnőttek lennének...” Magas támogatási szükségletű személyek önrendelkezésének lehetőségei és korlátai. Esély, 2/2017, 29-54

<sup>375</sup> Ld. 4.3. pont.

<sup>376</sup> Kiváltási Stratégia, 8

<sup>377</sup> Kiváltási Stratégia, 13

<sup>378</sup> Vö. Kiváltási Stratégia, 23

<sup>379</sup> Ld. 3.3. pont.

tanulmányban hiányosságként feltüntetett szabályozási pontokat.<sup>380</sup> Üdvözlendő, hogy a támogatott lakhatás működtetésében részt vevő szakemberek szakmai fejlődésének előmozdítására – a megfelelő támogatói attitűd kialakítása és ellenőrzése érdekében – jelentős emberi erőforrás gazdálkodási programcsomagot találunk a Kiváltási Stratégiában.<sup>381</sup>

Arra már a tanulmány során több helyen utaltam, hogy a támogatott lakhatás jelenlegi szabályozásában a szolgáltatást igénybe vevők szolgáltatásszervezést befolyásoló lehetősége, bár az többi szociális intézményben jellemző helyzetnél szélesebb, azonban a CRPD 12. és 19. cikkeiben foglalt sztenderdeknél lényegesen kevesebb.<sup>382</sup>

## 6. Összegzés

A CRPD preambulumban a részes államok kifejezték azon meggyőződésüket, miszerint a fogyatékossgal élő személyek jogainak és méltóságának előmozdítására és védelmére irányuló átfogó és egységes nemzetközi egyezmény jelentősen hozzá fog járulni a fogyatékossgal élő személyek súlyos társadalmi hátrányának orvoslásához, és előmozdítja egyenlő esélyekkel történő részvételüket a civil, a politikai, gazdasági, társadalmi és kulturális élet területén mind a fejlődő, mind a fejlett országokban.<sup>383</sup> Magyarország a CRPD ratifikációjának tízéves évfordulóján is túl van, ezért elmondhatjuk, hogy már számottevő idő állt rendelkezésére a jogalkotónak és a fogyatékossgügyben tevékeny kormányzati és társadalmi szereplőknek arra, hogy megismerkedjenek a CRPD céljaival, elveivel, az egyezmény egésze és egyes cikkei által támasztott követelményrendszerrel, és aktivitásukat ehhez igazítsák. Tanulmányomban nagy hangsúlyt fektettem arra, hogy a CRPD struktúráját horizontális rendelkezéseiben rejlő értékhierarchiát és követelményrendszert bemutassam, hiszen ezek mélyebb megértése nélkül az egyes cikkek lényeges tartalma, összefüggésrendszere sem érthető. Majd két, kulcsjelentőségűnek mondható cikk nemzeti végrehajtásának mikéntjéhez adtam szempontokat az előzőekben kifejtettek fényében. Elemzésem során tekintettel voltam a cikkek végrehajtása során nemzetközi szinten keletkezett eddigi tapasztalatokra és akadémiai irodalomra. A vonatkozó magyar szabályozást ezek, valamint a megvalósulás státuszát jelző empirikus adatok tükrében értékeltem. Főbb megállapításaimat az alábbiak szerint foglalom össze.

### 6.1. A CRPD átültetésének alapvető szempontjai

- (1) A CRPD nemcsak jogi, hanem politikai dokumentum. A CRPD az ENSZ korábbi emberi jogi dokumentumaira épül, az azokban megfogalmazott jogok újrafogalmazását tartalmazza a fogyatékos személyek szemszögéből. Az átültetésben és végrehajtásban részt vevők, akár az állami, akár a magánszféra szereplői, mindenekelőtt tisztában kell lenniük az egyezmény által képviselt fogyatékossgfelfogással annak érdekében, hogy megfelelően értelmezzék az egyezmény alapelveit és egyéb horizontális rendelkezéseit, s ezek fényében az egyes jogokat megfogalmazó cikkeket.
- (2) A CRPD a korábban a társadalom struktúráit mélyen átható, orvosi paradigma antiteziseként létrejött társadalmi paradigma világszinten történő érvényesülését kívánja elérni. Azonban maga a CRPD sem teljesen következetes e célkitűzést illetően.

---

<sup>380</sup> Kiváltási Stratégia, 14-16

<sup>381</sup> Kiváltási Stratégia, 18-19, 22-23

<sup>382</sup> Ld. 3.2.3., 3.3. pont.

<sup>383</sup> CRPD preambulumban, y) pont

Helyesnek, és a CRPD-vel is összeegyeztethetőnek tűnik az az álláspont, mely szerint a fogyatékos személyekre vonatkozó jogalkotásnak és társadalmi cselekvésnek fő szempontként e személyek emberi méltóságának kiteljesítését és magas szintű életminőségének szolgálatát kell eredményezniük. Ehhez a paradigmák, különösen a CRPD által is előtérbe helyezett társadalmi paradigma eszközszerepet tölthet be, de az orvosi paradigma egyes elemei is szolgálhatják ezen alapértékeket.

- (3) A CRPD végrehajtása során figyelembe kell venni, hogy a fogyatékos személyek köre igen változatos, heterogén csoport, amelynek alcsoportjai, tagjai rendkívül eltérő társadalmi hátrányokkal küzdő, különféle támogatási szükségletekkel rendelkező csoportról való szó. Egy-egy jog érvényesülésének indikátorai tehát nagyban különbözőek lehetnek a fogyatékos személyek egyes csoportjai vonatkozásában.
- (4) A CRPD-ben kifejezésre jut, hogy az emberi jogok összessége csak egymást támogatva, kiegészítve valósítható meg, és számos kölcsönös kapcsolódási pont figyelhető az első és a második generációs jogok között. Az egyes jogok rendszerének egybeforrasztását, a kulcsrendelkezőknek mondható cikkeket kiemelését szolgálják a CRPD horizontális rendelkezései is. Viszont a gyakorlatban előfordulnak olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok megvalósítása nem egymást kiegészítő, támogató cselekvést igényel, hanem éppen fordítva: egyes jogok kompetitív helyzetbe kerülhetnek. Az ilyen helyzetekben hasznos, ha az egyezmény végrehajtásával kapcsolatban döntéseket hozók szilárd fogódzókat találnak a fogyatékos személyek emberi méltóságának és magas szintű életminőségének alapértékeiben, ezek fényében értelmezik az egyezmény alapelveit, s ezekkel összhangban kísérelik meg létrehozni az egyes jogok érvényesítésének helyes kompromisszumát, egyensúlyát.

## **6.2. Szempontok a CRPD 19. cikkének végrehajtásához**

- (5) A CRPD 19. cikkében összekapcsolódik a fogyatékos személyek önálló életvitelének és közösségi befogadásának követelménye. Támogatott életvitelnek nevezhetjük az önállóság és a közösség általi befogadás együttes megvalósulásának folyamatát.
- (6) A 19. cikk jól megválasztott címében megfogalmazott jog tartalmát a cikk szövege három pontba foglalt követelményrendszerben fejt ki, amelyet a következőképpen foglalhatunk össze: a lakhatási forma szabad megválasztásának joga és az ún. közösségi lakhatáshoz való jog; a hozzáférés a fogyatékos személyek önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz; az egyenlő esélyű hozzáférés a mindenki számára nyitott, önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz.
- (7) Részletes leírást adtam az intézményi és a közösségi lakhatás fogalomrendszeréről valamint az intézménytelenítés céljainak történeti megjelenéséről, nemzetközi szakirodalomban megjelenő végrehajtási szempontjairól. E szempontok az alábbiak szerint összegezhetők:
  - Az intézménytelenítés hármas szervezeti, szolgáltatási feltételrendszere: a nagylétszámú intézmények lebontása, a közösségi alapú lakhatási formák kialakítása és a kapcsolódó közösségi szolgáltatások elérhetővé tétele.
  - A támogatott életvitel minőségi kritériuma a fogyatékos személyek életminőségének magas szintje. Kutatási adatok alátámaszthatják, hogy a közösségi lakhatási formák általában magasabb szintű életminőséget tudnak nyújtani a kliensek részére. Azonban az életminőség egy számos tényezőtől összeadó

mutató, amelyet az egyéni szükségletek szerint egyénenként változó módon lehet támogatni, nem feltétlenül a közösségi lakhatás útján. A támogatott életvitelhez való jog többféle szolgáltatásszervezési modell keretében megvalósítható. Hasznos, ha a fogyatékos személy szükségleteihez igazodóan egy adott szociális rendszer többféle modell nyújtotta lehetőséget is kínál. A modellváltozatok egy tipológiáját is bemutatam.

- (8) A támogatott életvitel hazai megvalósulásának kezdeti stádiumában járunk. A Kormány intézménytelenítési (kitagolási) stratégiája 2036-ig kívánja megvalósítani a korábban egyeduralkodó, totális intézményi struktúra lebontását. A Kiváltási Stratégia középpontjában a támogatott lakhatás mint új lakóegység bevezetése és általánossá tétele szerepel. A kitagolási folyamat 2011 óta tart, és eddig az intézményi férőhelyek töredékét sikerült kiváltani támogatott lakhatási férőhelyekkel.
- (9) A támogatott lakhatás jelenlegi konstrukciója a CRPD 19. cikkének megvalósulása szempontjából előremutató fejlemény, hiszen a közösségi lakhatás koncepciójának minden eddigi szociális intézménynél jobban megfelel. Azonban a támogatott lakhatásra vonatkozó szabályozás több vonatkozásban kritikával illelhető az egyezmény követelményrendszerének és a nemzetközi tapasztalatok fényében.
- A támogatott lakhatás megvalósítható más, intézményi típusú lakhatási megoldásokkal integrált formában, így a korábbi tapasztalatokra tekintettel fennáll a veszélye annak, hogy az új lakóegységeket az „anyaintézmény” árnyékában az intézményi struktúrák fogják áthatni.
  - A támogatott lakhatásra a törvényben meghatározott eltérésekkel, de számos kérdésben a bentlakásos intézményekre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.
  - A CRPD 19. cikkéből világosan látszik, hogy a közösségi lakhatást és az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatásokat strukturálisan egységben kell kezelni, hiszen ezek együttesen szolgálhatják a fogyatékos személyek autonómián alapuló társadalmi részvételének célját. A Szocvtv. ehhez képest megtartotta azt az eredeti szolgáltatásszervezési koncepciót, amely mereven szétválasztja a bentlakásos intézményi ellátásokat és az életvitelt támogató szolgáltatásokat.
  - A támogatott lakhatás igénybevétele több vonatkozásban az intézményi megoldásokra (pl. a szolgáltatás „beutalásszerű” igénybe vétele, az esetfelelős „intézményvezető” által való kijelölése, az igénybe vehető, életvitelt segítő szolgáltatások körében a kliens döntési szabadságának korlátozása stb.).
  - A kitagolás folyamata nem terjed ki az ún. rehabilitációs és az átmeneti intézményekre, jóllehet – mint a fentiekben jeleztük – ezek a lakhatási típusok is a valóságban a nagylétszámú, szegregáló intézmények formáját öltötték.

### **6.3. Szempontok a CRPD 12. cikkének végrehajtásához**

- (10) A CRPD 12. cikke szerint a részes államok a cselekvőképesség új paradigmája mellett kötelezik el magukat. Ennek lényege a következő: mivel az autonómia az emberi méltóság fontos aspektusa, egyetlen embertől sem vonható el az a jog, hogy önállóan döntsön ügyeiben, még akkor sem, ha belátási képessége valamely mentális károsodás, neuroatipikus vonás folytán sérült. E paradigma helyteleníti az értelmi és pszichoszociális fogyatékos személyek esetében a helyettesítő döntéshozatal jogintézményeit (a gondnokságot és hasonló konstrukciókat), ezek helyett a támogatott,



de önálló döntéshozatal eszközrendszerének bevezetését kívánja meg. A cselekvőképesség új paradigmája a fogyatékoság két átfogó paradigmája közül a társadalmi modell keretei közé helyezhető, szemben a cselekvőképesség régi paradigmájával, amely az orvosi modellbe illeszkedik. Helyesnek tűnik tehát, ha a fogyatékos személyek cselekvőképességével kapcsolatos jogi szabályozás rendezőelveit sem mereven egyik vagy másik paradigmának, hanem az emberi méltóság, életminőség alapértékeinek való megfelelés határozza meg.

- (11) A CRPD 12. cikkének fókuszában a fogyatékos személyek jogi értelemben vett autonómiája áll. Részletesen bemutattam az autonómia fogalmával kapcsolatban kialakult egyes filozófiai irányzatokat. A liberális autonómia tana helyett a kapcsolati autonómia tanát tekintettem a realitást jobban megragadó modellnek.
- (12) Jeleztem, hogy egyes élethelyzetekben az értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek cselekvési autonómiájának szélesre tárása jelentős kockázatot jelenthet más, CRPD-ben foglalt jogaik gyakorlására nézve. Ilyenkor a CRPD-ben foglalt jogok kompetitív helyzetbe kerülnek. A korábbiakban kialakított elv szerint ilyen esetben a jogok érvényesülése közötti kompromisszumot az emberi méltósághoz való jog és a magas szintű életminőség szempontjai szerint kell megtalálni. Tekintettel kell lenni arra, hogy a fogyatékos személyek igen különböző szükségletekkel rendelkeznek az egyes jogok élvezetében való támogatás tekintetében.
- (13) A támogatott döntéshozatal fogalmát a CRPD 12. cikke ugyan csupán megemlíti, de a támogatott döntéshozatal rendszereinek kulcsszerepet szán az értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek jogi autonómiájának realizálása terén. A támogatott döntéshozatal nemzetközi megnyilvánulási formái igen sokfélék. Áttekintettünk néhány példát, és összegyűjtöttem e rendszerek közös fogalmi elemeit.
- (14) Jelentős kérdés, hogy a CRPD 12. cikke teljesen kizárja, vagy bizonyos körben megengedi-e a helyettesítő döntéshozatal rendszereinek fenntartását. Erről éles vita alakult ki a szakirodalomban, melynek főbb vonulatait ismertettem. Azzal értettem egyet, hogy a helyettesítő döntéshozatal intézményei végső megoldásként fenntartható, de csupán szigorúan meghatározott célok érdekében, a szükségesség és arányosság elveinek megfelelően. A helyettesítő döntéshozatal megfelelő keretek között nem ellentéte, hanem kiegészítője, kiteljesítője lehet a támogatói modellnek.
- (15) Áttekintettem a támogatott döntéshozatal hazai megvalósulásának kezdeti lépéseit. Elemeztem a Ptk. és a Tdht. vonatkozó szabályait a támogatói modellel kapcsolatban a CRPD által támasztott követelményrendszer továbbá a nemzetközi tapasztalatok tükrében. Részletes jogfejlesztő javaslatokat fogalmaztam meg.
- (16) A gondnokság és a támogatott döntéshozatal hatálya alatt állók létszámadatait és ezek utóbbi években történt alakulását tekintve megállapítható, hogy a Ptk.-ban kimondott „lehető legkisebb korlátozás” elvével ellentétben elenyésző a támogatott döntéshozatal igénybe vevők száma a gondnokoltakéhoz képest. A gondnokoltak közül is a cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alatt állók száma még meghaladja a részleges korlátozás alá eső személyek számát, de a teljes korlátozás csökkenő, a részleges korlátozás növekvő trendet mutat, így a két csoport létszáma közeledik egymáshoz

#### **6.4. A CRPD 19. és 12. cikkének konzisztens végrehajtásának kihívásai**

- (17) A CRPD mindkét elemzett cikkének középpontjában a fogyatékos személyek önálló, de támogatott cselekvése áll, így ezek végrehajtása szükségszerűen összefüggő folyamat. Megkíséreltem feltárni, milyen szinergiahatások várhatók a 19. és a 12. cikk végrehajtásából, továbbá a támogatott döntéshozatal és a támogatott életvitel konzisztens megvalósításának határait, korlátait is kitértem.
- (18) A támogatott életvitel az alábbi területeken segítheti elő a támogatott döntéshozatal megvalósítását.
- Nincs támogatott döntéshozatal támogatók nélkül. Kutatások igazolják, hogy a fogyatékos személyek kapcsolatrendszere jellemzően sokkal szegényesebb, mint az ép személyeké. A közösségi lakhatás struktúráinak fontos szerepe lehet abban, hogy az érintett körül egy megbízható és terhelhető támogató háló jöjjön létre, amely hosszútávon hatékonyan és tartósan el tudja látni a támogatás feladatait, szemben a strukturálatlan és alapvetően a nukleáris családra valamint a helyettesítő döntéshozatal intézményeire támaszkodó tradicionális támogatási modellel. A támogató háló állhat formális és informális támogatókból, amely támogatói köröknek eltérő szerep juthat a támogatásban, eltérők az erősségeik és a gyengeségeik. A támogató háló minden eleme fejleszthető. Részletesen vizsgáltam, hogy a közösségi lakhatás milyen módon tud hozzájárulni a támogató háló fejlesztéséhez.
  - Fontos lenne, hogy a támogató hálózat tagjai jogi státuszt kapjanak támogatói minőségükben. A támogató háló céljait és feladatait – különösen a kockázatértékelés körében betöltendő szerepét – jogszabályi úton érdemes rögzíteni.
  - Fontos lenne kidolgozni annak jogi háttérét, hogy a támogatott döntéshozatal és a támogatott lakhatás a gyakorlatban is össze tudjon kapcsolódni, így különösen ajánlatos lenne eltörölni a támogatók létszámkorlátját, és alaposabban kellene szabályozni a támogatott lakhatásra vonatkozó jogi rendelkezésekben csupán megemlített a támogató hálózat tagjait, szerepét.
- (19) A támogatott döntéshozatal az alábbi területeken segítheti elő a támogatott életvitel megvalósítását.
- Nincs támogatott döntéshozatal, ha nem léteznek döntési alternatívák. Levezettem, hogy ma Magyarországon jelentős hiány van az egyénre szabott, támogatott életvitelt biztosító lakhatási és támogatási szolgáltatások választékában. A választási lehetőségek tágítása és kapacitásfejlesztése jelentős erőforrásokat felemésztő szociálpolitikai feladat. Ezzel párhuzamosan azonban fontos lenne, és nem is feltétlenül erőforrások kérdése lenne a CRPD 19. cikke szerinti választási szabadság elősegítése a CRPD 12. cikke által szorgalmazott, támogatott döntéshozatali eszköztár szélesítésével is.
  - A választási lehetőségek tágítása és kapacitásfejlesztése jelentős erőforrásokat felemésztő szociálpolitikai feladat. Ezzel párhuzamosan azonban fontos, és nem is feltétlenül erőforrások kérdése lenne a CRPD 19. cikke szerinti választási szabadság elősegítése a CRPD 12. cikke által szorgalmazott, támogatott döntéshozatali eszköztár szélesítésével is. Egy adott lakhatási, életviteli forma ugyanis elsősorban akkor tud hozzájárulni a fogyatékos személyek magasabb szintű életminőségéhez, ha az emellett való döntést nemcsak a kényszerhelyzet szüli, hanem a fogyatékos személy rendelkezésére áll megfelelő mennyiségű, általa

befogadható információ, és az ezek értékeléséhez adott esetben szükséges segítség, ami lehetővé teszi a valódi saját preferenciáinak kiválasztását.

- A támogatói hálózat jogi elismerésének a lakhatási formák közötti választás során is jelentősége lehetne. Ha a felnőtt fogyatékos személy támogatásának feladata nem csupán a szülőkre hárul – mint ahogy a gyakorlatban az jellemzően előfordul –, hanem több ember között oszlik meg, a szülők halála vagy erejük megfogyatkozása esetén nagyobb az esély arra, hogy ne a hivatásos gondnokság és intézménybe való utalás útjára terelődjön, s végképp elveszzen számára az életviteli forma megválasztásáról való döntés szabadsága. A statisztikai adatokból világosan látszik, hogy ez Magyarországon még messze nem általános. Azonban – külföldi példák alapján – a gondnokság rendszerén belül is intézményesíteni lehetne a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelő, jogszabályi célokat, feladatokat, módszertani követelményeket.
- Nem csupán az életviteli formák megválasztása, hanem ezek intézményes kialakítása és egyedi esetben történő megvalósulása folyamán is alkalmazni kell a támogatott döntéshozatal elveit. Elemeztem a magyar Kiváltási Stratégia e körben azonosítható előremutató elemeit és hiányosságait, továbbá rámutattam a támogatott lakhatás szabályozásában ezt elősegítő és gátoló rendelkezésekre.