

Distr.: General
29 March 2019
Arabic
Original: English

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة



مؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق
الأشخاص ذوي الإعاقة
الدورة الثانية عشرة
نيويورك، ١١-١٣ حزيران/يونيه ٢٠١٩
البند ٥ (ب) '٢' من جدول الأعمال المؤقت*
المسائل المتصلة بتنفيذ الاتفاقية: مناقشات
المائدة المستديرة

الإدماج الاجتماعي والحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه

مذكرة من الأمانة العامة

أعدت الأمانة العامة هذه المذكرة بالتشاور مع كيانات الأمم المتحدة وممثلي المجتمع المدني وغير ذلك من أصحاب المصلحة المعنيين بغرض تيسير مناقشات المائدة المستديرة بشأن موضوع "الإدماج الاجتماعي والحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه". وتحيل الأمانة العامة طيه المذكرة، على النحو الذي أقره مكتب المؤتمر، إلى مؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في دورته الثانية عشرة.



الرجاء إعادة استعمال الورق

* CRPD/CSP/2019/1.

100419 080419 19-05315 (A)



أولا - مقدمة

١ - الصحة ضرورية لرفاه الأفراد وسعادتهم، فهي تمكنهم من تحقيق كامل إمكاناتهم. والتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه من حقوق الإنسان الأساسية الواجبة لكل إنسان، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تعيد تأكيد وجوب هذا الحق للأشخاص ذوي الإعاقة. والصحة والرفاه هما أيضا من الشروط المسبقة لكي يحيا الأشخاص ذوو الإعاقة حياة كاملة منتجة، لما لهما من تأثير على قدرة أي شخص على المشاركة الكاملة في جميع جوانب الحياة، وعلى عمله وتعليمه وعيشه بشكل مستقل وإدماجه في المجتمع.

٢ - وترتبط الصحة والإدماج الاجتماعي ارتباطا وثيقا. فعلى المستوى الفردي، تكتسي الصحة الجيدة والرفاه أهمية حاسمة في المشاركة والانخراط الفعال في المجتمع. وبالمثل، فإن الإدماج الاجتماعي يدعم صحة البدن والعقل والقدرة على الصمود. أما على مستوى المجتمع، فيمكن أن تساعد المعلومات والمرافق والخدمات الصحية الشاملة للجميع والتي يتيسر الوصول إليها جميع الفئات، بما فيها الأشخاص ذوو الإعاقة، على الحصول على ما يحتاجونه من رعاية، مع احترام ما يجب لهم من حق في الاختيار.

٣ - وفي تقرير عام ٢٠١٨ (A/73/161)، شددت المقررة الخاصة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على شتى التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في تمتعهم بالحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وعرضت خيارات بشأن كيفية تعزيز خدمات الرعاية الصحية لتكون شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة وميسرة لهم.

ثانيا - الأطر الدولية ذات الصلة بالموضوع

٤ - تُقر الدول الأطراف، في المادة ٢٥ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المعتمدة في عام ٢٠٠٦، بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة. وبموجب هذه المادة، تلتزم الدول الأطراف بتوفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي توفرها للآخرين، وبأن تطلب إلى مزاولي المهن الصحية تقديم رعاية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس جودة الرعاية التي يقدمونها إلى الآخرين، بما في ذلك تقديم هذه الرعاية على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة. وتلتزم الدول الأطراف أيضا بحظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي ومنع الحرمان على أساس التمييز من الرعاية الصحية أو الخدمات الصحية بسبب الإعاقة. وبموجب المادة ٩ من الاتفاقية، تلتزم الدول الأطراف باتخاذ التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى المرافق الطبية، بما يشمل تحديد العقبات والمعوقات أمام إمكانية الوصول إلى هذه المرافق وإزالتها. وينبغي التعامل مع المادة ٢٦، التي تُدعى فيها الدول الأطراف إلى توفير خدمات وبرامج شاملة للجميع ومعنية بالتأهيل وإعادة التأهيل وتعزيزها وتوسيع نطاقها، مقترنة بالمادة ٢٥، على اعتبار أن إعادة التأهيل جزء من التغطية الصحية الشاملة للجميع وتنطوي على تقديم الخدمات الأساسية إلى جانب خدمات الإرشاد الصحي والوقاية والعلاج وخدمات تخفيف الآلام لأي شخص يحتاج إليها.

٥ - وبموجب المادة ١٦ من الاتفاقية، تلتزم الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير المناسبة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من جميع أشكال الاستغلال والعنف والانتهاك، بما في ذلك جوانبها القائمة على

نوع الجنس، وبتخاذ جميع التدابير المناسبة لتشجيع استعادة الأشخاص ذوي الإعاقة عافيتهم البدنية والإدراكية والنفسية، وإعادة تأهيلهم، وإعادة إدماجهم في المجتمع عندما يتعرضون لأي شكل من أشكال الاستغلال أو العنف أو الانتهاك، بوسائل تشمل توفير خدمات الحماية لهم. وتتحقق استعادة العافية وإعادة الإدماج في بيئة تعزز صحة الفرد ورفاهيته واحترامه لنفسه وكرامته واستقلاله وتراعي الاحتياجات الخاصة القائمة على نوع الجنس والسن.

٦ - ويجب أن تُقرأ الاتفاقية من منظور تكامل أحكامها حتى يتسنى فهم تأثير نهجها، في التعامل مع صحة الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي يقوم على الحقوق ويركز على التنمية. وبالإضافة إلى المواد ٩ و ٢٥ و ٢٦، تتضمن الاتفاقية مواد أخرى تلتزم فيها الدول الأطراف بتعزيز إيجاد فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة وتشجيع مشاركتهم في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، أي باختصار ضمان مشاركتهم وإدماجهم الكاملين في جميع جوانب الحياة، ولهذا كله تأثير على الحالة الصحية لأي شخص. وتنص المواد ١٢ و ١٤ و ١٥ و ١٦ و ١٧ أيضا على الشروط اللازمة لكي يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة في بيئة تخلو من العنف، ولكي يتمتعوا بالحق في تحديد خياراتهم والعيش في المجتمع.

٧ - وتركز صكوك أخرى على صحة الأطفال والنساء ذوي الإعاقة. ففي المادة ٢٣ من اتفاقية حقوق الطفل، المعتمدة في عام ١٩٨٩، تكون حقوق الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة مشمولة بالحماية ضمانا لحصولهم على خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال. وفي اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، تُلزم الدول بأن تضمن حصول النساء، بمن فيهن النساء ذوات الإعاقة، على الرعاية الصحية الإنجابية (بموجب المادة ١٢) وحمايتهن من الضغوط القسرية. وفي إطار الهدف ٥ من أهداف التنمية المستدامة (تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات)، تدعو الغاية ٥-٦ إلى ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقا لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما. وتكتسي هذه الغاية أهمية خاصة بالنسبة للنساء والفتيات ذوات الإعاقة لأنه، في كثير من أنحاء العالم، يقل احتمال حصولهن على معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

٨ - وتضع خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ رؤية عالمية طموحة، ألا وهي الوصول إلى من يُتَوَكَّن خلف الركب، ومنهم الأشخاص ذوو الإعاقة، وتمكينهم. ويدعو الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة الوارد في خطة عام ٢٠٣٠ إلى ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار. ويمثل تنفيذ الهدف فرصة للنهوض بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في الصحة. ونظرا لكون أهداف خطة عام ٢٠٣٠ مترابطة، فإن إحراز التقدم في مجال الصحة يساهم أيضا في ضمان التقدم نحو تحقيق مجموعة واسعة من الأهداف الأخرى، والعكس صحيح. ولدعم هذه العملية ولأول مرة، بُحِثت مسألة الإعاقة فيما يتعلق بأهداف التنمية المستدامة على المستوى العالمي في تقرير الأمم المتحدة الرئيسي عن الإعاقة والتنمية لعام ٢٠١٨^(١).

(١) الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *United Nations Flagship Report on Disability and Development 2018: Realization of the Sustainable Development Goals By, For and With Persons With Disabilities* (تقرير الأمم المتحدة الرئيسي عن الإعاقة والتنمية لعام ٢٠١٨: تحقيق أهداف التنمية المستدامة على أيدي الأشخاص ذوي الإعاقة ومن أجلهم ومعهم).

ثالثا - حالة الأشخاص ذوي الإعاقة والممارسات الحالية

ألف - الحالة الصحية والوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية

٩ - لكي يتسنى تحقيق أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، من الضروري إدخال تغيير مُحدث للتحوّل على المحددات الأساسية للصحة، مثل إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية الملائمة، وتوفير الغذاء المأمون والتغذية والسكن، والوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية ذات النوعية الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة. وينبغي أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة أيضا في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة على مستوى المجتمع المحلي وعلى المستويين الوطني والدولي.

١٠ - ومع ذلك، فإن الوصول إلى الخدمات الصحية لا يزال يمثل تحديا للأشخاص ذوي الإعاقة نظرا للعديد من المعوقات التي تحول دون توافر المجموعة الكاملة من خدمات الرعاية الصحية الجيدة النوعية التي يتيسر الوصول إليها والميسورة التكلفة، وللقيدود المفروضة على التأمين الصحي والمعوقات القانونية والمؤسسية والموقفية، ولما يلحق الأشخاص ذوي الإعاقة من وصم داخل نظام الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك، فمن المرجح أن يوجد الأشخاص ذوو الإعاقة في أنواع مختلفة من البيئات المؤسسية الرسمية وغير الرسمية التي يكون فيها الوصول إلى الرعاية الصحية العامة على أساس الاختيار الحر المستنير ضعيفا.

١١ - وبإمكان الأشخاص ذوي الإعاقة أن يعيشوا حياة نشطة ومنتجة وطويلة وصحية. فالإصابة بإعاقة لا تعني بالضرورة أن يكون المرء بصحة غير جيدة. ومع ذلك، فنظرا لكون الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للفقر والتمييز والعنف والإقصاء الاجتماعي، فهم معرضون بشكل أكبر لخطر الإصابة بالأمراض مقارنة بعامة السكان. ومتوسط العمر المتوقع للأشخاص ذوي الإعاقة أقل من غيرهم وهم أكثر عرضة لأن يعانون من ظروف صحية تابعة أو علاجية المنشأ أو مصاحبة للأمراض المرتبطة بالتقدم في العمر، مثل الاكتئاب والألم وهشاشة العظام^(٢). ووفقا للدراسات الاستقصائية الأخيرة التي أجريت في ٤٣ بلدا، بلغ متوسط الإدراك الذاتي للصحة على أنها جيدة جدا أو جيدة ٢١ في المائة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة مقارنة بنسبة ٨٠ في المائة لدى الأشخاص من غير ذوي الإعاقة. وبالمثل، فإن ٤٢ في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة اعتبروا صحتهم سيئة أو سيئة جدا مقارنة بنسبة ٦ في المائة من الأشخاص من غير ذوي الإعاقة. ومن المرجح أن النساء ذوات الإعاقة قد يُبلغن عن حالة صحية أكثر سوءا من حالات الرجال ذوي الإعاقة، لكن البيانات المصنفة حسب الجنس والإعاقة لا تزال نادرة. وهناك اتجاه يقضي بأن الأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان الفقيرة، التي يكون فيها نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي أقل، يبلغون عن حالة صحية أسوأ من غيرهم^(٣).

١٢ - ولدى الأشخاص ذوي الإعاقة احتياجات من الرعاية الصحية أكثر من غيرهم، لكنها احتياجات يُستبعد أن تكون ملبّاة. وتشمل هذه الاحتياجات كلا من الاحتياجات العادية، مثل

(٢) منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، *World Report on Disability* (Geneva, 2011) (التقرير العالمي عن الإعاقة)؛ Edward Chesney, Guy M. Goodwin and Seena Fazel, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review", *World Psychiatry*, vol. 13, No. 2 (June 2014); Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development*, Palgrave Studies in Disability and International Development (New York, Palgrave MacMillan, 2018).

(٣) إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تقرير الأمم المتحدة الرئيسي.

التحصين والفحص للكشف عن السرطان وعلاج الالتهابات والاحتياجات المرتبطة بالظروف الصحية المسببة للأمراض، والمعوقات، مثل الافتقار إلى العلاج المناسب لداء السكري أو سوء التغذية. والأشخاص ذوو الإعاقة ليسوا فقط أكثر عرضة لتدهور حالتهم الصحية^(٤)، بل يحتاجون أيضا إلى خدمات الرعاية الصحية أكثر من غيرهم. ومن ثم فهم أكثر عرضة من الأشخاص الآخرين لتأثير خدمات الرعاية الصحية المنخفضة الجودة أو التي يتعذر الوصول إليها. وفي الوقت نفسه، فالأشخاص ذوو الإعاقة، لأنهم يواجهون معوقات أكبر لوصولهم إلى الخدمات، يعانون بشكل متكرر من ضعف الاستفادة مما يحتاجونه من خدمات الرعاية الصحية، العامة والمتخصصة على السواء^(٥). ولديهم احتياجات خاصة في مجال الرعاية الصحية قد تتطلب تمكينهم من خدمات إعادة التأهيل أو وصولهم إلى الأجهزة والتكنولوجيات المساعدة. بيد أن خدمات إعادة التأهيل، مثل العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وتقويم النطق والسمع، غير متاحة دائما للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي بعض البلدان، أكثر من ٥٠ في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى خدمات إعادة التأهيل لا يحصلون عليها^(٦). وهي حالة مماثلة لحالة بعض فئات الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية أو النمائية أو النفسية - الاجتماعية أو الإعاقات المتعددة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وبالنسبة للكثيرين، فالوصول إلى التكنولوجيا المساعدة أمر أساسي للتمكن من العيش المستقل والمشاركة الكاملة في المجتمع؛ لكن الأدلة المتاحة تبين أنه، في العديد من البلدان النامية، لا يتمكن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى الأجهزة المساعدة من الحصول عليها.

١٣ - ويُستبعد الأشخاص ذوو الإعاقة بانتظام من توفير معلومات وخدمات الصحية الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمراهقين. وحتى في بعض البلدان التي تتشابه فيها النسب المثوية للولادات التي تتم بمساعدة عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، في ما يتعلق بالأمهات ذوات الإعاقة والأمهات غير ذوات الإعاقة، غالبا ما توجد فجوات في الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير ذوي الإعاقة^(٧). وبالنسبة للنساء والفتيات، فإن الوصم والتمييز المحيطين بكل من الإعاقة ونوع الجنس، كالاتقاد الخاطئ مثلا بأن النساء ذوات الإعاقة ليس بوسعهن أن يكن ناشطات جنسيا أو أن يتزوجن، يشكلان عائقا أمام الوصول إلى معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ويشير الأشخاص ذوو الإعاقة أيضا إلى الخوف باعتباره سببا لعدم الوصول إلى خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. وأساس هذا الخوف المعوقات الناشئة عن مواقف بعض مقدمي الرعاية الصحية، ومن ذلك الممارسات الشائعة المنتهكة للحقوق الإنجابية الواجبة للأشخاص ذوي الإعاقة وإساءة معاملتهم، مثل التعقيم واستئصال الرحم القسريان. وتزداد مخاطر تعرض النساء والفتيات ذوات الإعاقة للعنف وإساءة المعاملة، مما يتطلب اتخاذ تدابير كافية وفعالة لمنع هذه الأخطار وإزالتها.

(٤) منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، *التقرير العالمي حول الإعاقة*؛ و Tess Bright and Hannah Kuper, "A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low and middle income countries".

International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 15, No. 9 (September 2018).

(٥) Bright and Kuper, "A systematic review".

(٦) إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تقرير الأمم المتحدة الرئيسي.

(٧) إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تقرير الأمم المتحدة الرئيسي.

١٤ - وتعزى الفجوات في الوصول إلى الخدمات الصحية إلى المعوقات المادية والمالية والموقفية والإعلامية والتواصلية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة عندما يحاولون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وغالباً ما تُعتبر المعوقات المادية كتعذر دخول المباني والتنقل داخلها ونقص الوصول إلى معدات التشخيص والعلاج الطبي من المشاكل. وعلاوة على ذلك، ففي البيئة الأوسع نطاقاً، تنشأ عن مشاكل تعذر الوصول إلى وسائل النقل أو عدم تيسر كلفة استخدامها وسوء تعبيد الطرق والافتقار إلى المرافق الصحية الريفية معوقات واضحة للأشخاص ذوي الإعاقات الحسية أو التنقلية أو الإدراكية^(٨). وبالإضافة إلى ذلك، فقد ثبت أنه، عندما لا تتاح خدمات الاتصال بلغة الإشارة، يكون لمعوقات الاتصال بين المرضى الذين يعانون من ضعف السمع والأطباء تأثير سلبي على جودة الرعاية الصحية، وهذا يشمل استخدام الخدمات الوقائية بشكل أقل^(٩). وأدوات الاتصال البديل أو المحسّن أو غيرها من الحلول التيسيرية الرقمية والمعلوماتية اللازمة للوصول إلى الرعاية الصحية العامة أو المتخصصة أو المستعجلة غير متاحة في معظم البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. وفي بعض البلدان، يشير أكثر من ٣٠ في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أن المرافق الصحية ليست ميسرة الوصول^(١٠).

١٥ - وتختلف الأسباب التي تجعل فرص تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة المتعلقة بالرعاية الصحية أقل من الفرص المتاحة لغيرهم باختلاف سياقات البلدان، لكن تكاليف الرعاية الصحية تشكل تحدياً كبيراً في العديد من البلدان. فتكاليف الخدمات الصحية، مقترنة بعدم توافر الخدمات الصحية في قطاع الصحة العامة وعدم توافر التأمين الصحي، تمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها أو الاستمرار في خطة العلاج عندما تكون قد بدأت. وعلى الصعيد العالمي، ثمة اتجاه يتمثل في كون النفقات الطبية للأسر المعيشية التي لديها أشخاص ذوو إعاقة تفوق نفقات غيرها من الأسر المعيشية. وهذه التكاليف تزداد في حالة الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أو أمراض غير معدية أو أمراض نادرة والأشخاص الذين يحتاجون إلى دعم رعايتهم الصحية مدى الحياة. ومع ذلك، لا تُغطى النفقات الزائدة بما هو متاح من خدمات الدعم المالي الخاص أو العام، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، مما يؤدي إلى تكبد هؤلاء الأشخاص نفقات غير متناسبة. وفي الوقت ذاته، يكون للأشخاص ذوي الإعاقة في كثير من الحالات مصادر دخل وأصول أقل من الأشخاص غير ذوي الإعاقة؛ ومن ثم تأثرهم غير المتناسب بارتفاع أسعار السوق وبالسداد التشاركي للتأمين في ما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية، وهو ما قد يمنعهم من طلب الرعاية التي يحتاجونها.

(٨) Jean-Francois Trani and others, "Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys", *The Lancet Global Health*, vol. 5 No. 8 (August 2017); Bright and Kuper, "A systematic review"

(٩) Neuma Chaveiro, Celmo Celeno Porto, Maria Alves Barbosa, "The relation between deaf patients and the doctor", *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, No. 1 (Jan-Feb 2009); Michael M. McKee and others, "Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, No. 1 (July 2011); Rachel E. Hommes and others, "American sign language interpreters' perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients", *Journal of Community Health*, vol. 43, No. 5 (October 2018)

(١٠) إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تقرير الأمم المتحدة الرئيسي.

١٦ - والعديد من المرافق الصحية ليست ميسرة الوصول ولا يوجد فيها موظفون مؤهلون للعمل بفعالية مع الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي الوقت ذاته، فإن نقص ما يكون للمرضى ذوي الإعاقة أنفسهم من معلومات عن الخدمات المتاحة هو من المعوقات أيضا.

باء - الممارسات الحالية المتعلقة بالصحة والإعاقة

١٧ - تُبذل جهود مطردة لجمع البيانات المصنفة حسب الإعاقة في إطار الدراسات الاستقصائية الوطنية، مثلا من خلال مجموعة الأسئلة الموجزة عن الإعاقة التي أعدها فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، لكن نقص البيانات عن الإعاقة، القابلة للمقارنة، يظل مشكلة إنمائية كبيرة. ولا شيء سوى تحسين نوعية البيانات عن الإعاقة وزيادة دقتها وقابليتها للمقارنة سيشيخ فهم احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الرعاية الصحية فهما دقيقا ويمكن من تلبية هذه الاحتياجات ورصد التقدم المحرز في هذا الصدد وتقييمه.

١٨ - وقليلة جدا هي البلدان التي أدخلت إصلاحات ممنهجة قانونية وسياساتية تعالج الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية معالجة مباشرة. وقد اعتمدت البلدان نهجا أساسية شتى لكفالة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بالوسائل القانونية.

١٩ - وفي عام ٢٠١٤، كانت ١٧٦ دولة والاتحاد الأوروبي قد صدّقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لكن الحق في الصحة لم يكن مكفولا للأشخاص ذوي الإعاقة في الدساتير الوطنية إلا في ١٠ في المائة من الدول الأعضاء، ولم تتوافر إلا ستة بلدان على قانون صريح يضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية. والقوانين واللوائح المناهضة للتمييز السارية على الجميع شائعة، بغض النظر عما إذا كانت تشير إلى الحصول على الرعاية الصحية أم لا؛ غير أنها قوانين ولوائح تتسم بالعمومية ولا تستهدف صراحة أي معوقات تخص الإعاقة تحديدا. وهي، في أفضل الأحوال، تتيح للشخص ذي الإعاقة خيار رفع دعوى قضائية على الدولة. وأخيرا، فالقوانين أو خطط السياسات الوطنية المتعلقة بالإعاقة والقوانين المتعلقة بظروف صحية محددة (مثل إصابات الحبل الشوكي) أو فئات سكانية معينة (مثل قدامى المحاربين)، التي تضمن الوصول إلى الرعاية الصحية، شائعة لكنها تتخذ أشكالا متنوعة.

٢٠ - وشرعت منظمة الصحة العالمية في ثمانينيات القرن الماضي في اتباع نهج إعادة التأهيل المجتمعي الذي يهدف إلى تعزيز الإدماج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم والعمل، في الوقت ذاته، على الخروج من حلقة الفقر والإعاقة المفرغة. وتنفّذ حاليا مبادرات لإعادة التأهيل المجتمعي في أكثر من ٩٠ بلدا في جميع أنحاء العالم، ومعظمها في البلدان النامية. ووُضعت مبادئ توجيهية بشأن إعادة التأهيل المجتمعي ومصفوفة لتوفير إطار مشترك وكذلك استراتيجيات للتنفيذ العملي للبرامج^(١١). والصحة من المكونات الرئيسية للإطار المشترك، حيث أن إعادة التأهيل المجتمعي يمكن أن تكون وسيلة لإيصال الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي السنوات الأخيرة، تتيح مفاهيم أوسع نطاقا من قبيل السياسات الشاملة لمسائل الإعاقة والتنمية الشاملة للجميع القائمة على المجتمعات المحلية، والتي يُعترف

(١١) المبادئ التوجيهية، التي وضعتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) والاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية، متاحة على الرابط التالي: www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ar/.

فيها بإعادة التأهيل كعنصر من بين عناصر أخرى، تتيح أيضا وسائل قيّمة لتحسين وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة.

رابعا - سبل المضي قدماً: عدم ترك أي أحد خلف الركب

٢١ - على الرغم من تزايد عدد الدول التي صدّقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والخطوات التي اتخذتها تلك البلدان لتنفيذ المادة ٢٥ منها، لا يزال أشخاص ذوو إعاقة يواجهون المزيد من المعوقات لمتعتهم الكامل بحقوقهم في الصحة وفي الحصول على خدمات المعلومات الصحية مقارنة بعامة السكان.

٢٢ - ويمكن أن يؤدي الإخفاق في إتاحة الوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة إلى تعرض صحتهم للخطر، كما أن له تأثيرات واسعة النطاق في مجالات أخرى من مجالات تنفيذ الاتفاقية، ومنها الحق في المشاركة في جميع جوانب الحياة والحق في التعليم والحق في العمل. ولكي يتسنى للأشخاص ذوي الإعاقة تحقيق أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، يمكن النظر في اتخاذ الإجراءات التالية:

(أ) **تعزيز التشريعات والسياسات الوطنية المتعلقة بالرعاية الصحية بما يتماشى والاتفاقية -** ينبغي أن تشمل عملية تقييم القوانين والسياسات القائمة جميع أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، وأن تستند إلى معلومات بشأن التفاوتات في المجال الصحي، وأن تتضمن تقييمات مبنية على الأدلة للفجوات في تقديم خدمات الرعاية الصحية والمعوقات السياسية والقانونية التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ولتحسين الوصول إلى تلك الخدمات، يمكن أن تركز الاستراتيجيات الوطنية على توفير حماية عامة أوسع نطاقاً للحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، إما من خلال التشريعات الدستورية أو المناهضة للتمييز أو غيرها من التشريعات الوطنية المتعلقة بالإعاقة، ثم يمكن بعد ذلك تناول مسائل تيسير الوصول الأكثر تفصيلاً، وذلك عن طريق القواعد التنظيمية والمبادئ التوجيهية على المستوى المجتمعي؛

(ب) **مواءمة الأطر والتوجيهات العالمية المعنية بالصحة مع الاتفاقية -** يمكن أن تشمل عملية تطوير هذه الأدوات جميع أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، مع إيلاء الاهتمام الواجب لتلبية احتياجاتهم الصحية؛

(ج) **تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة ابتغاء أخذهم زمام المبادرة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية، على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة -** ينبغي أن تكفل البلدان الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالصحة وتيسير سبل الحصول عليها، بطرق منها إتاحة وسائل الاتصال البديلة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن للبلدان أيضاً أن تعمم المعلومات الصحية من خلال إتاحة الدورات التدريبية للأشخاص ذوي الإعاقة وتقديم الدعم من الأقران، بحيث يصبح الأشخاص ذوو الإعاقة أكثر استعداداً لاتخاذ قرارات بشأن صحتهم ويكون لهم وعي بخدمات الرعاية الصحية التي يمكنهم الاستفادة منها؛

(د) **التصدي للممارسات التمييزية في مجال التأمين الصحي وتعزيز خطط التأمين الصحي التي تشمل تغطيتها الأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل -** وينبغي أن تتصدى البلدان لمسألة خطط التأمين الخاصة والعامة التي تحد من تغطية الحالات المرضية السابقة لسريان عقد

التأمين، لأن هذه الممارسات التمييزية تؤثر بشكل غير متناسب على الأشخاص ذوي الإعاقة. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي حظر الممارسات التمييزية على أساس الإعاقة. وينبغي للبلدان أن تعزز خطط التأمين الصحي التي تلبي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما بالنسبة للأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل؛

(هـ) **تحديد وإزالة العقبات والمعوقات التي تحول دون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية** - بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، يمكن للبلدان أن تضع مبادئ توجيهية وطنية بشأن إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية. ويمكنها أيضا أن تجري تقييمات تيسير الوصول إلى المرافق الطبية وأن تستفيد من المعلومات المستقاة من مجموعة كبيرة من الناس ومن تعليقات المستخدمين في جمع المعلومات عن تيسير الوصول من خلال عملية تنطلق من القاعدة. وينبغي لها أيضا أن تكفل تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بوسائل نقل إلى مرافق الرعاية الصحية ميسرة للاستخدام وميسورة التكلفة؛

(و) **تحسين تغطية الرعاية الصحية ويسر التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة في إطار نهج الرعاية الصحية الشاملة للجميع** - يمكن للبلدان أن تنفذ التغطية الصحية الشاملة للجميع بتحديد الإجراءات الوطنية، بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، ابتغاء التدُّج في سد فجوة الاستفادة من الخدمات الصحية وتحسين نوعية وتغطية خدمات الرعاية الصحية، وأن تخفض ما يتكبده الأشخاص ذوو الإعاقة من تكاليف تلك الرعاية؛

(ز) **الاستثمار في العاملين في مجال الرعاية الصحية وتحسين تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة** - ينبغي أن تدمج البلدان التعليم الشامل لمسائل الإعاقة في المناهج الدراسية وفي تدريب المهنيين العاملين في قطاع الصحة. ويمكن للبلدان أن تشرك الأشخاص ذوي الإعاقة في تصميم الدورات التدريبية وتنفيذها، وأن تزيد عدد المهنيين العاملين في مجال إعادة التأهيل، وأن تحسن وتوسع نطاق ما يتاح من فرص التدريب للعاملين في مجال الرعاية الصحية، وأن تعترف بمؤهلات العاملين وتستبقيهم في الخدمة؛

(ح) **تحسين البحوث والبيانات لرصد وتقييم وتعزيز النظم الصحية، ضمانا لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وتقديم الخدمات الصحية لهم** - يمكن للبلدان أن تجري المزيد من البحوث بشأن الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة، وبشأن سبل تعزيز خدمات الصحة العامة وبرامج الوقاية من الأمراض وإزالة المعوقات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الوصول إلى هذه الخدمات. ويمكن للبلدان أن تنشئ آليات لرصد وتقييم النظم الصحية تمكن من تتبع نتائج إصلاحات تلك النظم التي تعالج مسألة المعوقات التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات لفهم أسباب إبلاغ الأشخاص ذوي الإعاقة عن سوء صحتهم وارتفاع معدلات اعتلالهم ووفياتهم. ويمكن للبلدان أيضا أن تستثمر في البيانات المصنفة حسب نوع الجنس والإعاقة ابتغاء تحسين فهم المعوقات القائمة على نوع الجنس والإعاقة ووضع آليات لإزالتها. وينبغي لها أن تضمن دمج أسئلة عن الإعاقة في أدوات جمع البيانات الحالية، مثل الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، بما يتيح تصنيف البيانات حسب حالة الإعاقة حتى تتحقق عدة أهداف، منها جعل النتائج المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير ذوي الإعاقة قابلة للمقارنة؛

(ط) تسخير إمكانيات التقنيات الابتكارية - يمكن للبلدان أن تسخر هذه الإمكانيات باعتبار ذلك وسيلة لإعمال الحق في الصحة وتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة. وفي هذا السياق، يمكن تسليط الضوء على المبادرات والشراكات المبتكرة والشاملة للجميع والمتعددة أصحاب المصلحة التي تركز على البحث وعلى تطوير وتسهيل الوصول إلى التكنولوجيات المتعلقة بالصحة.

٢٣ - ويمكن دعم الإجراءات المذكورة أعلاه دعماً قِيَّما ببذل جهود شاملة لعدة قطاعات، تتوخى إذكاء وعي صانعي القرار والمهنيين في مجال الرعاية الصحية والمجتمعات بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى الخدمات الصحية وبتحتياجاتهم في هذا الشأن.

خامسا - أسئلة مقترحة للنظر فيها

٢٤ - تُطرح الأسئلة التالية للنظر فيها خلال مناقشات المائدة المستديرة:

- (أ) ما هي العوامل التي يتعين النظر فيها لتحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على نوعية جيدة وغير تمييزية من خدمات الرعاية الصحية الميسورة التكلفة؟
- (ب) ما هي الإجراءات والقوانين والسياسات اللازمة للحكومات لكي تضمن احترام الحق في الموافقة الحرة والمستنيرة، وتزيد توعية المهنيين العاملين في المجال الصحي بالخدمات والمرافق الصحية المتعلقة بالإعاقة والشاملة للجميع، وتمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم من اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية على نحو حر مستنير؟
- (ج) بالنظر إلى التفاوتات الموجودة في المجتمع، كيف يمكن للحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين معالجة أوجه التباين في الحصول على التكنولوجيات المتعلقة بالصحة وضمان الوصول المناسب إلى الرعاية الصحية الأساسية بحيث يمكن تحقيق أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة؟
- (د) لماذا وكيف تساعد إعادة التأهيل المجتمعي والتنمية الشاملة للجميع على جعل المرافق والخدمات الصحية أكثر تيسراً لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة وأكثر شمولاً لهم؟
- (هـ) ما هي التدابير المحددة التي يمكن أن تتخذها الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني لزيادة الفرص لتلبية احتياجات جميع الأشخاص ذوي الإعاقة من الرعاية الصحية؟