

Distr.: General
16 July 2018
Arabic
Original: English



الدورة الثالثة والسبعون

البند ٧٤ (ب) من القائمة الأولية*

تعزيز وحماية حقوق الإنسان: مسائل

حقوق الإنسان، بما في ذلك النهج

البديلة لتحسين التمتع الفعلي بحقوق

الإنسان والحريات الأساسية

حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل إلى الجمعية العامة تقرير كاتالينا ديفانداس أغيلار، المقررة الخاصة

المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المقدم وفقا لقرار مجلس حقوق الإنسان ٦/٣٥.



الرجاء إعادة استعمال الورق

* A/73/50

040918 250718 18-11740 (A)



تقرير المقررة الخاصة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

موجز

في هذا التقرير، تتناول المقررة الخاصة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في تمتعهم بالحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وتقديم التوجيه للدول بشأن كيفية تعزيز خدمات الرعاية الصحية لتكون شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة وفي متناولهم.

أولاً - مقدمة

١ - يشدد هذا التقرير على مختلف التحديات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بحقوقهم في أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، ويقدم التوجيه إلى الدول بشأن كيفية تعزيز خدمات الرعاية الصحية قائمة على حقوق الإنسان، وشاملة ويمكن الوصول إليها. وتستند المعايير الدولية لحقوق الإنسان المعروضة في هذا التقرير إلى توصيات سابقة صادرة عن آليات الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، بما في ذلك هيئات المعاهدات والإجراءات الخاصة.

٢ - وقد حلت المقررة الخاصة، لدى إعداد تقريرها، ١١٦ رداً على استبيان أرسل إلى الدول الأعضاء، والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان، ومنظمات المجتمع المدني، بما في ذلك المنظمات التي تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة^(١). ونظمت أيضاً مشاورات للخبراء مع ممثلي وكالات الأمم المتحدة، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، والأوساط الأكاديمية.

ثانياً - فهم صحة الأشخاص ذوي الإعاقة

٣ - الصحة أمر أساسي لتحقيق الرفاه والسعادة. فهي تمكن الأفراد من أن يعيشوا حياة جيدة، ويبلغوا كامل إمكاناتهم. وعندما لا يكون الناس قادرين على الحصول على الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات الطبية، وخدمات إعادة التأهيل، فإنهم قد لا يتمكنون من الذهاب إلى المدرسة، أو الحصول على فرص لكسب العيش، أو المشاركة في المجتمع. والصحة أساسية لتحقيق النمو الاقتصادي، فالأشخاص الأصحاء يدرسون أكثر، وهم أكثر إنتاجية، ويوفرون أكثر، ويعيشون لفترات أطول^(٢). والحصول المبكر على الخدمات الصحية وخدمات إعادة التأهيل يكفل تحقيق نتائج صحية أفضل، ويحد من التكاليف التي تتكبدها نظم الرعاية الصحية والاجتماعية، والمرتبطة بسوء الصحة. والصحة تتجاوز نظم الرعاية الصحية الرسمية. كذلك فإن لعوامل من قبيل الإسكان المأمون والميسور، والنقل، والتعليم، والعمالة، أثراً على صحة الأفراد والمجتمعات المحلية. وبناء على ذلك، فإن الصحة هي، في الوقت ذاته، نتيجة من نتائج التنمية المستدامة، وطريق يؤدي إلى تحقيقها (انظر A/71/304).

٤ - وللأشخاص ذوي الإعاقة نفس الاحتياجات الصحية التي لدى أي شخص آخر، بما في ذلك الحاجة إلى تعزيز الصحة والرعاية الوقائية، والتشخيص، والعلاج، وإعادة التأهيل. وقد تكون لديهم أيضاً احتياجات صحية إضافية محددة ناجمة عن إعاقاتهم وغيرها من العوامل الأساسية المحددة للصحة، كال فقر، والتمييز، والعنف، والإقصاء الاجتماعي. وفي حين أن بعض العاهات تزداد سوءاً حتماً بمضي الوقت، فإن رداءة البيئات المادية والاجتماعية يمكن أن تؤدي إلى استفحال الحالات الصحية الأولية، أو إلى تفاقم النتائج الثانوية للحالات الصحية الأولية.

٥ - وبالنظر إلى ارتفاع مستويات الفقر، والتمييز، والعنف، والإقصاء الاجتماعي، فضلاً عن وجود حواجز كبيرة أمام الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أكثر عرضة

(١) انظر www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/StandardOHealth.aspx

(٢) انظر D. Bloom and D. Canning, *Population Health and Economic Growth* (Commission on Growth and Development, 2008). . متاح على الرابط التالي: <https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960->

.1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf

للاعتلال من عموم السكان، ومن ثم فإنهم أكثر عرضة لأن يكونوا بحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية وأن يستخدموها. وعلى سبيل المثال، فإنهم أكثر عرضة للإصابات غير المقصودة؛ وللإصابة بحالات صحية تابعة، وحالات اعتلال متزامنة، وأوضاع مرتبطة بتقدم السن؛ وهم أكثر عرضة للعنف، وللوفاة قبل الأوان^(٣). وبالمثل، فإنهم بحاجة أكبر إلى خدمات التأهيل وإعادة التأهيل المتصلة بالصحة، والتي تعد أساسية للحفاظ على حالة صحية جيدة، والعيش المستقل، ولأن يكونوا منتجين اقتصادياً، وأن يعيشوا حياة ذات معنى. وقد يحتاج بعض الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المزيد من إمكانيات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المتخصصة، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية.

٦ - وبإمكان الأشخاص ذوي الإعاقة أن يعيشوا حياة نشطة، ومنتجة، وطويلة، وصحية. فالإصابة بإعاقة لا تعني أن لا يتمتع المرء بصحة جيدة. فالصحة حالة دينامية من الرفاه ناجمة عن مزيج من إمكانات الفرد، ومطالب الحياة، والمحددات الاجتماعية والبيئية^(٤). وبصرف النظر عن الإعاقة أو الحالة الصحية، فإن بإمكان الأشخاص ذوي الإعاقة التمتع بحياة صحية، وذلك بتحديد تطلعاتهم وتحقيقها، وبتلبية احتياجاتهم، وتغيير البيئة من حولهم أو مواجهتها^(٥). وعلاوة على ذلك، من المهم الاعتراف بأن مفهوم الإعاقة يختلف عبر التاريخ والثقافات والمجتمعات، بحيث يعكس القيم والمعايير لكل زمن ومكان بعينه^(٦). وبالمثل، هناك أشخاص ذوو إعاقة كثيرون لا يعتبرون اختلافهم الجسدي والوظيفي إعاقة فعلية، بل يرون فيه سمة إيجابية وطبيعية من سمات هويتهم، أو إعاقة متصورة.

٧ - ومن الناحية التاريخية، كان يُنظر إلى الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم مجرد "مرضى"، وكانت آراؤهم تُرى أقل قيمة من آراء أولئك الذين يطلق عليهم لقب "خبراء"، لا سيما المهنيون العاملون في المجال الطبي. وبموجب النموذج الطبي للإعاقة، لم يكن يُعترف بالأشخاص ذوي الإعاقة بوصفهم أصحاب حقوق، بل بأنهم "أنزلوا" إلى مستوى إعاقتهم^(٧). ولما كانت إعاقتهم تعتبر مجرد مشكلة طبية، فقد كانت الاستجابات، على الصعيد المجتمعي، تركز على 'علاجهم' و 'شفائهم'، متجاهلة إرادتهم وأفضلياتهم. غير أن الحركة المعنية بحقوق المعوقين استمرت، منذ الستينات، تعترض على هذا النموذج الطبي، وتبرز الدور السلبي للعقبات وأوجه الظلم التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في حياتهم. ونتيجة لذلك، أصبحت الإعاقة تُفهم في الوقت الحاضر على أنها وضع اجتماعي ناتج عن التفاعل بين الأشخاص الذين يعانون من إعاقات فعلية أو متصورة، وحواجر تتصل بالمواقف والبيئة. وبالابتعاد عن ممارسة الشفقة والعلاج، ينبغي الآن الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم أفراداً يقفون على قدم المساواة مع الآخرين في الإنسانية المتنوعة.

(٣) منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، التقرير العالمي المتعلق بالإعاقة (٢٠١١)، الصفحات ٥٣-٦٠.

(٤) J. Bircher and E.G. Hahn, "Understanding the nature of health: new perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs", *F1000Research* 5:167 (2016) متاح على الرابط التالي: <https://f1000research.com/articles/5-167/v1>

(٥) ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة (The Ottawa Charter for Health Promotion)، المعتمد في المؤتمر الدولي الأول المعني بتعزيز الصحة، المعقد في أوتاوا، في ٢١ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٦.

(٦) B. Ingstad and S. R. Whyte (eds.), *Disability and Culture*, (University of California Press, 1995)

(٧) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ٦ (٢٠١٨) (CRPD/C/GC/6)، الفقرة ٨.

٨ - والوقاية من الإعاقات مسألة تستحق التوضيح. فكثيراً ما تقدم الدول التزامات في مجال السياسات العامة، وفي الميزانيات، تتصل بالسياسات المتعلقة بالوقاية الأولية، باعتبارها استثمارات في حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى الرغم من أن الحملات المتعلقة بالصحة العامة، الرامية إلى الوقاية من الأمراض والإعاقات في عموم السكان، تشكل عنصراً هاماً من عناصر السياسة الصحية العامة للدولة، فلا ينبغي اعتبارها جزءاً من الجهود الرامية إلى تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. فمن منظور حقوق الإنسان، يجب على الدول أن تكفل إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، على خدمات لتعزيز الصحة والوقاية، بما في ذلك الوقاية من الإصابة بإعاقات أخرى. وعلاوة على ذلك، يجب على الدول أن تضمن أن لا تنطوي السياسات والبرامج المتعلقة بالتهوض بالصحة والوقاية على ما يعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للوصم، ولهذا أثر سلبي مباشر على إدماجهم ومشاركتهم في المجتمع.

ثالثاً - حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الصحة

٩ - الحق في الصحة معترف به في مختلف الصكوك الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان^(٨). وهو يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء^(٩). والحريات تشمل الحق في عدم التمييز، والحق في اتخاذ القرارات التي تؤثر على الصحة والسلامة الجسدية، والحق في الموافقة الحرة والمستنيرة، والحق في عدم الخضوع للعلاج الطبي والتجارب الطبية بدون موافقة، والحق في عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وتشمل الاستحقاقات الأساسية الحق في الرعاية الصحية الأولية، والحق في الحصول على الأدوية الأساسية. والحق في الصحة يشمل العوامل الأساسية المحددة للصحة، مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة، والمرافق الصحية الملائمة، والغذاء الكافي، والتغذية، والمسكن، والظروف المهنية والبيئية الصحية، والحصول على التثقيف والمعلومات المتصلة بالصحة^(١٠).

١٠ - والدول ملزمة باحترام الحق في الصحة وحمايته وإعماله. وبناء على ذلك، يجب على الدول الامتناع عن التدخل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في صحة الشخص؛ واتخاذ تدابير لمنع أطراف ثالثة من التدخل فيها؛ واتخاذ تدابير إيجابية لتمكين الأفراد والمجتمعات المحلية ومساعدتهم على التمتع بهذا الحق. وعلاوة على ذلك، يجب على الدول كفالة أن تكون سلع الرعاية الصحية وخدماتها ومرافقها متوفرة بكميات كافية (التوافر)؛ وأن تكون هذه السلع والخدمات والمرافق متاحة مالياً، وجغرافياً، وفعلياً، بما في ذلك المعلومات والاتصالات التي يمكن الوصول إليها دون تمييز (إمكانية الوصول)؛ وأن تحترم الأخلاقيات الطبية، وأن تكون ملائمة ثقافياً، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة (المقبولية)؛ وأن تكون ملائمة

(٨) انظر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (المادة ٢٥-١)، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة ١٢)، والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (المادة ٥ 'هـ')، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (المواد ١١-١ و ١٢)، واتفاقية حقوق الطفل (المادة ٢٤)، والاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (المواد ٢٨، و ٤٣-١ و ٤٥-١ (ج))، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة ٢٥) والميثاق الاجتماعي الأوروبي (المنقح) (المادة ١١)، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادة ١٠)، والميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (المادة ١٦).

(٩) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠) (E/C.12/2000/4)، الفقرة ٨.

(١٠) المرجع نفسه، الفقرة ١١.

علميا وطبيا وذات نوعية جيدة (النوعية) ويتطلب الحق في الصحة أيضا مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المتصلة بالصحة^(١١).

١١ - ويتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة بالحماية بموجب الإطار العام للحق في الصحة، مثل أي شخص آخر. غير أن النظام الدولي لحقوق الإنسان لم يولِ احتياجاتهم الصحية سوى قدر يسير من الاهتمام، إلى أن اعتمدت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة^(١٢). وفي واقع الأمر، فإن ذلك الإطار يسمح بفرض قيود على تمتعهم بعناصر مختلفة من الحق في الصحة في ظروف استثنائية. فعلى سبيل المثال، حددت مبادئ حماية الأشخاص ذوي الأمراض العقلية، وتحسين رعاية الصحة العقلية (مبادئ المرض العقلي) مستوى متدنيا من الحماية ضد انتهاكات حقوق الإنسان في أماكن الرعاية الصحية.

١٢ - وتحل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة^(١٣) محل هذه المعايير السابقة. وهي تبتعد عن النهج الطبية والأبوية إزاء الإعاقة، باتباع نهج قائم على حقوق الإنسان يعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة أصحاب حقوق، لا مجرد متلقين للحماية أو التأهيل أو الرعاية. فلم يعد يُنظر إلى الإعاقة باعتبارها مشكلة طبية، ولكن من حيث كونها حالة اجتماعية. وتسلب الاتفاقية الضوء على الحاجة إلى إزالة جميع الهياكل والحواجز والممارسات المجتمعية التي تحد من حق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع الكامل والمتساوي بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه.

١٣ - ويتصل العديد من أحكام الاتفاقية بالحق في الصحة أو بالعوامل الأساسية المحددة للصحة. وتؤكد المادة ٢٥ من الاتفاقية من جديد حق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه دون تمييز. وهذا يشمل جميع عناصر إطار الحق في الصحة؛ ويشمل ذلك جملة أمور منها الحريات، والاستحقاقات والمشاركة، والرصد، والمساءلة. وتتضمن المادة ٢٥ أيضا قائمة غير شاملة من المعايير والالتزامات التي يجب على الدول أن تضمنها في أعمال الحق في الصحة، بما في ذلك الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية؛ والوصول إلى برامج الصحة العامة للسكان؛ وتوفير الخدمات في أقرب الأماكن الممكنة للمجتمعات، بما في ذلك في المناطق الريفية؛ وتوفير الخدمات الصحية الخاصة بالإعاقة، بما في ذلك الوقاية من الإصابة بمزيد من الإعاقات؛ وتزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس النوع من الرعاية الصحية المقدمة إلى الآخرين، بما في ذلك على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة؛ وتدريب المهنيين الصحيين، ونشر معايير أخلاقية لأغراض الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص؛ والمساواة في الحصول على التأمين الصحي والتأمين على الحياة؛ وحظر الحرمان من الرعاية الصحية أو الأغذية والسوائل على أساس الإعاقة.

١٤ - والمادة ٢٥ (د) من الاتفاقية جديرة بأن تولى اهتماماً خاصاً. فهي تشير إلى الحق في الموافقة الحرة والمستنيرة على العلاج الطبي والتجارب الطبية، بما في ذلك الحق في رفض العلاج؛ وهو أمر معترف

(١١) المرجع نفسه.

(١٢) G. Quinn and T. Degener, "Human rights and disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability" (Geneva, OHCHR, 2002)

التالي: www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf

(١٣) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٢٥١٥، الرقم ٤٤٩١٠.

به على نطاق واسع في القانون الدولي لحقوق الإنسان^(١٤). وعلى الرغم من أن هذا الحق هو أحد العناصر الأساسية للحق في الصحة، والحق في عدم التعرض للتعذيب وسوء المعاملة، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة كثيراً ما يجرمون منه. فعلى سبيل المثال، فإن المادتين ٦ و ٧ من اتفاقية حقوق الإنسان والطب الحيوي لمجلس أوروبا، التي اعتمدت في عام ١٩٩٧، تميز استثناءات من حق الأشخاص ذوي الإعاقة في أن يكونوا في مأمن من الإيداع في المستشفيات للعلاج، ومن التجارب الطبية بدون رضاهم. وبالمثل، فقد سَوَّغ بعض الهيئات المنشأة بمعاهدات الأمم المتحدة، وآليات الإجراءات الخاصة، استخدام الإكراه ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الرعاية الصحية، بما في ذلك العلاج والإيداع في المستشفيات بدون رضاهم، والحبس الانفرادي، واستخدام القيود، والتعقيم القسري، استناداً إلى مفهوم "الضرورة الطبية" و "الخطورة".^(١٥) (انظر، على سبيل المثال، CCPR/C/GC/35 و A/HRC/22/53).

وهذه المعايير والاجتهادات القضائية تتعارض واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تحظر جميع أشكال الإكراه على أساس الإعاقة الفعلية أو المتصورة حتى لو استخدمت عوامل أو معايير إضافية لتسوية تلك الأعمال.

١٥ - وعلاوة على ذلك، تنص المادة ٢٥ (د) من الاتفاقية على الالتزام بـ "مطالبة المهنيين الصحيين بتقديم الرعاية لذوي الإعاقة بنفس الجودة التي يوفرونها للآخرين، بما في ذلك على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة"؛ وهو التزام يؤكد الاعتراف العالمي بالأهلية القانونية للأشخاص ذوي الإعاقة (المادة ١٢)، والحظر المطلق لحرمانهم من الحرية على أساس الإعاقة، بما في ذلك العلاج في المستشفيات بدون رضاهم (المادة ١٤). وقد شددت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. على أن الدول الأطراف ملزمة بعدم السماح لصانعي القرارات البديلين (مثلاً الأوصياء) بإعطاء موافقتهم نيابة عن الأشخاص ذوي الإعاقة^(١٥). وبدلاً من ذلك، ينبغي إتاحة نظم لدعم اتخاذ القرارات. وينبغي أن يتخذ العاملون في المجالين الصحي والطبي التدابير اللازمة لضمان أن يحترم دأمو الفرد إرادته وتفضيلاته، وألا يكونوا بديلاً للأشخاص ذوي الإعاقة، أو يكون لهم تأثير على قراراته على نحو لا داعي له^(١٦). وفي الحالات التي بذلت فيها جهود كبيرة، ولم يتسَن الحصول على موافقة الفرد الحرة والمستنيرة، أو التأكد من إرادته وتفضيلاته، بطرق منها توفير الدعم والترتيبات التيسيرية المطلوبة، فينبغي تطبيق معيار "أفضل تفسير للإرادة والأفضلية"، كحل أخير^(١٧).

١٦ - وهناك أحكام أخرى في الاتفاقية تكمل المادة ٢٥. فالمادة ٥، على سبيل المثال، تحظر جميع أشكال التمييز، بما في ذلك في الرعاية الصحية؛ وتقتضي المادة ٩ بتوفير سبل الوصول إلى جميع المرافق الطبية، ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات والخدمات؛ وتؤكد المادة ١٠ من جديد الحق في الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة؛ وتعترف المادتان ١٥ و ١٧ بالحق في عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة

(١٤) العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (المادة ٧)، والإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان (المادتان ٥ و ٦)، واتفاقية حقوق الإنسان والطب الحيوي (المادة ٥). كذلك فُسر الحق في الموافقة الحرة والمستنيرة باعتباره جزءاً من الحق في الأمن الشخصي، والحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية واللاإنسانية أو المهينة، والحق في الخصوصية، والحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه.

(١٥) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ١ (٢٠١٤) (CRPD/C/GC/1)، الفقرة ٤١.

(١٦) المرجع نفسه.

(١٧) المرجع نفسه، الفقرة ٢١.

أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، والحق في السلامة الشخصية، بما في ذلك التحرر من العلاج الطبي من دون موافقة؛ وتنص المادة ١٩ على الحق في العيش المستقل والإدماج في المجتمع، وهو مما يحول دون التعرض للفصل، والإيداع في مؤسسات في سياقات الرعاية الصحية؛ وتسلم المادة ٢٢ بالحق في الخصوصية، بما في ذلك خصوصية المعلومات المتعلقة بالصحة؛ وتنص المادة ٢٣ على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على التثقيف في مجالي الإنجاب وتنظيم الأسرة، وفي الحفاظ على خصوصيتهم، واتخاذ قرارات بشأن عدد أطفالهم، والمباعدة بين الولادات، وهو ما يمنع التعقيم القسري؛ وتتناول المادة ٢١ مسألة الحصول على المعلومات، وهو ما يجارب الأمية الصحية؛ وتتناول المادة ٢٨ الحق في مستوى معيشي، وحماية اجتماعية ملائمين، ويشمل ذلك المقومات الاجتماعية للصحة.

١٧ - أما المادة ٢٦ من الاتفاقية فتكمل الالتزام بضمان تقديم الخدمات الصحية التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة، بصفة خاصة، بسبب إعاقاتهم. وهي تطلب من الدول أن تنفذ، على نحو شامل، خدمات وبرامج للتأهيل وإعادة التأهيل، في جملة مجالات منها الصحة، لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أقصى قدر من الاستقلالية، والحفاظة عليها^(١٨)؛ وتحقيق إمكاناتهم البدنية والعقلية والاجتماعية والمهنية على الوجه الأكمل؛ وكفالة إشراكهم ومشاركتهم على نحو تام في جميع نواحي الحياة. وينبغي أن تبدأ هذه الخدمات والبرامج في أقرب مرحلة ممكنة؛ وأن تستند إلى تقييم متعدد التخصصات؛ وأن تدعم مشاركة ذوي الإعاقة وإدماجهم؛ وأن تكون طوعية؛ وأن تكون متاحة في أقرب مكان ممكن من المجتمعات المحلية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ وعلاوة على ذلك، فإن المادة ٢٦ تقتضي من الدول تدريب المهنيين والموظفين العاملين في مجال التأهيل وإعادة التأهيل، وتشجيع توافر الأجهزة والتقنيات المساعدة ومعرفتها واستخدامها.

١٨ - ويتضمن الحق في الصحة كلا من الالتزامات ذات الأثر الفوري وتلك المتعلقة بالإعمال التدريجي. ويشمل النوع الأول التزامات أساسية، مثل عدم التمييز. والحرية في ما يتعلق بالعلاج الطبي والتجارب الطبية من دون موافقة؛ والحصول على الغذاء، والمأوى الأساسي، والسكن، والصرف الصحي، والمياه المأمونة والصالحة للشرب؛ والحصول على الأدوية والرعاية الصحية الأساسية الأولية^(١٩). ويفرض النوع الثاني التزاما على الدول بالتحرك على وجه السرعة، وبأقصى قدر ممكن من الفعالية، وباستخدام أقصى ما تسمح به مواردها المتاحة، بما في ذلك الموارد المتاحة من خلال التعاون الدولي، لإعمال الحق في الصحة^(٢٠). ويجب أن تكون هذه الخطوات مدروسة وملموسة وهادفة^(٢١)، وأن تشمل اعتماد مؤشرات ومعايير لرصد التقدم المحرز على مر الزمن، على النحو المناسب. وترى المقررة الخاصة ضرورة اعتبار

(١٨) يتضمن التأهيل وإعادة التأهيل طائفة واسعة من الاستجابات، لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أقصى قدر من الاستقلالية، والحفاظ عليها، وتحقيق قدراتهم البدنية والعقلية والاجتماعية والمهنية، وإدماجهم ومشاركتهم الكاملين في جميع نواحي الحياة. ويشير التأهيل إلى الخدمات التي تستهدف أولئك الذين يكتسبون الإعاقة لأسباب خلقية أو في مرحلة مبكرة من الحياة، في حين أن إعادة التأهيل تشير إلى الخدمات المقدمة لأولئك الذين يصابون بالإعاقة في مرحلة لاحقة من حياتهم.

(١٩) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، (E/C.12/2000/4)، الفقرة ٤٣.

(٢٠) المرجع نفسه، الفقرتان ٣١ و ٣٢.

(٢١) المرجع نفسه، الفقرة ٣٠.

الوصول إلى التأهيل وإعادة التأهيل، وإلى الأجهزة المساعدة الأساسية، وإلى الخدمات الصحية الأساسية التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة بسبب إعاقته، التزامات أساسية لا تخضع للإعمال التدريجي.

١٩ - ويقع على عاتق الدول التزام بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من أي انتهاكات لحقهم في الصحة داخل أراضيها و/أو ولايتها القضائية، من جانب أطراف ثالثة. وتطلب الاتفاقية على وجه التحديد من الدول الأطراف اتخاذ جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز على أساس الإعاقة من جانب أي شخص أو منظمة أو مؤسسة خاصة (المادة ٤-١ هـ)؛ والتأكد من أن الكيانات الخاصة التي تقدم المرافق والخدمات المفتوحة أو المقدمة للجمهور تأخذ في الاعتبار جميع جوانب إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها (المادة ٩-٢ ب)؛ وينبغي للدول أن تمنع انتهاكات حقوق الإنسان التي ترتكبها جهات فاعلة من غير الدول في القطاع الخاص، ومعالجتها وتصحيحها، على النحو المبين في مبادئ الأمم المتحدة التوجيهية بشأن الأعمال التجارية وحقوق الإنسان (A/HRC/17/31، المرفق).

٢٠ - ويقضي الالتزام بعدم ترك أي أحد خلف الركب بأن يكون في مقدور جميع الأشخاص ذوي الإعاقة التمتع بالمجموعة الكاملة من الفرص التي تتيحها خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ (قرار الجمعية العامة ١/٧٠)، بما في ذلك مختلف الأهداف المتصلة بالصحة، التي تتيح فرصة للنهوض بالحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتوفر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة توجيهات معيارية من أجل تنفيذ أهداف التنمية المستدامة من منظور قائم على حقوق الإنسان. وهناك حاجة إلى بيانات مفصلة، على النحو المطلوب في الهدف ١٧، لقياس ما إذا كان الأشخاص ذوو الإعاقة يُتركون خلف الركب في الحصول على الرعاية الصحية.

رابعاً - التحديات والشواغل

٢١ - حددت المقررة الخاصة ثلاثة تحديات رئيسية ترتبط بتمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالحق في الصحة، وهي ما يلي: (أ) أوجه عدم المساواة في الصحة والرعاية الصحية؛ و (ب) الحواجز التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، و (ج) انتهاكات محددة لحقوق الإنسان في سياقات الرعاية الصحية.

ألف - أوجه عدم المساواة في الصحة والرعاية الصحية

٢٢ - يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة من أوجه عدم مساواة كبيرة في مجالي الصحة والرعاية الصحية. فالحالات المرضية الثانوية وحالات الاعتلال المتزامنة شائعة بين الأشخاص ذوي الإعاقة، وتشمل الحالات الصحية المزمنة، كارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري. وعلى الرغم من أن بعض هذه النتائج مرتبطة بالإعاقة، فإن أوجه عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية، والتشخيص الصحي، والموارد الاقتصادية، هي الأسباب الرئيسية للتعرض للعديد من هذه الحالات و/أو تساهم في تفاقمها. فعلى سبيل المثال، تبين الدراسات أن الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية يموتون قبل أفراد عموم السكان بفترة ١٥ إلى ٢٠ سنة في المتوسط، ويعزى ذلك إلى حد بعيد، إلى الإهمال والمعاملة السيئة، وعدم القيام بأنشطة الفحص الروتيني، وأنشطة تحسين الصحة والوقاية^(٢٢). وبالمثل، فإن العمر المتوقع

(٢٢) Health Quality Improvement Partnership, The Learning Disabilities Mortality Review, Annual Report 2017

للبالغين ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية يقل بنحو ٢٠ إلى ٢٥ سنة بسبب عوامل متعددة، بما فيها الأمراض الجسدية المرتبطة بالأدوية المستخدمة لمعالجة الذهان^(٢٣).

٢٣ - وعلاوة على ذلك، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر احتمالاً لأن يكونوا بحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة، وهم في الوقت ذاته أكثر احتمالاً لأن يبلغوا عن عدم تلقيهم تلك الخدمات^(٢٤). فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أن احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الرعاية الصحية التي لم تُلبَّ، بلغت ثلاثة أضعاف احتياجات غير ذوي الإعاقة منها^(٢٥). وتشير الأدلة أيضاً إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من الحرمان في الحصول على الرعاية الأولية، وهو ما يضعهم في حلقة مفرغة تتدهور فيها صحتهم باستمرار. وغالباً ما لا يتلقى الأطفال ذوو الإعاقة العلاج الأساسي لأمراض الطفولة الشائعة، وهو ما يمكن أن يهدد حياتهم إذا تركت هذه الأمراض من دون علاج^(٢٦). وهناك افتراض خاطئ بأن الأشخاص ذوي الإعاقة يحتاجون دائماً إلى خدمات متخصصة، في حين يمكن تلبية معظم احتياجاتهم الصحية عن طريق الرعاية الأولية.

٢٤ - والوصول إلى خدمات التأهيل وإعادة التأهيل المتصلة بالصحة محدود لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. وبينما تتطلب فئات مختلفة من السكان خدمات لإعادة التأهيل، فإن التغطية تكون منخفضة عموماً لدى الأشخاص ذوي الإعاقة باختلاف فئاتهم^(٢٧). ويشمل هذا الوصول إلى العلاج الطبيعي والعلاج المتعلق بالنطق واللغة، وإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي. والتغطية محدودة بوجه خاص في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل؛ حيث لا يستفيد من هذه الخدمات، في بعض السياقات، سوى ثلاثة إلى خمسة في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة^(٢٨). وعلاوة على ذلك، تشير الدلائل إلى أن ما بين ٥ إلى ١٥ بالمائة فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى أجهزة وتقنيات مساعدة، في العديد من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، يمكنهم الوصول إلى تلك الأجهزة والتقنيات^(٢٩).

٢٥ - ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديات كبيرة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المتخصصة التي تعد أساسية بالنسبة للعديد من الفئات. على سبيل المثال، فإن عدداً كبيراً من المواليد الجدد ذوي العاهات الخلقية، مثل السنسنة المشقوقة واستسقاء الرأس، يموتون قبل مضي شهر من

S. Saha, D. Chant and J. McGrath, , "A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential (٢٣) mortality gap worsening over time?", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, No. 10 (2007), pp. 1123-1131

(٢٤) منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، التقرير العالمي المتعلق بالإعاقة (٢٠١١)، الصفحات ٦٠-٦٢.

M. A. McColl, A. Jarzynowska and S.E.D. Shortt, "Unmet health care needs of people with disabilities: (٢٥) population level evidence", *Disability and Society*, vol. 25, No. 2 (2010), pp. 205-218.

(٢٦) منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، النماء في مرحلة الطفولة المبكرة والإعاقة: ورقة مناقشة (٢٠١٢) الصفحة ١٧.

T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities", Discussion paper (٢٧) commissioned by the Special rapporteur on the rights of persons with disabilities (2018), pp. 21-26, على الرابط التالي: <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/resources/>.

(٢٨) المرجع نفسه، الصفحة ٢٤.

WHO, "Assistive technology, Fact sheet" (18 May 2018), www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology (٢٩).

أعمارهم بسبب عدم وجود علاج متخصص^(٣٠). وبالمثل، فإن الافتقار إلى التشخيص الدقيق والعلاج الفعال لمعظم الأمراض النادرة يشكل تحدياً على الصعيد العالمي^(٣١).

٢٦ - وبصفة عامة، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة غير مستهدفين في الاستراتيجيات المتعلقة بتعزيز الصحة وبالوقاية من الأمراض. وكثيراً ما يُستبعد الأطفال ذوو الإعاقة من برامج التحصين، حتى في البلدان التي شهدت فيها معدلات التحصين عموماً زيادة كبيرة^(٣٢). وقد أظهرت عدة دراسات توافر إمكانيات محدودة لدى النساء ذوات الإعاقة للوصول إلى خدمات الكشف عن السرطان^(٣٣). ولا يحصل الأشخاص المصابون بالمهق على القدر الكافي من الحماية من الشمس. ويواجه الأشخاص الصم ثغرات معرفية كبيرة في مجال الصحة الوقائية. وبالمثل، فإن الجهود الرامية إلى تعزيز السلوكيات الصحية، مثل التمارين الرياضية المنتظمة والنظام الغذائي الجيد، ليست متاحة عموماً، ولا تركز كثيراً على تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة^(٣٤).

٢٧ - وعلى الرغم من أن الأشخاص ذوي الإعاقة ناشطون جنسياً كأى شخص آخر، فإن فرص حصولهم على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية محدودة. وقد خلصت عدة دراسات إلى أن إمكانيات حصولهم على خدمات جيدة هي أدنى مستوى مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة، ويشمل ذلك انخفاض مستوى حصولهم على التثقيف الجنسي، وعلى المعارف المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية^(٣٥). فالشباب ذوو الإعاقة، على سبيل المثال، يظهرون على العموم مستويات معرفية أدنى في ما يتعلق بانتقال فيروس نقص المناعة البشرية والوقاية منه^(٣٦). كذلك تفيد النساء والفتيات ذوات الإعاقة بأن الخدمات المتعلقة بفترات ما قبل الولادة وبالأمراض النسائية لا تلبي احتياجاتهن وتوقعاتهن^(٣٧).

٢٨ - ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة أوجه عدم مساواة كبيرة في ما يتعلق بصحة الفم والحصول على الرعاية الصحية للأسنان. وكما هو الحال بالنسبة إلى عموم السكان، فإن معظم احتياجات رعاية

WHO, Congenital anomalies fact sheet (7 September 2016), www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies (٣٠)

European Commission, *Rare Diseases - A major unmet medical need* (2017), p. 9 (٣١)

UNICEF, "Disability prevention efforts and disability rights: finding common ground on immunization efforts", working paper www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf (٣٢)

J. Angus L. Seto, N. Barry et al., "Access to cancer screening for women with mobility disabilities", *Journal of Cancer Education*, vol. 27, No. 1 (March 2012), pp. 75–82; K. Peters and A. Cotton, "Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, Nos. 3 and 4 (March 2012), pp. 563–72. K. Peters and A. Cotton, "Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities" (2015), *J Clin Nurs* 24(3-4), pp. 563–72 (٣٣)

J. H. Rimmer, "Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions", *Physical Therapy*, vol. 79, No. 5 (1 May 1999), pp. 495–502 (٣٤)

S. H. Braathen, P. Rohleder and G. Azalde, *Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature* (SINTEF, 2017), pp. 13-15 www.sintef.no (٣٥)

(٣٦) المرجع نفسه، الصفحتان ١٣ و ١٤.

(٣٧) المرجع نفسه، الصفحة ١٦.

الأسنان للأشخاص ذوي الإعاقة ليست معقدة، ويمكن توفيرها في سياقات الرعاية الأولية والمجتمعات المحلية^(٣٨). ومع ذلك، فإنهم يعانون من ارتفاع مستويات إصابتهم بأمراض الفم بالنسبة لبقية السكان، وكذلك فإن احتياجاتهم غير الملباة في ما يتعلق برعاية الأسنان هي أعلى منها عند غيرهم^(٣٩). وقد وُجدت مستويات عالية بوجه خاص من أمراض الأسنان غير المعالجة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم احتياجات عالية في مجال الدعم، وأولئك المودعين في مؤسسات^(٤٠).

٢٩ - وفي كثير من الأحيان لا يحصل الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية العقلية التي قد يحتاجون إليها، ويسعون للحصول عليها. وكما أثار المقرر الخاص المعني بالحقوق في الصحة، هناك 'عبء عالمي من العقبات' التي تعوق إعمال الحق في الصحة العقلية، بما في ذلك السيطرة على 'النموذج الطبي الأحيائي'، والاختلالات في توازن القوى، والتحيز في استخدام الأدلة في مجال الصحة العقلية (انظر A/HRC/35/21)، وقد أسهم هذا النهج في مجال الصحة العقلية في تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للوصم، والإقصاء، والإهمال، والإكراه وسوء المعاملة، ولا سيما ذوو الإعاقات النفسية والاجتماعية، والعقلية، والخرف، والتوحد، وأدى إلى تقييد الاستجابات المتصلة بالسياسات العامة في ما يتعلق بتوفير الرعاية الصحية العقلية والدعم النفسي والاجتماعي لأولئك الذين يسعون للحصول عليهما. على سبيل المثال، فإن الإنفاق العام على خدمات الصحة العقلية يخصص، في معظم الأحيان، للرعاية الداخلية، لا سيما مستشفيات الأمراض النفسية والمؤسسات السكنية، في حين أن الخدمات النفسية الاجتماعية غير القسرية لا تكاد تحصل على أي تمويل^(٤١).

٣٠ - والعوامل الأساسية المحددة للصحة مثيرة للقلق أيضاً. فالأشخاص ذوو الإعاقة أكثر عرضة لأن يعانون من الفقر والاستبعاد الاجتماعي، وهو مما يزيد احتمالات اعتلال صحتهم ومواجهتهم عقبات في الحصول على الرعاية الصحية. والأشخاص ذوو الإعاقة هم أيضاً أكثر احتمالاً لتعرضهم للعنف (انظر A/70/297). والبالغون ذوو الإعاقة أكثر عرضة لخطر العنف بمقدار الضعف مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة، حيث ترتفع هذه النسبة إلى ستة أضعاف في حالة البالغين ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية^(٤٢). وتزيد احتمالات تعرض الأطفال ذوي الإعاقة للعنف والإيذاء بمقدار ستة أضعاف، مقارنة بالأطفال الآخرين^(٤٣). ومخاطر التعرض للعنف هي أكثر انتشاراً وشدة لدى الأطفال ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أو الذهنية منها لدى الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى. وعلاوة على ذلك، يمكن عزو العديد من المشاكل الصحية الشائعة لدى الأطفال ذوي الإعاقة إلى تقييد إمكانيات الوصول إلى المقومات الأساسية للصحة، كمياد الشرب المأمونة، والناموسيات والأغذية الغنية بالمغذيات^(٤٤).

(٣٨) World Dental Federation, "Oral health and dental care of people with disabilities", policy statement adopted by the FDI General Assembly, Poznań, Poland, September 2016.

(٣٩) D. Faulks and others, "The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health", *European Journal of Dental Education*, vol. 16 (2012), pp. 195-201.

(٤٠) المرجع نفسه.

(٤١) منظمة الصحة العالمية، أطلس الصحة العقلية، ٢٠١٤ (جنيف، ٢٠١٥)، الصفحة ٣١.

(٤٢) T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities" (note 27 above), p.8.

(٤٣) المرجع نفسه.

(٤٤) UNICEF, "Disability prevention efforts and disability rights" (note 32 above), p.3.

باء - الحواجز التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية

٣١ - يشكل الوصم والقوالب النمطية حاجزا رئيسيا أمام الحصول على الرعاية الصحية. لقد قادت المفاهيم الخاطئة بشأن صحة الأشخاص ذوي الإعاقة إلى افتراض أن احتياجاتهم لا يمكن تلبيتها من خلال الخدمات الصحية الأولية، أو أن هؤلاء الأشخاص غير مؤهلين جيدا للاستفادة من أنشطة تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، هذا على الرغم من أن الأدلة تثبت عكس ذلك. ويؤدي الوصم والقوالب النمطية أيضاً إلى نشوء مواقف سلبية عداوية لدى مقدمي الخدمات. وعلى سبيل المثال، فإن لها دورا هاما في الحد من الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للفتيات والشابات ذوات الإعاقة (انظر A/72/133). وعلاوة على ذلك، فإن الإحساس بالعار والوصم المرتبطين بالإعاقة يحولان دون التماس الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم العناية الطبية أو إعادة التأهيل.

٣٢ - وهناك حاجة إلى استعراض الأدوات والمعايير الدولية المتعلقة بالصحة والتي يمكن أن تسهم في زيادة الوصم واعتبار الإعاقة مرضاً، وإلى إعادة النظر فيها. ويمكن أن تسهم أدوات التشخيص، وصكوك التصنيفات، كالتصنيف الدولي للأمراض، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، في تعزيز الوصم لدى العامة، وأن تشي الناس عن التماس الرعاية الصحية من أجل تجنب وصمهم بالإعاقة^(٤٥). وبالمثل، فإن القياسات الصحية، من قبيل مقياس سنوات العمر المعدلة حسب نوعية الحياة، ومقياس سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، اللذين يُستخدمان على نطاق واسع لتقدير طول العمر والرفاه المتصل بالصحة، ولتوجيه عملية تخصيص الموارد، هي قياسات مثيرة للخلاف في ما يتعلق بالآثار الأخلاقية المترتبة على عوامل الترجيح بالنسبة للإعاقة وأثر ذلك في صنع السياسات^(٤٦).

٣٣ - وخدمات التأهيل وإعادة التأهيل المتصلة بالصحة شحيحة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتشير الأدلة إلى أن الطلب على إعادة التأهيل أعلى بكثير مما يمكن أن تقدمه هذه الخدمات^(٤٧). وحيثما تتوفر إعادة التأهيل، تتركز الجهود على نحو غير متناسب في الخدمات المقدمة في المستشفيات، بدلا من الخدمات المتوافرة محليا. والعلاجات البدنية هي أيضاً أكثر شيوعاً من التدخلات، كالعلاجات المتصلة بالنطق والتخاطب. كذلك فإن النقص في عدد المهنيين الذين يقدمون خدمات إعادة التأهيل (كأخصائيي العلاج الطبيعي أو المعالجين المهنيين، أو معالجي النطق والتخاطب، أو فاحصي النظر، أو أخصائيي السمع، أو الأطباء العاميين الذين يعملون في مجال إعادة التأهيل)، وتركزهم في المناطق الحضرية، يمثلان أيضا حاجزا كبيرا أمام أولئك الباحثين عن إعادة التأهيل، لا سيما في البلدان المنخفضة

(٤٥) D. Ben-Zeev, M. A. Young and P. W. Corrigan, "DSM-V and the stigma of mental illness", *Journal of Mental Health*, vol 19, No. 4 (2010), pp. 318-27.

(٤٦) D. A. Pettitt and others, "The limitations of QALY: a literature review", *Journal of Stem Cell Research and Therapy*, vol. 6, No. 4 (2016), p. 4; R. Parks, "The rise, critique and persistence of the DALY in global health", *The Journal of Global Health* (1 April 2014) متاح على الرابط التالي: www.gjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/.

(٤٧) WHO, "The need to scale up rehabilitation" متاح على الرابط التالي: www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1.

الدخل والبلدان المتوسطة الدخل^(٤٨). وعادة ما يكون مقدمو الخدمات الصحية المتخصصة، والمهنيون نادرين في معظم البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.

٣٤ - ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة أيضاً قيوداً في الحصول على الرعاية الصحية بسبب افتقارهم إلى إمكانية الوصول المادي إلى المباني والمعدات والخدمات. وعلاوة على ذلك، تشكل المسافة من مرافق الرعاية الصحية وإليها في المناطق الريفية والنائية حاجزاً كبيراً أمام الأشخاص ذوي الإعاقة، بسبب الفقر، وغياب وسائل النقل التي يمكن الوصول إليها، والمتوفرة بأسعار معقولة، ونقص الدعم الأسري والمجتمعي. ومن الحواجز الأخرى المتعلقة بإمكانيات الوصول، نقص المعلومات في أشكال يسهل الوصول إليها (على سبيل المثال، بلغة برايل أو بلغة واضحة)؛ وحواجز الاتصال (على سبيل المثال، عدم وجود ترجمة بلغة الإشارة، أو غياب التدريب لمقدمي الخدمات بشأن التواصل مع الأطفال والبالغين ذوي الإعاقات الذهنية)؛ والأقارب ومقدمو الرعاية الذين يتصرفون كحراس للمعلومات والخدمات؛ وعزل الفتيات والشابات ذوات الإعاقة في المؤسسات أو المخيمات، أو في بيوت أسرية، أو دور جماعية (انظر A/72/133).

٣٥ - والحواجز المالية أمام الحصول على الرعاية الصحية كبيرة بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى الرغم من أن تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لهم عالية في كثير من الأحيان، فإن احتمالات توظيفهم تقل، وهم في المتوسط أفقر من الأشخاص غير ذوي الإعاقة. وتبين الأدلة أن ٥١-٥٣ في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية الصحية، مقارنة بما نسبته ٣٢-٣٣ في المائة من الأشخاص غير ذوي الإعاقة^(٤٩). والأشخاص ذوو الإعاقة أيضاً أكثر عرضة بنسبة ٥٠ في المائة لأن يتكبدوا نفقات صحية كارثية (الإنفاق الشخصي يتجاوز قدرة الأسرة على الدفع)، وهو ما يدفعهم إلى السقوط في براثن الفقر^(٥٠). كذلك يشكل ارتفاع أسعار الأدوية، والافتقار إلى الأدوية الجنيسة، أو شحّة إمكانية الحصول عليها، حاجزاً كبيراً أمام أولئك الذين يحتاجون إلى تناول الأدوية لفترات زمنية طويلة.

٣٦ - والتمييز في مجال التأمين الصحي هو حاجز رئيسي آخر أمام الحصول على الرعاية الصحية. فكثيراً ما تكون معدلات التغطية منخفضة لأن شركات التأمين غالباً ما ترفض توفير التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة بسبب حالاتهم الموجودة من قبل. وقد يحدث التمييز أيضاً في الطريقة التي تصمّم بها خطط التأمين، بحيث تحد من المنافع/التغطية التي يمكن أن يحصل عليها الشخص ذو الإعاقة، أو تزيد تكلفة قسط التأمين على نحو غير متناسب. وهذه الممارسات تنتهك اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

٣٧ - ويشكل قبول تقديم خدمات الرعاية الصحية وجودتها تحدياً أيضاً. فالخدمات والبرامج الصحية المقدمة لا تتلاءم عموماً مع تنوع الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك نوع الجنس، ودورة الحياة، والمتطلبات المشتركة بين الثقافات. وفي الواقع، فإن عدداً كبيراً من الأطفال ذوي الإعاقة لا ينتقلون من مرحلة الرعاية الصحية المقدمة للأطفال إلى الرعاية الصحية المقدمة للبالغين، بسبب عدم توافر الأخصائيين، أو لعزوف الأطباء العاميين عن علاج الأشخاص ذوي الإعاقة. وبالإضافة إلى ذلك،

(٤٨) منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، التقرير العالمي المتعلق بالإعاقة (٢٠١١)، الصفحة ٦٦.

(٤٩) المرجع نفسه.

(٥٠) المرجع نفسه، الصفحة ٦٧.

فإن الخدمات دائماً لا تحترم سرية الأشخاص ذوي الإعاقة وخصوصيتهم. فعلى سبيل المثال، كثيراً ما يواجه الأشخاص الصم انتهاكات لخصوصيتهم، فقد يكون وجود أفراد من الأسرة ضرورياً ليعملوا كمترجمين شفويين^(٥١). وعلاوة على ذلك، ففي العديد من البلدان، يكون الحصول على خدمات الرعاية الصحية وإعادة التأهيل، مشروطاً بالحصول على شهادة بالإعاقة، وهو ما يشكل مطلباً تعسفياً.

جيم - انتهاكات محددة لحقوق الإنسان في سياقات الرعاية الصحية

٣٨ - في العديد من البلدان، يجرم الأشخاص ذوو الإعاقة من العلاج بسبب إعاقته. وفي حين تتراوح المسوّغات بين الافتقار إلى إمكانية الوصول، وعدم كفاية تغطية التأمين الصحي، فإن الافتراض بأن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أقل قيمة أو يتمتعون بحياة ذات نوعية أقل، يكمن في أساس العديد من الممارسات. وكثيراً ما تُعتبر الآلام والأعراض الطبية التي يعاني منها الأشخاص ذوو الإعاقة جزءاً من إعاقته، مما يؤدي إلى نقص في العلاج المقدم لهم. بل إن الأمر الأكثر إزعاجاً، هو اعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة، في كثير من الحالات، غير جديرين بالعلاج؛ ولا يقدم العلاج لكثير من الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة أو يجرمون منه، بما في ذلك أنواع العلاج المنقذة للحياة، وتلك المطيلة للعمر، لأن هذه التدخلات تعتبر غير مجدية وغير فعالة. على سبيل المثال، وجدت دراسة أن العديد من مقدمي الرعاية الصحية لا يؤيدون التدخلات الطارئة القياسية، مثل عملية شق الصدر، بالنسبة للمرضى الذين تعرضوا لإصابات حديثة في الحبل الشوكي. فعدم كفاية الوصول إلى العلاج المنقذ للحياة، وإلى الأدوية للتخفيف من الألم والمعاناة، إنما يهدد الحق في الحياة، والصحة، والتحرر من المعاملة القاسية واللاإنسانية والمهينة^(٥٢).

٣٩ - والحرمان من حق الموافقة الحرة والمستنيرة هو انتهاك واسع النطاق للحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتعتمد عمليات الموافقة المستنيرة القياسية، بوجه عام، على نماذج مكتوبة، وهي نماذج تصعب الاستفادة منها على الأشخاص المكفوفين، وأولئك الذين يحتاجون إلى دعم لأغراض الترجمة الفورية أو الاتصال. فمعظم التشريعات الوطنية، ولا سيما قوانين الصحة العقلية، تنص على إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة في المستشفيات، وعلاجهم، على أساس غير طوعي، بسبب إعاقته الفعلية أو المتصورة، سواء بحد ذاتها أو بالاقتران مع عوامل أخرى مثل "الضرورة الطبية" و "الخطورة". وفي العديد من البلدان، يسمح للأوصياء ومقدمي الرعاية بإعطاء الموافقة على العلاج، بما في ذلك الإجراءات التجريبية، نيابة عن الشخص ذي الإعاقة. وهناك أيضاً زيادة في العلاج الإلزامي المقدم للمرضى الخارجيين، الأمر الذي لا يؤدي إلى زيادة التدخلات غير الطوعية فحسب، بل يسمح أيضاً بأشكال أخرى من سوء المعاملة من قبيل أنواع الحظر غير القانونية المتعلقة بالتنقل أو غير ذلك^(٥٣). ومعدلات الإيداع في المستشفيات والعلاج غير الطوعيين مرتفعة على نحو استثنائي في البلدان المرتفعة الدخل،

٥١) Y. Bat-Chava, D. Martin, and J. G. Kosciw, "Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people", *AIDS Care*, vol. 17, No. 5 (2005), pp. 623-634.

٥٢) K. A. Gerhart and others, "Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 23, No. 4 (1994), pp. 807-812.

٥٣) A. Molodynsky, J. Rugkåsa, and T. Burns, *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford University Press, 2016).

حيث ترتفع الأعداد بسرعة في عدة بلدان أوروبية^(٥٤). وفي هذا السياق، فإن استخدام مؤثرات عقلية جديدة، مع نظام تتبع رقمي يتم بابتلاع أقراص ('أقراص رقمية')، يشكل مصدر قلق كبير بسبب ما ينطوي عليه من استخدام محتمل للعلاج القسري. ويجب التأكيد على أن الممارسات القسرية لا تترتب عليها آثار اجتماعية ونفسية فحسب، بل لها أيضا أثر سلبي على الصحة الجسدية.

٤٠ - ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما البنات والنساء، انتهاكات خطيرة لحقوق الإنسان في ممارسة حقوقهم الجنسية والإنجابية والصحية. وهم عادة ما يمنعون من اتخاذ قرارات مستقلة في ما يتعلق بصحتهم الإنجابية والجنسية، ويتعرضون بانتظام للعنف وسوء المعاملة والممارسات الضارة، بما في ذلك وسائل منع الحمل القسرية، والإجهاض القسري، والتعقيم القسري، (انظر A/72/133). وتشير الأدلة إلى أن تعقيم النساء والفتيات ذوات الإعاقة الذهنية والنفسية الاجتماعية لا تزال سائدة^(٥٥). وتعرض أولئك اللاتي يحملن لخطر أن تعتمد الدولة أو أسرهن على أطفالهن منهن^(٥٦). ووجود وصي على المريض، أو وضعه في مؤسسة، يزيد في خطر التعرض لأي من هذه الممارسات.

٤١ - وهناك عدد متزايد من أنواع العلاج والتدخلات التي تكون فعاليتها غير مؤكدة أو مثيرة للجدل. ومن ذلك مثلاً، العلاج بالصدمات الكهربائية؛ أو الجراحة النفسية؛ أو العلاج التحريبي لإزالة سموم الزئبق، ونظم تعديل السلوك القاسية، والتدبير للأطفال المصابين بالتوحد؛ أو التعليم السلوكي للأطفال المصابين بالشلل الدماغي؛ أو إطالة الأطراف للأطفال ذوي النمو المحدود^(٥٧). وكثير من هذه التدخلات عمليات جراحية مؤلمة ولا رجعة فيها، ومن ثم فقد تصل إلى حد التعذيب أو سوء المعاملة إذا ما طبقت بصورة غير طوعية. وفي حالة الأطفال، فإن هذه الممارسات تتناقض ومبدأ احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة، وحقهم في الحفاظ على هويتهم.

٤٢ - كذلك فإن الاستغلال، والعنف، والاعتداء ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، في أماكن الرعاية الصحية، ممارسات متكررة. وعادة ما يمارس العزل والقيود، بما في ذلك القيود الكيميائية، في العديد من خدمات الصحة العقلية. وليس لهذه الممارسات هدف علاجي، وهي عادة ما تكون نتيجة للافتقار إلى الدعم لدى الأشخاص الذين يعانون من أزمة عاطفية وحالة اكتئاب شديد (انظر A/HRC/37/56). وهي تستخدم أيضاً كعقوبة لفرض الامتثال للعلاج والدواء. وبالمثل، فإن الإفراط في وصف الأدوية للأشخاص المصابين بالتوحد، والأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، والمسنين ذوي الإعاقة، ممارسة واسعة الانتشار يمكن أن تسبب الخمول، والإصابة، وتغيرات في الإدراك أو السلوك، والموت. وكما هو الأمر في جميع السياقات المعزولة، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة يتعرضون أيضاً لخطر الاعتداء

H. J. Salize and H. Dressing, "Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union", *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, No. 2 (February 2004), pp. 163-168; United Kingdom Department of Health and Social Care, "The independent review of the Mental Health Act", interim report, May 2018.

L. Servais, R. Leach, D. Jacques and J. P. Roussaux, "Sterilisation of intellectually disabled women", *European Psychiatry*, vol. 19, No. 7 (2004), pp. 428-432; L. Lennerhed, "Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why?", *Reproductive Health Matters*, vol. 5, No. 10 (1997), pp. 156-161.

T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities" (note 27 above), p. 31 (٥٦).
(٥٧) المرجع نفسه، الصفحة ١٠.

والاستغلال البدني والجنسي في أماكن مثل مؤسسات الطب النفسي، ودور رعاية المسنين، ومرافق العلاج السكنية للأطفال.

دال - أشكال التمييز المتعددة الأشكال

٤٣ - والأشخاص ذوو الإعاقة هم مجموعة غير متجانسة وذات طائفة واسعة من الإعاقات، وسمات الهوية، كالعرق، واللون، والجنس، والتوجه الجنسي، والهوية الجنسية، واللغة، والدين، والأصل القومي، والإثني، والانتماء القومي أو الاجتماعي، والسن. والتفاعل بين هذه السمات يؤدي إلى مزيد من عدم المساواة والحواجر في مجالي الصحة والرعاية الصحية. على سبيل المثال، فإن حواجز التواصل مرتفعة بوجه خاص بالنسبة للمهاجرين واللاجئين وطالبي اللجوء ذوي الإعاقة؛ وتسبب الحواجز المالية مشاكل بصفة خاصة بالنسبة لمجموعات معينة، مثل طائفة الروما، والأشخاص ذوي الإعاقة المنتمين إلى الشعوب الأصلية^(٥٨).

٤٤ - وإمكانيات وصول النساء ذوات الإعاقة إلى خدمات وبرامج الرعاية الصحية هي أقل من إمكانيات النساء غير ذوات الإعاقة والرجال ذوي الإعاقة^(٥٩). كذلك فإن ما يحصل عليه من رعاية صحية ورعاية وقائية هما أسوأ مما يحصل عليه أولئك. وبالمثل، فهن أكثر عرضة للعنف وسوء المعاملة والإهمال؛ ولأن يواجهن انتهاكات لحقوق الإنسان في ممارستهن صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية. والنساء ذوات الإعاقات الشديدة أكثر عرضة لأن لا تلبى احتياجاتهن، ولأن تُنتهك حقوقهن الإنسانية في سياقات الرعاية الصحية.

٤٥ - وهناك أيضاً بلاغات من أطفال ومسنين ذوي إعاقة عن ارتفاع مستويات عدم تلبية احتياجاتهم الصحية. فعدد كبير منهم يودعون في مؤسسات، وهو ما يقلص إلى حد بعيد فرصهم في الحصول على التغذية والرعاية الطبية السليمة، ويزيد احتمالات إصابتهم بأمراض ثانوية^(٦٠). وهم يواجهون مخاطر كبيرة، بوجه خاص، بتلقي العلاج من دون موافقة مستنيرة من جانبهم. ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن يكون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية مشروطاً بوضعهم في مؤسسات سكنية.

٤٦ - وعلاوة على ذلك، ففي السنوات الأخيرة شهد عدد الأطفال المصابين بالتوحد، واضطرابات نقص الانتباه/فرط الحركة، والأمراض الأخرى، نمواً متسارعاً، مما أدى إلى زيادة سريعة في الوصفات الطبية التي تحتوي على منشطات ومؤثرات عقلية أخرى. وهذه الممارسات عموماً هي نتيجة لفهم متفادى لمعنى الإعاقة، ولعدم وجود دعم مناسب في هذا الصدد. وتشدد المقررة الخاصة على أن إضفاء الطابع الطبي

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare* (2013), pp. 47-51 (٥٨)

D. L. Smith, "Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey", *Disability and Health Journal*, vol. 1, No. 2 (2008), pp. 79-88; D. Sakellariou and E. S. Rotarou, "Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data", *BMJ Open*, vol. 7, No. 8 (2017) (٥٩)

K. Maclean, "The impact of institutionalization on child development", *Development and Psychopathology*, vol. 15, No. 4 (2003), pp. 853-884; F. D. Wolinsky and others, "The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults", *Journal of Gerontology*, vol. 47, No. 4 (1992), pp. 173-182 (٦٠)

على سلوك الأطفال ذوي الإعاقة واعتباره مرضاً ممارسة غير مقبولة تتعارض ومبدأ احترام اختلاف الأشخاص ذوي الإعاقة باعتباره جزءاً من التنوع البشري.

٤٧ - ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة المحرومون من حريتهم، أو المقيمون في مخيمات اللاجئين، تحديات كبيرة في الحصول على الرعاية الصحية، بسبب الافتقار إلى المرافق التي يسهل الوصول إليها والدعم في مجال الاتصال. وعدم الحصول على الرعاية الطبية في الحالات العاجلة، وبالنسبة لأولئك الذين يحتاجون إلى علاج أو جراحة متخصصة أمر يثير إشكالية خاصة.

خامساً - إعمال الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة

٤٨ - يمكن أن تتخذ الدول عدداً من الخطوات من أجل تحسين إعمال الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة، بطرق منها استعراض أطرها القانونية والسياساتية؛ واتخاذ خطوات ملموسة في مجالات التغطية الصحية الشاملة، وإمكانيات الوصول، وعدم التمييز، والمشاركة؛ وبحشد الموارد لتنفيذ التدابير ذات الصلة.

ألف - الإطار القانوني

٤٩ - يجب على الدول أن تضع إطاراً تشريعياً وتنظيمياً تمكينياً للحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن تُستعرض القوانين التي تحمي صحة السكان في ضوء الإطار الدولي للحق في الصحة، والنهج القائم على الحقوق إزاء الإعاقة. وتنص هذه القوانين على أن تكون سلع وخدمات ومرافق الرعاية الصحية متاحة، ويمكن الوصول إليها، وبأسعار معقولة ومقبولة، وأن تكون ذات نوعية جيدة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي تعديل الأحكام التي تستبعد أو تقيد وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بحيث تيسر الوصول الشامل والمنصف.

٥٠ - ويجب على الدول أن تلغي على الفور جميع التشريعات التمييزية التي تجيز إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة في المستشفيات، وعلاجهم، دون موافقتهم الحرة والمستنيرة، و/أو في الحالات التي يتخذ القرار فيها بشأن ذلك طرف ثالث، بما في ذلك الأوصياء، وأفراد الأسرة، والمهنيون العاملون في مجال الصحة. وعلى الدول، بدلاً من ذلك، ضمان أن يكون التخطيط المسبق، والأشكال الأخرى من عمليات اتخاذ القرار المعززة، متاحة لأولئك الذين قد يحتاجون إليها. وعلاوة على ذلك، ينبغي للدول أن تنظر في السماح للأطفال بالموافقة على بعض أنواع العلاج، والتدخلات الطبية، من دون إذن من أحد الوالدين أو مقدم الرعاية أو الوصي، من قبيل اختبار فيروس نقص المناعة البشرية، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وأن تنظر في اعتماد بروتوكولات لتنظيم الموافقة المستنيرة للأطفال ذوي الإعاقة في جميع العمليات الجراحية وغيرها من الإجراءات التي تتضمن تدخلاً جراحياً^(٦١). ويجب أن تنص التشريعات على توفير سبل الانتصاف الفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين انتهكت حقوقهم، بما في ذلك الجبر، والتعويض، على نحو كاف، وفعال، وسريع، عن الضرر الذي لحق بهم، فضلاً عن فرض عقوبات قضائية وإدارية على الجناة.

(٦١) لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ١٥ (٢٠١٣) (CRC/C/GC/15)، الفقرة ٣١.

باء - إطار السياسات

٥١ - يجب على الدول أن تعمم مراعاة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم في سياسات وبرامج الرعاية الصحية الأولية والمتخصصة. فالحصول على الرعاية الأولية أمر أساسي، لا في تحديد ومعالجة الاحتياجات الصحية العامة للأشخاص ذوي الإعاقة فحسب، بل وللإستجابة لاحتياجاتهم الصحية الإضافية الخاصة، سواء بصورة مباشرة أو بالإحالة إلى الخدمات المتخصصة. والاعتماد المفرط على الرعاية المتخصصة يمكن أن يحول دون مشاركة الرعاية الأولية، ويؤدي إلى التشخيص والعلاج غير الضروريين، ويجعل الخدمات الصحية أكثر تكلفة. ولذلك، يتعين أن تقدّم خدمات الرعاية الصحية الأولية والمتخصصة والفائقة التخصص الدعم لمقدمي الرعاية الأولية، وتعمل في شراكة وثيقة معهم، من أجل الإستجابة للاحتياجات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية. ويجب أن تكون الأنشطة الرامية إلى تعزيز الصحة شاملةً للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن تعالج الحالات الصحية المحددة التي يواجهونها، بما في ذلك العوامل الأساسية المحددة للصحة لديهم. وهناك حاجة أيضاً إلى استراتيجيات لتحديد الإعاقات، والتدخل بشأها في وقت مبكر، من أجل تسهيل الوصول في الوقت المناسب إلى خدمات الرعاية الصحية، والتقليل إلى أدنى حد من الإعاقات، ومنع وقوعها. ومن المهم التأكد من عدم إسهام هذه الإعاقات في ممارسة المزيد من التمييز، والاستبعاد من الخدمات الرئيسية، كالشقيف^(٦٢).

٥٢ - وينبغي للدول أن تضع إطاراً للسياسة العامة لتنظيم وتعزيز خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل الشاملة المتعلقة بالصحة وتوسيع نطاقها لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن تشمل الجهود المبذولة تحسين إدماج التأهيل وإعادة التأهيل الصحي في الرعاية الصحية الأولية؛ وبناء نماذج لتقدم الخدمات الشاملة؛ وتطوير قوة عمل متعددة التخصصات لإعادة التأهيل؛ وضمان إدراج إعادة التأهيل في ميزانيات الرعاية الصحية^(٦٣). وينبغي أن يكفل إطار السياسات العامة حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على أجهزة وتقنيات مساعدة متيسرة وكافية ومعقولة التكلفة^(٦٤). وعلى الرغم من أن إعادة التأهيل المجتمعية يمكن أن تكون فعالة في تحسين صحة الأشخاص ذوي الإعاقة ونوعية حياتهم، فإن هذه التدخلات عادة ما تكون مقيدة في تغطيتها الجغرافية، ومحدودة النطاق، وغير مستدامة^(٦٥). إن ضمان الوصول إلى خدمات التأهيل وإعادة التأهيل المتعلقة بالصحة، وكذلك الأجهزة والتقنيات المساعدة، هو التزام ومسؤولية يقعان على عاتق الدولة، ولا يمكنها نقلهما إلى منظمات غير ربحية وجمعيات خيرية.

٥٣ - ويجب على الدول أن تكفل توفير الرعاية الصحية في أقرب مكان ممكن إلى المجتمعات المحلية التي يعيش فيها الأشخاص ذوو الإعاقة، بما في ذلك المناطق الريفية والنائية. ويمكن أن يؤدي تقديم الخدمات في المنازل أو بالقرب منها إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية. فينبغي أن تحرص الدول على

(٦٢) منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، "النماء في مرحلة الطفولة المبكرة والإعاقة، ورقة مناقشة"، (٢٠١٢)، الصفحة ٢٢.

(٦٣) WHO، "Rehabilitation 2030: a call for action"، meeting report, 2017، متاح على الرابط التالي: www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1

(٦٤) للاطلاع على مزيد من الإرشادات بشأن كيفية ضمان الحصول على الأجهزة والتقنيات المساعدة، انظر A/71/314.

(٦٥) V. Iemmi and others، "Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review"، Campbell Systematic Reviews, 2015، متاح على الرابط التالي: <https://campbellcollaboration.org/>

أن تشمل استراتيجياتها للتنمية الريفية تدابير لتعزيز وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية الجيدة، وأن يشمل ذلك استراتيجيات مجتمعية وخدمات للتوعية (على سبيل المثال، العيادات المتنقلة، والمقطورات الصحية، والتطبيب عن بُعد، والاستراتيجيات التي تستند إلى خدمات الهاتف). وينبغي للدول أيضاً أن تنظر في اعتماد تدخلات تهدف إلى تحسين الطلب على خدمات الرعاية الصحية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم (على سبيل المثال، رسائل التذكير النصية، والمرشدون الصحيون من الأقران، والزيارات المنزلية).

جيم - التغطية الصحية للجميع

٥٤ - تحقيق التغطية الصحية الشاملة عنصر أساسي في تحقيق أهداف التنمية المستدامة. ويتطلب الهدف من التغطية الصحية الشاملة أن يتلقى جميع الناس والمجتمعات الخدمات الصحية الأساسية التي يحتاجون إليها، من دون التعرض لمصاعب مالية. فالهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة يشمل التزاماً صريحاً بتحقيق "التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة" (الغاية ٣-٨)، و "ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتثقيف بشأنها، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية" (الغاية ٣-٧). وتقر مؤشرات الهدف ٣ المتعلقة بالصحة أيضاً بمجموعة واسعة من الخدمات، بما في ذلك تعزيز الصحة، والوقاية، والعلاج، وإعادة التأهيل، والتخفيف من آلام الأمراض، والحاجة إلى قياس تغطية الخدمات الصحية الأساسية بين عامة السكان والأكثر حرماناً منهم، كالأشخاص ذوي الإعاقة.

٥٥ - وإزاء هذه الخلفية، يمكن أن تكون التغطية الصحية الشاملة أداة هامة لزيادة إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية. غير أن على الدول، لكي تحقق ذلك، أن تأخذ في الاعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة عند النظر في توسيع نطاق السكان المشمولين بخدمات الرعاية الصحية؛ والخدمات المشمولة بمجموعة الاستحقاقات؛ ونسبة التكاليف المشمولة. وينبغي للدول، على وجه الخصوص، كفالة أن يشمل تنفيذ نظام التغطية الصحية الشاملة - من مجموعات الخدمات الصحية الأساسية إلى إصلاح نظم التمويل الصحي - المجموعة الكاملة من خدمات الرعاية الصحية التي قد يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة، بما في ذلك خدمات التأهيل وإعادة التأهيل المتعلقة بالصحة، والأجهزة والتقنيات المساعدة، والأدوية الأساسية التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة^(٦٦). فعلى سبيل المثال، فإن قانون الإعاقة لعام ٢٠١١، في سيراليون، يسمح للأشخاص ذوي الإعاقة الحصول على الخدمات الطبية المجانية في جميع المؤسسات الصحية العامة. وينبغي أن تأخذ المناقشات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة في الاعتبار تكنولوجيا الرعاية الصحية وطرق العلاج المتصلة بها التي أصبحت متاحة بصورة مطردة، والتي لها القدرة على زيادة متوسط العمر المتوقع، وتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة (مثل العمليات الجراحية للأطفال المصابين بالسنتنة المشقوقة، أو جراحة القلب للأطفال المصابين بمتلازمة داون).

(٦٦) ينبغي للدول أن تضع قائمة بالمنتجات المساعدة الأساسية وفقاً لاحتياجاتها الوطنية، ومواردها المتاحة استناداً إلى قائمة منظمة الصحة العالمية للمنتجات المساعدة ذات الأولوية (انظر A/71/314).

دال - إمكانية الوصول

٥٦ - يجب أن تكفل الدول إمكانية الوصول الكامل إلى خدمات وبرامج الرعاية الصحية. ويجب أن تراعي المرافق والخدمات العامة والخاصة كافة جميع جوانب إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك إمكانية وصولهم إلى الهياكل الأساسية، والمعدات، والمعلومات والاتصالات. ويجب أيضا ضمان توفير وسائل النقل الميسر، والتي من دونها لا يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو مرافقها.

٥٧ - وينبغي أن تكون جميع المعلومات والاتصالات المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات الإلكترونية، وخدمات الطوارئ، متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة، بطرق منها لغة الإشارة، وطريقة برايل، والأشكال الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها، وأنواع الكتابة البديلة، والأشكال اليسيرة القراءة، والطرق والوسائل والأشكال الإضافية والبديلة للاتصال^(٦٧). ويجب أن تكون جميع حملات الصحة العامة ميسرة وشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة. فمن أجل معالجة الشواغل المتعلقة بإمكانية الوصول في نيجيريا، على سبيل المثال، جرى نشر مترجمين للغة الإشارة في المستشفيات، للتركيز على احتياجات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة في إقليم العاصمة الاتحادية.

هاء - عدم التمييز

٥٨ - يقع على عاتق الدول التزام بتوفير الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة دون تمييز. ولذلك فمن واجب الدول القضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في القوانين والسياسات وفي واقع الممارسة؛ وحظر جميع أشكال التمييز في توفير الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، ينبغي أن تمتنع الدول عن تقديم خدمات الرعاية الصحية، في غالب الأحيان، في المؤسسات والبيوت السكنية. وعلاوة على ذلك، يتعين على الدول أن تتخذ تدابير لتوفير ترتيبات تيسيرية معقولة للأشخاص ذوي الإعاقة، ليتسنى لهم الوصول إلى تلك الخدمات والمرافق والتمتع بها على قدم المساواة مع الآخرين. وعلى الرغم من أن إمكانية الوصول تخضع للإعمال التدريجي، يقع على عاتق الدول التزام فوري بتوفير ترتيبات تيسيرية معقولة لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على الرعاية الصحية على الفور.

٥٩ - ويجب على الدول حظر ومكافحة التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي. ويجب أن يحظر قانونيا حرمان أي شخص من التأمين الصحي على أساس إعاقته. وينبغي أن تنظر الدول أيضا في اعتماد لوائح تكفل تحديد خطط وأقساط للتأمين الصحي بطريقة منصفة ومعقولة. ففي المكسيك، على سبيل المثال، قضت محكمة العدل العليا بعدم إمكانية أن تميز شركات التأمين ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمينات الصحية، وبضرورة اعتمادها سياسات وخطط لإدراجهم فيها.

٦٠ - ويجب أن تستجيب النظم الصحية للاحتياجات التي يقتضيها تنوع الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي للدول أن تولي الاهتمام للخصائص الموجودة للهويات داخل مجتمع ذوي الإعاقة، من أجل التصدي على النحو الملائم لأوجه عدم المساواة والتمييز المتعدد الجوانب التي يعاني منها الأشخاص ذوو الإعاقة. وينبغي أن تنظر الدول في وضع وتنفيذ سياسات وممارسات تستهدف الفئات الأكثر تهميشا من الأشخاص ذوي الإعاقة (مثل الأشخاص الذين يعانون من إعاقات متعددة أو حادة، أو من

(٦٧) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ٢ (٢٠١٤) (CRPD/C/GC/2)، الفقرة ٤٠.

أمراض نادرة، والأشخاص الصم - العمي)، وذلك من أجل التعجيل بتحقيق المساواة الفعلية في الحصول على الرعاية الصحية.

واو - المشاركة

٦١ - يجب على الدول أن تتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم الأطفال ذوو الإعاقة، في تنفيذ خدمات الرعاية الصحية، وأن تشركهم فعلياً في ذلك. فالأشخاص ذوو الإعاقة هم أعلم بالحوادث التي يواجهونها في سياقاتهم الخاصة، وبكيفية تأثيرها على حياتهم. فمشاركتهم كفيلة بجعل السياسات والبرامج الصحية للدولة توضع على أساس احتياجاتهم وتفضيلاتهم، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى زيادة الكفاءة، وإلى استخدام الموارد على نحو أكثر إنصافاً. ففي البوسنة والهرسك، على سبيل المثال، أدى التعاون بين الحكومة ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة إلى وضع معايير بشأن إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية. وقد وضعت المقررة الخاصة دراسة مواضيعية عن حق الأشخاص ذوي الإعاقة في المشاركة في عمليات صنع القرار توفر توجيهها محددًا يتعلق بكيفية الوفاء بهذا الالتزام (انظر A/HRC/31/62).

٦٢ - وينبغي أن تدرك الدول أن آراء الأشخاص ذوي الإعاقة قد تتعارض مع آراء المهنيين الصحيين، لأن هؤلاء المهنيين مدربون عادة على العمل فيما فيه مصلحة المريض الفضلى، ولدى كثيرين منهم وجهات نظر أبوية وطبية بشأن الإعاقة. ومع ذلك، ينبغي الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم المحاورين الرئيسيين عندما يتعلق الأمر بحقوقهم، وينبغي للدول أن تعطي الأولوية دائماً لآرائهم في المسائل التي تمسهم. وبالمثل، قد يكون لدى المنظمات الجامعة للأشخاص ذوي الإعاقة وجهات نظر مختلفة عن وجهات نظر فئات محددة، ومن هنا أهمية التشاور والتواصل المباشر مع جميع أصحاب المصلحة. وينبغي أن تكفل الدول أيضاً تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة على اختلاف أنواعهم، واستشارتهم في عمليات اتخاذ القرارات المتعلقة بالحق في الصحة.

زاي - المساءلة

٦٣ - المساءلة أمر حاسم لضمان أن تكون خدمات الرعاية الصحية شاملة وأن تحترم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن تتضمن الاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية حدوداً واضحة للمساءلة، مع مؤشرات ومقاييس تيسر رصد أعمال الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة. وهناك أيضاً حاجة إلى بيانات مصنفة عالية الجودة لتحديد الثغرات والنتائج في مجال الرعاية الصحية. وينبغي أن تتولى جهات التنسيق الحكومية، وآليات التنسيق المعنية بتنفيذ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على النحو المطلوب بموجب المادة ٣٣ (١)، تيسير ودعم تنفيذ الاستراتيجيات والخطط الصحية من منظور نهج قائم على الحقوق. ولمنع حدوث الاستغلال والعنف والإيذاء بجميع أشكالها في مجال توفير الرعاية الصحية، يجب على الدول أن تكفل وجود رصد مستقل لجميع المرافق والبرامج الصحية، فضلاً عن وضع ضمانات مناسبة وفعالة.

٦٤ - ويجب أن تضع الدول الترتيبات اللازمة لوضع آليات الإنفاذ الضرورية لكفالة الأعمال الفعال للحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن يتاح لأي شخص أو مجموعة أشخاص من ذوي الإعاقة، يصبحون ضحية لانتهاك للحق في الصحة، الحصول على سبل انتصاف قضائية فعالة،

أو غير ذلك من سبل الانتصاف الملائمة^(٦٨). وينبغي أن تشمل سبل الانتصاف هذه الجبر بقدر كاف، بما في ذلك رد الحقوق، والتعويض، والترضية، وتقديم ضمانات بعدم التكرار، حسب الاقتضاء. وينبغي أن تكلف المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان والآليات المستقلة المتعلقة بتعزيز الاتفاقية وحمايتها ورصد تنفيذها بالاضطلاع بدور أساسي في إجراء التحريات والتحقيقات (المادة ٣٣ (٢))، فضلاً عن تقديم المساعدة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى سبل الانتصاف القانونية. وينبغي أن تجري وكالات حماية المستهلك تحريات وتحقيقات بشأن التمييز الذي يمارس ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في ما يتعلق بتوفير التأمين الصحي، والتأمين على الحياة.

حاء - تعبئة الموارد

٦٥ - يقع على عاتق الدول التزام باتخاذ خطوات فورية بأقصى ما تسمح به مواردها المتاحة، بما في ذلك الموارد المتاحة بفضل التعاون الدولي، لكفالة تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على الرعاية الصحية. وفي العديد من البلدان، تواجه خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل ذات الصلة بالصحة، بما في ذلك توفير الأجهزة والتقنيات المساعدة، نقصاً في التمويل. ونتيجة لذلك، فإن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يستطيعون الوصول إلى هذه الخدمات على الإطلاق أو يعتمدون، في معظم الحالات، على المنظمات غير الربحية أو المؤسسات الخيرية الخاصة للوصول إليها. وينبغي أن يتضمن التخطيط الصحي والميزنة، في الحكومة، الخدمات الصحية التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة، بصفة خاصة، فضلاً عن الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع بنود الميزانية. ويمكن أيضاً أن تساعد نظم الحماية الاجتماعية في تغطية التكاليف الإضافية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على الرعاية الصحية، وفي تيسير خدمات الدعم لمن يحتاجون إليها (انظر A/70/297).

٦٦ - ولدى النظر في تخصيص الموارد، ينبغي أن تولي الدول الاهتمام لما يقع على عاتقها من التزامات أساسية، في ما يتعلق بالحق في الصحة، ولا سيما كفالة الرعاية الصحية الأولية الأساسية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن يكون ضمان توفير الحماية المالية للأشخاص ذوي الإعاقة أحد الاعتبارات الرئيسية في صنع القرار من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولا ينبغي للدول اعتماد تدابير تراجعية تؤثر على الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة، وعليها الامتناع عن تمويل ممارسات التمويل المخالفة للنهج القائم على حقوق الإنسان إزاء الإعاقة (من ذلك مثلاً، الإيداع في مؤسسات أو التدخلات الصحية القسرية).

طاء - التوعية

٦٧ - يجب على الدول الأطراف اتخاذ تدابير فورية وفعالة وملائمة من أجل إذكاء الوعي في المجتمع بأسره بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة، واحتياجاتهم الصحية استناداً إلى نهج قائم على الحقوق. ولا ينبغي النظر إلى الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم مرضى، بل باعتبارهم أصحاب حقوق، تماماً مثل أي فرد في المجتمع. ويجب على الدول أيضاً أن تعزز احترام الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة بالتوعية، وتدريب المهنيين والموظفين العاملين في مجال الرعاية الصحية. وينبغي أن يتناول التدريب أيضاً أشكال

(٦٨) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠) (E/C.12/2000/4)، الفقرة ٥٩.

التمييز المتداخلة التي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بالحق في الصحة. وينبغي أن تستعرض المدارس الطبية والمدارس المهنية الصحية مناهجها الدراسية للتأكد من أن التعليم الذي تقدمه يعكس، على نحو كاف، احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم في مجال الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك، ينبغي تقديم الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة المؤهلين المناسبين، في جهودهم الرامية إلى الحصول على التدريب ليكونوا، بأنفسهم، مهنيين صحيين.

٦٨ - وينبغي تنفيذ استراتيجيات نحو الأمية الصحية تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة، بطرق منها توفير المعلومات المتعلقة بالصحة في مجموعة متنوعة من الأشكال، بحيث يتسنى للأشخاص ذوي الإعاقة أن يكونوا في وضع يسمح لهم بالحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة، وتجهيزها، وفهمها، من أجل اتخاذ القرارات الصحية المناسبة. ففي إكوادور، على سبيل المثال، وضعت وزارة الصحة العامة دليلاً بشأن الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، يضع مبادئ توجيهية لمقدمي الخدمات بشأن كيفية ضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات والخدمات.

٦٩ - ويجب أن تعتمد حملات التوعية وبرامج التدريب الرامية إلى تعزيز الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة نهجاً قائماً على حقوق الإنسان في مجال الإعاقة. فحملات جمع التبرعات العامة الرامية إلى دعم خدمات التأهيل وإعادة التأهيل، كالتدائات الموجهة من أجل العمل الخيري، إنما تعزز نهج العمل القائم على العمل الخيري، وتكوين وجهة نظر شائعة تعتبر الإعاقة مرضاً. وبالمثل، فإن وسائل تقديم الخدمات العامة التي تعتمد على الأجهزة والتقنيات المساعدة، مثل الكراسي المتحركة، وأجهزة التنقل الأخرى، تتناقض واحترام الكرامة المتأصلة للأشخاص ذوي الإعاقة، وتعزز نهج العمل الخيري للإعاقة.

باء - التعاون الدولي

٧٠ - للتعاون فيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي دور بالغ الأهمية في دعم الجهود الوطنية الرامية إلى تنفيذ أهداف التنمية المستدامة. فيتعين على الدول والمناخين الدوليين كفالة أن تكون جميع أشكال التعاون الدولي في مجال الصحة، بما في ذلك برامج التنمية الدولية، شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن يتيسر لهؤلاء الاستفادة منها. ويجب أيضاً أن يكون التعاون الدولي في مجال الصحة متسقاً مع حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن يُقدّم على نحو مستدام وملائم من الناحية الثقافية. وينبغي للمنظمات الدولية، والمنظمات غير الربحية، والمنظمات الخيرية، والمنظمات الأخرى العاملة في السياقات الوطنية، أن تمتنع عن تنفيذ مشاريع تتعارض والنهج القائم على حقوق الإنسان في مجال الإعاقة (انظر [A/HRC/34/58](#)).

٧١ - وينبغي للأمم المتحدة، بما في ذلك جميع برامجها وصناديقها ووكالاتها المتخصصة، أن تعزز وعي موظفيها وخبرتهم في ما يتعلق بالحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة، كي يكون بمقدورهم التعاون على نحو أكثر فعالية مع الدول، استناداً إلى نهج قائم على حقوق الإنسان. ويتوجب على منظمة الصحة العالمية، باعتبارها الوكالة الرائدة في مجال الصحة العامة العالمية، أن تدرج حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم في جميع مجالات عملها وعملياتها، وأن تكفل معالجة مسألة صحة الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة شاملة ومن منظور الحقوق؛ وأن يجري ذلك على الدوام بالتشاور الوثيق مع المنظمات الممثلة للأشخاص ذوي الإعاقة.

سادسا - استنتاجات وتوصيات

٧٢ - لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن بلوغه دون تمييز. غير أنهم، في الممارسة العملية، يعانون من ضعف إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، ومن عواقب صحية أسوأ، مقارنة بعامّة السكان، بسبب عدد من العوامل الهيكلية، منها الوصم والقوالب النمطية، والتشريعات والسياسات التمييزية، والحوجز التي تحول دون الحصول على الرعاية الأولية والثانوية، ومنها قلة توافر الخدمات والبرامج الخاصة بالإعاقة، والفقر، والاستبعاد الاجتماعي. وعلاوة على ذلك، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون انتهاكات خطيرة لحقوق الإنسان في أماكن الرعاية الصحية، بما في ذلك الحرمان من العلاج؛ وعدم احترام موافقتهم الحرة والمستنيرة؛ ولأشكال مختلفة من الاستغلال، والعنف، وسوء المعاملة؛ والتعقيم القسري، ومنع الحمل القسري، والانتهاكات الأخرى لصحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية.

٧٣ - إن تعميم مراعاة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم في مجال الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لإنهاء هذه الحالة من عدم المساواة. وفي حين أن ثمة حاجة إلى خدمات وبرامج خاصة بالإعاقة لتلبية بعض الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، والتي لا يمكن تلبيتها بجعل برامج الرعاية الصحية العامة شاملة، يتعين، انطلاقاً من قاعدة عامة، أن تكون جميع خدمات وبرامج الرعاية الصحية شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن يتسنى لهم الوصول إليها. وفي إطار خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، يتعين على الدول إجراء استعراض لنظمها الوطنية للرعاية الصحية من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بوصف ذلك وسيلة لزيادة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية، ولا سيما خدمات الرعاية الأولية.

٧٤ - وتقدم المقررة الخاصة التوصيات التالية إلى الدول بهدف مساعدتها على أعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه للأشخاص ذوي الإعاقة:

(أ) الاعتراف بموجب القانون بالحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه للأشخاص ذوي الإعاقة، وإزالة جميع الحواجز القانونية التي تحول دون حصولهم على المعلومات والسلع والخدمات المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية، بما في ذلك التشريعات التي تنطوي على تمييز ضدهم في مجال توفير التأمين الصحي؛

(ب) إجراء عملية استعراض تشريعي شامل بهدف إلغاء أو إبطال جميع القوانين واللوائح التي تمس استقلالية الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتلقون الرعاية الصحية، بما في ذلك التشريعات التي تجيز الإكراه في سياقات الرعاية الصحية؛

(ج) تنفيذ نظم للرعاية الصحية الشاملة تعمم مراعاة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم في جميع الخدمات والبرامج الصحية، بما في ذلك الرعاية الأولية؛ وكفالة الوصول إلى الخدمات والبرامج المحددة لتلبية الاحتياجات المرتبطة بالإعاقة؛

(د) اتخاذ الخطوات اللازمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، وضمان أن تكون خدمات وبرامج الرعاية الصحية متاحة، وفي المتناول، وكافية، وميسورة التكلفة لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(هـ) ضمان أن تشمل خدمات وبرامج الرعاية الصحية نهجاً قائماً على حقوق الإنسان إزاء الإعاقة، وأن تكون غير تمييزية، وأن تلتزم الموافقة المستنيرة قبل أي علاج طبي، وتحترم الخصوصية، وتكون خالية من التعذيب أو غيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة؛

(و) تصميم وتنفيذ برامج وأنشطة لمحو الأمية الصحية تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة، وتكون في متناولهم؛

(ز) تعزيز استراتيجيات كشف الإعاقة المبكر والتدخل المبكر، وتقديم الدعم إلى أسر الأطفال ذوي الإعاقة، بوسائل منها توفير المعلومات، والتثقيف وتقديم الخدمات، من أجل زيادة فهمها وقدراتها على تلبية الاحتياجات الصحية لأطفالها دون التعرض للوصم والتمييز؛

(ح) تصميم حملات للتوعية، وبرامج تدريبية للمهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية، من أجل تغيير تصوراتهم المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة، وتوفير التوجيه بشأن كيفية تقديم خدمات مناسبة تراعي السن ونوع الجنس والإعاقة؛

(ط) ضمان الرصد الفعال والمستقل لجميع مرافق وبرامج الرعاية الصحية العامة والخاصة التي تقدم خدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، لمنع جميع أشكال الاستغلال، والعنف، وسوء المعاملة؛

(ي) إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم والتشاور معهم فعلياً في جميع عمليات اتخاذ القرارات المتعلقة بتنفيذ التشريعات والسياسات والبرامج المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية؛

(ك) جمع المعلومات المناسبة، بما في ذلك البيانات الإحصائية والبحثية المصنفة حسب نوع الجنس والعمر والإعاقة، والمتعلقة بالحالة الصحية، وإمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية؛

(ل) تعبئة الموارد في إطار أهداف التنمية المستدامة، لزيادة إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية، مع كفاية أن تشملهم جميع الاستثمارات، والامتناع عن اتخاذ أي تدابير تراجعية تؤثر تأثيراً مباشراً أو غير مباشر على الأشخاص ذوي الإعاقة؛

٧٥ - وتوصي المقررة الخاصة أيضاً بأن تنظر منظمة الصحة العالمية، وسائر منظومة الأمم المتحدة، على الوجه الملائم، في الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي ممكن بلوغه للأشخاص ذوي الإعاقة، في جميع أعمالها وعملياتها، وذلك بالتشاور الوثيق مع المنظمات الممثلة للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك عند مساعدة الدول في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وفي تنفيذ أهداف التنمية المستدامة.