



Инвалидность

Доклад Секретариата

1. Инвалидность не является чисто биологическим или социальным понятием, а скорее результатом взаимодействия между состоянием здоровья и окружающими или личными факторами (ВОЗ, 2001 г.¹). Инвалидность может произойти на трех уровнях: ухудшение функции или структуры организма; ограничение активности, такое как неспособность читать или передвигаться; ограничение участия, такое как исключение из участия в жизни школы и работы. В качестве таковых к людям с инвалидностью относятся те, которые традиционно считают себя инвалидами (например, инвалиды-колясочники, слепые или глухие, а также люди с умственным расстройством), и люди, которые испытывают трудности при функционировании из-за широкого круга состояний здоровья, таких как хронические болезни, серьезные психические нарушения, множественный склероз и пожилой возраст.

2. В мире существует более одного миллиарда людей с инвалидностью, из которых от 110 миллионов до 190 миллионов испытывают серьезные трудности. В общей сложности это составляет приблизительно 15% населения в мире, и это превышает предыдущие оценки ВОЗ, касающиеся 1970-х годов, которые составляли примерно 10%. Кроме того, наблюдается увеличение распространенности инвалидности в связи со старением населения и глобальным увеличением хронических нарушений здоровья. Национальные особенности структуры инвалидности находятся под влиянием тенденций в области состояния здоровья, а также в области окружающей среды и других факторов – таких как дорожно-транспортные происшествия, стихийные бедствия, конфликты, нарушение питания и злоупотребление психоактивными веществами. Инвалидность несоразмерно касается уязвимых групп населения, особенно женщин, пожилых и бедных людей. В странах с низкими уровнями доходов наблюдается более высокий уровень распространенности инвалидности, чем в странах с высокими уровнями доходов.

3. Люди с инвалидностью часто сталкиваются с препятствиями в получении доступа к услугам, например в области здравоохранения (включая реабилитацию), образования,

¹ *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 год.

транспорта и трудовой деятельности. Эти препятствия включают неадекватную политику и стандарты, негативное отношение, непредоставление услуг, недостаточное финансирование, отсутствие доступности, ненадлежащие технологии и форматы в области информации и связи, а также недостаточное участие в решениях, которые непосредственно касаются их жизни.

ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

4. Во всем мире люди с инвалидностью имеют более плохое здоровье и худшие социально-экономические условия, как показано ниже.

5. **Более плохое состояние здоровья, чем у всего населения.** В зависимости от группы и местных условий люди с инвалидностью могут испытывать более высокую уязвимость в отношении предупреждаемых вторичных состояний, сопутствующих заболеваний и состояний, связанных с возрастом. Некоторые исследования также показали, что у них отмечаются более высокие уровни рискованного поведения, такого как курение, плохой режим питания и дурные привычки, а также отсутствие физической активности. Люди с инвалидностью также в большей степени подвергаются насилию. Анализ публикаций ВОЗ о состоянии здоровья населения показывает, что половина всех инвалидов не имеют финансовых возможностей получения медицинской помощи по сравнению с одной третью людей без инвалидности¹. Люди с инвалидностью чаще чем в два раза заявляют о том, что квалификация провайдеров медико-санитарной помощи является недостаточной для удовлетворения их потребностей. Они более чем в три раза чаще заявляют о том, что они лишены необходимой им медико-санитарной помощи, и более чем в четыре раза чаще говорят о том, что их плохо обслуживают. Существуют значительные неудовлетворенные потребности в службах реабилитации. Например, данные полученные из стран, расположенных на юге Африки, показали, что лишь от 26% до 55% людей получают необходимую им медицинскую реабилитацию; от 17% до 37% получают необходимые им вспомогательные средства, а от 5% до 24% населения получают необходимые им социальные услуги. Эти неудовлетворенные потребности (включая предоставление вспомогательных средств) могут привести к неблагоприятному исходу для людей с инвалидностью, включая ухудшение общего состояния здоровья, проблемы при выполнении заданий или действий, трудности участия в нормальной деятельности, более длительные и повторяющиеся периоды госпитализации, а также ухудшение качества жизни.

6. **Более высокий уровень бедности, чем у людей без инвалидности.** В среднем люди с инвалидностью и хозяйства, в которых имеется инвалид, испытывают более высокие уровни лишений, включая необеспеченность продовольствием, плохие жилищные условия, отсутствие доступа к безопасной питьевой воде, водоснабжению и

¹ Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк, *Всемирный доклад об инвалидности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 год. Дополнительную информацию в отношении Обзора о состоянии здоровья в мире см. в Техническом приложении С и на сайте <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/> (по состоянию на 19 ноября 2012 г.).

канализации, а также недостаточный доступ к системе медицинского обслуживания – и имеют меньшее имущество, чем люди без инвалидности и имеющие хозяйство, в котором отсутствует инвалид. Люди с инвалидностью могут нести дополнительные косвенные и прямые расходы, например за личную поддержку или оказание медицинской помощи, или за предоставление вспомогательных средств. В связи с этими более высокими расходами у людей с инвалидностью и их хозяйств выше вероятность быть более бедными, по сравнению с хозяйствами людей, не являющихся инвалидами, при одинаковом уровне доходов. Недееспособные люди в странах с низкими уровнями доходов на 50% вероятнее будут нести катастрофические расходы в области здравоохранения, чем люди, не являющиеся инвалидами.

7. **Низкая школьная успеваемость.** У детей-инвалидов ниже вероятность начать обучение в школе в то же время, что их сверстники без инвалидности, и они реже остаются для продолжения обучения в школе. Различия в завершении образования можно обнаружить во всех возрастных группах как в странах с низкими уровнями доходов, так и в странах с высокими уровнями доходов, причем наибольшее различие наблюдается в более бедных странах.

8. **Меньшее участие в экономической жизни.** Люди с инвалидностью с большей вероятностью являются безработными и в целом зарабатывают меньше, даже если их принимают на работу. Недавнее исследование, проведенное Организацией экономического сотрудничества и развития, показало, что в среднем их уровень занятости (44%) составляет немного больше половины уровня занятости лиц без инвалидности (75%)¹.

9. **Повышенная зависимость и ограниченное участие.** Зависимость от учрежденческих решений, неучастие в жизни местного сообщества и неадекватные услуги делают инвалидов зависимыми от других людей. Считается, что проживание в стационарных учреждениях имеет важное значение для людей с инвалидностью, неспособных обслуживать себя, отделенных от общества в целом и подвергающихся более высокому риску насилия, жестокого обращения и других нарушений прав человека. В целом наибольшая поддержка инвалидов поступает от членов семей или социальных сетей, но чрезмерная зависимость от неофициальной поддержки может иметь отрицательные последствия для лиц, осуществляющих уход за инвалидами, включая стресс, изоляцию и потерю социально-экономических возможностей. Эти трудности возрастают по мере увеличения возраста членов семьи.

ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ

10. Конвенция о правах инвалидов, которая была принята в 2006 г. и вступила в силу в мае 2008 г., была подписана 154 странами или организациями региональной интеграции и ратифицирована 126 странами, утверждает инвалидность в качестве права человека и проблемы развития. Она также призывает страны – стороны

¹ *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

Конвенции рассматривать инвалидность не как дополнительную проблему, а как неотъемлемую часть своей работы.

11. *Всемирный доклад об инвалидности*, опубликованный в 2011 г. ВОЗ и Всемирным банком, был позднее переведен на несколько иностранных языков, включая все официальные языки Организации Объединенных Наций, и издан в виде широкого набора альтернативных форматов¹. Он показывает, что многие из препятствий, с которыми сталкиваются инвалиды, являются преодолимыми и можно преодолевать недостатки, связанные с инвалидностью. В этом докладе рекомендуется, чтобы правительства и их партнеры по развитию охватили следующие области.

12. **Открытый доступ ко всем массовым мероприятиям, системам и услугам, предназначенным для населения в целом.** Инвалиды должны обладать большим доступом к бесплатной и приемлемой по цене медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения (с особым акцентом на первичной помощи на местном уровне), более широким покрытием медицинского страхования, надлежащим образом подготовленными кадрами общественного здравоохранения и обеспечены большими правами и возможностями для получения медико-санитарной помощи. Меры по улучшению состояния здоровья инвалидов и их включение в жизнь общества посредством общей медицинской помощи (такой как иммунизация, охрана репродуктивного и материнского здоровья, рекомендации в отношении физической активности и питания, скрининг на онкологические и другие заболевания) и специализированная медицинская помощь являются столь же важными, сколько и меры по предупреждению развития у людей нарушений здоровья, связанных с инвалидностью. Уделение этой проблеме первоочередного внимания не только обеспечивает соблюдение прав инвалидов, но является более эффективным с точки зрения затрат.

13. **Инвестиции средств в конкретные программы и услуги для людей с инвалидностью.** Некоторым инвалидам требуется доступ к конкретным мерам, таким как реабилитация и услуги по поддержке, которые могут улучшить функционирование и независимость, а также обеспечить более активное участие в жизни общества. Им также требуются интегрированные и децентрализованные реабилитационные службы и улучшение обеспечения ортопедической и реабилитационной техникой, например инвалидными колясками, слуховыми аппаратами, устройствами для людей, имеющих слабое зрение, и другие сопутствующие услуги. Необходимо организовать подготовку работников-реабилитологов для обеспечения значительного числа персонала, который может помочь инвалидам реализовать свой потенциал и получить аналогичные возможности для полного участия в обществе. Инвестирование следует осуществлять в ряд хорошо отрегулированных и оперативных систем поддержки, таких как специализированный уход за инвалидами, личные помощники, объяснение с помощью жестов, что может обеспечить достойную жизнь и благополучие инвалидов и их семей.

¹ Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк. *Всемирный доклад об инвалидности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 год.

14. **Принятие национальной стратегии и плана действия по инвалидности.** Такие стратегии должны обеспечить создание всесторонней долгосрочной концепции, которая охватывает как основные программы, так и конкретные услуги для инвалидов, и которая будет способствовать улучшению координации между секторами и службами.

15. **Предоставление адекватного и постоянного финансирования и улучшение доступности по цене.** Адекватное и устойчивое финансирование массовых предоставляемых услуг, изложенных в стратегии и плане действий, необходимо для устранения препятствий для доступа и обеспечения предоставления высококачественных услуг.

16. **Улучшение сбора данных.** Необходимо стандартизировать и сравнить в международном плане данные (а также определения и методы), с тем чтобы облегчить сопоставительный анализ и мониторинг прогресса в области политики в отношении инвалидности. На национальном уровне вопросы нетрудоспособности или модуль нетрудоспособности следует включить в существующие исследования. Специализированные исследования, связанные с инвалидностью, можно также использовать в целях получения более всесторонней информации.

17. Другие рекомендации в основном касаются **повышения общественного внимания и понимания проблемы инвалидности, поддержки и укрепления дальнейших исследований, расширения кадровых ресурсов (включая подготовку специалистов здравоохранения), консультирования и включения инвалидов в разработку и осуществление этих усилий.**

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕКРЕТАРИАТА

18. В апреле 2008 г. Генеральный директор создала Целевую группу по инвалидности, имеющую представителей от всех кластеров и региональных бюро. Целевая группа достигла значительного прогресса как в усилении понимания проблемы инвалидности в качестве многосторонней проблемы в технической работе (например, сексуальное и репродуктивное здоровье, а также управление рисками в чрезвычайных ситуациях), так и в устранении препятствий, независимо от того, являются ли они физическими, связаны с отсутствием информации или разумного приспособления¹, или политики, для участия инвалидов в работе ВОЗ.

19. Со времени выпуска *Всемирного доклада об инвалидности* Секретариат оказал поддержку в проведении 46 национальных диалогов по вопросам политики и мероприятий. Он также совместно с другими организациями опубликовал

¹ «Разумное приспособление» означает внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод. Источник: Статья 2 *Определения*, Конвенция о правах инвалидов, Организация Объединенных Наций, 2006 год.

рекомендации по предоставлению кресел-колясок¹, а в партнерстве с ЮНЕСКО, МОТ и Международным консорциумом по инвалидности и развитию – руководство по реабилитации по месту жительства², которое способствует расширению и укреплению программ по реабилитации по месту жительства, позволяющих всем инвалидам иметь доступ к обучению, найму и получению медицинских и социальных услуг и пользованию ими. Он выпустил практическое руководство и учебное пособие для оценки и улучшения качества оказания помощи и обеспечения прав человека в учреждениях психиатрии и социальной помощи³, а совместно с ЮНИСЕФ документ для обсуждений по вопросам развития и инвалидности в раннем детском возрасте⁴. Секретариат находится в процессе написания руководства по вопросам реабилитации.

20. На страновом уровне Секретариат оказывает поддержку по вопросам инвалидности государствам-членам, которым требуется руководство в области разработки политики и стратегического планирования, создания потенциала и оказания технической помощи, особенно в целях улучшения данных, обеспечения всеохватывающего характера процесса укрепления системы здравоохранения, укрепления служб реабилитации (включая предоставление ортопедической и реабилитационной техники), расширения услуг (например, для людей с нарушениями психического здоровья) и расширения реабилитации, проводимой по месту жительства.

21. В соответствии с *Руководством по предоставлению инвалидных колясок с ручным управлением в условиях ограниченности ресурсов* Секретариат разработал основные и промежуточные модули обучения. В процессе разработки находится основанная на правах человека учебная программа по вопросам инвалидности для работников здравоохранения и реабилитации, комплект учебных материалов по вопросам реабилитации по месту жительства для руководителей программ и руководство по обучению кадровых ресурсов для проведения реабилитации.

22. В ответ на неотложную потребность в улучшении процесса сбора, анализа, синтеза и распространения данных по вопросам инвалидности в форме, которая является точной и сопоставимой для различных территорий, стран и групп населения, Секретариат в партнерстве с Всемирным банком работает над созданием модели проведения обследования в области инвалидности, которая основана на существующих инициативах и приведет к стандартизированному инструменту обследования.

¹ ВОЗ, Международное общество по протезированию и ортопедии (ISPO) и Агентство по международному развитию, США (USAID), *Рекомендации по обеспечению инвалидными креслами-колясками с ручным управлением в условиях ограниченности ресурсов*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 год.

² ВОЗ, ЮНЕСКО, МОТ, Международный консорциум по инвалидности и развитию. *Реабилитация по месту жительства: руководство по реабилитации по месту жительства*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год.

³ WHO, *Quality Rights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva, World Health Organization, 2012.

⁴ WHO, UNICEF. *Early childhood development and disability: discussion paper*. Geneva, World Health Organization, 2012.

Секретариат также опубликовал атлас по ресурсам, имеющимся в глобальном масштабе в целях предотвращения и лечения психических заболеваний и содействия в защите прав человека среди людей, живущих с этими заболеваниями¹.

23. Признавая, что инвалидность является многосторонней проблемой, охватывающей все секторы и различных участников, Секретариат работает с широкой группой партнеров во всех своих областях деятельности. Например, он возглавляет разработку мер реабилитации по месту жительства посредством создания потенциала и поддержки сетей на региональном и глобальном уровнях.

СОВЕЩАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

24. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций призвала к расширению возможностей инвалидов в пунктах по вопросам развития в нескольких резолюциях². В резолюции 66/124 по Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи по вопросам реализации Целей тысячелетия в области развития и других международно согласованных целей в области развития для инвалидов она приняла решение организовать однодневное совещание на уровне глав государств и правительств 23 сентября 2013 г. на тему «Путь вперед: повестка дня по вопросам развития, включающая вопросы инвалидности, на период 2015 г. и в последующий период».

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

25. Исполкому предлагается рассмотреть следующий проект резолюции.

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад по вопросам инвалидности³,

РЕКОМЕНДУЕТ Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

PP1 рассмотрев доклад по вопросам инвалидности;

PP2 напоминая резолюцию WHA58.23 по вопросам инвалидности, включая профилактику, лечение и реабилитацию;

¹ WHO. *Mental health atlas 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.

² Резолюции 66/288, 66/229, 66/124, 65/186 и 64/131.

³ Документ ЕВ132/10.

PP3 напоминая о Конвенции о правах инвалидов, подписанную 154 странами и организациями региональной интеграции и в настоящее время ратифицированную 126 участниками, которая показывает, что инвалидность является как проблемой прав человека, так и проблемой развития и требует включения во все программы по международному развитию, а также их доступности для лиц с инвалидностью;

PP4 напоминая о резолюциях Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, призвавших к уделению проблеме инвалидности первоочередного внимания в повестке дня по вопросам развития (64/131 о реализации Целей тысячелетия в области развития для инвалидов, 65/186 о реализации Целей тысячелетия в области развития для инвалидов в период до 2015 г. и в последующий период и 66/229 о Конвенции о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней); резолюцию 66/288, одобряющую итоговый документ Конференции Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию; и резолюцию 66/124, принявшую решение об организации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по вопросам реализации Целей тысячелетия в области развития и других согласованных на международном уровне Целей развития для инвалидов;

PP5 приветствуя первый *Всемирный доклад об инвалидности*¹, который основан на наиболее достоверных научных данных и который показывает, что многие препятствия, с которыми сталкиваются инвалиды, являются преодолимыми и что неблагоприятные условия, связанные с инвалидностью, можно преодолеть;

PP6 отмечая, что приблизительно один миллиард людей живут с инвалидностью и что это число будет увеличиваться по мере старения населения, роста распространенности хронических нарушений здоровья и в ответ на тенденции в отношении экологических и других факторов; что инвалидность несоразмерно поражает уязвимые слои населения, особенно женщин, пожилых и бедных людей, и что страны с низкими уровнями доходов имеют более высокий уровень распространенности инвалидности, чем страны с высокими уровнями доходов; и что инвалиды, особенно живущие в развивающихся странах, имеют более слабое здоровье, чем люди, не являющиеся инвалидами, более высокий уровень бедности, более низкий уровень участия в получении образования и занятости, повышенной зависимости и ограниченного участия, а также более высокие уровни насилия и жестокого обращения, чем люди, не являющиеся инвалидами;

PP7 признавая, что инвалиды имеют те же самые потребности в получении всеобщей медико-санитарной помощи, как и люди, не

¹ Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк. *Всемирный доклад об инвалидности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 год.

являющиеся инвалидами, но получают более плохое лечение со стороны систем медико-санитарной помощи, чем люди, не являющиеся инвалидами;

PP8 признавая также широкие неудовлетворенные потребности в реабилитационных услугах, которые имеют жизненно важное значение, позволяющие многим людям с различными формами инвалидности принимать участие в получении образования, рынке труда, жизни общества, а также что меры по укреплению здоровья инвалидов и их включению в общество посредством всеобщей и специализированной системы медико-санитарной помощи являются столь же важными, как и меры, препятствующие развитию нарушений здоровья, связанных с инвалидностью;

PP9 признавая, что уделение проблеме инвалидности первоочередного внимания в программах в области развития является наиболее эффективным и экономичным способом удовлетворения потребностей инвалидов;

PP10 приветствуя работу Целевой группы ВОЗ по инвалидности, направленную на повышение уровня осведомленности о проблеме инвалидности в качестве многостороннего вопроса в технической работе ВОЗ и по устранению физических, информационных и политических барьеров для участия инвалидов в работе ВОЗ,

1. ОДОБРЯЕТ рекомендации *Всемирного доклада об инвалидности*, которые предлагают стратегии по осуществлению Конвенции о правах инвалидов;

2. НАСТОЙЧИВО ПРЕДЛАГАЕТ государствам-членам:

(1) осуществлять Конвенцию о правах инвалидов;

(2) разрабатывать планы действий, при полном участии инвалидов и представляющих их организаций, с тем чтобы различные секторы и различные действующие лица могли эффективно координировать свою деятельность по устранению препятствий и обеспечению инвалидов возможностями использовать свои права человека;

(3) собирать соответствующие данные по инвалидности, включая распространенность, потребности и неудовлетворенные потребности, прямые и косвенные расходы, препятствия и качество жизни, использование Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья для обеспечения национальной ценности и международной сопоставимости данных;

(4) обеспечивать включение людей с инвалидностью во все основные службы предоставления медико-санитарных услуг, действия, что, среди прочего, потребует обеспечение адекватного

финансирования, всестороннего охвата страхованием, доступности медико-санитарных учреждений, услуг и информации, а также обучения специалистов медико-санитарной помощи соблюдению прав человека в отношении инвалидов и ведению с ними эффективного общения;

(5) способствовать проведению реабилитации на протяжении всего жизненного цикла и в отношении различных нарушений здоровья посредством: своевременного принятия мер; комплексных и децентрализованных реабилитационных услуг; улучшенной поставки кресел-каталок, слуховых аппаратов, устройств для людей с низким уровнем зрения и другой вспомогательной технологии; и подготовки кадров для обеспечения достаточного числа специалистов по реабилитации, позволяющих людям с инвалидностью достигать своего потенциала и иметь те же самые возможности для полного участия в жизни общества;

(6) содействовать и укреплять программы по реабилитации среди местного населения в качестве многосекторальной стратегии, позволяющей всем людям с инвалидностью иметь доступ и пользоваться преимуществами образования, занятости, медико-санитарного и социального обслуживания;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать поддержку государствам-членам в осуществлении рекомендаций *Всемирного доклада об инвалидности*;

(2) оказывать поддержку государствам-членам в осуществлении Конвенции о правах инвалидов, особенно статей 19 (самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество), 20 (индивидуальная мобильность), 25 (здоровье), 26 (абилитация и реабилитация) и 31 (статистика и сбор данных) в рамках глобальной повестки дня в области здравоохранения;

(3) обеспечить включение медико-санитарных потребностей детей и взрослых, являющихся инвалидами, в техническую работу ВОЗ, в том числе по вопросам здоровья и развития детей и подростков, репродуктивного и материнского здоровья, долгосрочного ухода за пожилыми людьми, медико-санитарных услуг и лечения неинфекционных заболеваний, работы в области ВИЧ/СПИДа и других инфекционных болезней, управления рисками в чрезвычайных ситуациях и укрепления систем здравоохранения;

(4) обеспечить принятие самой ВОЗ людей с инвалидностью независимо от того, являются ли они посетителями, сотрудниками или служащими, путем продолжения создания доступных служебных

помещений и информационных данных, предоставления пригодного жилья, а также обеспечения проведения консультаций среди инвалидов и представляющих их организаций в отношении этого, в случае необходимости и целесообразности;

(5) поддерживать и участвовать в Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященном осуществлению Целей тысячелетия в области развития и других, согласованных на международном уровне, целей в области развития в интересах инвалидов, а также усилия по включению проблемы инвалидности в повестку дня в области развития на период после 2015 г. путем принятия во внимание данных по инвалидности, потребностей в медико-санитарном обслуживании и реабилитации и соответствующих ответных мер;

(6) предоставить доклад о ходе осуществления данной резолюции через Исполнительный комитет Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

= = =