

العجز

مسودة خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز

تقرير من الأمانة

١- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة بإصدار سابق من هذا التقرير. وأعطى المجلس أيضاً إرشادات بخصوص مسودة خطة العمل التي استخدمتها الأمانة في إعداد مسودة خطة العمل الواردة في الملحق بشأن العجز، والتي تقدّم إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والستين كي تعتمدها. وتم تحديث نسخة إصدار التقرير الواردة أدناه (وخصوصاً الفقرات ٥ و ٨ و ١٠ والملحق).

٢- يوجد في أنحاء العالم كافة أكثر من ١٠٠٠ مليون شخص من المصابين بالعجز يشكلون نسبة ١٥٪ من سكان العالم تقريباً. ومعدلات العجز آخذة في الزيادة بسبب شيخوخة السكان وتزايد الحالات المرضية المزمنة في العالم، وهي أعلى في البلدان المنخفضة الدخل منها في تلك المرتفعة الدخل. ويؤثر العجز على نحو غير متناسب في النساء والمسنين والفقراء.

٣- ويواجه الناس المصابون بالعجز طائفة واسعة من العقبات التي تعترض سبيل حصولهم على الخدمات ويعانون من رداءة الحاصلات الصحية وتدني مستوى تحصيلهم العلمي ومشاركتهم الاقتصادية وتقشي الفقر بينهم بمعدلات أعلى من سواهم من غير المصابين بالعجز. ويتضاعف إلى أكثر من مرتين احتمال إبلاغ هؤلاء عن أن مرافق الرعاية الصحية والمهارات التي يزودهم بها مقدمو خدمات الرعاية الصحية على حد سواء غير كافية لتلبية احتياجاتهم، فيما يزيد على ثلاث مرات احتمال إبلاغهم عن الحرمان مما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية، وعلى أربع مرات احتمال إبلاغهم عن التعرض لمعاملة سيئة.

٤- ويمكن تلافي العديد من هذه العقبات وتذليل أوجه الإجحاف المرتبطة بالعجز. وتحسين صحة الناس المصابين بالعجز من خلال تعزيز إتاحة الخدمات الصحية عامل حاسم للتمكين من المشاركة في مجالات من مثل التعليم والعمل والأسرة والمجتمع والحياة العامة وتحقيق حصائل إيجابية في تلك المجالات، كما يسهم التمتع بصحة جيدة في تحقيق أهداف أوسع نطاقاً في ميدان التنمية العالمية.

٥- وفي أيار/ مايو ٢٠١٣ اعتمدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون القرار ج ص ع ٦٦-٩ بشأن العجز الذي أيدت فيه التوصيات الواردة في *التقرير العالمي عن العجز*^١، وطلبت فيه من المدير العام أن يعد، بالتشاور مع المنظمات الأخرى التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والدول الأعضاء، خطة عمل شاملة تستند إلى البيانات الواردة في *التقرير العالمي عن العجز*، وبما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في قرارها ١٠٦/٦١) والوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الإعاقة والتنمية (التي اعتمدها بعد ذلك الجمعية العامة للأمم المتحدة في قرارها ٣/٦٨).

٦- وعقب انتهاء جمعية الصحة العالمية السادسة والستين أُعدت على الفور "مسودة أولية" لخطة العمل بشأن العجز بالتشاور مع طائفة واسعة من أصحاب المصلحة، ومنهم ما يلي: الدول الأعضاء، والمنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، والشركاء الدوليون والوطنيون، مثل وكالات التنمية، ومنظمات المجتمع المدني، بما فيها منظمات الأشخاص المصابين بالعجز، والرابطة المهنية. والتُمس الإدلاء بتعليقات على مسودة خطة العمل، وكذلك على العملية المقترحة بشأن إعداد الخطة، من ممثلي المنظمات الرئيسية للأشخاص المصابين بالعجز، ومنظمات المجتمع المدني العاملة في مجالي العجز والتنمية وكيانات الأمم المتحدة أثناء انعقاد الدورة السادسة لمؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (نيويورك، ١٧-١٩ تموز/ يوليو ٢٠١٣)، فضلاً عن الخبراء وموظفي منظمة الصحة العالمية (المنظمة).

٧- وخضعت للاستعراض المسودة الأولى لخطة العمل بشأن العجز (٣١ تموز/ يوليو ٢٠١٣) من خلال عملية تشاور مستفيضة اعتباراً من منتصف آب/ أغسطس وحتى مطلع تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٣، وانطوت العملية على ما يلي: مشاورة مفتوحة أمام الجميع على شبكة الإنترنت (٢٠ آب/ أغسطس إلى ١٨ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ وإحاطة بالمعلومات ومداخلات من أعضاء اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (١١ أيلول/ سبتمبر أثناء الدورة العاشرة للجنة، جنيف، ٢-١٣ أيلول/ سبتمبر)؛ والتشاور مع الدول الأعضاء التي لها بعثات في جنيف ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي والمنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة (جنيف، ٨ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ ومشاورات إقليمية مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة الآخرين من خلال تظاهرات قادتها مكاتب إقليمي، هي المكتب الإقليمي لأوروبا (عُقدت مشاورة إلكترونية يوم ٩ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط (مشاورتان عبر الفيديو يومي ٩ و ٢٣ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ والمكتب الإقليمي لأفريقيا (برازافيل، ١٧ و ١٨ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ والمكتبان الإقليميان لجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ (مانايلا، ٣٠ و ٣١ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ والمكتب الإقليمي للأمريكتين (كيتو، ٥ و ٦ تشرين الثاني/ نوفمبر)؛ ومشاورات مع كبار الموظفين في مقر المنظمة الرئيسي (تموز/ يوليو وتشرين الأول/ أكتوبر). وقد ورد حوالي ٣٠٠ مساهمة من الدول الأعضاء ومؤسسات الأمم المتحدة ومنظمات الأشخاص المصابين بالعجز وغيرها من كيانات المجتمع المدني ومقدمي الخدمات والمؤسسات البحثية والمراكز المتعاونة مع المنظمة وشركاء التنمية والناس. ويُتاح على موقع المنظمة الإلكتروني جدول زمني مبين بالتفصيل عن برنامج التشاور والتقارير غير الرسمية لجميع المشاورات، بما فيها تفاصيل عن المشاركين^٢.

٨- وقد استعانت الأمانة بالتعليقات التي أدلى بها في تلك المشاورات غير الرسمية في إعداد المسودة الثانية لخطة العمل. ويجسد هذا النص التعليقات الخاصة بالنص والإرشادات التي أعطاهها المجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة.

١ منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، *التقرير العالمي عن العجز*، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٢ <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/index.html> (تم الاطلاع في ٢٨ شباط/ فبراير ٢٠١٤).

٩- وعملاً بالقرار ج ص ٦٦-٩ فإن مسودة خطة العمل العالمية للمنظمة بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز، تهدف إلى الإسهام في تحسين صحة الأشخاص المصابين بالعجز ورفاههم وإعمال حقوقهم التي هي من حقوق الإنسان. فهي توفر أغراضاً وإجراءات واضحة للدول الأعضاء والأمانة والشركاء الدوليين والوطنيين، وتقتراح أيضاً مؤشرات لقياس النجاح يمكن استخدامها لتقييم ما يُحرز من تقدم في تنفيذ خطة العمل ونتائجها.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٠- جمعية الصحة مدعوة إلى اعتماد مسودة خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز.

الملحق

مسودة خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز ٢٠١٤-٢٠٢١: تحسين صحة جميع المصابين بالعجز^١

١- في أيار/ مايو ٢٠١٣ أيدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون في القرار ج ص ع ٦٦-٩ التوصيات الواردة في *التقرير العالمي عن العجز*^٢، وطلبت في ذلك القرار من المدير العام أن يعد، بالتشاور مع الدول الأعضاء^٣ والمنظمات التابعة لمنظمة الأمم المتحدة، خطة عمل شاملة للمنظمة تستند إلى البيانات الواردة في *التقرير العالمي عن العجز*، وبما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار ١٠٦/٦١) والوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة تحت عنوان: سُبُل المضي قدماً: وضع خطة تنمية شاملة لمسائل الإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده.

٢- والعجز مسألة شاملة الطابع فالجميع معرض للإصابة به سواء في شخصه مباشرة أو في أحد أفراد أسرته، إذ يواجه المصاب بالعجز صعوبات لدى أدائه لوظائفه في مرحلة ما من حياته، وخاصة عندما يطعن في السن. وتطبق خطة العمل هذه التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة والإصدار المشتق منها بشأن الأطفال والشباب، وتستخدم كلمة "عجز" بوصفها مصطلحاً يشمل العاهات والقيود المفروضة على النشاط ومعوقات المشاركة ويوحي بالجوانب السلبية للتفاعل بين فرد (يعاني من حالة صحية) والعوامل (البيئية والشخصية) التي تحكم سياق معيشة هذا الفرد. ولا ينجم العجز عن عوامل بيولوجية ولا اجتماعية صرفة.

٣- وتسلم المنظمة بأن العجز مشكلة من مشاكل الصحة العمومية في العالم ومسألة تتعلق بحقوق الإنسان وأولوية إنمائية، فهو من مشاكل الصحة العمومية لأن المصابين به، يواجهون، طيلة عمرهم، وعلى نطاق واسع عراقيل في الحصول على الخدمات الصحية وما يتصل بها من خدمات، من قبيل خدمات إعادة التأهيل، ويتمتعون بحصائل صحية أهدأ نوعية من تلك التي يتمتع بها المتعاون. وقد تكون هناك بعض الحالات الصحية التي تمثل أيضاً عامل خطر للإصابة بمشاكل صحية أخرى تُساء إدارتها في أغلب الأحيان، كارتفاع معدلات السمنة بين المصابين بمتلازمة داون وارتفاع معدل انتشار داء السكري أو سرطان الأمعاء لدى المصابين بالفصام. والعجز أيضاً مسألة تتعلق بحقوق الإنسان لأن البالغين والمراهقين والأطفال المصابين بحالات عجز يواجهون الوصم والتمييز وعدم المساواة؛ وتتعرض حقوقهم لانتهاكات متعددة، بما فيها كرامتهم، بوسائل منها أعمال العنف وإساءة المعاملة والتعامل وعدم احترامهم بسبب إصابتهم بالعجز، ناهيك عن حرمانهم من الاستقلال الذاتي. ويمثل العجز أولوية إنمائية نظراً لارتفاع معدلات انتشاره في البلدان المنخفضة الدخل ولأن العجز والفقر يعزز أحدهما الآخر ويديمان بعضهما بعضاً، إذ يزيد الفقر من احتمال الإصابة بالعاهات من جراء سوء التغذية وريادة

١ يُستخدم المصطلحان "الناس" و"الأشخاص" المصابون بالعجز في أنحاء خطة العمل هذه ككل استخداماً متبادلاً، وهما يشملان الأطفال والشباب. وعملاً بأحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار ١٠٦/٦١) يُستعمل تعبير "الأشخاص المصابين بالعجز" في الحالات التي تشير فيها الخطة إلى الحقوق والاستحقاقات، وتعبير "الناس المصابين بالعجز" في معظم الحالات الأخرى.

٢ منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، *التقرير العالمي عن العجز*، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٣ ومنظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي، حسب الاقتضاء.

خدمات الرعاية الصحية وخطورة ظروف المعيشة والعمل والسفر. وقد يؤدي العجز إلى تدني مستويات المعيشة والفقر بسبب عدم إتاحة فرص التعليم والعمل وزيادة النفقات المتكبدة فيما يتعلق بالإصابة بالعجز.

٤- وستُعنى خطة العمل بالناس المصابين بالعجز منذ الولادة وحتى سن الشيخوخة، وينبغي أن تعود بالفائدة عليهم جميعاً. والأشخاص الذين يعانون من حالات عوق هم ناس يُنظر إليهم تقليدياً على أنهم مصابون بعجز، ومنهم مثلاً الأطفال المصابون بالشلل الدماغي عند الولادة أو مستخدمو الكراسي المتحركة أو المكفوفون أو الصم أو الذين يعانون من ضعف في القدرات الفكرية أو من حالات صحية نفسية، وكذلك المجموعة الكبيرة من الناس الذين يواجهون صعوبات في أداء وظائفهم نتيجة معاناتهم من طائفة واسعة من الاعتلالات، كالأمراض غير السارية والأمراض المعدية والاضطرابات العصبية والإصابات، والاعتلالات التي تنجم عن التقدم في السن. وتنص المادة ١ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

٥- وتكرّس المنظمة جلّ مهمتها للوقاية من الحالات الصحية التي قد تسبب الوفاة أو المراضة أو العجز، ولكن خطة العمل هذه موجهة نحو تحسين صحة الناس المصابين بالعجز وأدائهم لوظيفتهم ورفاههم، لذا فهي لا تنظر في مسألة الوقاية إلا بقدر ما تستدعيه حاجة الأشخاص المصابين بالعجز إلى التمتع بسبل الوصول إلى الخدمات والبرامج الوقائية بالتساوي مع الآخرين. وتشمل الوقاية طائفة واسعة من التدابير الرامية إلى الحد من المخاطر أو التهديدات المحدقة بالصحة على النحو التالي: تعزيز أنماط الحياة الصحية، من قبيل تقديم الإرشاد بشأن التغذية الجيدة وأهمية الانتظام في ممارسة النشاط البدني والامتناع عن تعاطي التبغ؛ وحماية الناس من الإصابة بالحالات الصحية في المقام الأول، كالتمنيع ضد الأمراض المعدية أو اتباع ممارسات مأمونة بشأن الولادة؛ والإبكار في الكشف عن أي حالة صحية ثانوية أو مصحوبة باعتلالات، مثل إجراء فحوص داء السكري أو الاكتئاب، والحد من التأثيرات المترتبة على حالة صحية راسخة، بوسائل مثل تدبير الآلام علاجياً أو ببرامج إعادة التأهيل أو جماعات دعم المرضى أو إزالة العقبات التي تعترض سبيل إتاحة الخدمات. وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الوقائية للأشخاص المصابين بالعجز مهم لتحقيق حصائل صحية أفضل، وهو أمر يتناوله الغرضان ١ و ٢ من هذه الخطة.

لمحة عامة عن الوضع العالمي

٦- يوجد في العالم أجمع ما يزيد على ١٠٠٠ مليون شخص من الناس المصابين بالعجز، أي ما نسبته ١٥٪ تقريباً من سكان العالم أو بواقع شخص واحد من كل سبعة أشخاص. ويتراوح عدد البالغين من هذا العدد ممن يعانون صعوبات كبيرة في أدائهم لوظيفتهم بين ١١٠ ملايين و ١٩٠ مليون شخص. وتشير التقديرات إلى أن هناك ٩٣ مليون طفل - أو طفل واحد من أصل ٢٠ طفلاً دون سن ١٥ عاماً - يعانون من حالات عجز تتراوح بين المتوسطة والشديدة. وسيستمر عدد الناس المصابين بالعجز في الارتفاع بسبب شيخوخة السكان وتفاقم المعاناة من الظروف الصحية المزمنة في العالم. وتتأثر أنماط العجز الوطنية باتجاهات الظروف الصحية والعوامل البيئية وغيرها من العوامل، كالحوادث المرورية على الطرق، وحالات السقوط، وأعمال العنف، وحالات الطوارئ الإنسانية، ومنها الكوارث الطبيعية والزلازل والنظام الغذائي غير الصحي وإساءة استعمال المواد.

٧- ويؤثر العجز تأثيراً غير متناسب على النساء والمسنين والفقراء، كما أن الأطفال المنحدرين من أسر فقيرة وفئات السكان الأصليين والناس المنتمين إلى جماعات من الأقليات العرقية معرضون لخطر الإصابة بالعجز بشكل كبير. ومن المحتمل أن تواجه النساء والفتيات المصابات بحالات عجز "تمييزاً مزدوجاً" يشمل عنفاً قائماً

على نوع الجنس وإساءة المعاملة والتمييز. وعليه فإن المرأة المصابة بالعجز غالباً ما تتعرض لأوجه إجحاف إضافية مقارنة بالرجل المصاب بالعجز وبالمراة المتعاقية. ويواجه أيضاً السكان الأصليون أو المشردون داخلياً والمواطنون عديمو الجنسية واللاجئون والمهاجرون والسجناء المصابون بحالات عجز تحديات خاصة في الحصول على الخدمات. وترتفع معدلات انتشار العجز في البلدان المنخفضة الدخل أكثر منها في تلك المرتفعة الدخل. وفي الوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية في عام ٢٠١٣ أشارت الجمعية العامة للأمم المتحدة إلى وجود نسبة تقدر بنحو ٨٠٪ من الناس المصابين بحالات عجز يعيشون في بلدان نامية، وشددت على ضرورة ضمان إدراج الأشخاص المصابين بالعجز في جميع جوانب التنمية، بما فيها خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

٨- ويواجه الناس المصابون بالعجز على نطاق واسع عراقيل في الحصول على الخدمات الصحية، من قبيل تلك المقدمة في مجال الرعاية الصحية (ومنها الرعاية الطبية والعلاج والتكنولوجيات المساعدة) والتعليم والعمالة والخدمات الاجتماعية، بما فيها السكن والنقل. ويكمن مثلاً أساس هذه العقبات في قصور التشريعات والسياسات والاستراتيجيات؛ وعدم تقديم الخدمات؛ والمشاكل المواجهة في تقديمها؛ ونقص الوعي بمشكلة العجز وعدم فهمها؛ والمواقف السلبية وممارسة التمييز؛ وانعدام إمكانية الوصول؛ ونقص التمويل؛ وعدم المشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر مباشرة في حياة المصابين بالعجز. ويواجه أيضاً الأشخاص المصابون بالعجز عراقيل محددة فيما يتعلق بقدرتهم على التعبير عن آرائهم والتماس المعلومات والأفكار والحصول عليها ونقلها على قدم المساواة مع الآخرين، وبالاستعانة بوسائل الاتصال التي يختارونها.

٩- وتسهم تلك العقبات في أوجه الإجحاف التي يتعرض لها الناس المصابون بالعجز، وخصوصاً في البلدان النامية التي يكون فيها مستوى هؤلاء الناس الصحي أقل من مستوى غير المصابين بالعجز، فضلاً عن ارتفاع معدلات الفقر فيها وتدني معدلات التحصيل العلمي وقلة فرص العمل وتدني مستوى التمتع بالاستقلالية ومحدودية المشاركة. ويمكن تلافي العديد من العقبات التي يواجهها هؤلاء وتذليل أوجه الإجحاف المرتبطة بالعجز. ويبيّن التقرير العالمي عن العجز أفضل توليفة من البيانات المتاحة عن السبل الكفيلة بتذليل العقبات التي يجابهها الناس المصابون بالعجز في الحصول على الخدمات في مجال الصحة وإعادة التأهيل والدعم والمساعدة والوصول إلى بيئاتهم (كالمباني والمواصلات) وفرص التعليم والعمل.

الرؤية والهدف والأغراض والمبادئ التوجيهية والنهج

١٠- تتمثل رؤية خطة العمل في إيجاد عالم ينعم فيه جميع الأشخاص المصابين بالعجز، بمن فيهم الأطفال وأسرهم، بحياة كريمة تساويهم في الحقوق والفرص وتمكّنهم من تحقيق كامل إمكاناتهم.

١١- أما هدف خطة العمل فهو الإسهام في تمتع الأشخاص المصابين بالعجز كافة بأفضل مستوى من الصحة وأداء الوظيفة والرفاه وحقوق الإنسان.

١٢- وفيما يلي الأغراض الثلاثة التي تصبو إليها خطة العمل:

- (١) إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الصحية؛
- (٢) تعزيز الخدمات المقدمة فيما يخص إعادة التأهيل والتأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم، وخدمات إعادة التأهيل المجتمعي؛
- (٣) تعزيز جمع البيانات ذات الصلة بالعجز والقابلة للمقارنة دولياً ودعم البحوث المتعلقة بحالات العجز والخدمات المرتبطة بها.

١٣- وتدعم خطة العمل هذه تنفيذ التدابير المعدّة لغرض إعمال حقوق الأشخاص المصابين بالعجز على نحو ما تنص عليه اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وخاصة المادة ٩ (إمكانية الوصول) والمادة ١١ (حالات الخطر والطوارئ الإنسانية) والمادة ١٢ (الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع آخرين أمام القانون) والمادة ١٩ (العيش المستقل والإدماج في المجتمع) والمادة ٢٠ (التنقل الشخصي) والمادة ٢٥ (الصحة) والمادة ٢٦ (التأهيل وإعادة التأهيل) والمادة ٢٨ (مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية) والمادة ٣١ (جمع الإحصاءات والبيانات) والمادة ٣٢ (التعاون الدولي) والمادة ٣٣ (التنفيذ والرصد على الصعيد الوطني). كما تؤيد الخطة المادة ٤ (الالتزامات العامة) والمادة ٥ (المساواة وعدم التمييز) والمادة ٦ (النساء ذوات الإعاقة) والمادة ٧ (الأطفال ذوو الإعاقة) والمادة ٢١ (حرية التعبير والرأي والحصول على معلومات). وتقدّم الخطة إجراءات لدعم الالتزامات التي قطعت في الوثيقة الختامية التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في اجتماعها الرفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية (نيويورك، ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣) لضمان إتاحة خدمات الرعاية الصحية للأشخاص المصابين بالعجز، بما فيها خدمات إعادة التأهيل والتأهيل والأجهزة المساعدة، ولتحسين جمع البيانات المتعلقة بالعجز وتحليلها ورصدها وتدعيم المعارف وإذكاء وعي المجتمع بموضوع العجز وفهمه.

١٤- وتعضّد خطة العمل أعمال المنظمة المتواصلة بشأن دمج موضوع العجز في برامجها، وذلك بما يتماشى مع ما صدر مؤخراً من قرارات عن الجمعية العامة للأمم المتحدة،^١ وهي منسجمة مع برنامج العمل العام الثاني عشر ٢٠١٤-٢٠١٩، ولاسيما أنها تعكس الحقائق السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية الجديدة وبرنامج العمل الصحي الآخذ في التطور. وتكمّل الخطة وتؤيد تنفيذ سائر خطط المنظمة واستراتيجياتها، من قبيل تلك المتعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، والصحة الإنجابية، وصحة الأم والطفل، وحالات الطوارئ والكوارث، والصحة النفسية، والوقاية من العمى وضعف البصر اللذين يمكن تجنبهما، والأمراض غير السارية.

١٥- ويُسترشد في إعداد خطة العمل بالمبادئ التالية، ومعظمها مجسّد في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة:

- احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم؛
- عدم التمييز؛
- كفالة المشاركة والإشراك بصورة كاملة وفعالة في المجتمع؛
- احترام الإجحافات وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية؛
- تكافؤ الفرص؛
- إمكانية الوصول؛
- المساواة بين الرجل والمرأة؛
- احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة واحترام حقهم في الحفاظ على هويتهم؛
- احترام كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وتقديرهم باستمرار عندما يكبرون في السن.

١ القرار ٢٨٨/٦٦ (المستقبل الذي نصبو إليه) والقرار ٢٢٩/٦٦ (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري) والقرار ١٢٤/٦٦ (اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة) والقرار ١٨٦/٦٥ (تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده) والقرار ١٣١/٦٤ (إعمال الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة).

١٦- ولدى الناس المصابون بالعجز رؤى فريدة من نوعها عن إصابتهم بالعجز وعن حالتهم، بيد أنهم يُستبعدون من عملية صنع القرارات المتعلقة بقضايا تؤثر في حياتهم مباشرة. وتمشياً مع أحكام المادة ٤ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة فإنه ينبغي التشاور على نحو وثيق مع أولئك الناس من خلال المنظمات التي تمثلهم حول جميع مراحل وضع وتنفيذ السياسات والقوانين والخدمات التي تتعلق بهم، وإشراكهم فيها فعلياً.

١٧- وفيما يلي النهج التي تركز إليها عملية إعداد وتنفيذ خطة العمل وتسترشد بها:

- نهج قائم على حقوق الإنسان، بما يشمل تمكين الأشخاص المصابين بالعجز؛
- نهج يدوم طوال العمر، بما في ذلك تقديم الرعاية المتواصلة؛
- التغطية الصحية الشاملة؛
- نهج محوره الأشخاص وملائم ثقافياً؛
- نهج متعدد القطاعات/ إعادة التأهيل المجتمعي^١؛
- التصميم العام (انظر الفقرة ٢٩ أدناه).

الإجراءات المقترحة للدول الأعضاء والشركاء الدوليين والوطنيين والأمانة

١٨- يُقترح على الدول الأعضاء والشركاء الدوليين والوطنيين والأمانة اتخاذ إجراءات محددة تبين بالتفصيل الأعمال التي يمكن إنجازها لتحقيق أغراض خطة العمل الثلاثة. والخيارات المتاحة بشأن كيفية تنفيذ تلك الإجراءات مقترحة في شكل مدخلات مقدمة من مختلف الأطراف. وتستند تلك الإجراءات والمدخلات إلى بيّنات تثبت السبل الناجحة في تذليل العقبات التي تحول دون إتاحة الخدمات المبينة في التقرير العالمي عن العجز، وإلى العمل التقني الذي تضطلع به الأمانة لتحسين نوعية حياة الناس المصابين بالعجز. ومن الضروري أن تصمم البلدان إجراءاتها حسب سياقاتها الخاصة.

١٩- ونظراً لأن العجز يشمل جميع القطاعات وينطوي على مشاركة مختلف الجهات الفاعلة فسيلزم لتنفيذ خطة العمل قطع التزام قوي بشأن توفير الموارد والعمل في هذا المضمار من جانب طائفة واسعة من الشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين، وبشأن إنشاء شبكات إقليمية وعالمية وتعزيزها. وتؤدي الحكومات الوطنية والمحلية أهم الأدوار في هذا الميدان، ولكن ينبغي أن تضطلع أيضاً الجهات الفاعلة الأخرى بأدوار مهمة غيرها، ومنها المؤسسات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة ومنظمات التنمية ومنظمات الأشخاص المصابين بالعجز؛ والجهات المقدمة للخدمات، بما فيها تلك الموجودة بين صفوف المجتمع المدني والمنظمات الدينية؛ والمؤسسات الأكاديمية؛ والقطاع الخاص؛ والمجتمعات؛ والناس المصابين بالعجز وأسرهم. وتسلم الخطة أيضاً بأهمية إسهام الجهات الرسمية وغير الرسمية المقدمة لخدمات الرعاية دعماً للأشخاص المصابين بالعجز، وبما يلزمها من متطلبات دعم خاصة لأداء هذا الدور.

٢٠- وسيتوقف نجاح الخطة على اتباع نهج فعال متعدد القطاعات يقترن بآليات عملية للتنسيق والتنفيذ بين المعني من الوزارات والإدارات المسؤولة عن تزويد الأشخاص المصابين بالعجز بالخدمات الصحية وإعادة التأهيل وما يرتبط بها من خدمات. وتشمل القطاعات الحكومية ذات الصلة الصحة وخدمات العجز والحماية الاجتماعية

^١ تؤمن عملية إعادة التأهيل المجتمعي منهجية عملية لإعمال حقوق الإنسان وبلوغ أهداف التنمية على صعيد المجتمع بالاستناد إلى نهج شامل متعدد القطاعات يتسنى بفضل تمكين الأشخاص المصابين بالعجز وأسرهم.

والرعاية الاجتماعية والخدمات المجتمعية والتمويل والبنية التحتية والنقل والاتصالات والعمل والتعليم. والتنسيق الفعال أمر ضروري ولكن على كل وزارة وإدارة ووكالة أن تكون مسؤولة في المقام الأول عن ضمان أن تُتاح مجالات نشاطها الرئيسية للأشخاص المصابين بالعجز وأن تستجيب لمتطلباتهم.

٢١- وإعادة التأهيل المجتمعي من طرائق تسهيل التعاون المتعدد القطاعات. وقد تطوّر هذا النشاط ليصبح استراتيجية متعددة القطاعات تقدم توجيهات عملية عن كيفية الربط بين الخدمات العمومية وتعزيز قدرتها بما يكفل حصول الأشخاص المصابين بالعجز وأسرهم على فرص التعليم والعمل والخدمات الصحية والاجتماعية، واستفادتهم من تلك الفرص والخدمات. ويُحقّق ذلك بفضل تضافر جهود الأشخاص المصابين بالعجز وأسرهم والمنظمات والمجتمعات المحلية والجهات الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة المعنية بخدمات الصحة والتعليم والتدريب المهني وشؤون المجتمع والخدمات الأخرى. ويُطبّق هذا النهج حالياً في أكثر من ٩٠ بلداً من أجل إعادة تأهيل الأشخاص المصابين بالعجز ومساواتهم في الحصول على الفرص والحد من فقرهم ودمجهم في المجتمع.

٢٢- وتقرّر خطة العمل بوجود تباين كبير في سياقات ونقاط انطلاق البلدان والأقاليم في جهودها الرامية إلى ضمان إتاحة الخدمات الصحية للأشخاص المصابين بالعجز وتزويدهم ببرامج وجوانب دعم محددة. فالغرض من الخطة هو توفير هياكل وتوجيهات ولكنها لا يمكن أن تكون حلاً "موحد القياس يناسب الجميع". ويلزم مواصلة الإجراءات الرامية إلى بلوغ أغراض الخطة مع الالتزامات والسياسات والخطط والغايات الإقليمية والوطنية القائمة.

رصد التقدم المحرز في تحقيق أغراض خطة العمل

٢٣- يمكن استخدام مؤشرات النجاح المحددة لكل غرض للمساعدة في رصد وقياس التقدم المحرز في بلوغ هدف الخطة. وسيُبيّن في أمر البيانات الأساسية والغايات بمجرد الموافقة على الخطة. وبالنظر إلى أن الغايات ستكون طوعية وعالمية فإن من غير المتوقع أن تبلغ كل دولة عضو جميع الغايات المحددة ولكن بإمكانها أن تسهم بدرجات متفاوتة في بلوغها. ومثلما هو مبين في الإجراءات المتعلقة بالغرض ٣ ستتولى الأمانة تزويد الدول الأعضاء بالتوجيه والتدريب والدعم التقني، بناءً على طلبها، من أجل تحسين تحليل البيانات الخاصة بالعجز واستخدامها بطريقة فعالة وعالية المردود. ويُوصى برصد التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل هذه وإبلاغ الأجهزة الرئاسية بذلك في المرحلة الوسطى من تنفيذ الخطة (عام ٢٠١٧) وخلال العام الأخير من تنفيذها (عام ٢٠٢١).

الغرض ١: إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الصحية

٢٤- الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. وينص دستور المنظمة على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو حق من الحقوق الأساسية لكل إنسان. ويشمل الحق في الصحة الحصول على رعاية صحية عالية الجودة في الوقت المناسب وبطريقة مقبولة ومعقولة التكلفة. ويتطلب أيضاً تعزيز هذا الحق من الدول الأعضاء تهيئة الظروف المناسبة التي تمكّن كل شخص من التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه وتقديم الخدمات الصحية على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة.

٢٥- والعجز متنوع للغاية. ورغم أن بعض الظروف الصحية المرتبطة بالعجز قد تتسبب في سوء الصحة وخلق احتياجات كبيرة من الرعاية الصحية وأن بعضها الآخر قد لا يتسبب في ذلك فإن لدى جميع الناس المصابين بالعجز الاحتياجات العامة من الرعاية الصحية نفسها اللازمة لأي شخص آخر، ويلزمهم بالتالي

الحصول على خدمات الرعاية الصحية العمومية. وقد يواجه الناس المصابون بالعجز خطورة أكبر في التعرض لما يمكن الوقاية منه من ظروف ثانوية واعتلالات مرضية مصاحبة وظروف أخرى مرتبطة بالسن، وربما تلزمهم خدمات متخصصة من الرعاية الصحية. ويُجبر هؤلاء أحياناً على الخضوع لمعاملة أو تدابير وقائية أخرى من دون موافقتهم، وتزيد أيضاً مخاطر تعرضهم للعنف مقارنة بغير المصابين بالعجز، كما تزداد مخاطر تعرضهم للإصابات الناتجة عن حوادث المرور، أو الحروق أو السقوط. فعلى سبيل المثال يزداد احتمال تعرض الأطفال المصابين بالعجز بمقدار ثلاث إلى أربع مرات. كما أن الأطفال المصابين باعتلالات الصحة النفسية أو ضعف القدرات الذهنية يبدو أنهم من أضعف الفئات في هذا الصدد، حيث تزداد مخاطر تعرضهم للعنف الجنسي بمقدار ٤,٦ مرة مقارنة بنظرانهم غير المصابين بالعجز. وأشارت أيضاً بعض الدراسات إلى أن معدل السلوكيات الخطرة يرتفع لدى بعض فئات الناس المصابين بالعجز، مثل التدخين والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني.

٢٦- وتتسبب حالات الطوارئ في الإصابة بالعجز كما يمكنها أن تزيد المخاطر التي يتعرض لها الأشخاص المصابون بالعجز الذين تُهمل في كثير من الأحيان احتياجاتهم الأساسية والخاصة أو يُنغاضى عنها في سياق إدارة المخاطر في حالات الطوارئ. ولا يتم غالباً تحديد وسد تلك الاحتياجات قبل وقوع حالة الطوارئ وأثناء وقوعها وبعدها، ونادراً ما يتم التشاور مع الأشخاص المصابين بالعجز أو يجدون من يمثلهم في صياغة السياسات والبرامج المتعلقة بإدارة المخاطر في حالات الطوارئ.

٢٧- والتمتع بصحة جيدة يمكن من المشاركة في طائفة واسعة من الأنشطة، ومنها التعليم والعمل، ولكن البيانات تثبت أن الناس المصابين بالعجز، يعانون، طيلة العمر، من الإجحاف في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ولا يلبي الكثير من احتياجاتهم من تلك الرعاية ويتعرضون لمستويات صحية أدنى من عامة السكان. وكثيراً ما تعجز النظم الصحية عن أن تلبي كما ينبغي احتياجات أولئك الناس من الرعاية الصحية العامة والخاصة على حد سواء، فهم، يواجهون طائفة من العقبات التمييزية والمادية والمنهجية التي تعترض سبيلهم عند السعي إلى الحصول على الرعاية الصحية. وبيّن تحليل المسح الصحي العالمي الخاص بالمنظمة عند مقارنة الأصحاء بالمصابين بالعجز، رجالاً ونساءً، أن احتمال إبلاغ المصابين بالعجز عن أن مرافق الرعاية الصحية والمهارات التي يزودهم بها مقدمو خدمات الرعاية الصحية غير كافية لتلبية احتياجاتهم يتضاعف إلى أكثر من مرتين، فيما يزيد على ثلاث مرات احتمال إبلاغ هؤلاء الناس عن الحرمان مما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية، وعلى أربع مرات احتمال إبلاغهم عن التعرض لمعاملة سيئة. ولا يستطيع نصف الأشخاص المصابين بالعجز تأمين نفقات ما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية، ومن المرجح أن يتكبد هؤلاء نفقات كارثية لقاء حصولهم على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم من غير المصابين بالعجز بنسبة تزيد على ٥٠٪.

٢٨- وفيما يلي العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية: الحواجز المادية المتصلة بتصميم هيكل المرافق الصحية أو المعدات الطبية أو وسائل النقل؛ وقصور تمتع مقدمي الخدمات الصحية بما يلزم من معارف ومهارات؛ والمفاهيم الخاطئة عن صحة الأشخاص المصابين بالعجز التي تؤدي إلى وضع افتراضات تفيد بأن هؤلاء الأشخاص لا يحتاجون إلى خدمات وبرامج صحية تعزز صحتهم وتقيهم شرّ الأمراض؛ وعدم احترام هؤلاء الأشخاص أو المواقف والسلوكيات السلبية المتخذة تجاههم؛ والعقبات المتعلقة بالمعلومات وصعوبات الاتصال؛ وعدم كفاية المعلومات اللازمة لهؤلاء الأشخاص عن حقهم في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وعلى الرغم من أن الرجال والنساء على السواء يواجهون عقبات في الحصول على الرعاية الصحية فإن احتمال

١ عندما يضطر الفرد إلى سداد تكاليف الرعاية الصحية أو يشارك في دفعها فإن مقدار التكاليف يمكن أن يكون كبيراً جداً مقارنة بدخله ويسفر عن معاناته أو أسرته من "كارثة مالية". وقد اقترحت المنظمة أن يُنظر إلى الإنفاق على الخدمات الصحية بوصفه كارثياً عندما يتجاوز نسبة ٤٠٪ أو يساويها من دخل الأسرة بخلاف مستوى الكفاف، أي الدخل المتاح عقب تلبية الاحتياجات الأساسية.

تفكير الرجال في أنهم، أو أطفالهم، مريضون بالقدر الذي يقتضي الحصول على خدمات الرعاية الصحية ومعرفتهم بإمكان الحصول على هذه الخدمات هو احتمال أقل منه بين النساء. كما يذكر الرجال أنهم يواجهون صعوبات أكبر في الحصول على تمويل الرعاية الصحية.

٢٩- وتعرّز المادة ٢٥ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حق هؤلاء الأشخاص في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة. أما المادة ٩ (إمكانية الوصول) فتبيّن بإيجاز ما يلزم اتخاذه من تدابير تكفل إمكانية وصول أولئك الأشخاص، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى البيئة المادية المحيطة ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات (بما في ذلك تكنولوجيات ونظم المعلومات والاتصال)، والمرافق والخدمات الأخرى المتاحة لعامة الجمهور أو المقدمة إليه من جانب الجهات الفاعلة من الدول ومن غير الدول على السواء في المناطق الحضرية والريفية. وتشمل هذه التدابير تحديد العقبات والمعوقات التي تحول دون إمكانية الوصول وإزالتها فيما يخص المباني والطرق ووسائل النقل والمرافق الأخرى داخل البيوت وخارجها (بما فيها المرافق الطبية)، والمعلومات والاتصالات والخدمات الأخرى (بما فيها الخدمات الإلكترونية وخدمات الطوارئ). ونظراً إلى تنوّع المستفيدين من الخدمات الصحية فإن من الضروري اتباع نهج خاص بالتصميم العام لضمان تصميم المنتجات والبيئات والبرامج والخدمات بطريقة يتسنى بها لجميع الناس الاستفادة منها بأكثر قدر ممكن من دون حاجة إلى تكيفها أو تصميمها على نحو متخصص.

٣٠- وستُقلّ الإجحافات الصحية بفضل إضفاء طابع أكثر شمولية على نظم الرعاية الصحية القائمة على جميع المستويات، وتمكين الأشخاص المصابين بالعجز، من الاستفادة، طيلة العمر، من برامج الصحة العمومية (ومنها البرامج المعنية بأنماط الحياة الصحية وتعزيز اتباع نظم غذائية محسّنة وتشجيع ممارسة النشاط البدني). ويسبب وجود عوامل متعددة تحدّ من إتاحة خدمات الرعاية الصحية للأشخاص المصابين بالعجز فإنه يلزم اتخاذ إجراءات فيما يخص جميع مكونات نظم الرعاية الصحية، ومنها تحسين تصريف الشؤون ورفع مستوى الوعي والمعرفة وزيادة توافر البيانات في وزارات الصحة وما يتصل بها من وزارات بحيث يتسنى لها النظر بشكل أفضل في موضوع العجز وزيادة إتاحة الخدمات. ويوصى بصون حدود وطنية دنيا للحماية الاجتماعية^١ تحتوي على ضمانات أساسية بشأن الضمان الاجتماعي تكفل حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وتأمين الدخل بأدنى مستوى محدّد وطنياً على أقل تقدير. ويلزم أن تعترف رسمياً سياسات الرعاية الصحية الوطنية بأن بعض فئات الناس المصابين بالعجز يعانون من أوجه تفاوت صحي؛ وهذا الاعتراف سيكون خطوة أساسية على طريق تقليل الإجحافات الصحية من أجل الالتزام بالتعاون واتباع نهج منسق فيما بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية. وإعادة التأهيل المجتمعي وسيلة هامة لضمان وتحسين تنسيق الخدمات الصحية وإتاحتها، وخصوصاً في المناطق الريفية وتلك النائية.

٣١- ويتطلب تكليل إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات الصحية بالنجاح تقديم مدخلات من الأشخاص المصابين بالعجز، فهم الأكثر دراية بتلك العقبات والأشدّ تضرراً بها. ومن الضروري أن يُكفّل إصدار المعلومات المتعلقة بالصحة في صيغة يسهل وصول أولئك الأشخاص إليها كما ينبغي وأن تلبي وسائل الاتصالات متطلباتهم (مثل لغة الإشارات). وقد يحتاج أيضاً بعض الأشخاص المذكورين دعماً لتأكيد حقهم في الصحة ومساواتهم في فرص الحصول على الخدمات الصحية.

١ توصية منظمة العمل الدولية (رقم ٢٠٢) المتعلقة بالحدود الوطنية الدنيا للحماية الاجتماعية، ٢٠١٢: توصية بشأن توفير الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية، اعتمدت في ١٤ حزيران/يونيو ٢٠١٢.

الغرض ١: إزالة العقبات وتحسين إتاحة الخدمات والبرامج الصحية		
مؤشرات النجاح	وسيلة التحقق	بيئات النجاح
١-١ نسبة % من البلدان التي لديها سياسات صحية وطنية تبين صراحة أن للأشخاص المصابين بالعجز الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه	جمع البيانات بفضل المسوح التي يجريها المبلغون الرئيسيون بالمعلومات في وزارات الصحة والمجتمع المدني/ منظمات الأشخاص المصابين بالعجز، وإدارة الأمانة للبيانات عند خط الأساس بعد مضي فترة تتراوح بين ٥ و ١٠ سنوات عليها	إيجاد سياسة صحية تتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
٢-١ نسبة % من البلدان التي تحظر على شركات التأمين الصحي التمييز ضد حالات العجز الموجودة مسبقاً	إجراء المسح النموذجي عن العجز (انظر الغرض ٣) ومسوحات وطنية أخرى عن العجز والصحة في سياق إطار رصد التغطية الصحية الشاملة ونهج قياسها.	إدراج الأشخاص المصابين بالعجز في التغطية الصحية الشاملة
٣-١ نسبة الأشخاص المصابين بالعجز الذين يتمتعون بسبيل الحصول على ما يلزمهم من خدمات صحية		
٤-١ نسبة % من الأسر التي لديها ناساً مصابين بالعجز وتتكد نفقات كارثية من جيبها الخاص لقاء الحصول على الخدمات الصحية		

إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
١-١ وضع و/ أو إصلاح القوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط المتعلقة بالصحة والعجز من أجل مواءمتها مع مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	<ul style="list-style-type: none"> استعراض وتنقيح السياسات القائمة بالتخلص من الأحكام التمييزية للمساعدة على ضمان تحسين إتاحة قطاع الصحة والقطاعات الأخرى للأشخاص المصابين بالعجز وإدراجهم في تلك القطاعات تعبئة قدرات القطاع الصحي للإسهام في وضع استراتيجية وخطّة عمل وطنيتين ومتعددتتي القطاعات عن العجز تكفلان وضع خطوط واضحة بشأن المسؤولية وآليات معنية بالتنسيق والرصد والإبلاغ تزويد قطاع الصحة بالدعم لأغراض رصد تنفيذ السياسات الصحية وتقييمه ضماناً للامتثال لأحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم الدعم التقني؛ ووضع مبادئ توجيهية بشأن تعزيز النظم الصحية الشاملة للعجز من أجل المساعدة في تحقيق التغطية الشاملة. تقديم الدعم التقني وبناء القدرات داخل وزارات الصحة وسواها من القطاعات المعنية من أجل وضع القوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط وتنفيذها ورصدها 	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز فرص تبادل المعلومات عن وضع سياسات فعالة تعزز صحة الأشخاص المصابين بالعجز مشاركة الهيئات الوطنية ذات الصلة، ومنها منظمات الأشخاص المصابين بالعجز وغيرها من كيانات المجتمع المدني، في إصلاح القوانين والسياسات والاستراتيجيات والخطط المتعلقة بالصحة والعجز

إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
	<ul style="list-style-type: none"> • الترويج لتقديم خدمات صحية محورها الفرد وإشراك الرجال والنساء والأولاد والبنات المصابين بالعجز والمنظمات المعنية بهم في تلك العملية بكل مراحلها إشراكاً فعالاً 		
١-٢ تطوير القيادة وتصريف الشؤون فيما يخص دمج العجز في قطاع الصحة	<ul style="list-style-type: none"> • تحديد مراكز اتصال معنية بالعجز داخل وزارات الصحة وصياغة خطط عمل داخلية تؤيد دمج خدمات الرعاية الصحية العمومية وإتاحتها • ضمان مشاركة قطاع الصحة في هيئات التنسيق الوطنية المعنية بالعجز • ضمان مشاركة منظمات الأشخاص المصابين بالعجز في رسم السياسات الصحية وعمليات ضمان الجودة 	<ul style="list-style-type: none"> • تزويد الدول الأعضاء بالدعم اللازم لبناء قدراتها القيادية وإعداد حزمة دورات تدريبية عن دمج العجز في قطاع الصحة وتنفيذ تلك الحزمة • استضافة حلقات عمل إقليمية عن التغطية الصحية الشاملة والمساواة ودمجها بالمبادرات الجارية/ ذات الصلة لموظفي وزارات الصحة ورأسمي السياسات وممثلي منظمات الأشخاص المصابين بالعجز، وذلك بالاستفادة من التجارب القطرية 	<ul style="list-style-type: none"> • تزويد وزارات الصحة بالدعم اللازم لبناء قدراتها القيادية من أجل ضمان تقديم خدمات صحية شاملة للعجز (المادة ٣٢ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة). • بناء قدرة منظمات الأشخاص المصابين بالعجز على المشاركة الفعالة في تصريف شؤون الخدمات الصحية
١-٣ إزالة الحواجز التي تحول دون توفير التمويل والقدرة على تحمل التكاليف من خلال إتاحة خيارات واتخاذ تدابير تكفل تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من تحمل تكاليف ما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية ومن الحصول عليها من دون إنفاق أموال طائلة من جيبهم الخاص أو تكبد نفقات كارثية عنها	<ul style="list-style-type: none"> • تخصيص موارد كافية لضمان تنفيذ المكونات الصحية للاستراتيجية وخطة العمل الوطنيتين عن العجز • ضمان أن تشمل مخططات تمويل الرعاية الصحية الوطنية على حد أدنى من الحزم والتدابير الخاصة بالحد من الفقر والحماية الاجتماعية التي تستهدف الأشخاص المصابين بالعجز وتلبي احتياجاتهم من الرعاية الصحية، وأن تصل هذه المعلومات عن المخططات إلى المصابين بالعجز 	<ul style="list-style-type: none"> • تزويد البلدان بالمساعدة التقنية اللازمة لوضع تدابير بشأن التمويل الصحي تزيد القدرة على تحمل تكاليف الخدمات والحصول عليها 	<ul style="list-style-type: none"> • تقديم الدعم التقني والمالي إلى الدول الأعضاء من أجل ضمان تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من الحصول على خدمات الرعاية الصحية العمومية • تزويد الدول الأعضاء بالتوجيه في مجال تعيين وصون الحدود الوطنية الدنيا للحماية الاجتماعية • دعم المصابين بالعجز في الحصول على المعلومات عن خيارات تمويل الرعاية الصحية

إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
	<ul style="list-style-type: none"> • تقليل النفقات التي يصرفها الأشخاص المصابون بالعجز من جيبهم الخاص ممن ليست لديهم وسيلة للإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، أو إلغاء تلك النفقات • تعزيز النهج المتعددة القطاعات لتغطية التكاليف المتكبدة بصورة غير مباشرة عن الحصول على خدمات الرعاية الصحية (مثل النقل) • ضمان تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من تحمل تكاليف خدمات التأمين الصحي الخاص، في حال إتاحتها، ومن الحصول على تلك الخدمات 		
<p>١-٤ إزالة العقبات التي تعترض سبيل تقديم الخدمات (ومنها العوائق التي تحول دون الوصول المادي والمعلومات والاتصالات والتنسيق) عبر جميع برامج الرعاية الصحية، بما فيها برامج الصحة الجنسية والإنجابية وتعزيز الصحة وغيرها من مبادرات الصحة العمومية الخاصة بالسكان</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اعتماد معايير وطنية بشأن إمكانية الوصول (تتمشى مع مبادئ التصميم العام) وضمان الامتثال لها داخل مرافق الخدمات الصحية العمومية • توفير طائفة واسعة من تدابير تأمين وسائل الراحة المعقولة لتذليل العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية العمومية، بوسائل منها إدخال تعديلات على هياكل المرافق والمعدات التي لها سمات التصميم العام وعلى نظم التعيين وإيجاد نماذج بديلة لتقديم الخدمات وإرسال المعلومات في صيغ مناسبة، من قبيل لغة الإشارات واستخدام لغة برايل (Braille) الخاصة بالمكفوفين وأحرف الطباعة الكبيرة وبرنامج (Easy Read) لتسهيل القراءة والمعلومات المصورة 	<ul style="list-style-type: none"> • دعم عملية تحديد العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات معينة من خلال تقديم المساعدة التقنية اللازمة لجمع البيانات المصنفة بحسب نوع العجز عن مدى الاستفادة من تلك الخدمات • تطوير الموارد بشأن المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية • تقديم التوجيهات التقنية دعماً لإدراج الأشخاص المصابين بالعجز في سياسات الصحة العمومية واستراتيجياتها وبرامجها • تعزيز بناء قدرات برامج إعادة التأهيل المجتمعي، وخاصة في المجالات المتصلة بالصحة 	<ul style="list-style-type: none"> • تزويد جماعات المستخدمين بالدعم لتدقيق شؤون إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية من أجل تحديد العقبات التي قد تعترض سبيل الأشخاص المصابين بالعجز في الحصول على تلك الخدمات • تمويل البرامج التجريبية الرامية إلى إظهار فوائد إدراج الأشخاص المصابين بالعجز • تمكين الأشخاص المصابين بالعجز من تحسين صحتهم من خلال توفير المعلومات والتدريب ودعم الأقران • دعم تطوير برامج إعادة التأهيل المجتمعي

إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
	<ul style="list-style-type: none"> • إنشاء آليات دعم لتحسين حصول الأشخاص المصابين بالعجز على خدمات الرعاية الصحية باستمرار وطيلة العمر، بما في ذلك: تنفيذ التخطيط والعمل بروح الفريق المتعدد التخصصات وتطوير مسارات الإحالة ودلائل الخدمة • تشجيع وتسهيل إتاحة السائد من مبادرات الصحة العمومية الوطنية والمحلية التي تعزز الصحة وتحميها • دعم عملية دمج الإحالة إلى خدمات الرعاية الصحية ضمن أنشطة برامج إعادة التأهيل المجتمعي، وذلك بالاستعانة بتلك البرامج 		
<p>١-٥ التغلب على تحديات محددة في مجال جودة الرعاية الصحية التي يتلقاها المصابون بالعجز بما في ذلك المعارف والمواقف والممارسات السائدة بين العاملين الصحيين، ومشاركة المصابين بالعجز في القرارات التي تؤثر فيهم تأثيراً مباشراً</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز المزيد من الفهم والمعرفة والتصورات الإيجابية للمصابين بالعجز من خلال الاتصالات وحملات وسائل التواصل الاجتماعي الموجهة التي تُعد بالتعاون مع المنظمات المعنية بالمصابين بالعجز • دعم التعليم والتدريب عن طريق تعزيز الجهود الرامية إلى دمج العجز في إطار مناهج التعليم الجامعي والتعليم المستمر ذات الصلة الخاصة بمقدمي الخدمات، وتشجيع مثل هذه الجهود 	<ul style="list-style-type: none"> • تعميق الفهم بشأن إدراج القضايا الخاصة بالعجز (بما في ذلك الحقوق) في مناهج كليات الطب والتمريض وغيرها من المؤسسات المتعلقة بالصحة، وتعزيز أهمية ذلك • تصميم المناهج النموذجية بشأن العجز لكوادر العاملين في مجالي إعادة التأهيل والتأهيل بمرافق الرعاية الصحية • تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء التي تسعى إلى تطبيق المناهج النموذجية بشأن الإعاقة والصحة 	<ul style="list-style-type: none"> • دمج التعليم بشأن الصحة وحقوق الإنسان الخاصة بالمصابين بالعجز في التعليم الجامعي والتعليم المستمر لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية • ضمان مشاركة المصابين بالعجز كمقدمين لخدمات التعليم والتدريب حسب الاقتضاء • توفير التدريب والدعم للعاملين في المجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات غير الرسميين الذين يساعدون المصابين بالعجز على الحصول على الخدمات الصحية • إتاحة الفرص للمصابين بالعجز من أجل اكتساب المهارات اللازمة للدفاع عن حقوقهم من أجل التصدي على نحو فعال لتحديات معينة تتعلق بالحصول على الخدمات الصحية

إجراءات بشأن الغرض ١	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
١-٦ تلبية الاحتياجات الخاصة بالمصابين بالعجز في جميع جوانب إدارة مخاطر الطوارئ الصحية بما في ذلك الوقاية من الطوارئ والتأهب لها والاستجابة لمقتضياتها والتعافي منها	<ul style="list-style-type: none"> دمج العجز في السياسات والتقييمات والخطط والبرامج الخاصة بإدارة مخاطر الطوارئ الصحية إدراج إجراءات إدارة مخاطر الطوارئ في السياسات والخدمات والبرامج الخاصة بالعجز 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم الإرشادات والمساعدة التقنية من أجل تعزيز القدرات الخاصة بالتعامل مع العجز في إدارة مخاطر الطوارئ الصحية 	<ul style="list-style-type: none"> دمج العجز على صعيد إدارة مخاطر الطوارئ في أطر ومنتديات السياسات العالمية والإقليمية والوطنية المتعددة القطاعات والمتعلقة بالصحة إدراج العجز في تقديرات المخاطر وإدراج تدابير خاصة بالعجز في الخدمات الصحية المقدمة في إطار الاستجابة للطوارئ والتعافي منها

الغرض ٢: تعزيز وتوسيع نطاق خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم وخدمات إعادة التأهيل المجتمعية

٣٢- لا يتطلب جميع المصابين بالعجز خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيات الإعانة والمساعدة والدعم وخدمات التأهيل المجتمعي، ولكن العديد منهم يتطلبون ذلك. وعادة ما يكون الحصول على مختلف الخدمات والتكنولوجيات شرطاً أساسياً لكي يتمكن المصابون بالعجز من العمل والمشاركة في الحياة الاجتماعية والحصول على الرعاية الصحية، ولكي يتمكن الأطفال والمراهقون المصابون بالعجز من الالتحاق بالمدارس. ويتمحور تركيز هذه الخدمات حول تمكين الأفراد من المشاركة والاندماج في المجتمع.

٣٣- وتوضح المادة ٢٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (التأهيل وإعادة التأهيل) ضرورة اتخاذ الدول الأطراف التدابير الملائمة من أجل تنظيم خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل وتعزيزها والتوسع في نطاقها في مجالات الصحة والتوظيف والتعليم والخدمات الاجتماعية. كما تنص المادة ٢٦ أيضاً على أن الدول الأطراف ستعزز إتاحة الأجهزة وتكنولوجيات الإعانة المعدة للمصابين بالعجز والخاصة بالتأهيل وإعادة التأهيل، والمعرفة بشأنها واستخدامها فضلاً عن ذلك، فإن المادة ٤ (الالتزامات العامة)، والمادة ٢٠ (التنقل الشخصي) والمادة ٣٢ (التعاون الدولي) تطالب الدول الأطراف والمجتمع الدولي بالاستثمار في تيسير الحصول على تكنولوجيات الإعانة ذات الجودة، بجعلها متاحة بتكلفة ميسورة على سبيل المثال.

٣٤- ومن شأن التأهيل وإعادة التأهيل أن يحدا من أثر نطاق واسع من الاعتلالات الصحية (مثل الأمراض والإصابات). ويعرّف هذان الإجراءان في التقرير العالمي عن العجز بأنهما "مجموعات من التدابير التي تساعد الأفراد الذين يعانون من العجز أو يحتمل أن يعانون منه، على تحقيق الأداء الأمثل في التفاعل مع البيئة المحيطة بهم، والحفاظ عليه". وينبغي البدء بتنفيذ تدبيرين من قبيل تلكا اللذين يشتملان على الرعاية الطبية والعلاج وتكنولوجيات الإعانة في أقرب وقت ممكن وإتاحتهما في أقرب مكان ممكن من الأماكن التي يعيش فيها المصابون بالعجز.

٣٥- وتشهد تكنولوجيات الإعانة تطوراً سريعاً وتشمل أي سلعة أو وحدة من المعدات أو المنتجات سواء تلك التي يتعين الحصول عليها من مصادر تجارية أو التي يتعين تعديلها أو تصميمها خصيصاً، والتي تُستخدم من

أجل زيادة القدرات الوظيفية للمصابين بالعجز أو الحفاظ عليها أو تحسينها. وتشمل تكنولوجيايات الإعانة النظارات الطبية، والمعينات السمعية، وطرق الاتصال المعززة والبديلة، وأطر المشي، والكراسي المتحركة، والبديلات مثل الأرجل الصناعية. ويغطي المجال أيضاً تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مثل أجهزة الحاسوب، وبرامج قراءة الشاشة والهواتف المصممة خصيصاً. وتلعب تكنولوجيايات الإعانة دوراً مهماً في تمكين المصابين بالعجز من الأداء والمشاركة.

٣٦- وتمكّن خدمات المساعدة والدعم المصابين بالعجز من مزاوله أنشطة الحياة اليومية والمشاركة المجتمعية. وهذه الخدمات التي عادة ما تتوفر من خلال أفراد الأسرة والشبكات المجتمعية، وكذلك من خلال مقدمي الخدمات الرسميين، تشمل المساعدة الشخصية، والخدمات الخاصة بالعيش المستقل، وخدمات الرعاية المؤقتة، والترجمة الفورية بلغة الإشارة، والدعم الوظيفي والتعليمي، والمعلومات والمشورة.

٣٧- وفي إمكان برامج إعادة التأهيل المجتمعية أن تقدم خدمات إعادة التأهيل وتكنولوجيايات الإعانة والدعم في البلدان التي تفتقر إلى الموارد وأن تؤدي إلى تمكين المصابين بالعجز وأسرهم. وتقدم المبادئ التوجيهية الصادرة عن المنظمة بهذا الشأن اقتراحات عملية عن كيفية إنشاء الروابط مع الخدمات العامة وتعزيز قدرات هذه الخدمات وتيسير الحصول على الخدمات المحددة.^١

٣٨- ويعود الاستثمار في التأهيل وإعادة التأهيل وتوفير تكنولوجيايات الإعانة بالفائدة لأنه يؤدي إلى بناء القدرات البشرية، وقد يكون بالغ الأهمية بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من أوجه القصور حيث يمكنهم من الأداء على نحو يتيح لهم البقاء في منازلهم أو في مجتمعاتهم المحلية أو العودة إليها، ومن العيش المستقل والانخراط في صفوف التعليم وسوق العمل والحياة المدنية. كما أن في إمكان تلك التسهيلات الحد من الحاجة إلى خدمات الدعم الرسمية والحد من الزمن والأعباء البدنية المطلوبة من مقدمي الرعاية.

٣٩- ولا تتوفر بيانات عالمية بشأن الاحتياجات من خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيايات الإعانة والدعم والمساعدة ونوعية التدابير المقدمة وجودتها، كما لا تتوفر تقديرات لحجم الاحتياجات غير الملبّاة. ولكن البيانات على الصعيد الوطني تتم عن فجوات واسعة في توفير الخدمات وإتاحتها في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. فعلى سبيل المثال هناك بيانات من أربعة بلدان في جنوب أفريقيا تشير إلى أن نسبة الأشخاص الذين يتلقون خدمات إعادة التأهيل الطبي الذي يحتاجون إليه تتراوح ما بين ٢٦٪ و ٥٥٪. ويلبي إنتاج المعينات السمعية في الوقت الحاضر نسبة تقل عن ١٠٪ من الاحتياجات العالمية، وفي البلدان النامية تبلغ النسبة الملبّاة من الاحتياجات من المعينات السمعية أقل من ٣٪ سنوياً. وقد تزداد الحاجة إلى الخدمات نتيجة لعوامل بيئية مثل الكوارث والنزاعات.

٤٠- وهناك عقبات كبيرة في سبيل توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيايات الإعانة والمساعدة والدعم، بما في ذلك عدم تحديد الأولويات؛ وغياب السياسات والخطط؛ وارتفاع التكاليف وغياب آليات التمويل أو عدم كفايتها؛ ونقص أعداد المهنيين المدربين تدريباً ملائماً، وغياب المرافق والمعدات؛ وعدم فعالية نماذج الخدمات وعدم دمج الخدمات وعدم الأخذ باللامركزية (مثل توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل في منشآت الرعاية الصحية الأولية والثانوية). وعادة ما تقع مراكز إعادة التأهيل والتأهيل الرئيسية في المناطق الحضرية في حين تفتقر المناطق الريفية حتى إلى الخدمات العلاجية الأساسية. وقد يكون السفر من أجل الحصول على خدمات إعادة التأهيل الثانوية أو المتخصصة مكلفاً ويستغرق وقتاً طويلاً، كما أن وسائل المواصلات العامة عادة ما لا تكون ملائمة للأشخاص الذين يعانون من صعوبة التحرك. وقد تواجه النساء صعوبات إضافية أثناء السفر

١ منظمة الصحة العالمية. إعادة التأهيل المجتمعي: الدلائل التوجيهية للتأهيل المجتمعي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

إلى خدمات الرعاية الصحية. كما أن غياب البحث والبيانات عن الاحتياجات والاحتياجات الملباة ونوعية الخدمات المقدمة وجودتها، والتكاليف والفوائد، يحد من تهيئة خدمات إعادة التأهيل والتأهيل الفعالة. وفضلاً عن ذلك، فالمشاورات مع المصابين بالعجز ومشاركتهم في توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل تُعد غير كافية.

٤١- وتمثل أنشطة التأهيل وإعادة التأهيل أنشطة شاملة للقطاعات ويمكن تقديمها من قبل المهنيين الصحيين إلى جانب غيرهم من المتخصصين في مجالات التعليم والتوظيف والرعاية الاجتماعية وغيرها من المجالات. وفي البيئات التي تفتقر إلى الموارد يمكن أن تقدم هذه الخدمات من قبل العاملين غير المتخصصين، مثل العاملين في مجال إعادة التأهيل المجتمعي، فضلاً عن الأسر والأصدقاء والتنظيمات المجتمعية. ورغم أن وزراء الصحة سيضطرون بدور محوري في ضمان إتاحة الخدمات المناسبة والملائمة التوقيت والميسورة التكلفة والعالية الجودة، فمن الأهمية الإقرار بالروابط مع الوزارات الأخرى وتحديدتها، مثل وزارة الرعاية الاجتماعية (التي يمكنها أن توفر الأجهزة المساعدة أو الدعم للخدمات والمعدات)، ووزارة العمل (لتوفير إعادة التأهيل المهني)، ووزارة التعليم (لتدريب العاملين). وعادة ما تسهم الكيانات غير الحكومية بما في ذلك المنظمات الدينية وشركات القطاع الخاص إسهاماً كبيراً في توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل. وتضطلع الحكومات بدور مهم في تحديد الآلية التي يمكن تنسيق هذه الخدمات من خلالها وتنظيمها على صعيد القطاعات والشركاء.

٤٢- ويُعد التأهيل وإعادة التأهيل من الأنشطة الطوعية، ومع ذلك فقد يحتاج بعض الأفراد إلى الدعم في اتخاذ القرار بشأن الاختيارات المتعلقة بالعلاج. وفي جميع الأحوال فإن خدمات التأهيل وإعادة التأهيل والمساعدة والدعم وإعادة التأهيل المجتمعي ينبغي أن تؤدي إلى تمكين المصابين بالعجز وأفراد أسرهم. وتُعد المشاركة النشطة واتخاذ القرار من جانب المصابين بالعجز وأسر الأطفال المصابين بالعجز جزءاً لا يتجزأ من نجاح خدمات التأهيل وإعادة التأهيل والمساعدة والدعم.

الغرض ٢: تعزيز وتوسيع نطاق خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيايات الإعانة والمساعدة والدعم وخدمات إعادة التأهيل المجتمعية

مؤشرات النجاح	وسيلة التحقق	بيئات النجاح
٢-١ نسبة x٪ من البلدان لديها سياسات وطنية بشأن التأهيل وإعادة التأهيل والخدمات أو البرامج المجتمعية المتعلقة بالمصابين بالعجز	استخدام التصنيف الدولي الموحد للمهن والمسوحات التي نفذتها المنظمات المهنية	وجود التشريعات والسياسات واللوائح الخاصة بإعادة التأهيل والتأهيل والخدمات المجتمعية، والتي تتماشى مع مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
٢-٢ عدد خريجي المؤسسات التعليمية لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة، حسب مستوى التعليم ومجاله (من قبيل طب إعادة التأهيل البدني والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والبديلات والمقاويم)	البيانات التي ستُجمع من خلال المخبرين الرئيسيين في وزارات الصحة والمجتمع المدني/ المنظمات المعنية بالمصابين بالعجز، وتتولى الأمانة معالجتها عند خط الأساس وبعد ٥ و ١٠ سنوات (المؤشر ٢-٣)	
٢-٣ نسبة السكان الذين تغطيهم خدمات إعادة التأهيل المجتمعي أو غيرها من الخدمات المجتمعية	استخدام المسوحات الخاصة بالعجز مثل المسح النموذجي لحالات العجز للمنظمة (المؤشر ٢-٤)	
٢-٤ نسبة المصابين بالعجز الذين يحصلون على تكنولوجيايات الإعانة التي يحتاجون إليها (على سبيل المثال المعينات السمعية و/ أو النظارات و/ أو البديلات و/ أو المقاويم)		

إجراءات بشأن الغرض ٢	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
<p>١-٢ توفير القيادة وتصريف الشؤون من أجل وضع وتعزيز السياسات والاستراتيجيات والخطط بشأن التأهيل وإعادة التأهيل، وتكنولوجيا الإعانة، وخدمات الدعم والمساعدة، وإعادة التأهيل المجتمعي والاستراتيجيات المتعلقة بها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • وضع أو تنقيح التشريعات والسياسات والمعايير وآليات التنظيم الخاصة بالتأهيل وإعادة التأهيل، وتكنولوجيا الإعانة، وخدمات الدعم والمساعدة المجتمعية، وإعادة التأهيل المجتمعي والاستراتيجيات المتعلقة بها • إجراء تحاليل الحالة من أجل إرشاد السياسات والتخطيط • إنكفاء الوعي بشأن إعادة التأهيل والتأهيل وإنشاء الآليات الخاصة بتخطيط القطاع الوطني وتنسيقه وتمويله 	<ul style="list-style-type: none"> • توفير الإرشادات التقنية؛ ووضع الصيغة النهائية للمبادئ التوجيهية المسندة بالبيانات بشأن إعادة التأهيل المتعلقة بالصحة ونشرها • توفير الإرشادات والدعم التقني لبناء القدرات داخل وزارات الصحة وغيرها من القطاعات ذات الصلة من أجل وضع التشريعات والسياسات والاستراتيجيات والخطط وتنفيذها ورصدها • استضافة الأحداث الإقليمية بشأن وضع و/أو تعزيز خطط العمل الإقليمية الخاصة بإعادة التأهيل • توفير الدعم لإجراء تحاليل الحالة الوطنية والإقليمية التي يمكن استخدام نتائجها في تصميم الخطط الرامية إلى تعزيز تقديم الخدمات 	<ul style="list-style-type: none"> • المشاركة على نحو مباشر في وضع السياسات والاستراتيجيات والخطط • توفير المدخلات والدعم التقني للبلدان التي ستبدأ في تقديم خدمات إعادة التأهيل والتأهيل أو في توسيع نطاقها
<p>٢-٢ توفير الموارد المالية الكافية لضمان توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيا الإعانة الملائمة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • إنشاء أو تعزيز آليات التمويل من أجل زيادة التغطية بخدمات التأهيل وإعادة التأهيل وتكنولوجيا الإعانة الميسورة التكلفة، ومدى إتاحتها وقد تشمل هذه الآليات مزيجاً مما يلي، حسب الظروف الخاصة بكل بلد من البلدان: • التمويل العام الموجه إلى المصابين بالعجز مع إعطاء الأولوية لعناصر إعادة التأهيل والتأهيل الأساسية، بما في ذلك تكنولوجيا الإعانة، وللأشخاص غير القادرين على الدفع 	<ul style="list-style-type: none"> • توفير الإرشادات المسندة بالبيانات بشأن آليات تمويل إعادة التأهيل لوزارة الصحة وغيرها من القطاعات ذات الصلة وأصحاب المصلحة، وذلك بالتعاون مع الوكالات الأخرى المعنية 	<ul style="list-style-type: none"> • تشجيع الريادة الوطنية من أجل زيادة تخصيص الموارد لإعادة التأهيل • توفير الدعم المالي من خلال التعاون الدولي، بما في ذلك في حالة الأزمات الإنسانية

إجراءات بشأن الغرض ٢	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
	<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز الإتاحة المنصفة لإعادة التأهيل من خلال تغطية التأمين الصحي والاجتماعي • إعادة تخصيص الموارد الحالية وإعادة توزيعها • توفير الدعم من خلال التعاون الدولي، على سبيل المثال في حالة الأزمات الإنسانية 		
<p>٢-٣ تنمية قدرات قوى عاملة مستدامة في مجال التأهيل وإعادة التأهيل وأستبقاء هذه القوى العاملة كجانب من استراتيجية صحية أوسع نطاقاً</p>	<ul style="list-style-type: none"> • صياغة الخطط الصحية وخطط إعادة التأهيل والتأهيل الوطنية وتنفيذها من أجل زيادة أعداد الموارد البشرية وقدراتها - من كلا الجنسين - في مجال إعادة التأهيل • تحسين ظروف العمل والأجور وفرص العمل من أجل اجتذاب العاملين في مجال إعادة التأهيل والتأهيل واستبقائهم • وضع المعايير الوطنية الخاصة بالتدريب لمختلف أنواع العاملين في مجال إعادة التأهيل ومستوياتهم، التي تتيح التطور المهني والتعليم المستمر على صعيد المستويات كافة • تدريب العاملين الصحيين على الكشف المبكر عن الأشخاص الذين في إمكانهم الاستفادة من التأهيل وإعادة التأهيل وخدمات الدعم والمساعدة، وعلى تقييم هؤلاء الأشخاص وإحالتهم إلى تلك الخدمات 	<ul style="list-style-type: none"> • توفير الإرشادات المسندة بالبيانات لوزارات الصحة وغيرها من القطاعات المعنية وأصحاب المصلحة بشأن استقدام الموظفين وتدريب العاملين في مجال إعادة التأهيل واستبقائهم • توفير المساعدة التقنية اللازمة لدعم وزارات الصحة وغيرها من القطاعات المعنية وأصحاب المصلحة من أجل بناء قدرات مقدمي خدمات التدريب ووضع المعايير الخاصة بالتدريب • تصميم باقة تدريبية إلكترونية بشأن التأهيل المجتمعي من أجل تعزيز القوى العاملة ولاسيما على صعيد المجتمعات المحلية 	<ul style="list-style-type: none"> • وضع المعايير الخاصة بالتدريب لمختلف أنواع العاملين في مجال إعادة التأهيل ومستوياتهم • تنفيذ التدابير الرامية إلى تحسين استقدام العاملين المتخصصين في إعادة التأهيل والتأهيل واستبقائهم ولاسيما في المناطق الريفية والمناطق النائية • تدريب العاملين الصحيين من غير المتخصصين في مجال العجز وإعادة التأهيل والتأهيل وفقاً لأدوارهم ومسؤولياتهم

إجراءات بشأن الغرض ٢	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
٢-٤ توسيع وتعزيز خدمات التأهيل وإعادة التأهيل من أجل ضمان التكامل، عبر سلسلة الرعاية، مع المستويات الأولية والثانوية والمتخصصة من نظام الرعاية الصحية، والوصول المنصف، بما في ذلك الخدمات التدخلية التي توفر مبكراً وفي الوقت المناسب للأطفال ذوي الإعاقة	<ul style="list-style-type: none"> استعراض خدمات وبرامج إعادة التأهيل والتأهيل القائمة وإجراء التغييرات اللازمة لتحسين التغطية والكفاءة والفعالية إدماج خدمات إعادة التأهيل والتأهيل مع البنية التحتية الصحية والاجتماعية والتعليمية القائمة استخدام إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي كاستراتيجية لاستكمال وتعزيز توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل القائمة وخاصة في البلدان التي تُتاح فيها خدمات قليلة إنشاء آليات من أجل التنسيق الفعال بين مختلف مقدمي خدمات إعادة التأهيل والتأهيل ومستويات نظام الرعاية الصحية العمل مع مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة من أجل ضمان الخدمات للأطفال ذوي الإعاقة والتنسيق بين الوكالات المسؤولة 	<ul style="list-style-type: none"> دعم البلدان في إدماج خدمات التأهيل وإعادة التأهيل في النظام الصحي مع التركيز على لامركزية الخدمات على المستوى الأولي/المجتمعي استحداث أدوات وبرامج تدريبية ذات صلة من أجل تطوير وتعزيز خدمات التأهيل وإعادة التأهيل بما في ذلك للأطفال توفير إرشادات تقنية للبلدان التي ترغب في تطوير أو تعزيز برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي دعم إنشاء قاعدة بيانات عالمية بشأن برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي لبيان المواضيع التي تُنفذ فيها البرامج وإقامة شبكة عالمية ذات صلة تزود البرامج المدرجة في قاعدة البيانات بالمعلومات والتدريب والدعم 	<ul style="list-style-type: none"> العمل مع وزارات الصحة على توسيع وتعزيز توفير خدمات إعادة التأهيل والتأهيل بما يتماشى مع الخطط الوطنية الترويج لإعادة التأهيل المستند إلى المجتمع المحلي كاستراتيجية فعالة لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة وتيسير وصولهم إلى خدمات إعادة التأهيل توفير الدعم التقني والمالي من أجل ضمان توفير برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي الجيدة النوعية وصيانة الشبكات القائمة على المستويين العالمي والإقليمي وعلى المستوى القطري العمل مع أصحاب المصلحة ذوي الصلة من أجل إقامة وتبسيط نظم إحالة بغية ضمان أن الأشخاص ذوي الإعاقة يتوافر لهم طيلة العمر ما يحتاجونه من خدمات على كل مستوى من مستويات النظام الصحي
٢-٥ إتاحة تكنولوجيات مساعدة مناسبة تتسم بكونها مأمونة وجيدة النوعية وميسورة التكلفة	<ul style="list-style-type: none"> إدراج توفير التكنولوجيات المساعدة في السياسات والاستراتيجيات والخطط الخاصة بالصحة وإعادة التأهيل والتأهيل وسائر القطاعات الأخرى ذات الصلة، مع إرفاق الدعم اللازم في إطار الميزانية تصميم مجموعة متنوعة من آليات وبرامج التمويل، مثل نظم الاستئجار 	<ul style="list-style-type: none"> إعداد ونشر إرشادات مستندة إلى البيانات بشأن توفير التكنولوجيات المساعدة واستخدامها توفير المساعدة التقنية للدول الأعضاء من أجل بناء القدرة على استحداث وتعزيز توفير التكنولوجيات المساعدة واستخدامها 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء من أجل بناء القدرة على استحداث وتعزيز توفير التكنولوجيات المساعدة

إجراءات بشأن الغرض ٢	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
٢-٦ الترويج للوصول إلى مجموعة متنوعة من خدمات المساعدة والدعم ودعم المعيشة المستقلة والإدماج الكامل في المجتمع	<ul style="list-style-type: none"> • تعريف معايير توفير التكنولوجيا المساعدة 	<ul style="list-style-type: none"> • الدعوة إلى اتباع الإرشادات التقنية وتوفيرها بشأن تصميم وتنفيذ الأطر السياسية المناسبة 	<ul style="list-style-type: none"> • الدعوة إلى وضع أطر سياسية لضمان توفير خدمات المساعدة والدعم بفعالية • دعم القيادة الوطنية في تحديد وتأمين الموارد التقنية والمالية اللازمة لخدمات المساعدة والدعم • توفير المدخلات التقنية/الدعم من أجل ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية إلى الدعم المجتمعي
٢-٧ إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية ودعمهم وبناء قدراتهم من أجل دعم المعيشة المستقلة والإدماج الكامل في المجتمع	<ul style="list-style-type: none"> • إدراج الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية في جميع جوانب تطوير وتعزيز إعادة التأهيل والتأهيل وخدمات الدعم والمساعدة • التعاون مع قطاعات أخرى غير قطاع الصحة من أجل ضمان توفير الدعم المناسب لمن يقدمون الرعاية بصورة غير رسمية، ومعظمهم من النساء 	<ul style="list-style-type: none"> • الترويج لإدراك وفهم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ودور الأسر و/أو من يقدمون الرعاية بصورة غير رسمية • صيانة وتدعيم الشراكات مع المنظمات والرابطات التي تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم بصورة غير رسمية 	<ul style="list-style-type: none"> • الدعوة إلى إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم و/أو من يقومون على رعايتهم في جميع جوانب تطوير وتدعيم خدمات إعادة التأهيل والتأهيل • الترويج لأهمية من يقدمون الرعاية بصورة غير رسمية في حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، وأهمية تعزيز صحتهم ورفاههم

الغرض ٣: تعزيز جمع البيانات ذات الصلة والقابلة للمقارنة دولياً عن العجز ودعم البحوث المتعلقة بحالات العجز والخدمات ذات الصلة

٤٣ - البيانات والبحوث الجيدة النوعية بشأن العجز ضرورية لتوفير الأساس للسياسات والبرامج وتخصيص الموارد بفعالية. وهي مهمة أيضاً لتعميق فهم القضايا المتصلة بالعجز وإيجاد طرق ناجحة لإزالة العوائق ولضمان إمكانية مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع وإسهامهم فيه على قدم المساواة.

٤٤- بيد أنه ليس هناك ما يكفي من البيانات الدقيقة والقابلة للمقارنة والبحوث المتعلقة بالعجز ونظم الرعاية الصحية على الصعيدين الوطني والعالمي. فثمة بيانات تُجمع عن الوفيات، ولكن هناك نقص في البيانات الخاصة بالسياسات فيما يتعلق بتأدية الوظائف والعجز. ففي كثير من الأحيان، لا تجمع نظم جمع البيانات الوطنية، التي قد تشمل تعدادات السكان والاستقصاءات السكانية وسجلات البيانات الإدارية، بيانات عن العجز. وكثيراً ما يُستبعد الأشخاص ذوو الإعاقة من التجارب التي تلتصق ببيانات علمية على حصائل التدخلات الصحية. ويُشكل نقص البيانات عقبة مهمة في سبيل اتخاذ القرارات، مما يؤثر بدوره على إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية الأساسية والخدمات المتخصصة.

٤٥- وتشمل البيانات اللازمة لتدعيم نظم الرعاية الصحية: عدد الأشخاص ذوي الإعاقة وحالتهم؛ والعوائق الاجتماعية والبيئية التي تعترضهم، بما في ذلك التمييز؛ ومدى استجابة نظم الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ واستخدام خدمات الرعاية الصحية من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة؛ ومدى الرعاية اللازمة لهم، الملبي منها وغير الملبي على السواء.

٤٦- وعلى الصعيد الدولي، يحتاج الأمر إلى وضع منهجيات لجمع البيانات عن العجز واختبار هذه المنهجيات عبر الثقافات وتطبيقها على نحو متسق. وهناك حاجة إلى أدوات لتصنيف البيانات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة. ويتعين أن تكون البيانات موحدة وقابلة للمقارنة دولياً من أجل التمكن من تحديد المعايير ورصد التقدم المحرز على الصعيدين الوطني والدولي بشأن السياسات الخاصة بالعجز وبشأن تنفيذ مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي على الصعيد الوطني إدراج العجز في عملية جمع البيانات وتحليل البيانات الخاصة بالعجز واستخدامها وفي رسم السياسات والتخطيط. ويُمكن باستخدام تعاريف للعجز، استناداً إلى التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة، بما في ذلك الصيغة الخاصة بالأطفال والشباب، الحصول على بيانات قابلة للمقارنة دولياً. ويُمكن أن يكون إدراج وحدة خاصة بالعجز في استقصاءات العينات القائمة نهجاً فعالاً للتكلفة وكفواً لتوليد بيانات عن الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي للاستقصاءات المخصصة، مثل استقصاء العجز النموذجي الذي تقوم الأمانة بإعداده، أن توفر معلومات شاملة عن خصائص العجز ذات الصلة بصوغ السياسات، مثل معدل الانتشار، والأحوال الصحية المرتبطة بالعجز، واستخدام الخدمات والحاجة إليها، ونوعية الحياة، والفرص، والاحتياجات من حيث إعادة التأهيل والتأهيل. ومن المهم تصنيف هذه البيانات أكثر من ذلك تبعاً للجنس أو السن أو الدخل أو المهنة للكشف عن الأنماط والاتجاهات وسائر المعلومات عن "المجموعات الفرعية" من الأشخاص ذوي الإعاقة. ويُمكن لجمع البيانات الإدارية أن يوفر معلومات محددة عن المستخدمين وأنواع الخدمات ومقدارها وتكلفتها.

٤٧- وينبغي اختيار المجالات ذات الأولوية في البحوث المتعلقة بالصحة على أساس السياقات القطرية، وقد تشمل قياس العجز ومحدداته؛ وتحديد العوائق التي تعترض توفير الرعاية الصحية وإعادة التأهيل والتأهيل والتكنولوجيا المساعدة واستراتيجيات التغلب عليها؛ وعوامل النجاح في تدخلات تعزيز الصحة لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة؛ والوقاية من الاعتلالات الثانوية؛ والاكتشاف المبكر للمشاكل الصحية وإحالتها من خلال الرعاية الصحية الأولية؛ والصلة بين احتياجات إعادة التأهيل والتأهيل وتلقي الخدمات والحصائل الصحية (تأدية الوظائف ونوعية الحياة) والتكاليف؛ ونماذج توفير الخدمات ونهج تطوير الموارد البشرية وطرائق التمويل؛ وفعالية تكلفة تدابير إعادة التأهيل، بما في ذلك برامج إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي. وينبغي للبحوث الخاصة بالإعاقة أن تتضمن الأشخاص ذوي الإعاقة، كما ينبغي وضع البرامج البحثية بمشاركة نشطة من الأشخاص ذوي الإعاقة أو المنظمات التي تمثلهم.

الغرض ٣: تعزيز جمع البيانات ذات الصلة والقابلة للمقارنة دولياً عن العجز ودعم البحوث المتعلقة بحالات العجز والخدمات ذات الصلة		
مؤشرات النجاح	وسيلة التحقق	بيانات النجاح
١-٣ نسبة ×٪ من البلدان تجمع معلومات شاملة ^١ عن العجز	استجابات الحكومات	عدد البلدان التي توجد لديها أداة رصد صالحة وجديرة بالثقة توفر بيانات قابلة للمقارنة دولياً عن الحالة الصحية والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة
٢-٣ نسبة ×٪ من البلدان توفر منح بحثية لتمويل البحوث الخاصة بالعجز	تقديم التقارير الوطنية من وزارات الصحة والتعليم أو مراكز الامتياز الوطنية أو الهيئات الأكاديمية	تواتر جمع البيانات وتصنيفها تبعاً لما إذا كان ذلك جرى خلال السنوات الخمس السابقة أو قبل ذلك برامج تمويل البحوث، حيثما وجدت، التي توفر الموارد للبحوث الخاصة بالعجز

إجراءات بشأن الغرض ٣	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
١-٣ تحسين جمع البيانات عن العجز من خلال استحداث وتطبيق استقصاء نموذجي موحد بشأن العجز	<ul style="list-style-type: none"> تنفيذ أدوات صالحة وجديرة بالثقة متسقة مع التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة من أجل السماح بجمع البيانات عن العجز وتحسينه 	<ul style="list-style-type: none"> استحداث أدوات مستندة إلى البيانات للمساعدة على جمع البيانات عن العجز وتعزيزه، بما في ذلك استقصاء نموذجي بشأن العجز وضع إرشادات بشأن إشراك الأشخاص ذوي العجز في جمع البيانات عن العجز وتحليلها واستخدامها توفير الدعم التقني للدول الأعضاء من أجل بناء القدرة على جمع البيانات المتعلقة بالعجز وتحليلها واستخدامها من خلال استحداث التدريب وتنفيذه 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الدعم التقني والمالي للأمانة من أجل المساعدة على استحداث أدوات لجمع البيانات عن العجز توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء لتحسين قدرتها على جمع البيانات عن العجز

١ المعرفة باعتبارها جميع مجالات تأدية الوظائف (حالات القصور في الوظائف البدنية والهيكل البدني) المتعلقة بالاعتلالات الصحية والعوامل البيئية. ويلاحظ أن غالبية الجهود الرامية إلى جمع المعلومات عن العجز منذ عام ٢٠٠٠ لا تأخذ العوامل البيئية في الاعتبار؛ وقد جمع ٥٥ بلداً بيانات عن جميع المجالات الأخرى. ويتمثل خيار آخر في استحداث دليل (على سبيل المثال، نقطة واحدة لكل مجال من مجالات تأدية الوظائف والاعتلالات الصحية والعوامل البيئية بحد أقصى قدره خمس نقاط).

إجراءات بشأن الغرض ٣	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
<p>٣-٢ إصلاح النظم الوطنية لجمع البيانات، بما في ذلك نظم المعلومات الصحية، من أجل إدراج البيانات الخاصة بالعجز مصنفة تبعاً للجنس والسن بصورة روتينية استناداً إلى التصنيف الدولي لتأديبة الوظائف والعجز والصحة</p>	<ul style="list-style-type: none"> تضمن العجز في النظم الوطنية لجمع البيانات وتوفير البيانات مصنفة تبعاً للجنس والسن تعزيز البيانات الإدارية والخدمية الخاصة بالعجز، بما في ذلك حفظ السجلات داخل النظم الصحية المصنفة تبعاً للجنس والسن 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الإرشادات التقنية لدعم الدول الأعضاء في استحداث و/أو إصلاح نظمها الوطنية لجمع البيانات، بما في ذلك نظم المعلومات الصحية، بغية تعزيز المكوّن الخاص بالعجز 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء التي تستحدث و/أو تُصلح نظمها الوطنية لجمع البيانات بغية تعزيز المكوّن الخاص بالعجز
<p>٣-٣ تعزيز البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية، مع التركيز بشكل خاص على الأغراض الرئيسية لخطة العمل هذه</p>	<ul style="list-style-type: none"> العمل مع وكالات تمويل البحوث من أجل الترويج للعجز كمسألة ذات أولوية دعم البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية (مثل الاحتياجات إلى الخدمات والاحتياجات غير المستوفاة، والعوائق التي تعترض تقديم الخدمات، والحصائل الصحية وحصائل إعادة التأهيل)، مع نشر النتائج وتطبيقها في مجالي رسم السياسات والتخطيط 	<ul style="list-style-type: none"> إعداد إرشادات مستندة إلى البيانات ونشرها وتوزيعها من أجل الدول الأعضاء والشركاء بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية (مثل رصد وتقييم إعادة التأهيل المستندة إلى المجتمع المحلي) التعاون مع الشركاء في مجال البحوث لرعاية البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية (مثل العجز المتعلق بالأمراض غير السارية) 	<ul style="list-style-type: none"> دعم الدول الأعضاء والأمانة لإجراء البحوث بشأن المسائل الخاصة بالعجز ذات الأولوية

إجراءات بشأن الغرض ٣	مدخلات مقترحة للدول الأعضاء	مدخلات للأمانة	مدخلات مقترحة للشركاء الدوليين والوطنيين
٣-٤ تدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز في مجموعة متنوعة من التخصصات	<ul style="list-style-type: none"> استحداث وتنفيذ استراتيجية لتدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها (بما في ذلك الأشخاص ذوو الإعاقة) في مجال البحوث الخاصة بالعجز التعاون مع المؤسسات التعليمية والتدريبية الرئيسية (الوطنية والدولية على السواء) من أجل تدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز ضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى ما يحتاجونه من تدريب للتأثير في البرامج البحثية ولكي يصبحوا هم أنفسهم باحثين 	<ul style="list-style-type: none"> التعاون مع الدول الأعضاء والشركاء الوطنيين والدوليين الرئيسيين من أجل استحداث استراتيجيات لتدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الدعم التقني والمالي للدول الأعضاء والمجتمع المدني من أجل استحداث استراتيجيات لتدعيم قدرة الموارد البشرية وبنائها في مجال البحوث الخاصة بالعجز إتاحة فرص للتعلم والبحوث عن طريق ربط الجامعات في البلدان المنخفضة الدخل بالجامعات في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل

= = =