



annd

Arab NGO Network for Development  
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN  
UNIVERSITY OF BEIRUT  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

# الحقوق الصحية في العالم العربي من منظور شمول الإعاقة

شذى أبو سرور ،  
المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي  
الإعاقة

## تمهيد

يرتبط الحق في الصحة للمواطنين/ات عمومًا والأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص (بصفتهم موضوع هذه الورقة) ارتباطًا وثيقًا بالحق في الحياة والحق في مستوى معيشي لائق يكفل للمواطنين/ات توفّر مقومات العيش بكرامة. وإلى جانب الروابط الأخرى ما بين الحق في الصحة ورُزْمَةِ الحقوق الأخرى قاطبةً، يُقْتَلُ الحق في الصحة أحد القِداخل الرئيسية للميادين الحياتية المختلفة.

من ناحيةٍ أخرى، وقبل معالجة موضوع الحقوق الصحية في البلدان العربية من منظور شمول الإعاقة، لا بُدَّ من الإشارة سريعًا إلى جُمْلَةٍ من المتغيرات التي تؤثر على هذا الحق للأشخاص ذوي الإعاقة سياساتيًا وبرامجيًا وخدميًا، تمامًا كما تؤثر على غيره من الحقوق، وغيرهم من الفئات. يتمثل المتغير الأول في حالات الاستعمار المتفاوتة والمتنوعة التي تُعَايَشُهَا العديد من البلدان العربية والتي تتجسد في أشكال الاحتلال المختلفة وتجلُّب الحروب والنزاعات والهيمنة على الموارد وتدمير القطاعات الأساسية، بما فيها القطاع الصحي، أو تتجلّى عبر اعتماد العديد من هذه البلدان في تمويلها على الجهات المانحة الخارجية، تلك التي تؤثر على تحديد الأولويات وتصميم التدخلات على مختلف المستويات، ما يستدعي دراسة مدى اشتمال هذه التدخلات ذات الصلة بالقطاع الصحي على المقومات والمتطلبات المتعلقة بشمول الإعاقة. أما المتغير الثاني فيتمثل في انبثاق معظم السياسات والاستراتيجيات والتدخلات على المستوى الوطني عن المقاربة الفردية للإعاقة (أي المقاربة الرعائية/الخيرية والطبيّة)<sup>1</sup>، الأمر الذي يَظْهَرُ في العديد من

<sup>1</sup>Clough, B., & Herring, J. (Eds.). 2021. "Disability, Care and Family Law." Routledge.

التَمَثُّلاتِ سواء على صعيد السياسات النازمة لمختلف القطاعات، بما فيها القطاع الصحي، أو على مستوى الممارسات. ويكفُّ المتغير الثالث في مجموعة من علامات الاستفهام التي تُطرح حول مدى نُضج الدولة كمفهوم وتجربة لدى العديد من الأنظمة، بما فيها الأنظمة العربية، ما يعكسُ بطبيعة الحال على العلاقة القائمة بين الأنظمة الحاكمة والمواطنين/ات، وما تقتضيه هذه العلاقة من أدوار ومسؤوليات، بما في ذلك دور الأنظمة الحاكمة لناحية الاستجابة للحقوق والاحتياجات الصحية لدى المواطنين/ات، بمن فيهم المواطنين/ات ذوي الإعاقة. وبمعزل عن حقيقة أن هذا المتغير ينطبق على العدد الأكبر من المواطنين/ات على غرار المتغيرات الأخرى، إنما يجب التذكير بأن الأشخاص ذوي الإعاقة، شأن غيرهم من الفئات الأقل تمثيلاً، غالباً ما يدفعون الثمن الأكبر جِراء تَدَهُّورِ أدوار الأنظمة الحاكمة وتَسوُّه المفاهيم ذات الصلة بالخدمة المدنية.

ويتجلى المتغير الرابع في حالة الهشاشة والتسردُّم والاجتزاء في أنظمة الحماية الاجتماعية أو ما يشبهها في العديد من البلدان العربية، الأمر الذي يقود إلى التساؤل حول ماهية هذه الأنظمة إن وُجِدَت، ومدى اشتغالها على مقومات الشمولية، بما في ذلك الحقوق الصحية، ومدى مراعاتها لمتطلبات شمول الإعاقة، ومدى استجابتها للمتطلبات التي تفرضها خصائص الفئات الأقل تمثيلاً.

إن العديد من المتغيرات الواردة ذُكرها أعلاه لها عميق التأثير على القطاعات الصحية في البلدان العربية سياساتياً وبرامجياً، إنما تُعنى هذه الورقة حصراً بمحاولة تبيان أبرز المظاهر التي يَتَّسِمُ بها القطاع الصحي في بعض البلدان العربية كنموذج، تلك المظاهر ذات الأبعاد الأكثر تأثيراً على تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم الصحية بَعْدالة وكرامة واستقلالية. ويجدر التنويه بأننا نَسْتَبْدُ في بناء خطابنا في هذه الورقة إلى المقاربة الحقوقية للإعاقة التي بادرت إلى بنائها وتعزيزها اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مُعْتَمِدِينَ منهجياً على مراجعة الأدبيات، والملاحظة، وعددٍ من المقابلات التي أجريناها مع ممثلي المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في بعض البلدان العربية.

وربما يجدر بنا المرور سريعاً على ما نقصده لدى الإشارة إلى كل من المقاربة الفردية والمقاربة الحقوقية للإعاقة، بصفتيهما مقاربتين محوريتين في فهم الإعاقة كتجربة من جهة، والتعاطي معها على المستويات كافة من جهة أخرى. تقوم المقاربة الفردية (وَبِتَصَرُّف) على مفهوم يقضي بأن الإعاقة هي تجربة من حيث الأسباب والآثار، وهي مسألة تتعلق حصراً بما لدى الأفراد من قيود في قدراتهم الوظيفية الحسية أو الحركية أو الذهنية/التعلمية أو النفسية، بحيث ينصب التركيز على العوائق التي تحول دون المشاركة والقيام بالمهام الحياتية اليومية وغيرها من السمات أو القيود دونما اعتبار لأي متغيرات أو عوامل خارجية. ويُترجم هذا المفهوم إلى سياسات وبرامج وتدخلات (إن وُجِدَت) تتجسد حصراً في خدمات التأهيل والإغاثة/الرعاية وإنشاء مؤسسات خاصة وهكذا. في المقابل، تقوم المقاربة الحقوقية على حقيقة أن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هي ذاتها حقوق الإنسان كاملة، وتنطبق عليها السمات نفسها مثل الشمولية وعدم القابلية للفصل والتجزئة فضلاً عن حالة الترابط فيما بينها واعتماد كل منها على الآخر. فتتسكّل تجربة الإعاقة هنا عبر اجتماع سلسلة من السمات الشخصية (الصعوبات الحسية، والحركية، والذهنية/التعلمية، والنفسية) ومجموعة العوائق والحواجز البيئية المعمارية والاجتماعية والمؤسسية، تلك التي لا تستند إلى مقومات قبول التنوع والاستجابة للفروق الفردية والشمول، فينجم عن ذلك تفاعل سلبي يمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع بالحقوق والمشاركة في المجتمع كغيرهم من

المواطنين/ات. يتطلب ذلك مُعالجاتٍ سياساتية وبرامجية ومجتمعية لا تقتصرُ على تلك التي تستهدفُ الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم، إنما تسعى إلى مكافحة التمييز، وإحقاق العَدالة والمساواة عبر تَذليل العقبات والحوَاجز المُشار إليها أعلاه، وتضمنين متطلبات شمول الإعاقة في جميع السياسات العامة، والاستراتيجيات الوطنية والقطاعية، والبرامج، والخدمات.

## أُسُس فَهْمِ الحَقِّ فِي الصِّحَّةِ وَتَحْلِيلِهِ لِلأَشْخَاصِ ذَوِي الإِعَاقَةِ

هناك مجموعة من المبادئ والركائز التي نَنظِلُّ منها في فَهْمِنا وَرَاضِدِنا وتحليلنا للحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة مفاهيميًا وَعَمَلَانِيًا، وسوف نُفَرِّغُ سَرِيعًا في الفقرات التالية على بعض هذه الركائز.

إذا انطلقنا من المقاربة الحقوقية في تعريف الإعاقة، نبدأ بالتأكيد على أَنَّها مفهومٌ متطورٌ وتجربةٌ تكمنُ في عملية التفاعل السلبي ما بينَ الأشخاص ذوي الإعاقة والحوَاجز البيئية، والسياساتية، والمؤسسية، والمجتمعية، والمعلوماتية - على نَحْوِ يُعزِّقُ أو يَمْنَعُ مشاركتهم الفَعَّالة في المجتمع وتمتِّعهم بالحقوق بعَدالة وكرامةٍ واستقلالية. يُشكِّلُ تَبَنِّي هذا المفهوم من قِبَلِ الدُولِ على المستوى التشريعي والقضائي والإداري أحد أهم العوامل التي من شأنها إحداث نقلة نُوعِيَّةٍ في الواقعِ الحقوقي والمعيشي للأشخاص ذوي الإعاقة.<sup>2</sup> ومن الجدير بالذكر أن معظم البلدان العربية، مثل فلسطين ولبنان وتونس واليمن وغيرها، لا تزالُ إلى يَوْمِنا هذا تَبَنِّي المفهوم الذي ينتمي إلى المقاربة الطبية للإعاقة، ذلك الذي يَغزُو مُحدِّدات المشاركة والتمتع بالحقوق والقيام بالوظائف الحياتية اليومية إلى الفروق الفردية الكائنة في قدرات الأشخاص الحركية، والذهنية، والحسية، والنفسية. بعبارة أخرى، نجدُ أن القوانين الناضمة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في هذه البلدان تتبنى تعريف الشخص ذي الإعاقة الذي يَرَكُزُ على الصعوبة (أي الإعاقة سواء أكانت حركية أو حسية أو ذهنية-تَعَلُّمِيَّةٍ أو نفسية)، مُغْتَبِرًا أن هذه الصعوبة هي التي تؤثرُ على قدرات الأفراد على القيام بوظائفهم الحياتية اليومية كأقرانهم، دونما اعتبار للحوَاجز والعوائق البيئية والمؤسسية والمجتمعية وغيرها، وما لها من آثار كبيرة على تشكيل تجربة الإعاقة. وَقِلَّةٌ من البلدان العربية مثل المغرب والأردن وَمِضْرٌ قد تَبَنَّتْ مفهومًا أقرب إلى المقاربة الحقوقية والاجتماعية للإعاقة، دونما اتخاذ التدابير التي لها أن تَنسَجِبَ - وبشكل عملي - على السياسات والاستراتيجيات والبرامج والخدمات، بما فيها تلك الناضمة والمُشكِّلة للقطاع الصحي. فيتسببُ غيابُ تَبَنِّي هذا المفهوم بِخَلْقِ أزماتٍ حقيقيَّةٍ على مستوى السياسات، والأدوار، والتوجهات، والصلاحيات، وغيرها.

وكمثال على ذلك، يبرز مُعْتَقَدٌ شائعٌ لدى وزارات الصحة عمومًا بانتهاءِ أَدوارِها عِنْدَ تشخيص نوع الإعاقة ودرجتها (بَغَضِ النظر عن أي علامات استفهام حول مدى امتثال هذه الخدمة لمعايير الجَودة). إضافةً إلى ذلك، غالبًا ما تُخْلِى وزارات الصحة

في معظم البلدان العربية مسؤولياتها عن أي برامج وخدمات مرتبطة بالإعاقة، مثل الكشف المبكر والتأهيل وإعادة التأهيل وإجراء العمليات الجراحية الترميمية وغيرها، تلك التدخلات التي يؤثر غيابها على الأشخاص ذوي الإعاقة ويهدد حقيقتهم في الحياة والعيش باستقلالية وكرامة. وكما هو الحال في معظم بلدان العالم، لا يزال تشخيص نوع الإعاقة ودرجتها هو المدخل الرئيسي لتحديد رزمة الحقوق والاستحقاقات التي يحق للأشخاص ذوي الإعاقة التمتع بها والحصول عليها، من دون النظر في العديد من المتغيرات الأخرى ذات الأثر العميق على تشكيل تجربة الإعاقة، مثل مجموعة الحواجز التي أشرنا إليها أعلاه، فضلاً عن الواقع الاجتماعي والاقتصادي، واجتماع الإعاقة ونوع الجنس وغيرها. كذلك، فإن تبني المقاربة الطبية الخيرية في التعاطي مع قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم ومصالحهم قد أدّى إلى هيمنة وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة التنمية الاجتماعية (كما تُسمى في بعض البلدان) على إدارة تعاطي معظم البلدان العربية مع حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث يُعتبر أنهم حالات اجتماعية تتطلب الحماية فحسب. وينجم عن ذلك تفاعل المؤسسات الرسمية الأخرى عن الإيفاء بالتزاماتها تجاه حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

في السياق نفسه، تُعنى إمكانية الوصول، ومعايير التصميم الشامل أو العام، وتوفير الترتيبات التيسيرية المعقولة، نماذج لُرزمة المبادئ والشروط الواجب التعامل معها بصفتها القواعد والأعمدة التي تقوم عليها كافة الحقوق الأخرى، بما في ذلك الحق في الصحة. وعليه، تُعتبر كفاءة توفيرها في عمليات تصميم السياسات والبرامج والتدخلات الصحية وغيرها وتنفيذها واجباً على الدول بمؤسساتها المختلفة، نظراً إلى انعكاساتها على تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بهذه الحقوق. تُشير العديد من التقارير إلى محدودية توفر مقومات الوصول في القطاع الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة، سواء أكان ذلك على مستوى البيئات المادية (المعمارية) أو المعلومات أو الخدمات، ناهيك عن غياب سُبل التواصل الفعّال مع الأشخاص ذوي الإعاقة لدى الطواقم الطبية، مما يعيق تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم الصحية، إضافةً إلى تلقي الخدمات في ظروف غير لائقة وغير مناسبة.

من ناحية أخرى، إنَّ عدم التمييز، والمساواة، والمشاركة الكاملة والفعّالة، والشفافية، وإتاحة فرص متساوية للانتصاف والتظلم، هي من أهم شروط الحوكمة التي يجدر توفيرها في مؤسسات القطاع العام، بما في ذلك القطاع الصحي. هناك العديد من الانتهاكات التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة والتي تُبرزها التقارير التي ترصد مدى تطبيق اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من المواثيق الأممية والتي تتم صياغتها من قِبَل منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة،<sup>3</sup> فضلاً عن تلك الصادرة عن مؤسسات أممية ووطنية أخرى. وفي كثير من الأحيان، تحدث هذه الانتهاكات نتيجة للصور النمطية السلبية السائدة والتوجهات التي تُجرّد المواطنين/ات من آدميتهم وحقوقهم متى ما كان لديهم إعاقة، ذلك في أوساط عديدة في المجتمعات، بما يشمل الطواقم العاملة في القطاع الصحي. وتقع هذه الانتهاكات في سياقات أبعد ما تكون عن آليات الرصد والمساءلة، خاصة وأن أنظمة الشكاوى - إن وُجدت - تفتقر إلى المقومات التي تُتيح للأشخاص ذوي الإعاقة استخدامها والاستفادة منها باستقلالية وعدالة وفاعلية. أضف إلى ذلك أن أشكال التمييز على أساس الإعاقة، بما في ذلك الاستبعاد والتجاهل والتبذ والحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة وغيرها، لم يتم الإقرار بها قانوناً كممارسات واجبة الحظر وتستدعي المحاسبة والمساءلة في العديد من البلدان العربية، الأمر الذي يهدد عمليات تلقي الأشخاص ذوي الإعاقة

<sup>3</sup> المنظمة التونسية للدفاع عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، 2023. "تقرير الظل حول تطبيق اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في تونس".

للخدمات الصحية على نحوٍ يكفل احترام كرامتهم وحققهم في تقرير المصير، كما يقود إلى طرح العديد من علامات الاستفهام بشأن ماهية الخدمات الصحية التي يتلقاها الأشخاص ذوو الإعاقة ومدى جودتها وطرق تقديمها.

وأخيراً، يحق للأشخاص ذوي الإعاقة، كغيرهم من المواطنين/ات، تلقي الخدمات الصحية بتكلفة معقولة - إن لم يكن بشكل مجاني - خاصة إذا ما أخذنا بالحسبان العلاقة الوثيقة ما بين الإعاقة والفقر وهشاشة أنظمة الحماية الاجتماعية وضعف مقومات انخراط الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل، فضلاً عن محدودية توفر أنظمة التعليم الجامع. إضافة إلى ذلك، يدفعنا الواقع المعاش إلى التذكير بأن الأشخاص ذوي الإعاقة كغيرهم من المواطنين/ات يتعرضون للإصابة بأمراض متعددة لا علاقة لها بالإعاقة التي لديهم. وعليه، يتعين على الأنظمة الصحية أن تُتيح لهم تلقي الخدمات الصحية الشاملة بجدالة وعلى قدم المساواة مع الآخرين. وبغض النظر عن أن هذه الحقيقة تبدو بديهية، قد يستهجن البعض مبادئ تضمينها، إنما نشير إلى أن آخر تقرير دولي لمنظمة الصحة العالمية حول الحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة قد أورد هذه الإشارة.<sup>4</sup> ويكمن الأهم في حقيقة خلو القطاع الصحي في العديد من البلدان العربية من معظم المقومات التي تُتيح للأشخاص ذوي الإعاقة تلقي الخدمات كافة بكرامة واستقلالية. وأقرب مثال على ذلك محدودية التدابير - أو غيابها في بعض البلدان - التي اتخذت لضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الوقائية والعلاجية أثناء انتشار فيروس كوفيد-19، الأمر الذي برز جلياً في دراسة لم تُنشر بعد أجراها المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حول أنظمة الحماية الاجتماعية ومدى شمولها للإعاقة، حيث تفتت معالجة هذه المرحلة كنموذج في كل من لبنان، وتونس، والمغرب، واليمن. يقودنا كل ذلك للقول إن النهج السائد ينطلق من النظر للإعاقة وكأنها متغير منفصل عن جميع المتغيرات والخصائص الأخرى.

## السياسات والتشريعات النازمة للحق في الصحة من منظور شمول الإعاقة، وإضاءات على بعض الممارسات

يَتَجَسَّدُ الواقعُ السياسي الناظم للحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في العديد من البلدان العربية بمجموعةٍ من السمات والتحديات التي سوف نحاول تلخيص أبرزها في هذا الجزء من الورقة.

أولاً، تُبيِّنُ قراءتنا للواقع السياسي أنه وبغض النظر عن منطلقات السياسات والتشريعات النازمة للحقوق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة ومضامينها، هناك قاسمٌ مُشترِكٌ بينها يتجلى بانفصالها شبه التام عن السياسات والمنهجيات المُتبعة لتصميم المُوازَنَاتِ العامَّة للبلاد وإقرارها. وَكُونُ المُوازَنَاتِ المُخصَّصة لِأَيِّ من البنود أو القطاعات أو الفئات المجتمعية تُعْمَلُ مؤشراً حاسماً على مدى اهتمام

الدولة بهذا البند أو القطاع أو الفئة، يمكننا الخروج باستنتاجين على الأقل: أولهما أن القطاع الصحي لا يُشكّل إحدى الأولويات الرئيسية للعديد من البلدان العربية؛ وثانيهما أن السياسات والتشريعات الناظمة لحقوق الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة هي أقرب ما تكون إلى السياسات الرمزية التي لا تتجاوز مرحلة الإقرار بالحق.

ثانيًا، تُعتبر الإعاقة متغيرًا شبه غائب لدى تصميم السياسات العامة وتبنيها عمومًا، بما فيها السياسات الصحية، وكأنها موضوع قلما يقر في أذهان المُشرّعين/ات وصانعي السياسات العاقّة، ما يؤدي إلى إسقاطها منهجيًا من عمليات صناعة هذه السياسات كما على مستوى المضمون. إذا نظرنا إلى قانون الصحة العامة الفلسطيني مثلًا، سنجد أنه يخلو من أي إشارة أو أحكام تأخذ بالحسبان وجوب اتخاذ تدابير تشريعية مستجيبة للإعاقة، وكأن الاتجاه السائد في هذه العمليات أن تُؤخذ الإعاقة بالحسبان لدى تصميم تشريع منفصل ناظم لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة فقط، دونما إيلاء ما يلزم من اهتمام لكفالة تحقق الحالة اللازمة من الانسجام ما بين قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والقوانين الأخرى. بتعبير آخر، على الرغم من أن القانون الفلسطيني لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم (4) للعام 1999م ينصّ على رزمة من الحقوق الصحية، نجد أن قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004م يخلو من أي نص يمثل حالة من الانسجام مع قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتزداد عمليات الفصل والعزل على المستوى السياساتي عمقًا بزيادة حالات التضييق التي تُمارسها العديد من الأنظمة العربية على المجتمع المدني، ما يؤدي إلى محدودية فرص المشاركة الكاملة والفعّالة والحقيقية للأشخاص ذوي الإعاقة في صناعة السياسات العامة، بما في ذلك الصحية منها.

ثالثًا، شكّل انضمام العديد من البلدان العربية إلى اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نقلة لا يمكن تجاهلها ربطًا بتعديل العديد من القوانين الناظمة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كما هو الحال في مصر والأردن، بما ينسجم مع الاتفاقية. ويمثّل الانضمام إلى هذه الاتفاقية وغيرها أداة فعّالة للعمل المطلوب تستخدمها الحركة المطالبة للأشخاص ذوي الإعاقة كأحدى أدوات الضغط من جهة وكمراجعة لضبط محتوى السياسات العامة ليكون أقرب إلى النهج الحقوقي من جهة أخرى، كما حدث في فلسطين حيث تمكّنت الحركة المطالبة عبر اعتصام مفتوح دام 63 يومًا داخل المجلس التشريعي من الضغط على مجلس الوزراء للمصادقة على نظام تأمين صحي حكومي للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، مبني وبشكل كبير على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، يبقى مدى التزام الدول بتطبيق هذه القوانين والأنظمة محل قلق، خاصة في ظل محدودية المؤشرات التي تُدلّل على هذا الالتزام أو غيابها، فالى حينه لم تُتخذ التدابير الإدارية الواردة في النظام والتي تُمثّل المُحرّك الرئيس للإعمال، ناهيك عن أن حالة التمتع بالحقوق الصحية وتلقي الخدمات لا تزال كما كان عليه الحال قبل المصادقة على النظام، سوى ما يتعلق بالمجانة واستحقاقات ضئيلة أخرى.<sup>5</sup>

رابعًا، هناك بلدان، وبغض النظر عن استنادها سياسيًا إلى المقاربة الطبية، تُشير إلى وجود قرارات وتعليمات صادرة عن وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية تُهدف إلى إعمال القانون الناظم لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة كما هو الحال في تونس، إنما على مستوى التطبيق لا تزال هنالك العديد من التحديات والإشكاليات الكائنة في قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على تغطية التكلفة المطلوبة، خاصة في ظل ضعف فاعلية نظام بطاقة الشخص ذوي الإعاقة، ناهيك عن أشكال التمييز

وسوء المعاملة التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة أثناء سعيهم لتلقي الخدمات الصحية أو إتمام المعاملات الإدارية، فضلاً عن عدم امتثال المستشفيات لمعايير إمكانية الوصول على المستوى المعماري وغير ذلك من مُحدّات التطبيق.<sup>6</sup> وأخيراً، نظراً للحالة التي باتت تُرافِقُ صياغة قائمة لامتناهية من التوصيات، نكتفي بالإضاءة على:

- ضرورة اتخاذ التدابير اللازمة لإتاحة المشاركة الكاملة والفعّالة والحقيقية للأشخاص ذوي الإعاقة في صناعة السياسات العامة، خاصة ما يُعنى منها بالحقوق الصحية كموضوع لهذه الورقة، بغض النظر عمّا إذا رأى الساسة أنها ذات صلة بالأشخاص ذوي الإعاقة أم لا، إذ ما من سياسة عامّة لا علاقة لها بالأشخاص ذوي الإعاقة يوضّفهم مُكوّنًا أصيلاً من مكونات النسيج الاجتماعي في أي بلد.
- وهناك ضرورة مُلِحّة لإعادة النظر من قِبَل موظفي القطاع العام في ما لديهم من توجهات وأحكام تجاه المواطنين/ات ذوي الإعاقة وديالهم/ن، على قاعدة أن الإعاقة لا تجعل من أحد إنساناً أو مواطناً أقلّ قيمةً من غيره، كما على قاعدة عدم قابلية الحقوق للفصل والتجزئة وعدم قابليتها للاحتكار على أساس الفروق الفردية ما بين الناس، فضلاً عن ضرورة الانطلاق من أن النهوض بالحقوق الصحية وفق مقتضيات الشمول والعدالة وعدم التمييز يُقْتَلُ إحدى أهم الخطوات التي لها أن تُسهم في بناء البلاد ونهضتها، تماهياً كما الحق في التعليم.

شذى أبو سرور، فلسطين، أنهت البكالوريوس في مجال علم الاجتماع وعلم النفس، والماجستير في الإدارة العامة وإدارة مؤسسات المجتمع المدني. تعمل منذ ما يزيد على 15 عاماً سواء بشكل تطوعي أو غيره في مجال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتحديداً في مجال تيسير عمليات التمكين، وبناء القدرات، والمناصرة، والعمل المطلبي، والتشبيك، وبناء التحالفات، والمساهمة في الإنتاج المعرفي، وغيرها. وتعمل الآن كأحدى أعضاء طاقم الجهاز التنفيذي للمنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كما تعمل بشكل تطوعي كمُفَرِّزة للائتلاف الفلسطيني للإعاقة.

المنتدى العربي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هو إحدى منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة الإقليمية ذات الهوية والارتباط القاعديين. تتألف عضويته من 12 دولة عربية ممثلة عبر منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وائتلافات هذه المنظمات. يهدف المنتدى إلى المساهمة في حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزيزها بما ينسجم مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة، وذلك عبر بناء القدرات، وإجراء الدراسات، والمناصرة على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية، والتأثير في السياسات والممارسات الوطنية، بما يتيح للأشخاص ذوي الإعاقة فرص المشاركة في عمليات صناعة القرارات.