

Światowa Organizacja Zdrowia – Genewa

Translated into Polish by Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych from World Health Organization (WHO), Disability and health Key facts, 1 December 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>, © 2021 WHO, [access date: 07.01.2021]. WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the Polish translation, the original English version shall be the binding and authentic version. *This translation is available under a CC BY NC SA 3.0 licence.*



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Niepełnosprawność i zdrowie¹

1 grudnia 2020 r.

Najważniejsze fakty:

- **Ponad 1 miliard ludzi żyje z jakąś formą niepełnosprawności.**
- **Liczba osób niepełnosprawnych dramatycznie wzrasta. Wynika to między innymi z trendów demograficznych i zwiększania się zachorowalności na choroby przewlekłe.**
- **Prawie każdy człowiek może w pewnym momencie życia doświadczyć jakiejś formy niepełnosprawności – okresowej lub stałej.**
- **Pandemia COVID-19 w niewspółmiernie większym stopniu dotyka osób niepełnosprawnych.**
- **Świadczenia zdrowotne dla osób niepełnosprawnych, jeśli istnieją, są przeważnie niskiej jakości lub niedofinansowane.**
- **Istnieje pilna potrzeba zwiększenia liczby świadczeń dla osób niepełnosprawnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji.**

Niepełnosprawność odnosi się do interakcji między osobami chorymi (np. dziecięce porażenie mózgowe, zespół Downa i depresja) a czynnikami osobowymi i środowiskowymi (np. negatywne nastawianie, niedostępny transport i budynki publiczne oraz ograniczone wsparcie społeczne).

¹ Tłumaczenie własne Redakcji Kwartalnika „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”; tekst oryginalny: World Health Organization (WHO), Disability and health Key facts, 1 December 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>, © 2021 WHO, [data dostępu: 07.01.2021]. WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności między tłumaczeniem angielskim i polskim, wiążącą i autentyczną będzie oryginalna wersja angielska. To tłumaczenie jest dostępne na licencji CC BY NC SA 3.0.

Niepełnosprawność – zagrożenie zdrowia publicznego

Szacuje się, że ponad 1 miliard ludzi żyje z jakąś formą niepełnosprawności. Odpowiada to około 15% światowej populacji, przy czym do 190 milionów (3,8%) osób w wieku 15. lat i więcej ma poważne trudności w funkcjonowaniu, często wymagające opieki zdrowotnej. Liczba osób niepełnosprawnych wzrasta, częściowo z powodu starzenia się społeczeństwa i zwiększania się zachorowalności na choroby przewlekłe.

Niepełnosprawność jest niezwykle zróżnicowana. Podczas gdy niektóre schorzenia powodujące niepełnosprawność skutkują złym stanem zdrowia i zwiększonymi potrzebami zdrowotnymi, inne nie. Jednak wszystkie osoby niepełnosprawne mają takie same ogólne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, jak wszyscy inni obywatele i dlatego potrzebują dostępu do podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej. Artykuł 25 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (ang. *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, CRPD)² wzmacnia prawo osób niepełnosprawnych do korzystania z opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie, bez dyskryminacji. Jednak w rzeczywistości niewiele krajów zapewnia osobom niepełnosprawnym odpowiednią jakość świadczeń zdrowotnych.

Ponadto bardzo niewiele krajów gromadzi dane umożliwiające dezagregację według niepełnosprawności w sektorze zdrowia. Stało się to bardzo widoczne podczas pandemii COVID-19, kiedy kraje nie uwzględniły niepełnosprawności w konsekwentny sposób w kontrolowaniu pandemii. To sprawiło, że osoby niepełnosprawne były narażone na trzykrotnie zwiększone ryzyko o druzgocących skutkach: ryzyko zachorowania na COVID-19, wystąpienie ciężkich objawów choroby COVID-19 lub zgonu z powodu choroby, a także gorsze zdrowie podczas pandemii i po pandemii, niezależnie od tego, czy są zakażone koronawirusem.

Bariery w opiece zdrowotnej

Osoby niepełnosprawne napotykają szereg barier podczas próby dostępu do opieki zdrowotnej, w tym:

- **Wygórowane koszty**

Dostępność świadczeń zdrowotnych i transportu to dwa główne powody, dla których osoby niepełnosprawne nie otrzymują bardzo potrzebnej opieki zdrowotnej w krajach o niskich dochodach. Nieco ponad połowa osób

² [Przyp. red.] tekst oryginalny: United Nations, CRPD Article 25 – Health, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>, [data dostępu: 21.01.2021]; [przyp. red.] przekład na język polski Artykułu 25 – Zdrowie KPON: Dz.U. 2012, poz. 1169; <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001169/O/D20121169.pdf>, [data dostępu: 21.01.2021]

niepełnosprawnych nie jest w stanie zapewnić sobie opieki zdrowotnej w porównaniu z jedną trzecią osób pełnosprawnych.

- **Ograniczona dostępność świadczeń**

Brakuje odpowiednich świadczeń dla osób niepełnosprawnych. Wiele badań ujawnia wysokie niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej u osób niepełnosprawnych z powodu niedostępności świadczeń, zwłaszcza na obszarach wiejskich i oddalonych.

- **Barriere fizyczne**

Nierówny dostęp do budynków (szpitale, ośrodki zdrowia), niedostępny sprzęt medyczny, słabe oznakowanie, wąskie drzwi, schody wewnętrzne, nieprzystosowane łazienki i niedostępne parkingi stanowią bariery dostępu do placówek służby zdrowia. Na przykład kobiety z trudnościami w poruszaniu się często nie mają dostępu do badań przesiewowych w kierunku raka piersi i szyjki macicy, ponieważ fotele ginekologiczne nie mają regulacji wysokości, a sprzęt do mammografii jest przeznaczony dla kobiet, które są w stanie przyjąć pozycję stojącą.

- **Niedostateczne umiejętności i wiedza pracowników służby zdrowia**

Osoby niepełnosprawne ponad dwukrotnie częściej zgłaszały, że umiejętności świadczeniodawcy nie były w stanie zaspokoić ich potrzeb, cztery razy częściej, że są źle traktowane i prawie trzy razy częściej odmowę udzielenia świadczenia.

Włączenie niepełnosprawności do sektora zdrowia

Bardzo często niepełnosprawność nie jest postrzegana jako zagadnienie zdrowia publicznego. W związku z tym nie podejmuje się działań na rzecz włączenia osób niepełnosprawnych do sektora zdrowia, co jest również często pomijane w krajowych strategiach i planach działań dotyczących niepełnosprawności i planach działań mających na celu wdrożenie i monitorowanie Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON). Zatem niewłączenie niepełnosprawności do sektora zdrowia jest naruszeniem krajowych programów zdrowotnych.

Ministerstwa Zdrowia muszą zobowiązać się do włączenia niepełnosprawności. Wiąże się to z działaniami na rzecz osiągnięcia równości osób niepełnosprawnych w trzech obszarach:

- dostęp do skutecznych świadczeń zdrowotnych,
- ochrona w sytuacjach zagrożenia zdrowia oraz
- dostęp do międzysektorowych interwencji w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak: usługi wodociągowe, sanitarne i higieniczne w celu zapewnienia najwyższego do osiągnięcia poziomu zdrowia.

Rządy mogą poprawić stan zdrowia osób niepełnosprawnych poprzez zapewnienie dostępu do wysokiej jakości, przystępnych cenowo świadczeń opieki zdrowotnej, które najlepiej wykorzystują dostępne zasoby. Ponieważ kilka czynników oddziałuje na siebie, utrudniając dostęp do opieki zdrowotnej, konieczne są reformy wszystkich współdziałających elementów systemu opieki zdrowotnej.

Polityka i legislacja

Ocena istniejących polityk i świadczeń, określenie priorytetów w celu zmniejszenia nierówności zdrowotnych i zapewnienia włączenia osób niepełnosprawnych do sektora zdrowia. Wprowadzanie zmian w celu zapewnienia zgodności z Konwencją (KPON) i ustanowienie standardów opieki zdrowotnej związanych z opieką nad osobami niepełnosprawnymi za pomocą mechanizmów egzekwowania prawa.

Finansowanie

Tam, gdzie prywatne ubezpieczenie zdrowotne dominuje w finansowaniu opieki zdrowotnej, należy zapewnić objęcie ubezpieczeniem osób niepełnosprawnych i rozważyć środki mające na celu zapewnienie przystępnych cenowo składek. Zapewnienie osobom niepełnosprawnym równego dostępu do publicznych programów opieki zdrowotnej. Stosowanie bodźców finansowych w celu zachęcenia świadczeniodawców do udostępnienia usług i zapewnienia kompleksowych diagnoz, leczenia i obserwacji. Rozważenie możliwości zmniejszenia lub zniesienia opłat z własnej kieszeni osobom niepełnosprawnym, które nie mają innych środków finansowania świadczeń zdrowotnych.

Świadczenie usług

Zapewnienie dostępu do skutecznej promocji, profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i opieki paliatywnej. Zapewnienie szerokiego zakresu zmian i dostosowań środowiskowych (racjonalne przystosowanie) w celu ułatwienia dostępu do świadczeń zdrowotnych. Na przykład zmiana fizycznego układu klinik w celu zapewnienia dostępu osobom z trudnościami w poruszaniu się. Zapewnienie dostępności wszelkich informacji dotyczących zdrowia publicznego. Umożliwienie osobom niepełnosprawnym optymalizacji ich stanu zdrowia poprzez zapewnienie informacji, szkoleń i wsparcia rówieśniczego. Promowanie rehabilitacji środowiskowej (CBR), aby ułatwić osobom niepełnosprawnym dostęp do istniejących świadczeń. Identyfikacja grup wymagających alternatywnych modeli świadczenia usług, na przykład usług ukierunkowanych lub koordynacji opieki w celu poprawy dostępu do opieki zdrowotnej.

Zasoby ludzkie

Zapewnienie pracownikom służby zdrowia niezbędnych kompetencji i umiejętności do zaspokojenia indywidualnych potrzeb osób niepełnosprawnych. Włączenie edukacji o niepełnosprawności do studiów licencjackich i kształcenia ustawicznego wszystkich pracowników służby zdrowia. Szkolenie pracowników społecznych, aby mogli oni odgrywać rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej. Dostarczenie opartych na dowodach wytycznych dotyczących oceny i leczenia.

Dane i badania

Zapewnienie dezagregacji danych według rodzajów niepełnosprawności. Uwzględnienie osób niepełnosprawnych w nadzorze opieki zdrowotnej. Prowadzenie większej liczby badań potrzeb, barier i skutków zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych.

Odpowiedź WHO

W celu poprawy dostępu osób niepełnosprawnych do usług zdrowotnych WHO:

- prowadzi i wspiera państwa członkowskie w zwiększaniu świadomości na temat kwestii niepełnosprawności oraz promuje włączenie niepełnosprawności do krajowych polityk i programów zdrowotnych;
- ułatwia gromadzenie i rozpowszechnianie danych i informacji związanych z niepełnosprawnością;
- opracowuje narzędzia normatywne, w tym wytyczne dotyczące wzmocnienia opieki zdrowotnej;
- buduje potencjał wśród decydentów politycznych w dziedzinie zdrowia i świadczeniodawców;
- promuje zwiększanie rehabilitacji środowiskowej (CBR);
- promuje strategie zapewniające osobom niepełnosprawnym wiedzę na temat własnego stanu zdrowia oraz wspieranie i ochronę praw i godności osób niepełnosprawnych przez personel medyczny.

Strategia Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz niepełnosprawności (UNDIS)

W czerwcu 2019 r. Sekretarz Generalny ONZ zainicjował strategię ONZ na rzecz integracji osób niepełnosprawnych (UNDIS) w celu promowania „trwałego i transformacyjnego postępu w zakresie włączenia niepełnosprawności do

wszystkich filarów prac Organizacji Narodów Zjednoczonych”. Strategia ta wymaga od wszystkich agencji ONZ zapewnienia, aby włączenie osób niepełnosprawnych było konsekwentnie i systematycznie uwzględniane we wszystkich aspektach działań.

WHO z zadowoleniem przyjmuje UNDIS i obecnie przygotowuje kompleksową politykę WHO w sprawie niepełnosprawności i planu działania, zobowiązując WHO do stania się organizacją obejmującą osoby niepełnosprawne w całej ich różnorodności oraz do systematycznej integracji niepełnosprawności we wszystkich obszarach programowych, w tym na szczeblu krajowym.