

Translated into Polish by Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych from Sustainable Development Goals: health targets: disability. Copenhagen: Regional Office for Europe; 2019. WHO/EURO 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 version¹.

Informacja o Celach Zrównoważonego Rozwoju: cele dotyczące zdrowia

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ



Optimalizacja zdrowia i dobrego samopoczucia osób niepełnosprawnych jest kluczowa dla osiągnięcia Celów Zrównoważonego Rozwoju (CZR; ang. *Sustainable Development Goals*, SDG). Ponieważ doświadczanie niepełnosprawności jest uniwersalne przez cały okres życia, jak i we wszystkich jego dziedzinach, jest ono istotne dla realizacji wszystkich CZR. Zdrowie i dobra jakość życia każdego człowieka zależy od odpowiedniego standardu życia, przyzwoicie płatnej pracy oraz udziału w edukacji i życiu społecznym, co jest częścią celów zrównoważonego rozwoju. Są to jednak dziedziny, w których osoby niepełnosprawne stanowią grupę szczególnie nieuprzywilejowaną społecznie.

Agenda 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju i jej 17 celów zrównoważonego rozwoju stanowią potężne ramy, które dla społeczności lokalnych, państw i społeczności międzynarodowych mogą stanowić przewodnik, będący pomocą w osiągnięciu rozwoju sprzyjającego integracji niepełnosprawności (1). Niniejsza Agenda zobowiązuje się nie pomijać nikogo, w tym osób niepełnosprawnych i innych grup nieuprzywilejowanych społecznie oraz uznaje niepełnosprawność za zagadnienie przekrojowe, które należy wziąć pod uwagę przy realizacji wszystkich jej celów.

- Co oznacza niepełnosprawność? Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON); ang. *The United Nations' Convention on the*

¹ Tekst oryginalny: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/420163/Disability-SDG-factsheet.pdf, [data dostępu: 17.11.2020]

Rights of Persons with Disabilities, CRPD) z 2007 r. opisuje ją jako „koncepcję ewoluującą” i stwierdza, że „osobami niepełnosprawnymi są osoby z długotrwałym upośledzeniem fizycznym, umysłowym, intelektualnym lub sensorycznym, którym interakcje z różnymi barierami mogą utrudniać w pełni efektywne uczestnictwo w życiu społecznym, na równych zasadach z innymi” (2).

- Niepełnosprawność jest wynikiem interakcji pomiędzy chorobą (taką jak: porażenie mózgowie, depresja czy choroby płuc) a czynnikami środowiskowymi (takimi jak: brak dostępności do transportu, ograniczone wsparcie społeczne czy zanieczyszczenie powietrza).
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia WHO (3) stanowi naukową podstawę dla tego modelu niepełnosprawności.
- Niepełnosprawność jest stopniowalna. Np. upośledzenie umysłowe i fizyczne może mieć różny stopień nasilenia, od niewielkiego do ciężkiego. Doświadczenie niepełnosprawności w ciągu całego życia jest uniwersalnym doświadczeniem ludzkim, ponieważ każdy, w pewnym momencie swojego życia, doświadczy pewnych ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym lub umysłowym.
- Niepełnosprawność jest zróżnicowana nie tylko pod względem stopnia ciężkości, ale także jej rodzaju. Niektóre osoby żyją z poważnymi zaburzeniami sensorycznymi, ruchowymi, komunikacyjnymi lub poznawczymi (np. osoby niewidome lub niesłyszące, osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich lub dzieci z niepełnosprawnością intelektualną). Są też osoby z upośledzeniami łagodnymi i umiarkowanymi, które potrzebują pomocy po to, żeby te zaburzenia się nie pogłębiały. I wreszcie, wraz ze starzeniem się, doświadczamy wielochorobowości, w której współwystępuje kilka łagodnych lub umiarkowanych upośledzeń wielu funkcji organizmu, co prowadzi do stosunkowo wysokiego poziomu ogólnej niepełnosprawności (4).
- Niepomijanie nikogo i zobowiązanie do przestrzegania praw człowieka osób niepełnosprawnych stanowią zasady przewodnie Agendy 2030 (1, 5). Uznaje ona niepełnosprawność za zagadnienie przekrojowe, szczególnie istotne dla celów zrównoważonego rozwoju dotyczących edukacji, wzrostu i zatrudnienia, nierówności, dostępności osiedli ludzkich, a także danych, monitorowania i odpowiedzialności. Osoby niepełnosprawne zostały uznane za główną grupę nieuprzywilejowaną społecznie, jeśli chodzi o zapewnienie zdrowego życia i dobrostanu (1). Jednocześnie Agenda uznaje również, że wskaźniki stosowane do monitorowania wszystkich celów zrównoważonego rozwoju, wymagają danych zdezagregowanych według orzeczenia niepełnosprawności (6).

Fakty i Liczby



CZR 3.4 Obniżenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych oraz promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu

Niepełnosprawność to doświadczanie codziennego wpływu upośledzeń i stanu zdrowia na ludzkie życie, w odniesieniu do jakości tego życia. W związku z tym dobre zdrowie i dobra jakość życia stanowią główny przedmiot troski osób niepełnosprawnych, a zapobieganie i leczenie to kluczowe czynniki łagodzenia skutków niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne mają większe potrzeby w zakresie swojego zdrowia i dobrostanu.

- Wg ogólnych szacunków WHO z roku 2011 r. częstość występowania niepełnosprawności w populacji wynosiła 15% (7), natomiast szacunki sporządzone w 2015 r. w oparciu o badanie *European Union (EU) Labour Force Survey* oraz *European Health and Social Integration Survey* z 2012 r. wykazały 14% wskaźnik niepełnosprawności wśród obywateli w wieku 15–64 lat w państwach członkowskich UE (8, 9).
- Liczba lat utraconych z powodu niepełnosprawności (YLD) (ang. *years lived with disability*, YLD) i potencjalnie zły stan zdrowia populacji Regionu Europejskiego WHO, zwiększa się. Na podstawie analizy danych z raportu „Globalne obciążenie chorobami” (ang. *Global Burden of Disease*), stopień niepełnosprawności w populacji we wspomnianym Regionie związany z chorobami o najwyższej częstości występowania, w latach 2006–2016 wykazał stały wzrost o 6,3% (Tabela 1) (10).

Tabela 1. Częstość występowania oraz liczba lat utraconych z powodu niepełnosprawności w odniesieniu do schorzeń będących przyczyną ciężkiego stopnia niepełnosprawności w Regionie Europejskim WHO (2006–2016)

Schorzenie	Częstość występowania (w tysiącach)		Zmiana częstości występowania w latach 2006–2016 (%)	YLD (w tysiącach)		Zmiana YLD latach 2006-2016 (%)
	2006	2016		2006	2016	
HIV/AIDS	1415,9	1961,6	38,5	147,8	192,7	30,4
Nowotwory	10 360,7	12 589,2	21,5	1182,6	1384,4	17,1
Udar niedokrwieny mózgu	13 236,3	14 287,3	7,9	2330,4	2528,3	8,5
Choroba Parkinsona	1268,3	1542,8	21,6	145,7	177,2	21,6
Padaczka	2844,1	2998,8	5,4	800,1	790,0	-1,3
Stwardnienie rozsiane	712,9	828,1	16,2	184,9	213,5	15,5
Schizofrenia	2206,3	2381,4	7,9	1401,8	1510,5	7,8
Zaburzenia związane ze spożywaniem alkoholu	20 566,0	20 072,5	-2,4	2044,4	1992,9	-2,5
Zaburzenia związane ze stosowaniem opioidów	3260,0	3246,8	-0,4	1346,7	1337,4	-0,7
Duże zaburzenia depresyjne	23 337,0	24 033,3	3,0	4711,6	4838,7	2,7
Przewlekła choroba nerek	42 489,5	49 365,8	16,2	1056,8	1238,6	17,2
Reumatoidalne zapalenie stawów	3571,2	4043,6	13,2	828,2	936,1	13,0
Dna moczanowa	6274,7	7129,0	13,6	195,9	222,1	13,4
Łuszczyca	12 431,6	13 686,0	10,1	1067,9	1172,8	9,8
Suma	143 974,5	158 166,2	9,9	17 444,8	18 535,2	6,3

Uwagi: Wyniki oparte na wskaźnikach pochodzących z raportu „Globalne obciążenie chorobami” (ang. *Global Burden of Disease*) 2016 dla Regionu Europejskiego WHO z wyłączeniem Monako i San Marino. Źródło: Instytut Miar Zdrowia i Ewaluacji (*Institute for Health Metrics and Evaluation*), 2019 (10)

- Wskaźniki niepełnosprawności w Regionie Europejskim WHO stale rosną z takich powodów, jak: wzrost liczby chorób niezakaźnych i schorzeń przewlekłych, następstwa urazów bez skutków śmiertelnych i starzenie się społeczeństwa (11, 12). W istocie, przewiduje się, że w latach 2015–2030 w tym Regionie wzrost liczby osób w wieku 60. lat i więcej wyniesie 23%, a osób w wieku 80. lat i więcej – 32,2%, co z kolei spowoduje wzrost liczby osób niepełnosprawnych (13).
- Generalnie oraz w porównaniu do reszty populacji, osoby niepełnosprawne mają zwiększone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, są bardziej podatne na powikłania, schorzenia wtórne, choroby współistniejące i choroby związane z wiekiem, a także mają wyższe wskaźniki przedwczesnego zgonu (7).
- Osoby niepełnosprawne są również bardziej narażone na zachowania ryzykowne dla utraty zdrowia, takie jak: palenie, spożywanie alkoholu i nadużywanie substancji odurzających (7). Osoby z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego mają znacznie wyższy wskaźnik zachowań samookaleczających, samobójstw i dodatkowych problemów zdrowotnych (7).
- W Szwajcarii zaobserwowano, że osoby niepełnosprawne w wieku 16–20 lat częściej niż ich rówieśnicy w populacji ogólnej dopuszczają się co najmniej trzech zachowań ryzykownych dla utraty zdrowia, takich jak codzienne palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, używanie konopi indyjskich, akty przemocy lub akty antyspołeczne (14).
- U osób ze schizofrenią ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 w porównaniu do osób zdrowych psychicznie jest co najmniej dwukrotnie większe (15).



CZR 3.8 Zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej

- Istnieją istotne dowody na to, że osoby niepełnosprawne mają gorszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, które wykorzystują w mniejszym stopniu, co skutkuje większymi, niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi (7).
- Szczególnie ważna dla osób niepełnosprawnych jest powszechna opieka zdrowotna, ponieważ głównym powodem jej niedostępności są jej koszty. Nawet w krajach o wysokich dochodach, osoby niepełnosprawne napoty-

- kają bariery finansowe w zakresie opieki zdrowotnej (7, 16), z których największe obejmują rosnące wydatki bieżące, szczególnie dotyczące osoby z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością (17).
- W badaniu krajów europejskich z 2016 r. 30% osób niepełnosprawnych, które potrzebowały opieki zdrowotnej, ale nie mogły jej uzyskać, jako przyczynę braku dostępu do niej podało wydatki na ten cel (18). Istnieją również duże różnice między krajami: w Danii przystępność cenową jako przeszkodę wskazało tylko 16% osób niepełnosprawnych, podczas gdy we Włoszech odsetek ten wyniósł 94% (19).
 - Dowody sugerują również, że osobom niepełnosprawnym odmawia się dostępu do usług rehabilitacyjnych ze względu na ich wiek: badania przeprowadzone w 70. ośrodkach neurotraumatologii w całej Europie wykazały, że w 32. ośrodkach osoby z uszkodzeniem mózgu w wieku 65. lat i starsze rzadziej były kierowane do kliniki rehabilitacyjnej ze względu na postrzegany niższy potencjał rehabilitacyjny osób starszych (20).
 - W przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii w 2017 r. badaniu stwierdzono, że osoby z poważną i lekką niepełnosprawnością były odpowiednio 4,5 i 3,6 razy bardziej narażone na trudności związane z dostępem do opieki psychiatrycznej, głównie ze względu na jej koszty (21). Programy oszczędnościowe w krajach takich jak Grecja mają zwykle nieproporcjonalny wpływ na dostęp osób niepełnosprawnych do opieki zdrowotnej (22).

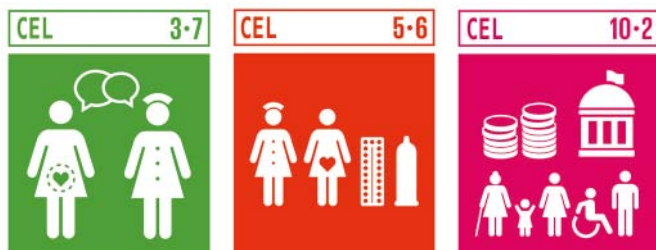


CZR 1.3 Wdrożenie właściwych dla poszczególnych krajów systemów i mechanizmów ochrony socjalnej dla wszystkich ludzi oraz objęcie nimi grupy ubogich i wrażliwych

- Celem polityki społecznej jest co najmniej zapewnienie wszystkim ludziom zabezpieczenia społecznego przez całe życie, poprzez dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, w tym opieki położniczej; podstawowe zabezpieczenie świadczeń dla dzieci, zapewniających dostęp do wyżywienia, edukacji, opieki i wszelkich innych niezbędnych towarów i usług; podstawowe zabezpieczenie świadczeń dla osób w wieku aktywności zawodowej, które nie są w stanie uzyskać wystarczających dochodów, w szczególności w przypadku występowania schorzeń, bezrobocia, macierzyństwa i nie-

pełnosprawności, a także podstawowe zabezpieczenie świadczeń dla osób starszych (23, 24).

- Wydatki publiczne na ochronę socjalną wpływają na równość zdrowotną, ponieważ poprawiają bezpieczeństwo finansowe osób wykluczonych z powodu niepełnosprawności, bezrobocia, bezdomności i wykluczenia społecznego (23, 25).



CZR 3.7, 5.6 i 10.2 Zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz korzystania z praw reprodukcyjnych, a także promowanie i wzmocnienie inkluzji społecznej, gospodarczej i politycznej

- Osoby niepełnosprawne mają takie same prawo do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, jak osoby sprawne oraz podobne wymagania w zakresie planowania rodziny i porodu. Jednak niewiele uwagi poświęcono temu zagadnieniu ze względu na błędne wyobrażenie o osobach niepełnosprawnych i założenie, że nie są one aktywne seksualnie.
 - Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badanie wykazało, że kobiety i mężczyźni z niepełnosprawnością intelektualną umierali około, odpowiednio, 20 i 13 lat wcześniej w porównaniu do kobiet i mężczyzn w populacji ogólnej. Zgony, którym można było zapobiec dzięki zapewnieniu dobrej jakości opieki zdrowotnej, były trzykrotnie częstsze wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną (26).
 - Przeprowadzone w Holandii badanie dotyczące seksualności i antykoncepcji wykazało, że młodzi ludzie z lekką niepełnosprawnością intelektualną nie mieli dostępu do informacji na temat antykoncepcji oraz byli narażeni na zwiększone ryzyko niechcianej ciąży i związanych z nią zagrożeń dla zdrowia (27).
- Osoby niepełnosprawne borykają się z trwałymi nierównościami w sferach społecznych, ekonomicznych i politycznych.
 - W krajach UE istnieją duże nierówności w zakresie zdrowia i oczekiwanej długości życia związane z grupami nieuprzywilejowanymi społecznie, takimi jak osoby niepełnosprawne, ze względu na zwiększone narażenie na zagrożenia dla zdrowia i różnice w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej (17).

- Prawie 80% osób niepełnosprawnych w UE cierpi na zły lub bardzo zły stan zdrowia (28). Jednocześnie mają one gorszy dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i ograniczoną możliwość korzystania z nich, a tym samym większe, niezaspokojone potrzeby zdrowotne (7).
- Oszacowano, że dodatkowe koszty życia z niepełnosprawnością w 31 państwach członkowskich Regionu Europejskiego WHO wahają się w zależności od zastosowanej metody (możliwość związania końca z końcem lub majątek gospodarstwa domowego), od 17% (Cypr) do 99% (Szwecja) lub 16% (Węgry) i 155% (Norwegia) (29).
- Badanie z roku 2014 wykazało, że poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej osób starszych z niepełnosprawnością w Grecji, we Włoszech i w Polsce był wyższy w porównaniu do Niemiec i Wielkiej Brytanii (30).
- Luki w służbie zdrowia wynikają z barier fizycznych, finansowych, związanych z postawami, informacyjnych i komunikacyjnych, z którymi borykają się osoby niepełnosprawne, gdy próbują uzyskać dostęp do usług opieki zdrowotnej (7). Na przykład wykazano, że gdy komunikacja w języku migowym nie jest dostępna, bariery komunikacyjne między pacjentami z wadami słuchu a lekarzami negatywnie wpływają na jakość opieki zdrowotnej i prowadzą do zmniejszonego korzystania z usług o charakterze profilaktycznym.
- Istnieją dowody na to, że dostęp do potrzebnej technologii wspomagającej, która może poprawić funkcjonowanie i zapobiegać wystąpieniu wtórnych problemów zdrowotnych, jest ograniczony, nawet w krajach o wysokich dochodach, takich jak Norwegia i Szwecja (31).

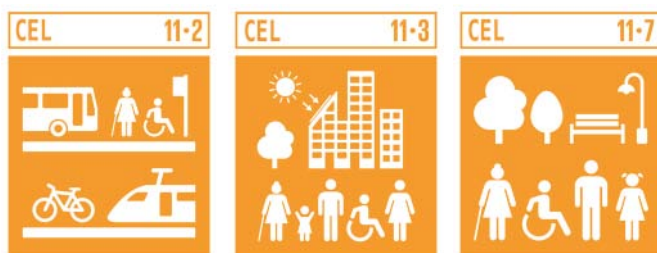


CZR 8.5 Zapewnienie pełnego i produktywnego zatrudnienia oraz godnej pracy dla wszystkich, w tym dla osób niepełnosprawnych oraz zapewnienie jednakowego wynagrodzenia za pracę o jednakowej wartości

- Różnice w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i osób bez schorzeń ograniczających czy niepełnosprawności w Regionie Europejskim WHO zwiększyły się lub pozostały bez zmian (23).

- Osoby z przewlekłymi chorobami lub niepełnosprawnością są bardziej narażone na brak pracy; różnica w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w Regionie Europejskim WHO wynosi około 20%. Grupy nieuprzywilejowane społecznie są bardziej narażone na przewlekłe choroby i niepełnosprawność, co może spowodować opuszczenie przez nie rynku pracy, co z kolei zwiększa ryzyko ubóstwa i dodatkowo pogłębia nierówności zdrowotne (32).
- Niewiele badań dotyczyło problemów, z którymi borykają się osoby przewlekle chore i niepełnosprawne, które chcą wrócić do pracy. Aby im to umożliwić oraz by zapobiegać dalszemu wykluczeniu tych grup wrażliwych, potrzebne są interwencje organizacyjne i indywidualne (33).
- Wiele krajów przyjęło przepisy zakazujące dyskryminacji osób niepełnosprawnych, w tym tych, które są zatrudnione. Aczkolwiek istnieje niewiele dowodów na to, że przepisy te poprawiły ich szanse na znalezienie pracy. Z drugiej strony, istnieją dowody na to, że dostosowanie miejsca pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych może zwiększyć ich szanse na zatrudnienie (34).

Wczesna interwencja jest bardziej skuteczna, a wsparcie powinno być dostępne jak najwcześniej. Najbardziej jest skuteczne podejście do zarządzania przypadkami, uwzględniające podstawowe problemy zdrowotne i dobrą jakość życia, zwłaszcza w przypadku grup nieuprzywilejowanych społecznie, w których osoby i rodziny potrzebują pomocy w kilku aspektach życia. Interwencje te są bardziej skuteczne, gdy wsparcie ze strony pracodawców, specjalistów ds. zdrowia, psychologów, pracowników ubezpieczeń społecznych i innych są koordynowane (35).



CZR 11.2, 11.3 i 11.7 Zapewnienie wszystkim ludziom dostępu do bezpiecznych, przystępnych cenowo i trwałych systemów transportu, zwiększenie stopnia inkluzji, zapewnienie zrównoważonej urbanizacji, planowania i gospodarowania oraz zapewnienie powszechnego dostępu do bezpiecznych i inkluzyjnych terenów zielonych i przestrzeni publicznej, ze szczególnym uwzględnieniem osób niepełnosprawnych

Osoby niepełnosprawne są bardziej narażone na trudności przy korzystaniu z podstawowych usług publicznych i dostępie do budynków oraz trudniej im się dostosować do szybkiej urbanizacji, zmian społecznych i gospodarczych oraz niebezpiecznych warunków środowiska miejskiego. Wszystkie te zagrożenia mają wpływ na zdrowie osób niepełnosprawnych.

- Brak dostępu do transportu publicznego jest jedną z głównych przeszkód napotykanych przez osoby niepełnosprawne w zakresie podstawowej mobilności, samodzielności i dostępu usług, których potrzebują (7). Jest to problem dotyczący w sposób szczególny osoby starsze z niepełnosprawnością, które potrzebują systematycznych planów tworzenia środowisk miejskich wspierających ich potrzeby i odpowiadających na nie (36).
- Osoby niepełnosprawne wymagają dostępu do środowisk zewnętrznych i miejsc publicznych, nie tylko w celu uczestnictwa włączającego, ale także, by mieć dostęp do usług, które mają na celu poprawę ich stanu zdrowia (7). Często dostęp jest ograniczony. Na przykład 52% populacji Wielkiej Brytanii stwierdziło, że brak publicznych toalet w ich okolicy uniemożliwia im częste wychodzenie z domu (36).
- Podstawowym warunkiem utrzymania dobrego zdrowia jest dostęp do przystępnych cenowo i łatwo dostępnych mieszkań. W UE 6,9% osób niepełnosprawnych w wieku powyżej 16. lat mieszka w bardzo złych warunkach mieszkaniowych. Brak urządzeń sanitarnych w pomieszczeniach mieszkalnych (dostępne toalety) sprawia duże trudności dla osób niepełnosprawnych, zwłaszcza tych, które mają trudności w poruszaniu się (28).
- W przypadku transportu, planowania miejskiego i dostępu do budynków publicznych dla osób niepełnosprawnych ważne jest promowanie stosowania zasad projektowania uniwersalnego, gwarantujących to, że produkty, warunki środowiskowe, programy i usługi będą użyteczne dla wszystkich ludzi, bez potrzeby adaptacji czy specjalistycznego projektowania (36).

Zobowiązanie do działania

Przyjęcie Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON) w 2007 r. podkreśliło potrzebę włączenia niepełnosprawności do strategii zrównoważonego rozwoju (Ramka 1). Departament Spraw Gospodarczych i Społecznych ONZ oraz organizacja Enable ONZ uruchomiły niedawno inicjatywę #Envision2030, mającą na celu dostosowanie świata dla osób niepełnosprawnych (38). By ją wesprzeć, Organizacja Narodów Zjednoczonych w 2018 r. sporządziła raport w sprawie niepełnosprawności i celów zrównoważonego rozwoju, opisując w sposób wyczerpujący powiązania między niepełnosprawnością a realizacją 17. CZR, a w szczególności CZR 3 (39).

Ramka 1. Nikt nie może być pominięty

Osiągnięcie celów zrównoważonego rozwoju będzie wymagało rozwoju i pracy w synergii z innymi zobowiązaniami międzynarodowymi: Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, przyjęta w 2007 r., zaleca zapewnienie integracji i wzmocnienie pozycji osób niepełnosprawnych (1). KPON jest rezultatem dziesięcioleci prac ONZ nad zmianą nastawienia i podejścia w stosunku do niepełnosprawności oraz zapewnienia osobom niepełnosprawnym takich samych praw człowieka jak innym ludziom.

Artykuł 25 KPON dotyczący zdrowia stwierdza, że „Państwa-Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność” oraz podkreśla „prawo do dostępu do usług zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych na równych zasadach z innymi ludźmi”. Artykuł 26 rozszerza to prawo do wysokiej jakości opieki zdrowotnej o usługi rehabilitacyjne. Oba artykuły są zatem bezpośrednio powiązane z CZR 3.

Poza tym oczywistym powiązaniem, CZR 3 ma silne powiązania koncepcyjne i praktyczne z co najmniej ośmioma innymi artykułami KPON: kobiety niepełnosprawne (Art. 6), dzieci niepełnosprawne (Art. 7), dostępność (Art. 9), prawo do życia (Art. 10), sytuacje zagrożenia i sytuacje wymagające pomocy humanitarnej (Art. 11), szacunek dla domu i rodziny (Art. 23), statystyka i zbieranie danych (Art. 31), współpraca międzynarodowa (Art. 32).

W Regionie Europejskim Konwencja została ratyfikowana przez wszystkie kraje z wyjątkiem Tadżykistanu i Uzbekistanu, które ją podpisały, ale jeszcze nie ratyfikowały (37). Niemniej jednak osoby niepełnosprawne, w porównaniu do populacji ogólnej, nadal mają większe i niezaspokojone potrzeby oraz napotykają większe bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Fundamentalne zobowiązanie WHO do działania na poziomie globalnym zostało zawarte w Globalnym Planie Działania na rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2014–2021 (40), zatwierdzonym przez wszystkie państwa członkowskie w 2014 r. (41). Plan ten stanowi znaczący krok w kierunku osiągnięcia 3 Celu Zrównoważonego Rozwoju dla osób niepełnosprawnych, jakim jest zapewnienie zdrowego życia i promowanie dobrostanu dla wszystkich osób w każdym wieku. Obejmuje on trzy następujące cele:

- usuwanie barier i poprawa dostępu do usług i programów zdrowotnych;
- wzmocnienie i rozszerzenie rehabilitacji, w tym rehabilitacji społecznej, habilitacji, technologii wspomagających, usług pomocy i wsparcia;

- wzmocnienie zbierania odpowiednich i porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań dotyczących niepełnosprawności i powiązanych usług.

Cele te są dostosowane do wdrażania konkretnych praw człowieka zapisanych w Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

W lutym 2017 r. WHO utworzyła plan Rehabilitacji na rok 2030 będący wezwaniem do działania, i który podkreślił pilną potrzebę zajęcia się głębokimi niezaspokojonymi potrzebami rehabilitacji na całym świecie. WHO podkreśliło również kluczową rolę rehabilitacji w osiągnięciu CZR 3 (42). Wreszcie, zaangażowanie WHO w Europie w odniesieniu do CZR 3 jest wyrażone w jej udziale w Raporcie Organizacji Narodów Zjednoczonych na temat Niepełnosprawności i Rozwoju z 2018 r. (39), w którym określono program działań mających na celu:

- wzmocnienie krajowego ustawodawstwa i polityki w zakresie opieki zdrowotnej zgodnie z KPON;
- identyfikację i eliminację przeszkód i barier w dostępie do zakładów opieki zdrowotnej;
- poprawę zakresu opieki zdrowotnej i jej dostępności dla osób niepełnosprawnych w ramach uniwersalnego podejścia do opieki zdrowotnej;
- szkolenie personelu medycznego i poprawę świadczenia usług dla osób niepełnosprawnych;
- umożliwienie osobom niepełnosprawnym przejęcia kontroli nad ich własnymi decyzjami dotyczącymi opieki zdrowotnej, na podstawie dobrowolnej i świadomej zgody;
- zakazanie dyskryminacyjnych praktyk w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych i promowanie programów ubezpieczeń zdrowotnych obejmujących produkty wspomagające i usługi rehabilitacyjne;
- udoskonalenie badań i danych w celu monitorowania, oceny i wzmacniania systemów opieki zdrowotnej, aby je uwzględnić w świadczeniach dla osób niepełnosprawnych.

Monitorowanie postępów

Rada Gospodarcza i Społeczna ONZ (ang. *The United Nations' Economic and Social Council*; ECOSOC) zaproponowała Globalne Ramy Wskaźników dla Celów i Zadań Zrównoważonego Rozwoju Agendy 2030 na rzecz Zrównoważonego Rozwoju (43), które można wykorzystać do monitorowania postępów w realizacji celów zrównoważonego rozwoju na rzecz osób niepełnosprawnych. Będzie to jednak wymagało znacznych inwestycji w krajowe i europejskie systemy przekazywania informacji oraz gromadzenia, przechowywania i analizy danych.

W preambule do Globalnych Ram Wskaźników ECOSOC określono, że dotyczące tych wskaźników dane muszą być zdezagregowane według niepełnospraw-

ności. Jest to zgodne z 17. Celem Zrównoważonego Rozwoju, który dotyczy realizacji CZR. Cel 17.18 konkretnie określa rodzaje informacji, które należy gromadzić, aby monitorować CZR.

Wskaźniki ECOSOC

1.3.1. Odsetek ludności objętej podstawowymi systemami ochrony socjalnej według płci, w tym dzieci, osoby bezrobotne, osoby starsze, osoby niepełnosprawne, kobiety w ciąży, noworodki, ofiary wypadków przy pracy oraz osoby ubogie i zagrożone wykluczeniem

4.5.1. Wskaźniki parytetu (kobiety/mężczyźni, obszary wiejskie/miejskie, dolny/najwyższy kwintyl zamożności i inne, takie jak status niepełnosprawności, ludność rdzenna i dotknięta konfliktem, w miarę udostępniania danych) dla wszystkich wskaźników edukacyjnych z tej listy, które można zdezagregować

4.a.1. Odsetek szkół z dostępem do: a) elektryczności, b) Internetu przeznaczonego na cele edukacyjne, c) komputerów przeznaczonych na cele edukacyjne, d) dostosowanej infrastruktury i materiałów dla uczniów niepełnosprawnych, e) wody pitnej, f) podstawowych urządzeń sanitarnych przeznaczonych dla jednej płci oraz g) podstawowych urządzeń do mycia rąk (zgodnie z definicjami wskaźnika WASH)

8.5.1. Średnie godzinowe zarobki pracowników płci żeńskiej i męskiej według zawodu, wieku i osób niepełnosprawnych

8.5.2. Stopa bezrobocia według płci, wieku i osób niepełnosprawnych

10.2.1. Odsetek osób żyjących poniżej 50% mediany dochodów według płci, wieku i osób niepełnosprawnych

11.2.1. Odsetek ludności, która ma łatwy dostęp do transportu publicznego, według płci, wieku i osób niepełnosprawnych

11.7.1. Średni udział obszaru zabudowanego miast, czyli otwartej przestrzeni do użytku publicznego dla wszystkich według płci, wieku i osób niepełnosprawnych

11.7.2. Odsetek osób, które padły ofiarą molestowania fizycznego lub seksualnego, według płci, wieku, stanu niepełnosprawności i miejsca zdarzenia, w ciągu ostatnich 12 miesięcy

16.7.1. Proporcje stanowisk w instytucjach krajowych i lokalnych, w tym a) w organach ustawodawczych, b) usługach publicznych oraz c) sądownictwie, w porównaniu z rozkładem krajowym, według płci, wieku, osób niepełnosprawnych i grup ludności

17.18.1. Odsetek wskaźników zrównoważonego rozwoju opracowanych na poziomie krajowym w pełni zdezagregowanych, jeśli są istotne dla celu, zgodnie z podstawowymi zasadami statystyki publicznej (ang. *Fundamental Principles of Official Statistics*)

Podstawowe wskaźniki strategii „Zdrowie 2020”

(1) 12) 2.1.b Lata życia w zdrowiu w wieku 65. lat, według płci

(13) 4.1.a Zadowolenie z życia, według wieku i płci

Ogólne wskaźniki programu prac

1.1. Bariery dostępu wg odległości

3.8.1. Zakres podstawowych usług zdrowotnych (zdefiniowany jako średni zakres podstawowych usług opartych na interwencjach badawczych, które obejmują zdrowie reprodukcyjne, zdrowie matki, noworodków i dzieci, choroby zakaźne, choroby niezakaźne oraz możliwości i dostęp do usług, dla populacji ogólnej i grup najbardziej nieuprzywilejowanych społecznie)

5.1. Zakres podstawowych usług zdrowotnych (definiowany jako średni zakres) dla kobiet i dziewcząt z podziałem na kwintyl zamożności

6.1. Liczba osób starszych powyżej 65. roku życia, które wymagają opieki

6.2. Odsetek osób powyżej 65. roku życia mieszkających w miastach i społecznościach przyjaznych dla osób starszych

30.1. Zakres interwencji terapeutycznych (farmakologicznych, psychospołecznych i rehabilitacyjnych oraz opieki pooperacyjnej) w przypadku zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji

30.2. Odsetek osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, które korzystają z usług

Wsparcie WHO dla Państw Członkowskich

Europejskie Regionalne Biuro WHO wspiera Państwa Członkowskie w osiągnięciu celów Światowego Planu Działania WHO na rzecz Niepełnosprawności na lata 2014–2021 poprzez następujące działania:

- promowanie włączenia osób niepełnosprawnych do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w oparciu o globalne dane dotyczące chorobowości;
- dostarczanie wskazówek technicznych świadczeniodawcom, pracownikom służby zdrowia i decydentom, aby upewnić się, że świadczenia i programy zdrowotne przeznaczone dla osób niepełnosprawnych są dla nich dostępne i odpowiednie;

- promowanie budowania potencjału w programach rehabilitacji społecznej;
- zapewnianie Państwu Członkowskim wsparcia technicznego w celu wzmocnienia ich systemu statystycznego dla gromadzenia, przetwarzania i analizowania danych dotyczących funkcjonowania i niepełnosprawności, np. włączenie do innych badań zwięzłego Modelowego Badania Niepełnosprawności.

Partnerzy

WHO regularnie współpracuje i koordynuje pracę z partnerami, aby przyczynić się do osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia i dobrej jakości życia oraz pełnego korzystania z praw człowieka przez wszystkie osoby niepełnosprawne, takimi jak:

- Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Technologii Wspomagających (ang. *Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe*)
- CBM
- Departament Spraw Zagranicznych i Handlu Australii (ang. *Department of Foreign Affairs and Trade of Australia*)
- Europejskie Forum Osób Niepełnosprawnych (ang. *European Disability Forum*)
- *Humanity and Inclusion (Handicap International)*
- Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (ang. *International Committee of the Red Cross*)
- Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (ang. *United Nations Children's Fund*)
- Departament Spraw Gospodarczych i Społecznych ONZ (ang. *United Nations Department of Economic and Social Affairs*)
- Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (ang. *United Nations Development Programme*)
- Partnerstwo Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz Promowania Praw Osób Niepełnosprawnych (ang. *United Nations Partnership to Promote the Rights of Persons with Disabilities*)
- Amerykańska Agencja ds. Rozwoju Międzynarodowego (ang. *United States Agency for International Development*)

Źródła

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 2001

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

World Report on Disability, 2011

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Global Disability Action Plan 2014–2021, 2015

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf;jsessionid=4FAF83641CF3514A03F567F39685DD8A?sequence=1

World Report on Ageing and Health, 2015

<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

Model Disability Survey

<http://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>

Podstawowe definicje

Funkcjonowanie

Suma wszystkich funkcji i struktur ciała, dziedzin aktywności oraz uczestnictwa. Stan funkcjonowania jest wynikiem interakcji między wewnętrznym stanem zdrowia jednostki a czynnikami środowiskowymi i osobistymi danej osoby (3).

Stan zdrowia

Wszystkie choroby ostre i przewlekłe, zaburzenia, urazy, a także wydarzenia życiowe, prowadzące do zaburzeń, takie jak ciąża, starzenie się, stres, wady wrodzone lub predyspozycje genetyczne (3).

Zaburzenie

Utrata lub nieprawidłowość w budowie ciała lub funkcjach fizjologicznych (w tym funkcji umysłowej), gdzie nieprawidłowość używana jest do określenia znaczącego odchylenia od ustalonych norm statystycznych (3).

Rehabilitacja

Zestaw interwencji mających na celu optymalizację funkcjonowania i zmniejszenie stopnia niepełnosprawności u osób chorych w interakcji z ich otoczeniem (7).

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne

Dążenie do tego, aby wszyscy ludzie mogli uzyskać potrzebne im świadczenia zdrowotne dobrej jakości, bez ponoszenia dużych kosztów finansowych. Usługi zdrowotne obejmują promocję, profilaktykę, leczenie, rehabilitację i opiekę paliatywną, wszystkie poziomy świadczenia usług (począwszy od pracowników

socjalnych po szpitalu trzeciego stopnia) oraz usługi świadczone w ciągu całego życia danej osoby (44).

Bibliografia

ERF: Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (United Nations General Assembly resolution 70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 25 November 2019)

Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2007 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 25 November 2019)

International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 25 November 2019)

World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/ageing/events/worldreport-2015-launch/en/>, accessed 25 November 2019)

A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations; 2013 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/8932013-05%20-%20HLP%20Report%20-%20A%20New%20Global%20Partnership.pdf>, accessed 25 November 2019)

A world that counts: mobilising the data revolution for sustainable development. New York: United Nations; 2014 (<https://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/2014/11/A-World-That-Counts.pdf>, accessed 25 November 2019)

World Health Organization, World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf, accessed 25 November 2019)

European comparative data on Europe 2020 & people with disabilities. Leeds: Centre for European Social and Economic Policy; 2017 (Final report for the Academic Network of European Disability Experts; <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1569&context=gladnetcollect>, accessed 25 November 2019)

Disability statistics: prevalence and demographics. In: Statistics explained [website]. Luxembourg: Eurostat; 2015 (<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/34409.pdf>, accessed 25 November 2019)

Global health data exchange [database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accessed 25 November 2019)

GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–1602

Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–575

World population ageing. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2015 (<https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp>, accessed 25 November 2019)

Surís JC, Michaud PA, Akre C, Sawyer SM. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*. 2008;122(5):e1113–e1118

Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell AJ. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(2):144–157

Thirteenth general programme of work 2019–2023 [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteenth-consultation/en/>, accessed 26 November 2019)

Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. Health at a glance: Europe 2016: state of health in the EU cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>, accessed 25 November 2019)

Mitra S. Disability, health and human development. New York: Palgrave MacMillan; 2017

Mitra S, Findley PA, Sambamoorthi U. Health care expenditures of living with a disability. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(9):1532–1540

Cnossen MC, Lingsma HF, Tenovuo O, Maas AIR, Menon D, Steyerberg EW et al. Rehabilitation after traumatic brain injury: a survey in 70 European neurotrauma centres participating in the CENTER-TBI study. *J Rehabil Med*. 2017;49(5):395–401

Sakellariou D, Rotarou ES. Access to health care for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*. 2017;7:e016614

Rotarou ES, Sakellariou D. Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Crit Public Health*. 2017;29(1):48–60

Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>, accessed 25 November 2019)

Social protection floor. Geneva: International Labour Organization; 2019 (<https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policydevelopment-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.html>, accessed 25 November 2019)

Baker P, Hone T, Reeves A, Avendano M, Millett C. Does government expenditure reduce inequalities in infant mortality rates in low- and middle-income countries? A time-series, ecological analysis of 48 countries from 1993–2013. *Health Econ Policy Law*. 2018;14(2):249–273

Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *Lancet*. 2014;383(9920):889–895

Dekker A, Safi M, Echteld MA, Evenhuis HM. Sexuality and contraception in young people with mild intellectual disability; a qualitative study on the basis of 28 interviews. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014;158:A8010

European Health Interview Survey (EHIS). Luxembourg: Eurostat; 2018 (https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm, accessed 25 November 2019)

Antón JI, Braña FJ, de Bustillo RM. An analysis of the cost of disability across Europe using the standard of living approach. *SERIEs*. 2016;7(3):281–306

Bień B, McKee KJ, Döhner H, Triantafyllou J, Lamura G, Doroszkiewicz H. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Public Health*. 2013;18;23(6):1032–1038

Nordic Cooperation on Disability, Nordic Centre for Rehabilitation Technology. Provision of assistive technology in the Nordic countries. Stockholm: Nordic Cooperation on Disability; 2007 (<http://pak.wheelchairnetwork.org/wp-content/uploads/2018/07/Nordic-Countries-Provision-of-AT-2007.pdf>, accessed 25 November 2019)

Saunders M, Barr B, McHale P, Hamelmann C. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 52; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/345798/HEN52.pdf, accessed 25 November 2019)

Health, decent work and the economy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Policy brief; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/397793/SDG-8-policy-brief_4.pdf?ua=1, accessed 25 November 2019)

Social and gender inequalities in environment and health. In: Fifth Ministerial Conference on Environment and Health: protecting children's health in a changing environment, Parma, Italy, 10–12 March 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/76519/Parma_EH_Conf_pb1.pdf, accessed 25 November 2019)

Cavill N, Kahlmeier S, Rutter H, Racioppi F, Oja P. Economic analyses of transport infrastructure and policies including health effects related to cycling and walking: a systematic review. *Transp Policy*. 2008;15:291–304

Age-friendly environments in Europe: a handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF, accessed 25 November 2019)

Status of treaties. In: Treaty collection, Chapter IV human rights [website]. New York: United Nations; 2019 (https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4, accessed 1 December 2019)

#Envision2030: 17 goals to transform the world for persons with disabilities. New York: United Nations Division for Social Policy and Development; 2015 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/envision2030.html>, accessed 25 November 2019)

Disability and development report: realizing the sustainable development goals by, for and with persons with disabilities. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2018 (<https://social.un.org/publications/UN-flagshipreport-disability-7June.pdf>, accessed 25 November 2019)

WHO global disability action plan 2014–2021. Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf;jsessionid=4FAF83641CF3514A03F567F39685DD8A?sequence=1, accessed 25 November 2019)

Disability. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 27 May 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHA66.9, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf, accessed 25 November 2019)

Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, accessed 25 November 2019)

Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2018 (https://unstats.un.org/sdgs/indicators/GlobalIndicatorFrameworkafterrefinement_Eng.pdf, accessed 25 November 2019)

Health systems governance for universal health coverage: action plan. Geneva, World Health Organization, 2014 (https://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf, accessed 25 November 2019)

Koordynacja i recenzja: Dr Amine Lotfi i Dr Bettina Menne (Zdrowie i Zrównoważony Rozwój, Biuro Regionalne WHO na Europę)

Autorzy: Satish Mishra i Manfred Huber (Program Zdrowego Starzenia się, Niepełnosprawności i Opieki Długoterminowej, Biuro Regionalne WHO na Europę)

Współpraca: Niniejsze informacje opracowano we współpracy z Centrum Współpracy WHO ds. Rehabilitacji (Centrum Rehabilitacji Globalnych Systemów Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Medycyny, Uniwersytet w Lucernie).
Podziękowania dla Viv Taylor Gee za wnikliwe uwagi.

Redakcja: Jane Ward; **Układ:** Daniela Berretta