تقييم وتحديد الإعاقة في الدول العربية

نظرة عامة

ازدهارُ البلدان كرامةُ الإنسان

الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

ازدهارُ البلدان **كرامةُ الإنسان**

رؤيتنا

طاقاتٌ وابتكار، ومنطقتُنا استقرارٌ وعدلٌ وازدهار

رسالتنا

بشغَف وعزْم وعَمَل: نبتكِر، ننتج المعرفة، نقدِّمُ المشورة،
نبني التوافق، نواكب المنطقةَ العربية على مسار خطة عام 2030.
يداً بيد، نبني غداً مشرقاً لكلِّ إنسان.

E/ESCWA/CL2.GPID/2020/TP.32

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

تقييم وتحديد الإعاقة في الدول العربية

نظرة عامة

كانون الأول/ديسمبر 2020

الأمم المتحدة
بيروت

© 2021 الأمم المتحدة
حقوق الطبع محفوظة

تقتضي إعادة طبع أو تصوير مقتطفات من هذه المطبوعة الإشارة الكاملة إلى المصدر.

توجّه جميع الطلبات المتعلقة بالحقوق والأذون إلى اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، البريد الإلكتروني: publications-escwa@un.org.

النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذه المطبوعة هي للمؤلفين، ولا تمثل بالضرورة الأمم المتحدة أو موظفيها أو الدول الأعضاء فيها، ولا ترتب أي مسؤولية عليها.

ليس في التسميات المستخدمة في هذه المطبوعة، ولا في طريقة عرض مادتها، ما يتضمن التعبير عن أي رأي كان من جانب الأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها.

الهدف من الروابط الإلكترونية الواردة في هذه المطبوعة تسهيل وصول القارئ إلى المعلومات وهي صحيحة في وقت استخدامها. ولا تتحمل الأمم المتحدة أي مسؤولية عن دقة هذه المعلومات مع مرور الوقت أو عن مضمون أي من المواقع الإلكترونية الخارجية المشار إليها.

جرى تدقيق المراجع حيثما أمكن.

لا يعني ذكر أسماء شركات أو منتجات تجارية أن الأمم المتحدة تدعمها.

المقصود بالدولار دولار الولايات المتحدة الأمريكية ما لم يُذكر غير ذلك.

تتألف رموز وثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام باللغة الإنكليزية، والمقصود بذكر أي من هذه الرموز الإشارة إلى وثيقة من وثائق الأمم المتحدة.

مطبوعات للأمم المتحدة تصدر عن الإسكوا، بيت الأمم المتحدة، ساحة رياض الصلح،
صندوق بريد: 8575-11، بيروت، لبنان.

الموقع الإلكتروني: www.unescwa.org.

21-00329

شكر وتقدير

أعدّت هذه الورقة السيدة سمية المجذوب، مسؤولة تنمية اجتماعية في الإسكوا، تحت إشراف وتوجيه السيدة جيزيلا نوك، رئيسة قسم التنمية الاجتماعية الشاملة في الإسكوا.
ترغب المؤلفة في الإعراب عن تقديرها للتعاون الممتاز مع أعضاء فريق خبراء الإسكوا العامل بين الدورات المعني بالإعاقة (Inter-sessional Group of Experts on Disability-IGED) وهو فريق مكون من ممثلين حكوميين معنيين بسياسات الإعاقة – والمشاركين في ورشة العمل ذات الصلة حول "تقييم الإعاقة وأنظمة تحديدها في المنطقة العربية" التي عُقدت في القاهرة في كانون الأول/ديسمبر 2019. تود المؤلفة أيضاً أن تعرب عن تقديرها للمراجعة والتعليقات القيمة للدكتور جيروم بيكنباخ والسيد ألكسندر كوت والدكتور دانيال مونت أثناء عملية مراجعة المسودة.

شارك في ورشة عمل القاهرة الأشخاص التالية أسماؤوهم، والذين ساهموا في اثراء النقاشات التي بُنيت عليها هذه الورقة: د. أشرف مرعي، مصر؛ السيدة نجوى شرّي والدكتور نواف كبارة والسيدة جاهدة أبو خليل والدكتور إبراهيم إسماعيل عبد الله، لبنان؛ السيد بشير الفيتوري، ليبيا؛ السيد عزيز أزربي، المغرب؛ السيد حمود بن مرداد بن حمود الشبيبي، عُمان؛ السيد أمين عنابي والسيدة شذى أبو سرور، دولة فلسطين؛ السيدة لآلئ أبو ألفين، قطر؛ الدكتور هشام الحيدري، المملكة العربية السعودية؛ السيدة أمل علي، السودان؛ السيدة ميساء الميداني، الجمهورية العربية السورية؛ السيد وليد القاسمي، تونس؛ السيد فيصل مجاهد المقطري، اليمن؛ د. أليستير دي جايتانو والسيدة ديان كاميليري والسيدة رودا كلير جارلاند، مالطا؛ السيد الكسندر كوت، مركز السياسات الشاملة.

الآراء المعرب عنها هي آراء المؤلفة ولا تعكس بالضرورة آراء الأمانة العامة للأمم المتحدة.

المحتويات

شكر وتقدير iii
الاختصارات vii
مقدمة 1

1. السياق 3
   - ألف. اتفاقيّة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: تحول فكري 3
   - باء. الإعاقة من منظور دورة الحياة 4

2. أهداف نُظُم التقييم والتحديد 5
   - ألف. الدمج الاجتماعي 5
   - باء. توجيه عمليات تحديد أولويات السياسة العامة وتخصيص الميزانيات 6
   - جيم. الدعم الفوري للأشخاص ذوي الإعاقة في الاستجابات لحالات الطوارئ 8

3. خيارات وأدوات في السياسة العامة لتقييم الإعاقة وتحديدها 9
   - ألف. إجراءات تقييم الإعاقة التقليدية: التقييمات الطبية 9
   - باء. تقييمات الرعاية والدعم 9
   - جيم. نُهُج جديدة لتقييم الإعاقة 10

4. الاتجاهات الرئيسية في المنطقة العربية 15
   - ألف. تعريف الإعاقة: مؤقتة مقابل دائمة، وعبر مستويات الحوكمة 15
   - باء. بطاقات الإعاقة 15
   - جيم. العمليات المحددة جيداً مقابل العمليات غير المحددة 16
   - دال. عملية التقييم الموحدة مقابل التقييمات المختلفة مع كل مقدّم خدمة 16
   - هاء. الدمج بين العمليات أسهل في بعض الحالات 16
   - واو. عمليات التقييم التي تجريها المؤسسات الحكومية إزاء تلك التي يجريها المجتمع المدني ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة 17
   - زاي. تحديد خط الفصل للحصول على منافع محددة 17
   - حاء. تقييمات الإعاقة للأطفال 17

5. النقلات الأخيرة نحو إجراءات تتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: دراسات حالات 18
ألف. المغرب: البناء على الخبرات الإقليمية والعالمية 18
باء. عُمان: رقمنة العملية 20
جيم. مصر: الاستفادة من الموارد المتاحة 21
دال. تونس: تنسيق العمليات 22

6. الدروس المستفادة وتوصيات السياسة 24

المرفق 1. ملخص الردود من الاستبيان إلى ممثلي الحكومات من الدول الأعضاء في الإسكوا بشأن تقييم وتحديد الإعاقة 26
المرفق 2. أسئلة ملف كل دولة 31
المرفق 3. الأطر القانونية الوطنية لكلّ بلد 32

قائمة الأطر

الإطار 1. تعريف الإعاقة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 3
الإطار 2. ما هو الفرق بين تقييم الإعاقة وتحديدها والأهلية؟ 5
الإطار 3. احتياجات الدعم الفردية مقابل احتياجات الدعم المعمّمة 7

الاختصارات

CRPD	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
ICD	التصنيف الدولي للأمراض
ICF	التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة
IQ	حاصل الذكاء
NGO	منظمة غير حكومية
OPD	منظمة للأشخاص ذوي الإعاقة
UN	الأمم المتحدة
WG	مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة
WHO	منظمة الصحة العالمية
WHODAS 2.0	جدول تقييم الإعاقة لمنظمة الصحة العالمية 2.0

مقدمة

أحدث اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، في عام 2006، تحولاً فكرياً في السياسات الدولية المتعلقة بالإعاقة، فانتقلت من المقاربة الطبية التي تركّز على الفرد وحالته، إلى فهم الإعاقة من منظور حقوق الإنسان الذي يعتبر الإعاقة نتيجة للتفاعل بين حالة الفرد والبيئة الاجتماعية والمادية المحيطة به.

وقد وقّعت معظم الدول العربية أو صادقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فالتزمت بتغيير قوانينها وأطرها المؤسسية لضمان الإدماج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع أوجه الحياة[1].

ورغم تسجيل أوجه تقدم عديدة في القوانين والسياسات العامة، لا يزال التغيير بعيد المنال في أحد المجالات الأساسية في السياسة العامة، وهو وضع نظام لتقييم الإعاقة وتحديدها بما يتوافق مع المقاربة القائمة على حقوق الإنسان في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وشكّل وضع هذا النظام تحدياً لسببين: الأول هو استمرار الاعتماد على المقاربة الطبية في فهم "الإعاقة" وتعريفها في الكثير من الأحيان في المنطقة العربية، ما يدل على أن التحول الفكري المطلوب لم يتحقق بعد. والسبب الثاني هو أن ما يتفرد به كل بلد، من ظروف اجتماعية واقتصادية وتركيب جغرافي وهياكل حوكمة، يفرض تحديات مختلفة تحول دون مقاربة تعمم على جميع البلدان. تشمل هذه التحديات: القيود على الموارد، والافتقار إلى المعرفة الفنية بنُظُم التقييم التي تتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ونقص المهنيين المدربين الذين يمكنهم تطبيق هذه النُظُم. تبدأ هذه الدراسة بتوضيح خلفية التحول المعياري في فهم الإعاقة من منظور اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومن ثمّ تستكشف الأهداف الرئيسية لنظام تقييم الإعاقة وتحديدها، وكذلك العلاقة بين تقييم الإعاقة وتحديدها. وتبحث الدراسة أيضاً في بعض الأدوات المتاحة لتفعيل هذا التحول المعياري في تقييم الإعاقة، مثل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) وجدول تقييم الإعاقة 2.0 لمنظمة الصحة العالمية (WHODAS 2.0).

بعد ذلك، تقدم الدراسة لمحة عن اتجاهات قوانين تقييم الإعاقة وتحديدها في المنطقة العربية، وتعرض أوجه التشابه والاختلاف بين هذه القوانين. وقد استمدت هذه الاتجاهات من "الملامح القانونية للدول" في الملحق (3). وفي هذه الملامح استعراض عام للتشريعات الوطنية واللوائح والتعليمات الإدارية والسياسات التي تحكم عمليات تقييم الإعاقة وتحديدها في 18 دولة عربية، وهي: الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، والجمهورية العربية السورية، ودولة فلسطين، والسودان، والعراق، وعُمان، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية، وموريتانيا، واليمن.

وستقدّم الدراسة أيضاً خلاصات عن أربع دراسات حالات في تونس وعُمان ومصر والمغرب، وهي بلدان

1 "الإعاقة في المنطقة العربية"، الإسكوا، 2018، ص. 28.
https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/publications/files/disability-arab-region-2018-english_1.pdf.

تشهد تحولاً نحو نُظُم للتقييم تتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وأخيراً، تقدم بعض الدروس الرئيسية المستفادة وتوصيات في السياسة العامة للبلدان التي تزمع الانتقال نحو نظام لتقييم الإعاقة يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

1. السياق

ألف. اتفاقيّة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: تحول فكري

الإعاقة تمثل جزءاً لا يتجزأ من تنوع البشر. وتحديدها، على أهميته، لن ينصف أبداً تنوع الإمكانات الكامنة في كل إنسان. بيد أن الإمكانات البشرية ليست بمعزل عن التفاعلات الاجتماعية. ففي بيئة اجتماعية تدعم وتمكّن، وترفض الوصم والإقصاء، وتأخذ بالحسبان احتياجات الدعم لكل فرد، يمكن للأفراد كافة أن ينمّوا مهاراتهم كمّاً ونوعاً.

إذا أصبح هذا المنظور هو المنطلق، يتغير فهم الإعاقة تغيُّراً جذرياً. فلا تعود الإعاقة مجرد "مشكلة منعزلة" يواجهها فرد معيّن، بل نتيجة لخصائص فردية يفاقمها أو يخفف منها مدى شمول ودعم البيئة الاجتماعية، بجميع أوجهها، للأشخاص ذوي الإعاقة[2]. من هذا المنظور، قد يكون التفاعل مع البيئة المحيطة عامل مساعدة أو تقييد للأشخاص ذوي الإعاقة، كما قد يشكل مقياساً لدرجة إدماجهم في المجتمع. كان، في ما مضى، الهدف من تدخلات الطب أو السياسات العامة هو "إعادة تأهيل" الأشخاص ذوي الإعاقة عن طريق تكييفهم، قدر الإمكان، مع بيئة معينة. لكن التطور في فهم الإعاقة صحبه إقرار بأن الإدماج الكامل يتطلب توفير الدعم الفردي وكذلك إزالة الحواجز في البيئة الاجتماعية والعمرانية، بما يتماشى مع معايير اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

الإطار 1. تعريف الإعاقة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

تُقر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ديباجتها بأنّ "الإعاقة ناتجة عن التفاعل بين الأشخاص ذوي الإعاقات والحواجز السلوكية والبيئية التي تُعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين"[أ].

بالإضافة إلى ذلك، فإنّ المادة (1) من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة توفّر الإطار الشامل لتعريف الإعاقة إذ تبرز دور الحواجز، فتنص على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يشملون "أولئك الذين يعانون من إعاقاتٍ جسدية أو عقلية أو ذهنية أو حسية طويلة الأمد والتي قد تعوق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين عند التفاعل مع الحواجز المختلفة"[ب].

وقد اعتمدت دول أطراف عديدة في الاتفاقية، بما فيها بلدان من المنطقة العربية، هذا التعريف إما حرفياً أو في صيغة تماثله.

أ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الأمم المتحدة، 2006.
https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf.

ب المرجع نفسه.

2 "اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة" (CRPD)، الأمم المتحدة، 2006.
https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/preamble.html.

باء. الإعاقة من منظور دورة الحياة

الإعاقة جزء من تجربة الحياة بين البشر، حيث من المتوقع أن يواجه كل إنسان تقريباً درجة من الضعف الوظيفي في مرحلة ما من مراحل حياته. واعتماد نهج دورة الحياة إزاء الإعاقة يعني أن تجربة الإعاقة تختلف، غالباً، من فرد إلى آخر، وتتأثر بمرحلة نمو الفرد، ومحيطه، وظروفه الاجتماعية والاقتصادية، ومجال عمله، ومسار الحياة الذي اختار لنفسه.

من المرجح أن يواجه الأطفال ذوو الإعاقة حواجز مختلفة أمام دمجهم، وأن يحتاجوا إلى دعم بدرجات مختلفة طوال حياتهم. لذلك، تتأثر كيفية تقييم الإعاقة كثيراً إذا ما اعتبرت من منظور دورة الحياة. وتحتاج منهجيات التقييم إلى التقاط التفاعل بين الإعاقات والبيئة، والطرق التي يشارك بها الأفراد في المجتمع خلال مختلف مراحل الحياة مع مراعاة العوامل المركبة المؤثرة مثل المواقف السلوكية، وإمكانية الوصول إلى البيئات المادية والاجتماعية. وتتبين من ذلك ضرورة إجراء تقييمات دورية ومنهجية لفحص الحالة والاحتياجات والبيئة مع مرور الوقت.

وهنا يأتي دور التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF)، وهو إطار عمل مفاهيمي صدر في عام 2001، يساعد في التعرّف على الإعاقات وقيود النشاط وقيود المشاركة[3]. وقد استندت منظمة الصحة العالمية على التصنيف في وضع أداة تُسمى جدول تقييم الإعاقة الخاص بمنظمة الصحة العالمية 2.0 (WHODAS 2.0)[4].

يقيس WHODAS 2.0 الأداء الوظيفي للفرد في بيئته، ويستخلص نتيجة التفاعل بين القيود الوظيفية والبيئة المحيطة. ولكن استخدام WHODAS 2.0 يجب أن يصحبه تقييم للاحتياجات، يحدد الحواجز التي تواجه الفرد، وما لديه من عوامل تمكينية، وكيف تتغير بمرور الزمن مع تدخلات مختلفة. سيساعد اقتران نظام WHODAS بأداة لتقييم الاحتياجات البلدان في بناء سجل للإعاقة لتحديد الأهلية لخدمات الدعم. ومن الأمثلة على أدوات تقييم الاحتياجات هذه هو أداة تقييم عادات الحياة (LIFE-H)[5] أو أداة قياس جودة البيئة (MQE) المستخدمة في ولاية كيبيك في كندا Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH)[6].

وكمثال توضيحي لما سبق، قد يكون لدى شخص ما الإعاقة البصرية ذاتها طوال عمره، ولكن كيفية تأثيرها على حياته اليومية قد يتغير بتغيُّر موضعه، ومدى سهولة الوصول إلى البيئة المحيطة به، وما إذا كان بإمكانه الوصول إلى الأجهزة والتقنيات المساعدة في المنزل أو المدرسة أو مكان العمل أو في الأماكن العامة. يتيح WHODAS 2.0 مقترناً بأدوات تقييم الاحتياجات التقاط العناصر التي سبقت الإشارة إليها بطريقة منهجية، وتحديد التدخلات الممكنة واحتياجات الدعم التي يمكن أن تساعد في ضمان مزيد من الدمج الاجتماعي.

هذا، وسيناقش القسم 3 هذه الأدوات بصورة أوسع.

---

3 التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF)، منظمة الصحة العالمية، 2001. https://www.who.int/classifications/icf/en/.

4 جدول منظمة الصحة العالمية لتقييم الإعاقة 2.0 (WHODAS 2.0)، منظمة الصحة العالمية، 2018. https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/.

5 Assessment of Life Habits tool (LIFE-H), International Network on the Disability Creation Process, Quebec, Canada, https://ripph.qc.ca/en/documents/life-h/what-is-life-h/.

6 The Measure of the Quality of Environment (MQE), International Network on the Disability Creation Process, Quebec, Canada, https://ripph.qc.ca/en/documents/mqe/what-is-mqe/.

2. أهداف نُظُم التقييم والتحديد

ألف. الدمج الاجتماعي

الهدف الرئيسي لأنظمة تقييم وتحديد الإعاقة هو ضمان حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الدمج الاجتماعي. وفي هذه الأنظمة معيار مباشر لكيفية فهم المجتمع للإعاقة، والنهج الذي يقرّر اتّباعه لضمان دمج جميع الأفراد فيه. وعلى المستوى التشغيلي، توفّر هذه الأنظمة الأدوات اللازمة لتقييم خدمات الدعم اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة، كما تساعد صانعي القرار على التخطيط في مختلف مجالات السياسة العامة ووضع ما تتطلبه هذه الخدمات من ميزانيات.

الإطار 2. ما هو الفرق بين تقييم الإعاقة وتحديدها والأهلية؟

رغم الترابط بين تقييم الإعاقة، وتحديدها، والأهلية، يشير كل من هذه المفاهيم إلى أوجه مختلفة ومحددة من العملية نفسها: فتقييم الإعاقة هو العملية، والتحديد هو النتيجة، والأهلية هي ما يتأتى عن النتيجة، أي معرفة ما يتأهل له كل فرد من خدمات دعم في هذه العملية.

تقييم الإعاقة هو عملية جمع المعلومات حول الظروف المحددة للفرد، ومظاهرها وتأثيرها على وظائفه اليومية، والدعم الذي قد يحتاجه ليحظى بالاستقلال الذاتي والولاية على الحياة. يركز هذا التقييم، خلافاً للتشخيص الطبي البحت، على أداء الفرد ونوع ومستوى الدعم الذي يحتاج لتحقيق الاستقلال الذاتي في أنشطة حياته اليومية، وكذلك لبلوغ المساواة في المشاركة التي قد تتباين حتى بين أشخاص لديهم التشخيص نفسه أو درجة القصور ذاتها، ويعتمد ذلك على أسباب عدة تشمل الحواجز التي تواجه كلاً منهم، والدعم المتاح في بيئاتهم.

ستفيد المعلومات المجمعة أثناء التقييم في تحديد الإعاقة وإدارة الحالات، بالإضافة إلى تخطيط السياسات. ومع أن البنية الأساسية التي يمكن الوصول إليها والخدمات العامة الشاملة (مثل التعليم الشامل وسياسة سوق العمل، وتوفير الأجهزة المساعدة ضمن حزمة التغطية الصحية الشاملة، وإتاحة الوصول إلى الخدمات الإلكترونية) ستفيد جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، سيحتاج البعض إلى مزيد من الدعم المخصص لاحتياجاتهم الفردية لتحقيق المشاركة المتساوية والعيش المستقل.

وقد تضيف تقييمات الإعاقة بيانات مهمة إلى جانب البيانات المستمدة من التعدادات والمسوح، وتوفر معلومات مهمة تساعد صانعي السياسات على تحديد أولويات الموارد لجعل الخدمات المعممة أكثر شمولاً، وتطوير خدمات دعم تستهدف أفراداً محددين (مثل تكييف المنازل، وإتاحة المساعدين الشخصيين والرعاية الصحية المتخصصة، والتعويض المالي للتكاليف ذات الصلة بالإعاقة، وغير ذلك).

تحديد الإعاقة هو عملية الإقرار الرسمية، أو القانونية، بوجود حالة إعاقة، وتشمل أحياناً تصنيف الأشخاص وفقاً لفئات تشير إلى مستويات مختلفة من الاستقلال الذاتي/الولاية على الحياة في وظائفهم اليومية.

تشير الفئات المختلفة عادة إلى مستوى تصاعدي من احتياجات الدعم الفردي لتحقيق الاستقلال الذاتي في أنشطة الحياة اليومية. لكن تحديد الإعاقة على نحو متسق وموثوق ومنصف قد تكتنفه المصاعب نظراً لتنوع الظروف التي يواجهها الأفراد من حيث الدعم المتاح الذي تقدمه الأسرة غالباً، والحواجز القائمة في البيئة التي قد تعوق المشاركة.

في بلدان عديدة، تنتهي عملية تحديد الإعاقة بإصدار شهادة إعاقة أو بطاقة إعاقة، قد تبين مستويات أو فئات مختلفة من الإعاقة، كما قد تُستخدم "كجواز سفر" للوصول إلى خدمات مختلفة.

تحديد الأهلية هو عملية اتخاذ قرار بشأن الفئات التي يستهدفها الدعم الحكومي، وأنواع الدعم الذي تتأهل كل فئة للحصول عليها. ويتطلب الحصول على الخدمات أو المنافع العامة بشروط تفضيلية، أو على المزايا التي تستهدف الإعاقة تحديداً، بطاقة/شهادة إعاقة.

وقد تستخدم حالة الإعاقة الرسمية في تحديد الأهلية من خلال طريقتين. فيمكن للحكومة أن تقرر أن كل أو بعض حاملي شهادات/بطاقات الإعاقة مؤهلون مباشرة لحزم مختلفة من الخدمات أو المزايا المعممة والمخصصة للإعاقة؛ ويمكن أيضاً للحكومة أن تقرر أن بطاقة الإعاقة هي واحدة من بين عدة معايير أخرى للأهلية، مثل اختبار الموارد المالية للوصول إلى مزايا معينة.

مكوّنات نظام تقييم الإعاقة المتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

في إطار نظام تقييم للإعاقة يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لا بد من تلبية عدة متطلبات موضوعية وإجرائية. والمتطلبات الأساسية الثلاثة هي أن التقييم يجب أن يكون صالحاً لغرضه وموثوقاً وموضوعياً. وتعني الصلاحية أن العملية تقيم الإعاقة لا مؤشراً بديلاً عن الإعاقة. وتعني الموثوقية والموضوعية أن عمليات التقييم تفضي إلى نتائج متسقة بغض النظر عمن يُجري التقييم. والحجة الرئيسية لاستخدام WHODAS هي أنه يلبي هذه المتطلبات إلى حد كبير.

حددت ليزا وادينجتون ومارك بريستلي، ضمن عرضهما لـ "نهج حقوق الإنسان في تقييم الإعاقة"[7]، المكوّنات الإجرائية لنظام تقييم الإعاقة الذي يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بما يضمن الإنصاف في الإجراءات، وتشمل هذه العناصر: (1) احترام كرامة وحرية وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، (2) اتساق التقييمات على المستويات المحلية والإقليمية والوطنية، (3) أخذ التفاعل بين الإعاقة والبيئة بالاعتبار، (4) إمكانية الوصول، (5) الاعتراف بالأهلية القانونية للأشخاص ذوي الإعاقة، (6) توفر أنظمة التقييم الوصول إلى الدعم الاجتماعي والاستحقاقات، (7) التدريب المهني لأولئك الذين يجرون التقييم، (8) القدرة على استئناف العملية، وضمان الوصول إلى العدالة، (9) أخيراً والأهم من ذلك، ضمان مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم والمنظمات التي تمثلهم في تصميم ومراجعة أنظمة تقييم الإعاقة.

باء. توجيه عمليات تحديد أولويات السياسة العامة وتخصيص الميزانيات

من ناحية عملية، تحتاج الحكومات إلى أنظمة تصنيف الإعاقة لاتخاذ القرارات بشأن الموارد التي ينبغي تخصيصها من أجل بناء

7 Lisa Waddington and Mark Priestley, "A human rights approach to disability assessment", Journal of International and Comparative Social Policy, (2020), 1-15. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/38A82E7D5EA9E662A9A61B7D8F6088F8/S2169976320000212a.pdf/human_rights_approach_to_disability_assessment.pdf.

بيئة داعمة عموماً، وكذلك للاحتياجات والمنافع الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة. في حالة مثلى ليس على البلدان أن تختار بين البيئة الداعمة والاحتياجات الفردية، بل تتمكن من تأمينهما معاً. لكن بلداناً عديدة ليست في وضع مريح يمكنها من ذلك، ولذا فعليها أن تحدد أولوياتها.

وإذا ما كان تصنيف الإعاقة منصفاً ومعداً بصورة حسنة، ستنتج عنه تقديرات واضحة لعدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى الدعم، مع بيان نوع الدعم اللازم. تشمل هذه الأنواع الدعم المعمم مثل إمكانية الوصول إلى المباني من خلال التصميم الشامل، مثلاً، وتقديم الخدمات التي تيسر الإدماج فتفيد المجتمع بأسره، بما في ذلك كبار السن، وذوي الإعاقات المؤقتة مثل المصابين بكسر في الساق أو الذراع.

الإطار 3. احتياجات الدعم الفردية مقابل احتياجات الدعم المعمّمة

كيف يؤثر نظام لتقييم الإعاقة يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على تقديم الدعم للإدماج والمشاركة؟

إذا ما كثرت الحواجز التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في بيئاتهم، يزداد احتياجهم للدعم من أجل التغلب على هذه الحواجز. تنص اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بوضوح على التزامات الدول بإزالة الحواجز، وكذلك على تقديم الدعم عبر القطاعات. وإذا ما أزالت الحكومات الحواجز، من خلال زيادة الوعي وتعزيز إمكانية الوصول والقضاء على التمييز، ستخفف من الحاجة إلى الدعم الفردي والخدمات الخاصة بالإعاقة. وتجدر الإشارة إلى أن بعض الأفراد، الذين لديهم مستويات مرتفعة من الاحتياجات، سيلزمهم بعض الدعم الفردي بغض النظر عن مدى تيسير الوصول في إطار بيئتهم.

وفيما يلي مثالان توضيحيان:

البيئات التي يمكن الوصول إليها

في الوقت الحاضر، يحتاج العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة، مثل مستخدمي الكراسي المتحركة، إلى مساعدين شخصيين مخصصين من أجل جميع أنشطة الحياة تقريباً، بما في ذلك التحرك في الأماكن العامة، لأن الحواجز في البيئة تقيد استقلالهم الذاتي. مع تحسين إمكانية الوصول إلى البيئة المبنية ووسائل النقل والتكيُّف المناسبة لمنازلهم، ستقل، أو تزول بالكلية، حاجة العديد من مستخدمي الكراسي المتحركة إلى دعم فردي مكثف يقدمه مساعدون مختصون.

التعليم الشامل

في العديد من البلدان، يتم إقصاء الأطفال ذوي الإعاقة بشكل مؤسسي مع غياب الدعم لأسرهم وعدم شمولهم في المدارس. وتضطر أسر عديدة إلى تسجيل أطفالها ذوي الإعاقة في مرافق داخلية تقدم لهؤلاء الأطفال دعماً تعليمياً أو تلبي احتياجاتهم للرعاية. لكن هذه الآلية تعزلهم عن أسرهم وأقرانهم، وفي حالات كثيرة لا تؤهل شهادات هذه المؤسسات للتعليم العالي أو لسوق العمل. بالإضافة إلى ذلك، فخدمات هذه المرافق متاحة لعدد محدود فقط من الأطفال، مما يستثني العديدين من الالتحاق بالمدارس والدعم. مع زيادة الشمول وتحسين إمكانية الوصول في المدارس العادية والمجتمعات بشكل أوسع، يمكن تقديم الدعم من خلال نظام التعليم العام، مع مساعدات محدودة للأفراد وفقاً للحاجة. يتكفل توفير منافع الخدمات المجتمعية والحماية الاجتماعية أيضاً بتمكين أسر الأطفال ذوي الإعاقة من تقديم مزيد من الدعم والرعاية للأطفال الذين يواجهون قدراً أكبر من الصعوبات.

جيم. الدعم الفوري للأشخاص ذوي الإعاقة في الاستجابات لحالات الطوارئ

في موجز السياسة الذي أعده الأمين العام "استجابة لجائحة كوفيد-19 شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة"، تم تحديد "تصنيف البيانات حسب الإعاقة" كواحد من ستة أسس للاستجابة للجائحة الشاملة للإعاقة، والأسس الخمسة الأخرى هي: عدم التمييز، والتقاطع، وإمكانية الوصول، والمساءلة، والمشاركة[8].

قد توفر الإحصاءات الوطنية، إذا ما كانت مصممة بشكل جيد، معلومات أولية عن انتشار الإعاقة وتوزعها على مختلف مناطق البلد، ولكن لا يمكن تقديم الدعم دون توفر أسماء وعناوين الأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة. ولذا، فللنتائج المترتبة على نظام لتقييم وتحديد الإعاقة يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أهمية لا يمكن الاستهانة بها لا سيما في الاستجابة للأزمات والطوارئ. فنظام تقييم الإعاقة وتحديدها وقاعدة البيانات، إذا ما طورا بشكل جيد، يساعدان صانعي القرار على الإسراع بتقديم المساعدة إلى الأشخاص الأكثر تعرضاً للمخاطر وضمان عدم إهمالهم.

في ظل جائحة كوفيد-19، قد يصعب على الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة شخصية في أنشطتهم اليومية الالتزام بالتباعد الاجتماعي. يجب أيضاً تصميم خدمات مثل الطب الإلكتروني أو التعليم الإلكتروني بطريقة يسهل على الأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها عبر ضمان النفاذية الرقمية. تساعد أنظمة التقييم والتحديد الفعالة صانعي القرار وأصحاب المصلحة المعنيين على ضمان توفير هذه الخدمات، سواء في نهج يستهدف البعض أو يعم الجميع[9].

فمن المهم، إذن، اعتماد نظام لتقييم إعاقة يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يكون فعالاً من حيث التكلفة وموثوقاً وسهل الاستخدام، فهو يدعم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الأحوال، بما في ذلك الاستجابة للأزمات والطوارئ التي تتفاقم أثناءها ما يتعرض له هؤلاء الأشخاص من مخاطر متعددة الأوجه ينبغي أخذها كلها في الاعتبار.

---

8 "موجز السياسة: استجابة شاملة للإعاقة لكوفيد-19"، الأمم المتحدة، أيار/مايو 2020، ص. 9-8.
https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_persons_with_disabilities_final.pdf.

9 للحصول على نظرة عامة حول استجابات كوفيد-19 ذات الصلة بالإعاقة في المنطقة العربية، انظر "مسح الإجراءات الحكومية المتخذة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من جائحة كوفيد-19"، [بالعربية] الإسكوا، 2020.
https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/2000172-ar_1.pdf.

3. خيارات وأدوات في السياسة العامة لتقييم الإعاقة وتحديدها

ألف. إجراءات تقييم الإعاقة التقليدية: التقييمات الطبية

في العديد من الدول العربية، تتألف تقييمات الإعاقة من زيارة إلى طبيب عام أو متخصص يصدر تقريراً طبياً يشخص فيه الإعاقة ونوعها. في بعض الحالات، يشكل هؤلاء الأطباء قسماً من لجنة طبية، مركزية أو إقليمية أو دون إقليمية، وفي حالات أخرى يمكن الحصول على تقرير طبي من أي مستشفى عام أو خاص، قبل أن تراجعه أو تتحقق منه لجنة طبية محددة. قد تستند هذه العملية إلى التصنيفات الطبية الدولية مثل التصنيف الدولي للأمراض (ICD)، كما قد تسترشد بالأطر الوطنية لكل بلد. ولا تزال بلدان عربية عدة تستخدم التصنيفات المتقادمة التي حل محلها التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة، مثل التصنيف الدولي للقصور والإعاقة والعجز (ICIDH)، وهو تصنيف أصدرته منظمة الصحة العالمية في عام 1980[10].

وبعد التحقق من التشخيص الطبي وتحديد الإعاقة، تحدد الأطر المرتبطة بالقوانين والسياسات العامة الوطنية خدمات الدعم أو المساعدات التي يمكن للفرد الوصول إليها. في بعض البلدان، تصدر "بطاقة إعاقة" للأشخاص ذوي الإعاقة لتسهيل تسجيلهم في خدمات الدعم هذه.

باء. تقييمات الرعاية والدعم

بالإضافة إلى التقييم الطبي للحصول على بطاقة الإعاقة، عادة ما يكون لدى الدول تقييمات مستقلة إضافية قبل إتاحة الوصول إلى خدمات الدعم والمساعدة، بما في ذلك الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل والصحة والأجهزة والتكنولوجيا المساعدة والتعليم والعمل والحماية الاجتماعية ومعاشات الإعاقة وغيرها. يطلق على هذه المعلومات اسم "البيانات الإدارية" ويجمعها مقدمو الخدمات "عند الطلب"، ولذا فقد لا تضم جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما إذا كانت البيئة الاجتماعية توصم الإعاقة، أو حيث توجد حواجز أخرى أمام الوصول إلى الخدمات، إذ تشمل البيانات الإدارية فقط أولئك الذين يتفاعلون مع مقدمي الخدمة. علاوة على ذلك، يعتمد جمع البيانات الإدارية على كيفية تعريف وتقييم الإعاقة من قِبل كل كيان.

هناك العديد من التحديات مع النهج الطبي التقليدي وتعايش تقييمات متعددة، بما في ذلك:

- **التركيز على مكامن القصور بدلاً من مَواطن القدرات**: تقتصر التقييمات التقليدية على التشخيص الطبي لأنها، غالباً، صممت ضمن إطار التأمين بغية تقييم ما إذا كان الشخص قادراً على العمل وإذا كان مستحقاً لمعاش تقاعد. تركّز

10 The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), WHO, 1980, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf?sequenc.

التقييمات التقليدية بالدرجة الأولى على القيود التي تعتري الأشخاص ذوي الإعاقة بدلاً من إمكاناتهم وطاقاتهم للنمو واحتياجاتهم من أجل المشاركة الكاملة. وتفترض هذه التقييمات أن الأشخاص الذين لديهم الإعاقة نفسها لديهم الاحتياجات ذاتها، مع أن الأمر ليس كذلك في أحيان كثيرة. وباختصار، فتحديد مكامن العجز، على ضرورته، ليس كافياً لتقييم الإعاقة، بل لا بد لعمليات التقييم أن تحدد كلاً من مكامن القصور ومَواطن القدرات.

- **التجزئة وعدم الاتساق:** في أحيان كثيرة، يكون لدى الجهات الفاعلة المختلفة، مثل وكالات التأمين ووزارات الشؤون الاجتماعية والتعليم والصحة والعمل والإحصاءات الوطنية وغيرها، تعاريف وعمليات مختلفة لتقييم الإعاقة وتحديدها.
- **التكاليف المتزايدة للمعاملات** على كلٍّ من وكالات تقديم الخدمات والأشخاص ذوي الإعاقة. كثيراً ما يضطر مقدمو الطلبات إلى تقديم نفس الوثائق الخلفية والسجلات المدنية والمعلومات إلى وكالات مختلفة، والخضوع لتقييم جديد لكل خدمة. يمثّل هذا تحدياً عندما يتعذّر الوصول إلى مكاتب الخدمات الحكومية، أو عندما تتركّز في المراكز الحضرية، مما يعني أن المتقدمين بحاجة إلى تخصيص الموارد والوقت للوصول إليهم في كل مرة.
- **تقويض الإدماج الاجتماعي:** تفضي هذه العمليات المجزأة إلى عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الضرورية لضمان الإدماج الاجتماعي.

جيم. نُهُج جديدة لتقييم الإعاقة

حتى قبل اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة للأمم المتحدة في عام 2006، كان بيّناً أن النهج التقليدي لتقييم الإعاقة ليس كافياً. ومع نشوء فهم جديد للإعاقة، شرعت الوكالات الوطنية والإقليمية والدولية في تعديل تعريفاتها وعمليات التقييم الخاصة وفقاً للفهم الجديد للإعاقة. وبدلاً من طلب التكيُّف من الأشخاص ذوي الإعاقة فقط، تبيّن، وبوضوح متزايد، أن المجتمع بأسره مسؤول، وبدرجة متساوية عن الإدماج الناجح.

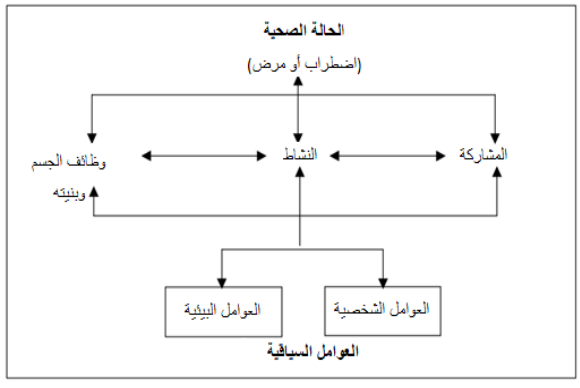
1. التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF)

خلافاً للنهج المعتمد في التصنيف الدولي للقصور والإعاقة والعجز (ICIDH)، يبتعد التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) عن التركيز حصراً على القصور الطبي، ويأخذ العوامل البيئية في الاعتبار. وهذا ما يوضحه التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية حول الإعاقة (2011):

> "في التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة، تصنف مشاكل الأداء البشري ضمن ثلاثة مجالات مترابطة:
>
> - **القصور** يشمل مشاكل في وظائف الجسم أو تغيّرات في بنية الجسم، مثل الشلل أو العمى.
> - **القيود على النشاط** وهي صعوبات في تنفيذ الأنشطة، مثل المشي أو تناول الطعام.
> - **القيود على المشاركة** وهي مشاكل تتعلّق بالمشاركة في أي مجال من مجالات الحياة، مثل التعرض للتمييز في التوظيف أو في النقل.
>
> **الإعاقة** تُشير إلى الصعوبات التي تُواجه في أي من مجالات الأداء الوظيفي الثلاثة أو جميعها. يمكن أيضاً استخدام التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة لفهم وقياس الجوانب الإيجابية للأداء الوظيفي مثل وظائف الجسم والأنشطة والمشاركة والتيسير البيئي. يعتمد التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) لغةً محايدة ولا يميّز بين نوع الإعاقة وسببها، مثلاً بين الصحة "الجسدية" و"العقلية". **"الظروف الصحية"** هي الأمراض والإصابات والاضطرابات، في حين أن **"القصور"** يشمل انحسارات محددة في وظائف الجسم وتركيباته، وغالباً ما يتم تحديدها على أنها أعراض أو علامات للحالات الصحية"[أ].

أ. فهم الإعاقة، التقرير العالمي حول الإعاقة، منظمة الصحة العالمية، 2011، ص. 5.
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter1.pdf?ua=1

رسم تخطيطي يمثل نموذج الإعاقة الخاص بالتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة



المصدر: نحو لغة مشتركة للأداء والإعاقة والصحة، منظمة الصحة العالمية، 2002.
https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf.

لمعالجة التناقضات في التقييم، يهدف التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) إلى إنشاء "لغة مشتركة ... تسمح بإجراء مقارنة عبر البلدان، ومجالات الرعاية الصحية والخدمات والوقت ... [و] بتوفير مخطط ترميز منهجي لأنظمة المعلومات الصحية"[11].

2. أدوات التقييم

تتيح اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وكذلك التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة، إطاراً إرشادياً، ولكن أدوات عدة، مثل WHODAS وقائمة مراجعة التصنيف الدولي، توفر للدول منطلقاً جيداً من أجل إنشاء أدوات التقييم الخاصة بها المكيّفة وفقاً لسياقاتها الوطنية وإمكاناتها المؤسسية. لكن لكل أداة من هذه الأدوات حدودها. ويتطلب بناء سجل للإعاقة لتطوير خدمات الدعم معلومات أكثر من تلك المحصلة من خلال استخدام WHODAS.

(أ) جدول تقييم الإعاقة لمنظمة الصحة العالمية 2.0 (WHODAS 2.0)

الأداة الرئيسية التي يمكن استخدامها لتنفيذ التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة تشغيلياً، هي WHODAS 2.0، وتلتقط هذه الأداة مستوى الأداء في ستة مجالات من الحياة للأشخاص البالغين:

- الإدراك – الفهم والتواصل.
- إمكانية التنقّل – التحرّك والتجوال.
- الرعاية الذاتية – النظافة وارتداء الملابس وتناول الطعام والبقاء بمفرده/ها.
- التعايش – التفاعل مع الآخرين.
- أنشطة الحياة – المسؤوليات المنزلية، أوقات الفراغ، العمل والمدرسة.
- المشاركة – الانضمام إلى الأنشطة المجتمعية[12].

وهناك إصدارات مختلفة من هذه الأداة، يتألف أحدها من 36 عنصراً يستغرق إجراؤه 20 دقيقة، ويتألف آخر من 12 عنصراً يستغرق إجراؤه 5 دقائق. يمكن أيضاً إجراء عملية هذه الأداة بثلاث طرق: الإجراء الذاتي، أو عبر مقابلة شخصية/الهاتف، أو عبر وكيل، كفرد من الأسرة هو من يقدم الرعاية[13].

يحتوي جدول تقييم الإعاقة لمنظمة الصحة العالمية 2.0 (WHODAS 2.0) على خمس فئات لوصف مستوى الصعوبة لكل نشاط من أنشطة الوظيفة، بعلامة تتراوح بين 0-4:

- 0- لا صعوبة.
- 1- صعوبة طفيفة.
- 2- صعوبة متوسطة.
- 3- صعوبة كبيرة.

11 "أهداف ICF"، ICF، منظمة الصحة العالمية، 2002، ص. 5.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf.

12 WHODAS 2.0, WHO, 2018. https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en.

13 المرجع نفسه.

- 4- صعوبة بالغة أو لا يمكن القيام بالنشاط[14].

وهذا التصنيف يجعل WHODAS 2.0 أداة مفيدة يمكن أن يستخدمها الأشخاص ذوو الإعاقة أنفسهم، والمهنيون الصحيون، والأخصائيون الاجتماعيون، والمعالجون المتخصصون وغيرهم لقياس الأداء. يوفر ذلك نهجاً أسهل لاعتماد تدابير تقلل من الحواجز وتزيد العوامل التي تيسر الإدماج والاستقلالية بمرور الوقت. تشمل الأمثلة تعديل البيئة المبنية باستخدام مبادئ التصميم الشامل، وتوفير الأجهزة التكنولوجية المساعدة، وتوفير خدمات التعليم الشامل للجميع، وفرص العمل وما إلى ذلك.

تسمح أداة WHODAS 2.0 بالإبلاغ الذاتي، وفي الأحوال المثلى تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة فرصة للتعبير عن احتياجاتهم مباشرة. ولكن أعربت بعض البلدان عن مخاوف بشأن إمكانية الاحتيال من خلال الإبلاغ الذاتي، فعالجت ذلك بطرق عدة مثل استخدام أداة WHODAS عبر مقابلة وجهاً لوجه بدلاً من استبيان الإبلاغ الذاتي، حيث يُجري المقابلة أخصائي اجتماعي أو معالج فيزيائي أو مختص، لا سيما وأن هؤلاء المهنيين أقل ميلاً نحو التركيز على الجانب الطبي من الأسئلة.

(ب) أدوات أخرى تقيس الأداء

قد تكون الأدوات التي تقيس الأداء مفيدة، لكنها ليست كافية لنهجٍ شامل للدمج الاجتماعي.

وأول أداة تستعرض هنا هي قائمة مراجعة التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة، وهي أداة تقييم فردية تستند إلى فئات التصنيف الدولي للأداء الوظيفي والعجز والصحة. تشكل هذه الأداة وسيلة عملية لاستخلاص وتدوين معلومات حول الأداء والإعاقة لدى الفرد، وقد تلخص هذه المعلومات في سجلات الحالة (مثل العلاج السريري أو العمل الاجتماعي). ويجب استخدام قائمة التحقق مع أحد إصدارات ICF أو ICF Pocket[15].

الأداة الثانية هي مؤشر بارثل الذي يُستخدم عادة للمرضى الذين يعانون من السكتة الدماغية وغيرها من الاضطرابات العصبية – العضلية أو العضلية – الهيكلية، وكذلك مع مرضى الأورام[16]. وهذه الأداة تتألف من 10 عناصر تقيس الاستقلال الوظيفي في الأنشطة الشخصية المرتبطة بالحياة اليومية (ADL). فمؤشر بارثل أداة بسيطة للغاية ويسهل على أخصائي في الرعاية الصحية إجراء العملية المتصلة به[17].

الأداة الثالثة هي مقياس الاستقلال الوظيفي (FIM) ويستخدم عادة لبرامج إعادة التأهيل. والمقياس أداة تتألف من 18 عنصراً تستكشف الوظيفة البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد. تُستخدم الأداة لتقييم مستوى إعاقة المريض وكذلك التغيير الحاصل في حالة المريض استجابةً لإعادة التأهيل أو للتدخل الطبي[18].

---

14 المرجع نفسه.

15 ICF Checklist, WHO, 2003. https://www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf.

16 مؤشر بارثل. https://www.physio-pedia.com/Barthel_Index.

17 Gupta S, Yadav R, Malhotra AK. Assessment of physical disability using Barthel index among elderly of rural areas of district Jhansi (U.P), India. J Family Med Prim Care. 2016;5(4):853-857. doi:10.4103/2249-4863.201178. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353827/#:~:text=The%20Barthel%20index%20is%20a,100%20as%20having%20some%20disability.

18 مقياس الاستقلال الوظيفي (FIM). https://www.physio-pedia.com/Functional_Independence_Measure_(FIM).

الأداة الرابعة هي تقييم عادات الحياة (LIFE-H) الذي صممته شبكة كيبيك الدولية لعملية إنتاج الإعاقة Réseau international sur le (RIPPH) processus de production du handicap.
وهذا التقييم هو استبيان يستخدم لجمع المعلومات حول جميع عادات الحياة التي يمارسها الأشخاص في بيئتهم (المنزل، مكان العمل أو المدرسة، الحي) لضمان بقائهم وتطورهم في المجتمع طوال حياتهم. بعبارة أخرى، استناداً إلى منظور الشخص المجيب، يقيس LIFE-H الإنجازات المتصلة بعادات الحياة ويحدد المواقف المعيقة التي مر بها ذلك الفرد[19].

الأداة الخامسة، التي صاغتها أيضاً شبكة RIPPH، هي مقياس جودة البيئة (MQE)، وتستخدم لتقييم التأثير المتصور للعوامل البيئية على تنفيذ الأنشطة اليومية والوفاء بالأدوار الاجتماعية للأفراد مع مراعاة القدرات أو القيود الشخصية. يمكّن هذا الملف الشخصي من تحديد عوامل التيسير المحتملة والعقبات في إطار إنجاز نشاط يومي أو دور اجتماعي يعتبر مهماً أو ينفذ بطريقة غير مرضية، أو في إطار عادات الحياة بشكل عام[20].

3. مقارنة البيانات: أسئلة مجموعة واشنطن (WG) والتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF)

كما تبيّن في ما سبق، تجمع بيانات الإعاقة عادة من خلال التعدادات والمسوح والبيانات الإدارية. الأداة الرئيسية المستخدمة لاعتبار الإعاقة في أنشطة التعداد هي القائمة القصيرة والموسعة للأسئلة التي صاغتها مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة (WG)، والتي اعتمدتها معظم الدول العربية أو ستعتمدها في تعدادها القادم.

يتوافق نهجا أسئلة مجموعة واشنطن والتنصيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ويعتمدان على إطار عمل شامل قائم على حقوق الإنسان. ومع ذلك، من المهم التأكيد على عدم إمكانية المقارنة بين نهج مجموعة العمل ونهج التصنيف الدولي (وكذلك WHODAS، الذي يستند إلى نهج التصنيف الدولي للأداء) إذ يقيس كل منهما ظواهر تختلف عن الآخر. لم يكن المقصود من نهج مجموعة العمل أن يستخدم في عمليات إدارية مثل تقييم الإعاقة، بل أن يكون نموذجاً قائماً على التعداد لتحديد الانتشار العام للإعاقة بين السكان.

بالإضافة إلى ذلك، لا تتطابق الفئات المستخدمة لدى كل من النهجين، فنهج التصنيف الدولي يتضمن مقياساً من خمس درجات للأداء، بينما تستخدم مجموعة واشنطن مقياساً يتألف من أربع درجات. فإذن، لا يمكن تحقيق التوافق بين الإحصاءات الإدارية وإحصاءات التعداد، وعلى البلدان أن تقرر مدى أهمية هذا التوافق. ولا شك في أن الاتساق بين تعاريف الإعاقة والتصانيف المستخدمة في التعدادات والمسوح وفي تلك المستخدمة في البيانات الإدارية سيشكل حالة مثلى، لكن في معظم الأحيان ليست الحال كذلك، ما يؤدي إلى بعض سوء التفاهم بين الإحصائيين وصانعي السياسات.

---

19 Assessment of Life Habits tool (LIFE-H), International Network on the Disability Creation Process, Quebec, Canada. https://ripph.qc.ca/en/documents/life-h/what-is-life-h/.

20 The Measure of the Quality of Environment (MQE), International Network on the Disability Creation Process, Quebec, Canada. https://ripph.qc.ca/en/documents/mqe/what-is-mqe/.

ICF: مقياس من خمس نقاط	مجموعة واشنطن: مقياس من أربع نقاط
• 0- لا صعوبة. • 1- صعوبة خفيفة. • 2- صعوبة متوسطة. • 3- صعوبة كبيرة. • 4- صعوبة بالغة أو لا يمكن القيام بالنشاط.	• أ- لا صعوبة. • ب- بعض الصعوبة. • ج- الكثير من الصعوبة. • د- لا يمكن القيام بذلك على الإطلاق.

في أسئلة مجموعة واشنطن، يعتبر المجيبين بـ "ج" من ذوي الإعاقة، ولكن البلدان قد تجري بعض التغييرات فتشمل المجيبين بـ "ب". واستخدام هذه الفئات الأربع مفيد لمقارنة البيانات الدولية مع عمليات التعداد في البلدان، كما يساعد في تخطيط السياسات وتنفيذها. وستقدم الخدمات إلى الأشخاص الذين يواجهون بعض الصعوبة في الأداء من خلال النظام المعمم، مثل خدمات الصحة والتعليم والنقل والحماية الاجتماعية، بينما سيحتاج الأشخاص الذين يجيبون بـ "ج" و"د" إلى دعم فردي إضافي لضمان دمجهم في المجتمع.

4. الاتجاهات الرئيسية في المنطقة العربية

استناداً إلى ملامح البلد القانونية الواردة في المرفق (3)، يمكن ملاحظة بعض الاتجاهات الرئيسية حول أنظمة تقييم وتحديد الإعاقة في الدول العربية، بما في ذلك التالي:

ألف. تعريف الإعاقة: مؤقتة مقابل دائمة، وعبر مستويات الحوكمة

تنص معظم التعاريف القانونية للإعاقة في المنطقة العربية على أن الإعاقة يجب أن تكون دائمة، ولكن في حالات قليلة، مثل عُمان والإمارات العربية المتحدة وموريتانيا ولبنان[21]، يشمل التعريف الإعاقات المؤقتة أيضاً، ويسمح بإصدار بطاقات الإعاقة لذوي الإعاقات المؤقتة، في حين أنّ العراق هو البلد الوحيد الذي يميّز بين "الأشخاص ذوي الإعاقة" و"ذوي الاحتياجات الخاصة".

بالإضافة إلى ذلك، فتعريف الإعاقة غالباً ما يكون موحداً على جميع مستويات الحكومة، إلا في حالةٍ واحدة هي الإمارات العربية المتحدة بسبب النظام الاتحادي/المحلي في البلد. منذ عام 2006، يستخدم القانون الاتحادي تعريفاً واحداً لم يعدَّل حتى الآن، في حين بات لدى دبي والشارقة تشريعات محلية أحدث اعتمد فيها تعريف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

اعتمدت الدول الأخرى التي عدلت قوانين الإعاقة الخاصة بها خلال السنوات الأخيرة (المغرب (2016) والأردن (2017) والسودان (2017) ومصر (2018))، تعريفاً للإعاقة يكاد يطابق في صياغته التعريف المستخدم في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

باء. بطاقات الإعاقة

لدى بعض بلدان المنطقة قوانين وتعليمات إدارية توجه إصدار بطاقات الإعاقة، فيُفعّل فيها إصدار البطاقات للأشخاص ذوي الإعاقة، ومن هذه البلدان: الإمارات العربية المتحدة والبحرين والجمهورية العربية السورية ودولة فلسطين وعُمان والكويت ولبنان وليبيا ومصر والمغرب وموريتانيا. ولدى دول أخرى قوانين تتعلّق بإصدار بطاقات الإعاقة، لكن ليس لديها تعليمات إدارية لتفعيل تلك القوانين، ولذا لم تصدر لديها البطاقات بشكل فعّال حتى الآن. وهذا يشمل الأردن والسودان والعراق.

وبعض الدول ليس لديها أي قوانين أو تعليمات إدارية بشأن بطاقات الإعاقة، وبالتالي لا تصدر هذه البطاقات. وهذا يشمل قطر والمملكة العربية السعودية واليمن. ولكن لا بد من الإشارة إلى أنه، ورغم عدم إصدار بطاقات مخصصة للإعاقة، يمكن في اليمن الإشارة إلى "الإعاقة" على بطاقة الهوية المدنية أو العائلية، ويصدر نوع آخر من البطاقات للأشخاص ذوي الإعاقة مثل "الشارة الزرقاء لوقوف

21 انظر الملامح القانونية للدولة.

السيارات" في كل من المملكة العربية السعودية وقطر، أو "البطاقة الصحية ذات الأولوية" الصادرة في المملكة العربية السعودية والتي تعطي حامليها أولوية في الوصول إلى الرعاية الصحية.

جيم. العمليات المحددة جيداً مقابل العمليات غير المحددة

في بعض بلدان المنطقة، عمليات تقييم وتحديد الإعاقة واضحة بشكل جيد في القوانين والتعليمات الإدارية ومواقع الحكومة الإلكترونية. لكن بلداناً أخرى ليس لديها تقسيم واضح للأدوار بين وزارات الشؤون الاجتماعية والصحة والتعليم. في مثل هذه الحالات يرجح وقوع التشرذم، ويصعب تبادل المعلومات وقواعد البيانات، ناهيك عن تحديات التنسيق في ما يتعلق بالتقييم وتوفير خدمات الدعم. وبعض البلدان لديها لوائح داخلية شاملة تحدّد النسب المئوية الدقيقة لفقدان الأداء الوظيفي، وبعضها لديه نموذج تقييم من ثلاثة مستويات (خفيف/معتدل/شديد). والبعض الآخر لا يتطلب للتقييم إلا تقريراً طبياً يؤكد وجود خلل أو مرض طبي.

من ناحية أخرى، بعض البلدان لديها اعتبار محدود للعوامل البيئية؛ كما هو الحال في العراق حيث يؤخذ مجال عمل/مهنة الأشخاص في الاعتبار أثناء تقييمهم.

دال. عملية التقييم الموحدة مقابل التقييمات المختلفة مع كل مقدّم خدمة

لدى كل مقدم لخدمة ما عملية تقييم مختلفة عن غيره في معظم البلدان العربية، باستثناء القليل منها مثل تونس وإلى حدٍّ ما الكويت. على سبيل المثال، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية هي الجهة المخولة بإتاحة الوصول إلى تمويل شهرين من الضمان الاجتماعي، ووزارة التعليم هي الجهة التي تيسر الوصول إلى خدمات التعليم الشامل، ووزارة الصحة هي نقطة الوصول إلى الأجهزة والتقنيات المساعدة. في كثير من الحالات، ليست المؤسسات الوطنية هي فقط من يجري هذه التقييمات، بل تجريها أيضاً المؤسسات المحلية، مثل مراكز إعادة التأهيل المحلية.

من ناحيةٍ أخرى، يعني تعدد عمليات التقييم أن الأشخاص ذوي الإعاقة سيعاد تقييمهم في كل مرة يطلبون فيها الوصول إلى خدمة ما. وما يصحب هذه العملية من إعادة تقديم نفس الوثائق وزيارة المكاتب الحكومية والمتابعة مع كل وكالةٍ قد يكون مكلفاً. وبالتالي، فمن المنطقي توحيد العملية وإجراء تقييم شامل، لتوفير الوقت والموارد على كلٍّ من مقدّمي الطلب والوكالات ذات الصلة. لكن من ناحية أخرى، سيتطلب ذلك استثمار موارد وخبرات إضافية، وإنشاء آليات تنسيق قد يكون من الصعب التأكد من نجاحها.

هاء. الدمج بين العمليات أسهل في بعض الحالات

تفيد نظرة عامة إلى الملامح القانونية للدول بأن بعض عمليات التقييم قد يسهل الدمج بينها، في حين يصعب تحقيق ذلك لعمليات أخرى. في المملكة العربية السعودية، على سبيل المثال، هناك عمليات مختلفة للحصول على ثلاث بطاقات مختلفة من وحدتين مختلفتين:

1. "بطاقة الأولوية الصحية"، الصادرة عن وزارة الصحة، لتسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية دون أي وقت انتظار، وتقليل الأعمال الورقية.
2. "بطاقة التيسير المرورية" المعروفة باسم "الشارة الزرقاء" لمواقف السيارات، وتصدر عن وحدات المرور في وزارة الداخلية.

3. و"بطاقة خصم المواصلات"، وتصدر أيضاً عن وحدات المرور، وتمنح حاملها ومساعده أو أحد أفراد أسرته المرافق له تخفيضاً بنسبة 50 في المائة من سعر تذكرة النقل الحكومي، بما في ذلك تذاكر الطيران والقطارات والعبّارات أو أي وسيلة نقل عام أخرى.

يمكن في هذه الحالة التنسيق بين وزارة الداخلية ووزارة الصحة إذا قُدّم طلب واحد للبطاقات الثلاث في الوقت ذاته. فبهذه الطريقة، لا يلزم تقديم طلبات عدة.

لكن تحقيق الأمر ذاته لخدمات أخرى، مثل تقييمات التعليم والتوظيف، أصعب، فعلاوة على أن وكالتين مختلفتين (وزارة التعليم ووزارة العمل) تقدمان هذه الخدمات، فكل خدمة يتم تقديمها في أوقات مختلفة من عمر الإنسان، فقد يصعب الدمج بينهما. وسيتغير هذا الأمر بصورة أساسية إذا ما اختار البلد إجراء عملية تقييم وطنية، أو تكريس مركز وطني للتقييم يخدم الأشخاص ذوي الإعاقة في احتياجاتهم المختلفة خلال مراحل حياتهم المختلفة، ويعتمد تصنيفَ تقييمٍ شاملٍ يستند إلى التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة.

واو. عمليات التقييم التي تجريها المؤسسات الحكومية إزاء تلك التي يجريها المجتمع المدني ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة

في دولة فلسطين، على سبيل المثال، تجري المؤسسات الحكومية نسبة صغيرة فقط من تقييمات الإعاقة، وتضطلع بمعظمها منظمات المجتمع المدني والمؤسسات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة. قد ينطبق هذا على سياقات أخرى في بلدان الصراع أو ما بعد الصراع مثل ليبيا والجمهورية العربية السورية والعراق.

زاي. تحديد خط الفصل للحصول على منافع محددة

تتضمّن التقييمات عادة، في الدول العربية، قيمة رقميّةً أو نسبة مئوية لتعيين الحد الأدنى الذي يقرر ما إذا كان مقدّم الطلب يتلقى خدمة دعم أو مساعدة معينة. تحدد بعض البلدان حدود الأهلية بوضوحٍ شديد، بينما يتركها البعض الآخر لتقدير لجنة التقييم.

حاء. تقييمات الإعاقة للأطفال

لا تملك العديد من البلدان في المنطقة عمليات تقييم إعاقة واضحة ومتكاملة للأطفال. تحتاج عمليات التقييم هذه أن تكون متكاملة ومتماسكة عبر مختلف مقدمي الخدمات مثل وزارات الصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية. وبالنظر للتأثير المهم للتدخل المبكر على النتائج بالنسبة للأطفال، يجب إجراء مثل هذا التقييم في أقرب وقت ممكن ويجب تقديم الدعم على نطاق واسع، ومع ذلك، لا تزال هذه فجوة في المنطقة.

5. النقلات الأخيرة نحو إجراءات تتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: دراسات حالات

على الرغم من أن المنطقة العربية لم تشهد بعد تجارب ناضجة في تنفيذ التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة وجدول تقييم الإعاقة لمنظمة الصحة العالمية 2.0 (WHODAS 2.0)، هناك العديد من التجارب والتحولات الجارية نحو تنفيذ نظام لتقييم وتحديد الإعاقة بما يتوافق مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وسيقدم القسم التالي لمحة سريعة عن أربع من هذه الحالات[22].

ألف. المغرب: البناء على الخبرات الإقليمية والعالمية

صادق المغرب على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2009[23]، وصدر قانون الإعاقة الوطني الحالي في عام 2016[24].

ويقوم البلد في الحاضر بتحديث نظام تقييم وتحديد الإعاقة وفقاً لـ "خطة العمل الوطنية لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة 2017-2021"[25]. وعلاوة على اعتماد منهج تشاركي في تصميم النظام الجديد، اعتمد المغرب على التجارب والممارسات الإقليمية والعالمية الناجحة. وقد تحقق ذلك من خلال التعاون مع خبراء الإعاقة، وشبكة فريق خبراء الإسكوا العامل بين الدورات المعني بالإعاقة. كما استضاف المغرب مؤتمراً دولياً في كانون الثاني/يناير 2020 أتاح تبادل المعارف واستفادة الدروس من تجارب فرنسا وإيطاليا وتونس ومالطا والسنغال[26].

يخضع النظام الحالي لمجموعة من القوانين التي (1) تتعلق بالحماية الاجتماعية للمكفوفين أو ضعاف البصر، و(2) قوانين الحماية الاجتماعية للأشخاص

---

22 هذا القسم مأخوذ من العروض والمناقشات القُطرية خلال الاجتماع الرابع لفريق خبراء الإسكوا بين الدورات المعني بالإعاقة (IGED)، القاهرة، كانون الأول/ديسمبر 2019.

23 حالة التصديق في المغرب، قاعدة بيانات هيئات المعاهدات التابعة للأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=117&Lang=EN.

24 قانون المغرب رقم 97.13 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للأشخاص المعاقين (نيسان/أبريل 2016).

25 https://social.gov.ma/ar/%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B4%D8%AE%D8%A7%D8%B5-%D9%81%D9%8A-%D9%88%D8%B6%D8%B9%D9%8A%D8%A9-%D8%A5%D8%B9%D8%A7%D9%82%D8%A9/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AD%D9%88%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D8%AB%D8%A7%D9%86%D9%8A-%D9%85%D8%AE%D8%B7%D8%B7-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%85%D9%84-%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B7%D9%86%D9%8A-%D9%84%D9%84%D9%86%D9%87%D9%88%.

26 https://al3omk.com/493166.html.

ذوي الإعاقة، و(3) التعليمات التنفيذية حول كيفية إصدار بطاقة الإعاقة وصلاحيتها. (4) قرار وزير الصحة عام 1998 المتضمن المعايير/المواصفات الطبية لتقييم الإعاقة.

يعتمد التكوين المؤسسي للنظام الحالي على لجنة فنية مركزية تقوم بمراجعة طلبات الحصول على بطاقة الإعاقة. يتم تعيين أعضاء اللجنة من قِبل وزارة التضامن الاجتماعي ووزارة الصحة وتضم أطباء من جميع الخلفيات. هناك أربعة أنواع من الإعاقات، وهي الإعاقة البصرية والحركية والعقلية والسمعية-الصوتية. كل نوع له نموذج بثلاثة مستويات من الإعاقة (خفيف، متوسط، شديد).

تشمل تحديات النظام الحالي ما يلي:

1. يعرّف النظام الإعاقة فقط من خلال نهج طبي، ومعايير تقييم الإعاقة قديمة (من 1998).
2. وهو لا يأخذ بالاعتبار العوامل الأوسع المتعلقة بالمشاركة الاجتماعية.
3. تتألف لجنة التقييم الحالية من الأطباء فقط.
4. عدم توفر نظام وطني لجمع البيانات يوجه صنع السياسات بشكل أفضل.
5. تختلف المعايير للخدمات والمساعدات في مختلف القطاعات، لذلك هناك نقص في الانسجام والتنسيق فيما بينها.

سيكون النظام الجديد أكثر شمولاً، وسيأخذ المشاركة الاجتماعية في الاعتبار، وسينظر في التفاعل بين الإعاقة والبيئة الأوسع، وسيسمح باستثمار أفضل للموارد وبتحقيق التوافق. سيوجد النظام مجموعة من المعايير الموحدة للتقييمات، وسيتيح تتبُّع الفجوات في الاحتياجات وإدخالها في صنع السياسات والبرامج. كما سيُنشئ قاعدة بيانات تسهل المتابعة والتحليل.

هناك خمسة مكونات للنظام الجديد: (1) الفني، (2) القانوني، (3) الهيكل المؤسسيّ، (4) الموارد (المادية والبشرية)، (5) الاتصال/التنسيق.

وسينفذ النظام الجديد على عدة مراحل. المرحلة الأولى هي وضع خطة ومنهجية للتنفيذ وتطوير قدرات جميع الجهات الفاعلة ذات الصلة. سوف يستلزم ذلك (1) وضع خطة، (2) تحليل النظام الحالي، وبرامج الحماية الاجتماعية الأوسع في المغرب، وإجراء دراسة مقارنة للتجارب الدولية في تقييم الإعاقة، (3) وضع سيناريوهين على الأقل لكيفية تنفيذ النظام الجديد. (4) تنظيم المشاورات مع الشركاء المعنيين لتقديم السيناريو المقترح، (5) تعزيز قدرة اللجنة الفنية وشركاء ICF.

المرحلة الثانية هي إعداد أدوات النظام الجديد. بعد الانتهاء من المرحلة الأولى من الخطة، ستعد الأدوات المطلوبة بما في ذلك شبكة التقييم ومعايير التقييم ونماذج التقييم الطبي والاجتماعي والأدوات الأخرى التي قد تكون مطلوبة. سيتم أيضاً إجراء اختبار تشغيل لهذه الأدوات وتقييمها، وسيتمّ أيضاً التشاور حول نتائج التشغيل التجريبي مع جميع الشركاء المعنيين في المرحلة التجريبية.

أما المرحلة الثالثة فهي إعداد الهياكل المؤسسية للنظام الجديد واللوائح الإدارية. هذا بالإضافة إلى إعداد التعليمات التنفيذية الجديدة لبطاقة الإعاقة، ودليل جمع البيانات والمعلومات.

ستشرف على النظام الجديد لجنة قيادية ولجنة استشارية. وستتألف **اللجنة القيادية** من وزارات الصحة، الداخلية، الاقتصاد، الاقتصاد والإصلاح الإداري، التعليم والتدريب المهني، التعليم العالي والبحث العلمي، العمل والتوظيف، التضامن، التنمية الاجتماعية، الأسرة، المساواة. وتشمل مهام اللجنة القيادية ما يلي:

- الموافقة على اقتراح النظام الجديد.
- الموافقة على اللوائح التنفيذية للنظام الجديد.
- متابعة تنفيذ مختلف مراحل النظام الجديد.
- الموافقة النهائية على المنهجية والأدوات بعد مراجعة فريق البحث.
- الموافقة النهائية على مخرجات ومراحل النظام.
- اقتراح وتنفيذ جميع الخطوات اللازمة لإنجاح عملية الانتقال.

وتتألف **اللجنة الاستشارية** من: (1) جهات مؤسسية، (2) وكالات متخصصة، (3) خبراء في الإعاقة وأصحاب المصلحة. وتشمل مهامهم ما يلي: (أ) تقديم مدخلاتهم وآرائهم حول نتائج الدراسات المتعلقة بتقييم الإعاقة، (ب) تقديم الاستشارات حول مختلف مراحل النظام الجديد، (ج) متابعة قرارات وتوصيات اللجنة القيادية (د) تقديم اقتراحات لتسهيل عمل اللجنة القيادية.

وبالنسبة إلى الإطار الزمني من أجل الانتقال إلى النظام الجديد، تم وضع مسودة أولية لآليات تقييم الإعاقة في عام 2020، وسوف تنظم سلسلة من اللقاءات التشاورية مع كل أصحاب المصلحة المعنيين لمناقشة الآلية ومصادقتها. ولكن في سياق جائحة كوفيد-19 من الصعب تحديد المدة الزمنية للانتهاء من هذه العملية. بعد المصادقة على النظام سيتم تجربته على نطاق أقاليم معنية في المغرب قبل تعميمه على المستوى الوطني، وذلك ضمن خطة تواصل شاملة للتوعية بالنظام الجديد ودعم نشره.

باء. عُمان: رقمنة العملية

صادقت عُمان على اتفاقيّة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2009[27] وصدر قانونها الوطني الحالي للإعاقة في عام 2008[28]. اعتمدت الدولة الاستراتيجية الوطنية العمانية للعمل الاجتماعي (2016-2025)[29]، التي حدّدت استراتيجية البلاد للدمج الاجتماعي، بما في ذلك اعتماد نهج قائم على الحقوق للإعاقة. في عام 2016، أجريت عملية مراجعة وتحديث لنظام تقييم الإعاقة لجعله أكثر شمولاً، واعتمدت ستة تصنيفات للإعاقة: (1) جسدية، (2) سمعية، (3) ذهنية، (4) بصرية، (5) اضطراب طيف التوحّد، (6) متلازمة داون.

بدأت الدولة العمل مع اليونيسف في عام 2018 لتحديث نظام تقييم الإعاقة وتحديدها، كما وضعت أداة تقييم تستند إلى الأداء الوظيفي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تبلغ أعمارهم 12 عاماً فما فوق. وفي نفس العام، بدأت وزارة التنمية الاجتماعية التنسيق مع وزارة الصحة لربط عملهما بنظام رقمي/إلكتروني لتشخيص وتقييم الإعاقة، حيث اعتادتا الاعتماد على التقارير الورقية. بناءً على هذا التعاون، تمت مراجعة استمارة التقييم وفقاً لإطار التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة وتحميلها إلكترونياً. تمت مواءمة وربط جميع الأنظمة الإلكترونية في وزارتي الصحة والتنمية الاجتماعية. تمت أيضاً مواءمة قائمة التصنيف الدولي للأمراض (ICD)، التي تستخدمها وزارة الصحة، مع رموز التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة لتسهيل التشخيص.

---

27 حالة التصديق في عُمان، قاعدة بيانات هيئات المعاهدات التابعة للأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=130&Lang=EN.

28 مرسوم سلطاني رقم 63 – 2008 بإصدار قانون رعاية وتأهيل المعاقين.

29 استراتيجية عُمان للعمل الاجتماعي 2016-2025، وزارة التنمية الاجتماعية. https://www.mosd.gov.om/images/pdf/Social%20Action%20Strategy%20Document%202016-2025en.pdf.

تركّز الأداة على أربع وظائف: الوظائف الجسدية، الوظائف الحسية والتواصلية، الرعاية الذاتية والتحكم، الوظيفة العقلية. إذا كانت الحالة تتطلّب دعماً أو ترتيباتٍ فرديةً، فسيُقيِّم الشخص من قِبل فريق متعدّد التخصّصات. بعد تصميم الأداة، تم تدريب الأخصائيين الاجتماعيين والباحثين على كيفية استخدامها، ولم يكونوا بالضرورة موظّفين متخصّصين، أو من القطاع الطبّي.

أطلقت وزارة التنمية الاجتماعية نموذجاً تجريبياً لنظام التقييم الجديد في محافظة مسقط عام 2019، كما تم استخدام نظام الإحالة الإلكتروني في مختلف مراكز الخدمة الصحية والاجتماعية في محافظة مسقط. لا يزال المشروع في طور التجربة، وتواصل الدولة العمل بالتعاون مع اليونيسف لتطوير أداة تقييم الطفل (0-12 سنة). وسيجري أيضاً تطوير أداة تقييم اجتماعية وشخصية وبيئية تبحث في العوائق التي تحول دون مشاركة ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة.

أخيراً، أجرت عُمان تعداداً سكانياً في عام 2020، وتضمن بيانات حول الإعاقة بناءً على السجلات الإدارية، وقد جرى تحديد وزارة التنمية الاجتماعية كمصدر للبيانات والمعلومات للأشخاص ذوي الإعاقة. قامت الوزارة بالتنسيق مع مختلف الجهات الحكومية وغير الحكومية لتحقيق تبادل المعلومات إلكترونياً وتسهيل تطوير قاعدة بيانات وطنية عبر الإنترنت لتغذية المعلومات من مصادر مختلفة، مما سيعزز توافر البيانات وجودتها وموثوقيتها.

جيم. مصر: الاستفادة من الموارد المتاحة

صادقت مصر على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2008[30]، وصدر قانون الإعاقة الوطني الحالي في عام 2018[31]. يضع قانون الإعاقة، والتعليمات التنفيذية اللاحقة، الأساسَ القانوني لأدوات التقييم الجديدة، والتي صممت بطريقة متوافقةً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. تتمثل إحدى السمات المهمة لعملية الانتقال لنظام جديد للتقييم في مصر في الاعتماد على الموارد الحالية، حيث تتوفر التقييمات الوظيفية على المستوى الوطني بدءاً منذ بداية عام 2020، وذلك في 220 مركزاً لإعادة التأهيل في 27 محافظة في جميع أنحاء مصر. ويساعد ذلك في تسهيل الوصول إلى التقييم في المناطق الحضرية والريفية. وسعت مصر لرقمنة الاجراءات، فربطت كل مراكز التأهيل بشبكة إلكترونية لإدخال ومشاركة بيانات تقييم وتحديد الإعاقة. وتضطلع وزارة التضامن الاجتماعي بإدارة قاعدة البيانات هذه، وهناك مجموعة كبيرة من الموظفين المكرسين لمراجعة التقييمات الوظيفية بشكل منتظم لضمان رقابة الجودة.

تنصّ المادة (2) من التعليمات التنفيذية على أن يكون لمصر معيارٌ وطنيٌ واحدٌ لتقييم الإعاقة وتصنيفها، يتم استخدامه بعد ذلك من قِبل جميع الجهات ذات الصلة بشأن الخدمات والدعم المقدّم للأشخاص ذوي الإعاقة.

---

30 حالة التصديق في مصر، قاعدة بيانات هيئات المعاهدات التابعة للأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان.
.https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=54&Lang=EN

31 قانون رقم 10 لسنة 2018 بشأن قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وفقاً للإطار القانوني، يتم إجراء تقييمات الإعاقة على مرحلتين: **المرحلة (1)** تشمل التقييم الطبي، لتحديد نوع الضعف أو المرض أو الإصابة أو الحالة المتعلقة بالإعاقة. **المرحلة (2)** تشمل التقييم الوظيفي، لتحديد الصعوبات أو الحواجز الوظيفية في أداء أعضاء الجسم أو أنظمته للقيام بنشاط أو مهمة.

هناك تسلسل لمستويات الحواجز. المستوى الأول هو مواجهة صعوبات طفيفة في أداء المهام الأساسية، ولكن يمكن للشخص القيام بها دون مساعدة. المستوى الثاني هو مواجهة صعوبات في أداء مهمةٍ ما، ولكن يمكن للشخص القيام بها بمساعدة. المستوى الثالث يواجه صعوبات في الوظائف الأساسية، وعدم القدرة على القيام بها، حتى مع المساعدة.

طوّرت مصر مجموعة من النماذج لكل مرحلة.

النموذج (1) هو التقييم الطبي. يجرى التقييم الطبي من خلال عدد من المؤسسات المرخصة، مثل المستشفيات الجامعية واللجان الطبية، وتتوفر قائمة بهذه المؤسسات.

النموذج (2) هو التقييم الوظيفي. يحتوي هذا النموذج على ثلاث نسخ اعتماداً على الفئة العمرية: حديثو الولادة – 6 سنوات، 6-18 سنة، والبالغون أكبر من 18 عاماً. يغطي التقييم الوظيفي جميع المجالات: التنقل، السمع واللغة، الرؤية، التعلّم، التواصل والمشاركة والرعاية الذاتية. التقييم الوظيفي متاح في 220 مركز إعادة تأهيل في 27 محافظة في جميع أنحاء مصر. يجب على الأخصائي الاجتماعي أو خبير الصحة العقلية إجراء التقييم تحت إشراف وتنسيق مدير المكتب. ويركّزون على الأنشطة اليومية/وظائف الحياة.

وبعد جمع جميع البيانات الشخصية وإجراء التقييمات الطبية والوظيفية، يجرى تقييم نهائي يبحث في جميع هذه الأبعاد ويقدم توصيات في تقرير نهائي.

- يتحقق التقييم النهائي من أن التقييم الطبي مطابق للتقييم الوظيفي. وإذا كان مطابقاً تصدر بطاقة إعاقة للشخص، ويحال إلى خدمات إعادة التأهيل إذا لزم الأمر.
- إذا ظهرت تضاربات أو تناقضات كبيرة، لا تصدر بطاقة الإعاقة، ويُعاد تقييم الحالة تحت إشراف لجنة تُراقب العملية. عادةً ما تكون الصعوبة الأكثر شيوعاً هي الحصول على إجابة واضحة ومؤكدة من قِبل الشخص أو القائم على رعايته في بعض أقسام التقييم. وتم العمل على إصدار كتيب/دليل مستخدِم لتسهيل هذه العملية.

دال. تونس: تنسيق العمليات

يستند الإطار القانوني للدمج الاجتماعي في تونس إلى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي صدق البلد عليها في عام 2008[32]، وكذلك إلى القانون الوطني للإعاقة الذي صدر في عام 2005[33]. تشدّد تونس على النهج الحقوقي للأشخاص ذوي الإعاقة، وعلى ضمان دمجهم في الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية. وإحدى السمات المهمة لنظام التقييم في تونس هي أنه موحد، فما ثمة إلا محطة واحدة للتقييم غالباً، تتمثل في اللجان

32 حالة التصديق في تونس، قاعدة بيانات هيئات المعاهدات التابعة للأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=178&Lang=EN.

33 قانون توجيهي عدد 83 لسنة 2005 مؤرخ في 15 آب/أغسطس 2005 يتعلق بالنهوض بالأشخاص المعوقين وحمايتهم.

الإقليمية للأشخاص ذوي الإعاقة الموزعة على 24 محافظة في تونس.

للحصول على بطاقة الإعاقة، يجب على مقدّم الطلب تعبئة نموذج والخضوع لتقييم طبي، يليه تقييم اجتماعي/وظيفي يجريه أخصائي اجتماعي. يأخذ هذا التقييم في الاعتبار قدرة الشخص على المشاركة في الحياة اليومية، والمساهمة في المجتمع والاقتصاد واندماجهم بشكل عام. تتكون الهيئة التي تشرف على عملية التقييم هذه من ممثلين من جميع الوكالات الحكومية ذات الصلة، ومن المنظمات غير الحكومية. وعادةً ما يقوم رئيس اللجنة بدعوة أخصائي الصحة النفسية أيضاً.

في التقييم التربوي، يجري تقييم الطفل من قِبل طبيب وأخصائي صحة نفسية وأخصائي اجتماعي لتحديد ما إذا كان سيدمج في نظام التعليم العام، أو ما إذا كان بحاجة إلى مؤسسة تعليمية متخصصة. تهدف تونس إلى دمج الأطفال ذوي الإعاقة في نظام التعليم العادي، لكن هناك أيضاً 320 مركزاً للتربية الخاصة تضم حوالي 16,000 طالب. توفّر هذه المراكز الإعداد والتوجيه لمرحلة ما قبل المدرسة، كما توفّر الخدمات وإعادة التأهيل والتدريب المهني والرعاية المنزلية والأنشطة الاجتماعية والرياضية والثقافية والترفيهية.

في المحصّلة، اللجنة نفسها مسؤولة عن جميع التقييمات ذات الصلة التي قد يحتاجها الشخص: للحصول على بطاقة إعاقة، أو للتسجيل في المدرسة، أو للانضمام إلى سوق العمل. هذا يساعد على تنسيق العمليات لكل من المتقدمين والوكالات الحكومية[34].

34 لمزيد من المعلومات، راجع ملف تعريف دولة تونس في القسم (4).

6. الدروس المستفادة وتوصيات السياسة

في حين أن أي عملية إصلاح للسياسات تعتمد على السياق المحلي والوطني، يمثل ما يلي مبادئ موسعة أفادت البلدان التي كانت قادرة على الانتقال من نهج التقييم الطبي إلى نهج قائم على حقوق الإنسان.

1. **تصميم نظام التقييم الوطني بدءاً بالتصور النهائي لشكله:** من المهم البدء مع أخذ المقصد النهائي في الاعتبار. في فيجي على سبيل المثال، تم اعتماد تقييم بسيط يعتمد على المجتمع المحلي[35]. من المهم طرح بعض الأسئلة المفيدة مثل:
   - كيف ستبدو عملية التقييم والتحديد لمقدم الطلب؟
   - ما هي النتيجة النهائية التي يمكن أن تكون الأسهل للوصول والأسلس والأكثر تدفقاً؟
   - ما هو الدافع لتغيير نظام التقييم الحالي؟
   - ما هي القيمة المضافة للأدوات والأدوات القائمة على التصنيف الدولي للأداء ICF، مثل WHO-DAS 2.0 لسياق بلدك المحدد؟
   - هل جميع المعلومات التي يتم جمعها ذات صلة ومطلوبة لتنفيذ البرنامج ورصده وتقييمه؟

   بمجرد جمع كل هذه المعلومات، ينبغي تصميم الأدوات بالتشاور مع أصحاب المصلحة، بما فيهم منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

2. **مواءمة أطر القوانين والسياسات العامة مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة:** أحد المناهج المتسلسلة التي نجحت في بعض البلدان هو: أولاً، صياغة تحليل لحالة نظام تقييم وتحديد الإعاقة الحالي لتحديد الثغرات في القوانين والسياسات العامة. يقوم المغرب ولبنان حالياً بتطوير مثل هذه التحليلات. ثانياً، صياغة استراتيجية وطنية لمواءمة أنظمة التقييم والتحديد مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ثالثاً، تجربة النظام الجديد، قبل الخطوة الرابعة، وهي إعداد التعديلات القانونية وإقرارها، تليها التعليمات الإدارية لصياغة النظام الجديد وتنفيذه على المستوى الوطني.
3. **تحديد الموارد الحالية والبناء عليها:** تحتاج البلدان إلى تحديد الموارد والقيود الموجودة والتفكير فيما يلي:
   - الوصول إلى المناطق الحضرية/الريفية.
   - قيود الموارد/الميزانية.
   - إمكانية الحصول على فرق متعددة التخصصات.

   فمصر على سبيل المثال تتيح التقييم الوظيفي في 220 مركزاً لإعادة التأهيل موجودة بالفعل في 27 محافظة في جميع أنحاء البلاد. بينما قامت عُمان بتدريب فرقها الحالية من الأخصائيين الاجتماعيين على إجراء التقييم الوظيفي بدلاً من الأطباء.

35 تمّت مناقشة حالة فيجي خلال الاجتماع الرابع لفريق خبراء الإسكوا بين الدورات والمعني بالإعاقة (IGED) في القاهرة في كانون الأول/ديسمبر 2019. في فيجي، عملية تقييم الإعاقة سريعة، ولا يتم إجراؤها بالضرورة من قبل المتخصصين الطبيين. يتم إجراء تقييم وظيفي أولي ينظر في محدودية النشاط وتقييم احتياجات الدعم. ثم يُتخذ قرار بشأن الأهلية للحصول على حزمة الخدمات الأساسية.

يجب تصميم النظام لتلبية الموارد المتاحة. في بلد لا يتوفر فيه سوى العاملين الصحيين المجتمعيين لإجراء التقييمات، لا ينبغي على المرء تصميم أو استخدام أداة تتطلب أن يستخدمها علماء النفس أو أطباء.

4. **تجريب نظام التقييم الجديد:** تسمح النماذج التجريبية الصغيرة بإمكانية أفضل للتعديل حسب الطلب قبل طرح أنظمة جديدة على نطاق وطني. يساعد هذا أيضاً في معالجة المخاوف من فقدان مساعدات الإعاقة التي قد يعبر عنها البعض بسبب التغيير في الأنظمة. نهج "الأقدمية" – حيث يسري النظام القديم على الحالات الحالية، ولا يتم تطبيق النظام الجديد إلا على الحالات الجديدة – مفيد أيضاً لهذا الغرض.
5. **اعتماد نهج تشاركي:** يجب أن تضمن أي عملية تخطيط وتنفيذ لسياسة الإعاقة الدمج والمشاركة الفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة (OPDs)، في كل مرحلة من مراحل العملية، بالإضافة إلى جميع أصحاب المصلحة المعنيين. تحتاج البلدان إلى تحديد من سيقاوم التغيير، وما هي المخاوف التي يتعين عليها معالجتها. وهذا يضمن التمسك بمبدأ "لا شيء عنّا بدوننا". ويساعد أيضاً في تحقيق الدعم الملكية من قِبل جميع أصحاب المصلحة، بما في ذلك القطاع الطبي والهيئات الحكومية المختلفة.
6. **معالجة أي ثغرات من شأنها أن تمنع اتساق التقييمات:** من المهم أن تكون نتائج التقييمات متسقة، ولا تجعل الناس يسقطون بسبب أي فجوة، وبالتالي فإن إنشاء آلية لمراجعة النظام أمر أساسي لضمان تحديد الفجوات ومعالجتها.

يجب أن يكون النظام أيضاً شفافاً حتى يفهم المتقدمون نتيجة تقييماتهم.

7. **إنشاء آلية اتصال فعالة بين الجهات الحكومية:** وهذا يشمل الحاجة إلى إنشاء آلية اتصال ميسّرة بين وزارات الصحة والتعليم والعمل والمجالس الوطنية للإعاقة ومراكز إعادة التأهيل الوطنية والمحلية ومراكز تقديم الخدمات لتسهيل الفهم المشترك لتقييم الإعاقة.
8. **استخدام الأدوات الرقمية والإلكترونية لتسهيل العملية:** رقمنة العملية؛ سيؤدي ربط قواعد البيانات لجميع أصحاب المصلحة المعنيين إلى تقليل تكاليف المعاملات وتوفير الوقت والموارد وضمان قدر أكبر من الكفاءة. ويسهّل أيضاً كلّاً من السياسات والبرامج وتقديم الخدمات القائمة على الأدلة، على المدى الطويل.
   - في عُمان على سبيل المثال، تكون نماذج التقييم إلكترونية بالكامل ومتصلة بقاعدة بيانات رقمية مركزية يمكن لجميع الجهات الفاعلة ذات الصلة الوصول إليها، مما يسهّل عملية التقييم والحصول على بطاقة الإعاقة والوصول إلى الخدمات.
   - مع ذلك، في بعض البلدان، يجب توخي الحذر من أن العمليات الإلكترونية يمكن الوصول إليها بشكل كامل وأن الأشخاص الأميين، الذين قد يكون عددهم كبيراً بين الأشخاص ذوي الإعاقة، غير مستبعَدين.
9. **التواصل الدامج لنشر النظام الجديد:** من المهم تحسين الوعيّ العام والحصول على مسار واضح للتطبيقات، وتوفير معلومات ومواد يمكن الوصول إليها، والتغلب على حواجز اللغة، خاصةً عندما يكون هناك أكثر من لغة يتم التحدث بها في سياق بلد معين.

المرفق 1. ملخص الردود من الاستبيان إلى ممثلي الحكومات من الدول الأعضاء في الإسكوا بشأن تقييم وتحديد الإعاقة

ألف. مقدمة

وضعت لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) استبيانا من 11 سؤالا لجمع المعلومات عن الأنظمة الحالية التي تستخدمها الدول الأعضاء لتقييم الإعاقة وتحديد الأهلية للحصول على الخدمات والاستحقاقات. تم إجراء هذا التمرين استعداداً لورشة عمل بعنوان: **"عدم ترك أي شخص خلف الركب: تقييم الإعاقة وتحديدها كوسيلة لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل أفضل في الدول العربية"** والتي أُجريت في 15-16 كانون الأول/ديسمبر 2019 في القاهرة، مصر. تم جمع هذه المعلومات لتوثيق الممارسات الحالية، وتطوير المذكرة المفاهيمية للاجتماع وتسهيل التبادل الإقليمي للخبرات.

باء. الردود

ردت 11 من أصل 18 من الدول الأعضاء في الإسكوا (61 في المائة) على الاستبيان، وذلك بين شهري أيلول/سبتمبر وتشرين الأول/أكتوبر 2019. وهذه البلدان هي: الإمارات العربية المتحدة، وتونس، ودولة فلسطين، والسودان، والعراق، وعُمان، وقطر، ولبنان، والمملكة العربية السعودية، وموريتانيا، واليمن.

جيم. النتائج

1. **هل يوجد في بلدك أنواع مختلفة من التقييمات حسب الغرض/وظيفة التقييمات؟ (ممكن أكثر من إجابة واحدة):**

الإجابة	الإجمالي
(أ) تقييم واحد لجميع أنواع احتياجات الدعم	3
(ب) تقييم لمجموعة محددة من المزايا مثل بطاقة الإعاقة	10
(ج) تقييم القدرة على العمل لبرامج التوظيف	6
(د) معاش الإعاقة (التأمين الاجتماعي)	6
(ه) الوصول إلى الخدمات الاجتماعية الأخرى (بما في ذلك الرعاية طويلة الأجل والمساعدة الشخصية)	9
(و) دعم التعليم للأطفال ذوي إعاقات التعلم	9
(ز) أخرى (يرجى التحديد)	1

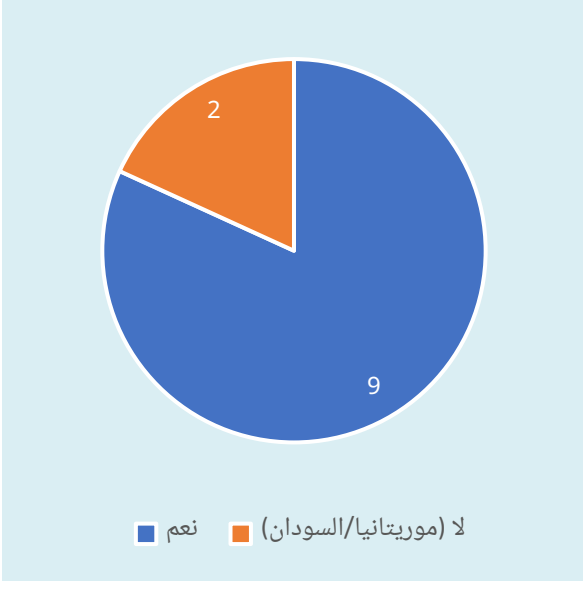
2. **ما هي الإرشادات والمعايير التي يستخدمها بلدك لتحديد أنواع الإعاقة والصعوبات الوظيفية المتعلقة بالإعاقة؟**

الإجابة	الإجمالي
(أ) قرار من طبيب أو لجنة طبية بناءً على التشخيص الطبي	9
(1) بناءً على التصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية) (ICD, WHO)	4
(2) بناءً على تصنيف وطني للأمراض	6
(ب) طريقة Barema/مقياس احتياجات الرعاية	2
(ج) التقييم من قِبل لجنة متعددة التخصصات تضم معالجين طبيعيين وأخصائيين اجتماعيين	7
(1) استناداً إلى التصنيف الدولي للوظائف (ICF, WHO)	1
(2) على أساس مقياس التصنيف الوطني	6
(د) أخرى (يرجى التحديد)	1

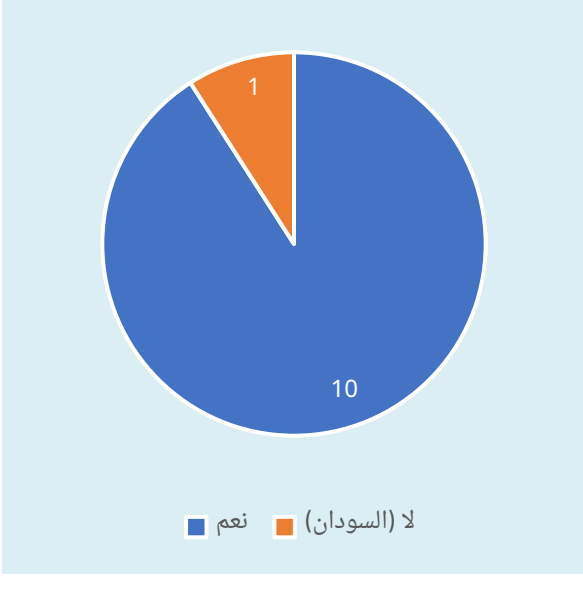
3. **ما هي الوزارة أو الوكالة الوطنية على المستوى الوطني (مثل الهيئة العامة أو المجلس الوطني. إلخ) المسؤولة عن تقييم الإعاقة وتحديدها على المستوى الوطني (يمكن الحصول على أكثر من إجابة واحدة)؟**

الإجابة	الإجمالي
(أ) وزارة الصحة	8
(ب) وزارة الشؤون الاجتماعية	9
(ج) هيئة وطنية مستقلة	1
(د) مجلس وطني معني بالأشخاص ذوي الإعاقة	
(ه) أخرى (يرجى التحديد)	0

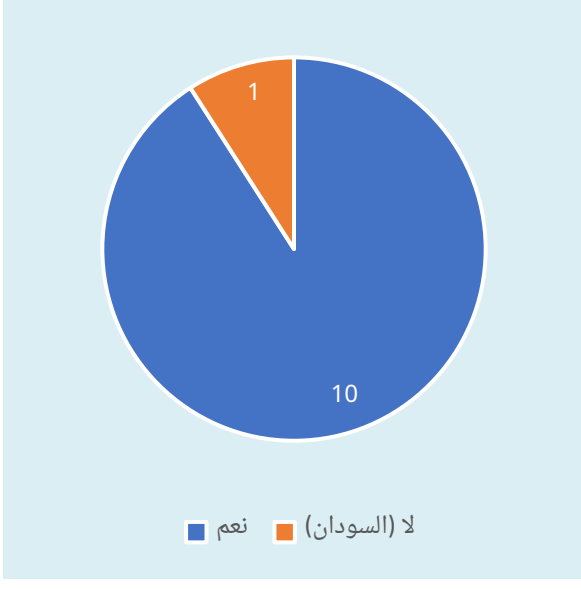
4. **هل يتم إجراء تقييم الإعاقة في جميع المدن والمحافظات في بلدك؟**



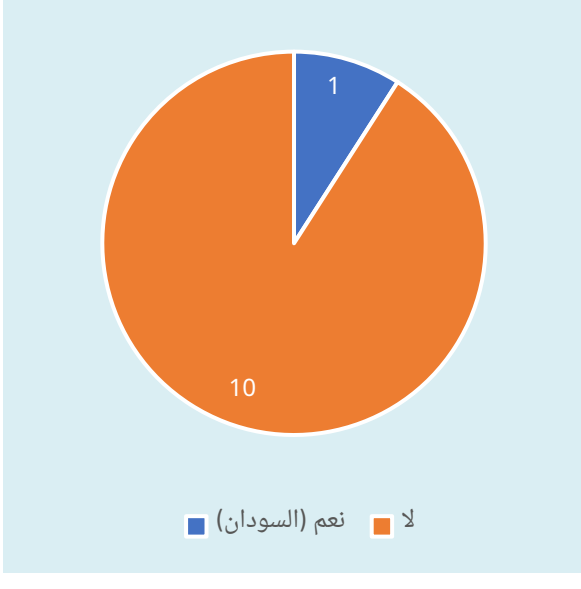
5. **هل الاخصائيين (المدربين على التقييم) والموارد اللازمة لتقييم الإعاقة متاحون في جميع المناطق في بلدك؟**



6. هل تقييمات الإعاقة مجانية لمقدم الطلب؟



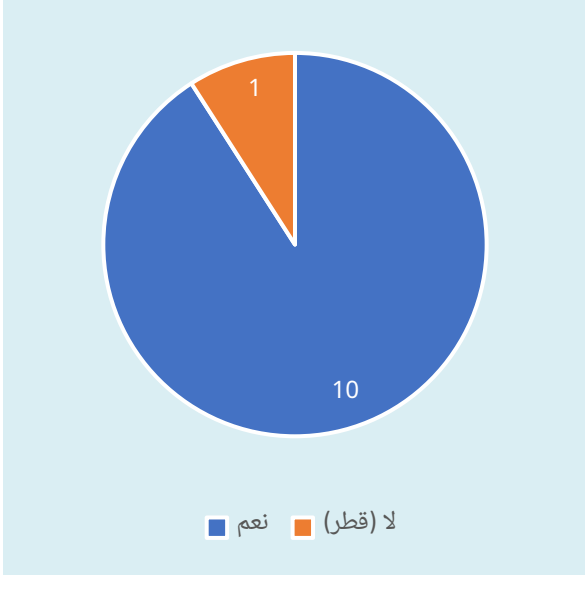
7. هل هناك مصاريف تُدفع من قبل صاحب الطلب؟



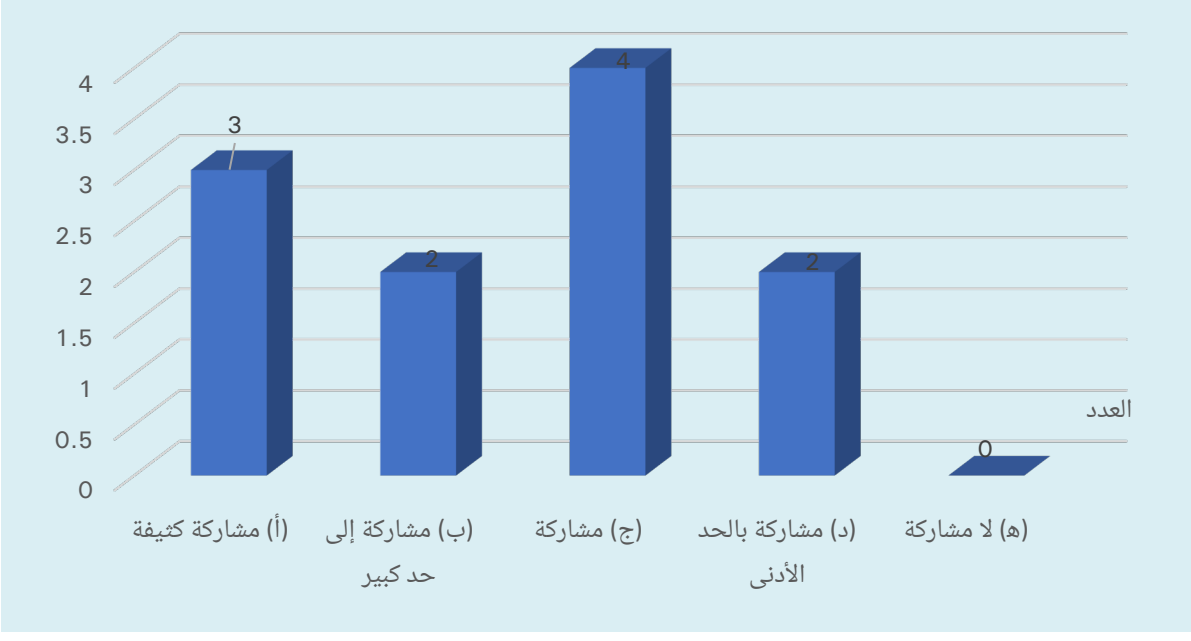
8. ما هي أنواع المستندات الداعمة التي يتم أخذها في الاعتبار عند إجراء التقييم؟

الإجابة	الإجمالي
(أ) التقييم الذاتي (بيان أو استبيان منظم يكمله الشخص الذي يتم تقييمه أو ممثله)؛	4
(ب) مذكرة طبية أو خطاب من طبيب يعالج مقدم الطلب؛	8
(ج) السجلات الطبية المسترجعة تلقائياً من نظام الرعاية الصحية (الصحة الإلكترونية)؛	0
(د) دليل من متخصص غير طبي يعرف مقدم الطلب (على سبيل المثال، المعلم في المدرسة)؛	7
(ه) مجلس محلي/مجتمعي.	3

9. هل يمكن استئناف قرار تقييم الإعاقة؟



10. **ما مدى مشاركة منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة ومنظمات المجتمع المدني في تطوير وتنفيذ ومراقبة تقييمات الإعاقة وتحديدها في بلدك؟**



11. **هل يقوم بلدك حالياً بمراجعة تقييم الإعاقة وإجراءات تحديدها؟**

البلد	الإجابة	التفاصيل
العراق	نعم	نعم، من خلال اللقاءات والمشاورات الدورية بين وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ووزارة الصحة.
لبنان	نعم	تعمل وزارة الشؤون الاجتماعية حالياً على مراجعة التصنيفات المعتمدة لأنواع الإعاقات الأربعة، وتطوير/تعديل وإضافة تصنيفات جديدة.
موريتانيا	نعم	نعم، تم دمج/تضمين طريقة تحديد الإعاقة بناءً على طريقة مجموعة واشنطن.
عُمان	نعم	نعم، كان هناك تعاون بين الوزارة ووزارة الصحة واليونيسف لتقييم الأداء الوظيفي للإعاقة (التقييم على أداء الوظائف) بناءً على التصنيف الدولي للأداء (منظمة الصحة العالمية). بالنسبة لأولئك الذين تبلغ أعمارهم 12 عاماً أو أكبر، فقد تم الانتهاء من التقييمات بالفعل. نحن حالياً بصدد إكمال مشروع وإنشاء أداة لتقييم الوظائف لمن تقل أعمارهم عن 12 عاماً. وينطبق الشيء نفسه على تقييم تأثير العوامل الشخصية والبيئية على إدماج الشخص.

البلد	الإجابة	التفاصيل
دولة فلسطين	نعم	نعمل حالياً على قانون جديد للأشخاص ذوي الإعاقة يجيب على جميع الأسئلة والثغرات التي من المفترض تصحيحها ووضع نظام للمتابعة والتقييم لدور الوزارة.
قطر	نعم	نعم، ويتم ذلك من خلال جهات مختلفة معنية مثل مستشفى الرميلة ومركز الشفلح ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة ومركز رؤى للتقييم التابع لوزارة التربية والتعليم العالي.
السودان	نعم	نعم، نعمل على تحديد المعايير الوطنية لتحديد وتصنيف الإعاقة بحسب نسبة الإعاقة، بالتعاون مع وزارة الصحة. كما يعمل المجلس مع السلطات المختصة للاستفادة من نهج مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة.
تونس	نعم	قريباً سيتم مراجعة بطاقة الإعاقة ومعايير اعتمادها ومعايير توفيرها.
الإمارات العربية المتحدة	كلا	لا، لأن التصنيف الوطني الموحد للإعاقة (أصحاب الهمم) قد صدر مؤخراً في 2018.
اليمن	نعم	لا توجد
المملكة العربية السعودية	نعم	نعم، نقوم حالياً بمراجعة أنظمة تقييم الإعاقة وإجراءات تحديدها.

المرفق 2. أسئلة ملف كل دولة

1. **التعريف بالإعاقة**

(أ) ما هو التعريف؟
(ب) هل جرت مواءمته على المستويين الوطني والمحلي؟

2. **الجهة القيّمة على تقييم الإعاقة**

(أ) من يقود عملية التقييم؟
(ب) في حال وجود لجنة طبية أو لجنة تقييم، فما هي تركيبتها؟
(ج) هل مِن آلية للطعن؟

3. **نظام تقييم الإعاقة**

(أ) كيف يتمّ تقييم الإعاقة؟
(ب) هل للأطفال نظام تقييم مغاير؟
(ج) هل لمعاش الإعاقة في ظلّ التأمين الاجتماعي نظام تقييم مغاير؟
(د) هل للتعليم نظام تقييم مغاير؟
(ه) هل للتوظيف نظام تقييم مغاير؟

4. **بطاقة الإعاقة**

(أ) هل يُصدر البلد بطاقات إعاقة؟
(ب) هل تُمنَح البطاقة أيضاً لذوي الإعاقة المؤقتة؟
(ج) مَن يُصدرها؟ وما المستندات المطلوبة من مقدّم الطلب؟

5. **قاعدة بيانات/سجلات الإعاقة**

(أ) هل تتوافر سجلّات أو قاعدة بيانات وطنية للأشخاص ذوي الإعاقة؟ وهل هي رقمية؟
(ب) هل تؤدّي عملية التقييم إلى تغذية تلك السجلات بالمعلومات تلقائياً؟
(ج) هل يتمّ ربطها بمختلف الجهات المزوِّدة للخدمات؟ وعلى كافة المستويات المحلية/الوطنية؟

المرفق 3. الأطر القانونية الوطنية لكلّ بلد

المنهجية

اعتمدت الملامح القانونية للدول على جمع واستعراض التشريعات الوطنية واللوائح والتعليمات الإدارية المتعلقة بتقييم الإعاقة وتحديدها في 18 بلداً عربياً. واعتمدت الملامح أيضاً على استبيانين أُرسلا إلى نقاط الاتصال الحكومية، وأُجري الاستبيان الأول في تشرين الأول/أكتوبر 2019[36]، وتلاه استبيان للمتابعة أُجري في أيلول/سبتمبر 2020. وإضافة إلى ما سبق، استُخدمت الاستعراضات والنقاشات في الاجتماع الرابع لفريق الخبراء العامل ما بين الدورات المعني بالإعاقة، الذي عُقد في القاهرة، مصر، يومي 14-15 كانون الأول/ديسمبر 2019. ونوقشت الصيغة شبه النهائية للدراسة بالتشاور مع خبراء في الإعاقة ومسؤولي اتصال حكوميين خلال الاجتماع الخامس لفريق الخبراء العامل ما بين الدورات المعني بالإعاقة، الذي عُقد افتراضياً في كانون الأول/ديسمبر 2020.

لإتاحة لمحة عامة متسقة ومنهجية، استخدمت مجموعة الأسئلة نفسها في الملامح القانونية لكل بلد، وذلك ضمن خمسة مواضيع رئيسية هي: (1) التعريف بالإعاقة؛ (2) الجهة القيّمة على تقييم الإعاقة؛ (3) نظام تقييم الإعاقة؛ (4) بطاقة الإعاقة؛ (5) قاعدة بيانات/سجلات الإعاقة.

الملامح القانونية للدول

تعرض الوثيقة التالية الملامح القانونية الكاملة للدول: "تقييم الإعاقة وتحديدها في المنطقة العربية: لمحة عن الأطر القانونية الوطنية"، يمكن الوصول لها عبر الرابط التالي: E/ESCWA/CL4.SIT/2020/TP.9.

36 الرجوع إلى المرفق 1 من أجل خلاصة لنتائج الاستبيان.

21-00329