

Research Paper

A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities

Mohsen Irvani¹ , *Leila Riahi¹ , Kianoush Abdi² , Seyed Jamaledin Tabibi¹

1. Department of Health Care Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Citation** Irvani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi SJ. [A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2021; 21(4):544-563. <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.3225.1> <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.3225.1>

Received: 08 Jul 2020

Accepted: 01 Oct 2020

Available Online: 01 Jan 2021

ABSTRACT

Objective Providing desirable rehabilitation services to people with disabilities has always been one of the most critical concerns of the health system in all countries. Today, it is crucial for policymakers and health care providers to recognize the different systems for providing rehabilitation services to people with disabilities. In this regard, it is beneficial to conduct comparative studies and use successful countries' experiences in this subject. This comparison-analytical study aimed to compare the systems for providing rehabilitation services to people with disabilities.

Materials & Methods This comparative study was conducted in nine countries in 2020. To determine the comparison framework in this research, four dimensions of health systems' functions were used based on the 2000 report of the World Health Organization. The countries were compared in dimensions of stewardship, resource production, financing, and service provision. Findings obtained from each country were presented separately in the comparative tables. The model used in this comparative study was based on the Beredy Model that contains four stages of description, interpretation, proximity, and comparison. In the present study, the purposive sampling method was used. The statistical population included rehabilitation systems globally, and the research examples were Iran, China, Turkey, India, the USA, Mexico, Germany, England, and South Africa. Criteria for entering the research according to the functional model of the World Health Organization were the availability of data and selecting at least one country from each continent of America, Europe, Asia, and Africa.

Results The findings showed that in Iran, the Welfare Organization was responsible for providing rehabilitation services for people with disabilities, while in other countries, it was the Ministry of Health. Also, to compare resource production, two staff training indicators and access to comprehensive national data were used. In all countries studied, the training of specialized human resources is done through the university system. Iran, India, and Mexico did not have full access to comprehensive national data, but the United States, Germany, China, South Africa, and Turkey provided the platform for planning and policy-making. Moreover, funding in Germany, the United States, China, and Turkey is mainly provided through the insurance system. In the United Kingdom, it is mainly provided through tax, but in Iran, it is provided through subsidies from the public revenues and taxes. Finally, besides the private sector, rehabilitation services in Iran's public sector were provided incoherently by various organizations. Some of these organizations are the Ministry of Health and Medical Education, the Exceptional Education Organization, the Red Crescent, the State Welfare Organization, and the Martyrs and Veterans Affairs Foundation, while in other countries, these services are often provided through hospitals and the private sectors.

Conclusion Despite the numerous strengths in the system of providing rehabilitation services to the disabled in Iran, the integration of the rehabilitation sectors of various organizations within the Ministry of Health not only increases the inter-sectoral and intra-sectoral coordination, the coherence of management, and unified policy, but also leads to reduced costs, proper allocation of resources and increased financial resources in this sector. Besides, it leads to a reduction in overlapping tasks and responsibilities and prevention of duplication of work, training of specialized personnel based on the needs, and finally providing more desirable services. Therefore, policymakers and planners must review and reform the laws and processes to form a system for providing rehabilitation services to the disabled in Iran.

Keywords:

Comparative study, Health system, Rehabilitation, Disabled

*** Corresponding Author:**

Leila Riahi, PhD.

Address: Department of Health Care Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 1131901

E-Mail: l.riahi@srbiau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Providing optimal rehabilitation services to the disabled has always been an essential concern of the health system in any country [1]. The results show that despite the fundamental differences in the organization, finance, and provision of health services in different countries, all countries have faced almost the same challenges [2]. One of the challenges in rehabilitating the disabled in Iran is trusteeship [3]. The Ministry of Health, Treatment, and Education is responsible for health care and has established the General Department of Rehabilitation since 2014. Also, the Red Crescent Organization provides rehabilitation services independently through its rehabilitation centers. Since 1980, with the Supreme Council of the Islamic Revolution's approval, providing rehabilitation services to the disabled was transferred to the Welfare Organization [4]. However, for the first time in the general health policies announced by the Supreme Leader in 2014, serious attention was paid to the issue of rehabilitation services, and the Ministry of Health, Treatment and Medical Education was appointed as the custodian of organizing rehabilitation services and trusteeship of the health system in all dimensions.

Financing is also consistently one of the most critical challenges, especially in low- and middle-income countries, because it affects the health system's other functions performance [5]. Another leading issue in the country's rehabilitation system is the lack of specialized personnel in different regions. Also, the number of specialized centers for the disabled is not enough [6]. Therefore, considering our country's political and economic conditions and the increasing number of disabled people, the continuation of the current trend does not meet the growing needs of the disabled, and creating a coordinated and coherent system to provide rehabilitation services to the disabled is vital.

A review on the rehabilitation department performance for the disabled in Iran showed that the system for providing rehabilitation services for the disabled in our country has a non-integrated structure. In general, it faces various challenges such as disruption of primary rehabilitation services, abandoned identification and screening system, unequal access, multiple trusteeships, rehabilitation system deficiencies, rehabilitation anonymity, unbalanced funding in rehabilitation, and incomplete rehabilitation system [5]. Considering the mentioned challenges and countries' desire to create an integrated system and the lack of similar research in Iran, this study was conducted to comparatively study rehabilitation services for the disabled.

Materials and Methods

The current study is a comparative study conducted in 2020. The keywords such as healthcare system, rehabilitation, disability, stewardship, financing, resource production, and delivery services were surfed in the library studies. On the website of Rehabilitation Organizations, domestic databases such as IranMedex, IranDoc, and the foreign databases such as Science Direct, Medline, PubMed, Elsevier, and Google Scholar, as well as The World Health Organization website, reference books, published official reports, and related Persian and English articles from 1990 to 2020 were reviewed. After evaluating the preliminary search results, similar and unrelated articles were removed among 149 research articles and annual reports, and then the inclusion criteria were applied. Finally, 45 articles and reports were selected, and the full texts were studied. The required data related to Iran were collected using the reference organizations' published documents related to the research topic by referring to each organization's site.

In this study, four dimensions of the health systems performance based on the 2000 report of the World Health Organization were used to determine the framework for the division of rehabilitation systems and countries' rehabilitation system in trusteeship dimensions resource production, financing, and service provision.

The model used in this study was Bereday and Hilker model [7]. It includes four stages of description, interpretation, proximity, and comparison. Health systems were first subdivided according to a geographical area as an entry criterion, and at least one country was selected from each continent of America, Europe, Asia, and Africa. Then, to compare countries among the health system's functional models, the World Health Organization model (2000) was selected. In the next stage, the search for helpful content following the research objectives in the four dimensions of rehabilitation services' functions to the disabled was performed. According to the model, in the first place, the factors affecting the formation of each of these systems of providing rehabilitation services to the disabled in selected countries were collected and translated into fluent Persian, and the various components considered in this study were identified, reviewed, and analyzed. The information about each country was then arranged in Tables 1, 2, 3 and 4. The similarities and differences of each element of rehabilitation systems between all studied countries were determined and compared, and practical suggestions for Iran were presented.

In this study, the purposive sampling method was used, and the sample size was equal to the entire study population (including systems for providing rehabilitation services to

the disabled in selected countries and the information available in them). The statistical population included rehabilitation systems globally, and the research examples were Iran, China, Turkey, India, the USA, Mexico, Germany, England, and South Africa.

Results

Rehabilitation in Iran was the Welfare Organization's responsibility, while in the United Kingdom, Germany, and the United States, the Ministry of Health was responsible. In South Africa, the Ministry of Social Development and the Ministry of Health, in China the Ministry of Health and the Ministry of Citizenship, in Turkey the Ministry of Family and Social Policy and the Ministry of Health jointly and in Mexico, the Social Security Institute were responsible for rehabilitating the disabled. The results also showed the trusteeship structure in China, Mexico, South Africa, India, and Turkey. In the United States and Germany, it was decentralized. In Britain, it was mixed, and in Iran, it was often centralized (Table 1).

In Iran, rehabilitation graduates study in training centers affiliated with the universities of the Ministry of Health. In other countries, such as the United States, Germany, the United Kingdom, Mexico, Turkey, and South Africa, the required human resources were trained through the Ministry of Education, and in India, in addition to universities, the National Rehabilitation Council provided training to

rehabilitation specialists. Iran, India, and Mexico lacked a national rehabilitation data management system (Table 2).

In Iran, as in other countries, the cost of rehabilitation services for the disabled was provided from the general budget, out-of-pocket payments, and a tiny portion through health insurance. In Germany, financing was mainly based on insurance funds such as the accident fund and the disability fund, and the rest was financed through social health insurance, although out-of-pocket payments averaged 13% rather than 9% of the population covered by private insurance. In the United States, financing was managed by private entities operating in a free market economy. Private insurance was purchased as basic insurance and was paid for people with disabilities in need through government health insurance (Medicare and Medicaid insurance systems).

The system improved out-of-pocket payments to 11%. In the UK, government funding was provided through public taxes and accumulation in a single fund at the Ministry of Health, and although out-of-pocket payments for the general public accounted for 3%, rehabilitation services for the disabled were free, and 11.5% of the population was covered by private insurance. In China, besides paying subsidies from the general budget, especially to the poor, disabled, government insurance and out-of-pocket payments were the source of funding. In India, as in China, public funding and out-of-pocket payments were the funding mechanism, and a significant portion was funded through Non-

Table 1. Comparison of the organization in charge of the rehabilitation of the disabled

Areas	Main Institution/Institutions	Partner Institutions	Trusteeship Structure
Iran	Welfare	Ministry of Health, Red Crescent and Exceptional Education, Martyr and Veterans Affairs Foundation	Often centralized
Turkey	Ministry of Family and Social Policy and Ministry of Health		Centralized
England	Ministry of Health		Mixed
India	Ministry of Social Security and Empowerment and Ministry of Health and Family Welfare	National Council for the Welfare of the Disabled and Non-Governmental Associations	Centralized
South Africa	Ministry of Women, Children and Disabled (Ministry of Social Development) and Ministry of Health		Centralized
America	Ministry of Health and Manpower		Decentralized
China	Ministry of Health and Ministry of Citizenship	National Committee for Health and Family Programs, Assembly of Persons with Disabilities, Ministry of Human Resources and Social Security, and National Council for the Care of the Disabled	Centralized
Mexico	Social Security Institute		Centralized
Germany	Ministry of Health		Decentralized

Table 2. Comparison of production of resources required for the rehabilitation system of the disabled

Areas	Staff Training	Access to Comprehensive National Data
Iran	Ministry of Health	No
Turkey	Ministry of Education	Yes
England	Ministry of Education	Yes
India	Public universities and the National Rehabilitation Council	No
South Africa	Ministry of Education	Yes
America	Ministry of Education	Yes
China	Ministry of Education	Yes
Mexico	Ministry of Education	No
Germany	Ministry of Education	Yes

Archives of
Rehabilitation

Governmental Organizations (NGOs). In South Africa, the national health insurance system was in place, and people with disabilities, like everyone else, had health savings accounts, and health disaster insurance was provided for high costs. In addition to public insurance, there was private insurance. In Turkey, besides public government resources, social security insurance covered the disabled rehabilitation costs. In Mexico, government insurance and out-of-pocket payments were the funding sources. People with disabilities in Iran, Mexico, the United States, India, and South Africa

needed direct payments in the rehabilitation sector, while in the United Kingdom and Germany, they were paid for free or with a minimum payment (Table 3).

All countries studied had the necessary structure to provide rehabilitation services, such as providing rehabilitation services in governmental and non-governmental hospitals and rehabilitation centers. In all studied countries, the package of public health services and rehabilitation was defined, but its coverage was not comprehensive in all regions of

Table 3. Comparison of funding sources for the system of providing rehabilitation services for the disabled

Areas	Public Budget	Taxes	Insurance	Out-of-Pocket Payment
Iran	Public budget (government subsidy)	-	Health insurance Private insurance	Out-of-pocket payment
Turkey	Public government resources	Taxes	Social security insurance	Out-of-pocket payment
England	-	General taxes	National Insurance Private insurance	It is accessible for the disabled.
India	Public budget	-	-	Out-of-pocket payment Non-governmental organizations
South Africa	Public budget	-	Health savings account Health disaster insurance Private insurance	Out-of-pocket payment
America	Medicare Medicaid	Taxes	Private insurance	-
China	Subsidies from the public budget	-	Government insurance Private insurance	Out-of-pocket payment
Mexico			Government insurance	Out-of-pocket payment
Germany	Government budget	-	Social health insurance Accident fund Disability fund Private insurance	-

Archives of
Rehabilitation

Table 4. Comparison of services provided by the system of providing rehabilitation services for the disabled in Iran with other countries

Country	Organizations Providing Rehabilitation Services to Disabled
Iran	Public and private hospitals, private rehabilitation clinics, non-governmental rehabilitation centers, Community-based rehabilitation, Home rehabilitation
Turkey	Hospitals, Rehabilitation centers, Community-based rehabilitation, Home rehabilitation
England	Public and private hospitals, private rehabilitation centers, home rehabilitation
India	Non-governmental and charitable rehabilitation centers and community-based rehabilitation
South Africa	Non-governmental and governmental rehabilitation centers and providing rehabilitation services through the primary health care system
America	Public and private hospitals, private rehabilitation centers
China	Public hospitals, rehabilitation centers, community-based rehabilitation
Mexico	National public rehabilitation institutions, Public hospitals, Community-based rehabilitation
Germany	Medical rehabilitation services in public and private hospitals, medical and professional rehabilitation centers of non-governmental organizations, and rehabilitation associations

these countries. All of these countries had access to primary health care.

In Iran, there were three ways to provide rehabilitation services. The first method is institutional rehabilitation through hospitals and private medical rehabilitation clinics. The second method is extra-institutional rehabilitation through mobile home visiting teams. Finally, community-based rehabilitation provided essential rehabilitation services in collaboration with health care networks and the local community. Similar methods were available in Turkey, China, and Mexico. In all countries, besides hospitals, private centers provided services. In the UK, in addition to hospitals, services were purchased by local units and were provided. Of course, most hospitals and clinics were owned by the government, and most specialists were government employees. In India, there were mostly active non-governmental and charitable rehabilitation centers. In Mexico, most national government rehabilitation agencies provided services, and in South Africa, primary rehabilitation was provided through the primary health care system (Table 4).

This study aimed to review and compare the systems of providing rehabilitation services for the disabled in the four dimensions of tutoring, human resources, financing, and service provision. These factors are essential in forming an integrated rehabilitation system. Different institutions and staff providing rehabilitation services perform various tasks in the rehabilitation process, and their effective communication and coordination with each other are necessary to achieve a desirable rehabilitation system [8].

In most selected countries, such as Germany, the United States, Turkey, and South Africa, the Ministry of Health was in charge of rehabilitation, while in Iran, the Welfare Organization was in charge and the Ministry of Health and Medical Education, the Red Crescent, the Martyr Foundation, and Veterans' affairs and exceptional education played an independent role. Zare stated that the World Health Organization believes that developing countries, including Iran, do not have the desired care status in their health system. In this regard, the guardianship field's main problems included not paying attention to all factors and stakeholders in policy-making, only paying attention to the formulation of laws and regulations, and not paying attention to the implementation and monitoring of policies [3, 9]. Jahanbin's study results showed that trusteeship is a missing link in teamwork in Iran's rehabilitation services [10]. The 2019 report of the World Health Organization also emphasized integrating rehabilitation in the health sector, consistent with this study results [3].

In terms of resource production, in Iran, rehabilitation graduates studied only in educational institutions affiliated with the Ministry of Health and Medical Education universities. Simultaneously, In the United States, Germany, the United Kingdom, Mexico, Turkey, and South Africa, the required human resources training was provided through the Ministry of Education. In India, besides universities, the National Rehabilitation Council was involved [11]. The results show that the recruitment of rehabilitation students in proportion to the dispersion of centers and the prevalence of disability in each region, and the appropriate distribution

of human resources by the Ministry of Health and Medical Education based on data obtained from complete information can be more effective. This study results also showed that in Iran, India, and Mexico, there is no complete access to comprehensive national data, but in the United States, Germany, China, South Africa, and Turkey, this platform is provided for planning and policy-making [12]. Therefore, the national rehabilitation data management system for the disabled in Iran needs to be reviewed due to existing shortcomings, and similar solutions in rehabilitation systems of developed countries such as Germany can be helpful.

In terms of financing, the countries under study have provided essential services to people with disabilities by allocating dedicated financial resources, but only a small number of countries have been fully efficient. Abdi's study found that rehabilitation financing in Iran was unbalanced, citing a lack of funding to compensate for the cost, a weak insurance system, and the market view of rehabilitation therapists [3]. The social insurance systems in Germany and the national health system in the United Kingdom show a good performance in the community's financial protection. Therefore, it can be said that the establishment of a social or national insurance system can play an important role in protecting people financially against health costs. The majority of high-income countries rely on taxes (e.g. the United Kingdom), compulsory health insurance (Germany), or voluntary private insurance (the United States) to finance health care [13-15].

In contrast, low-income countries such as Iran, India, Mexico, and South Africa, relied on public budgets and sometimes small private insurances due to the lack of a tax base [16]. In China and South Africa and paying subsidies from the general budget, especially to the poor, disabled, government insurance and out-of-pocket payments were funding sources [17, 18]. Also, in Mexico, government insurance and out-of-pocket payments are the sources of financing [19].

Iran does not have full coverage of public insurance, and private insurance covered only a part of the population, while Germany had a combination of social and private insurance, and Turkey and Britain had national health services [20]. The type of insurance system in Iran was for the disabled working in the social insurance system, which was in line with many countries globally. The rehabilitation system in Iran requires the combined use of different financing methods to reduce the disabled share in the direct payment. Factors such as sanctions and the prevalence of coronavirus disease have affected the rehabilitation sector's financing for the disabled. Therefore, according to the results, it is proposed that gross domestic product's rehabilitation sector

be increased. According to the service provider organization, in all countries and hospitals, private centers provided services. In England, local units also provide services [21]. A special feature of rehabilitation centers in India was their charitable nature [22]. In Mexico, most national government rehabilitation agencies provided services [23], and in South Africa, primary rehabilitation was provided through the primary health care system [24]. In Iran, inpatient and outpatient rehabilitation services and oversight of private sector rehabilitation clinics were the Ministry of Health and Medical Education's responsibility. Rehabilitation services, except in hospitals, were provided entirely through parallel private sector centers and other organizations. In other countries studied, the Ministry of Health and the private sector were often provided these services.

It is important to note that this study did not cover all aspects of the rehabilitation system, as the dimensions of this issue are vast, and this study confines itself within the framework of the defined objectives.

Discussion and Conclusion

This research proposes the following items as the most effective strategy for the integration of the rehabilitation system for the disabled to create a single instruction by the Ministry of Health of Iran: decentralized structure, attention to training sufficient personnel tailored to the needs of each region, creating data management platforms, utilizing financial resources for insurance and public taxes, providing comprehensive rehabilitation services, and providing special service packages, for particular disabilities.

Strengthening the National Council for the Rehabilitation of the Disabled seems to help achieve this goal. Germany and the United Kingdom had a more efficient rehabilitation system than the other selected countries studied. Also, localization should be considered a suitable model, especially in reducing out-of-pocket payments for the disabled.

In the end, policymakers and planners in this field should take a broader view of reviewing and reforming the structure, laws, and processes to move towards the formation of a system for providing rehabilitation services for the disabled in Iran, and the research result should be used in the development of policies and executive instructions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed of the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

Conceptualization and supervision: Leila Riahi, Mohsen Iravani and Kianoush Abdi; Methodology: Mohsen Iravani, Kianoush Abdi; Data collection: Leila Riahi, Mohsen Iravani, Kianoush Abdi; Investigation, writing – original draft, writing – review & editing, data analysis: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest in this study.

مقاله پژوهشی

بررسی تطبیقی نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان

محسن ایروانی^۱، *لیلا ریاحی^۱، کیانوش عبدی^۲، سید جمال‌الدین طیبی^۱

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 ۲. گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ تیر ۱۳۹۹
 تاریخ پذیرش: ۱۰ مهر ۱۳۹۹
 تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

اهداف: ارائه خدمات توان‌بخشی مطلوب به معلولان همواره از دغدغه‌های مهم نظام سلامت در جهان محسوب می‌شود. شناسایی نظام‌های توان‌بخشی معلولان برای سیاست‌گذاران و متولیان سلامت و توان‌بخشی یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. در این میان پرداختن به مطالعات تطبیقی و بهره‌مندی از تجارب کشورهای موفق بسیار مفید خواهد بود. این مطالعه با هدف مقایسه تحلیلی نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان در ایران با سایر کشورهای مطرح در زمینه توان‌بخشی طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: این پژوهش به صورت تطبیقی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جهت تعیین چارچوب مقایسه جامعه پژوهش، از چهار بُعد عملکرد نظام‌های سلامت بر مبنای گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان الگو استفاده شد و نه کشور در ابعاد تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات، مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌ها از هر کشور به تفکیک ابعاد مذکور در جدول تطبیقی ارائه شد. الگوی مورد استفاده در این مطالعه، الگوی پردی و هیلکر بود که چهار مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه را در مطالعات تطبیقی مشخص می‌کند. در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری هدفمند مورد استفاده قرار گرفت. جامعه آماری شامل نظام‌های توان‌بخشی در جهان بود و نمونه‌های پژوهش نظام توان‌بخشی کشورهای ایران، چین، ترکیه، هندوستان، آمریکا، مکزیک، آلمان، انگلیس و آفریقای جنوبی بودند. ملاک‌های ورود بر حسب دسته‌بندی جغرافیایی، انتخاب حداقل یک کشور از قاره‌های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا و بر حسب مدل کارکردی سازمان جهانی بهداشت و قابل دسترس بودن داده‌های مربوط به ابعاد چهارگانه عملکرد نظام‌های سلامت بود.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد، تولید توان‌بخشی معلولان در نظام ارائه خدمات توان‌بخشی در ایران با سازمان بهزیستی بوده، ولی در اغلب کشورها وزارت سلامت متولی توان‌بخشی معلولان بود. از نظر تولید منابع، تمامی کشورهای مورد مطالعه در زمینه تربیت نیروی انسانی متخصص از طریق نظام دانشگاهی اقدام می‌کردند. همچنین در ایران، هندوستان و مکزیک دسترسی به داده‌های ملی جامع به طور کامل وجود نداشت، ولی در آمریکا، آلمان، چین، آفریقای جنوبی و ترکیه این بستر جهت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری فراهم بود. تأمین مالی در کشورهای آلمان، آمریکا، چین و ترکیه بیشتر از طریق نظام بیمه‌ای، در انگلیس بیشتر از محل مالیات، ولی در ایران از طریق پرداخت یارانه از محل درآمدهای عمومی و مالیات صورت می‌گرفت و در نهایت تدارک خدمات در ایران علاوه بر فعالیت بخش خصوصی، در بخش دولتی به صورت غیرمنسجم توسط نهادهای مختلف از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، هلال احمر، سازمان بهزیستی و بنیاد شهید و امور ایثارگران و در سایر کشورها اغلب از طریق بیمارستان‌ها و بخش خصوصی ارائه می‌شد. در اغلب کشورهای مورد مطالعه توان‌بخشی معلولان با بخش بهداشت و درمان دارای پیوستگی قابل ملاحظه‌ای بود.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم نقاط قوت متعدد در نظام ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان در ایران، ادغام بخش توان‌بخشی سازمان‌های موازی در ایران در وزارت بهداشت و درمان، علاوه بر افزایش هماهنگی‌های درون و برون‌بخشی و انسجام مدیریت و سیاست‌گذاری واحد، می‌تواند موجب کاهش هزینه‌ها، تخصیص صحیح و افزایش منابع مالی این بخش شود. علاوه بر این، می‌تواند منجر به کاهش هم‌پوشانی وظایف و مسئولیت‌ها و جلوگیری از دوباره‌کاری، تربیت نیروی متخصص متناسب با نیاز و نهایتاً ارائه خدمات مطلوب‌تر شود؛ بنابراین ضروری است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این حوزه با دید وسیع‌تری نسبت به بازنگری و اصلاح ساختار، قوانین و فرایندها در راستای حرکت به سوی شکل‌گیری نظام ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان در ایران اقدام کنند.

کلیدواژه‌ها:

مطالعه تطبیقی، نظام سلامت، توان‌بخشی، معلولان

نویسنده مسئول:

دکتر لیلا ریاحی

نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: ۱۱۳۱۹۰۱ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: I.riahi@srbiau.ac.ir

مقدمه

در بحث تأمین مالی، در فصل سوم قانون برنامه ششم توسعه در حوزه حمایتی و توانمندسازی ضمن بیان مسائل اصلی بخش معلولیت و سالمندی به تحلیل چالش‌ها و مشکلات نهادهای حمایتی به‌خصوص کمبود اعتبار و خلأهای پوشش پرداخته شده و تأکید شده که با توجه به روند روزافزون تشدید فقر و نابرابری در جامعه نمی‌توان با رویکردهای حمایتی مستقیم به نیازها پاسخ داد [۷]. با این حال تأمین منابع مالی همواره یکی از چالش‌های مهم، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط است؛ زیرا این مورد بر عملکرد دیگر کارکردهای نظام سلامت تأثیرگذار است [۸].

از دیگر مسائل پیش‌رو در نظام توان‌بخشی کشور کمبود نیروی متخصص در مناطق مختلف است؛ به عنوان مثال رئیس انجمن فیزیوتراپی ایران طی مصاحبه‌ای در سال ۱۳۹۶ اظهار کرد که در کشور به ازای هر ۱۰ هزار نفر تنها یک فیزیوتراپیست وجود دارد. همچنین در زمینه مراکز تخصصی معلولان تا پایان سال ۱۳۹۸ در کل کشور ۴۱۵ واحد خدمات توان‌پزشکی، ۱۳۷۹ مرکز توان‌بخشی آموزشی روزانه، ۹۳۱ مرکز مراقبتی توان‌بخشی شبانه‌روزی توسط بخش‌های دولتی و غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی ایجاد شده که پاسخ‌گوی نیازهای فعلی جامعه نیست [۹]. بنابراین با توجه به شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کشورمان و نیز روند افزایش تعداد معلولان و کمبود منابع مالی و انسانی، ادامه روند فعلی پاسخ‌گوی نیازهای فزاینده معلولان نبوده و برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و ایجاد یک نظام هماهنگ و منسجم جهت ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان اهمیت حیاتی دارد.

از طرفی دیگر، خدمات توان‌بخشی در نظام سلامت کشور کمتر مورد توجه قرار گرفته و بر دو بُعد بهداشت و درمان تأکید بیشتری شده است. در حالی که خدمات سلامت بُعد سومی به نام توان‌بخشی نیز دارد که یکی از حلقه‌های تنیده در نظام سلامت در کنار بهداشت و درمان است و نقشی اساسی در بازگرداندن بیماران به جریان عادی زندگی، به‌ویژه پس از جراحی‌های سنگین، حوادث یا سایر مشکلات پزشکی دارد؛ بنابراین فقدان ارتباط مابین حوزه‌های بهداشت، درمان و توان‌بخشی یکی از چالش‌های حائز اهمیت در یکپارچه بودن نظام سلامت کشور است. این موضوع می‌تواند با توجه به ساختار نظام خدمات توان‌بخشی در ایران و پراکندگی ارائه خدمات از سوی چندین سازمان مانند وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، بنیاد شهید و هلال احمر باشد.

مروری بر عملکرد بخش توان‌بخشی معلولان در ایران نشان می‌دهد که با وجود تلاش‌های صورت‌گرفته برای ارتقای خدمات توان‌بخشی، مشکلات مربوط به این بخش هنوز به طور کامل حل نشده است و نظام ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در کشورمان از چارچوب قابل تعریف و مطلوبی برخوردار نیست.

از مهم‌ترین دلایل اصلی پرداختن به مسئله معلولیت و معلولان، افزایش روزافزون تعداد افراد معلول به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه و فقیر، به علت عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری از معلولیت و نبود امکانات کافی یا استفاده نامناسب از امکانات موجود است [۱]. ارائه خدمات توان‌بخشی مطلوب به معلولان همواره از دغدغه‌های مهم نظام سلامت در هر کشور محسوب می‌شود، ولی مشاهده می‌شود که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، منابع کافی برای تشخیص و پیشگیری از معلولیت و تأمین نیازهای توان‌بخشی و درمانی و برنامه‌ریزی خدمات ویژه معلولان وجود ندارد [۲]. از طرفی سیستم برنامه‌ریزی، تشکیلات و نحوه ارائه خدمات سلامت در هر کشوری تحت تأثیر نظام سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و وضعیت فرهنگی آن کشور است. نظام‌های سلامتی که ساختار مناسبی ندارند، فاقد راهبری مناسب بوده و از سازمان‌دهی کارآمد و تأمین مالی کافی برخوردار نیستند؛ به طوری که تقریباً در همه کشورها نارسایی‌های جدی در عملکرد نظام سلامت در یک یا چند کارکرد اصلی وجود دارد [۳].

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های اساسی در سازمان‌دهی، امور مالی و ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف، همه کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبه‌رو بوده‌اند. این چالش‌ها عبارت‌اند از، عدم حصول اطمینان از برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، افزایش کیفیت خدمات، توسعه و بهبود نتایج درمانی، قابل تحمل کردن هزینه‌ها برای عموم مردم، توسعه کارایی، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی بیشتر و بهتر نظام درمانی، دخالت دادن هرچه بیشتر مردم در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی‌درمانی و کاهش موانع بین سلامتی و مراقبت‌های اجتماعی [۴].

از جمله چالش‌های مطروحه در حوزه توان‌بخشی برای معلولان در ایران مسئله تولید است [۵]. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی از دولت مسئولیت تولید سلامت را برعهده دارد و از سال ۱۳۹۳ اقدام به تأسیس اداره کل امور توان‌بخشی کرده است. ضمن اینکه سازمان هلال احمر نیز به طور مستقل خدمات توان‌بخشی را از طریق مراکز ارتوپدی فنی و کلینیک‌های توان‌بخشی تحت نظارت معاونت درمان و توان‌بخشی آن سازمان ارائه می‌کند. این در حالی است که با تصویب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت تحقق اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی از سال ۱۳۵۹ با تصویب شورای عالی انقلاب اسلامی، مسئولیت ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان به سازمان بهزیستی کشور واگذار شده است [۶]. با وجود این، برای اولین بار در سیاست‌های کلی سلامت که در سال ۱۳۹۳ از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد، به مسئله خدمات توان‌بخشی توجه جدی شد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سامان‌دهی خدمات توان‌بخشی و تولید نظام سلامت در همه ابعاد تعیین شد.

کتابخانه‌ای از کارت فیش و برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه، از فرم اطلاعاتی استفاده شد. سپس جهت تکمیل فرم‌های اطلاعاتی از منابع مورد نیاز این پژوهش، واژه‌های کلیدی نظام سلامت (Healthcare system)، توان‌بخشی (Rehabilitation)، معلولیت (Disability)، تولید منابع (Resource pro-duction)، تأمین مالی (Financing)، تولید منابع (Resource pro-duction) و تدارک خدمات (Delivery services) به صورت ترکیبی با ذکر نام کشورهای مورد نظر، در وبسایت سازمان‌های فعال در زمینه توان‌بخشی، بانک‌های اطلاعات داخلی نظیر ایران مدکس و ایران داک و خارجی نظیر ساینس دایرکت، پابمد، مدلاین گوگل اسکالر و الزویر و همچنین سایت سازمان جهانی بهداشت، کتب مرجع، گزارش‌های رسمی منتشره و مقالات مرتبط فارسی و انگلیسی با دامنه زمانی سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ میلادی جست‌وجو شد. پس از ارزیابی نتایج اولیه جست‌وجو، از میان ۱۴۹ مقاله پژوهشی و گزارش‌های سالانه کشورهای مدنظر، مقالات مشابه و غیرمرتبط با موضوع پژوهش حذف و معیارهای ورود به مطالعه اعمال شد. در نهایت ۴۵ مقاله و گزارش مرتبط با نظام ارائه خدمات توان‌بخشی در نه کشور مدنظر در این مطالعه انتخاب و به طور تمام متن مطالعه شد. داده‌های مورد نیاز کشور ایران با استفاده از اسناد منتشر شده سازمان‌های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند سازمان بهزیستی با مراجعه به سایت www.behzisti.ir گردآوری شد.

در پژوهش حاضر جهت تعیین چارچوب تقسیم‌بندی نظام‌های توان‌بخشی از چهار بُعد عملکرد نظام‌های سلامت بر مبنای گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت استفاده شد و نظام توان‌بخشی کشورها در ابعاد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات مورد مقایسه قرار گرفتند. برای مقایسه تولید، از سه شاخص نهاد اصلی، نهادهای همکار و ساختار تولیدی، برای مقایسه تولید منابع، از دو شاخص آموزش کارکنان و دسترسی به داده‌های ملی جامع، برای مقایسه تأمین مالی کشورها از منابع تأمین‌کننده مالی و در نهایت برای مقایسه تدارک خدمات از سازمان‌های عرضه‌کننده خدمات استفاده شد.

الگوی مورد استفاده در پژوهش حاضر، روش پردی و هیلکر^۱ بود [۱۱]. این الگو، یکی از روش‌های معروف در مطالعات تطبیقی است که شامل چهار مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه است. در این مطالعه در مرحله توصیف، از داده‌ها بر اساس شواهد و اطلاعات، یادداشت‌برداری شد و مستندات برای نقد و بررسی در مرحله بعد آماده شدند. سپس در مرحله تفسیر، اطلاعات بررسی‌شده در مرحله اول، واری و تحلیل شدند. در مرحله هم‌جواری، اطلاعاتی که در دو مرحله قبل آماده شده بودند، به منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها، در

آمارها نشان می‌دهد که هنوز گروه‌هایی از معلولان به بسته پایه خدمات دسترسی نداشته و افراد بهره‌مند از رضایت کامل برخوردار نیستند. نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۲ در ایران نشان داد، در زمینه استفاده از امکانات تحصیلی محدودیت‌های زیادی وجود دارد؛ به طوری که ۵۵ درصد افراد معلول کمتر از دیپلم، ۲۸/۵ درصد دیپلم، ۴/۶ درصد فوق دیپلم، ۸/۹ درصد لیسانس و فقط ۳ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. در زمینه محرومیت از شغل از میان معلولان جسمی حرکتی، ۳۴/۷ درصد شاغل بودند که اغلب دارای مشاغل کاذب، غیررسمی و بی‌ثبات هستند و ۶۵/۳ درصد بیکار بودند [۱۰]. به طور کلی از چالش‌های نظام توان‌بخشی در ایران نابسامانی خدمات توان‌بخشی اولیه، سیستم شناسایی و غربالگری رهاشده، دسترسی نابرابر، تولید چندگانه، نقص نظام آموزش توان‌بخشی، ناشناخته بودن توان‌بخشی، تأمین مالی نامتوازن در توان‌بخشی و جامع نبودن نظام توان‌بخشی را می‌توان نام برد [۸].

بر اساس گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، برای نظام‌های سلامت چهار کارکرد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات تعیین شده است [۳]. این چهار عامل در شکل‌گیری نظام یکپارچه و برخوردار از خدمات، از همبستگی بالایی برخوردار هستند؛ به طوری که بهبود صرفاً یکی از این عوامل به تنهایی نمی‌تواند باعث ارتقای سطح دسترسی، رعایت عدالت و برخوردار از خدمات توان‌بخشی شود. در این پژوهش بر مبنای این دسته‌بندی، نظام‌های توان‌بخشی در دنیا و ایران مورد بررسی قرار گرفت.

موفقیت هرچه بیشتر نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن، مستلزم پرداختن به مطالعات تطبیقی و بهره‌برداری از تجارب دستگاه‌های موفق در این زمینه است. بدین منظور نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در کشورهای مطرح در حوزه توان‌بخشی مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به اینکه در کشورمان در زمینه تبیین فرایندهای توان‌بخشی معلولان در نظام سلامت توسط عیدی و همکاران مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است، ولی تاکنون هیچ مطالعه‌ای به موضوع عناصر تشکیل‌دهنده نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان نپرداخته است. در این مطالعه با بررسی این عوامل در کشورهای منتخب و مقایسه آن‌ها با ایران، پیشنهاداتی کاربردی برای بهبود بخشیدن به وضعیت یکپارچگی این نظام در کشورمان ارائه شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقایسه‌ای است که در سال ۱۳۹۹ انجام گرفته است. به منظور جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات

1. Bereday and Hilker

می‌شود، تولید توان‌بخشی در ایران برعهده سازمان بهزیستی بود. در حالی که در کشورهای انگلیس، آلمان و آمریکا، وزارت سلامت این مسئولیت را برعهده داشت. در آفریقای جنوبی وزارت توسعه اجتماعی و وزارت سلامت، در چین وزارت سلامت و وزارت امور شهروندی، در ترکیه وزارت خانواده و سیاست‌های اجتماعی و وزارت سلامت به طور مشترک و در مکزیک مؤسسه تأمین اجتماعی مسئولیت توان‌بخشی معلولان را برعهده داشت. همچنین نتایج نشان داد، ساختار تولیدی در چین، مکزیک، آفریقای جنوبی، هندوستان و ترکیه از نوع متمرکز، در آمریکا و آلمان غیرمتمرکز، در انگلیس از نوع ترکیبی و در ایران اغلب متمرکز بود (جدول شماره ۱).

برای مقایسه نظام ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در ایران و سایر کشورها از نظر تولید منابع، از دو شاخص آموزش کارکنان و دسترسی به داده‌های ملی جامع که در مقالات جست‌وجوشده قابل دسترس بود، استفاده شد. در ایران دانش‌آموختگان رشته‌های توان‌بخشی نظیر فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپدی فنی، پرستاری توان‌بخشی، مدیریت توان‌بخشی و غیره در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحصیل می‌کردند؛ در حالی که در سایر کشورها نظیر آمریکا، آلمان، انگلیس، مکزیک، ترکیه و آفریقای جنوبی تربیت نیروی انسانی موردنیاز از طریق وزارت آموزش انجام می‌شد و در هندوستان علاوه بر دانشگاه‌ها، شورای ملی توان‌بخشی نیز ارائه آموزش به متخصصان توان‌بخشی را برعهده داشت (جدول شماره ۲).

از نظر تأمین منابع مالی، در ایران همانند سایر کشورها هزینه خدمات توان‌بخشی معلولان از بودجه عمومی تأمین می‌شد که این امر برای معلولان تحت پوشش سازمان بهزیستی از طریق تأمین یارانه مراکز توان‌بخشی و پرداخت کمک‌هزینه موردی و مستمر محقق می‌شد. به جز بودجه عمومی که بخش عمده تأمین مالی نظام توان‌بخشی را تشکیل می‌داد، بخش دیگر از طریق مشارکت افراد معلول به صورت پرداخت از جیب به‌ویژه در معلولانی که تحت پوشش سازمان‌های حمایتی نبودند و بخش بسیار اندکی از طریق بیمه‌های سلامت تأمین می‌شد. در آلمان تأمین مالی عمدتاً بر مبنای صندوق‌های بیمه‌ای نظیر صندوق حادثه و صندوق از کارافتادگی بود و بخش دیگر از طریق بیمه‌های اجتماعی سلامت تأمین می‌شد، با این حال پرداخت از جیب به طور میانگین ۱۳ درصد بود. در این کشور ۹ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار داشتند. در آمریکا تأمین مالی تحت مالکیت و مدیریت نهادهای خصوصی فعال در اقتصاد بازار آزاد بود. بیمه خصوصی به عنوان بیمه پایه خریداری می‌شد و برای افراد معلول نیازمند از طریق بیمه سلامت دولتی (نظام بیمه‌ای مدیکیر و مدیکید) تأمین هزینه صورت می‌پذیرفت. این نظام وضعیت پرداخت از جیب را بهبود بخشیده و به ۱۱ درصد

قالب جدول ماتریس تطبیقی کشورهای موردنظر طبقه‌بندی شدند و در کنار هم قرار گرفتند؛ به طوری که نام کشورها در ردیف‌ها و زیرشاخص‌های هر کدام از چهار بُعد عملکرد نظام‌های سلامت در ستون‌ها قرار گرفتند و سرانجام در مرحله مقایسه، مسئله مورد پژوهش با توجه به جزئیات در زمینه شباهت‌ها و تفاوت‌ها و دادن پاسخ به سؤالات پژوهش بررسی و مقایسه شدند.

بدین منظور، ابتدا تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت بر اساس منطقه جغرافیایی و میزان توسعه‌یافتگی به عنوان معیار ورود صورت پذیرفت و حداقل یک کشور از قاره‌های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا که داده‌های مربوط به ابعاد چهارگانه عملکرد نظام سلامت آن‌ها قابل دسترس بود، برگزیده شد. در ادامه برای مقایسه کشورها از بین مدل‌های کارکردی مطرح در نظام سلامت، مدل سازمان جهانی بهداشت (سال ۲۰۰۰) انتخاب شد. در مرحله بعد، جست‌وجوی محتوای مفید منطبق با اهداف پژوهش در زمینه ابعاد چهارگانه کارکردهای نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان انجام شد. بر اساس الگو، در وهله اول عوامل مؤثر بر شکل‌گیری هر یک از این نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان، در کشورهای منتخب جمع‌آوری و به فارسی روان ترجمه شد و اجزای مختلف موردنظر آن در این پژوهش، شناسایی، بررسی و تحلیل شدند. سپس این اطلاعات در قالب جداولی برای هر یک از عناصر تشکیل‌دهنده نظام توان‌بخشی تنظیم شد. بدین ترتیب به اطلاعات مربوط به هر یک از کشورها نظم داده شد. در ادامه شباهت‌ها و تفاوت‌های هر یک از عناصر نظام‌های توان‌بخشی بین همه کشورهای مورد مطالعه تعیین شد و در نهایت شباهت‌ها و تفاوت‌ها مورد مقایسه قرار گرفته و پیشنهادها کاربردی برای بهبود بخشیدن به هر یک از عناصر تشکیل‌دهنده نظام توان‌بخشی یکپارچه در ایران ارائه شد.

در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری هدفمند مورد استفاده قرار گرفت و حجم نمونه انتخاب‌شده با کل جامعه پژوهش (شامل نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان در کشورهای منتخب و اطلاعات موجود در آن‌ها) برابر بود. جامعه آماری شامل نظام‌های توان‌بخشی در جهان بود و نمونه پژوهش کشورهای ایران، چین، ترکیه، هندوستان، آمریکا، مکزیک، آلمان، انگلیس و آفریقای جنوبی بودند.

یافته‌ها

پس از بررسی نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در کشورهای منتخب، نتایج بر اساس اهداف طرح در ادامه بیان شده است.

نظام ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در ایران و نظام‌های توان‌بخشی سایر کشورها از نظر سازمان متولی امور معلولان تعیین و مقایسه شد. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده

جدول ۱. مقایسه سازمان متولی امور توان بخشی معلولان و ساختار تولیته در ایران با سایر کشورها

کشور	نهاد / نهادهای اصلی	نهادهای همکار	ساختار تولیته
ایران	سازمان بهزیستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هلال احمر و آموزش پرورش استثنایی، بنیاد شهید و امور ایثارگران	اغلب متمرکز
ترکیه	وزارت خانواده و سیاست‌های اجتماعی و وزارت سلامت	ندارد	متمرکز
انگلیس	وزارت سلامت	ندارد	ترکیبی
هندوستان	وزارت تأمین اجتماعی و توانمندسازی و وزارت بهداشت و رفاه خانواده	شورای ملی رفاه معلولان و انجمن‌های غیردولتی	متمرکز
آفریقای جنوبی	وزارت زنان، کودکان و افراد معلول (وزارت توسعه اجتماعی) و وزارت سلامت	ندارد	متمرکز
آمریکا	وزارت سلامت و نیروی انسانی	ندارد	غیرمتمرکز
چین	وزارت سلامت و وزارت امور شهروندی	کمیته ملی برنامه‌های سلامت و خانواده، مجمع افراد معلول، وزارت منابع انسانی و تأمین اجتماعی و شورای ملی مراقبت از معلولان	متمرکز
مکزیک	مؤسسه تأمین اجتماعی	ندارد	متمرکز
آلمان	وزارت سلامت	ندارد	غیرمتمرکز

توانبخشنی

آفریقای جنوبی نظام بیمه سلامت ملی^۲ برقرار بود و افراد معلول همانند سایر افراد حساب پس‌انداز سلامت داشتند و بیمه فاجعه سلامت نیز برای هزینه‌های سنگین پیش‌بینی شده بود. علاوه بر بیمه‌های دولتی، بیمه خصوصی نیز وجود داشت. در ترکیه همانند کشور انگلیس خدمات بهداشتی درمانی ملی وجود داشت و علاوه بر منابع عمومی دولت، بیمه تأمین اجتماعی تأمین‌کننده هزینه‌های توان بخشی معلولان بود. در مکزیک بیمه‌های دولتی و پرداخت از جیب منبع تأمین مالی محسوب می‌شد. در کشور ایران بیمه همگانی وجود داشت، ولی تمامی خدمات بهداشتی، درمانی و توان بخشی را دربر نمی‌گرفت و بیمه‌های خصوصی تنها

رسانده بود. انگلیس خدمات بهداشتی درمانی ملی داشت. تأمین مالی توسط دولت از طریق مالیات عمومی و انباشت در یک صندوق واحد در وزارت سلامت صورت می‌گرفت و با وجودی که پرداخت از جیب برای عموم بهره‌مندان معادل ۳ درصد بود، ولی خدمات توان بخشی معلولان رایگان ارائه می‌شد. در این کشور ۱۱/۵ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار داشتند. در چین علاوه بر پرداخت یارانه از محل بودجه عمومی، به‌ویژه به معلولان فقیر، بیمه‌های دولتی و پرداخت از جیب منبع تأمین هزینه‌ها بود. در هندوستان همانند چین بودجه عمومی و پرداخت از جیب سازوکار تأمین مالی بود و بخش قابل توجهی نیز از طریق انجمن‌های غیردولتی تأمین می‌شد. در

2. NHI

جدول ۲. مقایسه تولید منابع موردنیاز نظام توان بخشی معلولان در ایران با سایر کشورها

کشورها	آموزش کارکنان	دسترسی به داده‌های ملی جامع
ایران	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ندارد
ترکیه	وزارت آموزش	دارد
انگلیس	وزارت آموزش	دارد
هندوستان	دانشگاه‌های دولتی و شورای ملی توان بخشی	ندارد
آفریقای جنوبی	وزارت آموزش	دارد
آمریکا	وزارت آموزش	دارد
چین	وزارت آموزش	دارد
مکزیک	وزارت آموزش	ندارد
آلمان	وزارت آموزش	دارد

توانبخشنی

جدول ۳. مقایسه منابع تأمین مالی نظام ارائه خدمات توانبخشی معلولان در ایران با سایر کشورها

کشورها	بودجه عمومی	مالیات	بیمه‌ها	پرداخت از جیب
ایران	بودجه عمومی (یارانه دولت)	-	بیمه‌های سلامت بیمه خصوصی	پرداخت از جیب
ترکیه	منابع عمومی دولت	مالیات	بیمه تأمین اجتماعی	پرداخت از جیب
انگلیس		مالیات‌های عمومی	بیمه‌های ملی بیمه خصوصی	برای معلولان رایگان است.
هندوستان	بودجه عمومی			پرداخت از جیب انجمن‌های غیردولتی
آفریقای جنوبی	بودجه عمومی		حساب پس‌انداز سلامت بیمه فاجعه سلامت بیمه‌های خصوصی	پرداخت از جیب
آمریکا	مدیکیر مدیکید	مالیات	بیمه‌های خصوصی	برای معلولان رایگان است.
چین	یارانه از محل بودجه عمومی		بیمه‌های دولتی بیمه‌های خصوصی	پرداخت از جیب
مکزیک			بیمه‌های دولتی	پرداخت از جیب
آلمان	بودجه دولتی		بیمه اجتماعی سلامت صندوق حادثه صندوق از کارافتادگی بیمه خصوصی	-

توانبخشی

تمامی کشورهای مورد مطالعه برای ارائه خدمات توانبخشی ساختار لازم نظیر ارائه خدمات توانبخشی در بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی دولتی و غیردولتی را فراهم کرده بودند. همچنین در تمامی کشورهای مورد مطالعه بسته خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی دولتی تعریف شده بود، ولی در برخی از این کشورها پوشش آن در تمام مناطق فراگیر نبود. در همه این کشورها امکان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی اولیه فراهم بود که از

بخشی از جمعیت را تحت پوشش داشت. کشور آلمان ترکیبی از بیمه‌های خصوصی و اجتماعی را دارا بود و تقریباً مشابه نظام بیمه آمریکا بود. افراد معلول در نظام‌های بهداشتی درمانی کشورهای ایران، مکزیک، آمریکا، هندوستان و آفریقای جنوبی در بخش توانبخشی نیاز به پرداخت مستقیم داشتند، در حالی که در انگلیس و آلمان به صورت رایگان و یا پرداخت‌های جزئی صورت می‌گرفت (جدول شماره ۳).

جدول ۴. مقایسه خدمات ارائه شده نظام ارائه خدمات توانبخشی معلولان در ایران با سایر کشورها

کشورها	سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی به معلولان
ایران	بیمارستان‌های دولتی و خصوصی عمومی، کلینیک‌های توانبخشی خصوصی، مراکز توانبخشی غیردولتی (روزانه و شبانه‌روزی، توانبخشی مبتنی بر جامعه (Community Based Rehabilitation)، توانبخشی در منزل (Home based rehabilitation))
ترکیه	بیمارستان‌ها، مراکز توانبخشی، توانبخشی مبتنی بر جامعه، توانبخشی در منزل
انگلیس	بیمارستان‌های عمومی و اختصاصی، مراکز توانبخشی خصوصی، توانبخشی در منزل
هندوستان	مراکز توانبخشی غیردولتی و خیریه‌ای و توانبخشی مبتنی بر جامعه
آفریقای جنوبی	مراکز توانبخشی غیردولتی و دولتی و ارائه خدمات توانبخشی از طریق نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary health care)
آمریکا	بیمارستان‌های عمومی و اختصاصی، مراکز توانبخشی خصوصی
چین	بیمارستان‌های عمومی، مراکز توانبخشی، توانبخشی مبتنی بر جامعه
مکزیک	مؤسسات ملی توانبخشی دولتی، بیمارستان‌های عمومی، توانبخشی مبتنی بر جامعه
آلمان	خدمات توانبخشی پزشکی (Medication rehabilitation) در بیمارستان‌های عمومی و اختصاصی، مراکز توانبخشی پزشکی و حرفه‌ای (Vocational rehabilitation)، مؤسسات غیردولتی و انجمن‌های توانبخشی

توانبخشی

معلولان در بسیاری از موارد با یکدیگر ارتباط متقابل دارند، تلاش شد که مجموعه این چهار عامل و ارتباط آن‌ها با یکدیگر بررسی شود. نتیجه پژوهش رشیدیان و همکاران نشان داد تولید بر ارائه خدمات اثر دارد [۱۵]. همچنین در پژوهش دماری و دلآوری بر ضرورت نقش تولید با تمام تعاریف و ویژگی‌های مدنظر سازمان جهانی بهداشت در بخش آموزش پزشکی تأکید شد؛ چراکه تأثیر آموزش در تولید منابع انسانی کارآمد، غیر قابل انکار است [۱۶]. بدین ترتیب با مقایسه و تطبیق صورت گرفته در هر یک از عوامل چهارگانه مذکور در کشورهای مورد مطالعه به نکات زیر می‌توان اشاره کرد:

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، در اکثر کشورهای منتخب نظیر آلمان، آمریکا، ترکیه و آفریقای جنوبی، وزارت سلامت متولی امور توان‌بخشی بود، در حالی که در ایران سازمان بهزیستی به عنوان متولی تعیین شده بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و آموزش و پرورش استثنایی به طور مستقل ایفای نقش می‌کردند. زارع و همکاران در پژوهشی بیان داشتند، سازمان جهانی بهداشت بر این عقیده است که کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ایران از وضعیت مطلوب تولیتی در نظام سلامت خود برخوردار نیستند و لزوم توجه هرچه بیشتر به این مهم حائز اهمیت است. در همین راستا عمده‌ترین مشکلات در زمینه تولید شامل عدم توجه به همه عوامل و ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری، صرف توجه به تدوین قوانین و مقررات و عدم توجه به اجرا و پایش سیاست‌ها بود [۱۷، ۱۵]. همچنین عبدی و همکاران در پژوهش خود، مشکلات تولیت در ایران را به صورت سیاست و قوانین نامتوازن، مداخله غیرمسئولانه، ضعف نظارت همه‌جانبه، فقدان مدیریت مدبرانه و دلسوزانه و ناهماهنگی درون و بین‌بخشی طبقه‌بندی کردند [۱۸]. نتایج مطالعه جهان‌بین و همکاران نشان داد تولیت حلقه گمشده کار تیمی در خدمات توان‌بخشی در ایران است [۱۸]. با وجود بیان مشکلات تولیتی همچنان شاهد آن هستیم که نهاد اصلی متولی در ایران با سایر کشورها تفاوت دارد. علاوه بر سازمان متولی توان‌بخشی، یافته‌های این پژوهش نشان داد، ساختار تولیتی در چین، مکزیک، آفریقای جنوبی، هندوستان و ترکیه از نوع متمرکز، در آمریکا و آلمان غیرمتمرکز، در انگلیس از نوع ترکیبی و در ایران اغلب متمرکز است [۲۱-۱۹]. یافته‌ها نشان می‌دهد، سازمان متولی و ساختار تولیتی در سیاست‌گذاری و همکاری‌های درون‌بخشی و برون‌بخشی در سطوح مختلف تأثیرگذار است. گزارش ۲۰۱۹ سازمان جهانی بهداشت نیز بر تولی‌گری بخش سلامت بر توان‌بخشی تأکید کرده است که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت [۲۲].

از نظر تولید منابع در این مطالعه، دو شاخص تربیت کارشناسان و دسترسی به داده‌های ملی جامع، مورد بررسی قرار گرفت. در ایران دانش‌آموختگان رشته‌های توان‌بخشی صرفاً در مراکز

مهم‌ترین اجزای سیستم ارائه خدمات عادلانه است، ولی خدمات توان‌بخشی بیشتر در شهرهای بزرگ فراهم شده بود. در ایران سه روش برای ارائه خدمات توان‌بخشی وجود داشت. روش نخست توان‌بخشی مؤسسه‌ای از طریق بیمارستان‌ها، کلینیک‌های توان‌بخشی پزشکی خصوصی و مراکز توان‌بخشی غیردولتی روزانه و شبانه‌روزی با یارانه دولتی، خیریه یا پرداخت از جیب بود. روش دوم توان‌بخشی فرامؤسسه‌ای یا سیار از طریق تیم‌های سیار ویزیت در منزل و در نهایت توان‌بخشی مبتنی بر جامعه که در آن خدمات پایه توان‌بخشی با همکاری شبکه‌های بهداشت و درمان و جامعه محلی ارائه می‌شد. در کشورهای ترکیه، چین و مکزیک نیز چنین روش‌هایی موجود بود. در تمامی کشورها علاوه بر بیمارستان‌ها، مراکز خصوصی ارائه خدمت می‌کردند. در انگلیس علاوه بر بیمارستان‌ها، خرید خدمت توسط واحدهای محلی صورت گرفته و خدمات ارائه می‌شد. البته مالکیت بیشتر بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با دولت بود و بیشتر متخصصان کارمند دولت بودند. در هندوستان عمدتاً مراکز توان‌بخشی غیردولتی و خیریه‌ای فعال بودند. در مکزیک اغلب مؤسسات ملی توان‌بخشی دولتی خدمات ارائه می‌کردند و در آفریقای جنوبی توان‌بخشی اولیه از طریق نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه می‌شد (جدول شماره ۴).

بحث

هدف این مطالعه بررسی و مقایسه نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در چهار بُعد تولیت (جدول شماره ۱)، منابع انسانی (جدول شماره ۲)، تأمین مالی (جدول شماره ۳) و تدارک خدمات (جدول شماره ۴) بود که به دلیل اهمیت نقش این عوامل در شکل‌گیری نظام یکپارچه توان‌بخشی انجام گرفت. نهادها و کارکنان مختلف ارائه‌کننده خدمات توان‌بخشی وظایف متنوعی را در فرایند توان‌بخشی انجام می‌دهند و ارتباط و هماهنگی مؤثر آن‌ها با یکدیگر لازمه دستیابی به یک نظام توان‌بخشی مطلوب است. پژوهش اولیور و همکارانش مؤید این امر بود که همکاری و ارتباط مؤثر بین سازمان‌های ارائه‌گر خدمات برای توان‌بخشی موفقیت‌آمیز لازم است [۱۲]. این موضوع توسط مطالعه دیگری در آلمان نیز تأیید شد که نتیجه نهایی همکاری در روند توان‌بخشی، منجر به بهبود وضعیت معلولان می‌شود [۱۳]. همچنین در یک پژوهش کیفی، موانع بین‌فردی، سازمانی و ساختاری به عنوان عوامل اصلی در پایین بودن سطح همکاری مابین نهادهای موازی شناخته شدند [۱۴]. از طرفی عبدی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، ناشناخته بودن توان‌بخشی ناشی از عدم آگاهی عمومی، کمبود آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات، سیاست‌گذاران و مدیران در ایران، ارتباطات و همکاری‌های بین‌بخشی را تحت تأثیر قرار داده است [۱۵].

از آنجایی که عوامل تشکیل‌دهنده نظام یکپارچه توان‌بخشی

انواع داده‌های قابل گردآوری، انواع خدمات ارائه‌شده و روش‌های گردآوری داده به‌خوبی تعریف شده بود. رایج‌ترین روش گردآوری داده‌ها در این کشورها، گزارش‌دهی دستی بود. بررسی شواهد در ایران نشان داد، کشور ما در مراحل ابتدایی شکل‌گیری برنامه‌های بانک اطلاعاتی معلولان است و در حال حاضر مراکز توان‌بخشی و بیمارستان‌ها فاقد سیستم اطلاعات توان‌بخشی معلولان هستند، اما در کشورهای آلمان، آمریکا، چین و انگلیس، بانک‌های اطلاعاتی دقیقی از اقدامات و پایش آن‌ها تعریف شده بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد در نظام ملی مدیریت داده‌های کشورهای انگلیس، آلمان، آمریکا و چین تعداد زیادی عناصر داده وجود داشت که در ایران وجود نداشت. گزارش‌های منتشرشده در ایران در زمینه معلولان نیز با نتایج این مطالعه هم‌خوانی داشت و حاکی از آن بود که اقدام‌های بسیار محدودی برای کنترل کیفیت داده‌های نظام ایران صورت‌گرفته، در حالی که سایر کشورهای مورد بررسی در این زمینه اقدام‌های متنوعی را انجام داده بودند [۹]. از طرفی در زمینه طراحی سامانه‌های اطلاعاتی یکپارچه نیز نظام کشورهای آمریکا، انگلیس، آلمان و چین نقش فعال‌تری نسبت به ایران، ترکیه، هندوستان و مکزیک داشته‌اند. وحدت، در پژوهش خود نشان داد مدیریت اطلاعات سلامت در ارائه خدمات مناسب‌تر تأثیر مثبت دارد [۲۶]؛ بنابراین نظام ملی مدیریت داده‌های توان‌بخشی معلولان در ایران به دلیل نواقص موجود نیاز به بازنگری دارد.

در بحث تأمین مالی، روند مطالعه نشانگر آن بود که در مجموع کشورهای مورد مطالعه با تخصیص منابع مالی اختصاصی، ارائه خدمات پایه به معلولان را فراهم کرده‌اند، ولی تنها تعداد اندکی از کشورها توانسته‌اند از کارایی کامل برخوردار شوند. باید یادآور شد که مسئله تأمین مالی یکی از موانع قابل توجه دسترسی به خدمات توان‌بخشی در بین کشورهای دنیاست. این ممکن است باعث شود معلولان بیشتر هزینه‌ها را از جیب خود بپردازند و در نتیجه با مشکلات مالی مضاعفی روبه‌رو شوند. مطالعات نشان می‌دهد که سهم خانواده‌ها از مخارج سلامت در ایران در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد متوسط و بالا، بیشتر است؛ به طوری که خانواده‌ها ۴۸ درصد از کل هزینه‌های سلامت را از جیب پرداخت می‌کنند [۲۷]. راس پرداخت از جیب برای هر خدمت را یکی از عوامل عدم بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌داند [۲۸]. در ایران هزینه استفاده از خدمات توان‌بخشی در بخش خصوصی بسیار گران است؛ در نتیجه، معلولان مجبور به ترک روند درمانی خود می‌شوند؛ به عنوان مثال پژوهش دستیار و همکاران نشان داد، فقدان آگاهی و فشارهای مالی برای خانواده‌ها، دسترسی آن‌ها به خدمات گفتاردرمانی را تحت تأثیر قرار داد [۲۹، ۸]. تدوین سیاست‌های حمایتی و انگیزشی مانند تخصیص یارانه و کمک‌های مالی اهداکنندگان به معلولان و از طریق کانال‌های جداگانه، در گسترش این خدمات سودمند خواهد بود. این مشکل

آموزشی وابسته به دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحصیل می‌کنند، در حالی که در کشورهای آمریکا، آلمان، انگلیس، مکزیک، ترکیه و آفریقای جنوبی تربیت نیروی انسانی مورد نیاز از طریق وزارت آموزش و در هندوستان علاوه بر دانشگاه‌ها، شورای ملی توان‌بخشی نیز ارائه آموزش به متخصصان توان‌بخشی را برعهده داشتند [۲۳]. نتایج مطالعه ما حاکی از آن بود که در ایران نظیر چین، آفریقای جنوبی، مکزیک، هندوستان و ترکیه نسبت کارشناسان توان‌بخشی و مراکز تخصصی ارائه‌کننده خدمات توان‌بخشی به معلولان، برای تأمین دسترسی مناسب به خدمات بسیار کمتر از این نسبت در کشورهای آلمان، انگلیس و آمریکا بود.

بررسی سال‌نامه آماری سازمان بهزیستی در سال ۱۳۹۸ نشان داد، میانگین نسبت تعداد کارشناسان توان‌بخشی آن سازمان به تعداد معلولان تحت پوشش، یک به ۲۰ است که این نسبت مثلاً در مورد رشته کاردرمانی یک به ۱۰۰ است [۹]. یافته‌های پژوهش می‌ستروتا نشان داد، هنگامی که متخصصان کادر درمان در جامعه کافی نباشند، مشکلات مربوط به سطح سلامت اعضای جامعه توسعه می‌یابد [۲۴]. گزارشات سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد این نسبت در کشورهای توسعه‌یافته بسیار بالاتر از این میزان است. مقایسه‌ها بیانگر عملکرد موفق‌تر در کشورهای است که هماهنگی بین تربیت نیروی انسانی و نیازهای مراکز توان‌بخشی را به طور دقیق‌تری احصا کرده‌اند. بنابراین جذب دانشجویان رشته‌های توان‌بخشی متناسب با پراکندگی مراکز و شیوع معلولیت در هر منطقه و توزیع مناسب نیروی انسانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس داده‌های سامانه‌های اطلاعاتی متمرکز مؤثرتر خواهد بود. با این حال در کل می‌توان گفت برنامه‌های آموزش کارشناسان توان‌بخشی در ایران، در بسیاری از موارد، شبیه به برنامه‌های آموزشی در سایر کشورهای جهان است. مطالعات، نظام آموزش توان‌بخشی در ایران را دارای نقص دانستند که علل آن را نقص آموزش همگانی و نقص در نظام آموزش دانشگاهی برشمردند [۵].

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد، در ایران، هندوستان و مکزیک دسترسی به داده‌های ملی جامع به طور کامل وجود ندارد، ولی در آمریکا، آلمان، چین، آفریقای جنوبی و ترکیه این بستر جهت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری فراهم شده است. تأخیر یا انتقال ناکافی اطلاعات، به‌ویژه در ارتباطات بین بیمارستان مستقر با ارائه‌دهندگان خدمات سرپایی و مراقبتی در کشورهای در حال توسعه مشترک است [۲۵]؛ بنابراین راه‌حل‌های مشابه در نظام‌های توان‌بخشی کشورهای توسعه‌یافته نظیر آلمان می‌تواند مفید باشد.

در تمام کشورهای مورد بررسی، قوانین و مقررات مشخصی برای ثبت و تحلیل اطلاعات معلولان وجود داشت. در این کشورها،

بیمه کشور ایران، برای معلولان شاغل در نظام بیمه اجتماعی بود که از این نظر همسو با بسیاری از کشورهای جهان بود. سایر افراد معلول توسط سازمان بهزیستی تحت پوشش بیمه سلامت قرار داشتند، هرچند این بیمه مزایایی نظیر بهره‌مندی از خدمات توان‌بخشی را شامل نمی‌شد ولی خدمات موجود بهزیستی به صورت رایگان به آنان ارائه می‌شد.

نظام توان‌بخشی در ایران نیازمند به‌کارگیری ترکیبی از شیوه‌های مختلف تأمین منابع مالی با اولویت کاهش سهم معلولان در پرداخت مستقیم است. علی‌رغم اینکه روند زمانی حکایت از بهبود کارایی نظام توان‌بخشی دارد، ولی هنوز منابع انسانی و سرمایه‌ای کافی در دسترس نیست. از طرفی در کشور ما عواملی نظیر تحریم‌های صورت‌گرفته و شیوع بیماری کرونا تأمین مالی بخش توان‌بخشی معلولان را تحت تأثیر قرار داده است؛ بنابراین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، در راستای بهبود تأمین مالی بخش توان‌بخشی پیشنهاد می‌شود سهم بخش توان‌بخشی از تولید ناخالص ملی افزایش یابد، همچنین بخشی از منابع حاصل از جرائم رانندگی و مالیات از منابع تولیدکننده خطر به توان‌بخشی معلولان اختصاص یابد و وضعیت خیریه‌ها از لحاظ منابع ورودی و صرف هزینه‌ها سامان‌دهی شود.

از نظر سازمان ارائه‌دهنده خدمت، یافته‌های این پژوهش نشان داد، در تمامی کشورها علاوه بر بیمارستان‌ها، مراکز خصوصی ارائه خدمت می‌کردند. در انگلیس، واحدهای محلی نیز خدمات‌دهی می‌کردند [۴۳]. ویژگی خاص مراکز توان‌بخشی در هندوستان خیریه‌ای بودن آن‌ها بود [۴۴]. همچنین در مکزیک اغلب مؤسسات ملی توان‌بخشی دولتی خدمات ارائه می‌کردند [۴۵] و در آفریقای جنوبی توان‌بخشی اولیه از طریق نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه می‌شد [۴۶] که در سایر کشورها بدین شکل نبود. در ایران خدمات توان‌بخشی بیمارستانی بستری و سرپایی و نظارت بر کلینیک‌های توان‌بخشی بخش خصوصی برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. خدمات توان‌بخشی جز در بیمارستان‌ها به طور کامل از طریق مراکز بخش خصوصی ارائه می‌شد. سازمان هلال احمر نیز دارای کلینیک‌های توان‌بخشی با مدیریت مستقل از وزارت بهداشت بود و سازمان آموزش و پرورش استثنایی برای دانش‌آموزان معلول خدماتی نظیر کاردرمانی و گفتاردرمانی و شنوایی‌شناسی ارائه می‌کرد. همچنین سازمان بهزیستی دارای کلینیک‌های توان‌بخشی دولتی بود، ولی در راستای سیاست کاهش تصدی‌گری تعداد این مراکز از ۵۸۲ مرکز در سال ۱۳۹۰ به ۴۰۸ مرکز در سال ۱۳۹۸ کاهش پیدا کرده و بیشتر خدمات توان‌بخشی بهزیستی از طریق مراکز مراقبتی شبانه‌روزی و توان‌بخشی روزانه به معلولان مقیم ارائه می‌شد [۹]. در سایر کشورهای مورد مطالعه، این خدمات اغلب توسط وزارت سلامت و بخش خصوصی ارائه می‌شد.

در ایالات متحده نیز به نوعی دیده شد؛ به طوری که تغییرات ناگهانی در مزایای تحت پوشش و سردرگمی در مورد صلاحیت مالی برای بهره‌مندی از بیمه دولتی مدیکید از جمله برخی از موانع دسترسی به خدمات درمانی معلولان بود [۳۰]. همچنین عیدی و همکاران در پژوهش خود تأمین مالی توان‌بخشی در ایران را نامتوازن دانستند و دلیل آن را کمبود اعتبارات برای جبران هزینه، ضعف نظام بیمه‌ای و نگاه بازاری درمانگران به توان‌بخشی برشمردند [۵].

نتایج پژوهش رسولی‌نژاد و همکاران نشان داد که در حال حاضر نارسایی‌ها و عدم کارایی نظام سلامت کشورمان در بخش ارائه خدمات و تأمین مالی قابل توجه است [۳۱]. پژوهشی در آلمان نیز به این نکته اشاره کرد که موانع مالی و عدم وجود یکپارچگی در نظام ارجاع بین‌سازمانی می‌تواند بر قشر ضعیف جامعه اثر بگذارد [۳۲]. نصرتنژاد و همکاران در پژوهش خود دریافتند تأمین منابع مالی خدمات سلامت در تمامی کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد بالا، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های عمده دولت‌ها به حساب می‌آید و بدیهی است دولت‌ها نمی‌توانند همه یا بخش بزرگی از هزینه‌های درمانی و توان‌بخشی را از بودجه عمومی دولت تأمین کنند [۳۳]. یافته‌های پژوهش سعادت و همکاران نشان داد، کشورهای انگلیس و آلمان نسبت به سایر کشورها به ترتیب دارای بالاترین میزان شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی بودند [۳۴]. سیستم‌های بیمه اجتماعی در آلمان و نظام ملی سلامت در انگلیس عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد جامعه نشان می‌دهند؛ بنابراین می‌توان گفت برقراری سیستم بیمه‌های اجتماعی یا ملی می‌تواند نقش بسزایی در محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت داشته باشد. البته انتخاب مدل بیمه‌ای در کشورها باید بر اساس منابع و زیرساخت‌های موجود هر کشور صورت پذیرد تا بتواند به‌خوبی نقش خود را ایفا کند.

اکثریت کشورهای با درآمد بالا به طور کلی برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامت تکیه بر مالیات (برای مثال انگلیس)، بیمه درمانی اجباری (آلمان) و یا بیمه‌های داوطلبانه خصوصی (آمریکا) کرده‌اند [۳۵-۳۷]. در مقابل کشورهای با درآمد پایین و در حال توسعه نظیر ایران، هندوستان، مکزیک و آفریقای جنوبی با توجه به کمبود یک پایه مالیاتی قوی، متکی به بودجه عمومی و گاهی بیمه‌های خصوصی کوچک بودند [۳۸]. در چین و آفریقای جنوبی علاوه بر پرداخت یارانه از محل بودجه عمومی به‌ویژه به معلولان فقیر، بیمه‌های دولتی و پرداخت از جیب منبع تأمین هزینه‌ها بود [۳۹، ۴۰]. در مکزیک نیز بیمه‌های دولتی و پرداخت از جیب منبع تأمین مالی محسوب می‌شود [۴۱]. کشور ایران دارای پوشش کامل بیمه همگانی نبوده و بیمه‌های خصوصی تنها بخشی از جمعیت را تحت پوشش داشت، در حالی که کشور آلمان ترکیبی از بیمه‌های اجتماعی و خصوصی را دارا بوده و ترکیه و انگلیس خدمات سلامت ملی داشتند [۴۲]. نوع نظام

و همچنین در ایران دسترسی به داده‌های ملی جامع به طور کامل وجود نداشت. در زمینه تأمین منابع مالی، منابع در ایران همچون اکثر کشورها از محل بودجه عمومی و مالیات تأمین می‌شد، ولی رویکرد غالب در اغلب کشورها نظام بیمه‌ای بود که می‌تواند موجب ایجاد رقابت بین صندوق‌های متعدد و ارتقای کیفی خدمات و نیز کاهش پرداخت از جیب شود، ولی در ایران نظام بیمه‌ای قادر به تأمین هزینه‌ها نبود و اکثر خدمات توان‌بخشی خارج از پوشش بیمه بود و بخش اعظمی از هزینه‌های آن توسط معلولان پرداخت می‌شد. در نهایت، در تمام کشورهای مورد مطالعه انواع روش‌های ارائه خدمات نظیر مراکز توان‌بخشی روزانه، شبانه‌روزی، خدمات در منزل و خدمات اجتماع‌محور وجود داشت و هر دو بخش دولتی و غیردولتی ایفای نقش می‌کردند، اما در ایران مدیریت واحد وجود نداشت و موازی‌کاری و هدررفت منابع مشهود بود.

این پژوهش ایجاد تولیت واحد توسط وزارت سلامت، ساختار غیرمتمرکز، توجه به آموزش نیروهای کافی متناسب با نیازهای هر منطقه، ایجاد بسترهای مدیریت داده‌ها، بهره‌گیری از منابع مالی بیمه‌ها و مالیات‌های عمومی، ارائه خدمات جامع توان‌بخشی و ارائه بسته خدمات ویژه برای معلولان خاص را به عنوان اثربخش‌ترین استراتژی جهت یکپارچگی نظام توان‌بخشی معلولان در ایران پیشنهاد می‌کند. به نظر می‌رسد تقویت شورای ملی توان‌بخشی معلولان در نیل به این هدف بسیار کمک‌کننده باشد. همچنین کشورهای آلمان و انگلیس دارای نظام توان‌بخشی کارآمدتری نسبت به سایر کشورهای منتخب مورد مطالعه بودند که جا دارد پس از بومی‌سازی به عنوان الگویی مناسب به‌ویژه در زمینه کاهش پرداخت از جیب معلولان مد نظر قرار گیرند.

در پایان ضروری است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این حوزه با دید وسیع‌تری نسبت به بازنگری و اصلاح ساختار، قوانین و فرایندها در راستای حرکت به سوی شکل‌گیری نظام ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در ایران اقدام کنند و از نتیجه این پژوهش در تدوین خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی استفاده شود. با توجه به اینکه در این زمینه پژوهش‌های کافی در ایران انجام نشده است، نتایج این پژوهش می‌تواند مسیر را برای مطالعات آینده هموار کند.

به دلیل فقدان اطلاعات پژوهشی کافی در زمینه توان‌بخشی معلولان در سایر کشورها، امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با کارهای مشابه میسر نبود تا نقاط ضعف پژوهش حاضر مشخص شود و این یکی از محدودیت‌های این تحقیق بود. از طرفی دسترسی به اطلاعات دقیق مربوط به نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان در برخی کشورهای مورد نظر در این پژوهش امکان‌پذیر نشد. در نهایت پیشنهاد می‌شود در خصوص محدودیت‌ها و مشکلات یکپارچه‌سازی نظام توان‌بخشی و ترسیم نقشه راه برای این نظام در ایران نیز پژوهش مشابهی انجام شود.

در تمامی کشورهای مورد مطالعه بسته خدمات توان‌بخشی به‌خوبی تعریف شده بود و از لحاظ شاخص فراهم بودن کلیه خدمات را دربر می‌گرفت، ولی میزان دسترسی و پوشش خدمات توان‌بخشی در این کشورها متفاوت بود. کریمی و زیاری در مطالعه خود نشان دادند، دسترسی به خدمات سلامت در تهران به طور متوسط ۸۰ درصد بوده و ۲۰ درصد از افراد با وجود نیازمندی به دریافت خدمات از دسترسی به آن محروم مانده‌اند [۴۷]. یافته‌های پژوهشی به دسترسی نابرابر که ناشی از مشکل تحرک معلولان، فقدان مناسب‌سازی اماکن و کمبود مراکز و وسایل کمک‌توان‌بخشی بود، اشاره داشتند. نکته مهم دیگر آن است که امکانات بخش توان‌بخشی به طور یکسان در سطح ایران توزیع نشده بودند [۵]. نتایج حاصل از مطالعه فتحی و همکاران حاکی از آن بود که ۶۱ درصد افراد نیازمند به توان‌بخشی از خدمات مراکز خصوصی استفاده کرده بودند [۴۸].

نظام ارجاع در ترکیه به طور نسبی پیاده شده بود. در آمریکا و انگلیس که نظام سلامت ملی داشتند و همچنین آلمان سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع فراگیرتر بود، ولی یافته‌ها نشان داد در ایران، مکزیک و آفریقای جنوبی سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع به طور جدی دنبال نشده بود [۴۹]. ارائه خدمات در بیمارستان‌های دولتی و نیز کلینیک‌های خصوصی در همه کشورهای مورد مطالعه تقریباً یکسان بود. کشورهای در حال توسعه در این مطالعه شامل ایران، چین، هندوستان، مکزیک و آفریقای جنوبی از رویکرد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه نیز برای خدمت‌رسانی به معلولان استفاده می‌کردند که در کشورهای توسعه یافته مانند آمریکا، آلمان و انگلیس به علت بالا بودن سطح دسترسی به خدمات این رویکرد وجود نداشت. در نهایت نقش انجمن‌های معلولان در تمامی کشورهای مورد مطالعه پررنگ دیده شد.

نتیجه‌گیری

در بررسی تطبیقی نظام ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در ایران با سایر کشورها مشاهده شد در اغلب کشورهای مورد مطالعه، توان‌بخشی معلولان با بهداشت و درمان دارای پیوستگی قابل ملاحظه‌ای بود، ولی این نظام در ایران از یکپارچگی لازم برخوردار نبود و سازمان‌های متعدد دولتی و بخش‌های غیردولتی بدون هماهنگی با یکدیگر به ارائه خدمات موازی می‌پرداختند. از لحاظ تولی‌گری، در ایران مشابه سایر کشورها تولیت توان‌بخشی برعهده وزارت سلامت نبود و این امر سیاست‌گذاری و هماهنگی‌های بین‌بخشی را با مشکلاتی روبه‌رو کرده بود؛ به طوری که پیوستگی خدمات وجود نداشت. در زمینه تولید منابع، علی‌رغم اینکه در ایران تربیت نیروی انسانی مشابه سایر کشورها از طریق نظام دانشگاهی صورت می‌پذیرفت، با این حال بین نیاز واقعی معلولان و تعداد کارشناسان توان‌بخشی تربیت‌شده تناسبی وجود نداشت

ذکر این نکته مهم در اینجا ضروری است که آنچه در این مطالعه بدان پرداخته شده، همه جنبه‌های نظام توان‌بخشی را شامل نمی‌شود، زیرا ابعاد این مسئله بسیار گسترده است و این مطالعه خود را در چارچوب اهداف تعریف‌شده مقید می‌داند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همه اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، اجازه خروج از پژوهش هر زمان که بخواهند و هرگونه حقوقی که مربوط به شرکت‌کنندگان است، رعایت شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری آقای محسن ایروانی در مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه آزاد علوم تحقیقات است.

مشارکت نویسندگان

طرح‌ریزی: لیلا ریاحی، محسن ایروانی و کیانوش عبدی؛ روش‌شناسی: محسن ایروانی، کیانوش عبدی؛ جمع‌آوری داده‌ها: لیلا ریاحی، محسن ایروانی، کیانوش عبدی؛ تحقیق، نوشتن - نسخه اصلی، نگارش - بررسی و ویرایش، تجزیه و تحلیل داده‌ها: همه نویسندگان.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

- [1] Davis LJ. The disability studies reader. Milton Park: Taylor & Francis; 2006. <https://books.google.com/books?id=>
- [2] Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. Advancing the rights of persons with disabilities: A US-Iran Dialogue on law, Policy, and Advocacy. 2011; 15. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.669.637&rep=rep1&type=pdf#page=16>
- [3] World Health Organization. The world health report 2000: Health system: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- [4] Karimi I, Salarian A, Anbari Z. [A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2010; 12(4):92-104. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-136-en.pdf>
- [5] Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh H, Farahani F. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. Electronic Physician. 2015; 7(7):1476. [DOI:10.19082/1476] [PMID] [PMCID]
- [6] Ferdosi M, Vatankhah M, Khalesi N, Azar FEF, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. Journal of Military Medicine. 2012; 14(2):129-35. <http://militarymedj.ir/article-1-934-en.pdf>
- [7] Karimi M. [Welfare and social security in the sixth development plan (Persian)]. Tehran: Ministry of Cooperatives, Labor and Social Welfare; 2015.
- [8] Abdi K, Arab M, Khankeh H, Kamali M, Rashidian A, Farahani F. Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2016:1-11. [DOI:10.9734/BJM-MR/2016/23337]
- [9] Organization SW. [Statistical annual report of 2019 (Persian) [Internet]. 2019 [Updated 2019]. Available from: <http://www.behzisti.ir>
- [10] Kafshian GZ. [A study of factors affecting the social exclusion of persons with disabilities Rey County (Persian)]. Tehran: University of Tehran; 2013.
- [11] Adick C. Bereday and Hilker: Origins of the 'four steps of comparison' model. Comparative Education. 2018; 54(1):35-48. [DOI:10.1080/03050068.2017.1396088]
- [12] Oliver A, Mossialos E. European health systems reforms: Looking backward to see forward? Journal of Health Politics, Policy and Law. 2005; 30(1-2):7-28. [DOI:10.1215/03616878-30-1-2-7] [PMID]
- [13] Vogel H, Zdrahal-Urbanek J. Rehabilitation in Germany: New challenges of a structured social security scheme. International Journal of Rehabilitation Research. 2004; 27(2):93-8. [DOI:10.1097/01.mrr.0000128058.46440.d0] [PMID]
- [14] Salize HJ, Rössler W, Becker T. Mental health care in Germany. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2007; 257(2):92-103. [DOI:10.1007/s00406-006-0696-9] [PMID]
- [15] Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M. [Assessing health system responsiveness: A household survey in 17th district of Tehran (Persian)]. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2011; 13(5):302. [PMCID] [PMID]
- [16] Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. [How does the ministry of health and medical education of Iran protect the public benefits? Analysis of stewardship function and the way forward (Persian)]. Hakim Research Journal. 2015; 18(2):94-104.
- [17] Zare H. [Basic health insurance: principles, Structure, Coverage and Regulation (Persian)]. Tehran: Medical Services Insurance Organization Publication; 2006.
- [18] Jahanbin P, Abdi K, Khanjani MS, Hosseini MA. [Exploring Barriers of teamwork in providing rehabilitation services: A qualitative content analysis (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2019; 20(3):210-21. [DOI:10.32598/rj.20.3.210]
- [19] Gutiérrez SMB, Mizota T, Rakue Y. Comparison of four health systems: Cuba, China, Japan and the USA, an approach to reality. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2003; 34(4):937-46. <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/TMPH/10645271.pdf>
- [20] Tuohy CH. Single payers, multiple systems: the scope and limits of subnational variation under a federal health policy framework. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2009; 34(4):453-96. [DOI:10.1215/03616878-2009-011] [PMID]
- [21] Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ. International profiles of health care systems 2011: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2011. <https://www.commonwealthfund.org/>
- [22] World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action [Internet]. 2019 [Updated 2020 November 21]. Available from: <https://www.who.int/>
- [23] Segall M. On the concept of a socialist health system: A question of Marxist epistemology. International Journal of Health Services. 1983; 13(2):221-5. [DOI:10.2190/L747-35WT-BPXK-1NDU] [PMID]
- [24] Mistretta MJ. Differential effects of economic factors on specialist and family physician distribution in Illinois: A County-level analysis. The Journal of Rural Health. 2007; 23(3):215-21. [DOI:10.1111/j.1748-0361.2007.00093.x] [PMID]
- [25] Mullins CD, Wingate LMT, Edwards HA, Tofade T, Wutoh A. Transitioning from learning healthcare systems to learning health care communities. Journal of Comparative Effectiveness Research. 2018; 7(6):603-14. [DOI:10.2217/ceer-2017-0105] [PMID]
- [26] Vahdat D. [Investigation of electronic health challenges in Iran and propose a framework for the establishment of e-health systems in the country (Persian)]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2006.
- [27] Karimi I, Nasiripour A, Maleki M, Mokhtare H. [Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: Designing a model for Iran (Persian)]. Journal of Health Administration. 2006; 8(22):15-24. <http://jha.iums.ac.ir/article-1-349-en.html>
- [28] Ross JS, Bradley EH, Busch SH. Use of health care services by lower-income and higher-income uninsured adults. JAMA. 2006; 295(17):2027-36. [DOI:10.1001/jama.295.17.2027] [PMID]

- [29] Dastyar V, Mohammadi A. [Investigating the Empowerment of the Physically-Handicapped People and Its Related Factors: A cross-sectional, analytical study in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 19(4):354-69. [DOI:10.32598/rj.19.4.354]
- [30] Randolph DS, Andresen EM. Disability, gender, and unemployment relationships in the United States from the behavioural risk factor surveillance system. *Disability & Society*. 2004; 19(4):403-14. [DOI:10.1080/09687590410001689494]
- [31] Rasoulizhad SA, Rasoolinejad MS. [A study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: KASHAN health care network (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2002; 4(4):238-42. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=48004>
- [32] Busse R, Blümel M. Germany. Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014; 16(2):1-296. [PMID]
- [33] Nosratnejad S, Rashidian A, Mehrara M, Sari A, Mahdavi G, Moeini M. [Willingness to pay for social health insurance in Iran (Persian)]. *Global Journal of Health Science*. 2014; 6(5):154. [DOI:10.5539/gjhs.v6n5p154] [PMID] [PMCID]
- [34] Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N, Naghshi A. [Comparative study of fair financing in the health insurance (Persian)]. 2017; 7(4): 65-73. https://jhm.srbiau.ac.ir/article_10414.html?lang=en
- [35] Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European Health Care Reforms: Experience in western European health care systems suggests lessons for reform in the United States, according to a major international comparison by the World Health Organization. *Health Affairs*. 1998; 17(2):85-108. [DOI:10.1377/hlthaff.17.2.85] [PMID]
- [36] Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ. Expenditures on complementary health approaches: United States. *National Center for Health Statistics*. 2016;(95):1-11. [PMID]
- [37] Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011; 13(1):1-483. [PMID]
- [38] Gudlavalleti, Venkata S. Challenges in accessing health care for people with disability in the south Asian context: A review. *International journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(11):2366. [DOI:10.3390/ijerph15112366] [PMID] [PMCID]
- [39] Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somnathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo. 2005. https://econpapers.repec.org/paper/esswpaper/id_3a823.htm
- [40] Spaan E, Mathijssen J, Tromp N, McBain F, Have At, Baltussen R. The impact of health insurance in Africa and Asia: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012; 90:685-92. [DOI:10.2471/BLT.12.102301] [PMID] [PMCID]
- [41] Sandoval H, Pérez-Neri I, Martínez-Flores F, Valle-Cabrera MGd, Pineda C. Disability in Mexico: A comparative analysis between descriptive models and historical periods using a timeline. *Salud Pública de México*. 2017; 59:429-36. [DOI:10.21149/8048] [PMID]
- [42] Ayhan M, Ridvanoglu S, Akgün U, Gergin S, Aktaş C, Gökmen F, et al. An analysis of the labour market based on disability: general directorate of services for persons with disabilities and elderly people [Internet]. 2011 [Updated 2011 November]. Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/42387/analysis-of-the-labour-market-based-on-disability.pdf>
- [43] Orszag PR, Emanuel EJ. Health care reform and cost control. *The New England Journal of Medicine*. 2010; 363(7):601-3. [DOI:10.1056/NEJMp1006571] [PMID]
- [44] O'Keefe P. People with disabilities in India: From commitments to outcomes. Washington, DC.: The World Bank; 2009.
- [45] Guzman JM, Salazar EG. Disability and rehabilitation in Mexico. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2014; 93(1):S36-S8. [DOI:10.1097/PHM.000000000000019] [PMID]
- [46] McIntyre D, Gilson L. Putting equity in health back onto the social policy agenda: Experience from South Africa. *Social Science & Medicine*. 2002; 54(11):1637-56. [DOI:10.1016/S0277-9536(01)00332-X]
- [47] Karimi S, Ziari NB. [Equity in financial indicators of the health in Iran during the third and fourth development programs (Persian)]. *Health Information Management Journal*. 2013; 9(7):1113-22.
- [48] Fathi F, Khezri A, Khanjani M, Abdi K. [Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 20(3):270-85. [DOI:10.32598/rj.20.3.270]
- [49] Hassan-Zadeh A. [GP referral system designed and defined in terms of health services (Persian)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. <http://militarymedj.ir/>