

## Policy Brief

## Strengthen of Stewardship of Rehabilitation Services in Iran: A Policy Brief

Mahnaz Afshari<sup>1</sup> , Zahra Najafi<sup>2</sup> , Zeynab Foroughi<sup>3</sup> , \*Kianoush Abdi<sup>4,5</sup>

1. Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.
2. Department of Management, Economic and Health Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Education Development Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Social Determinants of Health Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Rehabilitation Management, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



**Citation** Afshari M, Najafi Z, Foroughi Z, Abdi K.. Strengthen of Stewardship of Rehabilitation Services in Iran: A Policy Brief. *Archives of Rehabilitation*. 2026; 26(4):510-527. <https://doi.org/10.32598/RJ.26.4.182.10>

<https://doi.org/10.32598/RJ.26.4.182.10>

## ABSTRACT

The strong and effective stewardship of rehabilitation services is mentioned as one of the critical elements for the success of efforts to improve access to rehabilitation services. Existing evidence indicates that fragmented and unclear multiple governance and leadership structures are a major barrier to equitable access to rehabilitation services in Iran. The lack of coordination and integration of rehabilitation services across different institutions has led to services being provided in a fragmented manner based on internal organizational policies. This study was conducted in four stages: a scoping review, analysis of documents, interviews, and collective brainstorming. Policy solutions were identified in six broad areas: health vision and strategies for achieving better health, influencing other sectors and advocating for better health, aligning the governance of the health system with prevailing values, methods for ensuring the design of the health system in line with health system goals, current legal and regulatory tools, and methods for collecting, disseminating, and applying information. From a governance perspective, establishing governance structures and centralizing the management of rehabilitation services is essential. Weak governance structures and the lack of coordination among responsible institutions are among the main problems in this area. Therefore, designing a system that clarifies the key roles of different stakeholders and allows for accountability and effective interaction is considered necessary. Ensuring the provision of comprehensive rehabilitation services requires aligning these services with various dimensions of the health system, including human resource quality, sustainable financing, appropriate distribution of services, and increased access to rehabilitation services. In this regard, it is recommended to revise educational policies to train a skilled and responsive workforce that meets the community's needs. Furthermore, sustainable financing through an efficient insurance system and investment in this area is of particular importance. Finally, enhancing legal and regulatory tools, along with the government's commitment to enforcing laws and strengthening supervisory infrastructure, is essential for achieving an effective rehabilitation system. Strengthening political commitment and investment in this sector will not only increase productivity but also help reduce health system costs. Overall, adopting a comprehensive and coordinated approach across all relevant sectors can pave the way for achieving better health outcomes through rehabilitation services.

Received: 03 Aug 2025

Accepted: 15 Nov 2025

Available Online: 01 Jan 2026

### \* Corresponding Author:

Kianoush Abdi

Address: Social Determinants of Health Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 7603800

E-Mail: [k55abdi@yahoo.com](mailto:k55abdi@yahoo.com)



Copyright © 2026 The Author(s);  
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

## English Version

## Introduction

**R**ehabilitation services are considered one of the key pillars of the health system and play a fundamental role in improving quality of life, reducing social costs, and increasing social participation for individuals with disabilities [1]. Given the aging population, the rise in non-communicable diseases, and the high prevalence of disabilities, the need for rehabilitation services is increasingly growing [2]. It is projected that by 2050, approximately 2.1 billion people over 60 years old—equivalent to more than 22% of the world's population—will require rehabilitation services, with 80% of them living in low- and middle-income countries, including Iran [3]. However, the absence of a clear and efficient stewardship structure poses a major barrier to achieving equitable coverage of rehabilitation services in Iran [4, 5].

In Iran, despite the multiplicity of responsible institutions in this field, integrated stewardship and governance of rehabilitation services have not yet been defined. Overlapping responsibilities among the Ministry of Health, the Welfare Organization, the Red Crescent Society, the Martyrs Foundation, and the Exceptional Education Organization have led to resource dispersion, parallel work, and reduced policy effectiveness [6, 7].

Existing studies and evidence emphasize that stewardship is the missing link in rehabilitation within Iran's health system and its problems in the country have been classified as the result of unbalanced policies and laws, irresponsible intervention, weak comprehensive supervision, lack of thoughtful and compassionate management, and intra- and inter-sectoral incoordination [6, 7].

In the country's upstream documents, such as the General Health Policies [8], and also in [World Health Organization \(WHO\)](#) documents [9], the Ministry of Health is introduced as the steward of the health system. This recommendation includes rehabilitation services as one of the key dimensions of the health system. However, this issue remains an unresolved challenge in Iran [10]. In Iran, since the 1980s, the Welfare Organization has been recognized as the primary steward of rehabilitation. But in subsequent decades, the Ministry of Health and other institutions also entered the field of service provision, resulting in fragmentation and duplication [5, 10]. The outcome of this ambiguity in rehabilitation stewardship has been the failure to prioritize rehabilitation in health

system policies and the lack of achieving equity in societal access to rehabilitation services [11-13].

Despite this evidence, a significant knowledge gap persists in Iran's policy landscape regarding the stewardship of rehabilitation services. Most existing studies have focused on service aspects, with less attention to analyzing governance structures. Therefore, the authors conducted a mixed-methods study to analyze the current situation and propose policy solutions to strengthen the stewardship of rehabilitation services in Iran [1, 10, 14]. This policy brief, derived from that research effort, addresses the question: "What are the strategies for improving the unclear stewardship status of rehabilitation services in Iran?" It is hoped that it will provide a clear path forward for policymakers and health system managers, enabling them to take a significant step toward providing equitable rehabilitation services to society and contributing to universal health coverage by clarifying and strengthening the position of rehabilitation stewardship.

## Materials and Methods

This policy brief is derived from the findings of a research project conducted by the authors in 2024. The aforementioned study was conducted using a mixed-methods approach in four stages ([Figure 1](#)). This research was a prospective policy analysis study aimed at policy analysis for policymaking, with the goal of developing policy strategies to enhance the stewardship of rehabilitation services in Iran. In the first stage, documents and upstream policies, laws, and frameworks for the stewardship of rehabilitation services in Iran [10] and globally were analyzed. Additionally, the existing gap between rehabilitation stewardship in Iran and the world was examined. In the second stage, through a scoping review [15], published articles on strategies and challenges related to rehabilitation stewardship were reviewed. The first and second stages, in addition to providing deeper understanding and insight for the researchers on the topic, were used in preparing the interview guide and compiling an initial list of key actors in rehabilitation stewardship in Iran to identify potential interviewees, as well as for stakeholder analysis. In the third stage, using the perspectives and experiences of key informed individuals, stakeholders, and various role-players obtained through semi-structured interviews, the position, role, and relationships of key actors in rehabilitation stewardship in Iran, the process of rehabilitation stewardship in Iran, and the contextual factors influencing rehabilitation stewardship in Iran were examined [14]. In the fourth stage, after synthesizing the results from the previous stages, the researchers devel-

oped initial policy options (drafts) and then evaluated them based on four criteria—desirability, feasibility, importance, and appropriateness—using the Turoff policy Delphi technique model [16]. A checklist of policy options was prepared and shared with experts, and their final opinions on the policy options were incorporated.

### Policy recommendations

The Veillard et al. [17] framework for health system stewardship was used to identify and propose policy solutions. This framework outlines six stewardship functions in relation to the national context, values, and ultimate goals pursued by the health system. These six dimensions include:

1) Setting the health vision and strategy to achieve better health; 2) influencing all sectors for better health; 3) governing the health system in alignment with prevailing values; 4) ensuring the health system design aligns with health system goals; 5) enhancing current legal and regulatory tools; 6) collecting, disseminating, and utilizing information [17].

### Enhancing the health vision and strategy for better access to rehabilitation services

In order to achieve the health vision and strategy for better rehabilitation services, actions must be taken in three dimensions: social, economic, and technological.

#### Social dimension

In the social dimension, the following solutions are proposed to improve rehabilitation stewardship:

1) Increasing political commitment and prioritizing rehabilitation services in health system policymaking by changing the perspectives and attitudes of policymakers, managers, and health service providers through holding educational programs to raise awareness about the importance of rehabilitation; 2) specialized training to integrate a culture of serving people with disabilities at different levels of producing public and individual goods and services; 3) adopting a holistic approach to providing rehabilitation services at both policymaking and service delivery levels; 4) education and awareness-raising at the family level for caring for patients with disabilities, and activating the role of society and organizations in combating discrimination against people with disabilities by utilizing mass media for information dissemination and improving societal attitudes; 5) engaging and utilizing people with disabilities and their rep-

resentatives in rehabilitation policymaking to enhance responsiveness, efficiency, effectiveness, and sustainability of programs, and to strengthen decision-making and user satisfaction with services; 6) Strengthening and empowering non-governmental organizations (NGOs) run by people with disabilities with the support of the government sector.

#### Economic and technological dimension

In the economic and technological dimension, the following solutions can be guiding:

1) Utilizing support facilities and creating incentives for government and private sector organizations providing rehabilitation services; 2) investing in knowledge-based and domestic companies in the field of rehabilitation technology; 3) upgrading and improving technological infrastructure to facilitate the participation of people with disabilities in society.

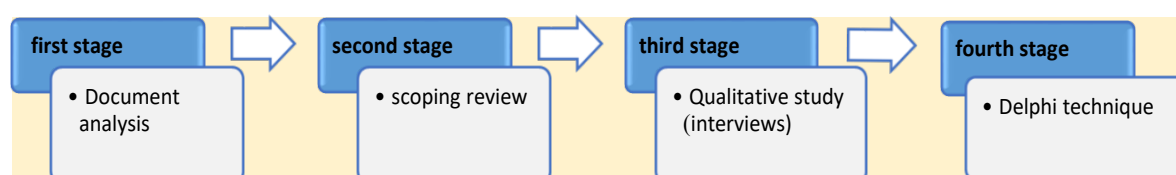
### Influencing other sectors and advocacy for strengthening rehabilitation services

Since rehabilitation services require intersectoral collaborations, the following solutions are proposed to strengthen these collaborations:

1) Advocacy to address rehabilitation services in the country's general policies, vision document, and development plans, and strengthening advocacy from the Health Commission of Parliament regarding elevating the position of rehabilitation in the country's health system; 2) using policy discourse to garner cooperation from all organizations involved in rehabilitation; 3) supporting private and civil society institutions in providing rehabilitation services; 4) increasing community participation in rehabilitation services through raising public awareness; 5) forming alliances among various rehabilitation associations, such as optometry, audiology, speech therapy, etc., through the establishment of a National Rehabilitation Network to increase the participation of rehabilitation specialists in the policymaking process.

#### Strengthening health system governance

Given the multisectoral nature of rehabilitation service provision, there is a need for integrated governance at the macro level, free from duplication. Therefore, the following solutions are proposed:



**Figure 1.** Study stages

Archives of  
Rehabilitation

1) Creating integration, coordination, and collaboration in rehabilitation service stewardship through the establishment of a Supreme Council for Welfare, Rehabilitation, and Aging at the national level under the President and Cabinet as the legislative and central governance body that will develop a comprehensive rehabilitation services document. This document will guide all subordinate agencies, their roles, and their interactions with other agencies; 2) creating and developing an active role for Physical Medicine and Rehabilitation Departments in the Supreme Council for Welfare, Rehabilitation, and Aging to facilitate leadership and governance skills; 3) creating and developing an active role for representatives of government organizations involved in providing rehabilitation services and representatives of civil society organizations in the field of rehabilitation in the Supreme Council for Welfare, Rehabilitation, and Aging; 4) establishing and developing a Deputy for Rehabilitation and Social Health under the Minister of Health to strengthen the stewardship role of rehabilitation services in the Ministry of Health; 5) forming an Aging and Rehabilitation Commission in the Islamic Consultative Assembly (Parliament); 6) developing strategic and operational programs for various levels of rehabilitation service provision to clarify the roles of different actors; 7) increasing and expanding the capacities of the Welfare Organization as the executive arm for rehabilitation services and support services.

### Strengthening the health system in line with rehabilitation service stewardship

Since the health system plays a special role in the stewardship of rehabilitation services, the following solutions are proposed to strengthen the health system:

1) Gradually shifting the Ministry of Health's approach from a treatment-oriented perspective to a preventive one, to understand the importance of rehabilitation services by incorporating rehabilitation outcome indicators into the performance evaluation system of hospitals and health centers; 2) determining the position

of rehabilitation services at all first, second, and third levels in the country's comprehensive rehabilitation document and integrating rehabilitation services into the primary health care system and strengthening the referral system to expand inclusive rehabilitation services; 3) paying attention to the importance of assistive technologies in rehabilitation and improving access to modern assistive equipment for individuals with disabilities; 4) specifying hierarchies and accountability levels in rehabilitation services and delegating authority commensurate with the assigned duties to each accountable entity; 5) developing and implementing policies for sustainable financing and efficient insurance coverage for rehabilitation services (with emphasis on horizontal and vertical equity); 6) developing and implementing policies to increase capacity and equitable distribution of rehabilitation specialists and to develop knowledge and skills of human resources active in rehabilitation management; 7) expanding comprehensive rehabilitation centers for individuals with disabilities in collaboration with the non-governmental sector; 8) revising the curricula of various medical sciences disciplines to familiarize them with rehabilitation services and enhance their ability to collaborate in interdisciplinary teams.

### Strengthening legal and regulatory tools for rehabilitation services

One of the most important dimensions of improving the stewardship of rehabilitation services is strengthening the legal and regulatory tools for rehabilitation services. The following strategies can enhance the legal and regulatory capacity of rehabilitation services:

1) Implementation of the National Rehabilitation Services Document, standards, protocols, and clinical guidelines in various domains of rehabilitation services to guide service providers in ensuring the integrity, safety, and quality of the services provided; 2) supporting adopted policies in the field of rehabilitation services through the development of comprehensive regulatory laws and regulations that ensure the implementation of

these policies and provide a basis for monitoring and supervising their execution; 3) determining the structure for supervision, monitoring, and control of rehabilitation services under the Comprehensive Rehabilitation Services Document, including levels of supervision, monitoring, and control for rehabilitation services, and establishing mechanisms for the full and proper implementation of the Comprehensive Law on People with Disabilities; 4) determining the structure for supervision, monitoring, control, and accountability levels for rehabilitation services under the Comprehensive Rehabilitation Services Document, along with delegating appropriate levels of authority corresponding to the tasks assigned to each accountable entity in the document; 5) establishing an accreditation mechanism for rehabilitation centers by the Ministry of Health, including the development of key performance indicators, care standards, and accreditation criteria for these centers.

### **Strengthening methods of collecting, disseminating, and utilizing information on rehabilitation services**

Improving the governance of rehabilitation services requires proper policy-making and planning, taking into account the current situation and anticipating future needs. In this regard, the following strategies are proposed:

1) Creating and developing the infrastructure for a comprehensive rehabilitation services information management system, including designating the responsible entity in this area, registering individuals with disabilities and impairments, registering rehabilitation services, registering human resources and specialists in the rehabilitation field, registering information on rehabilitation centers, and integrating it into the current electronic health record; 2) integrating national rehabilitation information through the sharing of data among various agencies; 3) appropriately and efficiently allocating resources following precise needs assessment and data-driven planning; 4) strengthening investment in rehabilitation research to leverage scientific evidence in rehabilitation policy-making and to enhance policymakers' understanding and awareness for prioritizing the needs of individuals with disabilities.

### **Policy recommendation (top proposed policy)**

The top policy recommendation in this study is shaped based on the six-dimensional governance framework of the health system by Willard and colleagues. A comprehensive and coordinated approach that encompasses all relevant sectors and actors:

### **Creating an integrated and centralized governance structure**

Establishing the Supreme Council for Welfare, Rehabilitation, and Aging, chaired by the President, as the supervisory and legislative body; Developing a comprehensive national rehabilitation services document with precise task descriptions for agencies and coordination among them.

### **Strengthening specialized human resources and continuous education**

Reviewing educational programs in medical and rehabilitation disciplines, developing interdisciplinary training, and ensuring equitable distribution of rehabilitation specialists.

### **Sustainable financing through efficient insurance mechanisms**

Reforming the insurance system to provide comprehensive coverage for rehabilitation services, accompanied by incentive policies for both public and private sectors.

### **Strengthening legal and regulatory tools**

Approving and implementing comprehensive laws supporting individuals with disabilities, developing standards and protocols for rehabilitation services, and establishing an accreditation system for rehabilitation centers.

### **Developing an information system and data-based research**

Creating a comprehensive registration and management system for rehabilitation information, integrating data, and facilitating access to scientific evidence for intelligent policymaking.

### **Increasing community participation and non-governmental organizations**

Empowering and enhancing the role of NGOs, along with active involvement of individuals with disabilities in the decision-making process, to ensure accountability and effectiveness of policies.

This proposed policy, with an emphasis on centralization and transparency in the roles of actors, can pave the



way for improving the effectiveness, access, and quality of rehabilitation services.

### Executive application of the proposed policy

For the successful implementation of the aforementioned policies, the following executive actions are recommended:

- 1) Formation and activation of the Supreme Council for Welfare, Rehabilitation, and Aging, with an agenda focused on developing a comprehensive document, inter-sectoral coordination, and continuous supervision of policy implementation; 2) planning and execution of revised educational programs in medical universities, emphasizing interdisciplinary rehabilitation skills and the training of specialized human resources; 3) reforming the payment and insurance system for rehabilitation services by defining specific service packages and ensuring timely payments to service-providing centers; 4) establishing transparent legal and supervisory mechanisms through the development of regulations, implementation of center accreditation, and formation of follow-up and accountability committees; 5) launching a comprehensive rehabilitation information registration system in collaboration with relevant agencies to register patient status, services, and rehabilitation centers; 6) providing government financial support and incentive policies to expand services in both public and non-public sectors, as well as to develop assistive and knowledge-based technologies; 7) enhancing stakeholder and community participation through the formation of specialized associations and widespread public education to promote a culture of support for individuals with disabilities; 8) the implementation of these actions requires the allocation of sufficient resources, the creation of cohesive management structures, and continuous supervision by responsible agencies. The proposed schedule for policy implementation, performance evaluation indicators, and specific responsibilities of each agency is given in [Table 1](#).

### Discussion

The implementation of policies to enhance the governance of rehabilitation services in Iran is accompanied by various considerations and challenges:

#### Organizational resistance and the need for inter-sectoral consensus

Different organizations with varying interests and perspectives can create challenges in establishing coordinated collaboration. Creating a space for dialogue and continuous interaction is vital.

#### Limitations in financial resources and human capital

Shortages in budget and specialized workforce are fundamental barriers that require medium- and long-term programs for enhancement and optimal resource allocation. Lack of efficient and transparent supervisory structures: Providing legal, supervisory, and reporting infrastructures that enable precise monitoring of governance performance is essential.

#### Need for public awareness and universal education

Changing public and professional attitudes toward the importance of rehabilitation and the rights of individuals with disabilities is one of the key prerequisites for the effectiveness of policies.

#### Technological challenges and access to assistive devices

Developing indigenous technologies and importing appropriate equipment, along with training on their use, should be prioritized.

#### Necessity for continuous monitoring and policy revision

Policies must be flexible and updated based on available data and experiences to achieve the desired effectiveness. Embracing the active role of all stakeholders and strengthening political commitment at various decision-making levels is the key to success in implementing these policies.

### Conclusion

In the Islamic Republic of Iran, access to rehabilitation services is not fully provided for all those in need. This situation is primarily due to the lack of integrated and systematic management in delivering rehabilitation services, as well as limitations in human and financial resources. To enhance the coverage and quality of rehabilitation services, coordinated and multifaceted actions are necessary in three key areas:

#### Organizing the management of rehabilitation services

Establishing an integrated stewardship structure and defining national policies and standards in the areas of planning, equipment supply, and supervision of service delivery is essential to increase synergy among public, private, and non-governmental sectors, while reducing fragmentation and duplication of efforts.

**Table 1.** Policy implementation schedule, performance evaluation indicators, and specific responsibilities of each organization

Key Activity	Main Responsibility and Related Agencies	Performance Evaluation Indicators	Proposed Timeline
Formation of the supreme council for welfare, rehabilitation, and aging	Ministry of Health (Minister of Health), Presidential Institution	Formation of the council and issuance of initial guidelines; Number of meetings held	First 3 months of program implementation (short-term)
Development of the comprehensive national rehabilitation services document	Ministry of Health, Welfare Organization, Parliamentary Representatives	Approval and publication of the document	3 to 9 months (short-term)
Review of educational programs and training of human resources	Ministry of Health, Medical Universities	Approval of new curriculum; Number of training courses conducted	6 to 12 months (medium-term)
Launching the comprehensive registration and management information system	Ministry of Health, Welfare Organization	Percentage of centers connected to the registration system	6 to 12 months (medium-term)
Reforming the insurance system and coverage for services	Insurance Organizations, Ministry of Health	Implementation of insurance coverage for new services; Number of individuals covered	6 to 18 months (medium-term)
Development and implementation of standards and accreditation of rehabilitation centers	Ministry of Health, Welfare Organization	Number of accredited centers; Level of standards compliance	9 to 15 months (medium-term)
Creating a comprehensive rehabilitation information management and registration system	Ministry of Health, Welfare Organization	Launch of the system; Number of connected centers; Data quality	6 to 12 months (short-term)
Increasing participation of NGOs and target communities in policymaking	Ministry of Health, Welfare Organization, Rehabilitation NGOs	Number of participation meetings; Community satisfaction level	Continuous (starting in the first 3 months) (long-term)
Implementing public awareness and education programs	Ministry of Health, IRIB (Islamic Republic of Iran Broadcasting), Non-Governmental Organizations	Community awareness level; Number of educational campaigns	3 to 18 months and ongoing (long-term)
Development and equitable distribution of specialized human resources	Ministry of Health, Universities	Number of recruited and distributed specialized human resources	Continuous (long-term)
Strengthening research and continuous monitoring of policies	Ministry of Health, Research Institutes	Annual performance and progress reports	Continuous (long-term)

Archives of  
**Rehabilitation**

### Strengthening specialized human resources

Developing educational programs and capacity-building initiatives to train a larger number of rehabilitation specialists (including physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, and other related professionals) and enhancing their clinical and managerial skills is imperative to meet the growing needs of society.

### Expanding insurance coverage for rehabilitation services

Developing and deepening insurance coverage for these services will reduce the financial burden on families, increase access to effective treatments, and prevent interruptions in essential therapies.

In the absence of implementing these actions, significant negative consequences are likely, including depriving a large number of individuals in need from receiving

vital rehabilitation services, increasing the burden of disease and disability in society, and consequently raising direct and indirect costs for the health system. Therefore, targeted planning and investment in management, human resources, and insurance structures for improving the rehabilitation services delivery system is a public health necessity.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

Ethical approval was obtained from the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (Code: IR.USWR.REC.1402.099).

#### Funding

Research budget from the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#).

### **Authors' contributions**

Conceptualization: Mahnaz Afshari and Kianoush Abdi; Investigation, editing & review: All authors.

### **Conflict of interest**

The authors declared no conflict of interest.



This Page Intentionally Left Blank



## خلاصه سیاستی

## تقویت تولید خدمات توان بخشی در ایران: خلاصه سیاستی

مهناز افشاری<sup>۱</sup>، زهرا نجفی<sup>۲</sup>، زینب فروغی<sup>۳</sup>، کیانوش عبدی<sup>۴\*</sup>

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.
۲. گروه مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۵. گروه مدیریت توان بخشی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.



**Citation** Afshari M, Najafi Z, Foroughi Z, Abdi K.. Strengthen of Stewardship of Rehabilitation Services in Iran: A Policy Brief. *Archives of Rehabilitation*. 2026; 26(4):510-527. <https://doi.org/10.32598/RJ.26.4.182.10>

**doi** <https://doi.org/10.32598/RJ.26.4.182.10>

## حکده

تولیت قوی و مؤثر خدمات توان بخشی به عنوان یکی از عناصر حیاتی برای موفقیت تلاش ها جهت بهبود دسترسی به خدمات توان بخشی ذکر شده است. شواهد موجود نشان می دهد تولیت و رهبری چندگانه و نامشخص، مانع اصلی دسترسی عادلانه به خدمات توان بخشی در ایران است. ضعف هماهنگی و یکپارچگی خدمات توان بخشی در نهادهای مختلف به ارائه خدماتی به صورت پراکنده و مبتنی بر سیاست های درون سازمانی منجر شده است. این مطالعه در چهار مرحله مرور حیطه ای، بررسی و تحلیل مستندات، مصاحبه و هم اندیشی جمعی انجام گرفت. راهکارهای سیاستی در شش حیطه کلی چشم انداز سلامت و استراتژی دستیابی به سلامت بهتر، تأثیر گذاری بر دیگر بخش ها و حمایت طلبی برای سلامت بهتر، انطباق حاکمیت نظام سلامت با ارزش های غالب، روش های تضمین طراحی نظام سلامت در راستای اهداف نظام سلامت، ابزارهای قانونی و نظارتی فعلی و روش های جمع آوری انتشار و به کارگیری اطلاعات شناسایی شد. از منظر حاکمیتی، ایجاد ساختارهای حکمرانی و مرکزیت بخشی به مدیریت خدمات توان بخشی امری ضروری است. ضعف در ساختارهای حکمرانی و نبود هماهنگی میان نهادهای مسئول از جمله مشکلات اصلی در این حوزه به شمار می رود. بنابراین، طراحی نظامی که نقش های کلیدی بازیگران مختلف را مشخص کند و امکان پاسخگویی و تعامل مؤثر را فراهم آورد، یک ضرورت محسوب می شود. تضمین ارائه خدمات توان بخشی جامع، نیازمند انطباق این خدمات با ابعاد مختلف نظام سلامت از جمله کیفیت نیروی انسانی، تأمین مالی پایدار، توزیع مناسب خدمات و افزایش دسترسی به خدمات توان بخشی است. در این راستا، پیشنهاد می شود سیاست های آموزشی بازنگری شوند تا نیروی انسانی متخصص و پاسخگو به نیازهای جامعه تربیت گردد. همچنین، تأمین مالی پایدار از طریق نظام بیمه ای کارآمد و سرمایه گذاری در این حوزه از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در نهایت، ارتقای ابزارهای قانونی و نظارتی، همراه با تعهد دولت به اجرای قوانین و تقویت زیرساخت های نظارتی، برای دستیابی به نظام توان بخشی اثربخش ضروری است. تقویت تعهد سیاسی و سرمایه گذاری در این بخش نه تنها موجب بهره وری بالاتر خواهد شد، بلکه به کاهش هزینه های نظام سلامت نیز کمک می کند. در مجموع، اتخاذ رویکردی جامع و هماهنگ میان تمامی بخش های مرتبط می تواند مسیر دستیابی به سلامت بهتر از طریق خدمات توان بخشی را هموار سازد.

تاریخ دریافت: ۱۲ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۴ آبان ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۴

## \* نویسنده مسئول:

کیانوش عبدی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، پژوهشکده سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۷۶۰۳۸۰۰

رایانامه: k55abdi@yahoo.com



Copyright © 2026 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

## مقدمه

## توصیف مسئله و مشکل سیاستی

خدمات توانبخشی یکی از ارکان کلیدی نظام سلامت محسوب می‌شود و نقشی اساسی در ارتقای کیفیت زندگی، کاهش هزینه‌های اجتماعی و افزایش مشارکت اجتماعی افراد دارای معلولیت ایفا می‌کند [۱]. با توجه به رشد جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های غیرواگیر و بالا بودن شیوع معلولیت، نیاز به خدمات توانبخشی به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش است [۲] و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، حدود ۲/۱ میلیارد نفر بالای ۶۰ سال، معادل بیش از ۲۲ درصد از جمعیت جهان، به خدمات توانبخشی نیاز داشته باشند که ۸۰ درصد از آن‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط از جمله ایران زندگی خواهند کرد [۳]. باین‌حال، نبود ساختار تولید مشخص و کارآمد، مانعی بزرگ در مسیر دستیابی به پوشش عادلانه خدمات توانبخشی در ایران است [۴، ۵].

در ایران با وجود تعدد نهادهای مسئول در این حوزه، هنوز تولید و حکمرانی یکپارچه خدمات توانبخشی تعریف نشده است. همپوشانی وظایف **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و ایثارگران و سازمان آموزش و پرورش استثنایی** موجب پراکندگی منابع، موازی‌کاری و کاهش اثربخشی سیاست‌ها شده است [۶، ۷]. مطالعات و شواهد موجود تأکید دارند که تولید حلقه گم‌شده توانبخشی در نظام سلامت ایران می‌باشد و مشکلات آن در کشور را ناشی از سیاست‌ها و قوانین نامتوازن، مداخله غیرمسئولانه، ضعف نظارت همه جانبه، فقدان مدیریت مدبرانه و دلسوزانه و ناهماهنگی درون و بین بخشی طبقه‌بندی کرده‌اند [۶، ۷].

در اسناد بالادستی کشور از جمله سیاست‌های کلی سلامت [۸] و همچنین در اسناد، **سازمان جهانی بهداشت** [۹]، **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** به‌عنوان متولی نظام سلامت معرفی شده است. باین‌حال این مسئله در ایران هنوز به‌عنوان یک چالش حل‌نشده باقی مانده است [۱۰]. در ایران، از دهه ۱۳۶۰ **سازمان بهزیستی** به‌عنوان متولی اصلی توانبخشی شناخته می‌شد. اما در دهه‌های بعد، **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** و سایر نهادها نیز وارد عرصه ارائه خدمات شدند که نتیجه آن چندپارگی و موازی‌کاری بوده است [۵، ۱۰]. حاصل این ابهام در تولید توانبخشی، قرار نگرفتن توانبخشی در اولویت سیاست‌های نظام سلامت و عدم تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات توانبخشی بوده است [۱۱-۱۳].

باوجوداین شواهد، هنوز شکاف جدی در دانش سیاستی ایران درباره تولید خدمات توانبخشی وجود دارد. بیشتر

مطالعات موجود بر جنبه‌های خدماتی متمرکز بوده‌اند و کمتر به تحلیل ساختار حکمرانی پرداخته‌اند. ازاین‌رو، نویسندگان با انجام یک پژوهش ترکیبی به تحلیل وضعیت موجود و ارائه راهکارهای سیاستی برای تقویت تولید خدمات توانبخشی در ایران پرداختند [۱۰، ۱۴، ۱۵]. خلاصه سیاستی حاضر که حاصل این کار پژوهشی است، در پاسخ به این سؤال که «راهکارهای بهبود وضعیت تولید نامشخص خدمات توانبخشی در ایران چیست؟» تهیه شده است و امید است راه روشنی پیش روی سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت قرار دهد تا با مشخص کردن و تقویت جایگاه تولید توانبخشی، گام مهمی در جهت ارائه خدمات توانبخشی عادلانه به جامعه و کمک به دستیابی به پوشش همگانی سلامت بردارند.

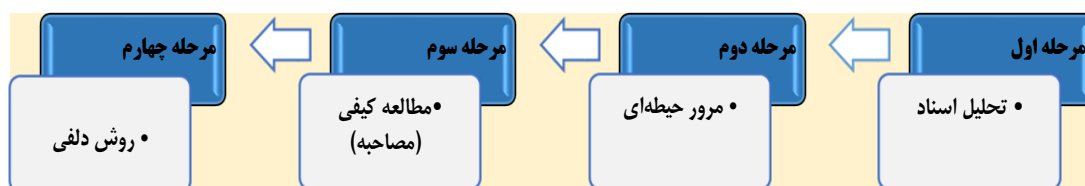
## روش

این خلاصه سیاستی برگرفته از یافته‌های یک طرح پژوهشی می‌باشد که توسط نویسندگان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. مطالعه یادشده به‌صورت ترکیبی و در چهار مرحله صورت گرفت (**تصویر شماره ۱**). این پژوهش از نوع مطالعات تحلیل آینده‌نگر سیاست بوده که باهدف تحلیل برای سیاست‌گذاری به‌منظور تدوین راهکارهای سیاستی برای ارتقای تولید خدمات توانبخشی در ایران انجام شد.

در مرحله اول با تحلیل مستندات و اسناد بالادستی، قوانین و چارچوب‌های تولید خدمات توانبخشی در ایران [۱۰] و جهان بررسی شد. همچنین گپ موجود بین تولید خدمات توانبخشی در ایران و جهان بررسی شد. در مرحله دوم از طریق مرور حیطه‌ای [۱۵] به بررسی مقالات منتشرشده درخصوص راهکارها و چالش‌های تولید خدمات توانبخشی پرداخته شد. مرحله اول و دوم علاوه بر ایجاد درک و بینش عمیق‌تر محققان درخصوص موضوع، در تهیه راهنمای مصاحبه و تهیه لیست اولیه بازیگران کلیدی تولید خدمات توانبخشی در ایران جهت شناسایی مصاحبه‌شوندگان بالقوه و همچنین تحلیل بازیگران مورد استفاده قرار گرفت.

در مرحله سوم با استفاده از دیدگاه و تجربیات افراد صاحب‌نظر و مطلع کلیدی و ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان مختلف که از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به دست آمد، جایگاه، نقش و ارتباطات بازیگران کلیدی تولید خدمات توانبخشی در ایران، فرآیند تولید خدمات توانبخشی در ایران و عوامل زمینه‌ای مؤثر بر تولید خدمات توانبخشی در ایران مورد بررسی قرار گرفت [۱۴].

در مرحله چهارم، پژوهشگران پس از ترکیب نتایج حاصل از مراحل قبلی، گزینه‌های سیاستی اولیه (پیش‌نویس) را تدوین کرده و سپس جهت بررسی از نظر چهار شاخص مطلوبیت، امکان‌پذیری، اهمیت و تناسب و با استفاده از الگوی تکنیک دلفی



## توانبخشنی

## تصویر ۱. مراحل مطالعه

سیاستی توراف [۱۶] چک‌لیست گزینه‌های سیاستی تدوین و در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت و نظرات نهایی آن‌ها درخصوص گزینه‌های سیاستی اعمال شد.

## توصیه‌های سیاستی

از چارچوب تولید نظام سلامت ویلارد و همکاران به‌منظور شناسایی و ارائه راهکارهای سیاستی استفاده شده است. این چارچوب شش کارکرد تولید را با توجه به بافتار ملی، ارزش‌ها و اهداف نهایی که توسط نظام سلامت دنبال می‌شود بیان می‌کند. این شش بعد شامل:

۱. تعیین چشم‌انداز سلامت و استراتژی دستیابی به سلامت بهتر،
۲. تأثیرگذاری بر تمام بخش‌ها برای سلامت بهتر،
۳. حاکمیت نظام سلامت در انطباق با ارزش‌های رایج،
۴. تضمین طراحی نظام سلامت در راستای اهداف نظام سلامت،
۵. ارتقای ابزارهای قانونی و نظارتی فعلی،
۶. جمع‌آوری انتشار و به‌کارگیری اطلاعات [۱۷].

## ارتقای چشم‌انداز سلامت و استراتژی دستیابی به خدمات توان‌بخشی بهتر

به‌منظور دستیابی به چشم‌انداز سلامت و استراتژی دستیابی به خدمات توان‌بخشی بهتر، باید اقداماتی در سه بعد اجتماعی، اقتصادی و تکنولوژی صورت گیرد.

## بعد اجتماعی

در بعد اجتماعی راهکارهای زیر برای بهبود تولید توان‌بخشی پیشنهاد می‌گردد:

- افزایش تعهد سیاسی و اولویت‌دهی به خدمات توان‌بخشی در سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت با تغییر دیدگاه و نگرش سیاست‌گذاران، مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی برای آگاهی‌بخشی درخصوص اهمیت توان‌بخشی؛

- آموزش‌های تخصصی به‌منظور ادغام فرهنگ خدمت‌رسانی به افراد دچار معلولیت در سطوح مختلف تولید کالاها و خدمات عمومی و فردی؛

- ایجاد نگاه جامع‌نگر به ارائه خدمات توان‌بخشی در سطوح سیاست‌گذاری و ارائه خدمات؛

- آموزش و فرهنگ‌سازی در سطح خانواده‌ها در راستای رسیدگی به بیماران دچار معلولیت و فعال‌سازی نقش جامعه و سازمان‌ها در مقابله با تبعیض علیه افراد دارای معلولیت با بهره‌گیری از رسانه‌های جمعی به‌منظور اطلاع‌رسانی و بهبود نگرش‌ها در سطح جامعه؛

- مشارکت و بهره‌گیری از افراد دارای معلولیت و نمایندگان آن‌ها در سیاست‌گذاری‌های توان‌بخشی برای بهبود پاسخگویی، کارایی، اثربخشی و پایداری برنامه، و تقویت تصمیم‌گیری و رضایت کاربر از خدمات؛

- تقویت و توانمندسازی سازمان‌های غیردولتی (NGOs) توسط افراد دارای معلولیت و با حمایت بخش دولتی.

## بعد اقتصادی و تکنولوژی

- در بعد اقتصادی و تکنولوژی راهکارهای زیر می‌تواند راهگشا باشد:

- به‌کارگیری تسهیلات حمایتی و ایجاد مشوق برای سازمان‌های دولتی و بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی؛

- سرمایه‌گذاری در شرکت‌های دانش‌بنیان و داخلی در حوزه تکنولوژی توان‌بخشی؛

- ارتقای و بهبود زیرساخت‌های تکنولوژی برای مشارکت افراد دارای معلولیت در جامعه.

## تأثیرگذاری بر دیگر بخش‌ها و حمایت‌طلبی برای تقویت خدمات توان‌بخشی

از آنجایی که خدمات توان‌بخشی نیازمند همکاری‌های بین بخشی است، برای تقویت این همکاری‌ها راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

- تدوین برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی برای سطوح مختلف ارائه خدمات توان بخشی به منظور شفاف سازی نقش بازیگران مختلف؛

- افزایش و توسعه ظرفیت های **سازمان بهزیستی** به عنوان بازوی اجرایی خدمات توان بخشی و خدمات حمایتی.

### تقویت نظام سلامت در راستای تولید خدمات توان بخشی

از آنجا که نظام سلامت نقش ویژه‌ای در تولید خدمات توان بخشی دارد، راهکارهای زیر جهت تقویت نظام سلامت پیشنهاد می گردد:

- تغییر تدریجی رویکرد **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** از نگاه درمان محور به نگاه پیشگیرانه، به منظور درک اهمیت خدمات توان بخشی از طریق گنجاندن شاخص های نتایج توان بخشی در سیستم ارزشیابی عملکرد بیمارستان ها و مراکز بهداشتی؛

- تعیین جایگاه خدمات توان بخشی در تمام سطوح اول، دوم و سوم در سند جامع توان بخشی کشور و ادغام خدمات توان بخشی در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی و تقویت نظام ارجاع به منظور توسعه فراگیر خدمات توان بخشی؛

- توجه به اهمیت فناوری های کمکی در توان بخشی و بهبود دسترسی به تجهیزات کمکی نوین توان بخشی برای افراد دارای معلولیت؛

- مشخص کردن سلسله مراتب و سطوح پاسخگویی در زمینه خدمات توان بخشی و واگذاری اختیار متناسب با شرح وظایف واگذار شده به هر نهاد پاسخگو؛

- توسعه و اجرای سیاست های تأمین مالی پایدار و پوشش بیمه ای کارآمد برای خدمات توان بخشی (با تأکید بر عدالت افقی و عمودی)؛

- توسعه و اجرای سیاست های افزایش ظرفیت و توزیع عادلانه متخصصین توان بخشی و توسعه دانش و مهارت نیروی انسانی فعال در حوزه مدیریت توان بخشی؛

- گسترش مراکز جامع توان بخشی افراد دارای معلولیت با همکاری بخش غیر دولتی؛

- بازنگری کوریکولوم رشته های مختلف علوم پزشکی در راستای آشنایی آن ها با خدمات توان بخشی و ارتقای توانایی آن ها برای همکاری در تیم های میان رشته ای.

### تقویت ابزارهای قانونی و نظارتی خدمات توان بخشی

یکی از مهم ترین ابعاد بهبود تولید خدمات توان بخشی، تقویت ابزارهای قانونی و نظارتی خدمات توان بخشی است. راهکارهای

- حمایت طلبی جهت پرداختن به خدمات توان بخشی در سیاست های کلی نظام، سند چشم انداز و برنامه توسعه کشور و تقویت حمایت طلبی از کمیسیون بهداشت مجلس در خصوص ارتقای جایگاه توان بخشی در نظام سلامت کشور؛

- استفاده از گفتمان سیاستی جهت جلب همکاری تمام سازمان های درگیر در امر توان بخشی؛

- حمایت از نهادهای خصوصی و مردم نهاد در ارائه خدمات توان بخشی؛

- افزایش مشارکت جامعه در خصوص خدمات توان بخشی از طریق افزایش آگاهی مردم؛

- تشکیل اتحاد انجمن های مختلف حوزه توان بخشی از جمله انجمن بینایی سنجی، شنوایی سنجی، گفتاردرمانی و غیره از طریق تشکیل شبکه ملی توان بخشی به منظور افزایش مشارکت متخصصین توان بخشی در فرآیند سیاست گذاری.

### تقویت حاکمیت نظام سلامت با تکیه بر ارزش های غالب حوزه خدمات توان بخشی

باتوجه به ماهیت چندبخشی ارائه خدمات توان بخشی نیاز به ایجاد یک حاکمیت یک پارچه و به دور از موازی کاری در سطح کلان وجود دارد. لذا راهکارهای زیر پیشنهاد می گردد:

- ایجاد یکپارچگی، هماهنگی و همکاری در تولید خدمات توان بخشی از طریق ایجاد شورای عالی رفاه، توان بخشی و سالمندی در سطح کشور زیر نظر رئیس جمهور و هیئت وزیران به عنوان نهاد قانون گذاری و حاکمیت مرکزی که اقدام به تدوین سند جامع خدمات توان بخشی نماید. این سند هدایت کننده تمام دستگاه های زیرمجموعه، نقش آن ها و ارتباط آن ها با سایر دستگاه ها خواهد بود.

- ایجاد و توسعه نقش فعال برای دپارتمان های طب فیزیکی و توان بخشی در شورای عالی رفاه، توان بخشی و سالمندی جهت تسهیل مهارت های رهبری و حکمرانی؛

- ایجاد و توسعه نقش فعال برای نمایندگان سازمان های دولتی درگیر در ارائه خدمات توان بخشی و نمایندگان سازمان های مردم نهاد حوزه توان بخشی در شورای عالی رفاه، توان بخشی و سالمندی؛

- ایجاد و توسعه معاونت توان بخشی و سلامت اجتماعی زیر نظر وزیر بهداشت به منظور تقویت نقش تولید خدمات توان بخشی در **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**؛

- تشکیل کمیسیون سالمندی و توان بخشی در مجلس شورای اسلامی؛

### توصیه سیاستی (سیاست پیشنهادی برتر)

توصیه سیاستی برتر در این مطالعه مبتنی بر چارچوب شش‌بعدی تولید نظام سلامت ویلارد و همکاران شکل گرفته است. رویکردی جامع و هماهنگ که تمام بخش‌ها و بازیگران مرتبط را دربر می‌گیرد:

#### ایجاد ساختار حکمرانی یکپارچه و مرکزی

تشکیل شورای عالی رفاه، توان‌بخشی و سالمندی با ریاست رئیس‌جمهور به‌عنوان نهاد ناظر و قانون‌گذار؛ تدوین سند ملی جامع خدمات توان‌بخشی با شرح وظایف دقیق دستگاه‌ها و هماهنگی میان آن‌ها.

#### تقویت نیروی انسانی متخصص و آموزش مداوم

بازنگری در برنامه‌های آموزشی رشته‌های پزشکی و توان‌بخشی، توسعه آموزش‌های میان‌رشته‌ای و توزیع عادلانه متخصصان توان‌بخشی.

#### تأمین مالی پایدار به‌وسیله بیمه‌های کارآمد

اصلاح نظام بیمه به‌منظور پوشش جامع خدمات توان‌بخشی همراه با سیاست‌های تشویقی برای بخش دولتی و خصوصی.

#### تقویت ابزارهای قانونی و نظارتی

تصویب و اجرای قوانین جامع حمایت از افراد دارای معلولیت، تدوین استانداردها و پروتکل‌های خدمات توان‌بخشی و ایجاد سیستم اعتباربخشی مراکز توان‌بخشی.

#### توسعه نظام اطلاعات و پژوهش‌های مبتنی بر داده

ایجاد نظام جامع ثبت و مدیریت اطلاعات توان‌بخشی، یکپارچه‌سازی داده‌ها و تسهیل دسترسی به شواهد علمی برای سیاست‌گذاری هوشمند.

#### افزایش مشارکت جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد

توانمندسازی و افزایش نقش NGOها و مشارکت فعال افراد دارای معلولیت در فرآیند تصمیم‌سازی جهت تضمین پاسخگویی و اثربخشی سیاست‌ها.

- این سیاست پیشنهادی با تأکید بر مرکزیت‌بخشی و شفافیت نقش بازیگران، می‌تواند موجبات بهبود اثربخشی دسترسی و کیفیت خدمات توان‌بخشی را فراهم آورد.

#### کاربست اجرایی سیاست پیشنهادی

برای به‌کارگیری موفق سیاست‌های مذکور، اقدامات اجرایی ذیل توصیه می‌شود:

زیر می‌تواند موجب ارتقای ظرفیت قانونی و نظارتی خدمات توان‌بخشی گردد:

- اجرای سند ملی خدمات توان‌بخشی، استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی در حوزه‌های مختلف خدمات توان‌بخشی جهت هدایت ارائه‌دهندگان خدمات به‌منظور تضمین یکپارچگی، ایمنی و کیفیت خدمات ارائه‌شده؛

- پشتیبانی از سیاست‌های اتخاذ‌شده در زمینه خدمات توان‌بخشی از طریق تدوین قوانین و مقررات جامع نظارتی که به تضمین اجرای سیاست‌ها و مبنایی برای پایش و نظارت بر اجرای سیاست‌ها منجر می‌شود؛

- تعیین ساختار نظارت، پایش و کنترل خدمات توان‌بخشی در ذیل سند جامع خدمات توان‌بخشی شامل سطوح نظارت، پایش و کنترل خدمات نحوه توان‌بخشی و ایجاد سازوکار اجرای کامل و درست قانون جامع افراد دارای معلولیت؛

تعیین ساختار نظارت، پایش، کنترل و تعیین سطوح پاسخگویی خدمات توان‌بخشی در ذیل سند جامع خدمات توان‌بخشی و واگذاری میزان اختیارات متناسب با شرح وظایف واگذار شده به هر نهاد پاسخگو در سند؛

- ایجاد سازوکار اعتباربخشی مراکز توان‌بخشی توسط **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** شامل تدوین شاخص‌های کلیدی عملکرد، استانداردهای مراقبت و معیارهای اعتباربخشی این مراکز.

#### تقویت روش‌های جمع‌آوری، انتشار و به‌کارگیری اطلاعات خدمات توان‌بخشی

ارتقای تولید خدمات توان‌بخشی، نیازمند سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی صحیح باتوجه‌به وضعیت موجود و پیش‌بینی نیازهای آینده می‌باشد. در این راستا راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

- ایجاد و توسعه زیرساخت نظام جامع مدیریت اطلاعات خدمات توان‌بخشی شامل تعیین نهاد مسئول در این زمینه، ثبت افراد دارای ناتوانی و معلولیت، ثبت خدمات توان‌بخشی، ثبت نیروی انسانی و متخصصین حوزه توان‌بخشی، ثبت اطلاعات مراکز توان‌بخشی و ادغام در پرونده الکترونیک سلامت فعلی؛

- یکپارچه‌سازی اطلاعات توان‌بخشی کشور از طریق اشتراک‌گذاری اطلاعات دستگاه‌های مختلف؛

- تخصیص مناسب و کارای منابع پس از نیازسنجی دقیق و برنامه‌ریزی مبتنی بر داده‌های صحیح؛

- تقویت سرمایه‌گذاری در تحقیقات توان‌بخشی به‌منظور استفاده از شواهد علمی در سیاست‌گذاری‌های توان‌بخشی و بهبود درک و آگاهی سیاست‌گذاران جهت اولویت‌بخشی به نیازهای افراد دارای معلولیت.



جدول ۱. زمان‌بندی اجرای سیاست، شاخص‌های ارزیابی عملکرد و مسئولیت‌های مشخص هر دستگاه

فعالیت کلیدی	زمان‌بندی پیشنهادی	شاخص‌های ارزیابی عملکرد	مسئولیت اصلی و دستگاه‌های مرتبط
تشکیل شورای عالی رفاه، توان‌بخشی و سالمندی	۳ ماه اول اجرای برنامه (کوتاه‌مدت)	تشکیل شورا و صدور دستورالعمل‌های اولیه، تعداد جلسات برگزار شده	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزیر بهداشت)، نهاد ریاست‌جمهوری
تدوین سند ملی جامع خدمات توان‌بخشی	۳ تا ۹ ماه (کوتاه‌مدت)	تصویب سند و انتشار آن	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، نمایندگان مجلس
بازنگری برنامه‌های آموزشی و تربیت نیروی انسانی	۶ تا ۱۲ ماه (میان‌مدت)	تصویب کوریکولوم جدید، تعداد دوره‌های آموزشی برگزار شده	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی
راه‌اندازی نظام جامع ثبت و مدیریت اطلاعات	۶ تا ۱۲ ماه (میان‌مدت)	درصد مراکز متصل به نظام ثبت اطلاعات	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی
اصلاح نظام بیمه و پوشش بیمه‌ای خدمات	۶ تا ۱۸ ماه (میان‌مدت)	اجرای پوشش بیمه‌ای برای خدمات جدید، تعداد افراد تحت پوشش	سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تدوین و اجرای استانداردها و اعتباربخشی مراکز توان‌بخشی	۹ تا ۱۵ ماه (میان‌مدت)	تعداد مراکز اعتبارسنجی شده، میزان رعایت استانداردها	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی
ایجاد نظام مدیریت و ثبت اطلاعات جامع توان‌بخشی	۶ تا ۱۲ ماه (کوتاه‌مدت)	راه‌اندازی سیستم، تعداد مراکز متصل، کیفیت داده‌ها	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی
افزایش مشارکت NGOها و جامعه هدف در سیاست‌گذاری	مستمر (شروع ۳ ماه اول) (بلندمدت)	تعداد جلسات مشارکت، میزان رضایت جامعه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، NGOهای حوزه توان‌بخشی
اجرای برنامه‌های فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی	۳ تا ۱۸ ماه (بلندمدت)	میزان آگاهی جامعه، تعداد کمپین‌های آموزشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صدا و سیما، سازمان‌های مردم‌نهاد
توسعه و توزیع عادلانه نیروی متخصص	مستمر (بلندمدت)	تعداد جذب و توزیع نیروی انسانی متخصص	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها
تقویت پژوهش و پایش مستمر سیاست‌ها	مستمر (بلندمدت)	گزارش‌های سالانه عملکرد و پیشرفت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پژوهشگاه‌ها

## توانبخشانی

ارتقای فرهنگ حمایت از افراد دارای معلولیت.

اجرای این اقدامات نیازمند تخصیص منابع کافی، ایجاد ساختارهای مدیریتی منسجم و نظارت مستمر توسط دستگاه‌های مسئول است. جدول زمان‌بندی اجرای سیاست، شاخص‌های ارزیابی عملکرد و مسئولیت‌های مشخص هر دستگاه در **جدول شماره ۱** قابل مشاهده است:

## بحث

اجرای سیاست‌های ارتقای تولید خدمات توان‌بخشی در ایران با ملاحظات و چالش‌های گوناگونی همراه است:

## مقاومت سازمانی و الزام اجماع بین‌بخشی

سازمان‌های مختلف با منافع و دیدگاه‌های متفاوت می‌توانند در ایجاد همکاری هماهنگ چالش ایجاد کنند. ایجاد فضای گفت‌وگو و تعامل مستمر حیاتی است.

## محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی

کمبود بودجه و نیروی متخصص از موانع اساسی است که نیازمند برنامه‌های میان‌مدت و بلندمدت برای ارتقا و تخصیص بهینه منابع است.

- تشکیل و فعال‌سازی شورای عالی رفاه، توان‌بخشی و سالمندی با دستور کار تدوین سند جامع، هماهنگی بین‌بخشی و نظارت مستمر بر اجرای سیاست‌ها؛

- برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی بازنگری شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی با تأکید بر مهارت‌های میان‌رشته‌ای توان‌بخشی و تربیت نیروی انسانی متخصص؛

- اصلاح نظام پرداخت و بیمه خدمات توان‌بخشی با تعریف بسته‌های خدمتی مشخص و پرداخت به موقع به مراکز ارائه‌دهنده خدمات؛

- ایجاد سازوکارهای قانونی و نظارتی شفاف با تدوین مقررات، اجرای اعتبارسنجی مراکز و تشکیل کمیته‌های پیگیری و پاسخگویی؛

- راه‌اندازی سیستم جامع ثبت اطلاعات توان‌بخشی با همکاری دستگاه‌ها جهت ثبت وضعیت بیماران، خدمات و مراکز توان‌بخشی؛

- حمایت مالی و سیاست‌های تشویقی دولت جهت گسترش خدمات در بخش دولتی و غیردولتی و توسعه فناوری‌های کمکی و دانش‌بنیان؛

- ارتقای مشارکت ذی‌نفعان و جامعه از طریق تشکیل انجمن‌های تخصصی و فراگیر کردن آموزش‌های عمومی جهت

### نبود ساختارهای نظارتی کارآمد و شفاف

فراهم نمودن زیرساخت‌های قانونی، نظارتی و گزارش‌دهی که امکان پایش دقیق عملکرد تولید را فراهم کند، ضروری است.

### نیاز به فرهنگ‌سازی و آموزش همگانی

تغییر نگرش‌های عمومی و حرفه‌ای نسبت به اهمیت توان‌بخشی و حقوق افراد دارای معلولیت، یکی از پیش‌نیازهای مؤثر بودن سیاست‌ها است.

### چالش‌های فناوریانه و دسترسی به تجهیزات کمکی

توسعه فناوری‌های بومی و واردات تجهیزات مناسب همراه با آموزش استفاده از آن‌ها باید در دستور کار باشد.

### ضرورت پایش مستمر و بازنگری سیاست‌ها

سیاست‌ها باید منعطف و براساس داده‌ها و تجربیات موجود به روز شود تا اثربخشی مطلوب حاصل شود.

- پذیرش نقش فعال کلیه ذی‌نفعان و تقویت تعهد سیاسی در سطوح مختلف تصمیم‌گیری کلید موفقیت در اجرای این سیاست‌ها است.

### نتیجه‌گیری

در جمهوری اسلامی ایران، دسترسی به خدمات توان‌بخشی به‌طور کامل برای همه نیازمندان فراهم نشده است. این وضعیت عمدتاً ناشی از فقدان مدیریت یکپارچه و نظام‌مند در ارائه خدمات توان‌بخشی و همچنین محدودیت‌های منابع انسانی و مالی است. برای ارتقای پوشش و کیفیت خدمات توان‌بخشی، لازم است اقدامات هماهنگ و چندجانبه‌ای در سه حوزه کلیدی صورت گیرد:

### ساماندهی مدیریت خدمات توان‌بخشی

ایجاد ساختار تولیدی یکپارچه و تعیین سیاست‌ها و استانداردهای ملی در حوزه برنامه‌ریزی، تأمین تجهیزات و نظارت بر ارائه خدمات ضروری است تا هم‌افزایی بین بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی افزایش یابد و پراکندگی و موازی‌کاری کاهش یابد.

### تقویت نیروی انسانی متخصص

توسعه برنامه‌های آموزشی و ظرفیت‌سازی برای تربیت تعداد بیشتری از متخصصان توان‌بخشی (از جمله فیزیوتراپیست‌ها، کاردرمانگران، گفتاردرمانگران و سایر حرفه‌های مرتبط) و ارتقای مهارت‌های بالینی و مدیریتی آنان، به‌منظور پاسخگویی به نیاز رو به رشد جامعه الزامی است.

### گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات توان‌بخشی

توسعه و تعمیق پوشش بیمه‌ای این خدمات موجب کاهش بار مالی بر خانواده‌ها، افزایش دسترسی به درمان‌های اثربخش و جلوگیری از قطع درمان‌های ضروری خواهد شد.

در صورت عدم اجرای این اقدامات، پیامدهای منفی قابل‌توجهی محتمل است؛ از جمله محرومیت تعداد بالایی از افراد نیازمند از دریافت خدمات توان‌بخشی حیاتی، افزایش بار بیماری و ناتوانی در جامعه و به تبع آن افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم نظام سلامت. بنابراین برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری هدفمند در مدیریت، نیروی انسانی و ساختارهای بیمه‌ای برای ارتقای نظام ارائه خدمات توان‌بخشی یک ضرورت سلامت عمومی است.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تأییدیه اخلاقی از دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی (IR.USWR.REC.1402.099) دریافت شد.

#### حامی مالی

بودجه تحقیقاتی از دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی تأمین شده است.

#### مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: مهناز افشاری و کیانوش عبدی؛ تحقیق و بررسی و ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: همه نویسندگان.

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## References

- [1] World Health Organization (WHO). Rehabilitation [Internet]. 2024 [Updated 2024 April 22]. Available from: [\[Link\]](#)
- [2] Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden of disease study 2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2021; 396(10267):2006-2017. [\[DOI:10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0\]](#) [\[PMID\]](#)
- [3] World Health Organization (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. 2022 [Updated 2025 December 15]. Available From: [\[Link\]](#)
- [4] Najafi Z, Abdi K, Khanjani MS, Dalvand H, Amiri M. Convention on the rights of persons with disabilities: Qualitative exploration of barriers to the implementation of articles 25 (health) and 26 (rehabilitation) in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2021; 35:10. [\[DOI:10.47176/mjiri.35.10\]](#) [\[PMID\]](#)
- [5] Irvani M, Riahi I, Abdi K, Tabibi SJ. A comparative study of the rehabilitation services systems for people with disabilities. *Archives of Rehabilitation*. 2021; 21(4):544-63. [\[DOI:10.32598/RJ.21.4.3225.1\]](#)
- [6] Abdi K, Arab M, Khankeh H, Kamali M, Rashidian A, Farahani F, et al. Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 2016; 13(4):1. [\[Link\]](#)
- [7] Najafi Z, Abdi K, Soltani S. Stewardship; the missing loop of rehabilitation in the health system: A policy brief. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2023; 37:66. [\[DOI:10.47176/mjiri.37.66\]](#) [\[PMID\]](#)
- [8] Khamenei. ir. Communicating general “health” policies (Persian) [Internet]. 2019 [Updated 2026 January 2]. Available from: [\[Link\]](#)
- [9] World Health Organization (WHO). Rehabilitation in health systems: Guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019. [\[Link\]](#)
- [10] Abdi K, Najafi Z, Foroughi Z, Afshari M. Health policy analysis for stewardship of rehabilitation services. *BMC Health Services Research*. 2024; 24(1):1301. [\[DOI:10.1186/s12913-024-11746-x\]](#) [\[PMID\]](#)
- [11] Najafi Z, Najafi E, Yarandi RB, Soltani S, Basakha M, Abdi K. [Socioeconomic inequalities in healthcare and rehabilitation expenditure: An analysis of costs for people with disabilities in Iran (Persian)]. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*. 2025; 12(2):e157878. [\[DOI:10.5812/mejrh-157878\]](#)
- [12] Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Kamali M, Majdzadeh R, Karami Matin B. Disregarded health problems of people with disabilities: A qualitative study of policymakers' perspective. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 20(2):136-49. [\[DOI:10.32598/rj.20.2.136\]](#)
- [13] Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi S J, Kamali M. Comparing the rehabilitation structures in the health systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa. *Archives of Rehabilitation*. 2023; 24(1):96-113 [\[DOI:10.32598/RJ.24.1.3582.1\]](#)
- [14] Afshari M, Najafi Z, Foroughi Z, Abdi K. Stewardship of rehabilitation services in Iran: A qualitative study exploring current challenges and solutions. *Disability and Rehabilitation*. 2025; 47(25):6632-44. [\[DOI:10.1080/09638288.2025.2519505\]](#) [\[PMID\]](#)
- [15] Abdi K, Foroughi Z, Najafi Z, Afshari M. Challenges and solutions to effective stewardship of rehabilitation services: A scoping review. *BMC Health Services Research*. 2025; 25(1):1211. [\[DOI:10.1186/s12913-025-13366-5\]](#) [\[PMID\]](#)
- [16] Turoff M. The design of a policy Delphi. *Technological Forecasting and Social Change*. 1970; 2(2):149-71. [\[DOI:10.1016/0040-1625\(70\)90161-7\]](#)
- [17] Veillard JHM, Brown AD, Barış E, Permanand G, Klazinga NS. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*. 2011; 103(2-3):191-9. [\[DOI:10.1016/j.healthpol.2011.09.002\]](#) [\[PMID\]](#)

This Page Intentionally Left Blank