

**Research Paper****Comparing the Rehabilitation Structures in the Health Systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa**Mojgan Farahbod<sup>1</sup>, \*Iravan Masoudi Asl<sup>2</sup>, Seyyed Jamaloddin Tabibi<sup>1</sup>, Mohammad Kamali<sup>3</sup>

1. Department of Health Services Management, Faculty of Medical Sciences and Technologies, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Department of Health Services Management, School of Management and Communication, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Basic Rehabilitation Sciences, Faculty of Rehabilitation Sciences, Rehabilitation Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



**Citation** Farahbod M, Masoudi Asl, Tabibi SJ, Kamali M. Comparing the Rehabilitation Structures in the Health Systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa (Persian). *Archives of Rehabilitation*. 2023; 24(1):96-113. <https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.3582.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.3582.1>

**ABSTRACT**

**Objective** Because of the increasing number of people with disabilities and the lack of awareness of disability prevention methods in developing countries, creating a proper rehabilitation structure and providing appropriate services are among the important goals of every health system. Conducting comparative studies is one of the research methods for reviewing the structure of the rehabilitation system in the country's health system. This study aimed to compare the rehabilitation structure in Iran with 5 other countries.

**Materials & Methods** This research is a comparative study conducted in 2022. In this study, sampling was purposeful. Five countries of Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa were compared in terms of organizational and health management, financial and legal components, and social policy components with Iran. Reliable databases and related resources in the rehabilitation structure were used to collect data. In this study, the obtained data were analyzed using the Bereday model containing four stages: Description, interpretation, proximity, and comparison. The findings were evaluated in a comparative table.

**Results** The findings indicated that in terms of organization and health management, the Ministry of Health should be responsible for health management and rehabilitation, but in Iran, in addition to the Ministry of Health, the Red Crescent, the Martyr Foundation, and Exceptional Education Organization are also involved in the management of rehabilitation. Financial issues and problems are significant barriers for people with disabilities to access rehabilitation services in these countries. In Iran, a large part of these costs is paid from the pockets of families. Regarding legal components in Iran, as in other countries, specific rules exist to provide services to people with disabilities. But sometimes, these rules are not properly implemented. From the sociodemographic perspective, Iran has an aging population, welcomes immigrants, and holds diverse cultures. The access of all people in need of rehabilitation in this diverse population to the services needed is limited. In terms of policy components, regulating national health policy requires review and, if necessary, changes in existing health system policies.

**Conclusion** The existence of a specific position for rehabilitation in the Iranian health system, provision of services, and management of rehabilitation affairs by a single organization such as the Ministry of Health, as well as proper implementation of laws and policies, can lead to structural improvement and management of the health system and rehabilitation. Financial obstacles and problems to rehabilitation services should be reduced, and government and insurance must cover most of the costs of rehabilitation services. Also, a review of national health policies and legislation in the country should be done to improve the access of all people with disabilities to health and rehabilitation services. Therefore, it is necessary to fundamentally review and reform the structure, value, and process of providing rehabilitation services.

**Keywords** Rehabilitation, Health system, Comparative study, Disability

Received: 11 Mar 2022

Accepted: 07 Aug 2022

Available Online: 01 Apr 2023

**\* Corresponding Author:**

**Iravan Masoudi Asl, Associate Professor.**

**Address:** Department of Health Services Management, School of Management and Communication, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Tel:** +98 (920) 9901218

**E-Mail:** [masoudi\\_1352@yahoo.com](mailto:masoudi_1352@yahoo.com)

## English Version

### Introduction

The World Health Organization (WHO) recognizes disability as a global and public health issue, a human rights issue, and a priority in growth and development [1]. Many people with disabilities have a lower-level status in terms of health compared to other people in their society. The poor health status they experience is not necessarily a direct result of their disabilities but is related to their access to services and treatment programs [2]. In most countries, the Ministry of Health is in charge of community health. So, rehabilitation services are run by the government, the private sector, or non-government [3]. Rehabilitation includes specific goals to reduce the impact of disability, empowering a disabled person to achieve independence and be present in the community, manage himself, and obtain a higher quality of life [4]. In many developing countries, there are not enough resources to diagnose and prevent disability, provide rehabilitation and treatment needs, and plan special services for people with disabilities [5]. There are serious challenges in the functioning of the system. The health system is seen as an injustice in the access of all people to treatment and rehabilitation services, dissatisfaction with the quality of services provided, high costs, and the inability to pay treatment and rehabilitation costs for the general public [6, 7].

In Iran, the health system pays more attention to the treatment concept and less to rehabilitation. One of the reasons for this neglect could be the lack of a specific place for rehabilitation in Iran's health system and the provision of services by several organizations such as the Ministry of Health, the Welfare Organization, the Exceptional Education Organization, and the Martyr and Red Crescent Foundations [8, 9]. Few studies have been conducted on the rehabilitation system in Iran's health care system, and there is no written and specific policy for providing rehabilitation services. The main question is how to keep up with current developments and eliminate the country's rehabilitation structure deficiencies. Considering the general purpose of this study, which is to compare the planning and components of the rehabilitation structure in the health care system of several countries, the researchers have tried to examine the components of the systems to meet the needs of the health system by conducting a comparative study. In this study, the countries of Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa, which are the leading countries in terms of rehabilitation systems in their continents, were selected to identify the structure of rehabilitation in the health system of these

countries and compare them with Iran and make practical suggestions to improve Iran's rehabilitation system.

This study aimed to compare the rehabilitation structure of Iran with these selected countries, and the findings can be used as a guide for legislation by the government to provide the infrastructure of the rehabilitation system.

### Materials and Methods

This applied research has been done with a descriptive-comparative method. The information required was obtained through existing databases, including the review of books, scientific journals, documents, publications, library documents, research reports, official documents published by the investigated countries and the WHO, and a search in the global Internet network.

To collect data related to the countries under study, the keywords of "rehabilitation organization," "health system," "health management," "financial components," "legal components," "social components," and "policy components" were searched along with the names of the countries under study. Next, the research related to the health and rehabilitation system was collected, translated, and analyzed in domestic and foreign search databases such as *Irاندو*, *SID*, and *Magiran* and foreign databases such as *Google Scholar*, *Scopus*, *ScienceDirect*, *PubMed*, and *Elsevier* between the 2000 and January 2022. While conducting and analyzing the research, in the first stage, 150 research articles and reports were collected from the countries under study. Then, 100 articles were excluded from the study due to their irrelevance based on their abstract, text, or unavailability. Finally, 50 articles and reports were analyzed and compared as approved articles. To compare the countries' rehabilitation structure, organizational dimensions, health management, and financial, legal, social, and policymaking components in the rehabilitation system of these countries were examined and compared with each other.

The Bereday model was used in this study [8, 10]. This method consists of 4 stages: Description, interpretation, proximity, and comparison. In the description stage, the research phenomena were prepared based on evidence, information, and note-taking, and by preparing sufficient findings for examination in the next stage. The data collected and described in the first stage was checked and analyzed in the interpretation stage. In the proximity stage, the information obtained from the previous stages was classified and put together to create a framework for comparing similarities and differences. Finally, in the comparison stage, the details of the similarities and differ-

ences in criteria and sub-criteria were discussed, and the research questions were answered.

In this research, sampling was done purposefully. The statistical population included the structure of rehabilitation in the health system of the countries of the world, and the research sample included the countries of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa, each based on the geographical region and representatives of the continents of America, Europe, Asia, and Africa. The information related to the rehabilitation system's health management and financial, legal, social, and policy components were collected. Then, the desired information and content were searched according to the research objectives, and the collected data were arranged in tables for each component of the rehabilitation system. In this way, by organizing the data, similarities, and differences between the designated countries and suggestions and solutions to improve each component of the rehabilitation system in Iran were presented.

## Results

In Iran, the Ministry of Health and Medical Education is responsible for health management and achieving the highest level of health services for all members of society. However, in rehabilitation management, in addition to the Ministry of Health, the Welfare Organization, the Red Crescent, the Martyr Foundation, and the Affairs of Veterans and Exceptional Education, each has a separate role. In Turkey, as in Iran, this responsibility rests with the Ministry of Health. South Africa's health system consists of a large public and private sector. The government funds the country's public health, with the Ministry of Health responsible for overall health care. In Germany, the responsibility lies with the Federal Joint Committee, the Ministry of Health and Social Security, and the Federal Social Committee, consisting of 4 bodies: The Emergency Care Committee, Dental Care Committee, Hospital Care Committee, and Physician Affairs Committee. In Japan, health management is managed by the Ministry of Health, Labor, and Welfare and is covered by the public insurance system. In Canada, responsibilities are divided between the federal government, the Accreditation Department, and private bodies.

Comparing the financial components of the health and rehabilitation system in Iran, half of the health costs are paid directly from the families' own pockets, which puts them in the abyss of back-breaking expenses caused by the occurrence of disease [8, 5]. Credits of the organizational structure of service insurance in Iran are related to the Ministry of Welfare and Social Security. The Welfare Organization provides part of the rehabilitation budget; insurance

does not cover many rehabilitation services, including occupational therapy. In South Africa, the government offers a major part of health expenses at the national and state levels [11]. The Ministry of Finance and the Social Security Institute finance and allocate resources in Turkey. Insurance companies play a small role in providing health services [12]. In Germany, health insurance is the most important source of healthcare financing [13]. In Japan, one-third of health care costs are covered by general taxes [14]. In Canada, about 70% of health costs are financed by public taxes, and the federal government provides part of the costs and implements public health coverage [15].

Comparing the legal components, in Iran, based on Article 84 of the Fourth Development Plan Law, the government is obliged to take measures in the field of food and nutrition security in the country, providing a suitable food basket and reducing diseases caused by malnutrition and expanding public health in the country. In South Africa, the public healthcare system provides health services with all its weaknesses, poor quality, and poor infrastructure [11]. In Turkey, the Ministry of Health is responsible for implementing care policies, and its supervisory authority is the Social Security Institute [12]. In Germany, health care is provided by a wide range of non-private organizations, and the federal government is responsible for legislating and planning the tasks of these organizations, schools for children with special needs, nursing homes, and youth organizations [13]. In Japan, local governments are important in passing laws and providing social services and urban healthcare. Public health centers also offer services at the provincial level and urban health centers [14]. In Canada, most activities in daily public health and supporting infrastructure are the responsibility of state and regional governments [15].

Comparing the social components, Iran has a population of 82 million people with diverse cultures accepting many immigrants. The population growth rate is high, and the population is aging. In South Africa, racial and geographical differences in access to healthcare services can be seen. There is a lack of access to health systems in poor and marginalized areas, and unfair gender treatment occurs [11]. In Turkey, life expectancy has increased, and the difference in the quality of care and health in the eastern and western regions has decreased compared to the past [12]. In Germany, from a social point of view, the number of nuclear families and the population of elderly people have increased, and the working forces in society have decreased [13]. In Japan, there has been an increase in the number of nuclear families and the elderly population. Following the increase in the elderly population, the existence of geriatric hospitals with limited amenities and

the lack of rehabilitation services are some of the social problems in the country [14]. Canada is the second largest country in the world, with a low population density, which is culturally influenced by the United States of America. It has a population with high cultural diversity due to high immigration rates, the unique rights of indigenous peoples, and a significant increase in life expectancy [15].

Comparing the components of policymaking, in Iran, setting the national health policy requires review and, if necessary, changes in the existing health system policies [8], which has led to the approval of the fourth development plan law [16]. In South Africa, in recent years, there have been concerns about the lack of policies and guidelines in the field of rehabilitation. This lack of policy has often caused services in this country to be absent or underdeveloped [11]. In Turkey, the provincial managers of the Ministry of Health implement health policies at the operational level. The Grand National Assembly of Turkey is the highest policymaking body for all sectors, including health [12]. In Germany, policies and decisions are the responsibility of the federal government and the Ministry of Health and Social Security [13]. In Japan, policies in the field of health and rehabilitation are the responsibility of the Ministry of Health and the Ministry of Welfare [14]. The healthcare policies and programs in Canada are strongly influenced by non-governmental organizations such as health service associations and professional organizations such as regulatory organizations, protective associations, trade unions, and patient and disease defense associations [15].

## Discussion

Comparing the rehabilitation structure in Iran's health system with other countries regarding organizational components and health management in most countries, including Turkey, South Africa, Germany, and Japan, the Ministry of Health is responsible for health management and health care. In Iran, the Ministry of Health is responsible for health management and health achievement by all members of society. In addition to the Ministry of Health, the Welfare Organization, the Red Crescent, the Martyr and Veterans Foundation, and the Exceptional Education Organization, each has a separate role in rehabilitation management. According to the WHO, developing countries lack a favorable situation in terms of organization and management in the health and rehabilitation system [8, 1]. The case in Iran is the same. More attention is paid to formulating laws and regulations and little attention to how these policies are implemented and the stakeholders in policymaking [8, 17].

In terms of financial components, the findings indicated that the studied countries, through health insurance, public tax, public health insurance coverage, and social security institution, try to provide healthcare costs for society members, especially services for people with disabilities. However, in Iran, a large part of health care and rehabilitation costs are paid directly from the families' pockets, and financial barriers are one of the significant obstacles to the access of people with disabilities to medical and rehabilitation services. Previous research in Iran also confirmed that financial obstacles could put families in the abyss of back-breaking expenses caused by the occurrence of disease [18-20]. Currently, the inadequacies of our country's health system in providing services and financing should be considered. Especially the use of rehabilitation services in the private sector, the high costs of rehabilitation services, and the lack of insurance coverage force people with disabilities to leave the treatment process [8].

The findings confirm that in a country like Germany, financial obstacles and the lack of integration in the referral system can affect vulnerable and low-income groups [14]. For this reason, health services are one of the most important concerns of governments in all low-income or high-income countries [8, 21]. Also, rehabilitation costs can be an obstacle for people with disabilities in high-income and low-income countries, and restrictions on access to health and rehabilitation services lead to restrictions on the participation of these people in society and activities [19].

Regarding legal components, in most countries under review, specific laws and regulations exist for providing services to people with disabilities. Studies have shown that in Iran, very limited measures have been taken to control the quality of health services and the data of the Iranian system, and the implementation of the established laws is not done well. However, several measures in this field have been taken in some countries under investigation [22]. Also, the findings indicated that in Iran, various institutions play a role in the formulation of rehabilitation laws, and also various factors lead to the formation of the rehabilitation system.

Regarding the social component, the findings indicate that most social and cultural factors affecting health in the country are ignored [8, 18]. Abdi et al. listed the social barriers affecting health and rehabilitation, negative social attitudes towards people with disabilities, and ignoring cultural factors among the social obstacles to providing rehabilitation services to people with disabilities in the health system [18]. Kleinitz et al. pointed to social and cultural barriers such as the lack of information on con-

sumers of health and rehabilitation services and negative sociocultural attitudes and beliefs towards people with disabilities [23]. Fisher's findings showed that providing some training and social resources for the implementation of social policies can affect the level of access of families to the health and rehabilitation services they need [24]. Therefore, preparing preventive measures, education, and social and cultural policies in the country can improve people's access to health and rehabilitation services.

In terms of policy components, as mentioned, the provision of rehabilitation services in Iran and policies in this field is carried out by several organizations, including the Ministry of Health, the Welfare Organization, and the Red Crescent. The unknown nature of rehabilitation in the country can be caused by the lack of public awareness and service providers and policymakers, which has affected inter-sectoral cooperation and the correct implementation of policies [18]. The results of studies in Germany have shown that correct policymaking and cooperation in the rehabilitation process will improve the condition of people with disabilities [25]. Bailey stated that the existence of deficiencies in local policies towards disability, negative attitudes, and limited understanding of the rights of people with disabilities, not only among families and community members but also among policymakers and local officials, are among the obstacles that must be overcome to facilitate people's access to appropriate rehabilitation services [26].

Therefore, making changes and improving the rehabilitation structure in the health system is often focused on political decision-making by the executive and legislative branches of the government, and health system reforms usually face difficult political challenges. These reforms and policies do not end only with adopting a plan; whether these reforms are implemented compassionately and correctly or not plays an important role.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

This study followed all the ethical principles of research, including the confidentiality of the information and high-hand documents. It should be noted that this research did not have human participants.

### Funding

This article is taken from the PhD thesis of Mozhgan Farhabod in managing healthcare services at the [Islamic Azad University of Research and Science Branch](#).

## Authors' contributions

Planning and conceptualization: Mozhgan Farhabod and Irvan Masoudi Asl; Methodology: Mozhgan Farhabod, Irvan Masoudi Asl and Mohammad Kamali; Data collection, validation, analysis, research, draft writing, reviewing, editing, and finalizing the article: All authors.

## Conflict of interest

All authors declared no conflict of interest.



## مقاله پژوهشی

## مقایسه ساختار توانبخشی در نظام سلامت کشورهای ایران، آلمان، ژاپن، کانادا، ترکیه و آفریقای جنوبی: مطالعه تطبیقی

مژگان فرهید<sup>۱</sup>، \*ایروان مسعودی اصل<sup>۲</sup>، سید جمال الدین طیبی<sup>۱</sup>، محمد کامالی<sup>۳</sup>

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. گروه علوم پایه توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.



**Citation** Farahbod M, Masoudi Asl, Tabibi SJ, Kamali M. [ Comparing the Rehabilitation Structures in the Health Systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2023; 24(1):96-113. <https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.3582.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.3582.1>



**اهداف** باتوجه به افزایش تعداد افراد دارای ناتوانی و کمبود آگاهی از روش‌های پیشگیری از ناتوانی در کشورهای در حال توسعه، ایجاد ساختار توانبخشی مناسب و ارائه خدمات مناسب از اهداف مهم نظام سلامت به شمار می‌رود. انجام مطالعات تطبیقی، یکی از روش‌های پژوهش در بازنگری ساختار توانبخشی در نظام سلامت کشور است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی تطبیقی ساختار توانبخشی در نظام سلامت ایران با ۵ کشور دیگر است.

**روش بررسی** این پژوهش، یک مطالعه تطبیقی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. در این مطالعه، نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده و ۵ کشور آلمان، ژاپن، کانادا، ترکیه و آفریقای جنوبی به لحاظ مؤلفه‌های سازمانی و مدیریت بهداشت، مؤلفه‌های مالی، مؤلفه‌های قانونی، مؤلفه‌های اجتماعی و مؤلفه‌های سیاست‌گذاری با ایران مقایسه شدند. برای گردآوری داده‌ها از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و سایر منابع مرتبط در زمینه ساختار توانبخشی استفاده شد. در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از مدل آموزش تطبیقی بردی در ۴ مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها در قالب جدول تطبیقی مقایسه شدند.

**یافته‌ها** یافته‌ها حاکی از این بود که به لحاظ سازمانی و مدیریت بهداشت، وزارت بهداشت مسئولیت مدیریت بهداشت و توانبخشی را برعهده دارد، اما در ایران علاوه بر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و آموزش و پرورش استثنایی نیز در مدیریت امور توانبخشی نقش دارند. مسائل و مشکلات مالی، از موانع قابل توجه در دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات توانبخشی در بین این کشورهاست و در ایران نیز بخش زیادی از این هزینه‌ها از جیب خانواده‌ها پرداخت می‌شود. از نظر مؤلفه‌های قانونی در ایران نیز مانند سایر کشورها، قوانین و مقررات مشخصی برای ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی وجود دارد. ولی گاهی این قوانین و مقررات به خوبی اجرا نمی‌شود. به لحاظ اجتماعی، ایران کشوری با جمعیت رو به سالمندی، پذیرای مهاجرین و دارای فرهنگ‌های متنوع است و دسترسی تمام افراد نیازمند توانبخشی در این جمعیت بالا به خدمات مورد نیاز با محدودیت مواجه است. به لحاظ مؤلفه سیاست‌گذاری نیز فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت مستلزم بررسی است و در صورت لزوم، تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت نیاز است.

**نتیجه‌گیری** وجود جایگاه مشخص برای توانبخشی در نظام سلامت ایران، ارائه خدمات و مدیریت امور توانبخشی توسط یک سازمان واحد همچون وزارت بهداشت و همچنین اجرای صحیح قوانین و سیاست‌گذاری‌ها، می‌تواند به بهبود بخش ساختاری و مدیریت نظام سلامت و توانبخشی منجر شود. باید موانع و مشکلات مالی موجود بر سر راه خدمات توانبخشی کاسته شود و دولت و بیمه‌ها بخش اعظم هزینه‌های مربوط به خدمات توانبخشی را تحت پوشش قرار دهند. همچنین بازنگری در تنظیم سیاست‌های ملی سلامت و قانون‌گذاری‌ها باید به گونه‌ای باشد که به بهبود دسترسی تمام افراد دارای ناتوانی به خدمات سلامت و توانبخشی منجر شود. بنابراین ضروری است که بازنگری و اصلاح اساسی در ساختار، قوانین و فرایندهای ارائه خدمات توانبخشی صورت گیرد.

**کلیدواژه‌ها** توانبخشی، نظام سلامت، مطالعه تطبیقی، ناتوانی

تاریخ دریافت: ۲۰ اسفند ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۶ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۱

\* نویسنده مسئول:

دکتر ایروان مسعودی اصل

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: +۹۸ (۹۲۰) ۹۹۰۱۲۱۸

رایانامه: masoudi\_1352@yahoo.com

## مقدمه

در نظام‌های عمومی جامعه به‌منظور تطابق و مناسب‌سازی محیط، تدارک حمایت از حقوق انسانی و توانمندسازی آن نیز هست [۹]. توان‌بخشی رابط مهمی برای افراد دارای ناتوانی است که نقش مهمی را در درمان، بهبود و همچنین ارتقای سطح کارایی آنان تا بالاترین حد ممکن، به‌منظور دستیابی به یک زندگی مستقل در جامعه بازی می‌کند [۱۰] و همچنین امتیاز ارزشمندی برای نظام سلامت و بهداشت است، زیرا امروزه خدمات توان‌بخشی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین ارکان حوزه سلامت با مفهوم جامع آن بوده و طیف وسیعی از خدمات در سطوح و ابعاد مختلف، از جمله پیشگیری، توانمندسازی، توان‌بخشی پزشکی (تشخیص به‌موقع، غربالگری و خدمات توان‌بخشی)، آموزشی، اجتماعی، مراقبتی و حرفه‌ای را دربر می‌گیرد. در واقع بخشی از مراقبت سلامتی است نه مرحله‌ای از آن. غالباً تصور می‌شود که توان‌بخشی سومین مرحله مراقبت است. اگر توان‌بخشی را صرفاً مرحله‌ای از مراقبت قلمداد کنیم، مددجو یا مراجع را از مزایای حیاتی این‌گونه خدمات محروم کرده‌ایم [۱۱].

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود که منابع کافی برای تشخیص و پیشگیری از ناتوانی و تأمین نیازهای توان‌بخشی و درمانی و برنامه‌ریزی خدمات ویژه برای افراد دارای ناتوانی وجود ندارد [۱۲]. چگونگی ارائه خدمات مراقبت سلامت در هر جامعه، ارتباط مستقیم با وضعیت اجتماعی، اقتصادی و سیاسی آن جامعه دارد. به‌عنوان مثال در کشورهای در حال توسعه نقایص و چالش‌های جدی در کارکرد نظام سلامت دیده می‌شود [۱۳]. برخی از این چالش‌ها عبارت از بی‌عدالتی در دسترسی تمام افراد به خدمات درمانی و توان‌بخشی، نارضایتی از کیفیت خدمات ارائه‌شده، بالا بودن هزینه‌ها و عدم امکان پرداخت هزینه‌های درمانی و توان‌بخشی برای عموم جامعه، عدم وجود مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گو بودن در بین برخی سیستم‌های درمانی و توان‌بخشی است [۱۴].

در ایران از دیرباز بهداشت، ارتقای سلامت و رفاه از عمده وظایف دولت تلقی شده و در یک ارگان دولتی تجمیع شده است. با این تفاوت که در طول سالیان متمادی، وظایف و مسئولیت‌های دیگری به آن افزوده و یا از آن کاسته شده است [۱۵]. در واقع در ایران، سلامت و تأمین اجتماعی از اهمیتی ویژه برخوردارند، چراکه هم زمینه و بستر اصلی شکل‌گیری و اجرای حرکت‌های معطوف به توسعه و هم هدف توسعه محسوب می‌شوند [۱۶]. در همین راستا قانون اساسی نیز در اصول متعددی به امر سلامت پرداخته است [۱۷]. با وجود تأکید قانون اساسی بر مقوله سلامت و تأمین اجتماعی، در عمل با یک نظام کارآمد و مطلوب در زمینه سلامت و به‌خصوص توان‌بخشی که از حیثیه‌های مهم در امر سلامت است، روبه‌رو نیستیم. در واقع در سیستم سلامت توجه بیشتر به مفهوم درمان است و بُعد توان‌بخشی مورد غفلت واقع شده است و علی‌رغم اهمیتی که بازتوانی بیماران و بازگرداندن

هرچه از تاریخ ظهور انسان متفکر می‌گذرد نقش فردی او در برنامه‌ها کمرنگ‌تر و نقش سازمان‌ها در رسیدن به اهداف انسان‌ها پررنگ‌تر می‌شود. امروزه این دولت‌ها هستند که با ایجاد سازمان‌ها، از طریق برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای ملت خود نقش اصلی و کلیدی را در توسعه ملی ایفا می‌کنند. نقش پژوهش در اصلاح و بهبود روش‌ها و سازمان‌ها بر هیچ‌کس پوشیده نیست و سازمان‌های پویا سازمان‌هایی هستند که همواره با به‌دادن به پژوهش و توسعه، به ارتقای کیفیت محصول یا عملکرد خود می‌پردازند و در نظام سلامت و بهداشتی درمانی این امر از اهمیت بسزایی برخوردار است [۱].

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان است و هیچ‌یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست [۲]. سازمان ملل، سلامت را به‌عنوان حق اساسی بشر مطرح کرده است [۱]. سازمان بهداشت جهانی نیز ناتوانی را به‌عنوان یک مسئله جهانی سلامت و بهداشت عمومی، یک مسئله حقوق بشر و نیز به‌عنوان یک اولویت در رشد و توسعه به رسمیت می‌شناسد [۳]. براساس گزارش‌های این سازمان، ۱۵ درصد از جمعیت دنیا، یعنی بیش از ۱ میلیارد نفر، افراد دارای ناتوانی هستند [۴]. بنابراین از مهم‌ترین دلایل اصلی پرداختن به مسئله ناتوانی و افراد دارای ناتوانی، افزایش روزافزون تعداد این افراد به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه و فقیر، به علت عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری از ناتوانی و نبود امکانات کافی یا استفاده نامناسب از امکانات موجود است [۵]. بسیاری از افراد دارای ناتوانی، از لحاظ بهداشت و سلامت در سطح پایین‌تری نسبت به سایر افراد جامعه خود هستند و سلامت نامطلوبی که آنان تجربه می‌کنند، لزوماً نتیجه مستقیم ناتوانی آن‌ها نیست، بلکه می‌تواند در ارتباط با مشکلات دسترسی این افراد به خدمات و برنامه‌های درمانی باشد [۶]. با توجه به این مسائل، تقاضا و نیاز به خدمات بهداشتی و توان‌بخشی در جوامع زیاد شده و ارائه خدمات توان‌بخشی مطلوب به افراد دارای ناتوانی همواره از دغدغه‌های مهم نظام سلامت در هر کشور محسوب می‌شود.

همه شهروندان از حق و حقوقی برای زندگی در جامعه برخوردارند، افراد دارای ناتوانی نیز باید حقوق مشابهی برای زندگی همچون سایر شهروندان داشته باشند. توان‌بخشی یک راهبرد اساسی و کلیدی است که هر دو جنبه قوانین و نیازهای مرتبط به افراد دچار ناتوانی را دربر می‌گیرد [۷]. در اکثر کشورها وزارت بهداشت متولی سلامت جامعه است و خدمات توان‌بخشی را که توسط دولت، بخش خصوصی و یا غیردولتی اداره می‌شوند و موردنیاز افراد مبتلا به ناتوانی است مدیریت می‌کند [۸]. توان‌بخشی دربرگیرنده اهداف معین برای کاستن تأثیر ناتوانی، توانمند ساختن فرد برای رسیدن به استقلال و حضور در اجتماع، خودگردانی و کسب زندگی با کیفیت بیشتر است. توان‌بخشی نه‌تنها آموزش به افراد دارای ناتوانی است، بلکه مسئول مداخلاتی

مناسب بدان دست می‌زند [۱۸-۲۰]. به همین منظور در این مطالعه کشورهای آلمان، ژاپن، کانادا، ترکیه و آفریقای جنوبی که کشورهای پیشرو به لحاظ نظام توان‌بخشی در قاره خود بودند انتخاب شدند تا به شناسایی ساختار توان‌بخشی در نظام سلامت این کشورها و مقایسه آن‌ها با ایران پرداخته و پیشنهادهای کاربردی برای بهبود بخشیدن به نظام توان‌بخشی ایران ارائه شود.

هدف از انجام این مطالعه تطبیقی، مقایسه ساختار توان‌بخشی ایران با سایر کشورهای منتخب بود که یافته‌های حاصل می‌تواند به‌عنوان راهنمای قانون‌گذاری توسط دولت جهت تأمین زیرساخت‌های نظام توان‌بخشی استفاده شود.

### روش‌ها

این پژوهش کاربردی با شیوه توصیفی تطبیقی انجام شده است و اطلاعات مورد نیاز آن برای پاسخ‌گویی به پرسش‌ها و جمع‌آوری داده‌ها، از طریق بانک‌های اطلاعاتی موجود از جمله بررسی کتب، مجلات علمی، مستندات، انتشارات، اسناد و مدارک کتابخانه‌ای، گزارش‌های تحقیقی و همچنین اطلاعات رسمی منتشر شده از طرف کشورهای مورد بررسی و سازمان بهداشت جهانی و جست‌وجو در شبکه جهانی اینترنت گردآوری شده است.

برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه، واژه‌های کلیدی ساختار توان‌بخشی (rehabilitation organization)، نظام سلامت (health system)، مدیریت بهداشت (health management)، مؤلفه‌های مالی (financial components)، مؤلفه‌های قانونی (legal components)، مؤلفه‌های اجتماعی (social components) و مؤلفه‌های سیاست‌گذاری (policy components) همراه با نام کشورهای مورد مطالعه جست‌وجو شده و پژوهش‌های در ارتباط با نظام سلامت و توان‌بخشی در پایگاه‌های جست‌وجوی داخلی و خارجی مانند مگیران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایران‌داک، اسکوپوس، گوگل‌اسکالر، ساینس دایرکت، پابمد و الزویر بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ژانویه سال ۲۰۲۲ میلادی جمع‌آوری، ترجمه و بررسی شدند.

در مسیر انجام و تحلیل پژوهش، در مرحله اول ۱۵۰ مقاله پژوهشی و گزارش از کشورهای مورد مطالعه گردآوری شد. ۱۰۰ مقاله نیز به علت نامرتب بودن براساس چکیده و متن و یا در دسترس نبودن از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۵۰ مقاله و گزارش به‌عنوان مقالات مورد تأیید، تحلیل و مقایسه شدند. جهت مقایسه ساختار توان‌بخشی نظام سلامت کشورهای مدنظر، ابعاد سازمانی و مدیریت بهداشت، مؤلفه‌های مالی، قانونی، اجتماعی و سیاست‌گذاری در نظام توان‌بخشی این کشورها مورد پیمایش قرار گرفته و با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

آن‌ها به روند عادی و زندگی روزمره دارد، باز هم این امر مورد توجه چندانی قرار نگرفته است. یکی از دلایل این امر می‌تواند عدم وجود جایگاه مشخص برای توان‌بخشی در نظام سلامت ایران و ارائه خدمات از سوی چند سازمان همچون وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، بنیاد شهید و هلال احمر باشد [۱۸، ۱۹].

باتوجه به جایگاه عدالت در چشم‌انداز و اهداف کلان نقشه جامع سلامت و مرور بانک‌های اطلاعاتی نظام سلامت و توان‌بخشی و مرور قوانین و اسناد بالادستی مشخص شد مطالعات اندکی در زمینه نظام توان‌بخشی در سیستم بهداشتی درمانی ایران انجام شده و سیاست و برنامه مدون و مشخصی جهت فرایند ارائه خدمات توان‌بخشی وجود ندارد. همچنین مروری بر عملکرد بخش توان‌بخشی افراد دارای ناتوانی در ایران نشان می‌دهد علی‌رغم تلاش‌های انجام‌شده، مشکلاتی در حیطه توان‌بخشی وجود دارد [۱۸] و توان‌بخشی نزد بسیاری از پزشکان و سایر درمانگران، ناشناخته باقی مانده است. همچنین سیستم غربالگری و شناسایی افراد نیازمند توان‌بخشی در کشور کم‌وکاستی‌هایی دارد و هنوز گروه‌هایی از افراد دارای ناتوانی نمی‌توانند به خدمات پایه دسترسی داشته باشند و نیز افراد بهره‌مند نیز از رضایت کامل برخوردار نیستند.

سؤال اصلی این است که برای همگام شدن با تحولات موجود و رفع نقایص موجود در ساختار توان‌بخشی کشور، چه گام‌هایی باید برداشته شود. باتوجه به هدف کلی این مطالعه که مقایسه برنامه‌ریزی و اجزای ساختار توان‌بخشی در سیستم بهداشتی درمانی چند کشور به صورت منتخب بوده است، پژوهشگر با پرداختن به مباحث مذکور سعی کرده است اجزای سیستم‌های مورد نظر را بررسی کند تا بتواند پاسخ‌گوی نیازهای سیستم بهداشتی و درمانی ایران باشد.

بدیهی است پایه‌گذاری نظام توان‌بخشی نوین و کارآمد، به اندیشه‌های جدید و روش‌های نو نیاز دارد. پاسخ به سؤالاتی از قبیل ساختار سازمانی و مدیریت بهداشت در کشور چگونه است؟ به لحاظ مالی هزینه‌های بهداشت و درمان چگونه تأمین می‌شود؟ تصویب قوانین در نظام توان‌بخشی کشور چگونه صورت می‌گیرد؟ مؤلفه‌های اجتماعی و محیطی چه تأثیری بر سلامت افراد و نظام سلامت جامعه دارد؟ سیاست‌گذاری در نظام توان‌بخشی کشور چگونه صورت می‌گیرد؟ متخصصان توان‌بخشی را بر آن می‌دارد که به‌منظور همگام شدن با تحولات و پیشرفت‌های جدید برای ایجاد تغییرات و ایجاد نظام توان‌بخشی مؤثر در سیستم بهداشتی کشور، از طریق شناسایی نوآوری‌ها و روش‌های تازه به جست‌وجو بپردازند. یکی از شیوه‌های پژوهش در این زمینه، انجام مطالعات تطبیقی است. از اهداف اساسی مطالعات تطبیقی، ارائه نمونه‌های نوآوری و تأمین مأخذ و منبع برای سهولت بخشیدن به مطالعات گسترده‌ای است که هر کشور به سبب کشف نوآوری‌های مورد نیاز



کشور توسط دولت تأمین شده و وزارت بهداشت مسئول کلی مراقبت‌های بهداشتی است. در آلمان مسئولیت برعهده کمیته مشترک فدرال، وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی است و کمیته اجتماعی فدرال شامل ۴ بدنه از جمله: کمیته مراقبت اورژانس، کمیته مراقبت دندانپزشکی، کمیته مراقبت بیمارستانی و کمیته امور مربوط به امور پزشکان است. در کشور ژاپن نیز مسئولیت مدیریت بهداشت برعهده وزارت بهداشت، کار و رفاه و تحت پوشش سیستم بیمه همگانی است. در کانادا نیز در زمینه مدیریت بهداشت تقسیم وظایف میان دولت فدرال، اداره اعتباربخشی و نهادهای خصوصی صورت می‌گیرد و خدمات مراقبت درازمدت هم به صورت خصوصی و هم به صورت عمومی ارائه شده و مدیریت می‌شوند. مراقبت حاد توسط بیمارستان‌ها ارائه شده، خدمات توان‌بخشی در بستر بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی ارائه می‌شود و هزینه‌ای ندارد. مراکز توان‌بخشی سرپایی عموماً توسط فیزیوتراپیست‌ها و کاردرمانگران اداره می‌شوند.

در مقایسه مؤلفه‌های مالی نظام سلامت و توان‌بخشی در کشورهای منتخب، همان‌گونه که در جدول شماره ۲ آمده است، یافته‌ها نشان داد ایران تنها ۷/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌کند [۱۴، ۱۵]. بنابراین تأمین حدود ۵۴ درصد از هزینه‌های سلامت به‌طور مستقیم از جیب خود خانواده‌ها پرداخت شده و آن‌ها را در ورطه هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری می‌اندازد [۱۲، ۱۸]. اعتبارات ساختار سازمانی بیمه خدمات در ایران وابسته به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است و ۳ طرح بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح عمده‌ترین فعالیت‌های بیمه‌ای در سطح کشور را انجام می‌دهند [۱۵]. بخشی از بودجه توان‌بخشی توسط سازمان بهزیستی تأمین می‌شود.

بیمه بسیاری از خدمات توان‌بخشی از جمله کاردرمانی را تحت پوشش قرار نمی‌دهد. در کشور آفریقای جنوبی دولت بخش عمده‌ای از هزینه‌های بهداشتی را در سطوح ملی و ایالتی از صندوق‌های خود تأمین می‌کند. باین حال مؤسسه‌های خیریه در جهت کمک به بیماری‌های همه‌گیر از جمله ایدز به فعالیت خود ادامه می‌دهند. در عین حال دولت نیز برنامه‌های خدماتی خود در ارتباط با این گروه‌ها را ادامه می‌دهد [۲۲]. در کشور ترکیه وزارت دارایی و مؤسسه تأمین اجتماعی، مسئول تأمین مالی و تخصیص منابع هستند. شرکت‌های بیمه خصوصی، بیمه خویش‌فرما و سازمان‌های بین‌المللی نقش کمی در تأمین سلامت دارند [۲۳]. در کشور آلمان بیمه سلامت مهم‌ترین منبع تأمین مالی مراقبت سلامت است. بیمه اجتماعی قانونی آلمان موسوم به «سیستم بیسماک» برای مواردی همچون کاهش خطرات ناتوانی‌ها و حوادث مرتبط با کار، سالمندی و ناتوانی، بیکاری و نیاز به مراقبت درازمدت به کار گرفته می‌شود [۲۴]. در کشور ژاپن یک‌سوم هزینه‌های مراقبت سلامت، توسط مالیات عمومی پوشش داده

در این مطالعه از الگوی بردی<sup>۱</sup> استفاده شد [۱۸، ۲۱]. یکی از الگوهای رایج برای مطالعات تطبیقی الگوی جرج بردی با رویکرد کیفی است [۲۱]. این روش از ۴ مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه تشکیل شده است. در مرحله توصیف، پدیده‌های پژوهش براساس شواهد، اطلاعات، یادداشت‌برداری و با تدارک یافته‌های کافی برای بررسی در مرحله بعد آماده شدند. در مرحله تفسیر، اطلاعات جمع‌آوری‌شده و توصیف‌شده در مرحله اول، واریسی و تحلیل شدند. در مرحله همجواری<sup>۲</sup>، اطلاعات حاصل از مراحل قبل به‌منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها، طبقه‌بندی‌شده و کنار هم قرار گرفتند و در نهایت در مرحله مقایسه، به جزئیات در زمینه شباهت‌ها و تفاوت‌ها در معیارها و زیرمعیارها پرداخته شد و به سؤالات پژوهش پاسخ داده شد.

در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. جامعه آماری شامل ساختار توان‌بخشی در نظام سلامت کشورهای دنیا بود و نمونه‌های پژوهش کشورهای ایران، آلمان، ژاپن، کانادا، ترکیه و آفریقای جنوبی بودند که هر کدام براساس منطقه جغرافیایی و به‌عنوان نماینده از قاره‌های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا انتخاب شدند. همچنین داده‌های مربوط به مدیریت بهداشت، مؤلفه‌های مالی، قانونی، اجتماعی و سیاست‌گذاری نظام توان‌بخشی آنها در دسترس بود. سپس جست‌وجوی اطلاعات و محتوای موردنظر مطابق با اهداف پژوهش صورت گرفت و داده‌های جمع‌آوری‌شده در قالب جدولی برای هر یک از مؤلفه‌های نظام توان‌بخشی تنظیم شدند. به این ترتیب با نظم دادن به داده‌ها، شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین کشورهای تعیین‌شده، پیشنهادها و راهکارها جهت بهبود هر یک از مؤلفه‌های نظام توان‌بخشی در ایران ارائه شد.

## یافته‌ها

ساختار توان‌بخشی در نظام سلامت کشورهای منتخب بررسی شده و نتایج براساس اهداف تعیین‌شده در پژوهش در ادامه بیان شده است.

نظام سلامت و توان‌بخشی ایران و سایر کشورها به لحاظ مؤلفه سازمانی و مدیریت بهداشت مقایسه شدند. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود در ایران، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی مسئولیت مدیریت بهداشت و اجرای هدف دستیابی همه افراد جامعه به بالاترین سطح از خدمات سلامت را برعهده دارد. اما در زمینه مدیریت امور توان‌بخشی، علاوه بر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و آموزش و پرورش استثنایی هر کدام جداگانه نقش دارند. در کشور ترکیه نیز مانند ایران این مسئولیت برعهده وزارت بهداشت است. در آفریقای جنوبی، سیستم بهداشتی شامل یک بخش بزرگ دولتی و خصوصی است و بهداشت عمومی این

1. Bereday  
2. Proximity

در مرحله بعد به مقایسه مؤلفه‌های اجتماعی نظام توان‌بخشی این کشورها پرداخته شد. همان‌طور که در **جدول شماره ۴** آمده است، ایران به لحاظ اجتماعی کشوری با ۸۲ میلیون نفر جمعیت، دارای فرهنگ‌های متنوع و پذیرای مهاجرین بسیار بالاخص از کشورهای عراق و افغانستان است. نرخ رشد جمعیت بالاست و جمعیت رو به سالمندی است. در کشور آفریقای جنوبی به لحاظ اجتماعی، تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی در دسترسی به خدمات بهداشتی‌درمانی دیده می‌شوند. فقر در جامعه بر سلامت افراد تأثیرگذار است. در مناطق فقیر و حاشیه‌نشین کمبود دسترسی به سیستم‌های بهداشتی وجود داشته و برخوردهای جنسیتی ناعادلانه صورت می‌گیرد. تا آنجا که گاه زنان به‌عنوان شهروند درجه دو شناخته شده و خشونت مردان علیه زنان رواج یافته است [۲۲]. در کشور ترکیه امید به زندگی افزایش یافته و تفاوت کیفیت مراقبت و سلامت در مناطق شرقی و غربی نسبت به گذشته کاهش یافته است. روابط اجتماعی و خانوادگی در ترکیه هنوز بسیار قوی است و اکثر مراقبت‌های درازمدت هنوز توسط اعضای خانواده و در خانه انجام می‌شود [۲۳]. در آلمان به لحاظ اجتماعی شمار خانواده‌های تک‌نفره و جمعیت سالمندان جامعه افزایش یافته است. نیروهای شاغل در جامعه کاهش یافته که همین امر باعث کاهش درآمد تأمین اجتماعی و افزایش نیاز به خدمات پرستاری، توان‌بخشی و مراقبتی می‌شود [۲۴]. در ژاپن به‌عنوان دهمین کشور پرجمعیت جهان، افزایش میزان خانواده‌های تک‌نفره و افزایش سالمندان جامعه اتفاق افتاده و به دنبال افزایش جمعیت سالمندان، وجود بیمارستان‌های سالمندان با امکانات رفاهی محدود و فقدان خدمات توان‌بخشی از معضلات اجتماعی کشور است [۲۵]. کانادا دومین کشور بزرگ جهان با تراکم جمعیتی پایین است که از لحاظ فرهنگی تحت تأثیر ایالات متحده آمریکاست. دارای جمعیتی با تنوع فرهنگی بالا ناشی از نرخ بالای مهاجرت، حقوق منحصربه‌فرد مردم بومی و افزایش چشمگیر امید به زندگی است. هدف دولت دستیابی به برابری منطقه‌ای در خدمات پزشکی و توان‌بخشی از جمله فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و غیره از طریق تأمین مالی سیستم سلامت و برابرسازی سیستم سلامت کانادا است [۲۶].

در مقایسه مؤلفه‌های سیاست‌گذاری نظام توان‌بخشی و سلامت (**جدول شماره ۵**) در ایران با کشورهای منتخب، فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت مستلزم بررسی است. همچنین در صورت لزوم تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت ضروری است [۱۸] که این فرایند شامل ۶ مرحله است: تعریف مسائل، تشخیص علل پدید آمدن آن‌ها، تدوین طرح‌ها، گرفتن تصمیمی سیاسی درمورد برنامه‌های ابتکاری اصلاحات، اجرای برنامه‌ها برای اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آن‌ها. درحال حاضر این سیاست‌گذاری به تصویب قانون چهارم توسعه منجر شده است [۲]. در کشور آفریقای جنوبی در طی سال‌های اخیر، نگرانی درمورد فقدان سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها در زمینه توان‌بخشی

می‌شود. سیستمی تحت عنوان روش تشخیصی ترکیبی<sup>۲</sup> به بیمارستان‌ها معرفی شد که هزینه‌های پرستاری، آزمایشگاهی، اتاق و صندوق را تحت پوشش قرار می‌دهد [۲۵]. در کشور کانادا نیز حدود ۷۰ درصد از هزینه‌های بهداشت از مالیات عمومی تأمین می‌شود و دولت فدرال هم‌بخشی از هزینه‌ها را تأمین کرده و پوشش سلامت عمومی را اجرا کرده است [۲۶].

در مقایسه مؤلفه‌های قانونی نظام ارائه خدمات سلامت و توان‌بخشی، همان‌طور که در **جدول شماره ۳** نمایش داده شده است، یافته‌ها حاکی از این است که در ایران براساس ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه دولت موظف شده است به‌منظور نهادینه کردن مدیریت، ارزشیابی و هماهنگی قلمرو و توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی از جمله امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقداماتی را به عمل آورد. در کشور آفریقای جنوبی، سیستم مراقبت بهداشت عمومی با تمام ضعف‌ها، کیفیت نامناسب و زیرساخت‌های ضعیف، خدمات سلامت را ارائه می‌دهد. اما برای افرادی که توانایی پرداخت هزینه‌ها را داشته باشند، دگرگونی نظام سلامت از طریق قانون اجرای بیمه بهداشت ملی، امکان دسترسی همگانی به برنامه‌های موثر جهت ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، مراقبت از بیمار و حمایت از افراد ناتوان را فراهم می‌آورد. با توجه به آمار بالای ابتلا به بیماری‌ها، نگرانی درمورد فقدان سیاست‌ها و دستورالعمل‌های توان‌بخشی وجود دارد [۲۲]. در کشور ترکیه مسئولیت اجرای سیاست‌های مراقبت برعهده وزارت بهداشت است و مقام نظارتی آن مؤسسه تأمین اجتماعی است که قدرت خرید و بازپرداخت خدمات مراقبت سلامت را از طریق طرح بیمه سلامت عمومی دارد [۲۳].

در کشور آلمان، مراقبت سلامت توسط طیف وسیعی از سازمان‌های غیرخصوصی ارائه می‌شود و دولت فدرال مسئول قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی برای وظایف این سازمان‌ها، مدارس کودکان با نیازهای ویژه، خانه‌های سالمندان و سازمان‌های جوانان است [۲۴]. در کشور ژاپن، دولت‌های محلی در تصویب قوانین و نیز فراهم کردن خدمات اجتماعی و مراقبت سلامت شهری نقش بسزایی دارند. خدمات نیز توسط مراکز سلامت عمومی در سطح استان و مراکز سلامت شهری ارائه می‌شوند [۲۵]. در کشور کانادا ابتدا تصویب قوانین جبران خسارت کارگران در سال ۱۹۱۴ اتفاق افتاد که در پی آن مراقبت‌های پزشکی، بیمارستانی و توان‌بخشی در صورت وقوع آسیب حین کار به کارگران ارائه می‌شد. بیشترین فعالیت‌ها در حیطه سلامت عمومی روزانه و زیرساخت‌های حمایتی برعهده دولت‌های ایالتی و استانی است [۲۶].

### 3. Diagnosis Procedure Combination (DPC)

و ساختاری می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در پایین بودن سطح عملکرد نظام سلامت مؤثر باشد [۲۹]. عبدی و همکاران (۲۰۱۵) نیز یکی از موانع موجود بر سر راه خدمات توان‌بخشی در نظام سلامت را مؤلفه مالی ذکر کردند [۳۰]. همچنین بیان کردند ناشناخته بودن توان‌بخشی در کشور ناشی از عدم آگاهی عمومی، ضعف در مؤلفه سازمانی و سیاست‌گذاری و کمبود آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات، سیاست‌گذاران و مدیران است که این امر سایر مؤلفه‌ها از جمله ارتباطات و همکاری بین‌بخشی را تحت تأثیر قرار داده است [۳۰].

براساس یافته‌های مطالعه، به لحاظ مؤلفه‌های سازمانی و مدیریت بهداشت در اکثر کشورهای مورد مطالعه از جمله ترکیه، آفریقای جنوبی، آلمان و ژاپن، وزارت بهداشت مسئولیت مدیریت بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی را برعهده دارد. در ایران، وزارت بهداشت مسئولیت مدیریت بهداشت و دستیابی همه افراد جامعه به سلامت را برعهده دارد و علاوه بر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و آموزش و پرورش استثنایی هر کدام جداگانه در مدیریت امور توان‌بخشی نقش دارند. به گفته سازمان بهداشت جهانی، کشورهای در حال توسعه به لحاظ سازمانی و مدیریتی از وضعیت مطلوبی در نظام سلامت و توان‌بخشی برخوردار نیستند [۱۸، ۳]. در ایران نیز این امر مصداق دارد و توجه بیشتر معطوف به تدوین قوانین و مقررات است و به نحوه اجرای این سیاست‌ها و ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری‌ها توجه زیادی معطوف نمی‌شود [۱۸، ۳۱].

**به‌عنوان مثال کاهش نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی یکی از مهم‌ترین اهداف سیاست سلامت برای دولت‌ها در هر سیستم مراقبت بهداشتی است. اما در این میان افراد دارای ناتوانی با موانع مختلفی در دسترسی به خدمات بهداشتی مواجه‌اند [۳۲]. افراد دارای ناتوانی تقریباً ۱۳ درصد از جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند [۳۳]. مطالعات نشان داده‌اند که این افراد چالش‌های بیشتری را در دسترسی به خدمات بهداشتی نسبت به افراد بدون ناتوانی تجربه می‌کنند. به همین دلیل سیاست‌مداران، برنامه‌ریزان و محققان بایستی توجه بیشتری را به نیازهای افراد دارای ناتوانی به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین اقلیت‌ها در جامعه معطوف داشته باشند [۳۳، ۳۴].**

در بحث مؤلفه‌های مالی، یافته‌ها حاکی از آن بود که کشورهای مورد مطالعه از طریق بیمه سلامت، مالیات عمومی، پوشش بیمه سلامت عمومی و مؤسسه تأمین اجتماعی سعی در تأمین هزینه‌های مراقبت سلامت برای افراد جامعه و به‌خصوص ارائه خدمات برای افراد دارای ناتوانی را دارند. اما در ایران بخش زیادی از هزینه‌های مراقبت سلامت و توان‌بخشی به‌طور مستقیم از جیب خانواده‌ها پرداخت می‌شود و موانع مالی، یکی از موانع قابل توجه در دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات درمانی و توان‌بخشی است. همان‌طور که پژوهش‌های پیشین در ایران نیز

وجود دارد. این عدم سیاست‌گذاری باعث شده که خدمات در این کشور اغلب غایب یا توسعه‌نیافته باشند. سیاست ملی توان‌بخشی، بخشی از استراتژی موجود برای بهبود کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی است و هدف آن بهبود دسترسی افراد به خدمات توان‌بخشی برای تسهیل در تحقق قانون اساسی شهروندان جهت دسترسی برابر به خدمات بهداشتی و درمانی است [۲۲]. در کشور ترکیه مدیران استانی وزارت بهداشت در هر استان سیاست‌های سلامت را در سطح عملیاتی اجرا می‌کنند. شهرداری‌ها هم اقداماتی را در زمینه مراقبت سلامت عمومی انجام می‌دهند. مجلس ملی بزرگ ترکیه بالاترین مقام سیاست‌گذاری برای تمام بخش‌ها از جمله سلامت بوده و مجوزهای قانونی نیز توسط مجلس تصویب می‌شوند [۲۳]. در کشور آلمان سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها برعهده دولت فدرال، وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی است [۲۴] و در کشور ژاپن سیاست‌گذاری‌ها در زمینه سلامت و توان‌بخشی برعهده وزارت بهداشت و وزارت رفاه است. تأمین مالی خدمات مراقبت سلامت نیز توسط بیمه سلامت صورت می‌گیرد [۲۵]. در کشور کانادا سیاست‌ها و برنامه‌های مراقبت سلامت کانادا به‌شدت تحت تأثیر سازمان‌های غیردولتی از قبیل انجمن خدمات سلامت و سازمان‌های حرفه‌ای مانند سازمان‌های نظارتی، انجمن‌های حفاظتی، اتحادیه‌ای، صنفی و انجمن‌های دفاع از بیمار و بیماری است. بیشترین برنامه‌ریزی در سطح کلان در واقع در وزارتخانه‌های بهداشت استان‌ها صورت می‌گیرد و هر وزارتخانه استانی یک واحد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی دارد. سیاست‌های ایالات و استان‌های مختلف با هم متفاوت است [۲۶].

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر ساختار توان‌بخشی در نظام سلامت کشورهای ایران، آلمان، ژاپن، کانادا، ترکیه و آفریقای جنوبی در ۵ بُعد مؤلفه سازمانی و مدیریت بهداشت، مؤلفه‌های مالی، مؤلفه‌های قانونی، مؤلفه‌های اجتماعی و مؤلفه‌های سیاست‌گذاری بود. از جمله حوزه‌هایی که دولت‌ها طی دهه‌های اخیر، تغییرات ساختاری در آن‌ها به وجود آورده‌اند حوزه سلامت است. سازمان بهداشت جهانی نیز به هماهنگی بین‌بخشی و درون‌بخشی در نظام بهداشتی و سلامت کشورها اشاره دارد [۲۷]. یکی از نهادها و نظام‌های موجود در حوزه سلامت، نظام توان‌بخشی است. نهادهای مختلف ارائه‌کننده خدمات توان‌بخشی وظایف متنوعی را در فرایند توان‌بخشی انجام می‌دهند و وجود هماهنگی و اقتدار در مؤلفه‌های مختلف، جهت رسیدن به یک نظام توان‌بخشی مطلوب ضروری است [۱۸]. پژوهش‌ها نیز حاکی از این است که وجود مدیریت صحیح و نیز همکاری و ارتباط مؤثر بین مؤلفه‌ها و سازمان‌های نظام توان‌بخشی، می‌تواند نقش مؤثری را ایفا کند [۲۸]. سالیز و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای کیفی بیان کردند که وجود موانع در مؤلفه‌های سازمانی

جدول ۱. مقایسه مؤلفه‌های سازمانی و مدیریت بهداشت

کشورها	مؤلفه‌های سازمانی و مدیریت بهداشت
آلمان	کمیته مشترک فدرال (که شامل مراقبت اورژانس، کمیته مراقبت دندانپزشکی کمیته مراقبت بیمارستان و کمیته امور مربوط به پزشکان است) وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی
ژاپن	نظام سلامت کشور ژاپن شامل مراقبت‌های سلامت، بیمه سلامت و بیمه سلامت ملی است.
کانادا	تقسیم وظایف میان دولت فدرال، اداره اعتباربخشی، نهادهای خصوصی صورت می‌گیرد. خدمات مراقبت درازمدت هم به‌صورت خصوصی و هم به‌صورت عمومی هستند.
ترکیه	وزارت بهداشت مسئولیت اصلی مراقبت سلامت و توان‌بخشی را بر عهده دارد.
آفریقای جنوبی	بهداشت عمومی توسط دولت تأمین می‌شود و وزارت بهداشت مسئول کلی مراقبت‌های بهداشتی است.
ایران	وزارت بهداشت و آموزش پزشکی مسئولیت مدیریت بهداشت را بر عهده دارد. مدیریت امور توان‌بخشی، علاوه بر وزارت بهداشت بر عهده سازمان بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و آموزش و پرورش استثنایی است.

توانبخشنی

یافته‌ها مؤید این امر است که در کشوری همچون آلمان نیز موانع مالی و عدم وجود یکپارچگی در سیستم ارجاع می‌تواند بر قشر ضعیف و کم‌درآمد اثرگذار باشد [۲۴]. به همین دلیل خدمات سلامت در تمامی کشورهای با درآمد پایین یا درآمد بالا، از مهم‌ترین دغدغه‌های دولت‌ها به حساب می‌آید [۱۸، ۳۸].

بنابراین هزینه‌های مربوط به سلامت و توان‌بخشی می‌تواند مانعی برای افراد دارای ناتوانی هم در کشورهایی با درآمد بالا و هم در کشورهایی با درآمد پایین باشد. حتی در صورتی که بودجه دولتی، بیمه‌گران و یا سازمان‌های غیردولتی در دسترس باشند ممکن است به اندازه کافی هزینه‌های مربوط به توان‌بخشی را تحت پوشش قرار ندهند. افراد دارای ناتوانی درآمد کمتری دارند و یا بیکار هستند. بنابراین احتمال کمتری وجود دارد که توسط برنامه‌های بهداشتی تحت حمایت کارفرمایان یا بیمه خصوصی کارفرمایان یا بیمه خصوصی داوطلبانه تحت پوشش قرار گیرند. محدودیت در دسترسی به خدمات سلامت و توان‌بخشی، به ایجاد محدودیت در مشارکت این افراد در جامعه و فعالیت‌های آن‌ها منجر می‌شود [۳۲].

مؤید این مطلب بود که موانع مالی می‌تواند خانواده‌ها را در ورطه هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری بیندازد و خانواده‌ها ۴۸ درصد از کل هزینه‌های سلامت را از جیب خود پرداخت می‌کنند [۳۵، ۳۰]. پرداخت از جیب خانواده‌ها برای خدمات سلامت یکی از موانع بزرگ در بهره‌مندی از خدمات سلامت است [۱۸، ۳۶].

سلطانی و همکاران (۲۰۱۹) نیز مؤلفه‌های مالی را یکی از موانع مهم در دسترسی افراد به خدمات سلامت در ایران گزارش کرده‌اند [۳۲] و در حال حاضر نارسایی‌های نظام سلامت کشورمان در بخش ارائه خدمات و تأمین مالی بایستی مورد توجه قرار گیرد. به‌خصوص استفاده از خدمات توان‌بخشی در بخش خصوصی که افراد دارای ناتوانی را مجبور به ترک روند درمانی می‌کند [۱۸]. وامقی و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند که فقدان آگاهی و فشارهای مالی وارد بر خانواده‌ها، دسترسی آن‌ها به خدمات گفتاردرمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۷]. سلطانی و همکاران (۲۰۱۹) مواردی چون بیمه سلامت، توان مالی و درآمد پایین افراد دارای ناتوانی و خانواده‌هایشان، عدم حمایت مالی از این افراد و هزینه‌های حمل‌ونقل را جزو موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت در افراد دارای ناتوانی در ایران برشمردند [۳۲].

جدول ۲. مقایسه مؤلفه‌های مالی

کشورها	مؤلفه‌های مالی
آلمان	بیمه سلامت مهم‌ترین منبع تأمین مالی مراقبت سلامت است.
ژاپن	یک‌سوم هزینه‌های مراقبت سلامت توسط مالیات عمومی پوشش داده می‌شود. سیستم روش تشخیصی ترکیبی هزینه‌هایی چون پرستاری، آزمایشگاهی، اتاق و صندوق را پوشش می‌دهد.
کانادا	حدود ۷۰ درصد هزینه‌های بهداشت از مالیات عمومی تأمین می‌شود و دولت فدرال هم بخشی از هزینه‌ها را تأمین کرده و پوشش بیمه سلامت عمومی را اجرا کرده است.
ترکیه	در حال حاضر وزارت دارایی و مؤسسه تأمین اجتماعی مسئول تأمین مالی و تخصیص منابع هستند.
آفریقای جنوبی	دولت بخش عمده‌ای از هزینه‌های بهداشتی را در سطوح ملی و ایالتی از صندوق‌های خود تأمین می‌کند.
ایران	ایران ۷/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌کند و حدود ۵۴ درصد از هزینه‌های سلامت به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب خانواده‌ها پرداخت می‌شود.

توانبخشنی

## جدول ۳. مقایسه مؤلفه‌های قانونی

کشورها	مؤلفه‌های قانونی
آلمان	دولت فدرال مسئول قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی برای سازمان‌های غیرخصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت است
ژاپن	دولت‌های محلی در سازمان‌دهی و فراهم کردن خدمات اجتماعی و مراقبت سلامت شهری نقش بسزایی دارند
کانادا	بیشترین فعالیت‌های سلامت عمومی روزانه و زیرساخت‌های حمایتی برعهده دولت‌های استانی است.
ترکیه	مسئولیت اجرای سیاست‌های مراقبت برعهده وزارت بهداشت است. مقام نظارتی آن مؤسسه تأمین اجتماعی است.
آفریقای جنوبی	دگرگونی نظام سلامت از طریق اجرای بیمه بهداشت ملی، دسترسی همگانی به برنامه‌های مؤثر جهت ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، مراقبت از بیمار و حمایت از افراد ناتوان را فراهم آورد.
ایران	دولت موظف به نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی قلمرو توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی است

توانبخشنی

بیان کردند که وجود همکاری مؤثر بین سازمان‌های قانون‌گذار و ارائه‌گر خدمات توان‌بخشی، نقش مهمی را در ارائه خدمات توان‌بخشی موفقیت‌آمیز ایفا می‌کنند [۲۸]. سازمان بهداشت جهانی بر این عقیده استوار است که کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، در سیاست‌گذاری‌ها، بیشتر توجه خود را به تدوین قوانین و مقررات معطوف کرده و به نحوه اجرای این قوانین و مقررات توجه چندانی ندارند [۳۱]. از این رو باید توجه بیشتری به بهبود اجرای قوانین و مقررات در زمینه سلامت و توان‌بخشی معطوف شود.

در بحث مؤلفه اجتماعی، در تعریف جدید سازمان بهداشت جهانی، معنی سلامت گسترش یافته و علاوه بر جسم و روان فرد، عوامل دیگری نظیر عوامل اجتماعی، عوامل فرهنگی، محل زندگی افراد درون جامعه و غیره نیز در تعریف گنجانده شده است و دیگر فرد تنها سنجیده نمی‌شود، بلکه عوامل اجتماعی نیز بر سلامت وی تأثیر می‌گذارد [۳۹]. این عوامل عبارت‌اند از فقر، بیکاری، نژادپرستی، تبعیض جنسیتی و غیره که بر عمر فرد و کیفیت زندگی وی اثر می‌گذارند. بدیهی است که ارتقای سلامت افراد فقط منوط به پیشرفت‌های پزشکی نیست، بلکه ناشی از تغییراتی است که در استانداردهای زیستی، اجتماعی و فرهنگی صورت گرفته است [۳، ۳۹]. به عبارت دیگر عوامل تعیین‌کننده

به لحاظ مؤلفه‌های قانونی در اکثر کشورهای موردبررسی، قوانین و مقررات مشخصی برای ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی وجود دارد. به‌عنوان مثال در آلمان دولت فدرال، در ژاپن دولت‌های محلی و در کانادا دولت‌های و استانی، مسئولیت قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی برای سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت را برعهده دارند. در ایران نیز دولت موظف به نهادینه کردن قوانینی در زمینه مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی قلمرو توسعه سلامت و امنیت انسانی است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که در ایران به لحاظ قانونی اقدامات بسیار محدودی برای کنترل کیفیت خدمات سلامت و داده‌های نظام ایران صورت گرفته است و اجرای قوانین وضع‌شده به‌خوبی صورت نمی‌گیرد. در صورتی که در برخی از کشورهای موردبررسی در این زمینه اقدامات متعددی انجام گرفته است [۲۸]. همچنین یافته‌ها بیانگر این مطلب بودند که در ایران نهادهای مختلفی در تدوین قوانین توان‌بخشی نقش دارند و نیز عوامل مختلفی به شکل‌گیری نظام توان‌بخشی منجر می‌شوند.

نهادهای تنظیم‌کننده قوانین و کارکنان مختلف ارائه‌کننده خدمات توان‌بخشی، وظایف متنوعی را برعهده دارند و وجود ارتباط و هماهنگی مؤثر بین این نهادها لازمه ارائه خدمات توان‌بخشی موفقیت‌آمیز است. اولویور و همکارانش (۲۰۰۵)

## جدول ۴. مقایسه مؤلفه‌های اجتماعی

کشورها	مؤلفه‌های اجتماعی
آلمان	افزایش خانواده‌های تک‌نفره، افزایش سالمندان جامعه، کاهش نیروی شاغل که خود باعث کاهش درآمد تأمین اجتماعی و افزایش نیاز به خدمات پرستاری، توانبخشی و مراقبتی می‌شود.
ژاپن	افزایش خانواده‌های تک‌نفره، افزایش سالمندان جامعه و به دنبال آن ایجاد بیمارستان‌های سالمندان با امکانات رفاهی محدود و فقدان خدمات توان‌بخشی
کانادا	دومین کشور بزرگ جهان با تراکم جمعیتی پایین، تنوع فرهنگی بالا ناشی از نرخ بالای مهاجرت، افزایش چشمگیر امید به زندگی
ترکیه	افزایش امید به زندگی، کاهش تفاوت‌های کیفیت مراقبت و سلامت در مناطق شرقی و غربی نسبت به گذشته
آفریقای جنوبی	تفاوت‌های نژادی و جغرافیایی در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی دیده می‌شود.
ایران	کشوری با ۸۲ میلیون نفر جمعیت، دارای فرهنگ‌های متنوع، پذیرای مهاجرین و جمعیت رو به سالمندی

توانبخشنی

جدول ۵. مقایسه مؤلفه‌های سیاست‌گذاری

کشورها	مؤلفه‌های سیاست‌گذاری
آلمان	سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها برعهده دولت فدرال، وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی می‌باشد
ژاپن	سیاست‌گذاری‌ها در زمینه سلامت و توانبخشی برعهده وزارت بهداشت و وزارت رفاه است
کانادا	سیاست‌ها و برنامه‌های مراقبت سلامت کانادا، به شدت تحت تأثیر سازمان‌های غیر دولتی از قبیل انجمن خدمات سلامت و سازمان‌های حرفه‌ای مانند سازمان‌های نظارتی، انجمن‌های حفاظتی، اتحادیه‌های صنفی، انجمن‌های صنعتی و انجمن‌های دفاع از بیمار و بیماری می‌باشد.
ترکیه	مدیران استانی وزارت بهداشت در هراستان سیاست‌های سلامت را در سطح عملیاتی اجرا می‌کنند. شهرداری‌ها هم اقداماتی را در زمینه مراقبت سلامت عمومی انجام می‌دهند
آفریقای جنوبی	در طول سال‌های اخیر، نگرانی در مورد فقدان سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها در زمینه توانبخشی در این کشور وجود دارد
ایران	فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت مستلزم بررسی و در صورت لزوم تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت است

توانبخشنی

سیاست‌گذاری صحیح و همکاری در روند توان‌بخشی، به بهبود وضعیت افراد دارای ناتوانی منجر می‌شود [۴۲]. بیلی (۲۰۱۴) بیان کرد وجود نقص در سیاست‌گذاری‌های محلی نسبت به ناتوانی، نگرش منفی و درک محدود از حقوق افراد دارای ناتوانی نه تنها در بین خانواده و افراد جامعه، بلکه بین سیاست‌گذاران و مسئولان محلی، از جمله موانعی است که بایستی از سر راه برداشته شود تا دسترسی افراد را به خدمات توان‌بخشی مناسب تسهیل کند [۴۳].

بنابراین ایجاد تغییر و بهبود در نظام توان‌بخشی در سیستم سلامت، اغلب بر تصمیم‌گیری سیاسی توسط شاخه‌های اجرایی و قانون‌گذار حکومت متمرکز است. اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالش‌های سیاسی دشوار مواجه است. گروه‌های ذی‌نفع سازمان‌یافته از جمله پزشکان، صاحبان بیمارستان‌ها و غیره ممکن است با تغییر مخالف باشند. از سوی دیگر کسانی که از این تغییر سود می‌برند، از جمله بیماران، فقرا و محرومان اغلب از قدرت و سازمان‌دهی کمتری برخوردارند. وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف حمایتی قوی است. این امر به معنی شناسایی افراد و گروه‌هایی است که از قدرت سیاسی کافی برای ایجاد تغییر و قبولاندن سیاست پیشنهاد شده برخوردار باشند. علاوه بر این، کار سیاست‌گذاری فقط با پذیرش یک طرح پایان نمی‌یابد، بلکه این امر که آیا این اصلاحات به صورتی دل‌سوزانه و درست اجرا می‌شوند یا خیر، نقش مهمی دارد.

### نتیجه‌گیری

در بررسی تطبیقی ساختار توان‌بخشی نظام سلامت ایران با سایر کشورها مشخص شد که توان‌بخشی در نظام سلامت ایران جایگاه مشخصی ندارد و مدیریت امور توان‌بخشی علاوه بر وزارت بهداشت، توسط سازمان بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، بنیاد شهید و هلال احمر صورت می‌پذیرد. به لحاظ مؤلفه مالی وجود موانع مالی از جمله موانع مهم بر سر راه خانواده‌ها در دسترسی به خدمات توان‌بخشی

سلامت فقط در ارگان‌بسم بدن افراد شکل نمی‌گیرند، بلکه مستلزم وجود تعاملاتی است که تعیین‌کننده سلامت فردی و اجتماعی است. به‌عنوان مثال رفتارهای افراد و عوامل محیطی، تعیین‌کننده ۷۰ درصد از مرگ‌های زودرس در دنیاست [۳۹].

یافته‌ها حاکی از این است که اغلب عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت در کشور نادیده گرفته می‌شوند [۱۸، ۳۰]. عبدی و همکاران (۲۰۱۵) نادیده گرفتن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و توان‌بخشی، وجود نگرش اجتماعی منفی نسبت به افراد دارای ناتوانی و نادیده گرفتن عوامل فرهنگی را از جمله موانع اجتماعی موجود بر سر راه ارائه خدمات توان‌بخشی به افراد دارای ناتوانی در سیستم سلامت برشمردند [۳۰]. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که وجود نقص آموزش در زمینه توان‌بخشی یکی دیگر از موانع اجتماعی موجود در ارائه خدمات سلامت به افراد دارای ناتوانی است [۶]. کلینیتز و همکاران (۲۰۱۲) به موانع اجتماعی و فرهنگی همچون کمبود اطلاعات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت و توان‌بخشی و نگرش‌ها و عقاید منفی اجتماعی فرهنگی نسبت به افراد دارای ناتوانی اشاره کردند [۴۰]. یافته‌های فیشر (۲۰۱۳) نشان داد تدارک برخی آموزش‌ها و منابع اجتماعی اجرای سیاست‌های اجتماعی می‌تواند بر میزان دسترسی خانواده‌ها به خدمات سلامت و توان‌بخشی مورد نیازشان تأثیرگذار باشد [۴۱]. بنابراین تدارک اقدامات پیشگیرانه، آموزشی و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و فرهنگی در کشور می‌تواند به بهبود دسترسی افراد به خدمات سلامت و توان‌بخشی منجر شود.

در بحث مؤلفه‌های سیاست‌گذاری همان‌طور که بیان شد ارائه خدمات توان‌بخشی در ایران و سیاست‌گذاری‌ها در این زمینه توسط چند سازمان از جمله وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و هلال احمر به صورت موازی صورت می‌گیرد. ناشناخته بودن توان‌بخشی در کشور می‌تواند ناشی از عدم آگاهی عمومی و عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات و سیاست‌گذاران باشد که همکاری‌های بین‌بخشی و اجرای صحیح سیاست‌ها را تحت تأثیر قرار داده است [۳۰]. نتایج مطالعات در آلمان نشان داده‌اند که

است و بخش زیادی از هزینه‌های مربوط به توان‌بخشی از جیب خود بیماران و خانواده‌هایشان پرداخت می‌شود. در واقع پوشش بیمه‌ای هزینه‌های توان‌بخشی بسیار ضعیف است و بخش بسیار اندکی از هزینه‌ها ممکن است از طریق بیمه‌های سلامت تأمین شود. همچنین به لحاظ قانونی اقدامات بسیار محدودی برای کنترل کیفیت خدمات سلامت در ایران صورت گرفته است و توجه بیشتر به تدوین قوانین معطوف شده و بر نحوه اجرای این قوانین و مقررات نظارت چندانی وجود ندارد. در بحث مؤلفه اجتماعی، اغلب عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت نادیده گرفته می‌شوند. در بحث سیاست‌گذاری نیز، عدم مدیریت امور توان‌بخشی توسط یک سازمان واحد، سیاست‌گذاری‌ها و هماهنگی‌های بین‌بخشی را با مشکلاتی روبه‌رو کرده است.

بنابراین همان‌طور که ذکر شد، ایجاد تغییر در نظام توان‌بخشی در سیستم سلامت، بر تصمیم‌گیری‌های سیاسی، اصلاح ساختار، قوانین و بخش‌های اجرایی متمرکز است و بایستی ائتلاف حمایتی قوی در راستای بهبود ساختار توان‌بخشی در نظام سلامت صورت گیرد. از نتایج این پژوهش می‌توان در جهت پیشبرد این اهداف و کمک به بهبود ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی استفاده کرد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پیروی از تمام اصول اخلاقی پژوهش از جمله محرمانه ماندن اطلاعات و اسناد بالا دستی در این مطالعه مدنظر قرار گرفته است. این پژوهش، مشارکت‌کننده انسانی نداشته است.

### حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری خانم مژگان فرهد در مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات است.

### مشارکت‌نویسندگان

طرح‌ریزی و مفهوم‌سازی: مژگان فرهد، ایروان مسعودی اصل؛ روش‌شناسی: مژگان فرهد، ایروان مسعودی اصل، محمد کمالی؛ جمع‌آوری داده‌ها، اعتبارسنجی، تحلیل و تحقیق، نگارش پیش‌نویس، بررسی، ویرایش و نهایی‌سازی نوشته: همه نویسندگان.

### تعارض منافع

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

## References

- [1] Gulliford M, Morgan M. Access to health care. London: Routledge; 2013. [DOI:10.4324/9780203867952]
- [2] Masoudi Asl I, Nosrati Nejad F, Akhavan Behbahani A, SM. MK. [Proposed model for integrating health and social welfare system in Iran (a comparative study) (Persian)]. Payesh. 2011; 10(1):115-21. [Link]
- [3] World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- [4] World Health Organization, World Bank. World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. [Link]
- [5] Taylor RR. Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice. Pennsylvania: F.A. Davis Company; 2006. [Link]
- [6] Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. American Journal of Lifestyle Medicine. 2008; 2(5):409-20. [DOI:10.1177/1559827608317397]
- [7] Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. Journal of Rehabilitation Medicine. 2011; 43(9):765-9. [DOI:10.2340/16501977-0865] [PMID]
- [8] Davatgaran K, Nasr V. [Community based rehabilitation: Health component (Persian)]. Tehran: Country Welfare Organization; 2017. [Link]
- [9] Helander E. Prejudice & dignity: An introduction to community-based rehabilitation; interregional programme for disabled people. New York: United Nations Development Programs (UNDP); 1993. [Link]
- [10] Skempes D, Bickenbach J. Developing human rights based indicators to support country monitoring of rehabilitation services and programmes for people with disabilities: A study protocol. BMC International Health and Human Rights. 2015; 15(1):1-10. [DOI:10.1186/s12914-015-0063-x] [PMID] [PMCID]
- [11] Mauk KL. Overview of rehabilitation. Rehabilitation nursing: A contemporary approach to practice. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2011. [Link]
- [12] Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. In: Moore A, Kornblet S, editors. Advancing the rights of persons with disabilities: A US-Iran dialogue on law, policy, and advocacy. Washington: Stimson Center; 2011. [Link]
- [13] World Health Organization. The world health report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. [Link]
- [14] 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. [Link]
- [15] Moghimi M. [Industrial management: Social welfare department (Persian)]. Tehran: Industrial management; 1974.
- [16] Sattarifar M. [The historical context of social security (Persian)]. Tamin-e-Ejtemaie. 1999; 1(1):29-51. [Link]
- [17] Homayounpour H. [Social security in Iran and the world (Persian)]. Tehran: Social Security Research Institute; 2006. [Link]
- [18] 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):544-63. [DOI:10.32598/RJ.21.4.3225.1]
- [19] 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 (MJIRI). 2021; 35(1):78-86. [DOI:10.47176/mjiri.35.10]
- [20] Molaeinezhad A, Zekavato Gharaguzlou A. [A comparative study of the teacher training curriculum system in England, Japan, France, Malaysia, and Iran (Persian)]. Quarterly Journal of Educational Innovations. 2008; 7(26):35-62. [Link]
- [21] Akhgari M, Azarbaijani MA, Ahmadi Amoli K, Esmailian G, Alekajbaf H, Amini MT, et al. [A comprehensive guide to research (Persian)]. Tehran: Andishe Ara Publication; 2021. [Link]
- [22] Lieketseng N, Cloete L, Mji G. The experiences and challenges faced by rehabilitation community service therapists within the South African primary healthcare health system. African Journal of Disability. 2017; 6:311. [DOI:10.4102/ajod.v6i0.311] [PMID] [PMCID]
- [23] Tatar M, Mollahaliloğlu S, Sahin B, Aydin S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. Turkey. Health system review. Health Systems in Transition. 2011; 13(6):1-186, xiii-xiv. [PMID]
- [24] Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2021; 22(6):1-272. [PMID]
- [25] Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. Japan health system review. Health Systems in Transition. 2018; 8(1). [Link]
- [26] Marchildon GP. Canada, health system of. International Encyclopedia of Public Health. 2008; 381-91. [DOI:10.1016/B978-012373960-5.00302-6] [PMCID]
- [27] Akbari MA. [Government planning in the field of social security in Iran (Persian)]. Tehran: Social Security Research Institute; 2003. [Link].
- [28] 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]
- [29] 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]
- [30] Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. Electronic Physician. 2015; 7(7):1476-85. [DOI:10.19082/1476] [P Morgan MID] [PMCID]



- [31] Zare H. [Basic health insurance: Principles, structure, coverage and regulation (Persian)]. Medical Services Insurance Organization Publication: Tehran. 2006. [\[Link\]](#)
- [32] Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. Financial barriers to access to health Services for adult people with disability in Iran: The challenges for universal health coverage. *Iranian Journal of Public Health*. 2019; 48(3):508. [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [33] Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. Prevalence of disability in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2015; 44(10):1436-7. [\[Link\]](#)
- [34] Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. Prevalence of intellectual disability in Iran: Toward a new conceptual framework in data collection. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 20(7):714-6. [\[Link\]](#)
- [35] 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. [\[Link\]](#)
- [36] 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. [\[Link\]](#)
- [37] Vameghi R, Haji-Bakhtiari M, Hatami-Zadeh N, Biglarian A, Rah-Chamani MR. [Factors affecting delayed referral for speech therapy in Iranian children with speech and language disorders (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2014; 14(6):68-77. [\[Link\]](#)
- [38] Nosratnejad S, Rashidian A, Mehrara M, Akbari Sari A, Mahdavi G, Moeini M. Willingness to pay for social health insurance in Iran. *Global Journal of Health Science*. 2014; 6(5):154-63. [\[DOI:10.5539/gjhs.v6n5p154\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [39] Krahn GL. WHO world report on disability: A review. *Disability and Health Journal*. 2011; 4(3):141-2. [\[PMID\]](#)
- [40] Kleinitz P, Walji F, Vichetra K, Pikar K, Ouch F, Yodiffee N, et al. Barriers to and facilitators of health services for people with disabilities in Cambodia. Melbourne: The Ausaid Knowledge Hubs for Health. 2012. [\[Link\]](#)
- [41] Fisher KR, Shang X. Access to health and therapy services for families of children with disabilities in China. *Disability and Rehabilitation*. 2013; 35(25):2157-63. [\[PMID\]](#)
- [42] Vogel H, Zdrahal-Urbaneck J. Rehabilitation in Germany: New challenges of a structured social security scheme. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2004; 27(2):93-8. [\[PMID\]](#)
- [43] Bailey AM, Nguon S. Situation analysis for disability inclusive governance and community development in Cambodia. New York: UNICEF; 2014. [\[Link\]](#)

