

Review Paper**A Comparative Study of Rehabilitation Policies in Selected Countries: A Narrative Review****Nahid Rahmani¹**, ***Mehrnaz Kajbafvala²**, **Amirhossein Takian³**, **Marziyeh Shirazikhah⁴**, **Hadi Hamidi⁵**, **Seyed Jafar Ehsanzadeh⁵**

1. Department of Physiotherapy, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Physiotherapy, Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Global Health and Public Policy, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of English Language, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Citation** Rahmani N, Kajbafvala M, Takian A, Shirazikhah M, Hamidi H, Ehsanzadeh SJ. A Comparative Study of Rehabilitation Policies in Selected Countries: A Narrative Review. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(1):2-25. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.1.1282.3>**doi** <https://doi.org/10.32598/RJ.25.1.1282.3>**ABSTRACT****Objective** According to the World Health Organization (WHO), more than 1 billion people (approximately 15% of world population) live with disability. Also, about half of these people lack access to healthcare facilities. Therefore, providing timely healthcare services, especially rehabilitation, is of great significance for these people. The goal of the study was to determine the objectives and policies in the field of rehabilitation in middle- and high-income countries and compare them with Iran.**Materials & Methods** Based on available databases, a comprehensive review of documents, papers, and books was performed in the field of rehabilitation related to high- and middle-income countries.**Results** Due to a lack of coordinated services, inappropriate access, unplanned distribution, unclear service delivery levels, neglect of health promotion and prevention levels, lack of a transparent referral system, unclear insurance system, and weak financial resources, the need for a national program with a service integration approach is strongly felt. The review of the rehabilitation programs and documents in other countries help us to design a conceptual framework of the rehabilitation service model, which is based on three principles: Removing barriers and developing access to healthcare services and programs; strengthening and developing rehabilitation using technology, community-based support, and rehabilitation services; and promoting comparable international data collection on disability and supporting research on disability and related rehabilitation services.**Conclusion** The national rehabilitation program, with a service integration approach, provides a good platform for fair access to rehabilitation services for all people with disability. In this program, the health system is the most important reference to meet these needs. Therefore, it is suggested that this program pursue three main objectives: Fair promotion of the healthcare services of rehabilitation for recipients, improving the response to the needs of rehabilitation service recipients, and reducing the financial and social risks of service recipients.**Keywords** Rehabilitation, Policy, Integration, Disability

Received: 31 Jul 2022

Accepted: 31 Jan 2024

Available Online: 01 Apr 2024

*** Corresponding Author:****Mehrnaz Kajbafvala, PhD.****Address:** Department of Physiotherapy, Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 22139014**E-Mail:** mehrnaz.kajbafvala@gmail.comCopyright © 2024 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

The World Health Organization (WHO) estimates that more than 1 billion people (approximately 15% of world population) live with disability [1-5]. In Iran, according to the 2011 census, out of 75149669 population, about 1017659 (1.4%) had severe disability. According to the WHO, disability includes a set of defects, mobility limitations, and barriers to social participation that make a person unable to interact with the environment. In addition, about half of people with disability lack access to healthcare facilities or pay for healthcare charges. Therefore, timely health services, especially rehabilitation, are of particular significance for people with disability [2, 3, 5].

In Iran, rehabilitation services are provided at different levels. These services are limited to the inpatient part of rehabilitation hospitals. Outpatient rehabilitation services include comprehensive rehabilitation centers, offices of physical medicine and rehabilitation specialists, physiotherapy, occupational therapy, speech therapy, audiology, technical orthopedics, and daily centers provided by the Ministry of Health and Medical Education and Welfare Organization [1, 6-8]. Community-based centers covering homecare centers, vocational training, and long-term care in the form of daycare centers are provided by the Welfare Organization [9-14]. Notably, these services are now offered at different levels by different institutions and bodies with no systematic relationship. Therefore, the result is inconsistent and incoherent services stretching from the policy level to the lowest level of implementation [15-19].

The integrated health system should create a strong funding mechanism, trained staff, and reliable information to make sound health decisions and policies [20-23]. In 2003, the WHO identified integrated services as a key to reforming the health system, a logical connection between treatment and care [9, 10, 12-14, 16, 17]. Lack of integration of services is an essential barrier to the creation of a health system. The resulting challenges include lack of a specific trustee; mismanagement and no treatment plan; poor communication among patients, medical systems, rehabilitation, and care facilities; and lack of comprehensive insight on patient issues and attention to the needs of only one patient [24].

According to the policies of WHO, integrated and transparent design of rehabilitation programs along with effective integration with the health system is essential [25]. Rehabilitation services are better presented at all three levels of health systems to identify needs and provide effective treatment during recovery. Multidisciplinary rehabilitation in the health system offers a wide range of rehabilitation services for people with different conditions, such as chronic or complex cases and improves the quality of life [1-5, 7, 26-30].

Financing and procurement policies should ensure that additional products are available to all who need them. These products are essential in improving performance and increasing individual independence and participation, but access to these products is difficult, especially in low- to middle-income countries [31-34]. Educating people who use these products is also very important. Rehabilitation specialists could ensure that the products people receive are appropriate for them, and their environment is tailored to the users' needs [35-41]. Globally, especially in low- and middle-income countries, rehabilitation in health systems needs to be strengthened so that high-quality and affordable services are available to all people in need [42-47]. As global health coverage is recognized as the third goal of sustainable health development, countries are encouraged to ensure equitable access to high-quality and affordable health services, including rehabilitation [48-54].

Currently, rehabilitation services are provided by different executive bodies at different levels with various policies. Considering the lack of integrated services, the large number of people in need of rehabilitation services, and the emphasis of health policy on implementing the health system transformation plan, providing comprehensive and integrated rehabilitation services is necessary. Therefore, the present study was conducted to review the national documents of middle- and high-income countries considering the goals and policies in the field of rehabilitation and, finally, compare the policies of those countries with the existing policies in Iran in terms of access for people with disability to rehabilitation services. Recommendations are made to health and rehabilitation policymakers and executive agencies to provide rehabilitation services to improve quality and high access to rehabilitation services.

Materials and Methods

Type of study

The study is a scoping review type with a systematic search. Five steps are considered as follows. First, we identified the research question. Second, all relevant studies were identified and selected for more detailed analysis. Fourth, data were drawn based on the main concepts. Finally, the findings from the studies chosen were collected and summarized.

Research population

The statistical population of this study comprised the papers and documents available in [Scopus](#), [PubMed](#), [Google Scholar](#), [Google](#), [Scientific Information Database \(SID\)](#), [Documentation Research Institute \(Iran-Doc\)](#), books, sites related to the Ministry of Health and the WHO of each country, as well as sources and references presented at conferences. In the group discussion section, experts and veterans of rehabilitation policy had a group discussion with the research team about the search results.

Search strategy

The present study was conducted based on the following objectives.

1. Identifying the system of providing rehabilitation services and their implementation in middle- and high-income countries and Iran,
2. Conducting a review of the studies on national rehabilitation policies in middle- and high-income countries and Iran, and

3. Having an overview of the processes and methods of policymaking in the field of rehabilitation in middle- and high-income countries as well as Iran.

The combination of the following keywords “rehabilitation”, “disability”, “policy”, “national policy”, “high-income countries”, “middle-income countries”, “strategy”, and “program” were searched in the available databases, for the documents and books related to the purpose of the study. All studies were found by two faculty members of the university who were thoroughly familiar with and experienced in the field of searching and screening papers. The obtained papers were first checked based on their titles, and the papers related to the purpose of the study were screened and included in the study. Then, the full text of the papers and documents were carefully studied, and the rehabilitation service delivery system/programs and policies in middle- and high-income countries were identified. Finally, all the extracted data were assessed in a group discussion session.

It should be noted that to review all available data, there was no time interval for searching documents. The inclusion criteria included studies and documents directly referring to the rehabilitation service delivery system in middle- and high-income countries. The exclusion criteria included studies published about low-income countries and or in a non-English language. The search strategy, following the study’s first purpose, is presented in [Table 1](#).

After reviewing the experiences of other countries in the group discussion, the following items were finally proposed, and based on the results of the studies, the best policies and programs proposed for Iran were presented in the form of the following three objectives: First, removing barriers and developing access to rehabilitation services similar to the policies of other communities; second, improving the quality and development of rehabilitation services, required technology,

Table 1. Search strategy

Database	No.	Search Strategy
Scopus	92	[TITLE] (Rehabilitation) OR [TITLE] (Disability) AND [TITLE] (Policy) OR [TITLE] (Program) OR [TITLE] (Strategy) AND [TITLE] (National) AND [TITLE] (Rehabilitation)
PubMed	27	(Policy [TITLE]) OR (Program [TITLE]) OR (Strategy [TITLE]) AND (Rehabilitation [TITLE]) OR (Disability [TITLE]) AND National [TITLE]
Google Scholar	127	[TITLE] (Policy OR Program OR Strategy) AND (Rehabilitation OR Disability) AND National
WHO	30	[TITLE] (Policy) AND (Rehabilitation OR Disability) AND National
Google	1397	[TITLE] (Policy OR Program OR Strategy) AND (Rehabilitation OR Disability) AND National

community-based support, and rehabilitation services; and third, strengthening the collection of international data comparable in disability and supporting disability research and related services.

Results

This section presents the results in the following three sections according to the study objectives.

The first section identifies the system of providing services/ programs and rehabilitation policies in middle- and high-income countries (Table 2).

The second section discusses rehabilitation policies of middle and high-income countries.

The results in the four main areas were examined and presented in Table 3.

These 4 areas include integration of rehabilitation services in the health system in a serious way, the necessity of implementing rehabilitation services in an interdisciplinary manner at all three levels of health, necessity of providing rehabilitation services in hospitals, communities, and specialized rehabilitation clinics, and finally, strengthening the financial and insurance resources.

Based on the four main areas of rehabilitation policies, the important approaches to rehabilitation policies are as follows: Increasing quality of life, participation in society, supporting and providing cohesive social services, health promotion, security and development of rehabilitation at all levels of the health system, social integration, improving welfare of people with disability, preventing discrimination, especially in employment, building a society where disabled people can fully participate in life and society, developing rehabilitation in line with the rights of people with disability, and developing a national rehabilitation program to achieve independent living in people with disability.

The third section discusses rehabilitation process and policies in middle and high-middle-income countries (Table 4).

Discussion

Identifying the system of providing rehabilitation services in the middle- and high-income countries and Iran

Two areas where the governments have made structural changes in recent decades are social health and welfare, that complement each other. WHO has also

Table 2. Results of comparative studies on the structure of the health system and social security in the middle- and high-income countries

Country	Rehabilitation Service Delivery System
America	The structure of social welfare and health is fully integrated.
Japan	It has the Ministry of Health, Labor and Social Welfare, and all matters of health, treatment, social insurance, retirement and unemployment, employment and labor relations, technical and vocational education, welfare, and social events are regulated in the Ministry of Policymaking, Planning, Supervision and Guidance.
South Korea, Norway, the Netherlands, Scotland, Sweden, Italy	The Ministry of Health and Social Welfare has been merged.
Canada	Their welfare and health systems are the same at the federal level, but at the state level, they are independent.
Australia	The Ministry of Welfare and Health's structure is independent but coordinated in joint processes.
Germany	The Department of Labor and Social Affairs and the Federal Department of Health operate independently.
France	An inter-ministerial board manages major social security and health activities.
England	The Ministry of Social Welfare and the Ministry of Health have two separate structures.
India	The Ministry of Health and Family Welfare provides health and social welfare services.
Taiwan	The Ministry of Health and Social Welfare provides health and social welfare services.
Northern Ireland	The Department of Health, Social Services, and Safety provides health and social services.

Table 3. Results of policy approaches and executive plans of the middle- and high-income countries

Policy Approach	Executive Programs
Integration of rehabilitation services	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integration of rehabilitation services in the health system 2. Removing cultural barriers and developing community-based strategies for participation and attracting people with disabilities in society and reducing negative perceptions of people with disabilities 3. Legal support for the disability-related policy document 4. Developing programs for the educational and professional needs of people with disabilities 5. Providing services to achieve maximum functional ability in independent living without discrimination of age, sex and ethnicity 6. Action for employment of people with severe disabilities with the help of entrepreneurs 7. Government support for jobs with disabled employees 8. Providing rehabilitation support services by the municipality 9. Participation of people with disabilities in the decision-making and policymaking process at the national level 10. Strengthen the entry of organizations related to the disabled for policymaking in order to have a greater impact on their lives
Providing rehabilitation services in all three levels of the first, second, and third health systems.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Development and expansion of hospitals, rehabilitation outpatient wards, nursing homes, and home services at the levels of health prevention and promotion 2. Development and implementation of screening and early detection programs 3. Increase cooperation between departments of rehabilitation units to provide higher quality services to the target community
Strengthen the quality and better access to rehabilitation services for people with disabilities	<ol style="list-style-type: none"> 1. Providing specialized rehabilitation programs in hospital rehabilitation units 2. Rehabilitation services provided by a health specialist outside the referral system and rehabilitation supervisor 3. Design and development of rehabilitation interventions for faster discharge 4. Online system design and development of assistive technologies and remote rehabilitation aids 5. Creating physical environments without obstacles and adapting public vehicles 6. Development of counseling and rehabilitation in the field of physiotherapy, occupational therapy, speech therapy, audiometry 7. Elimination of geographical distance and distance of disabled people 8. Providing stress reduction programs, occupational rehabilitation services, psychological and community-based rehabilitation 9. Establishing a proper referral system. 10. Development of community based rehabilitation (CBR) and in-home rehabilitation services 11. Holding rehabilitation workshops for the disabled 12. Development of rehabilitation programs in accidents and disasters 13. Strengthen the infrastructure of the health system with a focus on rehabilitation 14. Informing about access to facilities in deprived areas 15. Paying attention to the special educational needs of children with disabilities to prevent the progression of the disease
Strengthen the financial and insurance system to cover rehabilitation services	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitation for hospitalized patients without paying a fee in the hospital or by paying a minimum fee from the patients' pockets 2. Development of insurance in outpatient rehabilitation of workers with disabilities 3. Providing insurance services for rehabilitation services 4. Development of high-cost support systems

recommended “cross-sectoral and intra-sectoral coordination” strategies in countries’ health systems to solve these problems and create alignment and coordination among them [7].

The results of a comparative study and research findings on the structure of health, welfare, and social security in Iran indicate the following six facts:

1. Centralization of planning,
2. Government’s attention to strategic management, planning, and macro control of the comprehensive system of health, welfare, and social security,
3. Restriction of the main activity of the government in the field of social welfare and health to the general system and creating the ground for determining the stan-

Table 4. Rehabilitation policy process in the middle- and high-income countries

Country	Policy Making Process and Method
Belgium	Belgium has a parliamentary government at three levels (federal, regional, and regional). The federal and regional governments regulate the country's health system. The federal government is primarily responsible for financing and insuring health services, providing credit and financing to hospitals and treatment units, and registering and controlling drug prices. The regional government is responsible for health promotion, maternal and child services, care for the elderly, and the implementation and disbursement of financial and non-financial credits to hospitals.
China	It has a central government that plays a key role in legislating and enforcing laws and decisions. Local governments implement central government programs and decisions at all levels. Social health insurance, supported by the central government, covers the country's entire population in terms of all inpatient and outpatient services. The structure of the China Health Administration is at the national level, provincial health office, urban health office, and national health office.
Indonesia	It has a decentralized and local government whose health system combines public, private, and financial sectors. The general health system of this country is also in line with the local government, and its responsibility is with the central, provincial, and district departments. The provincial government is responsible for planning hospitals at the provincial level. The district government manages hospitals in the city districts and sub-districts.
Japan	The country has a monarchical structure and a parliamentary system of government that relies more on management and policymaking in the field of health at the regional level. In terms of the insurance system, it has universal insurance coverage.
Korea	The Ministry of Health is responsible for decision-making and policymaking in various areas of health at the national level. Local governments, in cooperation with the relevant ministry, implement all instructions. The insurance system is only remotely controlled by the Ministry of Health and Welfare, and there is a percentage of out-of-pocket treatment costs in the country's financial system.
Malaysia	It has a federal government with 13 states and 2 regions. The central government makes health-related decisions and is funded by a tax system controlled by the federal government. A small percentage of this country's treatment costs are out of pocket. With emphasis on Primary care, the Ministry of Health has designed departments and networks related to this goal.
Netherlands	It has a monarchy system and the government has only executive power. It has a Prime Minister who oversees all decisions of other departments. The Cabinet minister implements the decisions and policies made by the upstream systems. The Sickness Fund Act has recently become part of the Dutch Social Insurance Act and has three sections: Employed, non-employed and private.
Malaysia	The Ministry of Public Health is responsible for all matters related to national health, evaluation, and implementation of decisions. The insurance system has full coverage; about 12% of the patient's pocket is paid for treatment costs.
England	It has the National Health Service (NHS). All matters relating to health and tax financing are decided by this service in England and then credited to the three main divisions of Scotland, Wales and Northern Ireland. Each of these 4 main sections has a separate planning, monitoring and consulting framework. The health system is financed by taxes, the private sector and a small percentage of out-of-pocket payments.

dards for monitoring the implementation of welfare and social security regulations in accordance with national documents and laws,

4. Responsibility of the Ministry of Health for formulating policies, planning, and providing health and medical services, and creating coordination in health ,

5. Responsibility of the Ministry of Welfare and Social Security and its affiliated organizations for formulating

and setting policies, planning for the provision of welfare services and social security, and

6. Welfare and social security issues mainly include services such as retirement, health insurance, medical services, rehabilitation of the disabled and injured, support for the needy people, the elderly, children, and women without pay and pension.

In general, the most important structural problems and shortcomings of this section can be mentioned as fol-

lows: Separation of the management of the health and treatment system and the health insurance system and rehabilitation and support services in the two ministries, which may cause incoherence in the management of the welfare system and social security; heterogeneity of duties assigned to the institutions in charge of health, welfare, and social security; lack of necessary information and statistics in the field of health, welfare, and social security; and lack of a comprehensive insurance system.

Results of this study showed that the Ministry of Welfare and Social Security, which was formed based on the law of the welfare system and social security structure, includes insurance and relief organizations; their tasks and missions are diverse and numerous. The diversity, multiplicity, large volume of operations, and areas of activity of the welfare and social security system, on the one hand, and the characteristics of these services, as well as skills required by those services, on the other hand, indicate that such an organizational structure needs re-engineering. Therefore, designing a new model for Iran's health, welfare, and social security sector is inevitable. Based on the results of this study, the health and social welfare system of the selected countries, and the principles mentioned, we suggest the following items.

To promote and focus on policymaking, planning, guidance, monitoring and evaluation, and increasing coordination in issues related to health and social welfare in terms of responsibilities and duties, the government should merge the Ministry of Welfare and Social Security with the Ministry of Health, functioning as the Ministry of Health and Social Welfare within its legal framework and in connection with this new ministry.

Insurance organizations, which are now under the Ministry of Welfare and Social Security should go under the Ministry of Health and Welfare. Under the new ministry, insurance organizations will function separately and be managed based on insurance principles with preservation of independence and legal nature.

The medical field should not monopolize the management of the health sector, and due to the diversity and scope of the duties of the new ministry, managers with experience and expertise in different fields should be used appropriately.

For population coverage, only the nationality of the property and the basis of population coverage should be used, and other sub-categories and classifications should be removed.

It should be noted that with the merger of the Ministry of Social Welfare and the Ministry of Health and the establishment of the Ministry of Health and Social Welfare, coordination and coherence in policymaking, planning, proper allocation of health resources, and the level of welfare and social security will increase. The healthcare system will be inefficient if we do not consider the social security system. Thus, health, welfare, and social security should not work separately because of overlapping responsibilities and ignoring others. The government should consider merging to avoid dissatisfaction, confusion, and significant financial and economic losses.

A review of studies related to national rehabilitation policies in the middle- and high-income countries including Iran

As the findings of the present study show, most countries' strategies align with two goals of WHO, namely strengthening and developing rehabilitation and support services and community-based rehabilitation. Findings from different countries' experiences in the rehabilitation field are presented as a conceptual framework for national policy. As stated earlier, this framework is part of the objectives of the WHO action plan. To overcome obstacles to achieve this goal, we believe that the following items should be provided: Legal support for policy documents, access to public media and opportunities to express themselves in an empowered community, adaptation to the physical environment and public transportation, government support to create job opportunities for people with disabilities and encouraging them to be employed with the help of entrepreneurs, passing mandatory laws to employ disabled people in the private sector or to allocate income to disabled people, allocating sufficient budget resources, transferring rehabilitation knowledge to the community to reduce negative perceptions, and familiarity with providers and types of rehabilitation services.

To strengthen and develop rehabilitation services, it is necessary to pay extensive attention to issues, such as the development of rehabilitation technology, the development of training and management of the rehabilitation system, the expansion of various types of rehabilitation services, and the development of rehabilitation levels. In this regard, one of the most important parts is the development of service levels; rehabilitation services are provided at four levels: Inpatient, outpatient, community-based, and rehabilitation services in long-term care and palliative care in different countries.

In addition to medical rehabilitation, other types of rehabilitation services have also been developed in several countries; medical services available in different countries range from standard rehabilitation services, such as physiotherapy and occupational therapy, to new reproductive and cardiac rehabilitation services. These services are provided in two types based on disruption or target groups [18, 19]. Meanwhile, disorder services can be used in the field of physical disorders such as occupational therapy, physiotherapy/water physiotherapy, speech therapy, respiratory rehabilitation, musculoskeletal rehabilitation, post-stroke rehabilitation, spinal cord injury rehabilitation, sports orthopedic treatment, fall prevention, vestibular rehabilitation (middle ear balance), rehabilitation in visual impairment, new special education for the deaf, or neurological and cognitive/mental health services such as neurological rehabilitation for Parkinson, Alzheimer, dementia, brain tumor, stroke, and Guillain-Barré syndrome, social skills, attention to clinical psychology and learning disabilities, stress reduction programs, learning capacity assessment for people with mental disorders, or interdisciplinary services such as cardiac rehabilitation (ECG-based monitoring with physiotherapist, nurse, nutritionist, as well as stress management interventions, physical activity, smoking cessation, and treatment regimen).

Providing services at various levels requires accurate, coherent, and productive organizational training and management. To deliver comprehensive rehabilitation programs, in some countries such as Japan, rehabilitation services are integrated into the entire health system [23], or there is an inter-agency coordination office to provide integrated services. In some African countries, the National Community-Based Rehabilitation Organization has been established due to the importance of the range of services [10].

A proper referral system from remote neighborhoods or villages and the establishment of a regional center for rehabilitation are also critical issues. Action plans also emphasize that rehabilitation centers are close to existing regional hospitals. Meanwhile, home delivery is more concentrated in countries like the UK. Also, the expansion of rehabilitation hospitals is one of the infrastructures of rehabilitation system management. To generate income, countries such as India have invested in "health tourism" by establishing special rehabilitation hospitals that provide various community services or health villages with special medical rehabilitation facilities for the elderly or children [15].

In addition, it is essential to pay attention to technology as a suitable platform to improve the efficiency of the rehabilitation system in countries. Developed countries in rehabilitation technology, such as Germany, Sweden, and the UK, successfully provided gadgets that improve the independence of people with disabilities in everyday life. In some other countries, standard devices such as mobile technology track treatment adherence [5]. Technology can also be utilized to make the rehabilitation system more efficient, and with an online network, connections can be created between existing rehabilitation programs at the community level. In some countries, the communication networks and information exchange between people with disabilities and their families with rehabilitation centers are also considered [22].

Finally, we want to mention that the whole rehabilitation system in Iran needs continuous monitoring to observe health rights such as availability, access, effectiveness, and search for inappropriate functions. There is also a need to strengthen the statistical information system between the various departments and assess the upcoming year's rehabilitation needs for interdepartmental cooperation. Last but not least, in the framework of national rehabilitation policy, it is necessary to pay attention to the recommendations of the WHO and to raise awareness and deepen knowledge about the concept of disability among policymakers so that various trustees, such as the Ministry of Health would not neglect health issues. Meanwhile, compared to other middle- and high-income countries, Iran faces the following serious problems: Lack of insurance coverage for special medical and rehabilitation needs, inadequate physical access to health and medical centers, high direct costs of medical services and rehabilitation, lack of special rehabilitation and medical services in many medical centers, inappropriate treatment of health service providers, high cost of rehabilitation equipment, and lack of inadequate access to the public transportation system in many provinces of the country.

3. An overview of the process and method of policy-making in the field of rehabilitation in middle- and high-income countries including Iran

In many countries studied, the health and rehabilitation policy process is decentralized to a specific institution. In most of these countries, the central government has formulated general policies and then left the implementation of those policies to regional governments. According to a review of middle- and high-income countries, they have tried to avoid centralism and, on the other hand, have put more emphasis on prevention and care in the country's future

health and rehabilitation programs. Whereas, in Iran, there is a strong centralism in the policymaking system, as well as the implementation of health system and rehabilitation policies, which is a tiny part of health system policies. Also, policies are only formulated in the Ministry of Health, as well as the Ministry of Welfare without coordination with other organizations. Meanwhile, the country must implement those policies without the slightest change. The important policies of the countries under review in this study are better access to high-quality health and rehabilitation services, financing, and a strong insurance system. In most countries, financing is provided through the tax system and with full insurance coverage; thus, out-of-pocket payments account for a tiny percentage. Compared to the studied countries, Iran has a fragile insurance system for financing. Also, it has high out-of-pocket expenses for various health services, especially rehabilitation, that are provided only for one field, namely physiotherapy, and only for essential insurance coverage services, and all costs of patients' rehabilitation treatment are paid out-of-pocket. In Iran, only two organizations, the Ministry of Health and the Ministry of Welfare (specifically the Welfare Organization), are responsible for rehabilitation policy and budget processes. The Welfare Organization provides resources in the form of grants to rehabilitation service providers to help people with proven disabilities, according to the ICF definition, at outpatient, community-based, and residential levels. The financial resources required by the Ministry of Health and the Welfare Organization in Iran are provided by the Program and Budget Organization. Other institutions, such as the Iran Red Crescent Society, a non-governmental organization mainly active in medical equipment, and the Martyr Foundation, which is solely responsible for providing services to veterans, are funded separately.

It seems that policymakers do not see the interests and needs of minority groups such as people with disabilities, and also are not reflected in society. The main concern is that policymakers tend to move toward policies that have greater outcomes and effects for both the community and themselves; thus, issues of minority groups, such as people with disabilities, are usually not attractive and noteworthy for a majority of policymakers who tend to focus their energy on issues that are hot topics in main media, rather than those in the margins. Also, it has been suggested that minority groups do not create much financial benefit for managers and policymakers. Policymakers often prefer to work for organizations with less budget constraints that maximize their financial benefits. Overall, these issues have led policymakers to pay little attention to the vulnerable minority groups.

Conclusion

As the results of this study on the experiences of different countries show, the ultimate goal of policymaking in rehabilitation is the social integration of people with severe and mild disabilities to provide them with a normal and functional life. This goal in various countries includes the following: Comprehensive support for people with disabilities, the development of a society without barriers to the participation of people with disabilities in society, freedom, equality, dignity, and independence in daily life. According to the findings, in high-income countries such as Australia, the emphasis is more on the social inclusion of people with disabilities in the workplace, or in Germany, with the help of entrepreneurs, to help people with severe disabilities to function as normally as possible. On the other hand, in middle-income countries, it is a mission to provide a place where people with disabilities can live independently. According to the findings of this study, to achieve the goal of social inclusion and integration, it is necessary first to lay the groundwork and then develop strategies and operational plans. In this regard, laying the groundwork is one of the essential tools for achieving a decent life for people with disabilities, after which the National Rehabilitation Program needs to pay attention to the development of services offered by hospitals at community-based levels, as well as by providing services for target groups such as children and the older people.

The trend of social and political developments regarding people with disability in developed countries shows that campaigning has been an essential driving force to put the issues of people with disabilities on the agenda. Alongside this, governments must ensure the conditions under which such events occur. In leading countries in meeting the health needs of people with disabilities, these campaigns have played an influential role in raising public awareness, changing attitudes, and seeing and hearing the demands of these people. Hiring experienced managers in the field of policymaking can be a practical step toward putting the issues of people with disability on the agenda. Employing people whose performance is nationally recognized and can influence various institutions is effective in forming political lobbies and introducing new laws and regulations. This condition can further accelerate the process of examining the issues of disabled people. Meanwhile, these people, with their power and influence, can bypass the organizational hierarchy and directly raise the problems of people with disability.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was made as a narrative review and it was not necessary to receive the ethical code for review studies.

Funding

This project was supported by the Technical and Research Secretary of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization: Nahid Rahmani, Amirhossein Takian, and Mehrnaz Kajbafvala; Methodology: Amirhossein Takian, Marziyeh Shirazikhah, Nahid Rahmani, and Mehrnaz Kajbafvala; Investigation: Nahid Rahmani, and Mehrnaz Kajbafvala; Funding acquisition and resources: Amirhossein Takian and Marziyeh Shirazikhah; Writing the original draft: Nahid Rahmani and Mehrnaz Kajbafvala; Review and editing: Hadi Hamidi and Seyed Jafar Ehsanzadeh; Supervision: Marziyeh Shirazikhah, Nahid Rahmani, and Mehrnaz Kajbafvala.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The research team acknowledges from the research and technical secretary and social determinant of health research center of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#).

This Page Intentionally Left Blank



مقاله مروری

مطالعه تطبیقی سیاست گذاری توانبخشی: یک مرور روایتی

ناهدید رحمانی^۱، مهروز کجبالفالا^۲، امیرحسین تکیان^۳، مرضیه شیرازی خواه^۴، هادی حمیدی^۵، سیدجعفر احسان زاده^۵

۱. گروه فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. گروه فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه سلامت جهانی و سیاست گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۵. گروه زبان انگلیسی، دانشکده مدیریت بهداشت و علوم اطلاعات، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.



Citation Rahmani N, Kajbafvala M, Takian A, Shirazikah M, Hamidi H, Ehsanzadeh SJ. A Comparative Study of Rehabilitation Policies in Selected Countries: A Narrative Review. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(1):2-25. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.1.1282.3>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.25.1.1282.3>

چکیده

هدف براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، اغلب نظام‌های بهداشتی و درمانی در پاسخ به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی عمومی و تخصصی به افراد، موفق نبوده‌اند و مهم‌ترین راهکار را تقویت سیاست‌ها و برنامه‌های موجود در راستای پوشش همگانی خدمات توانبخشی و یکپارچه‌سازی آن در نظام سلامت عنوان کرده‌اند. هدف از این مطالعه، مرور اهداف و سیاست‌های حوزه توانبخشی در کشورهای درآمد متوسط و بالا و مقایسه آن‌ها با ایران بود.

روش بررسی مطالعه حاضر یک مرور روایتی با جست‌جوی سیستماتیک بود که در قالب ۲ بخش مرور اسناد علمی و برگزاری بحث گروهی متمرکز انجام شد. جامعه آماری، مقالات و اسناد موجود در پایگاه‌های اسکوپوس، پابمد، گوگل اسکالر، گوگل، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (ایرانداک)، کتب و سایت‌های مرتبط بود. در بخش بحث گروهی متمرکز، افراد صاحب نظر و پیشکسوتان سیاست‌گذاری توانبخشی به‌همراه تیم تحقیق به بحث گروهی راجع به نتایج جست‌وجوها در این زمینه پرداختند.

یافته‌ها به دلیل عدم هماهنگی خدمات، دسترسی نامناسب، توزیع برنامه‌ریزی نشده، نامشخص بودن سطح ارائه خدمات، بی‌توجهی به سطوح ارتقا و پیشگیری سلامت، نبود سیستم ارجاع مشخص، نبود سیستم بیمه مشخص و منابع مالی ضعیف، نیاز به برنامه ملی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات به شدت احساس می‌شود. بررسی برنامه‌ها و اسناد توانبخشی در سایر کشورها به طراحی چارچوب مفهومی مدل خدمات توانبخشی منجر شد که بر سه اصل استوار است: (۱) رفع موانع و توسعه دسترسی به خدمات و برنامه‌های سلامت، (۲) تقویت و توسعه توانبخشی، فناوری موردنیاز، حمایت مبتنی بر جامعه و خدمات توانبخشی، (۳) تقویت جمع‌آوری داده‌های بین‌المللی قابل مقایسه در مورد معلولیت و حمایت از تحقیقات در مورد معلولیت و خدمات توانبخشی مرتبط.

نتیجه‌گیری برنامه ملی توانبخشی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات، بستر مناسبی را برای دسترسی عادلانه به خدمات توانبخشی برای همه افراد دارای معلولیت فراهم می‌کند و در این برنامه، نظام سلامت مهم‌ترین مرجع برای رفع این نیازهاست. بنابراین پیشنهاد می‌شود این برنامه سه هدف اصلی را دنبال کند: (۱) ارتقای عادلانه سلامت دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی، (۲) بهبود پاسخگویی به نیازهای دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی، (۳) کاهش خطرات مالی و اجتماعی آن‌ها.

کلیدواژه‌ها توانبخشی، سیاست‌گذاری، یکپارچه‌سازی، افراد دارای ناتوانی

تاریخ دریافت: ۰۹ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۱ بهمن ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۳ فروردین ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر مهروز کجبالفالا

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، دانشکده علوم توانبخشی، گروه فیزیوتراپی.

تلفن: ۰۱۴ ۲۲۱۳۹۰ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: mehrnaz.kajbafvala@gmail.com



Copyright © 2024 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

توسط نهادها و ارگان‌های متفاوت ارائه می‌شود که هیچ‌گونه ارتباط سیستماتیک با یکدیگر ندارند و همین امر باعث شده از سطوح سیاست‌گذاری تا پایین‌ترین سطح اجرا خدمات به‌صورت غیرمنسجم و ناهماهنگ ارائه شود [۱۸-۲۰].

نظام سلامت نیازمند یک ساختار یکپارچه جهت ایجاد یک مکانیزم تأمین مالی قوی، تأمین نیروهای آموزش‌دیده و اطلاعات قابل‌اعتماد است که بر پایه آن‌ها تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت انجام شود [۲۱-۲۵]. از مهم‌ترین شاخص‌های کارآمدی نظام سلامت، سن، جنس، ناتوانی (معلولیت) و محل سکونت است [۱۴]. در سال ۲۰۰۳، سازمان بهداشت جهانی، خدمات یکپارچه را به‌عنوان یک راه حل کلیدی که قادر است نظام سلامت را اصلاح کند معرفی کرد که می‌تواند ارتباط منطقی را بین درمان و مراقبت برقرار نماید [۲۶-۳۰]. عدم یکپارچه‌سازی خدمات، موانع مهمی را پیش روی نظام سلامت قرار می‌دهد؛ از جمله: (۱) عدم وجود متولی مشخص، (۲) فقدان مدیریت و داشتن استراتژی و برنامه‌ریزی درمانی، (۳) ارتباط ضعیف بین بیماران، سیستم درمانی و امکانات توانبخشی و مراقبتی، (۴) نداشتن دید جامع نسبت به مسائل بیمار و توجه تنها به یک نیاز بیمار [۳۱-۳۴]. در مطالعه‌ای که در ایران انجام شد میانگین وضعیت ضعیف پاسخگویی نظام سلامت به برآورده شدن نیازهای توانبخشی جسمی ۳۵/۵ درصد بود و برخورداری از بیمه پایه سلامت، شدت ناتوانی، وضعیت اقتصادی افراد و بعد خانوار از عوامل تعیین‌کننده مؤثر و معنی‌دار در ارزیابی ضعیف پاسخگویی نظام سلامت بودند [۳۵-۳۹].

هم‌اکنون با توجه به سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی، طراحی دقیق و واضح برنامه‌های توانبخشی با رویکرد یکپارچه‌سازی و ادغام مؤثر آن با سیستم‌های بهداشتی ضروری است. خدمات توانبخشی بهتر است که در هر سه سطح اول، دوم و سوم سیستم‌های سلامت جهت شناسایی نیازها و فراهم کردن یک طیف مؤثر از درمان در طول بهبودی شخص ارائه شوند و به ایفای نقش بپردازند. نیروی توانبخشی چندرشته‌ای در سیستم سلامت، طیف وسیعی از نیازهای توانبخشی را برای افراد مختلف فراهم می‌کند که در مدیریت بسیاری از شرایط نظیر شرایط مزمن، پیچیده یا سخت می‌تواند مؤثر باشد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد [۴۰-۴۲].

سیاست‌های تأمین مالی و تدارکات باید اطمینان حاصل کنند که محصولات کمکی در دسترس تمام کسانی که به آن‌ها نیازمند هستند قرار می‌گیرند. محصولات کمکی نقش مهمی در بهبود عملکرد و افزایش استقلال و مشارکت فرد دارند، اما دسترسی به این محصولات به‌ویژه در کشورهایی با سطح درآمد کم تا متوسط مشکل است. چگونگی آموزش افراد استفاده‌کننده از این محصولات، استفاده ایمن و نگهداری محصولات با گذشت زمان نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. متخصصان توانبخشی

براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی^۱، بیش از هزار میلیون نفر (تقریباً ۱۵ درصد) از جمعیت جهان با ناتوانی زندگی می‌کنند. در کشور ایران طبق برآورد مذکور پیش‌بینی می‌شود بیش از ۱۱ میلیون فرد دارای ناتوانی وجود داشته باشد [۱-۵]. آمار ناتوانی به آمارهای فوق محدود نمی‌شود، بلکه بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، ناتوانی شامل مجموعه‌ای از نقایص، محدودیت‌های حرکتی و ایجاد موانع در مشارکت فرد است که باعث می‌شود به‌واسطه بیماری یا مشکل به‌وجودآمده، شخص نتواند تعامل لازم را با محیط اطراف خود برقرار کند [۲، ۳، ۵].

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، اغلب نظام‌های بهداشتی و درمانی در پاسخ به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی عمومی و تخصصی به افراد دارای ناتوانی شکست می‌خورند و عموماً افراد دارای ناتوانی از جمله کودکان با طیف وسیعی از موانع نگرشی، فیزیکی و سیستماتیک هنگام تلاش برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی روبرو می‌شوند. تحلیل‌ها نشان می‌دهند افراد دارای ناتوانی در مقایسه با افراد سالم، در نظام بهداشت و درمان دو برابر برای پیدا کردن امکانات بهداشتی درمانی و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی تخصصی با مشکل مواجه هستند، سه برابر بیشتر احتمال دارد نادیده گرفته شوند و چهار برابر بیشتر احتمال دارد که بد درمان شوند و نیمی از افراد دارای ناتوانی نمی‌توانند از عهده تأمین نیاز به مراقبت‌های بهداشتی درمانی برآیند و آن‌ها ۵۰ درصد بیشتر از افراد سالم از مخارج بهداشتی درمانی فاجعه‌بار رنج می‌برند [۶-۹]. نتایج مطالعه‌ای که در ایران انجام شد نشان داد بیش از ۳۵ درصد از افراد دارای ناتوانی به خدمات توانبخشی جسمی قابلیت دسترسی پیدا نکرده‌اند [۱-۳، ۷]. حال آنکه مطالعات انجام‌شده در زمینه اثربخشی خدمات به‌هنگام توانبخشی در پیامدهای مختلف مؤید آن است که این خدمات می‌تواند هزینه‌های نظام سلامت را به‌شکل چشم‌گیری کاهش دهد [۱۰-۱۴].

در ایران خدمات توانبخشی در سطوح مختلف ارائه می‌شود. این سرویس‌ها در بخش بستری در قالب بیمارستان‌های توانبخشی به‌صورت محدود ارائه می‌شود. در بخش سرپایی، خدمات توانبخشی در قالب مراکز جامع توانبخشی، مطب متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپدی فنی و مراکز روزانه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی و در سطح جامعه‌محور شامل مراکز مراقبت در منزل، حرفه‌آموزی و نیز در سطح مراقبت طولانی‌مدت در قالب مراکز شبانه‌روزی توسط سازمان بهزیستی ارائه می‌شود [۱۵-۱۸]. نکته حائز اهمیت این است که این خدمات هم‌اکنون در سطوح مختلف

1. World Health Organization (WHO)

جدول ۱. استراتژی جست‌وجوی مطالعات

ردیف	پایگاه	تعداد	استراتژی جست‌وجو
۱	اسکوپوس	۹۲	[TITLE] (rehabilitation) OR [TITLE] (disabil) AND [TITLE] (policy) OR [TITLE] (program) OR [TITLE] (strategy) AND [TITLE] (national) AND [TITLE] (rehabilitatio)
۲	پابمد	۲۷	(Policy [TITLE]) OR (program [TITLE]) OR (strategy [TITLE]) AND (rehabilitation [TITLE]) OR (disabil [TITLE]) AND national [TITLE]
۳	گوگل اسکالر	۱۲۷	[TITLE] (policy OR program OR strategy) AND (rehabilitation OR disability) AND national
۴	سازمان بهداشت جهانی	۳۰	[TITLE] (policy) AND (rehabilitation OR disability) AND national
۵	گوگل	۱۳۹۷	[TITLE] (policy OR program OR strategy) AND (rehabilitation OR disability) AND national

توانبخشی

انتخاب مطالعات برای تحلیل جزئی‌تر، ۴) ترسیم داده‌ها براساس مفاهیم اصلی، ۵) جمع‌آوری و خلاصه‌سازی یافته‌ها از مطالعات منتخب

جامعه پژوهش

جامعه آماری، مقالات و اسناد موجود در پایگاه‌های اسکوپوس^۲، پابمد^۳، گوگل اسکالر^۴، گوگل^۵، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۶، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (ایراندک)^۷، کتب، سایت‌های مرتبط با وزارت بهداشت و سازمان بهداشت جهانی هر کشور، همچنین منابع و مراجع ارائه‌شده در کنفرانس‌ها بود. در بخش بحث گروهی متمرکز، افراد صاحب‌نظر و پیشکسوتان سیاست‌گذاری توانبخشی به‌همراه تیم تحقیق به بحث گروهی راجع به نتایج جست‌وجوها در این زمینه پرداختند.

استراتژی جست‌وجو

مطالعه حاضر براساس اهداف زیر انجام شد:

- ۱) شناسایی و تطبیق نظام ارائه خدمات توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا و همچنین کشور ایران، ۲) مروری بر مطالعات مربوط به سیاست‌های ملی^۸ توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا و همچنین کشور ایران، ۳) مروری بر فرایند و نحوه سیاست‌گذاری در زمینه توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا و همچنین کشور ایران.

جهت بررسی همه داده‌های موجود، بازه زمانی برای جست‌وجوی اسناد در نظر گرفته نشد. همچنین معیار ورود مطالعات به مطالعه حاضر شامل مطالعات و اسنادی بود که به‌طور مستقیم به نظام ارائه خدمات توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا اشاره داشتند و معیار خروج عبارت بود از مطالعاتی

می‌توانند اطمینان حاصل کنند که محصولات کمکی که افراد دریافت می‌کنند برای آن‌ها مناسب است و محیط آن‌ها متناسب با نیاز کاربران تطبیق می‌یابد [۴۳-۴۸]. در سطح جهان، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، توانبخشی در سیستم‌های بهداشتی نیاز به تقویت دارد، به‌گونه‌ای که خدمات با کیفیت بالا و مقرون‌به‌صرفه برای همه افراد نیازمند در دسترس باشد [۱۰-۱۴، ۱۵]. علاوه بر این، از آنجایی که پوشش جهانی سلامت کاملاً به‌عنوان هدف سوم توسعه پایدار سلامت شناخته می‌شود، کشورها تشویق می‌شوند تا از دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی با کیفیت بالا و مقرون‌به‌صرفه، از جمله توانبخشی، اطمینان حاصل کنند [۴۷، ۴۹-۵۴].

هم‌اکنون در ایران خدمات توانبخشی در سطوح مختلف و توسط دستگاه‌های اجرایی متفاوت بدون وجود سیاست واحد و نظام ارجاع مشخص ارائه می‌شود. با توجه به عدم ارائه خدمات یکپارچه و همچنین آمار بالای نیازمندان به خدمات توانبخشی از یک سو و تأکید اسناد بالادستی و اجرای طرح تحول در نظام سلامت از سوی دیگر، به نظر می‌رسد ارائه خدمات جامع و یکپارچه با پوشش همگانی ضروری است. بنابراین مطالعه حاضر بر آن شد تا مروری بر اسناد ملی کشورهای با درآمد متوسط و بالا در زمینه اهداف و سیاست‌های حوزه توانبخشی انجام دهد و در نهایت سیاست‌های آن کشورها با سیاست‌های موجود در کشور ایران از نظر دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات توانبخشی مقایسه شود و توصیه‌هایی به سیاست‌گذاران حوزه سلامت و توانبخشی و همچنین دستگاه‌های اجرایی ارائه خدمات توانبخشی در جهت بهبود کیفیت و دسترسی بالا به این خدمات ارائه شود.

روش‌ها

نوع مطالعه

مطالعه حاضر یک مرور روایتی با جست‌وجوی سیستماتیک است که ۵ مرحله برای آن بیان شده است: ۱) مشخص کردن سؤال پژوهش، ۲) مشخص کردن همه مطالعات مرتبط، ۳)

2.Scopus

3.PubMed

4.Google Scholar

5.Google

6. Scientific Information Database (SID)

7. Documentation Research Institute (IranDoc)

8. National policies

- رفع موانع و توسعه دست‌یابی به خدمات توانبخشی مشابه با سیاست‌های دیگر جوامع (جدول شماره ۲).

- بالا بردن کیفیت و توسعه خدمات توانبخشی، تکنولوژی موردنیاز، خدمات حمایتی و توانبخشی مبتنی بر جامعه (جدول شماره ۳).

- تقویت جمع‌آوری داده‌های بین‌المللی قابل‌مقایسه در ناتوانی و حمایت از تحقیقات در زمینه ناتوانی و خدمات مرتبط (جدول شماره ۴).

بحث

شناسایی نظام ارائه خدمات توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا و کشور ایران

از جمله حوزه‌هایی که دولت‌ها طی دهه‌های اخیر، تغییرات ساختاری در آن‌ها به وجود آورده‌اند دو حوزه سلامت و رفاه اجتماعی هستند که لازم و ملزوم یکدیگرند. سازمان بهداشت جهانی نیز برای ایجاد همسویی و هماهنگی بین آن‌ها راهبردهای «هماهنگی بین‌بخشی و درون‌بخشی» را در نظام بهداشتی کشورها برای رفع این مشکلات توصیه کرده است [۱-۳، ۶-۷، ۹].

که در کشورهای با درآمد پایین و به زبان غیرانگلیسی منتشر شده بودند. استراتژی جست‌وجو منطبق با هدف اول مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

با استفاده از کلیدواژه‌های:

"Rehabilitation", "Disability", "Policy", "National policy", "High income countries", "Middle income countries", "Strategy", "Program"

در پایگاه‌های اطلاعاتی موجود و در دسترس، کلیه اسناد، کتب و مقالات مرتبط با هدف مطالعه جست‌وجو شدند. کلیه مطالعات مرتبط با هدف فوق‌الذکر توسط ۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه و کاملاً آشنا و باتجربه در زمینه سرچ کردن و اسکرین کردن مقالات، یافت شد. مقالات به‌دست‌آمده ابتدا براساس عنوان آن‌ها چک شدند و مقالات مرتبط با هدف این مطالعه اسکرین شدند و به مطالعه وارد شدند. درنهایت، متن کامل مقالات و اسناد به‌طور دقیق مورد مطالعه قرار گرفتند و نظام ارائه خدمات/ برنامه‌ها و سیاست‌های توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا شناسایی شدند. کلیه این موارد استخراج‌شده در جلسه بحث گروهی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

پس از مرور تجارب سایر کشورها در بحث گروهی موارد زیر به‌صورت نهایی پیشنهاد شدند و براساس نتایج مطالعات، بهترین سیاست‌ها و برنامه‌های پیشنهادی برای کشور ایران در قالب سه هدف ذیل ارائه شدند:

جدول ۲. نتایج مربوط به مطالعات تطبیقی در خصوص ساختار نظام سلامت و رفاه اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا

ردیف	نام کشور	نظام ارائه خدمات توانبخشی
۱	آمریکا	ساختار رفاه اجتماعی و بهداشت، کاملاً ادغام یافته است.
۲	ژاپن	دارای وزارت بهداشت، کار و رفاه اجتماعی است و کلیه امور بهداشت، درمان، بیمه‌های اجتماعی، بازنشستگی و بیکاری، اشتغال و روابط کار، آموزش فنی و حرفه‌ای، بهزیستی و حوادث اجتماعی در یک وزارتخانه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و هدایت می‌شوند.
۳	کره جنوبی، نروژ، هلند، اسکاتلند، سوئد، ایتالیا	وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی در همدیگر ادغام شده‌اند.
۴	کانادا	در سطح فدرال، نظام رفاه و بهداشت آن‌ها یکی است، اما در سطح ایالات به‌صورت مستقل است.
۵	استرالیا	ساختار وزارت رفاه و بهداشت کاملاً مستقل، ولی به‌شکل هماهنگ در فرایندهای مشترک هستند.
۶	آلمان	وزارت کار و امور اجتماعی و وزارت بهداشت فدرال به‌طور مستقل فعالیت دارند.
۷	فرانسه	فعالیت‌های عمده تأمین اجتماعی و بهداشت زیر نظر یک هیئت بین‌وزارتی اداره می‌شوند.
۸	انگلستان	وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت دارای دو ساختار جداگانه هستند.
۱۰	هند	وزارت بهداشت و رفاه خانواده، مسئول ارائه خدمات سلامت و رفاه اجتماعی است.
۱۱	تایوان	وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی مسئول ارائه خدمات سلامت و رفاه اجتماعی است.
۱۲	ایرلند شمالی	دپارتمان سلامت، خدمات اجتماعی و ایمنی، خدمات بهداشتی و اجتماعی را ارائه می‌دهد.

جدول ۳. نتایج مربوط به رویکردهای سیاست‌گذاری و برنامه‌های اجرایی کشورهای با درآمد متوسط و بالا

ردیف	رویکرد سیاست‌گذاری	برنامه‌های اجرایی
۱	یکپارچه‌سازی خدمات توانبخشی	ادغام خدمات توانبخشی در نظام سلامت رفع موانع فرهنگی و توسعه استراتژی‌های اجتماع‌محور جهت مشارکت و جذب افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی در جامعه و کاهش دید منفی نسبت به معلولان حمایت قانونی برای سند سیاست‌گذاری مرتبط با ناتوانی تدوین برنامه‌هایی برای نیازهای آموزشی، شغلی افراد دارای ناتوانی ارائه خدمات برای رسیدن به حداکثر توانایی عملکردی در زندگی مستقل بدون تبعیض سنی، جنسی و قومیتی اقدام برای اشتغال افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی شدید با کمک کارآفرینان حمایت دولت از مشاغل دارای کارمند معلول ارائه خدمات حمایتی توانبخشی توسط شهرداری مشارکت افراد دارای ناتوانی در فرایند تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در سطوح ملی تقویت ورود سازمان‌های مربوط به معلولان برای سیاست‌گذاری به‌منظور اثرگذاری هرچه بیشتر بر زندگی آنان
۲	ارائه خدمات توانبخشی در هر سه سطح اول، دوم و سوم نظام سلامت	توسعه و گسترش بیمارستان‌ها، بخش‌های سرپایی توانبخشی و خانه سالمندان و خدمات در منزل در سطوح پیشگیری و ارتقای سلامت توسعه و اجرای برنامه‌های غربالگری و تشخیص زودهنگام افزایش همکاری‌های بین‌بخشی واحدهای توانبخشی جهت ارائه خدمات با کیفیت بالاتر به جامعه هدف
۳	تقویت کیفیت و دسترسی بهتر به خدمات توانبخشی توسط افراد دارای ناتوانی	ارائه برنامه‌های توانبخشی تخصصی در واحدهای توانبخشی بیمارستان ارائه خدمات توانبخشی توسط متخصص سلامت خارج از سیستم ارجاع و سوپروایزر توانبخشی طراحی و توسعه مداخلات توانبخشی جهت ترخیص سریع‌تر طراحی سیستم آنلاین و توسعه تکنولوژی‌های کمکی و از راه دور وسایل کمک‌توانبخشی ایجاد محیط‌های فیزیکی بدون موانع و مناسب‌سازی وسایل نقلیه عمومی گسترش مشاوره و توانبخشی در حیطه فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی‌سنجی رفع فاصله جغرافیایی و دوری مسیر افراد ناتوان ارائه برنامه‌های کاهش استرس، خدمات توانبخشی شغلی، روان‌شناختی و توانبخشی اجتماع‌محور ایجاد سیستم ارجاع مناسب توسعه برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) و خدمات توانبخشی در منزل برگزاری کارگاه‌های توانبخشی برای معلولان توسعه برنامه‌های توانبخشی در حوادث و بلایا تقویت زیرساخت‌های سیستم سلامت با تمرکز بر توانبخشی اطلاع‌رسانی در خصوص دسترسی به امکانات در مناطق محروم توجه به نیازهای خاص آموزشی کودکان دارای ناتوانی و کم‌توانی برای جلوگیری از پیشرفت بیماری
۴	تقویت سیستم مالی و بیمه‌ای به‌منظور تحت پوشش قرار دادن خدمات توانبخشی	انجام توانبخشی برای بیماران بستری بدون پرداخت هزینه در بیمارستان یا با پرداخت حداقل هزینه از جیب بیماران توسعه بیمه در توانبخشی سرپایی کارگران دارای ناتوانی ارائه خدمات بیمه مختص خدمات توانبخشی توسعه سیستم‌های حمایت از هزینه‌های بالا

توانبخشنی

خط‌مشی‌ها، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و ایجاد نظام هماهنگ بهداشت و درمان به عهده وزارت بهداشت و درمان است؛

- در تقسیم‌بندی وظایف دولت در حوزه تأمین اجتماعی، مسئولیت تدوین سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات بهزیستی و تأمین اجتماعی به عهده وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و دستگاه‌های وابسته به آن نظیر تأمین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کشوری، سازمان بهزیستی کشور و غیره است؛ ۶) موضوعات بهزیستی و تأمین اجتماعی دربرگیرنده خدماتی نظیر بازنشستگی، بیمه درمان، ارائه خدمات درمانی، توانبخشی معلولین و آسیب‌دیدگان، حمایت از نیازمندان، سالمندان، کودکان و زنان بی‌سرپرست و پرداخت مستمری به آن‌هاست [۷-۵-۱].

نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی و یافته‌های پژوهش در خصوص ساختار سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی در ایران حاکی از واقعیت‌های زیر است:

- متمرکز بودن برنامه‌ریزی؛
- توجه دولت به مدیریت و برنامه‌ریزی استراتژیک و کنترل کلان سیستم جامع سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی؛
- محدود بودن فعالیت اصلی دولت در بخش رفاه اجتماعی و سلامت، به برنامه‌ریزی و مدیریت کلان سیستم و ایجاد زمینه جهت تعیین استانداردهای نظارت بر نحوه اجرای مقررات رفاهی و تأمین اجتماعی مطابق اسناد و قوانین ملی؛
- در تقسیم‌بندی وظایف دولت، مسئولیت تدوین سیاست‌ها،

جدول ۴. فرایند سیاست‌گذاری توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا

ردیف	نام کشور	فرایند و نحوه سیاست‌گذاری
۱	بلژیک	کشور بلژیک حکومت پارلمانی در سه سطح (فدرال، منطقه‌ای و ناحیه‌ای) دارد. سیستم سلامت این کشور به‌طور اساسی توسط دولت فدرال و منطقه‌ای سامان‌دهی می‌شود. دولت فدرال مسئولیت اصلی تأمین مالی و بیمه سلامت، تأمین اعتبارات و تأمین مالی بیمارستان‌ها و واحدهای درمانی، ثبت و کنترل قیمت دارو را به عهده دارد. دولت منطقه‌ای مسئول ارتقای سلامت، خدمات مادر و کودک، مراقبت‌های سالمندان، اجرا و اعطای اعتبارات مالی و غیرمالی تخصیص یافته به بیمارستان‌هاست.
۲	چین	دارای دولت مرکزی است که نقش اساسی در قانونگذاری و اجرای قوانین و تصمیم‌گیری‌ها دارد. دولت‌های محلی در تمام سطوح، برنامه‌ها و تصمیمات دولت مرکزی را اجرا می‌کنند. بیمه سلامت اجتماعی که توسط دولت مرکزی حمایت می‌شود، تمام جمعیت کشور را از نظر کلیه خدمات بستری و سرپایی پوشش می‌دهد. ساختار اداره سلامت چین در سطوح ملی، دفتر سلامت استانی، دفتر سلامت شهری و دفتر سلامت کشوری است.
۳	اندونزی	دارای حکومت غیرمتمرکز و محلی است که سیستم سلامت این کشور ترکیبی از بخش‌های عمومی، خصوصی و مالی است. سیستم عمومی سلامت این کشور هم‌جهت با دولت محلی و مسئولیت آن با بخش‌های مرکزی، استانی و ناحیه‌ای است. دولت استانی مسئول برنامه‌ریزی‌های بیمارستان‌ها در سطح استان است. دولت ناحیه‌ای مسئول مدیریت بیمارستان‌ها در سطح شهر و ناحیه و زیرناحیه‌هاست.
۴	ژاپن	کشور با ساختار پادشاهی و دارای سیستم حکومتی پارلمانی است که در زمینه سلامت و بهداشت بیشتر تکیه بر مدیریت و سیاست‌گذاری در سطح منطقه‌ای ^۱ دارد. از نظر سیستم بیمه‌ای، پوشش بیمه همگانی دارد.
۵	جمهوری کره	وزارت بهداشت مسئولیت اصلی تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری را در حوزه‌های مختلف سلامت در سطح ملی دارد. دولت‌های محلی همکار با وزارت مربوطه کلیه دستورالعمل‌ها را اجرا می‌کنند. سیستم بیمه‌ای فقط از راه دور توسط وزارت بهداشت و رفاه کنترل می‌شود و پرداخت درصدهایی از هزینه‌های درمان از جیب بیمار هم در سیستم مالی این کشور وجود دارد.
۶	مالزی	دارای دولت فدرال با ۱۳ ایالت و ۲ منطقه است. دولت مرکزی تصمیمات مربوط به بخش سلامت را اتخاذ می‌نماید و با سیستم مالیاتی که توسط دولت فدرال کنترل می‌شود تأمین هزینه می‌شود. درصد ناچیزی از هزینه‌های درمان در این کشور از جیب بیمار است. وزارت بهداشت با تأکید بر مراقبت اولیه، بخش‌ها و شبکه‌های مربوط به این هدف را طراحی کرده است.
۷	هلند	دارای سیستم پادشاهی است و دولت فقط قدرت اجرایی دارد. دارای یک نخست‌وزیر است که بر کلیه تصمیمات بخش‌های دیگر نظارت دارد. وزیر کابینه، تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های انجام‌شده توسط سیستم‌های بالادستی را اجرا می‌کند. اساسنامه صنوق بیماری، اخیراً جزء قوانین بیمه اجتماعی هلند موردتوجه قرار گرفته است و دارای سه بخش کارمندی، غیرکارمندی و خصوصی است.
۸	مالزی	وزارت بهداشت عمومی مسئول کلیه امور مربوط به سلامت ملی، ارزیابی و اجرای تصمیمات است. سیستم بیمه‌ای پوشش کامل دارد و حدود ۱۲ درصد از جیب بیمار برای هزینه‌های درمان پرداخت می‌شود.
۹	انگلستان	این کشور دارای خدمات بهداشت ملی (NHS) است. کلیه امور مربوط به سلامت و تأمین مالی از طریق مالیات توسط این سرویس تصمیم‌گیری می‌شود و سپس به سه بخش اصلی اسکاتلند، ولز و ایرلند شمالی تخصیص اعتبار می‌شود. هر کدام از این بخش‌های اصلی برای خود دارای چارچوب جداگانه برنامه‌ریزی، مونیتورینگ و مشورتی هستند. تأمین مالی سیستم سلامت به‌وسیله مالیات، بخش خصوصی و درصد کمی پرداخت از جیب بیمار است.

توانبخشی

1. Regional health care system

گرفته شده که بسیار متنوع و متعدد هستند. تنوع، تعدد، حجم وسیع عملیات و حیطه‌های فعالیتی نظام رفاه و تأمین اجتماعی از یک سو و ویژگی‌های این خدمات و تخصص‌ها و مهارت‌های موردنیاز آن خدمات از سوی دیگر نشانگر آن است که چنین ساختار سازمانی نیاز به مهندسی مجدد دارد. بنابراین طراحی و تدوین الگوی نوین برای بخش سلامت و رفاه و تأمین اجتماعی ایران اجتناب‌ناپذیر است [۱-۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۴].

از این‌رو، با استناد به نتایج این مطالعه در خصوص نظام سلامت و رفاه اجتماعی کشورهای منتخب و اصول یادشده پیشنهاد می‌شود:

- به‌منظور ارتقا و تمرکز در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت، ارزیابی و افزایش هماهنگی در زمینه امور مرتبط با سلامت و رفاه اجتماعی، از نظر وابستگی مسئولیت‌ها و وظایف، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در ایران با وزارت بهداشت ادغام شود و به‌صورت وزارت سلامت و رفاه اجتماعی در چارچوب قانونی خود و در ارتباط با این وزارت جدید فعالیت کند؛

به‌طور کلی، اهم مشکلات و نارسایی‌های ساختار موجود این بخش به شرح زیر است:

- جدا بودن مدیریت نظام بهداشت و درمان و مدیریت نظام بیمه درمان و خدمات توانبخشی و حمایتی در دو وزارتخانه موجب عدم انسجام و ناهماهنگی در مدیریت نظام رفاه و تأمین اجتماعی می‌شود؛

- عدم تجانس وظایف محوله به دستگاه‌های متولی امر سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی؛

- عدم وجود اطلاعات و آمار لازم در حوزه سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی؛

- عدم وجود نظام بیمه‌ای جامع.

واقعیت‌ها و یافته‌های علمی حاصل از این پژوهش نشان دادند برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی که براساس قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شده و دربردارنده سازمان‌های حمایتی، بیمه‌ای و امدادی است، وظایف و مأموریت‌هایی در نظر

در بخش خصوصی یا اختصاص درآمد برای افراد ناتوان، اختصاص منابع بودجه‌ای کافی در این زمینه و همچنین انتقال دانش توانبخشی در جامعه برای کاهش دید منفی در این زمینه همراه با آشنایی با ارائه‌دهندگان و انواع خدمات توانبخشی ارائه شده است [۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵].

به‌منظور تقویت و توسعه خدمات توانبخشی، توجه گسترده به مواردی مانند گسترش تکنولوژی توانبخشی، توسعه آموزش و مدیریت سیستم توانبخشی، گسترش انواع خدمات توانبخشی و توسعه سطوح توانبخشی ضروری شناخته شده است. یکی از مهم‌ترین قسمت‌ها توسعه سطوح خدمات است. خدمات توانبخشی در چهار سطح خدمات بیماران بستری در بیمارستان، بیماران سرپایی، خدمات اجتماع‌محور و ارائه خدمات توانبخشی در مراقبت‌های طولانی و تسکینی در کشورهای مختلف ارائه می‌شود [۲۱-۲۵].

در کشورهای مختلف در کنار توانبخشی پزشکی، سایر انواع خدمات توانبخشی نیز گسترش یافته است. خدمات پزشکی موجود در کشورهای مختلف در دامنه‌ای از خدمات رایج توانبخشی مانند فیزیوتراپی و کاردرمانی تا خدمات جدیدی مانند توانبخشی باروری و توانبخشی قلبی^۱ دیده می‌شود. این خدمات در دو نوع خدمات مبتنی بر اختلال و خدمات مبتنی بر گروه‌های هدف ارائه می‌شوند [۱۵]. خدمات مبتنی بر اختلال می‌توانند در زمینه اختلال‌های جسمانی مانند کاردرمانی، فیزیوتراپی/ فیزیوتراپی در آب، گفتاردرمانی، توانبخشی تنفسی، توانبخشی اسکلتی و عضلانی، توانبخشی بعد از سکته، توانبخشی آسیب نخاعی، درمان ارتوپدی ورزشی، جلوگیری از افتادن، توانبخشی دهلیزی (تعادل گوش میانی)، توانبخشی در اختلال بینایی، آموزش‌های خاص جدید برای ناشنویان، یا خدمات نورولوژیک و شناختی/ سلامت روان مانند توانبخشی نورولوژیکی برای پارکینسون، آلزایمر، دمانس، تومور مغزی، سکته و سندرم گیلن باره^۱، مهارت اجتماعی، توجه به روانشناسی بالینی و اختلالات یادگیری، برنامه‌های کاهش استرس، ارزیابی ظرفیت یادگیری برای افراد دارای اختلال ذهنی یا خدمات بین‌رشته‌ای مانند توانبخشی قلبی (مانیتور افراد براساس الکتروکاردیوگرافی با تیم فیزیوتراپیست، پرستار و متخصص تغذیه، مداخلات مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی، ترک سیگار و رژیم درمانی) باشند.

ارائه خدمات در سطوح مختلف نیاز به آموزش و مدیریت سازمانی دقیق، منسجم و ثمربخش دارد. برای ارائه جامع برنامه‌های توانبخشی، در بعضی کشورها مانند ژاپن، خدمات توانبخشی در کل سیستم سلامت ادغام شده است [۱۸]. یا دفتر هماهنگی بین‌سازمانی برای ارائه منسجم خدمات وجود دارد. در بعضی کشورهای آفریقایی، با توجه به اهمیت گسترده خدمات،

- سازمان‌های بیمه‌گر که هم‌اکنون زیرمجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی هستند و با تشکیل وزارت سلامت و رفاه زیرمجموعه وزارت جدید قرار خواهند گرفت از آن منتزع و با حفظ استقلال و ماهیت حقوقی بر مبنای اصول بیمه‌گری اداره شوند؛

- مدیریت بخش سلامت از انحصار رشته پزشکی خارج شود و متناسب با تنوع و گستردگی وظایف وزارتخانه جدید، از مدیران باتجربه و متخصص در رشته‌های مختلف به تناسب استفاده شود؛

- برای پوشش جمعیتی، فقط ملیت ملاک و مبنای پوشش جمعیت قرار گیرد و سایر فروع و طبقه‌بندی‌ها حذف شوند.

لازم به ذکر است که با ادغام وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت و درمان و ایجاد وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، هماهنگی و انسجام در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص صحیح منابع حوزه سلامت، سطح رفاه و تأمین اجتماعی افزایش می‌یابد. اصولاً بدون توجه به نظام تأمین اجتماعی به‌عنوان یک اولویت، نظام بهداشت و درمان فاقد کارایی خواهد بود. جدا ماندن سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی حداقل‌زینی که برای جامعه و کشور دارد، دوباره کاری، روی هم افتادن مسئولیت‌ها، نادیده گرفتن بعضی از مسئولیت‌ها و به دوش یکدیگر انداختن وظایف و مسئولیت‌هایی است که پیوند تنگاتنگ با یکدیگر دارند. حاصل ادامه یافتن چنین وضعیتی قطعاً بروز نارضایتی‌ها، سردرگمی‌ها و ضرر و زیان مالی و اقتصادی قابل‌ملاحظه‌ای خواهد بود که بالاخره دیر یا زود باید برای آن چاره‌اندیشی کرد.

مروری بر مطالعات مربوط به سیاست‌های ملی توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا و همچنین کشور ایران

همان‌گونه که یافته‌ها نشان می‌دهند بیشتر استراتژی‌های کشورها در راستای هدف شماره ۲ سازمان بهداشت جهانی (تقویت و توسعه توانبخشی و بازتوانی، تکنولوژی موردنیاز، خدمات حمایتی و توانبخشی جامعه‌محور) است و توجه به اهداف شماره ۱ و ۳ سازمان بهداشت جهانی در سیاست‌گذاری‌های توانبخشی کمتر بوده است. سنتز یافته‌های به‌دست‌آمده از تجارب کشورهای مختلف در حیطه توانبخشی، در قالب یک چارچوب مفهومی برای سیاست‌گذاری ملی ارائه شده است [۸-۱۲، ۱۴]. همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد، این چارچوب در قالب اهداف برنامه عملیاتی سازمان بهداشت جهانی است. در قسمت رفع موانع، برای اجرایی شدن این هدف مواردی مانند حمایت قانونی برای اسناد سیاست‌گذاری، دستیابی به رسانه عمومی و ایجاد فرصت برای ابراز خود در یک جامعه توانمندشده، مناسب‌سازی محیط فیزیکی و حمل و نقل عمومی، حمایت دولتی از مشاغل دارای افراد ناتوان و کم‌توان و تشویق به استخدام آنان با کمک کارآفرینان و همچنین قوانین اجباری برای استخدام افراد ناتوان

نبود پوشش‌های بیمه‌ای برای نیازهای ویژه درمانی و توانبخشی، دسترسی فیزیکی نامناسب به مراکز درمانی و بهداشتی، زیاد بودن هزینه‌های مستقیم خدمات درمانی و توانبخشی، ارائه نشدن خدمات توانبخشی و درمانی ویژه در بسیاری از مراکز درمانی، برخورد‌های نامناسب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، زیاد بودن هزینه تجهیزات توانبخشی و دسترسی نامناسب به سیستم حمل و نقل عمومی در بسیاری از استان‌های کشور.

مروری بر فرایند و نحوه سیاست‌گذاری در زمینه توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا و همچنین کشور ایران

در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه، فرایند سیاست‌گذاری سلامت و توانبخشی به صورت غیرمتمرکز در یک نهاد خاص صورت می‌گیرد، به گونه‌ای که در اکثر این کشورها دولت مرکزی سیاست‌های کلی را تدوین کرده و سپس اجرا و نحوه اجرای آن سیاست‌ها را به دولت‌های منطقه‌ای و ناحیه‌ای واگذار نموده‌اند. با توجه به مرور انجام‌شده در کشورهای با درآمد متوسط و بالا، کشورها سعی کرده‌اند تا از تمرکزگرایی بپرهیزند و از طرفی بیشتر بر بخش پیشگیری و مراقبت در برنامه‌های سلامت و توانبخشی آینده کشور تأکید کرده‌اند. در حالی که در کشور ایران به شدت تمرکزگرایی در سیستم سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌های نظام سلامت و توانبخشی (که بخش بسیار کوچکی از سیاست‌های سیستم سلامت را به خود اختصاص داده است)، دیده می‌شود و سیاست‌ها صرفاً در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین وزارت رفاه و بدون هماهنگی با سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها اتخاذ می‌شود و تمامی بخش‌های کشور ملزم به اجرای آن سیاست‌ها بدون کوچک‌ترین تغییر هستند. یکی از سیاست‌های مهم کشورهای مورد بررسی، جهت دسترسی بهتر به خدمات سلامت و توانبخشی با کیفیت بالا، تأمین مالی و سیستم بیمه‌ای بسیار قوی است [۲۱-۲۴، ۲۹، ۳۰].

در اکثر این کشورها تأمین مالی از طریق سیستم مالیاتی و با پوشش کامل بیمه‌ای صورت می‌گیرد، به گونه‌ای که پرداخت از جیب بیمار درصد بسیار کمی را به خود اختصاص داده است. در مقایسه با کشورهای مورد بررسی، کشور ایران دارای سیستم بیمه‌ای بسیار ضعیف جهت تأمین مالی و همچنین پرداخت بالا از جیب بیمار جهت خدمات مختلف سلامت و به خصوص توانبخشی است. در ایران برای خدمات توانبخشی فقط یک رشته، آن هم رشته فیزیوتراپی و صرفاً برای خدمات پایه، پوشش بیمه‌ای در نظر گرفته شده است و تمام هزینه‌های درمان توانبخشی بیماران به صورت پرداخت شخصی است. در کشور ایران، دو سازمان اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین وزارت رفاه (به طور اختصاصی سازمان بهزیستی کشور) مسئول سیاست‌گذاری و فرایندهای بودجه توانبخشی هستند.

سازمان ملی توانبخشی اجتماع‌محور تأسیس شده است [۱۹].

سیستم ارجاع مناسب از محلات یا روستاهای دورافتاده و ایجاد مرکز منطقه‌ای برای توانبخشی نیز یکی از مهم‌ترین موضوعات است. همچنین در برنامه‌های اقدامی تأکید می‌شود که مراکز توانبخشی نزدیک به بیمارستان‌های مناطق موجود باشد. ارائه خدمات در منزل در کشورهایی مانند انگلستان تمرکز بیشتری دارد. گسترش بیمارستان‌های توانبخشی نیز یکی از زیربناهای مدیریت سیستم توانبخشی است؛ تا جایی که در راستای درآمدزایی، کشورهایی مانند هند با تأسیس بیمارستان‌های خاص توانبخشی با ارائه خدمات مختلف جامع، بر روی «توریسم سلامت» سرمایه‌گذاری کرده‌اند یا دهکده‌های سلامت مخصوص سالمندان یا کودکان با امکانات توانبخشی پزشکی تأسیس شده است [۲۰].

علاوه بر موارد مذکور، توجه به تکنولوژی به عنوان بستری مناسب برای افزایش کارایی سیستم توانبخشی در کشورها نکته مهمی است. کشورهای توسعه‌یافته مانند آلمان، سوئد و انگلستان در راستای تکنولوژی توانبخشی، در ارائه گجت‌ها و وسایلی که استقلال افراد ناتوان را در زندگی روزمره بالا می‌برند، تلاش‌های بسیاری داشته‌اند. در بعضی از کشورها نیز از وسایل رایج مانند تکنولوژی موبایل برای پیگیری تبعیت از درمان استفاده می‌کنند [۲۵]. همچنین از تکنولوژی می‌توان برای بازدهی بهتر سیستم توانبخشی استفاده کرد و با شبکه آنلاین، اتصال بین برنامه‌های موجود توانبخشی در سطح جامعه را با یکدیگر فراهم نمود. همچنین در بعضی از کشورها، ایجاد شبکه ارتباطی و تبادل اطلاعات بین افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی و خانواده‌های آنان با مراکز توانبخشی (ارائه بروشورهای چگونه با ناتوانی و کم‌توانی زندگی کنیم و شبکه‌های اجتماعی مجازی) نیز مدنظر قرار گرفته است [۲۴].

نکته آخر و مهم این است که کل سیستم توانبخشی در کشور ایران نیاز به رصد مستمر دارد تا بتوان رعایت حق سلامت مانند فراهم بودن، دسترسی و اثربخشی را در آن بررسی کرد و کارکردهای نامناسب، جست‌وجو و اصلاح شوند. همچنین نیاز است تقویت سیستم اطلاعات آماری در بین بخش‌های مختلف و بررسی نیازهای توانبخشی یک سال آینده برای همکاری بین‌بخشی انجام شود. در نهایت نیاز است در چارچوب سیاست‌گذاری ملی توانبخشی، به توصیه‌های **سازمان بهداشت جهانی** توجه جدی شود و آگاهی و دانش نسبت به مفاهیم ناتوانی و معلولیت در میان سیاست‌گذاران رشد و توسعه یابد تا متولیان مختلف مانند وزارت بهداشت نسبت به مسائل سلامت این افراد غفلت و بی‌توجهی نشان ندهند. در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد متوسط و بالا، کشور ایران با معضلات جدی زیر مواجه است:

است، یا در آلمان تأکید بر کارآفرینان برای کمک به افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی شدید، بیشتر است و در کشورهای با درآمد متوسط ساخت جامعه‌ای که افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی بتوانند در آن مستقل زندگی کنند بیشتر دیده می‌شود و به‌عنوان یک چشم‌انداز یا مأموریت بیان شده است. برای رسیدن به هدف شمول و ادغام اجتماعی، با توجه به یافته‌ها، ابتدا نیاز به بسترسازی و سپس استراتژی و برنامه‌های عملیاتی است. بسترسازی یکی از مهم‌ترین ابزارهای رسیدن به جامعه‌ای مناسب زندگی افراد ناتوان است. پس از بسترسازی و رفع موانع توانبخشی، نیاز است در برنامه ملی توانبخشی به توسعه خدمات به تفکیک سطوح بیمارستانی و اجتماع‌محور دقت شود و همچنین ارائه خدمات به تفکیک گروه‌های هدف مانند کودکان و سالمندان صورت گیرد. همین‌طور، انواع خدمات توانبخشی هم‌راستا با توانبخشی پزشکی ارائه شوند. روند تحولات اجتماعی و سیاسی ناتوانی، در کشورهای توسعه‌یافته نشان می‌دهد برگزاری کمپین‌ها یکی از مهم‌ترین نیروهای محرکه برای در دستور کار قرار گرفتن مسائل افراد ناتوان بوده است. دولت‌ها باید شرایط لازم را برای برگزاری چنین رویدادهایی تضمین کنند. در کشورهای پیشرو در تأمین نیازهای سلامت افراد ناتوان، این کمپین‌ها در افزایش آگاهی افراد جامعه، تغییر نگرش‌ها و دیده شدن و شنیده شدن خواسته‌های این افراد نقش مؤثری داشته‌اند. به‌کارگیری مدیران باتجربه و بانفوذ در حوزه سیاست‌گذاری می‌تواند گام مؤثری در راستای در دستور کار قرار دادن مسائل افراد ناتوان از سوی سیاست‌گذاران باشد. به‌کارگیری افرادی که عملکرد آن‌ها در سطح ملی شناخته شده است و در نهادهای مختلف نفوذ سیاسی دارند، می‌تواند در شکل‌گیری لابی‌های سیاسی و معرفی قوانین و مصوبات جدید تأثیرگذار باشد و روند بررسی مسائل افراد ناتوان را از سوی نهادهای ذی‌نفع تسریع کند. از طرف دیگر، این افراد با قدرت و نفوذ خود در میان سیاست‌گذاران می‌توانند سلسله‌مراتب سازمانی را در یک سازمان دور بزنند و به‌طور مستقیم مسائل افراد ناتوان را با رؤسای یک نهاد یا سازمان مطرح کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه به‌صورت مروری روایتی انجام شد و نیازی به دریافت کد اخلاقی برای مطالعات مروری نیست.

حامی مالی

این طرح با حمایت دبیر فنی و تحقیقاتی **دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی** انجام شد.

سازمان بهزیستی کشور در قالب کمک‌هزینه به افراد دارای معلولیت اثبات‌شده براساس تعریف طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت^{۱۱}، منابعی را در اختیار مراکز ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی در سطوح سرپایی، جامعه‌محور و اقامتی قرار می‌دهد که تأمین‌کننده تمام خدمات موردنیاز جامعه هدف نیست. منابع مالی موردنیاز وزارت بهداشت و درمان و همچنین سازمان بهزیستی کشور ایران از طرف سازمان برنامه و بودجه تأمین می‌شود. سایر نهادها مانند جمعیت هلال احمر کشور که سازمان غیردولتی است و بیشتر در حوزه تجهیزات پزشکی فعالیت دارد و همچنین بنیاد شهید که صرفاً ارائه خدمات به جانبازان را برعهده دارد به‌صورت جدا تأمین مالی می‌شوند [۲۲، ۲۶-۳۰].

به نظر می‌رسد منافع و نیازهای گروه‌های در اقلیت مانند افراد دارای ناتوانی و معلولیت از سوی سیاست‌گذاران دیده نمی‌شود و در سطح جامعه نیز نمود پیدا نمی‌کند. نگرانی عمده آن بود که سیاست‌گذاران معمولاً تمایل دارند به سمت تدوین سیاست‌هایی حرکت کنند که نتایج و اثرات بیشتری هم برای افراد جامعه و هم برای خود آن‌ها داشته باشد. از طرفی، معمولاً مسائل گروه‌های اقلیت مانند افراد دارای ناتوانی و معلولیت، موضوعات جذاب و درخور توجهی برای سیاست‌گذاران نیستند. سیاست‌گذاران تمایل دارند انرژی کاری خود را در نهادها و پست‌هایی صرف کنند که در متن توجه سیاست‌گذاران کلیدی و رسانه‌ها قرار داشته باشند و نه در حاشیه. همچنین مطرح شده است که گروه‌های در اقلیت منافع مالی زیادی برای مدیران و سیاست‌گذاران ایجاد نمی‌کنند. سیاست‌گذاران معمولاً ترجیح می‌دهند در نهادهایی فعالیت کنند که با محدودیت‌های بودجه‌ای کمتری روبه‌رو باشند و از سوی دیگر منافع مالی شخصی خود را نیز به حداکثر برسانند. در مجموع، این موضوعات موجب شده است سیاست‌گذاران به در اقلیت بودن گروه‌های آسیب‌پذیر چندان توجه نکنند [۲۵، ۳۱، ۳۳، ۳۸، ۳۹].

نتیجه‌گیری

همان‌گونه که در بررسی تجربه کشورهای مختلف مشاهده شد، هدف نهایی از سیاست‌گذاری در حیطه توانبخشی، ادغام اجتماعی افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی و در واقع رسیدن به زیستن و داشتن عاملیت فرد است. این هدف در کشورهای مختلف شامل موارد زیر است: حمایت جامع از افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی، گسترش جامعه‌ای بدون موانع برای مشارکت معلولان در اجتماع، آزادی، برابری و حرمت، استقلال در زندگی روزمره. براساس یافته‌ها، در کشورهای با درآمد بالا مانند استرالیا، تأکید بر شمول اجتماعی معلولان در محیط کار و جریان رایج اشتغال

11. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: ناهید رحمانی، امیرحسین تکیان، مهرناز کجباف
 والا؛ روش‌شناسی: امیرحسین تکیان، مرضیه شیرازی‌خواه، ناهید
 رحمانی، مهرناز کجباف والا؛ تحقیق و بررسی: ناهید رحمانی،
 مهرناز کجباف والا؛ نگارش پیش‌نویس: ناهید رحمانی، مهرناز
 کجباف والا؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: هادی حمیدی،
 سید جعفر احسان‌زاده؛ تأمین مالی: امیرحسین تکیان، مرضیه
 شیرازی‌خواه؛ منابع: امیرحسین تکیان، مرضیه شیرازی‌خواه؛
 نظارت: مرضیه شیرازی‌خواه، ناهید رحمانی، مهرناز کجباف والا.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

تیم تحقیق، از دبیر فنی و پژوهشی و مرکز تحقیقات عوامل
 اجتماعی مؤثر بر سلامت **دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت
 اجتماعی** تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

- [1] Darvishi A, Mousavi M, Shirazikhah M, Zarei MA, Hendi H, Joghataei F, et al. Cost-effectiveness analysis of multiple sclerosis rehabilitation in Iran. 2022; [Unpublished]. [DOI:10.21203/rs.3.rs-1744098/v1]
- [2] Mousavi M, Daroudi R, Shirazikhah M, Alizadeh Zarei M, Hendi H, Joghataei F, et al. [Economic evaluation of rehabilitation of spinal cord injury patients in Iran in 2019 (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2022; 23(3):412-33. [DOI:10.32598/RJ.23.3.3369.2]
- [3] Shirazikhah M, Ghaedamini Harouni G, Shirazikhah A, Noroozi M, Sajadi HS. [Access to physical rehabilitation services among people with disabilities: Results of a national study in Iran (Persian)]. Koomesh Journal. 2022; 24(5):596-604. [Link]
- [4] Shirazikhah M, Roshanfekr P, Takian A, Alizadeh Zarei M, Shirazikhah A, Joghataei MT. Availability of physical rehabilitation facilities for people with disabilities in Iran: A comparative study on universal health coverage. Archives of Iranian Medicine. 2022; 25(10):698-705. [DOI:10.34172/aim.2022.109] [PMID] [PMCID]
- [5] World Health Organization (WHO). WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- [6] World Health Organization (WHO). Health systems service delivery [Internet]. 2014 [Updated 2024 March 17]. Available from: [Link]
- [7] State Welfare Organization of Iran. [Iranian red crescent society (Persian)]. Tehran: State Welfare Organization of Iran; 2015. [Link]
- [8] Kodner DL, Spreuwerberg C. Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications--A discussion paper. International Journal of Integrated Care. 2002; 2:e12. [DOI:10.5334/ijic.67] [PMID] [PMCID]
- [9] Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mousavi T, et al. National survey of availability of physical rehabilitation services in Iran: A mixed methods study. Electronic Physician. 2017; 9(11):5778-86. [DOI:10.19082/5778] [PMID] [PMCID]
- [10] World Health Organization (WHO). Integrated health service [Internet]. 2008 [Updated 2024 March 17]. Available from: [Link]
- [11] Ahmadzadeh N, Ebadifard Azar F, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Taghi Joghataei M, et al. A framework for national rehabilitation policy and strategies in Iran: A scoping review of experiences in other countries. Iranian Journal of Public Health. 2020; 49(9):1597-610. [DOI:10.18502/ijph.v49i9.4072] [PMID] [PMCID]
- [12] Schmets G, Rajan D, Kadandale S, World Health O. Strategizing national health in the 21st century: A handbook. Geneva: World Health Organization; 2016. [Link]
- [13] Shirazikhah M, Ghaedamini Harouni G, Shirazikhah A, Noroozi M, Sajadi HS. [Iran health system responsiveness in regard to provision of physical rehabilitation: Results of a national survey (Persian)]. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2023; 28(4):174-85. [Link]
- [14] World Health Organization (WHO). Research for universal health coverage: World health report 2013. Geneva: World Health Organization; 2013. [Link]
- [15] Khamenei.ir. [Communicating the general policies of health (Persian) [Internet]. 2014 [Updated April 7]. Available from: [Link]
- [16] PAHO. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Washington: Pan American Health Organization WHO; 2014. [Link]
- [17] Australian Disability Network. Australian Network on Disability employing people with disability. Sydney: Switzer Media & Publishing; 2015.
- [18] World Health Organization (WHO). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- [19] Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 2012(9):CD007146. [DOI:10.1002/14651858.CD007146.pub3] [PMID] [PMCID]
- [20] Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. Age and Ageing. 2014; 43(5):731. [DOI:10.1093/ageing/afu105] [PMID]
- [21] Handoll HH, Cameron ID, Mak JC, Finnegan TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(4):Cd007125. [DOI:10.1002/14651858.CD007125.pub2]
- [22] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; (9):CD000963. [DOI:10.1002/14651858.CD000963.pub3] [PMID]
- [23] Li Y, Reinhardt JD, Gosney JE, Zhang X, Hu X, Chen S, et al. Evaluation of functional outcomes of physical rehabilitation and medical complications in spinal cord injury victims of the Sichuan earthquake. Journal of Rehabilitation Medicine. 2012; 44(7):534-40. [DOI:10.2340/16501977-1005] [PMID]
- [24] Massimo G, Sunil D. Disability and rehabilitation status review of disability issues and rehabilitation services in 29 African countries. Geneva: World Health Organization; 2004. [Link]
- [25] World Health Organization (WHO). World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. [Link]
- [26] No Authors. Disability, poverty and development. World Hospitals and Health Services. 2002; 38(1):21-33. [PMID]
- [27] Sustainable Development Goals. Sustainable Development Knowledge Platform. New York NY: United Nations; 2015.
- [28] Oddy M, da Silva Ramos S. The clinical and cost-benefits of investing in neurobehavioural rehabilitation: A multi-centre study. Brain Injury. 2013; 27(13-14):1500-7. [DOI:10.3109/02699052.013.830332] [PMID] [PMCID]

- [29] Siegert RJ, Jackson DM, Playford ED, Fleminger S, Turner-Stokes L. A longitudinal, multicentre, cohort study of community rehabilitation service delivery in long-term neurological conditions. *BMJ Open*. 2014; 4(2):e004231. [DOI:10.1136/bmjopen-2013-004231] [PMID] [PMCID]
- [30] World Health Organization (WHO). World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2016. [Link]
- [31] United Nations Human Right. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations Human Right; 2006. [Link]
- [32] Chen CC, Heinemann AW, Bode RK, Granger CV, Mallinson T. Impact of pediatric rehabilitation services on children's functional outcomes. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2004; 58(1):44-53. [DOI:10.5014/ajot.58.1.44] [PMID]
- [33] Currie J, Vogl T. Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*. 2013; 5(1):1-36. [DOI:10.1146/annurev-economics-081412-103704]
- [34] Radford K, Phillips J, Drummond A, Sach T, Walker M, Tyrerman A, et al. Return to work after traumatic brain injury: Cohort comparison and economic evaluation. *Brain Injury*. 2013; 27(5):507-20. [DOI:10.3109/02699052.2013.766929] [PMID]
- [35] State Welfare Organization of Iran. [The draft document of national strategic plan csPcA(Persian)]. Tehran: State Welfare Organization of Iran; 2011.
- [36] Guilbert JJ. The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life. *Education for Health*. 2003; 16(2):230. [DOI:10.1080/1357628031000116808] [PMID]
- [37] Ojaghi S, Nourizadeh S, Mahboubi M, Khazaei M, Najafi G. [Disaster crisis handling preparedness level of hospitals in Kermanshah (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2008; 13(3):267-74. [Link]
- [38] Yousefzadeh S, Ahmadi Dafchahi M, Mohammadi Maleksari M, Dehnadi Moghadam A, Hemati H, Shabani S. [Epidemiology of injuries and their causes among traumatic patients admitted into Poursina Hospital, Rasht (second half of the year 2005) (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2007; 11(3):e80625. [Link]
- [39] Zarei Matin H, Jandaghi G, Heydari F, Imani M. [The attitude of war handicapped toward the services recieved in terms of their needs (Persian)]. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2010; 2(2):22-31. [Link]
- [40] WHO. Iran (Islamic Republic of) WHO statistical profile. Geneva: WHO; 2015.
- [41] Chen Y, Tang Y, Vogel LC, Devivo MJ. Causes of spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 2013; 19(1):1-8. [DOI:10.1310/sci1901-1] [PMID] [PMCID]
- [42] Jazayeri SB, Ataeepour M, Rabiee H, Motevalian SA, Saadat S, Vaccaro AR, et al. Prevalence of spinal cord injury in Iran: A 3-source capture-recapture study. *Neuroepidemiology*. 2015; 45(1):28-33. [DOI:10.1159/000435785] [PMID]
- [43] Frank AO, Chamberlain MA. Rehabilitation: an integral part of clinical practice. *Occupational Medicine*. 2006; 56(5):289-91. [DOI:10.1093/occmed/kql027] [PMID]
- [44] Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population Health Metrics*. 2009; 7:9. [DOI:10.1186/1478-7954-7-9] [PMID] [PMCID]
- [45] Rahimi-Movaghar V, Saadat S, Rasouli MR, Ganji S, Ghahramani M, Zarei MR, et al. Prevalence of spinal cord injury in Tehran, Iran. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2009; 32(4):428-31. [DOI:10.1080/10790268.2009.11754572] [PMID] [PMCID]
- [46] Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Huang Y, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *The Lancet*. 2009; 374(9704):1821-30. [DOI:10.1016/S0140-6736(09)61829-8]
- [47] Stucki G, Melvin J. The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007; 39(4):286-92. [DOI:10.2340/16501977-0041] [PMID]
- [48] World Health Organization (WHO). Declaration of Alma Ata. Geneva: World Health Organization Geneva; 1978. [Link]
- [49] Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006; 61(4):367-73. [DOI:10.1093/gerona/61.4.367] [PMID]
- [50] Benvenuti F, Stuart M, Cappena V, Gabella S, Corsi S, Taviani A, et al. Community-based exercise for upper limb paresis: A controlled trial with telerehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2014; 28(7):611-20. [DOI:10.1177/1545968314521003] [PMID]
- [51] Harvey RL, Roth EJ, Heinemann AW, Lovell LL, McGuire JR, Diaz S. Stroke rehabilitation: Clinical predictors of resource utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1998; 79(11):1349-55. [DOI:10.1016/S0003-9993(98)90226-X] [PMID]
- [52] 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]
- [53] World Health Organization (WHO). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: Interim report. Geneva: World Health Organization Geneva; 2015. [Link]
- [54] World Health Organization (WHO). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report. Geneva: World Health Organization Geneva; 2015. [Link]

This Page Intentionally Left Blank