Volume 22, Issue 2 (March- April 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.10.1]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.233]

Letter to editor

Legal challenges of rehabilitation services in Iran: The framework of the health system functions model of the World Health Organization

Niusha Shahidi Sadeghi[1], Somayeh Seddighi[1], Mohammad Bakhtiari Aliabad[1], Mahdi Mokhtari-Payam[1*]

1. Department of Health, Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran

Received: 27 January 2023
Accepted for publication: 14 February 2023
[EPub a head of print- 29 February 2023]
Payesh: 2023; 22(2): 233- 236

Dear Editor,

Similar to many countries, Iran is committed to achieving universal health coverage. As such several laws have been approved regarding rehabilitation services. Examining these laws shows that there are many legal challenges in the functions of the health system including procurement, financing, resource production, service delivery and accountability, and service quality. Also, the problems of governance in Iran include unbalanced policies and laws, irresponsible intervention, weak all-round supervision, lack of thoughtful and compassionate management, and inconsistency within and between departments. In addition, rehabilitation financing in Iran is unbalanced. In the third chapter of the law of the sixth development plan, the challenges and problems of supportive institutions, especially the lack of credit and coverage gaps were brought into attention. It was emphasized that the needs cannot be met with direct support approaches. Contrary to many countries that have specific laws for recording and analyzing information for disabled people, Iran is in its initial stages of forming a database for them. Furthermore, the comprehensive law on the protection of the rights of the disabled in 2013 is not a right-oriented law emphasizing the recognition, and does not guarantee their rights equal to ordinary people; instead, it has a welfare perspective on the issue. The presence of government organizations such as Ministry of Cooperatives, Labor and Social Welfare, and the National Welfare Organization has caused the law to become a support-economic with the dominant discourse of rehabilitation instead of empowering disabled people and becoming a budget-oriented law.

Keywords: Legal challenges, rehabilitation services, Iran, health system functions model

[*] Corresponding Author: Department of Health, Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran
E-mail: mhdmktp@gmail.com

سال بیست و دوم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۲

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.10.1]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.233]

نامه به سردبیر

چالشهای قانونی خدمات توانبخشی در ایران: مطابق چارچوب مدل کارکردهای نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی

نیوشا شهیدی صادقی[۱]، سمیه صدیقی[۱]، محمد بختیاری علی آباد[۱]، مهدی مختاری پیام[۱*]

۱. گروه سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۰ اسفند ۱۴۰۱]

نشریه پایش: ۲۳۶- ۲۳۳ :(۲)۲۲ ؛۱۴۰۲

سردبیر محترم

خدمات توانبخشی، بخشی از خدمات سلامت است که تدارک آن برای همه مردم متناسب با نیازشان برعهده نظام سلامت گذاشته شده است. براساس تاکید سازمان ملل متحد، ارائه این خدمات باید دسترسی عادلانه، با کیفیت و حمایت از افراد در برابر هزینه‌های سلامت را تضمین کند [۱]. به علاوه ایران نیز مانند سایر کشورها متعهد دستیابی به پوشش همگانی سلامت بوده و در این راستا در زمینه خدمات توانبخشی اسناد و قوانین بسیاری مصوب کرده است [۲].

از جمله چالش های قانونی موجود در حوزه توانبخشی برای معلولان در ایران مسئله تولیت است. مشکلات تولیت در ایران شامل سیاست و قوانین نامتوازن، مداخله غیرمسئولانه، ضعف نظارت همه جانبه، فقدان مدیریت مدبرانه و دلسوزانه و ناهماهنگی درون و بین‌بخشی هستند، در واقع تولیت حلقه گمشده کار تیمی در خدمات توانبخشی ایران است [۳،۴]. متولی اصلی تولیت توانبخشی در ایران سازمان بهزیستی بوده، ولی در اغلب کشورها وزارت سلامت متولی است [۵]. گزارش سال ۲۰۱۹ سازمان جهانی بهداشت نیز بر تولیت‌گرایی بخش سلامت بر توانبخشی تأکید کرده است [۶]. در جهت تحقق اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی از سال ۱۳۵۹ با تصویب شورای عالی انقلاب اسلامی، مسئولیت ارائه خدمات توانبخشی به سازمان بهزیستی کشور واگذار شد. از طرفی برای اولین بار در سیاست های کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳، به مسئله خدمات توانبخشی توجه جدی شد و وزارت بهداشت به عنوان متولی ساماندهی خدمات توانبخشی تعیین گردید و در همین راستا اداره کل امور توانبخشی ایجاد شد. همچنین سازمان هلال احمر نیز به طور مستقل خدمات توانبخشی را از طریق مراکز ارتوپدی فنی و کلینیک های توانبخشی تحت نظارت معاونت درمان و توانبخشی خود ارائه می‌کند. ساختار تولیتی می‌تواند به صورت متمرکز، غیرمتمرکز و ترکیبی باشد که در ایران اغلب متمرکز است [۷].

* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، گروه سلامت

E-mail: mhdmktp@gmail.com

این موضوع قابل اهمیتی است از آن جهت که سازمان متولی و نیز ساختار تولیتی در سیاستگذاری و همکاری¬های درون‌بخشی و برون‌بخشی در سطوح مختلف تأثیرگذار است [۶،۷].

یکی از کارکردهای نظام سلامت تامین مالی است. مسئله تامین مالی از موانع قابل توجه دسترسی به خدمات توانبخشی است [۸]. در ایران هزینه خدمات توانبخشی بخش خصوصی بسیار گران است؛ در نتیجه اغلب معلولان مجبور به ترک روند درمانی خود می‌شوند [۹]. تامین مالی توانبخشی در کشورهای مختلف از طریق نظام بیمه‌ای یا مالیات است اما در ایران از طریق پرداخت یارانه از محل درآمدهای عمومی و مالیات صورت می‌گیرد [۴]. در فصل سوم قانون برنامه ششم توسعه به تحلیل چالش‌ها و مشکلات نهادهای حمایتی به‌خصوص کمبود اعتبار و خلأهای پوشش پرداخته و تاکید شده نمی‌توان با رویکردهای حمایتی مستقیم به نیازها پاسخ داد. بنابراین نظام توانبخشی در ایران نیازمند بکارگیری ترکیبی از شیوه‌های مختلف تامین منابع مالی با اولویت کاهش سهم معلولان در پرداخت از جیب است [۸]. از جمله این منابع می‌تواند سهمی از تولید ناخالص ملی، منابع حاصل از جرائم رانندگی، مالیات منابع تولیدکننده خطر و خیریه‌ها باشد.

از سویی دیگر مطالعات تامین مالی توانبخشی در ایران را نامتوازن دانستند و دلیل آن را کمبود اعتبارات جبران هزینه، ضعف نظام بیمه‌ای و نگاه بازاری درمانگران به توانبخشی برشمردند [۴]. آمارها نشان می‌دهد که هنوز گروه‌هایی از معلولان به بسته پایه خدمات دسترسی ندارند و افراد مشمول نیز رضایت کامل ندارند [۵]. نبود زبان مشترک میان سازمان بهزیستی و بیمه سلامت یکی از مشکلات است. از جمله پیشنهادات در این زمینه بررسی سهم توانبخشی از سبد اعتبارات بیمه‌ای کشور، اصلاح خدمات پایه توانبخشی (آخرین ویرایش مربوط به ۴۵ سال پیش است) و ترغیب شرکت‌های بیمه‌ای برای پوشش خدمات است که قوانین بیمه تامین اجتماعی و ماده ۶ و ۷ قانون حمایت از معلولان به تعریف وظایف و بسته‌های خدمتی پایه و تکمیلی پرداخته است.

تولید منابع به عنوان کارکرد دیگر نظام سلامت می‌تواند با دو شاخص تربیت کارشناسان و دسترسی به داده‌های ملی جامع مورد بررسی قرار گیرد. در ایران دانش‌آموختگان رشته‌های توانبخشی صرفاً در دانشگاه‌های علوم پزشکی تحصیل می‌کنند [۵]. به علاوه در ایران نسبت کارشناسان و متخصصین توانبخشی و مراکز تخصصی ارائه‌کننده خدمات برای تأمین دسترسی مناسب، کمتر از کشورهای توسعه یافته است [۱۰]. همچنین در ایران دسترسی به داده‌های ملی جامع به طور کامل وجود ندارد [۵]. غالبا در کشورها قوانین مشخصی برای ثبت و تحلیل اطلاعات معلولان وجود دارد. کشور ایران در مراحل ابتدایی شکل‌گیری بانک اطلاعاتی معلولان است و مراکز توانبخشی و بیمارستان‌ها فاقد سیستم اطلاعات توانبخشی معلولان هستند [۱۰].

تدارک خدمات به عنوان کارکرد دیگر مورد بحث است. در ایران خدمات توانبخشی علاوه بر بخش خصوصی، در بخش دولتی به صورت غیرمنسجم توسط نهادهای مختلف شامل وزارت بهداشت، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، هلال احمر، سازمان بهزیستی و بنیاد شهید و امور ایثارگران ارایه می‌گردد. البته غالبا بسته خدمات توانبخشی بوده و از لحاظ شاخص فراهم بودن کلیه خدمات را در بر می‌گیرد اما میزان دسترسی و پوشش خدمات توانبخشی کشورها متفاوت است [۱۲]. همچنین مطالعات به فقدان توزیع برابر امکانات در سطح کشور، استفاده درصد زیادی از نیازمندان از مراکز خصوصی و پایین بودن سرانه و نابرابری در توزیع تخت توانبخشی اشاره کرده‌اند [۳،۱۱]. البته بررسی‌ها رشد نسبتاً خوبی را در تعداد مراکز سرپایی نشان می‌دهد، اما بیشتر مربوط به مطب‌های تک تخصصی است [۲].

به علاوه پاسخگویی و کیفیت خدمات به عنوان اهداف نهایی نظام سلامت، تصویر شفافی از عملکرد خدمات توانبخشی ارائه می‌دهند. مطالعات بیان می‌کنند برای پاسخگوکردن نظام توانبخشی انجام اصلاحات در زمینه ارتباطات شفاف، شأن و منزلت و حمایت اجتماعی ضروری است [۱۲]. کارشناسان معتقدند قانون جامع حمایت از حقوق معلولان سال ۱۳۸۳ بیش از آن‌که قانونی حق‌محور باشد و بر شناسایی و تضمین حقوقی برابر با افراد عادی تأکید کند، نگاهی رفاهی به موضوع دارد [۱۴].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.10.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.233]

در نهایت می‌توان گفت چالش‌های زیادی درخصوص قوانین حوزه توانبخشی در ایران وجود دارد. حضور سازمان‌های دولتی اعم از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان بهزیستی کشور؛ موجب شده تا قانون حمایت از معلولان به یک قانون حمایتی-معیشتی با گفتمان مسلط توان‌بخشی به‌جای توانمندسازی تبدیل شود. معیشتی شدن قانون به بودجه‌محور شدن آن منجر شده و محوریت بودجه یعنی نقش هرچه بیشتر ساختارهای دولتی و ضعف حضور و مشارکت اجتماعی جمعیت هدف قانون، یعنی افراد دارای معلولیت در امور مربوط به خودشان است.

منابع

1. United Nations. “Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage” [Internet]. 2019 [Updated 2022 November 2]. Available from: https://www.un.org

2. Sajadi H S, Shirazikhah M, Joghataei M. Need to expand rehabilitation facilities to improve access to health services for people with disabilities in Iran. Social Welfare Quarterly (refahj) 2021; 21:9-14

3. Jahanbin P, Abdi K, Khanjani MS, Hosseini MA. [Exploring Barriers of teamwork in providing rehabilitation services: A qualitative content analysis]. Archives of Rehabilitation 2019; 20:210-21 [Persian]

4. Abdi K, Arab M, Khankeh H, Kamali M, Rashidian A, Farahani F. Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. Journal of Advances in Medicine and Medical Research 2016; 13:1-11

5. Iravani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi SJ. [A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities]. Archives of Rehabilitation 2021; 21:544-563 [Persian]

6. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action [Internet]. 2019 [Updated 2022 November 21]. Available from: https://www.who.int/

7. Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ. International profiles of health care systems 2011: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. [Internet] 2011. [Updated 2022 November 22]. https:// www.commonwealthfund.org/

8. Gudlavalleti, Venkata S. Challenges in accessing health care for people with disability in the south Asian context: A review. Inter- national journal of Environmental Research and Public Health 2018; 15:2366

9. Dastyar V, Mohammadi A. [Investigating the Empowerment of the Physically-Handicapped People and Its Related Factors: A cross-sectional, analytical study in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province]. Archives of Rehabilitation 2019; 19:354- 69 [Persian]

10. Mistretta MJ. Differential effects of economic factors on specialist and family physician distribution in Illinois: A County-level analysis. The Journal of Rural Health 2007; 23:215-21

11. Mullins CD, Wingate LMT, Edwards HA, Tofade T, Wutoh A. Tran- sitioning from learning healthcare systems to learning health care communities. Journal of Comparative Effectiveness Research 2018; 7:603-14.

12. Fathi F, Khezri A, Khanjani M, Abdi K. [Comparison of Re- sponsiveness Status of Rehabilitation Services Organization from the Perspective of Services Recipients]. Archives of Rehabilitation 2019; 20:270-85 [Persian]

13. Akhavan-Tafti M. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Review of Challenges and Gaps in Its Implementation in Some Countries. Journal of Research in Rehabilitation Sciences 2016; 12: 173-84

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.10.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.233]