

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 Sadeghi¹, Somayeh Seddighi¹, Mohammad Bakhtiari Aliabad¹, 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

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

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۰ اسفند ۱۴۰۱

نشریه پایش: ۲۳۶-۲۳۳ (۲): 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 چالش‌های قانونی موجود در حوزه توانبخشی برای معلولان در ایران مسئله تولید است. مشکلات تولید 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 تولید حلقه گمشده کار تیمی در خدمات توانبخشی ایران است [۳،۴]. متولی اصلی تولید توانبخشی در ایران سازمان بهزیستی بوده، ولی در اغلب کشورها وزارت سلامت متولی است [۵]. گزارش سال ۲۰۱۹ سازمان جهانی بهداشت نیز بر تولید‌گرایی 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 سیاست‌های 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 کلینیک‌های توانبخشی تحت نظارت معاونت درمان و توانبخشی خود ارائه می‌کند. ساختار تولیدی می‌تواند به صورت متمرکز، غیرمتمرکز و ترکیبی باشد که در ایران اغلب متمرکز است [۷].

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

E-mail: mhdmktp@gmail.com

این موضوع قابل اهمیتی است از آن جهت که سازمان متولی و نیز ساختار تولیدی در سیاستگذاری و همکاری های درون بخشی و برون بخشی 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 می شوند [۹]. تامین مالی توانبخشی در کشورهای مختلف از طریق نظام بیمه ای یا مالیات است اما در ایران از طریق پرداخت یارانه از محل درآمدهای عمومی و مالیات صورت می گیرد [۴]. در فصل سوم قانون برنامه ششم توسعه به تحلیل چالش ها و مشکلات نهادهای حمایتی به خصوص کمبود اعتبار و خلأهای پوشش پرداخته و تأکید شده نمی توان با رویکردهای حمایتی مستقیم به نیازها پاسخ داد. بنابراین نظام توانبخشی در ایران نیازمند بکارگیری ترکیبی از شیوه های مختلف تامین منابع مالی با اولویت کاهش سهم معلولان در پرداخت از جیب است [۸]. از جمله این منابع می تواند سهمی از تولید ناخالص ملی، منابع حاصل از جرائم رانندگی، مالیات منابع تولیدکننده خطر و خیریه ها باشد.

از سویی دیگر مطالعات تامین مالی توانبخشی در ایران را نامتوازن دانستند و دلیل آن را کمبود اعتبارات جبران هزینه، ضعف نظام بیمه ای و نگاه بازاری درمانگران به توانبخشی برشمردند [۴]. آمارها نشان می دهد که هنوز گروه هایی 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 بیمه ای کشور، اصلاح خدمات پایه توانبخشی (آخرین ویرایش مربوط به ۴۵ سال پیش است) و ترغیب شرکتهای بیمه ای برای پوشش خدمات است که قوانین بیمه تامین اجتماعی و ماده ۶ و ۷ قانون حمایت از معلولان به تعریف وظایف و بسته های خدمتی پایه و تکمیلی پرداخته است.

تولید منابع به عنوان کارکرد دیگر نظام سلامت می تواند با دو شاخص تربیت کارشناسان و دسترسی به داده های ملی جامع مورد بررسی قرار گیرد. در ایران دانش آموختگان رشته های توانبخشی صرفاً در دانشگاه های علوم پزشکی تحصیل می کنند [۵]. به علاوه در ایران نسبت کارشناسان و متخصصین توانبخشی و مراکز تخصصی ارائه کننده خدمات برای تامین دسترسی مناسب، کمتر از کشورهای توسعه یافته است [۱۰]. همچنین در ایران دسترسی به داده های ملی جامع به طور کامل وجود ندارد [۵]. غالباً در کشورها قوانین مشخصی برای ثبت و تحلیل اطلاعات معلولان وجود دارد. کشور ایران در مراحل ابتدایی شکل گیری 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 می گردد. البته غالباً بسته خدمات توانبخشی بوده و از لحاظ شاخص فراهم بودن کلیه خدمات را در بر می گیرد 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 کرده اند [۳،۱۱]. البته بررسی ها رشد نسبتاً خوبی را در تعداد مراکز سرپایی نشان می دهد، اما بیشتر مربوط به مطب های تک تخصصی است [۲].

به علاوه پاسخگویی و کیفیت خدمات به عنوان اهداف نهایی نظام سلامت، تصویر شفافی از عملکرد خدمات توانبخشی ارائه می دهند. مطالعات بیان می کنند برای پاسخگودن 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 آن که قانونی حق محور باشد و بر شناسایی و تضمین حقوقی برابر با افراد عادی تأکید کند، نگاهی رفاهی به موضوع دارد [۱۴].

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 به جای 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. *International 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. Transitioning 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 Responsiveness 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