

خدمات توان بخشی در نظام سلامت: چالش‌ها و راهکارها



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۱۹۴۵۱
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:
۱۴۰۲/۱۰/۹

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۲/۳/۲۰
تاریخ پایان مطالعه: ۱۴۰۲/۰۷/۰۵

عنوان گزارش:

خدمات توان‌بخشی در نظام سلامت: چالش‌ها و راهکارها

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه سلامت)

تهیه و تدوین:

سمیه صدیقی

همکار:

سید عبدالرضا موسوی

ناظران علمی:

محمد بختیاری علی‌آباد، مهدی مختاری پیام

ناظر علمی خارج از مرکز:

سیدمحمد موسوی خطاط

(پژوهشگر حوزه رفاه و تأمین اجتماعی - دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی)

ویراستار ادبی:

سیده مرضیه موسوی راد

گرافیک و صفحه‌آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. توان‌بخشی

۲. معلولیت

۳. حساب‌های ملی سلامت



فهرست مطالب

۶	چکیده
۷	خلاصه مدیریتی
۹	۱. مقدمه
۹	۲. مفهوم توان بخشی و رویکردهای آن
۱۱	۳. نظام ارائه خدمات توان بخشی در دنیا
۱۴	۴. جایگاه توان بخشی در اسناد بالادستی در ایران
۱۶	۵. سهم خدمات توان بخشی از هزینه های بخش سلامت در ایران
۱۷	۶. وضعیت خدمات توان بخشی در ایران
۱۷	۷. چالش های خدمات توان بخشی در کشور
۱۷	۸. جمع بندی و پیشنهاد
۱۸	منابع و مأخذ
۱۷	پیوست ها

فهرست جداول و نمودارها

۱۲	جدول ۱. پیشنهادهای تقنینی و نظارتی
۱۲	جدول ۲. تعاریف نهادهای بین المللی از خدمات توان بخشی
۱۳	جدول ۳. مقایسه سیستم های خدمات توان بخشی پزشکی در برخی کشورها
۱۴	جدول ۴. خدمات توان بخشی در اسناد بالادستی
۱۵	جدول ۵. هزینه خدمات توان بخشی طی سال های ۱۳۹۸-۱۳۹۰
۱۸	جدول ۶. سرانه مراکز ارائه دهنده خدمات توان بخشی در کشور
۲۱	جدول ۷. مقایسه توزیع نیروهای توان بخشی در یک میلیون نفر در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۷ در ایران
۲۲	جدول ۸. بار مراجعه و هزینه خدمات فیزیوتراپی در بخش سربایی برای عموم بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران طی سال های ۱۴۰۱-۱۳۹۶
۲۵	جدول ۹. هزینه مربوط به خدمات فیزیوتراپی در طی سال های ۱۴۰۲-۱۳۹۷
۲۶	جدول پیوست ۱. توزیع نیروهای توان بخشی در یک میلیون نفر در سال ۱۳۹۷ در ایران
۲۸	جدول پیوست ۲. توزیع مراکز ارائه دهنده خدمات توان بخشی در یک میلیون نفر جمعیت در سال ۱۳۹۷
۳۲	جدول پیوست ۳. وضعیت فارغ التحصیلان رشته های مرتبط با حوزه توان بخشی
۳۹	نمودار ۱. روند تغییرات عاملین تأمین مالی هزینه خدمات توان بخشی در سال های ۱۳۹۸-۱۳۹۰
۴۲	نمودار ۲. تعداد مراکز طرف قرارداد با خدمات توان بخشی در سطح کشور
۴۳	نمودار ۳. تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی
۴۴	نمودار ۴. هزینه صرف شده سازمان تأمین اجتماعی در خدمات فیزیوتراپی



خدمات توان بخشی در نظام سلامت: چالش‌ها و راهکارها

چکیده



الف) ادغام خدمات توان بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه.
 ب) تقویت پوشش بیمه‌ای بسته خدمات توان بخشی.
 ج) تجهیز و گسترش عادلانه مراکز و نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات توان بخشی.
 د) تأمین و تخصیص منابع کافی و پایدار.
 ه) تجمیع و تکمیل اطلاعات حوزه توان بخشی در کشور.
 و) ارتقای سطح آگاهی جامعه در پیشگیری از معلولیت‌های ناشی از بیماری‌های مادرزادی.
 ز) تدوین و اجرای دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص به‌هنگام و درمان افراد توان خواه، معلول و در معرض معلولیت.
 ت) تربیت و تأمین نیروی کار چندرشته‌ای^۱ در حوزه توان بخشی جهت رفع نیازهای افراد توان خواه و معلول.

در سال‌های اخیر رشد سریع جمعیت سالمندان، افزایش بیماری‌های غیر واگیر و مزمن و همچنین حوادث رانندگی و ضرورت پیشگیری از معلولیت در جهان، نیاز به نظام جامع خدمات توان بخشی را اجتناب‌ناپذیر کرده است. بر این اساس در کشور ایران توجه به حمایت از افراد دارای معلولیت و توان خواهان نیازمند به خدمات توان بخشی در قوانین و مقررات دستگاه‌های اجرایی مورد تأکید قرار گرفته است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که علی‌رغم اقدامات صورت گرفته، به دلیل برخی چالش‌ها و موانع موجود در کشور، بخش زیادی از نیازهای این افراد بدون پاسخ باقی مانده است. در این راستا ضرورت دارد برخی اقدامات و الزامات از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی خدمات توان بخشی و سایر دستگاه‌های ارائه‌کننده این خدمات در کشور در جهت ارتقای جایگاه خدمات توان بخشی و تقویت این خدمات در نظام سلامت مدنظر قرار گیرد:

1. Multidisciplinary



در کشور ایران:

الف) براساس حساب‌های ملی سلامت کشور سهم هزینه‌های خدمات توان بخشی از کل هزینه‌های سلامت از ۱,۳۳ درصد در سال ۱۳۹۰ با کاهش ۸۴ درصدی به ۰,۲۱ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است، همچنین در خصوص نحوه تأمین مالی این خدمات نیز، براساس آمارهای سال ۱۳۹۸، حدود ۳۹,۹ درصد از کل هزینه‌های توان بخشی توسط بخش عمومی، ۲۰,۴ درصد توسط بیمه‌های خصوصی و تکمیلی و ۳۹,۷ درصد نیز به صورت پرداخت از جیب خانوارها تأمین شده است. زیاد بودن سهم پرداخت از جیب خانوار برای خدمات توان بخشی بیانگر کاهش توجه دولت‌ها و سیاستگذاران نظام سلامت در ارائه این خدمات حیاتی برای گروه‌های هدف بوده است. ضمن اینکه با انتقال بار هزینه‌های خدمات سلامت بر دوش خانوارها و استفاده کمتر آنها از این خدمات به جهت هزینه‌های بالا، نیاز به خدمات به جهت استفاده کمتر، بانددکی وقفه به صورت شدیدتر و پرهزینه‌تر برای خانوار و نظام سلامت بروز خواهد کرد.

ب) تعداد مراکز مرتبط با خدمات توان بخشی در سال ۱۳۹۷ نسبت به سال‌های گذشته افزایش یافته است، اما این رشد بیشتر مربوط به مطب‌های تک تخصصی بوده و در مقابل مراکز چند تخصصی که خدمات جامع توان بخشی را ارائه می‌دهند مانند مراکز جامع توان بخشی و مراکز روزانه و حرفه آموزشی رشد کمتری داشته‌اند. ضمن اینکه تعداد مراکز ارائه خدمات در منزل (شامل مراکز بالینی و پرستاری وزارت بهداشت و مراکز توان بخشی در منزل) نیز از ۴۷۲ در سال ۱۳۹۰ به ۳۱۳ مرکز در سال ۱۳۹۷ رسیده است.

ج) در طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۰ نیروی انسانی مرتبط با خدمات توان بخشی در کشور نیز با افزایش همراه بوده که البته در میان هفت رشته، متخصص طب فیزیکی، فیزیوتراپی، کاردرمان، گفتار درمان، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، ارتوپدی فنی، تعداد فیزیوتراپیست‌ها به نسبت جمعیت بیشتر از سایر ارائه‌دهندگان خدمات توان بخشی بوده است.

اگرچه اقداماتی برای افزایش دسترسی افراد ناتوان و کم‌توان به خدمات توان بخشی صورت گرفته، اما با توجه به افزایش تقاضا برای دریافت خدمات توان بخشی در کشور به ویژه در جامعه معلولان کشور، همچنان به دلیل وجود موانع مختلف در ابعاد ساختاری،

بیان/شرح مسئله (شامل تبیین ابعاد و آسیب‌شناسی شرایط موجود به همراه تبعات سیاسی، محیط زیستی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، امنیتی و...):

ناتوانی واژه عام است که دربردارنده همه اختلالات جسمی و ذهنی، محدودیت‌های عملکردی و عدم توان مشارکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی است. از آنجایی که عموماً افراد ناتوان جزء گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند، ضرورت دارد نیازهای این افراد در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سلامت به درستی پاسخ داده شود. بخش مهمی از نیاز این افراد در حوزه سلامت، خدمات توان بخشی است که جزء جدایی‌ناپذیر از روند مراقبت‌های سلامت محسوب می‌شود. در دهه‌های اخیر روند پیر شدن جمعیت، تغییر سبک زندگی، بار بیماری‌ها و افزایش سوانح و حوادث و... نیاز به خدمات توان بخشی را بیشتر کرده و تأمین این خدمات را در جامعه به یکی از اولویت‌های نظام سلامت در اغلب کشورها تبدیل کرده است.

نظر به اهمیت این حوزه، برخی دستگاه‌های اجرایی در کشور، با در نظر داشتن نیازهای گروه‌های هدف تحت پوشش خود، برخی خدمات توان بخشی را ارائه می‌دهند. از جمله سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان آموزش و پرورش استثنائی و سازمان هلال احمر، اما بررسی‌ها نشان داده که علی‌رغم صرف منابع و فعالیت دستگاه‌های مذکور در این حوزه، وجود برخی موانع سبب شده است که بخش زیادی از معلولان و افراد ناتوان برای دسترسی و بهره‌مندی از خدمات توان بخشی با چالش‌هایی روبه‌رو بوده و نیازهای آنان بدون پاسخ باقی بماند.

نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که عموماً وجود برخی چالش‌ها از جمله: سرمایه‌گذاری ناکافی در حوزه توان بخشی، ضعف حکمرانی در خدمات توان بخشی، مشکلات مربوط به کیفیت و کمیت نیروی متخصص در خدمات توان بخشی، دانش و درک محدود سیاستگذاران از حوزه توان بخشی در سراسر جهان، دستیابی به خدمات توان بخشی را برای گروه‌های هدف با مشکل مواجه کرده است.



در مراقبت‌های بهداشتی اولیه برخی نیازهای افراد به خدمات توان‌بخشی بدون پاسخ مانده است و ادامه این فرایند می‌تواند نظام سلامت را در سال‌های آتی و با افزایش تعداد سالمندان در کشور با مسائل اولویت‌دار بیشتری مواجه و هزینه‌های سنگینی را بر دوش نظام سلامت و افراد توان‌خواه تحمیل کند.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

با در نظر داشتن چالش‌های موجود و لزوم ارتقای جایگاه خدمات توان‌بخشی در نظام سلامت، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

تأمین منابع مالی و شیوه ارائه خدمات، از قبیل عدم مدیریت واحد در خدمات توان‌بخشی، ناکافی بودن منابع مالی در حوزه توان‌بخشی، عدم کفایت پوشش بیمه‌ای خدمات توان‌بخشی، توزیع نامناسب مراکز و نیروی انسانی ماهر و متخصص در حوزه توان‌بخشی، کم‌توجهی به مسئله پیشگیری از معلولیت، فقدان دسترسی به داده‌های ملی و جامع در حوزه توان‌بخشی، عدم شناخت کافی از نیازهای واقعی افراد توان‌خواه، فقدان نظام ارائه خدمات یکپارچه توان‌بخشی، عدم جانمایی خدمات توان‌بخشی

جدول ۱. پیشنهادهای تقنینی و نظارتی

متن پیشنهاد	تقنینی / نظارتی	کمیسیون تخصصی / دستگاه مرتبط
ادغام خدمات توان‌بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سایر دستگاه‌های مرتبط در حوزه توان‌بخشی
تقویت پوشش بیمه‌ای بسته خدمات توان‌بخشی	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تجهیز و گسترش عادلانه مراکز و نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی
تأمین و تخصیص منابع کافی و پایدار	تقنینی - نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان، سازمان برنامه و بودجه کشور
تجمیع و تکمیل اطلاعات حوزه توان‌بخشی در کشور	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سایر دستگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی در کشور
ارتقای سطح آگاهی جامعه در پیشگیری از معلولیت‌های ناشی از بیماری‌های مادرزادی	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تدوین و اجرای دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص به‌هنگام و درمان افراد توان‌خواه، معلول و در معرض معلولیت	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سایر دستگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی در کشور
تربیت و تأمین نیروی کار چندرشته‌ای در حوزه توان‌بخشی جهت رفع نیازهای افراد توان‌خواه و معلول	نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱. مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۲,۴۱ میلیارد نفر در سراسر جهان، به دلایل افزایش سن (سالمندی)، آثار بلایای طبیعی، جنگ، تصادفات جاده‌ای و آسیب‌های محل کار و... به مراقبت‌های پزشکی و توان بخشی نیاز دارند، اما شواهد حاکی از شکاف بزرگ و روبه‌رشد بین نیاز معلولین و توان خواهان به مراقبت توان بخشی و ظرفیت سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی برای برآوردن این نیاز است [۱].

باید در نظر داشت که استفاده کنندگان بالقوه خدمات توان بخشی صرفاً گروه محدودی از افراد نبوده، بلکه ارائه این خدمات به نوعی یک راهبرد سلامت محور برای همه افراد جامعه محسوب می‌شود. زیرا احتمال وقوع مشکلات سلامتی برای همه افراد در طول عمر وجود داشته و همچنین به دلیل افزایش امید به زندگی و ورود به دوره سالمندی به ناچار سطح سلامت افراد کاهش می‌یابد [۲]. بنابراین مراقبت‌های توان بخشی و باز توانی به یک جنبه اساسی از مراقبت‌های نظام بهداشتی کشورها تبدیل شده و نقش مهمی در جلوگیری و به حداقل رساندن ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های مزمن یا سالمندی دارد [۳].

از آنجایی که هدف از ارائه خدمات توان بخشی و باز توانی، بهینه‌سازی عملکرد است و انتظار می‌رود با افزایش امید به زندگی محدودیت‌های بیشتری در عملکرد افراد ایجاد شود، پیش بینی می‌شود نیاز جهان به خدمات توان بخشی و باز توانی در آینده به صورت روزافزون افزایش یابد، اما علی‌رغم این افزایش و تقاضای روبه‌رشد، مطالعات نشان می‌دهد که ظرفیت محدودی برای پاسخ‌گویی به نیازهای این حوزه وجود داشته که مورد توجه دولت‌ها قرار نگرفته است. این امر سبب عدم دسترسی مناسب به این خدمات و عدم هماهنگی بین تقاضا و عرضه این خدمات شده است [۴].

بر این اساس با توجه به اهمیت و ضروری بودن خدمات توان بخشی، لازم است تدابیر مؤثر جهت تسهیل بهره‌مندی افراد و خانواده‌های نیازمند این خدمات صورت پذیرد. این گزارش ضمن مروری بر مفهوم توان بخشی و برخی الزامات مؤثر در استقرار نظام ارائه این خدمات در حوزه سلامت، وضعیت ارائه خدمات توان بخشی در کشور را مورد بررسی قرار داده و چالش‌ها و راهکارهای برون‌رفت در این حوزه ارائه می‌شود.

۲. مفهوم توان بخشی و رویکردهای آن

دستیابی به استقلال، کیفیت زندگی بهتر و خودشکوفایی است [۵]. تعاریف متعددی از سوی برخی نهادهای بین‌المللی در خصوص توان بخشی ارائه شده که به شرح جدول ۲، به آن پرداخته می‌شود:

اصطلاح توان بخشی که تحت‌عنوان‌های «نو توانی»، «باز پروری» و «بازسازی» هم نام برده می‌شود، در واقع شامل تمام اقدامات هدفمند برای کاهش اثر معلولیت بر فرد، قادر ساختن وی برای

۱. مطالعات نشان داده‌اند نزدیک به ۱۵ درصد از کل سالمندان در جهان به دلیل شرایط کهولت سن و اختلالات اسکلتی-عضلانی دچار ناتوانی و معلولیت قابل توجهی می‌شوند [۱].

جدول ۲. تعاریف نهادهای بین‌المللی از خدمات توان بخشی

تعاریف	نهاد بین‌المللی (سال)
مجموعه‌ای از خدمات و اقدامات پزشکی، آموزشی، اجتماعی و حرفه‌آموزی که برای بازتوانی جسمی، روانی، ذهنی، اجتماعی و حرفه‌ای معلولان و ارتقای سطح کارایی آنها تا بالاترین حد ممکن به منظور دستیابی فرد به یک زندگی مستقل در جامعه عرضه می‌شود [۷].	انجمن بین‌المللی توان بخشی ^۱ (۱۹۶۹)
فرایندی هدفمند و دارای محدودیت زمانی که هدفش توانا ساختن فرد دارای اختلال برای رسیدن به یک سطح ذهنی، جسمی، اجتماعی و کارکردی مناسب است که در این راه او را برای تغییر دادن زندگی‌اش با ابزارهایی مجهز می‌سازد [۸].	سازمان بهداشت جهانی ^۲ (۱۹۸۱)
مجموعه‌ای از برنامه‌هایی که به معلولان یا افراد در معرض معلولیت کمک می‌کند تا در تعامل با محیط خود به عملکرد مطلوب رسیده و یا عملکرد خود را، بازتوانی و حفظ کنند [۹].	سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۱)
ارائه مجموعه اقدامات مؤثر و مناسب به معلولان در راستای دستیابی و حفظ حداکثر استقلال، توانایی فیزیکی، ذهنی، اجتماعی و شغلی و مشارکت کامل آنها در تمام ابعاد زندگی [۱۰].	ماده (۲۶) کنوانسیون سازمان ملل در زمینه حقوق معلولان

و آموزش و مهارت‌آموزی حرفه‌ای، در این خدمات جایی ندارند و همچنین هزینه خدمات انجام شده از این طریق نیز بالاست، اما در رویکرد اخیر مبنی بر توان بخشی مبتنی بر جامعه^۵: با تکیه بر تعامل فرد توان خواه با جامعه، در سال ۱۹۷۸ میلادی توسط سازمان بهداشت جهانی، سازمان جهانی کار و سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد به منظور توسعه کمی و کیفی خدمات توان بخشی، طراحی و پیشنهاد شد. با توجه به عزم جامعه جهانی در تحقق شعار توان بخشی برای همه، اکثر کشورها این رویکرد را در سیستم خدمات توان بخشی کشور خود مورد استفاده قرار داده‌اند. در حال حاضر ۹۰ کشور در سطح دنیا از جمله تمامی کشورهای عضو اسکاپ^۶ راهبرد توان بخشی مبتنی بر جامعه را باروش اجرایی خاص خویش به کار می‌برند [۶].

علاوه بر مفاهیم فوق در توان بخشی مفاهیمی مانند یکپارچه‌سازی اجتماعی، کاهش آثار ناتوانی، توانمندسازی، کیفیت زندگی و... نیز مطرح شده و مورد توجه است.

سه رویکرد مهم در ارائه خدمات توان بخشی وجود دارد. در رویکرد خدمات توان بخشی مبتنی بر مراکز،^۳ مؤسسات روزانه یا شبانه‌روزی توان بخشی، مسئولیت تدارک خدمات مورد نیاز افراد معلول را برعهده دارند. ضمن اینکه در این رویکرد، خدمات متمرکز بر فرد معلول است. لذا خانواده، جامعه و سایر عوامل اجتماعی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند.

اما خدمات توان بخشی فرامؤسسه‌ای^۴ توسط کادر توان بخشی مستقر در مؤسسات انجام می‌شود. در چنین برنامه‌ای، کارکنان توان بخشی به خانه‌های افراد معلول مراجعه می‌کنند. این نوع از خدمات توان بخشی متمرکز بر فرد معلول و احتمالاً خانواده اوست


1. International Association of Rehabilitation Professionals (IARP).
2. World Health Organization (WHO).
3. Institutional Based Rehabilitation.
4. Outreach Rehabilitation.
5. Community-Based Rehabilitation (CBR).


۶. کمیسیون اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد برای آسیا و اقیانوسیه (ESCAP)، در حال حاضر ۵۲ کشور عضو اسکاپ هستند.

۳. نظام ارائه خدمات توان بخشی در دنیا




خدمات توان بخشی مانند امکانات مراقبت روزانه و بیمارستان برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و افراد ناتوان که نیازی به نظارت مداوم پزشکی در تمام روز ندارند نیز رایج است. برای تعیین کارایی خدمات توان بخشی از روش پرسشگری از بیماران در هنگام ترخیص از مراکز استفاده می‌شود. خدمات بهداشت عمومی و توان بخشی مبتنی بر سیستم بیمه سلامت و متشکل از بیمه اجباری دولتی و صندوق‌های بیمه سلامت خصوصی است.

 فرانسه: در فرانسه، بسیاری از اقدامات توان بخشی بستری به عنوان درمان ترمیمی و هم‌زمان در طول اقامت بیمار در بیمارستان انجام می‌شود. درمان با شرایط بستری معمولاً بسته به مدت و شرایط بیمار به دو صورت درمان کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت دسته‌بندی می‌شود. در حالت اول دلالت بر خدمات توان بخشی داشته و حالت دوم درمان طولانی‌مدت در مراکز اقامتی معلولان انجام می‌گیرد، اما در کشور فرانسه درمان کوتاه‌مدت اولویت دارد. کسب مجوز برای ایجاد مراکز توان بخشی در فرانسه، منوط به رعایت استانداردهای لازم در این حوزه است. در کشور فرانسه به دلیل کمبود نیروی انسانی ماهر از قبیل پرستاران، مراکز با صف‌های انتظار طولانی بیماران ناتوان مواجه هستند و لذا نمی‌توانند طبق برنامه و زمان‌بندی مشخص خدمات توان بخشی را به گروه‌های هدف ارائه کنند. شایان ذکر است که تأمین مالی خدمات توان بخشی در این کشور، بیمه مراقبت‌های پزشکی است که بخشی از نظام بیمه اجتماعی بوده و حدود هشتاد درصد جمعیت آن کشور را تحت پوشش خود دارد.

 سوئیس: خدمات توان بخشی در کشور سوئیس در بیمارستان‌ها و مبتنی بر خدمات چندرشته‌ای برای درمان از طریق متخصصان این حوزه ارائه می‌شود. برنامه‌های درمان توان بخشی بیشتر در بخش بستری گسترش یافته و در طول هفته برای بیماران ارائه می‌شود. در این برنامه پزشکان مسئول تشخیص، مدیریت، هماهنگی و کنترل اقدامات درمانی مطابق با برنامه توان بخشی هستند. ثبت پرونده بالینی بیمار، ارائه

در دهه‌های اخیر، در راستای تأکیدات مندرج در اسناد بین‌المللی از قبیل: اجرای هدف ۲ برنامه اقدام جهانی ناتوانی [۷]، یعنی «تقویت و گسترش توان بخشی، فناوری در وسایل کمک توان بخشی، خدمات حمایتی، و توان بخشی مبتنی بر جامعه» و یا توصیه کنوانسیون سازمان ملل متحد در مورد حقوق افراد دارای معلولیت^۱ [۸] در ذیل ماده (۲۶)، که از کشورهای عضو می‌خواهد که اقدامات مناسب را برای سازماندهی، تقویت و گسترش خدمات و برنامه‌های توان بخشی انجام دهند، توصیه‌هایی از سوی سازمان بهداشت جهانی با هدف ارتقای خدمات توان بخشی برای کشورها ارائه کرده است که عبارتند از: ادغام خدمات توان بخشی در نظام‌های سلامت، یکپارچه شدن خدمات توان بخشی در سطوح خدمات بهداشتی-درمانی، تربیت و توزیع نیروی کار توان بخشی چندرشته‌ای، دسترسی به خدمات توان بخشی در جامعه و در بستر بیمارستان، ایجاد واحدهای توان بخشی تخصصی در بیمارستان، اختصاص منابع مالی مورد نیاز جهت ارائه خدمات توان بخشی بهینه در نظام سلامت، پوشش بیمه‌ای خدمات توان بخشی، اتخاذ سیاست‌های تأمین مالی در جهت دسترسی به وسایل کمکی برای افراد نیازمند [۹].

در این راستا بسیاری از کشورهای در حال توسعه، نظام توان بخشی پزشکی خود را (براساس الزامات ملی خود) با هدف بازگرداندن توانایی عملکردی و کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی‌های جسمی و یا ادغام حداکثری آنها در جامعه و پیشگیری از معلولیت، پیاده‌سازی کرده‌اند. نمونه‌هایی از نظام‌های خدمات توان بخشی پزشکی در برخی کشورها به شرح زیر ارائه شده است:


 آلمان: در آلمان، درمان توان بخشی در مؤسسات پزشکی بستری و سرپایی و به اصطلاح «کلینیک‌های مراقبت روزانه» انجام می‌شود. در این سیستم امکان بستری افراد در مراکز توان بخشی، بخش‌های توان بخشی در بیمارستان‌های بزرگ و آسایشگاه‌ها وجود دارد. علی‌رغم وجود مراکز مورد نیاز جهت بستری، اما در آلمان خدمات سرپایی نسبت به بستری ترجیح داشته و کمتر بیماران تمایل به بستری در مراکز را دارند. چنین اشکالی از

1. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/134833>





مشکلاتی را برای تضمین خدمات توان‌بخشی پزشکی، حرفه‌ای و اجتماعی ایجاد می‌کند. در انگلستان درمان توان‌بخشی پزشکی معمولاً به‌عنوان بخشی از سیر درمان انجام می‌شود. مراقبت‌های سرپایی توسط پرستاران واجد شرایط منطقه و سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی در منزل بیماران نیازمند ارائه می‌شود، اما قوانین و مقررات مربوط به کنترل کیفیت به‌ندرت در مراقبت‌های بهداشتی شهری و بیمارستان‌ها در نظر گرفته و اجرایی می‌شود. همچنین تأمین مالی خدمات توان‌بخشی توسط بودجه عمومی دولت و نظام مالیاتی تأمین مالی می‌شود.

 سوئد: توان‌بخشی پزشکی در کشور سوئد با هدف آموزش، کمک به کار کردن، ایجاد شرایط مناسب پس از ترخیص از بیمارستان صورت می‌گیرد. متخصصان طب فیزیکی و توان‌بخشی عموماً مسئولیت انجام مراحل فیزیوتراپی و... را برعهده دارند، البته در کشور سوئد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز استان‌ها در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سرپایی ارائه می‌شود. ارزیابی کیفیت خدمات توان‌بخشی در بخش‌های توان‌بخشی، توسط انجمن توان‌بخشی پزشکی سوئد انجام گرفته و گواهی کیفیت صادر می‌کند. طبق دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و امور اجتماعی، هر بیمار می‌تواند برنامه توان‌بخشی داشته باشد. مطابق مقررات مدیریت کیفیت در مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، کلیه نهادهای مرتبط با خدمات سلامت موظف به مشارکت منظم در نظارت بر کیفیت خدمات خواهند داشت. توان‌بخشی پزشکی برای سلامت عمومی در کشور سوئد اهمیت زیادی دارد و در بسیاری از موارد به پیشگیری از ناتوانی زودرس استناد می‌شود. در سوئد، ۹۵ درصد بهداشت عمومی توسط دولت تأمین می‌شود.

 آمریکا: بیش از ۳۰ مرکز توان‌بخشی پزشکی چند تخصصی (رشته‌ای) مجهز به تجهیزات توان‌بخشی در کشور آمریکا وجود دارد که به انجمن‌های علمی و پزشکی وابسته هستند. توان‌بخشی پزشکی در بخش بستری در درجه اول شامل توان‌بخشی اولیه است که در بخش‌های توان‌بخشی واقع در بیمارستان‌های بزرگ انجام می‌گیرد، اما خدمات توان‌بخشی پزشکی در بخش سرپایی شامل مراقبت‌های پرستاری است که در منزل فرد توان‌خواه

توصیه‌های مرتبط با خدمات توان‌بخشی پس از ترخیص بیمار و ارائه بازخورد به پزشک ارجاع‌کننده و نهادهای بیمه‌ای از دیگر خدمات ارائه‌شده در برنامه توان‌بخشی در بخش بستری است. در سیستم توان‌بخشی پزشکی سوئیس، بحث مدیریت کیفیت خدمات و همچنین معیارهای مرتبط با نیروی انسانی جهت تعیین قابلیت‌های کلینیک‌های توان‌بخشی در نظر گرفته می‌شود. برای مثال فیزیوتراپیست‌ها باید حداقل ۲،۵ ساعت در هر جلسه برای بیمار خدمات ارائه کنند، در غیراین صورت کیفیت درمان کاهش می‌یابد. همچنین مراکز باید با ۹۰ درصد اشغال تخت فعالیت کنند و به‌ازای هر تخت ۰،۰۵ پزشک، ۰،۲ پرستار و ۰،۲ فیزیوتراپ ضروری است. در این خصوص آژانس ارتقای ارزیابی و کیفیت^۱ با ارائه مجموعه‌ای از معیارهای کیفیت، بر فعالیت کلینیک‌های توان‌بخشی مطابق با استانداردهای ISO ۹۰۰۱ نظارت می‌کند. با توجه به معیارها و استانداردهای مذکور، ارائه‌کنندگان می‌توانند گواهینامه‌های قابل قبول بین‌المللی از سیستم‌های مدیریت کیفیت دریافت کنند. شایان ذکر است که در کشور سوئیس خدمات توان‌بخشی پزشکی توسط مؤسسات بیمه دولتی تأمین می‌شود.

 اسپانیا: سیستم توان‌بخشی پزشکی در کشور اسپانیا در کلینیک‌های توان‌بخشی تخصصی بیماران به‌طور کلی توسعه نیافته است. در این کشور حدود ۰،۰۵ تخت توان‌بخشی به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت (به‌طور کلی ۱۹۵۲ تخت در ۲۴ مرکز توان‌بخشی) وجود دارد. اکثر مراکز توان‌بخشی وابسته به بخش خصوصی بوده و به‌طور کلی پوشش بیمه‌ای خدمات بستری در حوزه توان‌بخشی در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی کمتر است. توان‌بخشی پزشکی در اسپانیا در بستر مراقبت‌های بهداشتی اولیه (در حدود ۲۵۰۰ مرکز با خدمات تشخیصی، پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی) ارائه‌شده و لذا توسط مالیات‌دهندگان تأمین مالی می‌شود، اما آسایشگاه‌های نگهداری از افراد ناتوان در کشور اسپانیا متعلق به نظام سلامت ملی نیست.


 انگلیس: خدمات توان‌بخشی و به‌ویژه توان‌بخشی پزشکی در کشور انگلیس بین دو سیستم مجزا قرار می‌گیرد: خدمات سلامت ملی (NHS) و نظام تأمین اجتماعی است. وجود چنین شرایطی

1. Agency in Promotion of Evaluation and Quality” (APEQ).

نیاز به بستری و نگهداری نداشته باشد. در کشور فنلاند تداوم در مراحل درمان به عنوان یکی از عوامل اصلی بهبود کیفیت خدمات توان بخشی محسوب شده و مدت زمان دریافت خدمات را کاهش می‌دهد. مطابق قانون ملی بازنشستگی فنلاند، توان بخشی پزشکی توسط مؤسسه بیمه اجتماعی فنلاند تأمین می‌شود. به بیمه شدگان طبق قانون مذکور، خدمات توان بخشی ارائه می‌شود. در بسیاری از کشورهای جهان، موفقیت در خدمات توان بخشی یا اثر بخشی خدمات توان بخشی با ابزارهایی از قبیل ارزیابی عملکرد فعالیت‌های روزمره و در کل کیفیت زندگی افراد ناتوان قابل سنجش خواهد بود. انجام درمان مرحله به مرحله و سنجش کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از سنجش استقلال عملکردی (FLM)^۳ مهم‌ترین مؤلفه سنجش عملکرد فرد ناتوان در برنامه‌های توان بخشی در خدمات بستری فنلاند محسوب شده که سبب به حداقل رساندن آثار منفی و بهبود کیفیت خدمات می‌شود.

به نظر می‌رسد بررسی سیستم‌های توان بخشی پزشکی در کشورها (جدول ۳)، نحوه مدیریت آنها و ارزیابی کیفیت خدمات و... می‌تواند به عنوان نمونه مناسبی در توسعه نظام ملی توان بخشی مدنظر قرار گیرد [۱۰].

ارائه می‌شود. مراکز مراقبت‌های بهداشتی - درمانی که خدمات توان بخشی نیز ارائه می‌کنند جهت بستن قرارداد با سازمان‌های حفظ سلامت^۱ باید گزارشی از اثر بخشی و کیفیت خدمات خود ارائه کنند. مضاف بر اینکه سنجش شاخص استقلال عملکردی^۲ به صورت گسترده در مراکز ارائه دهنده خدمات توان بخشی به عنوان ابزاری مقایسه‌ای نتایج خدمات توان بخشی ارائه شده، بین مؤسسات مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیمارستان‌ها نیز در فرایند ارزیابی کیفیت موظفند هر سه سال یکبار اعتبارسنجی شده و پس از کسب تأیید، حق ارائه خدمات پزشکی به مردم را دارند. بدین صورت نظارت کیفی و کمی دولت و تأثیر آن بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی به نحو درست اعمال می‌شود.

 فنلاند: وزارت امور اجتماعی و بهداشت در کشور فنلاند مسئول اجرای قوانین در زمینه توان بخشی افراد ناتوان هستند. هماهنگی لازم جهت اجرای اقدامات مختلف در حوزه خدمات توان بخشی توسط کمیته ملی هماهنگی توان بخشی، شورای ملی توان بخشی، شوراهای شهرداری و گروه‌های مردمی در استان‌ها انجام می‌شود. توان بخشی پزشکی می‌تواند در یک مرکز توان بخشی یا به عنوان درمان سرپایی ارائه شود که بیمار

جدول ۳. مقایسه سیستم‌های خدمات توان بخشی پزشکی در برخی کشورها^۴

کشور	نحوه ارائه خدمات	مراکز ارائه خدمات	تأمین مالی	ملاحظات
آلمان	بستری، سرپایی	■ مراکز توان بخشی، ■ بخش‌های توان بخشی در بیمارستان‌های بزرگ، ■ آسایشگاه‌های مراقبتی	سیستم بیمه سلامت (متشکل از بیمه اجباری دولتی و صندوق‌های بیمه سلامت خصوصی)	تمرکز بیشتر بر خدمات سرپایی به جای بستری که سبب بروز چالش در بیماران نیازمند مداوم به خدمات توان بخشی شده است.
فرانسه	بستری، سرپایی	■ بیمارستان‌ها در درمان کوتاه‌مدت (همزمان در طول اقامت بیمار)، ■ مراکز نگهداری از معلولان در درمان طولانی‌مدت	بیمه مراقبت‌های پزشکی	در فرانسه درمان کوتاه‌مدت اولویت دارد.
سوئیس	بستری، سرپایی	■ بیمارستان‌ها (مبتنی بر خدمات چندرشته‌ای). ■ کلینیک‌های توان بخشی	مؤسسات بیمه دولتی	مدیریت کیفیت خدمات و همچنین معیارهای مرتبط با نیروی انسانی جهت تعیین قابلیت‌های کلینیک‌های توان بخشی اهمیت بالایی دارد.
اسپانیا	بستری، سرپایی	■ مراکز توان بخشی وابسته به بخش خصوصی ■ آسایشگاه‌های نگهداری از افراد ناتوان	نظام مالیاتی	ارائه خدمات در بستر مراقبت‌های بهداشتی اولیه (آسایشگاه‌ها متعلق به بخش دولتی نیستند).

1. Health Maintenance Organizations (HMOS).

2. Functional Independence Measure (FIM).

3. Functional Independent Measure.

4. <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2020/WLek202009227.pdf>



کشور	نحوه ارائه خدمات	مراکز ارائه خدمات	تأمین مالی	ملاحظات
انگلیس	بستری، سرپایی، مراقبت در منزل	بیمارستان‌ها مراکز مراقبتی شهری	بودجه عمومی دولت و نظام مالیاتی	درمان توان بخشی پزشکی معمولاً به‌عنوان بخشی از سیر درمان انجام می‌شود.
سوئد	بستری و سرپایی	بیمارستان‌ها کلینیک‌های توان بخشی	بودجه عمومی دولت	با هدف آموزش، کمک به کار کردن و... توان بخشی پس از ترخیص از بیمارستان صورت می‌گیرد.
آمریکا	بستری و سرپایی (مراقبت در منزل)	مرکز توان بخشی پزشکی چند تخصصی، بیمارستان‌های بزرگ		به‌کارگیری سیستم پرداخت آینده‌نگر براساس گروه‌های تشخیصی وابسته در جهت ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده.
فنلاند	بستری و سرپایی	مراکز توان بخشی بخش‌های بیمارستانی	مؤسسه بیمه اجتماعی (طبق قانون ملی بازنشستگی)	هماهنگی میان کمیته ملی هماهنگی توان بخشی، شورای ملی توان بخشی، شوراها و شهرداری و گروه‌های مردمی.

است. بر اساس توصیه این سازمان، توان بخشی ارائه شده در مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارای مزایای اجتماعی گسترده‌ای بوده که مداخله زود هنگام می‌تواند شیوع را کاهش دهد و آثار ناتوان کننده بیماری‌های مزمن را در میان بزرگسالان و کودکان به حداقل برساند، مانند مدیریت اختلال شناختی برای افراد مبتلا به زوال عقل (دمانس)، حفظ حرکت برای مبتلایان به آرتریت، و بهینه‌سازی عملکرد برای کودکان مبتلا به فلج مغزی. از سوی دیگر به نظر می‌رسد ارائه خدمات توان بخشی ارائه شده در نزدیکی منازل افراد، آنها را قادر می‌سازد تا در آموزش و پرورش و نیروی کار باقی بمانند و وابستگی به نهادهای حمایتی و اخذ حمایت‌های مالی برای مدت طولانی‌تر را به حداقل برساند. ارائه خدمات توان بخشی در سطح مراقبت‌های اولیه، ضمن کاهش خطر عوارض بیماری می‌تواند به جلوگیری از بستری شدن‌های پرهزینه در بیمارستان و همچنین کاهش خطر رهاشدگی این خدمات برای افراد نیازمند به مراقبت‌های توان بخشی طولانی مدت کمک کند. بر این اساس دسترسی به مداخلات توان بخشی در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه جزء کلیدی پوشش همگانی سلامت است [۱۲].

علی‌رغم اقدام‌های انجام گرفته در حوزه خدمات توان بخشی در کشورهای فوق‌الذکر، برخی مطالعات به بررسی میزان پاسخ‌گویی سیستم‌های بهداشتی - درمانی به نیازهای توان بخشی گروه‌های هدف و موانع موجود در افزایش میزان دسترسی آنها به این خدمات در کشورهای مختلف پرداخته است. به‌نحوی که نتایج این مطالعات نشان می‌دهد، دانش و درک محدود سیاستگذاران از حوزه توان بخشی، عدم سرمایه‌گذاری کافی در حوزه توان بخشی، ضعف حکمرانی در حوزه توان بخشی، عدم توجه به کیفیت و کمیت نیروی انسانی در حوزه توان بخشی و عدم اطلاع از وضعیت توان بخشی در کشور از جمله مهم‌ترین چالش‌هایی است که در سراسر جهان دستیابی به خدمات توان بخشی را برای گروه‌های هدف با مشکل مواجه کرده است [۱۱].

با توجه به چالش‌های فوق و همچنین افزایش سن جمعیت و اهمیت مراقبت‌های طولانی مدت در نظام سلامت و ضرورت وجود خدمات توان بخشی به‌عنوان هسته اصلی مدل‌های ارائه خدمات، سازمان بهداشت جهانی به‌جانبی و ادغام خدمات توان بخشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیش از پیش تأکید داشته

۴. جایگاه توان بخشی در اسناد بالادستی در ایران

در قوانین متعدد در قالب برنامه‌های اجرایی مطرح و در دستور کار دولت‌ها قرار گرفته است. به‌شرح زیر به اهم این برنامه‌ها در هر یک از قوانین اشاره می‌شود:

مروری بر سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری، قوانین برنامه‌های توسعه و سایر قوانین مصوب در کشور، نشان می‌دهد که موضوع توان بخشی و خدمات مورد نیاز معلولان و سالمندان کشور

جدول ۴. خدمات توان بخشی در اسناد بالادستی

عنوان سند	محتوای مرتبط
قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	مطابق اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری و ازکارافتادگی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت در این اصل مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق‌الذکر را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.
سیاست‌های کلی سلامت (۱۳۹۳) ^۱	در بند (۱۱) سیاست‌های کلی سلامت، بر ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه تأکید شده است.
قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹) ^۲	پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌های جسمی و روانی برای آحاد جامعه، تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران روانی مزمن، مناسب‌سازی اماکن عمومی (خصوصی و دولتی) به منظور ارتقای سطح کیفی و کپی خدمات توان بخشی و دسترسی آحاد مردم به این خدمات و کلیه خدمات توان بخشی توسط معلولین به سازمان بهزیستی
قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۳) ^۳	پرداخت مستمری به معلولان، سالمندان و بیماران روانی مزمن، پرداخت یارانه به مراکز غیردولتی (شبان‌ه و روزانه) بابت نگهداری و ارائه خدمات توان بخشی و آموزشی، ارائه خدمات توان بخشی در منزل، ارائه خدمات فرهنگی، رفاهی و آموزشی به معلولان، تأمین و واگذاری وسایل کمک توان بخشی به معلولان، پرداخت حق پرستاری، کمک به کاشت حلقون کودکان ناشنوا نیازمند، تسهیلات اعطایی وام قرض الحسنه معلولان، ساماندهی بیماران روانی مزمن و سالمندان، مناسب سازی محیط زندگی افراد معلول، توان بخشی مبتنی بر جامعه و...
قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹) ^۴	طراحی نظام سطح بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی و منطقه‌ای، تدوین برنامه‌های جامع اطلاع رسانی جهت آگاه‌سازی و آموزش والدین کودکان با نیازهای خاص جهت تأمین نیازهای ویژه و توان بخشی گروه‌های مختلف آموزشی، تقویت طرح سنجش کودکان و افزایش امر مشاوره در این مدارس
قانون برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶) ^۵	تدوین نظام جامع رصد آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌ها
قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (مصوب ۱۳۸۳) ^۶	قانون جامع حمایت از حقوق معلولان در کشور از قبیل تأمین خدمات توان بخشی، حمایتی، آموزشی و حرفه‌آموزی مورد نیاز معلولان، گسترش مراکز خاص نگهداری، آموزشی و توان بخشی معلولان، تأمین و تحویل وسایل کمک توان بخشی مورد نیاز افراد معلول، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و بیمه مکمل درمانی قرار گرفتن معلولان سازمان بهزیستی، کمک‌هزینه (یارانه) پرداختی سازمان بهزیستی کشور به مراکز غیردولتی (روزانه و شبانه‌روزی) بابت نگهداری، خدمات توان بخشی و آموزشی و حرفه‌آموزی معلولان اشاره شده است.
قانون حمایت از حقوق معلولان (۱۳۹۶) ^۷	قانون حمایت از حقوق معلولان در حوزه معلولیت، توان بخشی و نیازهای گروه‌های هدف در ۱۰ فصل و ۳۴ ماده در حوزه‌های تعاریف، مناسب‌سازی، دسترسی‌پذیری و تردد و تحرک، خدمات بهداشتی، درمانی و توان بخشی، امور ورزشی، فرهنگی، هنری و آموزشی، کارآفرینی و اشتغال، مسکن، فرهنگ‌سازی و ارتقای آگاهی‌های عمومی، حمایت‌های قضایی و تسهیلات مالیاتی، معیشت و حمایت‌های اجتماعی و همچنین برنامه‌ریزی، نظارت و منابع مالی به تصویب رسیده است که در ذیل ماده (۶) این قانون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است پوشش بیمه سلامت افراد دارای معلولیت تحت پوشش سازمان را به گونه‌ای تأمین نماید که علاوه بر تأمین خدمات درمانی مورد نیاز این افراد، خدمات توان بخشی جسمی و روانی افراد دارای معلولیت را پوشش دهد.

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود خدمات توان بخشی و ضرورت ارائه آن به افراد توان خواه در قوانین و اسناد بالادستی متعدد مورد تأکید قرار گرفته است.

1 . <https://khl.ink/f/26083>

2 . <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/93301>

3 . <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/94202>

4 . <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196>

5 . <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1014547>

6 . <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/94044>

7 . <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1054682>



۵. سهم خدمات توان‌بخشی از هزینه‌های بخش سلامت در ایران



اطلاعات مندرج در حساب‌های ملی سلامت طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰، هزینه‌های مربوط به خدمات توان‌بخشی از ۵,۷۳۳ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۰ به ۳,۷۵۶ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸ کاهش یافته است (جدول ۵). نکته‌ای که وجود دارد، سهم خدمات توان‌بخشی تا سال ۱۳۹۲ در حدود ۱,۳۳ درصد از کل هزینه‌های سلامت بود، اما در سال ۱۳۹۳ با کاهش ۵۹ درصدی روبه‌رو شد. در سال ۱۳۹۴، اگرچه سهم هزینه‌های خدمات توان‌بخشی رشد ۱۳ درصدی را تجربه کرد، اما مجدد از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۳۹۸، این روند شیب نزولی داشته و در نهایت در سال ۱۳۹۸ به ۰,۲ درصد رسیده است. بر این اساس با توجه به داده‌های جدول (۵)، می‌توان بیان داشت که سهم هزینه‌های توان‌بخشی از کل هزینه‌های سلامت کشور در طی ۸ سال (۱۳۹۰-۱۳۹۸) با کاهش ۸۴ درصدی همراه بوده است.

یکی از مهم‌ترین موضوعات اقتصادی مرتبط با سلامت، نحوه تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی است. این فعالیت‌ها در دنیا اصولاً توسط نهادهای مختلفی از جمله بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خصوصی، دولت، شرکت‌ها و مؤسسات و یا پرداخت‌های مستقیم افراد تأمین مالی می‌شود. نحوه مشارکت نهادهای مذکور در تأمین مالی سلامت، پایداری و عدالت در نظام سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نحوی که هرچه وابستگی تأمین مالی به پرداخت‌های مستقیم افراد بیشتر باشد، فشارهای مالی بر افراد بیشتر و فعالیت‌های بهداشتی و درمانی ناپایدارتر خواهد بود [۱۳]. در تمام کارکردهای نظام سلامت خدمات توان‌بخشی با اختلاف بسیار زیاد، بیشترین وابستگی را به هزینه‌های پرداخت‌شده توسط خانوارها (پرداخت از جیب) دارند که این موضوع پایداری فعالیت‌ها و خدمات این حوزه را با خطر بالای مواجهه با هزینه‌های فاجعه‌بار برای خانواده‌های نیازمند همراه کرده است [۱۴]. با استناد به



جدول ۵. هزینه خدمات توان بخشی طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰ (ارقام بر حسب میلیارد ریال و مقادیر جاری)

سال	هزینه‌های توان بخشی		دولت عمومی				بخش خصوصی				کل بخش خصوصی				
	مقدار کل	درصد از کل هزینه‌های سلامت	دولت داخلی		صندوق‌های تأمین اجتماعی		کل دولت عمومی	پرداخت از جیب خانوار		شرکت‌های بیمه تکمیلی		سایر موارد			
			درصد	مقدار	درصد	مقدار		درصد	مقدار	درصد		مقدار	درصد	مقدار	درصد
۱۳۹۰	۵,۷۳۳	۱/۳۳	۳,۶۰۴	۵/۴	۳۰۷	۶۲/۹	۳,۹۱۲	۶۸/۲	۱,۸۱۶	۳۱/۷	۸/۴	۰/۱	۰	۱,۸۲۱	۳۱/۸
۱۳۹۱	۵,۷۱۶	۱/۱۸	۳,۴۶۹	۸/۱	۴۶۳	۶۰/۷	۳,۹۳۳	۶۸/۸	۱,۷۸۳	۳۱/۲	۰	۰	۰	۱,۷۸۳	۳۱/۲
۱۳۹۲	۸,۲۵۶	۱/۳۳	۵,۳۱۳	۶/۴	۵۲۹	۶۴/۴	۵,۸۴۳	۷۰/۸	۲,۴۱۳	۲۹/۲	۰	۰	۰	۲,۴۱۳	۲۹/۲
۱۳۹۳	۴,۷۳۶	۰/۵۵	۵۲۱	۷/۲	۳۴۰	۱۱	۸۶۲	۱۸/۲	۳,۴۷۴	۷۳/۴	۳۹۹	۴/۸	۰	۳,۸۷۳	۸۱/۸
۱۳۹۴	۶,۳۸۹	۰/۶۲	۵۱۸	۸/۷	۵۵۳	۸/۱	۱,۰۷۲	۱۶/۸	۵,۰۴۴	۷۹	۲۷۲	۴/۳	۰	۵,۳۱۷	۸۳/۲
۱۳۹۵	۴,۶۱۷	۰/۴۰	۵۱۵	۱۷/۲	۷۹۲	۱۱/۲	۱,۳۰۸	۲۸/۳	۲,۹۹۱	۶۴/۸	۳۰۹	۶/۷	۲/۸	۳,۳۰۹	۷۱/۷
۱۳۹۶	۲,۹۶۷	۰/۲۳	۵۵۶	۲۴/۶	۷۳۰	۱۸/۷	۱,۲۸۶	۴۳/۳	۱,۱۱۷	۳۷/۷	۵۵۱	۱۸/۶	۱۲	۱,۶۸۱	۵۶/۷
۱۳۹۷	۲,۷۷۴	۰/۱۹	۹۹۴	۲۱/۶	۵۹۹	۳۵/۹	۱,۵۹۴	۵۷/۵	۸۰۷	۲۹/۱	۳۷۲	۱۳/۴	۴/۰	۱,۱۸۰	۴۲/۵
۱۳۹۸	۳,۷۵۶	۰/۲۱	۸۷۹	۱۶/۵	۶۱۹	۲۳/۴	۱,۴۹۹	۳۹/۹	۱,۴۹۰	۳۹/۷	۷۶۶	۲۰/۴	۰	۲,۲۵۷	۶۰/۱

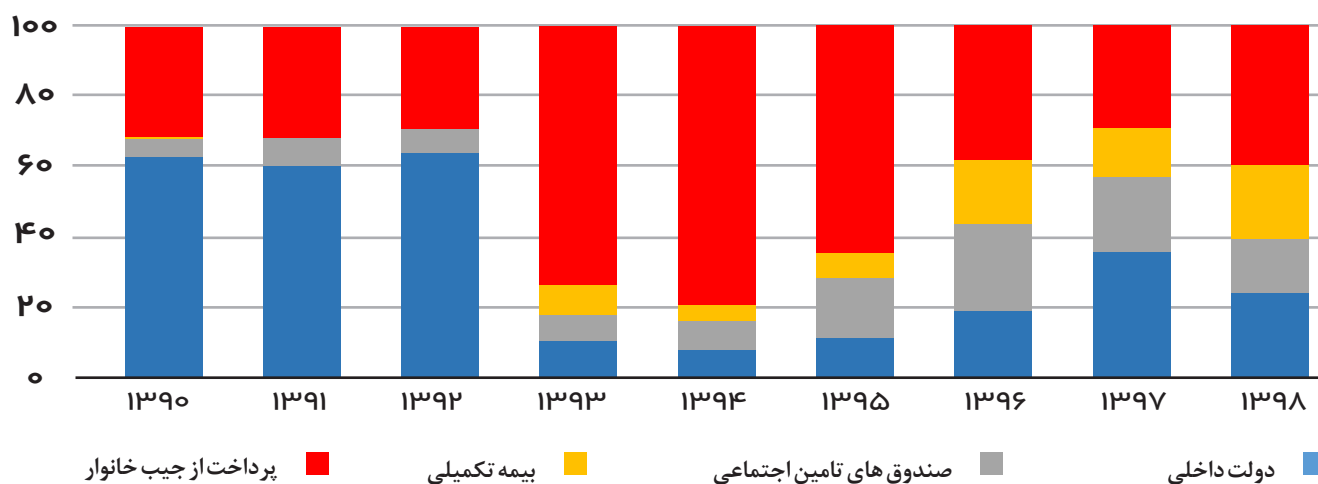
منبع: حساب‌های ملی سلامت (۱۳۹۸-۱۳۹۰).



و به خصوص پرداخت از جیب خانوار، افزایش و سهم بخش عمومی کاهش چشمگیری یافته است. به نحوی که سهم بخش عمومی به ۱۸,۲۱ درصد تنزل و در مقابل سهم بخش خصوصی به ۸۱,۸ درصد افزایش یافت. این روند در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۷ هم‌زمان با افزایش مشارکت بخش عمومی، سهم بیمه تکمیلی نیز افزایش و سهم پرداخت از جیب کاهش یافت، اما مجدداً در سال ۱۳۹۸ با کاهش سهم دولت عمومی، سهم پرداخت از جیب خانوار با افزایش مواجه شد.

هم‌زمان با این کاهش، ترکیب عاملین تأمین مالی خدمات توان بخشی نیز تغییر یافته است. بررسی حساب‌های ملی سلامت در بازه سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰ نشان می‌دهد که تا سال ۱۳۹۲ «بخش عمومی» به عنوان اصلی‌ترین تأمین‌کننده هزینه‌های توان بخشی در کشور مطرح بوده و در این سال‌ها حدود ۷۱ درصد هزینه‌های مربوط به این خدمات را تأمین کرده است. همچنین حدود ۲۹ درصد توسط «بخش خصوصی» تأمین مالی شده، اما در سال ۱۳۹۳ با تغییر در ترکیب عاملین تأمین مالی، سهم بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار و بیمه‌های تکمیلی)

نمودار ۱. روند تغییرات عاملین تأمین مالی هزینه خدمات توان بخشی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰ (درصد)



منبع: حساب‌های ملی سلامت کشور ایران.

می‌دهد علی‌رغم چالش بیماری‌های مزمن در قرن حاضر، افزایش جمعیت سالمند و از طرفی نیاز به استفاده مستمر و هزینه‌های بالای خدمات توان بخشی، جایگاه این خدمات همچنان در نظام سلامت ایران مورد توجه قرار نگرفته است. این در حالی است که بررسی‌ها نشان داده است با انتقال بار هزینه‌های خدمات سلامت بر دوش خانوارها و استفاده کمتر آنها از این خدمات به جهت هزینه‌های بالا، سبب خواهد شد که با اندکی وقفه زمانی، ناتوانی فرد به صورت شدیدتر و پر هزینه‌تر برای خانوار و نظام سلامت بروز خواهد کرد [۱۷]. این موضوع در استفاده از خدمات توان بخشی نیز صادق بوده و به نوعی می‌توان بیان داشت منافعی که افراد دارای ناتوانی از خدمات توان بخشی به دست می‌آورند، در مقایسه با هزینه‌های انجام شده برای این خدمات بسیار زیاد خواهد بود [۱۶].

بر این اساس علی‌رغم هدف‌گذاری کاهش سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های سلامت به ۲۵ درصد بر اساس برنامه ششم توسعه، با وجود این پرداخت از جیب خانوارها برای خدمات توان بخشی در سال ۱۳۹۸ برابر ۳۹,۷ درصد بوده است. این در حالی است که مطالعات انجام شده در کشوری مانند لهستان نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۸ درصد از هزینه‌های مرتبط با خدمات توان بخشی توسط خانوارها (پرداخت از جیب) تأمین مالی شده است [۱۵]. در آلمان نیز که بیمه همگانی بیش از ۹۰ درصد افراد را تحت پوشش قرار می‌دهد، به جز بخش بسیار ناچیزی از هزینه‌های توان بخشی، تمامی هزینه‌های این خدمات را دولت تأمین می‌کند. [۱۶].

بررسی سهم خدمات توان بخشی از نظام سلامت ایران نشان

۱. بیش از ۷۲ درصد از هزینه‌های مربوط به خدمات توان بخشی در این کشور توسط دولت، ۹ درصد توسط سازمان‌های عام‌المنفعه تأمین می‌شود.

۶. وضعیت خدمات توان بخشی در ایران



مختلفی از جمله سازمان بهزیستی کشور، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان آموزش و پرورش استثنائی، هلال احمر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه می‌شود. عموماً خدمات توان بخشی به واسطه نهادهای مذکور به دو نوع بستری و سرپایی در مراکزی از قبیل بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، کلینیک‌های توان بخشی خصوصی، مراکز توان بخشی غیردولتی روزانه و شبانه‌روزی، توان بخشی مبتنی بر جامعه و همچنین به صورت توان بخشی در منزل ارائه می‌شود. براساس داده‌های مندرج در مطالعه انجام شده توسط شیرازی خواه و همکاران [۱۹]، براساس اطلاعات سال ۱۳۹۷، مراکز ارائه دهنده خدمات توان بخشی در کل کشور به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت به شرح جدول زیر است:

براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان را افراد دارای ناتوانی یا کم توانی تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۸۰ درصد در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. با در نظر داشتن این موضوع، تعداد افراد ناتوان و کم توان (در هر سه سطح نقص، ناتوانی و معلولیت) در ایران بیش از ۱۱ میلیون نفر برآورد می‌شود [۱۸] که از این تعداد ۲ درصد معلولین شدید و خیلی شدید را شامل می‌شود. در راستای بهره‌مندی افراد نیازمند به خدمات توان بخشی در کشور اقداماتی صورت گرفته که به شرح زیر به آنها اشاره می‌شود:

۱-۶. نهادهای ارائه دهنده خدمات:

در حال حاضر، خدمات توان بخشی در کشور با استناد به قوانین جاری کشور و تنوع گروه‌های هدف تحت پوشش، توسط نهادهای

جدول ۶. سرانه مراکز ارائه دهنده خدمات توان بخشی در کشور (در یک میلیون نفر جمعیت در سال ۱۳۹۷ در ایران)

تعداد	نوع مرکز	نوع خدمت	
۱۰۷	مرکز جامع توان بخشی	مطب‌ها و دفاتر کار	سرپایی
۳۰۸	طب فیزیکی در توان بخشی		
۴۲۰۶	فیزیوتراپی		
۸۰۲	کاردرمانی		
۸۰۱	گفتاردرمانی		
۱۰۰۵	شنوایی شناس		
۴۰۵	ارتوپد فنی		
۱۶۰۴	بینایی سنجی		
۱۱۰۷	مراکز روزانه توان بخشی و حرفه آموزی	مراکز	مراکز مبتنی بر جامعه
۲	توان بخشی در منزل		
۵۰۳	مراقبت‌های بالینی در منزل		
۱۰۶	پرستاری در منزل		
۱۵۰۹	پایگاه‌های توان بخشی مبتنی بر جامعه	مراکز اقامتی	
۴۰۱	آسایشگاه‌ها		

منبع: مقاله [۱۹]

را ارائه می‌دهند (مانند مراکز جامع توان بخشی و مراکز روزانه و حرفه آموزی) رشد کمتری داشته‌اند. تعداد مراکز ارائه خدمات در منزل (شامل مراکز بالینی و پرستاری وزارت بهداشت و مراکز توان بخشی در منزل) نیز با کاهش همراه بوده است. به نحوی که

براساس پیمایش انجام گرفته، تعداد مراکز مرتبط با خدمات توان بخشی در سال ۱۳۹۷ نسبت به سال‌های گذشته افزایش یافته است، اما این رشد بیشتر مربوط به مطب‌های تک تخصصی بوده و در مقابل مراکز چند تخصصی که خدمات جامع توان بخشی



۲-۶. نیروی انسانی:

در مطالعات متعدد انجام شده، کمبود نیروی انسانی در مقابل تقاضای بالای خدمات توان‌بخشی به‌عنوان یک چالش مطرح شده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ به‌طور متوسط در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی کمتر از ۳۰ نفر نیروی انسانی متخصص در حوزه خدمات توان‌بخشی به‌ازای یک میلیون نفر جمعیت وجود دارد. این در حالی است که برای کشورهای با درآمد بالا، این تعداد ۹۰۰ نفر به‌ازای یک میلیون نفر جمعیت است [۲۱]. براساس داده‌های مندرج در مطالعه انجام‌شده توسط شیرازی‌خواه و همکاران (۱۴۰۰) [۱۹]، وضعیت نیروی انسانی شاغل در حوزه توان‌بخشی در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۷ به‌شرح جدول ۷ ارائه و مورد مقایسه قرار گرفته است:

جدول ۷. مقایسه توزیع نیروهای توان‌بخشی در یک میلیون نفر در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۷ در ایران

نیروی انسانی	متخصص طب فیزیکی		فیزیوتراپیست		کار درمانگر		گفتار درمان		شنوایی‌سنج		بینایی‌سنج		ارتوپد فنی	
	سال	۱۳۹۷	۱۳۹۰	۱۳۹۷	۱۳۹۰	۱۳۹۷	۱۳۹۰	۱۳۹۷	۱۳۹۰	۱۳۹۷	۱۳۹۰	۱۳۹۷	۱۳۹۰	۱۳۹۷
تعداد	۳/۱	۵/۱	۵۹/۲	۸۴/۱	۱۵/۱	۳۲/۵	۱۶/۸	۳۴/۸	۱۷/۳	۲۷/۹	۲۴	۳۱/۲	۵/۹	۱۵/۳

منبع: مقاله [۱۹]

حاکمی از آن است که معادل ۲ نفر متخصص در رشته تخصص ارتوپدی، تروماتولوژی و طب ورزشی، ۴ نفر در رشته تخصص ارتودانتیکس، ۵۲۱ نفر در رشته تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی، ۲۰۸۸ نفر در رشته تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)، ۵ نفر در رشته فلوشیپ ارتوسرجری، ۲۴ نفر در رشته فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)، ۱ نفر در رشته فلوشیپ طب توان‌بخشی ستون فقرات و اختلالات اسکلتی عضلانی، ۱ نفر در رشته فلوشیپ طب توان‌بخشی ضایعات نخاعی و ستون فقرات در سطح کشور فارغ‌التحصیل شده و مجوز فعالیت در این حوزه را دریافت کرده‌اند. همچنین براساس آمار منتشر شده توسط همین سازمان، در مجموع تعداد ۲۲۳۵۳ نفر در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی در رشته‌های مرتبط با حوزه توان‌بخشی اعم از فیزیوتراپی، شنوایی‌سنجی (ادیولوژی)، بینایی‌سنجی (اپتومتری)، گفتاردرمانی، کاردرمانی، ارتز و پروتز (ارتوپدی فنی) فارغ‌التحصیل شده و عضو سازمان نظام پزشکی کشور هستند که از این تعداد بیشترین سهم مرتبط به مقطع کارشناسی و رشته فیزیوتراپی بوده و کمترین سهم مربوط به دکتری تخصصی در رشته بینایی‌سنجی (اپتومتری) است.

تعداد این مراکز از ۴۷۲ در سال ۱۳۹۰ به ۳۱۳ مرکز در سال ۱۳۹۷ رسیده است [۱۹]. نکته دیگر در خصوص مراکز این است که برخی خدمات توان‌بخشی نسبت به سایر خدمات بیشترین تعداد را در سطح استان‌های کشور دارند. به‌نحوی که از میان مراکز فوق‌الذکر دفاتر کار فیزیوتراپی و بینایی‌سنجی بیشترین تعداد را به نسبت یک میلیون نفر جمعیت در سطح کشور دارند (جدول پیوست ۱). همچنین براساس مطالعه انجام‌گرفته در طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۷ سرانه تخت توان‌بخشی در کشور به‌ازای هر یک میلیون نفر جمعیت معادل ۱،۶۸ بوده که این شاخص در شهر تهران برابر ۱۰،۵۱ است [۱۹]. شایان‌ذکر است که انجمن پزشکی توان‌بخشی بریتانیا، ۶۰ تخت توان‌بخشی را برای یک میلیون نفر جمعیت کشور پیشنهاد کرده است [۲۰].

همان‌طور که در جدول فوق اشاره شده است، در طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۷ نیروی انسانی مرتبط با خدمات توان‌بخشی در کشور با افزایش همراه بوده که البته در میان هفت رشته فوق، تعداد فیزیوتراپیست‌ها به نسبت جمعیت، بیشتر از سایر ارائه‌دهندگان خدمات توان‌بخشی بوده است. شایان‌ذکر است که در برخی مطالعات انجام‌شده، نیاز بیشتر به دریافت خدمات فیزیوتراپی در مقایسه با سایر خدمات توان‌بخشی نشان داده شده است. در این مطالعات فراهم بودن امکانات ارائه خدمات فیزیوتراپی نسبت به دیگر خدمات توان‌بخشی را یکی از مهم‌ترین عوامل نیاز بیشتر به این نوع خدمت دانسته‌اند [۱۸]. آمارهای ارائه‌شده در پیمایش ملی شیرازی‌خواه و همکاران در خصوص توزیع نیروهای توان‌بخشی در سطح کشور به تفکیک استان نشان می‌دهد که استان تهران، فارس و مازندران به ترتیب با ۱۶۸،۶۸، ۱۳۲،۷۵ و ۱۱۷،۸۶ نفر، بیشترین تعداد فیزیوتراپ را دارند. این در حالی است که استان‌های مرکزی، سیستان و بلوچستان و هرمزگان با اختلاف بسیار زیاد به ترتیب با ۱۵،۴، ۱۶،۶ و ۱۸،۶ کمترین تعداد فیزیوتراپیست را به‌ازای هر یک میلیون نفر جمعیت دارند (جدول پیوست ۲). آمارهای ارائه‌شده در درگاه رسمی سازمان نظام پزشکی کشور، در خصوص نیروی انسانی تربیت‌شده در حوزه توان‌بخشی نیز

۳-۶. تأمین منابع مالی:

مسئله تأمین مالی یکی از موانع قابل توجه دسترسی به خدمات توان بخشی در میان کشورهای دنیاست. در کشور ایران هزینه استفاده از خدمات توان بخشی در بخش خصوصی بسیار گران است. بنابراین عموماً توان خواهان که توان پرداخت نداشته، مجبور به ترک روند درمانی خود می‌شوند [۲۲]. براساس بررسی‌های صورت گرفته، تأمین مالی خدمات توان بخشی در ایران از طریق بودجه عمومی دولت در ذیل اعتبارات دستگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات توان بخشی از جمله سازمان بهزیستی کل کشور، بنیاد شهید و امور ایثارگران و سازمان‌های بیمه‌گر پایه است. با استناد به داده‌های اخذ شده از سوی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه در شهر یورماه سال ۱۴۰۲، وضعیت پوشش بیمه‌ای خدمات توان بخشی در سازمان بیمه سلامت ایران و صندوق تأمین اجتماعی به شرح زیر ارائه می‌شود:

الف) سازمان بیمه سلامت ایران:

حمایت‌های سازمان بیمه سلامت ایران از حوزه توان بخشی

در دو محور جامعه معلولان تحت پوشش سازمان بهزیستی و سایر بیمه‌شدگان نیازمند به این خدمات تحت پوشش سازمان دسته‌بندی می‌شود. در مجموع ۴۳۱۶ مرکز توان بخشی طرف قرارداد بیمه سلامت در سطح کشور وجود دارد که براساس نوع خدمت، به ترتیب ۴۰ مرکز ارتوپدی فنی، ۷۹ دفتر بینایی‌سنجی، ۱۵۷ دفتر شنوایی‌سنجی، ۳۲۳ دفتر کاردرمانی، ۳۶۹ دفتر گفتاردرمانی، ۳۲۷۳ مرکز فیزیوتراپی و ۷۵ مرکز جامع توان بخشی می‌باشد. از مجموع مراکز طرف قرارداد، ۳۰۹۱ مورد مستقل و ۱۲۲۵ مورد غیرمستقل است. (نمودار ۲)

براساس اعلام این سازمان، خدمت فیزیوتراپی به‌عنوان مهم‌ترین جزء خدمات توان بخشی برای عموم بیمه‌شدگان سازمان (تا ۲ ناحیه در هر جلسه) و برای بیماری‌هایی مانند ام.اس، گلین باره، دو شن، میاستنی گراو، فلج مغزی، دیستروفی عضلانی و ALS^۱ (تا ۴ ناحیه در هر جلسه) تحت پوشش بیمه است. (در جدول ۸ بار مراجعه و هزینه خدمت فیزیوتراپی عموم بیمه‌شدگان به تفکیک سال ارائه شده است).

جدول ۸. بار مراجعه و هزینه خدمات فیزیوتراپی در بخش سرپایی برای عموم بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۳۹۶ (صرفاً مبالغ به میلیارد ریال)

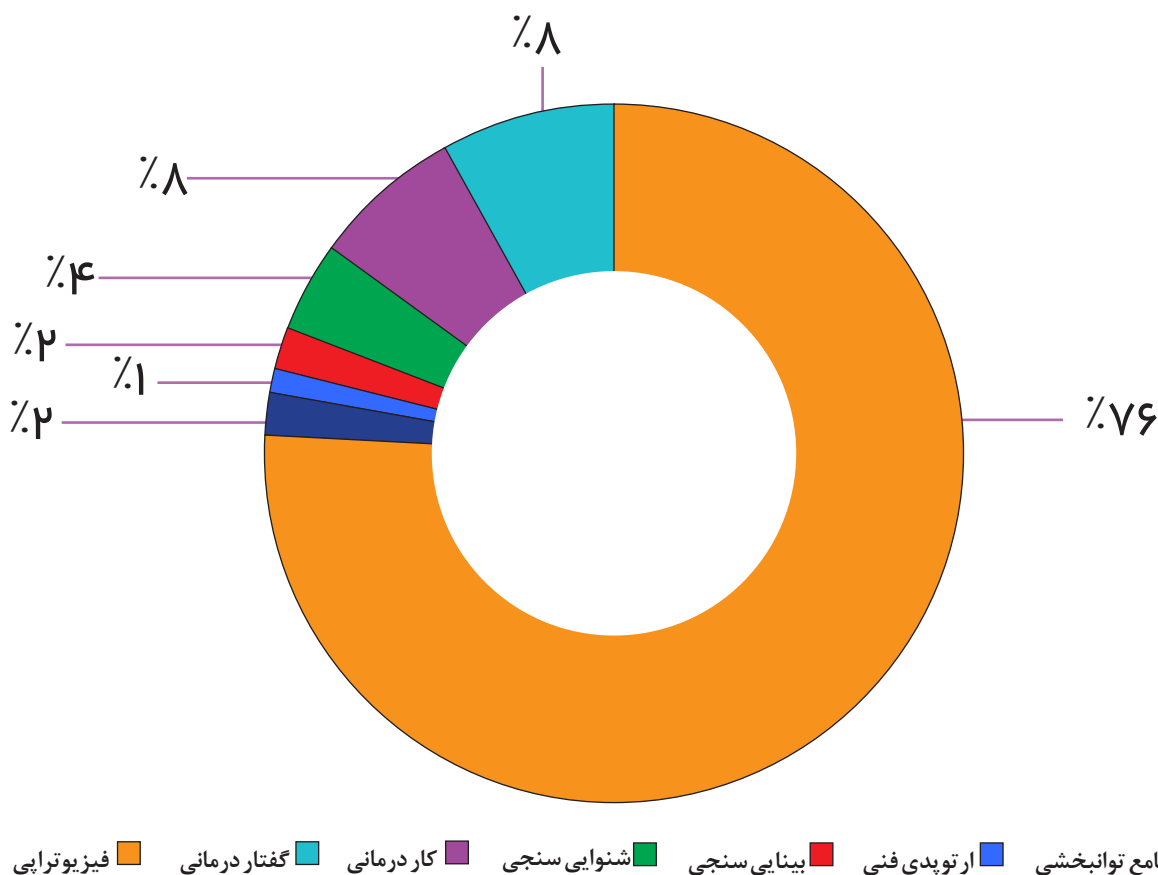
سال	بار مراجعه فیزیوتراپی (تعداد نسخ)	مبلغ پرداختی بابت خدمات فیزیوتراپی سازمان	مبلغ پرداختی بابت کل خدمات سرپایی سازمان
۱۳۹۶	۴۲۸,۸۲۳	۶۱۹	۴۹,۳۰۶
۱۳۹۷	۳۸۴,۴۹۱	۵۷۴	۴۵,۷۱۸
۱۳۹۸	۳۵۷,۰۵۰	۵۶۶	۵۱,۱۰۴
۱۳۹۹	۲۶۲,۲۸۴	۴۷۳	۵۱,۶۰۷
۱۴۰۰	۳۲۱,۵۵۲	۶۸۰	۶۳,۶۵۲
۱۴۰۱	۳۹۳,۳۴۹	۸۷۶	۱۲۴,۳۸۰

داشته است، اما به نظر می‌رسد با کاهش یافتن شدت شیوع کرونا در کشور و نیاز به دریافت خدمات فیزیوتراپی، بار مراجعه و هزینه‌ها مجدداً در سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است.

براساس داده‌های فوق، در طی سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹، با کاهش یافتن بار مراجعه افراد تحت پوشش سازمان جهت دریافت خدمات فیزیوتراپی، سهم این خدمات از کل مبالغ پرداختی سازمان در بخش سرپایی از ۱,۲ درصد به ۰,۷ درصد در کل کشور کاهش

۱. اسکروز جانبی آمیوتروفیک.

نمودار ۲. تعداد مراکز طرف قرارداد با خدمات توان بخشی در سطح کشور



۵۹ خدمت توان بخشی در حوزه‌های کار درمانی، گفتار درمانی، بینابینی سنجی، شنوایی سنجی، ارتوپدی فنی و فیزیوتراپی ستاره‌دار شده و صرفاً برای توان‌خواهان سازمان بهزیستی با پوشش بیمه‌ای ارائه می‌شود که براساس داده‌های سازمان بیمه سلامت، سهم سازمان در بهره‌مندی توان‌خواهان از خدمات تحت پوشش بیمه در سال ۱۴۰۰ در حدود ۳ میلیارد ریال (برای سه بسته خدمتی شنوایی سنجی، گفتار درمانی و کار درمانی)، در سال ۱۴۰۱ در حدود ۳۷ میلیارد ریال (برای بسته‌های خدمتی بینابینی سنجی، ارتوپدی فنی، شنوایی سنجی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی) و در ۵ ماهه نخست سال ۱۴۰۲ در حدود ۱۱۸ میلیارد ریال (برای ۶ بسته خدمتی فوق‌الذکر) بوده است. از این تعداد، بسته گفتار درمانی و کار درمانی همواره بیشترین سهم را نسبت به سایر بسته‌های خدمتی داشته است.

ب) سازمان تأمین اجتماعی:

براساس اطلاعات ارائه شده از سوی سازمان تأمین اجتماعی در شهر یورماه سال ۱۴۰۲، کلیه خدمات توان بخشی اعم از

محور دوم حمایت‌های سازمان بیمه سلامت ایران در راستای اجرای ماده (۶) قانون حمایت از حقوق معلولان با موضوع بهره‌مندی افراد دارای معلولیت تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور است.

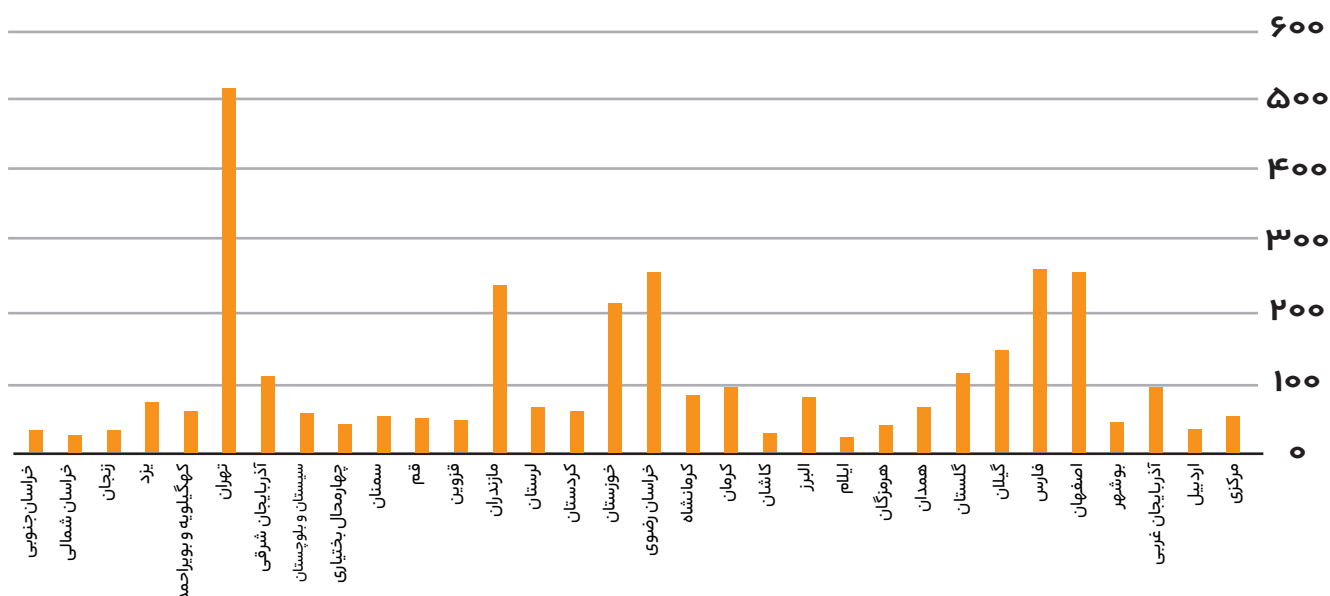
براساس داده‌های ارائه شده از سوی سازمان بیمه سلامت ایران در شهر یورماه سال ۱۴۰۲، در حال حاضر از مجموع حدود یک میلیون و چهارصد هزار نفر معلولین تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور، حدود ۸۰۰ هزار نفر (معرفی شده به سازمان بیمه سلامت) براساس ۶ نوع بیماری (اختلالات جسمی حرکتی، کم‌توانی ذهنی، اختلالات بینایی، اختلالات شنوایی، اختلالات صوت و گفتار و اختلالات روانی) در سامانه‌های سازمان بیمه سلامت ایران نشان‌دار شده‌اند که با پرداخت ۷۰ درصد تعرفه دولتی از سوی سازمان بیمه سلامت، می‌توانند از خدمات توان بخشی مراکز طرف قرارداد با سازمان بیمه سلامت بهره‌مند شوند.

براساس اعلام سازمان بیمه سلامت ایران، از سال ۱۳۹۹ تاکنون،

توان بخشی در سازمان تأمین اجتماعی بر خدمت فیزیوتراپی بوده است. به نحوی که براساس آمارهای ارائه شده، تعداد ۳۳۶۷ مرکز فیزیوتراپی فعال و طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی در سطح کشور وجود داشته که استان تهران و خراسان رضوی بیشترین تعداد را دارا هستند (نمودار ۳).

گفتار درمانی، کار درمانی، روان درمانی، باز توانی قلب، اوتیسم، طب فیزیکی و توان بخشی و... در تمامی مراکز دانشگاهی طرف قرارداد در سطح کشور براساس «کتاب ارزش‌های نسبی و مراقبت‌های سلامت» تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی قرار داشته و در حال ارائه است، اما تمرکز بیشتر حمایت‌های بیمه‌ای خدمات

نمودار ۳. تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی



تأمین اجتماعی به تفکیک تعداد خدمات ارائه شده و تعداد نسخ تجویزی از سال ۱۳۹۷ لغایت خردادماه سال ۱۴۰۲ در بخش سرپایی به شرح جدول ۹ ارائه شده است.

مروری بر آمارهای موجود نشان می‌دهد که از سال ۱۳۹۷ تاکنون خدمات مرتبط با فیزیوتراپی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی افزایش یافته است. هزینه خدمات فیزیوتراپی سازمان

جدول ۹. هزینه مربوط به خدمات فیزیوتراپی در طی سال‌های ۱۴۰۲-۱۳۹۷

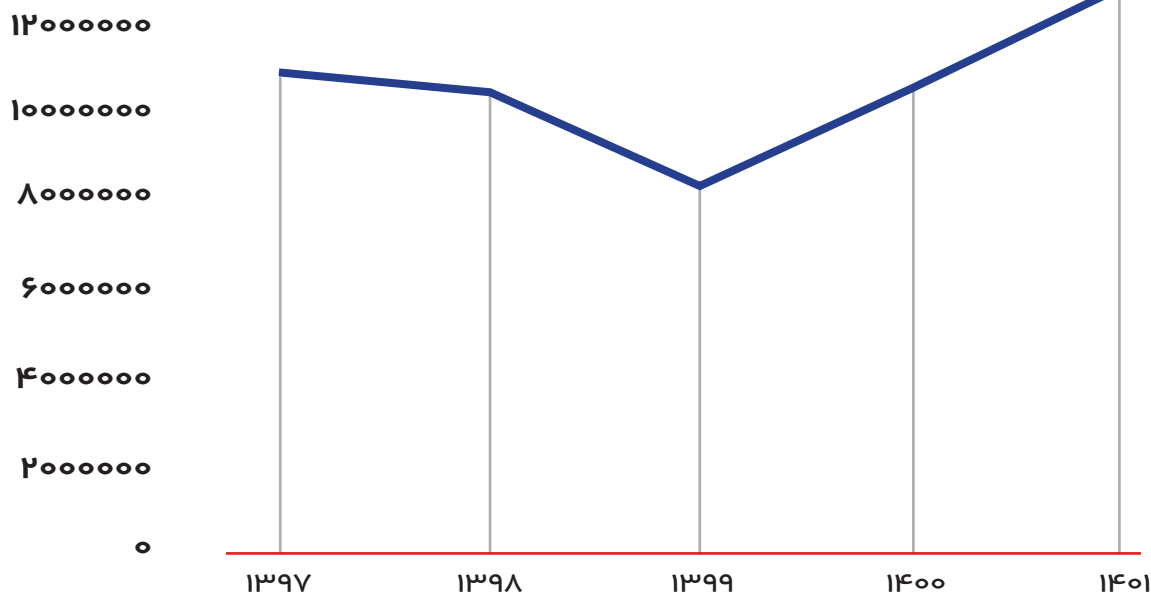
سال	تعداد نسخ تجویزی	جمع تعداد خدمات	هزینه (میلیارد ریال)
۱۳۹۷	۷۵۹,۷۸۶	۱۰,۷۴۰,۳۸۶	۱,۶۴۵
۱۳۹۸	۷۴۵,۹۰۳	۱۰,۴۴۸,۶۵۳	۱,۶۸۲
۱۳۹۹	۵۸۶,۵۴۰	۸,۲۸۴,۹۶۷	۱,۵۴۱
۱۴۰۰	۷۳۹,۰۴۰	۱۰,۴۸۱,۶۲۷	۲,۴۵۴
۱۴۰۱	۸۶۶,۲۴۰	۱۲,۶۷۶,۰۷۸	۳,۵۰۳
سه ماهه نخست ۱۴۰۲	۲۰۸,۲۰۶	۳,۰۸۹,۵۶۲	۹۳۰



کاهش همراه بوده، اما به نظر می‌رسد با کاهش یافتن شدت شیوع کرونا در کشور و نیاز به دریافت خدمات فیزیوتراپی، بار مراجعه و هزینه‌ها مجدداً در سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است.

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، از سال ۱۳۹۷ تا سال ۱۳۹۹ به جهت شیوع بیماری کرونا در کشور، تعداد خدمات فیزیوتراپی و هزینه پرداختی از سوی سازمان تأمین اجتماعی با

نمودار ۴. هزینه صرف شده سازمان تأمین اجتماعی در خدمات فیزیوتراپی



۱۶ درصد از افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی در کشور، به خدمات توان‌بخشی نیاز دارند، یعنی تقریباً از هر ۶ نفر یک نفر نیازمند به خدمات توان‌بخشی جسمی (۱۸) و همچنین وجود موانع مختلف ساختاری، تأمین منابع مالی و شیوه ارائه خدمات، لازم است ارتقای خدمات توان‌بخشی و جانمایی آن در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد.

داده‌های ارائه شده در خصوص وضعیت پوشش بیمه‌ای خدمات توان‌بخشی، نیروی انسانی تربیت شده در این حوزه و... حاکی از آن است که اگرچه با تکیه بر اسناد بالادستی و اهمیت خدمات توان‌بخشی، تاکنون اقداماتی برای افزایش دسترسی افراد ناتوان و کم‌توان به خدمات توان‌بخشی صورت گرفته، اما با توجه به افزایش تقاضا برای دریافت خدمات توان‌بخشی در کشور (حدود

۷. چالش‌های خدمات توان‌بخشی در کشور



برخی قوانین جاری در کشور و تنوع گروه‌های هدف، دستگاه‌های اجرایی مختلفی از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان هلال احمر و سازمان آموزش و پرورش استثنائی اقدام به ارائه خدمات توان‌بخشی (مطابق سیاست‌ها و برنامه‌های آن دستگاه) به جمعیت تحت پوشش خود می‌کنند. به طوری که مجوز فعالیت، نظارت بر خدمات ارائه شده و... توسط دستگاه ارائه‌دهنده خدمت صورت می‌گیرد. بر

اگرچه تاکنون اقدامات مختلفی در حوزه توان‌بخشی در کشور صورت گرفته است، اما به نظر می‌رسد نظام ارائه خدمات توان‌بخشی همچنان با چالش‌هایی روبروست که همین امر سبب کاهش دسترسی و بهره‌مندی افراد توان‌خواه و معلول به خدمات توان‌بخشی شده است.

از جمله چالش‌های مذکور:

۷-۱. عدم مدیریت واحد در خدمات توان‌بخشی: به موجب

می‌دهند. ضمن اینکه تفاوت میان تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی و همچنین وجود سقف پرداخت در خدمات توان بخشی سبب شده است که سهم عمده‌ای از هزینه‌های دریافت خدمات توان بخشی بر دوش بیمار گذاشته شود [۲۲].

۴-۷. توزیع نامناسب مراکز و نیروی انسانی ماهر و متخصص در حوزه توان بخشی: از دیگر مسائل پیشرو در نظام توان بخشی کشور کمبود و توزیع نامناسب نیروی انسانی ماهر در مناطق مختلف کشور است؛ به نحوی که داده‌های مرتبط نشان می‌دهد بیشترین تعداد نیروی انسانی ماهر و متخصص در حوزه توان بخشی در کلان‌شهرها مستقر بوده و عموماً مناطق کمتر برخوردار به علت تفاوت در منابع مرتبط از جمله تعداد تخت، مراکز و منابع انسانی دسترسی کمتری به خدمات توان بخشی دارند. [۲۳] (جدول ۱ پیوست) عموماً کارکنان حوزه توان بخشی به‌عنوان بخشی از نیروی انسانی حوزه سلامت، نقش مؤثری بر کیفیت و اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ایفا می‌کنند. با توجه به این اهمیت، برای پاسخ‌گو بودن نیازهای توان‌خواهان، لازم است نظام‌های سلامت تعداد و ترکیب مناسبی از نیروی انسانی ماهر را در سطح کشور توزیع کنند. زیرا عدم دسترسی به این افراد، می‌تواند منجر به طولانی شدن اقامت در بیمارستان، بستری مجدد و یا پیامدهای نامطلوب دیگر از قبیل محبوس ماندن فرد معلول و ناتوان و یا مرگ زودرس آنان به علت رنج بیماری شود.

۵-۷. کم توجهی به مسئله پیشگیری از معلولیت: عموماً برنامه‌های پیشگیری از معلولیت‌ها با هدف افزایش آگاهی جامعه در زمینه پیشگیری از معلولیت‌ها و کاهش میزان آن اجرا می‌شود. اگرچه در طی سال‌های اخیر و به‌ویژه پس از تصویب قانون برنامه ششم توسعه (موضوع ماده (۷۵) این قانون) اقدامات مختلفی از سوی برخی نهادهای متولی (از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین سازمان بهزیستی کشور) در خصوص راستای شناسایی به‌هنگام و پیشگیری از معلولیت پیش از ازدواج و بارداری صورت گرفته است، اما عدم ادغام مؤثر خدمات توان بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و عدم کفایت پوشش‌های بیمه‌ای مؤثر از آزمایشات تشخیصی و... مانعی بر پیشگیری و شناسایی به‌هنگام افراد مبتلا خواهد بود. با توجه به اهمیت تشخیص به‌موقع بیماری‌ها و یا حتی پیگیری وضعیت بیمار یا توان‌خواه، ارائه خدمات پیشگیرانه و ارتقای سواد جامعه در جهت رعایت اصول خود مراقبتی و پیشگیری از بیماری‌های ناتوان‌کننده ضرورت دارد بسته خدمات جامع توان بخشی با رویکرد ارتقای آگاهی و دانش

این اساس به نظر می‌رسد علی‌رغم فعالیت و مشارکت دستگاه‌های مختلف، عدم مدیریت امور توان بخشی توسط یک نهاد واحد، سیاستگذاری‌ها و هماهنگی‌های بین بخشی را با مشکلاتی روبه‌رو کرده [۲۷]، به نحوی که به جهت شفاف نبودن نقش سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان بخشی، موازی کاری و ارائه خدمات ناهماهنگ توسط نهادها و سازمان‌های مرتبط با توان بخشی در بخش دولتی و غیردولتی و یا فقدان سازوکار مشخص در راستای ایجاد روابط بین بخشی، نبود نظامی یکپارچه مبتنی بر اطلاعات و آمارهای مشخص سبب عدم بهره‌مندی مناسب افراد به این خدمات شده است.

۲-۷. ناکافی بودن منابع مالی در حوزه توان بخشی: عموماً ارائه خدمات توان بخشی مطلوب و متناسب با نیاز جامعه و همچنین افزایش سطح دسترسی مردم به این خدمات، نیازمند تأمین منابع مالی کافی خواهد بود. علی‌رغم اهمیت خدمات توان بخشی که لازم است به اندازه کافی و به موقع به جامعه هدف ارائه گردد، به نظر می‌رسد عدم تخصیص کافی اعتبارات در این حوزه موجب نادیده گرفته شدن خدمات توان بخشی شده است. این در شرایطی است که عدم تأمین کافی منابع و نبود حمایت مالی از افراد توان‌خواه و معلول سبب محروم ماندن آنان از دریافت خدمات و در نتیجه تشدید شدن ناتوانی و افزایش وابستگی آنان به نظام سلامت خواهد شد. بر این اساس ضرورت دارد منابع مرتبط با خدمات توان بخشی (با در نظر داشتن اطلاعاتی جامع از افراد نیازمند به این خدمات) متناسب با نیاز جامعه پیش‌بینی و ذیل اعتبارات دستگاه‌های ارائه‌کننده خدمات لحاظ شود.

۳-۷. عدم کفایت پوشش بیمه‌ای خدمات توان بخشی: یکی از عوامل مهم در دسترسی به خدمات توان بخشی، تأمین هزینه‌ها و به‌ویژه حمایت‌های بیمه‌ای از این خدمات است. هزینه‌بر بودن خدمات توان بخشی ضمن اینکه ممکن است فرد را با هزینه‌های کمرشکن مواجه کند، بعضاً منجر به محروم ماندن افراد توان‌خواه از دریافت برخی خدمات مورد نیاز خواهد شد. نبود پوشش‌های بیمه‌ای برای برخی خدمات توان بخشی (گفتاردرمانی، کاردرمانی و ارتوپدی و...)، بلندمدت / ضروری بودن بهره‌مندی از این خدمات برای برخی افراد و یا فرانشیز بالا، عموماً میزان استفاده از این خدمات را برای گروه‌های کم‌درآمد محدود می‌کند. براساس مطالعات انجام گرفته، بخش کوچکی از جمعیت معلولان کشور تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار داشته که آن سازمان‌ها نیز خدمات محدودی از حوزه توان بخشی را تحت پوشش قرار



به از هم‌گسیختگی و یا موازی‌کاری خدمات در برخی دستگاه‌های ارائه‌دهنده شده است. در حالی که ضرورت دارد فرد توان‌خواه پس از فرایندهای درمانی، فرایند توان‌بخشی را مرحله به مرحله طی کرده و به وضعیت مطلوب خود باز گردد، اما در شرایط کنونی فرایندهای نظام‌یافته از خدمات توان‌بخشی در نظام سلامت وجود ندارد. ارجاع مصدومین دچار معلولیت از بیمارستان به مراکز توان‌بخشی بهزیستی و یا هلال‌احمر تعریف نشده و لذا خدمات دریافت‌شده منجر به توانمندسازی فرد نمی‌شود. وجود یک نظام خدمات یکپارچه به‌ویژه در بستر مراقبت‌های بهداشتی اولیه و با حمایت‌های بیمه‌ای می‌تواند مجموعه‌ای از خدمات توان‌بخشی متناسب با نیاز افراد را در زمان مناسب با رعایت عدالت در دسترسی ارائه دهد [۲۵].

۷-۹. عدم جانمایی خدمات توان‌بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: با توجه به افزایش سن جمعیت و اهمیت مراقبت‌های طولانی مدت در نظام سلامت، به نظر می‌رسد خدمات توان‌بخشی به‌عنوان هسته اصلی مدل‌های ارائه خدمات نقش خواهد داشت. زیرا با بهینه‌سازی عملکرد افراد، ضمن طولانی‌تر شدن عمر بتوان بر کیفیت زندگی آنان اثر گذار بود. این در حالی است که براساس پیمایش‌های صورت گرفته در کشور، نبود دسترسی عادلانه افراد دارای ناتوانی خصوصاً در مناطق کم‌برخوردار به خدمات توان‌بخشی [۲۸] از جمله پیامدهای عدم جانمایی این خدمات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. بر این اساس ضرورت دارد جایگاه خدمات توان‌بخشی در نظام خدمات تعبیه شود. ارائه خدمات توان‌بخشی در بستر PHC می‌تواند در جلوگیری از عوارض ثانویه بیماری و یا شیوع بیماری‌های همراه با معلولیت به‌ویژه در گروه‌های هدف خاص مانند کودکان، معلولان یا افراد مسن مؤثر واقع شود. براساس توصیه سازمان بهداشت جهانی، ایجاد روابط بین‌بخشی میان کارکنان توان‌بخشی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه با هدف افزایش مهارت‌های بین‌حرفه‌ای و درک صحیح نقش متخصصان توان‌بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ارائه خدمات توان‌بخشی از راه دور، استقرار تیم‌های سیار توان‌بخشی و بهره‌گیری از ظرفیت‌های محلی برای شناسایی و ارائه خدمات مناسب و به‌هنگام، کارآمد بودن مشوق‌ها و شرایط برای جذب، حفظ و ایجاد انگیزه در کارکنان حوزه توان‌بخشی و دسترسی به اطلاعات جامع مربوط به این حوزه و... از پیش‌نیازهای ادغام توان‌بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه است [۲۵].

افراد و همچنین شناسایی و تشخیص به‌هنگام معلولیت و ناتوانی به‌ویژه برای گروه‌های پرخطر و مادران باردار صورت گیرد.

۷-۶. فقدان دسترسی به داده‌های ملی و جامع در حوزه توان‌بخشی: با استناد به جزء «۴» بند «الف» ماده (۸۰) قانون برنامه ششم توسعه، دولت مکلف شده است تا پایان سال اول اجرای برنامه (پایان سال ۱۳۹۷) نسبت به تدوین نظام جامع رصد آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌ها طبق قوانین مربوطه و تصویب شورای اجتماعی اقدام کند، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که با گذشت ۵ سال از اجرای قانون مذکور، اقدام مؤثری در این خصوص صورت نگرفته است. این در حالی است که نظام توان‌بخشی به‌ویژه در حوزه معلولیت نیازمند اطلاعات جامع و یکپارچه جهت شناسایی و رصد به‌هنگام ناتوانی و معلولیت، آمار تعداد معلولین به تفکیک نوع معلولیت و خدمات دریافت‌شده در نظام خدمات توان‌بخشی و... جهت تصمیم‌گیری‌های دولت، اتخاذ سیاست‌های مناسب و متناسب با وضعیت موجود و یا انجام هرگونه مداخله در راستای حمایت از این گروه از افراد جامعه است.

۷-۷. عدم شناخت کافی از نیازهای واقعی افراد توان‌خواه: اساس خدمات توان‌بخشی را از یکسو شناخت انتظارات و نیازهای افراد معلول و خانواده آنان از توان‌بخشی و از سوی دیگر بررسی دقیق و همه‌جانبه متخصصان از نیازهای ارزیابی‌شده، تعیین می‌کند. اگرچه در سال‌های اخیر حمایت‌های متعددی در خصوص کاهش نیاز افراد توان‌خواه و معلول به خدمات توان‌بخشی در قوانین و مقررات جاری کشور صورت گرفته، اما بعضاً برخی خدمات و یا حمایت‌ها از قبیل نیاز به وسایل کمکی، تقویت پوشش بیمه‌ای و... علی‌رغم حیاتی بودن آن برای جامعه معلولان و توان‌خواهان هم‌راستا با نیاز افرادی که معلولیت ندارند دیده شده است. بنابراین با توجه به محدودیت منابع دولت و از طرفی تعدد گروه‌های اولویت‌دار و نیازهای حیاتی آنان، ضرورت دارد برای دستیابی به نتایج موفقیت‌آمیز خدمات توان‌بخشی، سیاستگذاران، برنامه‌ریزان و مدیران توان‌بخشی از فرهنگ و ساختار اجتماعی محیط زندگی افراد معلول شناخت کافی داشته و تحلیل مناسبی از انتظارات و خدمات مورد نیازی که افراد ناتوان و خانواده آنان برای بهزیستی بیشتر به آن احتیاج دارند، کسب کنند [۲۴].

۷-۸. فقدان نظام ارائه خدمات یکپارچه توان‌بخشی: نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که نبود نظامی جامع در حوزه توان‌بخشی، وجود حلقه‌های مفقوده و یا معیوب در شبکه ارائه این خدمات و یا کمبود استانداردها و بسته‌های خدمات کارآمد در این حوزه، منجر



ناپایداری منابع مالی در حوزه توان بخشی، عدم ادغام خدمات توان بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و... از جمله چالش‌های پیش‌روی تقویت خدمات توان بخشی در نظام سلامت کشور است. مروری بر مطالعات انجام‌شده در ایران و سایر کشورها و همچنین توصیه‌های نهادهای بین‌المللی در عرصه سلامت، مهم‌ترین اقدام در تقویت جایگاه خدمات توان بخشی را ادغام این خدمات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه دانسته‌اند.

با توجه به نکات مندرج در این گزارش، به منظور ارتقا وضعیت حوزه توان بخشی کشور پیشنهاد می‌شود موارد ذیل در دستور کار سیاستگذاران این حوزه قرار گیرد:

الف) ادغام خدمات توان بخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه.

ب) تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات توان بخشی.

ج) تجهیز و گسترش عادلانه مراکز و نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات توان بخشی

د) تأمین و تخصیص منابع کافی و پایدار (با در نظر داشتن برآوردی از نیازهای واقعی افراد معلول و توان‌خواه در جامعه، تقویت کمی و کیفی پوشش بیمه‌های درمانی جهت کاهش پرداخت از جیب بیمار و افزایش بهره‌مندی معلولین و توان‌خواهان از خدمات توان بخشی، تعیین بسته‌های خدمات معلولان و توان‌خواهان به تفکیک نوع معلولیت / بیماری و نیاز واقعی آنان به خدمات توان بخشی (پیش‌بینی سقف خدمات قابل استفاده با در نظر داشتن نوع بیماری و الزام استفاده بلندمدت یا کوتاه‌مدت از خدمات توان بخشی)، تأمین مالی عادلانه با استفاده از مکانیسم‌های توزیع مجدد برای پرداخت یارانه به افرادی که توانایی پرداخت هزینه‌های خدمات را ندارند.

ه) تجمیع و تکمیل اطلاعات حوزه توان بخشی در کشور (به‌عنوان زیرساخت اساسی پیاده‌سازی و ادغام خدمات توان بخشی در نظام سلامت از طریق یکپارچه‌سازی سامانه‌های اطلاعاتی موجود در حوزه معلولیت با هدف رصد و نظارت بر خدمات توان بخشی، ارائه تصویری شفاف از جمعیت معلول و توان‌خواه

خدمات توان بخشی مداخلات هزینه‌اثر بخشی هستند که استقلال، کرامت و کیفیت زندگی را به افراد باز می‌گرداند. در گذشته این تصور وجود داشت که این خدمات به دلیل طولانی بودن مدت دریافت آن، هزینه‌بر بوده و این موضوع منجر به عدم تمایل نهادهای تأمین مالی برای توسعه این خدمات می‌شد، اما امروزه شواهد موثقی مبنی بر هزینه‌اثر بخش بودن بلندمدت این خدمات وجود دارد. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های عصبی طولانی‌مدت^۱ و یا معلولیت‌های مادرزادی و... سال‌ها پس از ابتلا به بیماری به زندگی خود ادامه می‌دهند، بنابراین سرمایه‌گذاری در عملکرد فیزیکی و روانی این افراد، افزایش قابل توجهی در طول عمر را به دنبال دارد [۲۶].

خدمات توان بخشی بخش مهمی از پوشش همگانی سلامت و راهبردی کلیدی برای دستیابی به اهداف مندرج در سند چشم‌انداز توسعه کشور در افق ۱۴۰۴ است، اما در حال حاضر میان تقاضا و عرضه خدمات توان بخشی در میان کشورهای با درآمد کم و متوسط از جمله کشور ایران شکاف وجود دارد. این در حالی است که رشد سریع جمعیت سالمندان، افزایش بیماری‌های غیرواگیر و مزمن، افزایش حوادث رانندگی و فقدان سازوکارهای پیشگیری از معلولیت در این قبیل کشورها نیاز به خدمات توان بخشی در بستر نظام سلامت را اجتناب‌ناپذیر کرده است. اگرچه حمایت از افراد دارای معلولیت و توان‌خواهان نیازمند به خدمات توان بخشی تاکنون در قوانین متعدد و مقررات دستگاه‌های اجرایی وجود داشته، اما توجه بیشتر به تدوین قوانین معطوف بوده و بر نحوه اجرای این قوانین و مقررات نظارت چندانی صورت نگرفته است [۲۷] و لذا وجود برخی چالش‌ها و موانع موجود در این حوزه، بخشی از نیازهای این افراد بدون پاسخ باقی مانده است. پراکندگی خدمات ارائه‌شده، تعدد دستگاه‌های ارائه‌کننده خدمات، عدم مدیریت واحد در خدمات توان بخشی، فقدان حمایت‌های کافی بیمه‌ای از خدمات توان بخشی جهت کاهش پرداخت از جیب افراد، توزیع ناعادلانه نیروی انسانی ماهر و متخصص در حوزه توان بخشی، فقدان اطلاعات جامع در حوزه خدمات توان بخشی در کشور، نبود سازوکارهای شناسایی و پیشگیری از معلولیت،

1. Long-Term Neurological Conditions.

۲. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.



شاخص‌های خدمات توان‌بخشی از جمله میزان عملکرد و وابستگی افراد و... در قالب نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات در شبکه‌های بهداشت و درمان کشور).

ت) تربیت و تأمین نیروی کار چندرشته‌ای در حوزه توان‌بخشی جهت رفع نیازهای افراد توان‌خواه و معلول (در دسترس بودن نیروی کار چندرشته‌ای در مدیریت نیازهای افراد با ناتوانی‌های مزمن، پیچیده یا شدید مؤثر بوده و می‌تواند منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده شود).

در کشور).

و) ارتقای سطح آگاهی جامعه در پیشگیری از معلولیت‌های ناشی از بیماری‌های مادرزادی (افزایش آگاهی جامعه در خصوص پیشگیری از معلولیت‌ها و برنامه‌ریزی برای ارتقای آموزش‌ها و خدمات پیشگیرانه بهداشتی-درمانی در این خصوص).
ز) تدوین و اجرای دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص به‌هنگام و درمان افراد توان‌خواه، معلول و در معرض معلولیت (با رعایت

منابع و مآخذ



1. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global Estimates of the need for Rehabilitation Based on the Global Burden of Disease Study 2019: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:2006–17.
2. Rehabilitation. Factsheet Sustainable Development Goals: health targets; World Health Organization 2019.
3. Yahyavi Dizaj J, et al. Utilization of Rehabilitation Services Among Urban and Rural Households. *RJ*. 2020; 21(3):336-357.
4. World Health Organization, World Bank. Summary: World report on disability 2011 [Internet]. 2011 [Updated 2011]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70670>.
5. 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*. 2016:1-11.
6. ایروانی، محسن. طراحی الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توان‌بخشی معلولان در ایران. پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی، درمانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ۱۳۹۹.
7. WHO Global Disability Action Plan 2014-2021. Better health for all people with disability. [A67/16 – 4 April 2014].
8. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, NY: United Nations; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-Disabilities.html>, Accessed 15 April 2016).
9. Rehabilitation 2030 – a call for Action. Background paper: The need to scale up rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017.

10. Viktor I. Shevchuk, Oksana B. Yavorovenko, Natalia M. Belyaeva, Iryna V. Kurylenko (Research Institute of Rehabilitation (Medical Scientific Training Center) of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine), Medical Rehabilitation System And Its Quality Control In Developed Countries Of The World. *Wiadomości Lekarskie*, VOLUME LXXIII, Issue 9 Part I, September 2020.
11. Rehabilitation in Health Systems. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552492/> .
12. https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/keyforhealth21stcentury.pdf?sfvrsn=43cebb7_5.
13. Basakha.M. Economic Profile of Iranian Rehabilitation Services: 2002-2017 (PERSION). *Archives OF Rehabilitation*. 2021;22(1):278-297.
14. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic Health Expenditure After the Implementation of Health Sector Evolution Plan: A case study in the west of Iran. *International Journal of Health Policy and Management*. 2016; 5(7):417-423. [DOI:10.15171/ijhpm.2016.31] [PMID] [PMCID].
15. Kosycarz E. Rehabilitation in the Polish health system and its Financing Methods. *Finance*. 2018; 161-75. <https://journals.pan.pl/Content/109422/PDF/10+Kosycarz.pdf>.
16. GFHMS. Personnel in Prevention Or Rehabilitation Facilities. German Federal Health Monitoring System [Internet]. 2021 [14 June 2021].
17. Ziebarth NR. Assessing the Effectiveness of health Care Cost Containment Measures: Evidence from the Market for Rehabilitation Care. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2014; 14(1):41-67. [DOI:10.1007/s10754-013-9138-1] [PMID].
18. Shirazikhah M, Ghaedamini Harouni G, Shirazikhah A, Noroozi M, Sajadi H S. Access to physical rehabilitation services among people with disabilities: Results of a national study in Iran. *Koomesh* 2022; 24 (5) :596-604 URL: <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-7244-fa.html>.
19. Shirazikhah M, Roshanfekar P, Shirazikhah A, Zarezadeh M. Service assessment in physical rehabilitation at national and subnational levels during 2011-2018. 2020. Research project. University of Social Welfare and Rehabilitation Services, Tehran, Iran .
20. Medical Rehabilitation in 2011 and Beyond. London: Royal college of Physicians & British Society of Rehabilitation Medicine; 2010. Available from: www.rcplondon.ac.uk. [Last accessed on 2015 Nov 16].
21. Yahyavi Dizaj J, et al. Utilization of Rehabilitation Services Among Urban and Rural Households. *RJ*. 2020; 21(3):336-357.
22. Iravani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi S J. A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities. *jrehab* 2020; 21 (4) :544-563



23. Marzieh Shirazikhah (MD.MPH,Ph.D) 1, Gholamreza Ghaedamini Harouni (Ph.D) 2, Atefeh Shirazikhah (M.D) 1, Mehdi Noroozi (Ph.D) 1, Haniye Sadat Sajadi (Ph.D), Access to physical rehabilitation services among people with disabilities: Results of a national study in Iran. *Koomesh* -Volume 24, Issue 5 Sep and Oct 2022, 596 – 604.
24. Alonso A, Brugha R. Rehabilitating the health system after conflict in east timor: A shift from NGO to government leadership. *Health Policy and Planning*. 2006; 21(3):206-16. [DOI:10.1093/heapol/czl006] [PMID].
25. Shahabi et al. Integrating rehabilitation services into primary health care: policy options for Iran. *BMC Health Services Research* (2022) 22:1317.
26. Rehabilitation Medicin, Clinical Strategy and Programmes Division. *National Clinical Programme in Rehabilitation Medicine*. 2017.
27. Farahbod M, Masoudi Asl, Tabibi SJ, Kamali M. Comparing the Rehabilitation Structures in the Health Systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa (Persian). *Archives of Rehabilitation*. 2023; 24(1):96-113. <https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.3582.1>.
28. Ahmadzadeh N, Azar FE, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Joghataei MT, et al. A framework for National Rehabilitation Policy and Strategies in iran: A Scoping Review of Experiences in other Countries. *Iran J Public Health* 2020; 49: 1597. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i9.4072>.





جدول پیوست ۱. توزیع نیروهای توان بخشی در یک میلیون نفر در سال ۱۳۹۷ در ایران

استان‌ها	متخصص طب فیزیکی		فیزیوتراپیست		کاردرمانگر		گفتار درمانگر		شنوایی شناس		بینایی سنج		ارتوپد فنی	
	۹۷	۹۰	۹۷	۹۰	۹۷	۹۰	۹۷	۹۰	۹۷	۹۰	۹۷	۹۰	۹۷	۹۰
جمع	۵,۰۰۱-۰,۰۰۳	۵,۰۰۰-۰,۰۰۳	۲۳,۶-۱۶۸,۷	۱۲,۵-۱۳۲,۳	۳,۶-۷۰,۷	۰,۶۴-۴۸,۵۹	۳,۶-۳۴,۲	۳,۶-۳۴,۲	۰,۷۷-۴۲,۴	۱۱,۳-۵۶,۱	۴-۵۰,۳,۴	۶,۴-۵۵,۸	۳۱,۲	۰,۹
البرز	۴,۰۶	۲,۴۴	۵۹,۰۲	۴,۰۶	۱۹,۹۴	۷۴,۸۴	۳۱,۳۴	۱۸,۳۲	۲۱,۱۶	۲۶,۹۱	۲۸,۹	۴۲,۷۷	۰,۸۱	۸,۱۱
اردبیل	۴,۷۷	۴,۷۷	۲۱,۴۶	۵,۵۱	۱۰,۳۳	۳۱,۴۹	۲۰,۴۷	۴,۷۷	۱۳,۵۱	۲۴,۴	۱۴,۳۱	۲۲,۸۳	۰	۷,۰۸
بوشهر	۲,۸۴	۲,۸۴	۳۶,۰۲	۴,۳	۳,۷۹	۳۹,۵۴	۱۲,۰۳	۱۸,۹۱	۱۵,۱۷	۲۲,۳۵	۱۲,۳۲	۱۸,۹۱	۰	۳,۴۴
چهار محال بختیاری	۰	۰	۳۹,۸۲	۳,۱۷	۷,۷۴	۵۹,۰۹	۷۰,۶۹	۱۸,۸۱	۹,۹۶	۲۸,۴۹	۴,۴۲	۱۲,۶۶	۰	۱۰,۵۵
آذربایجان شرقی	۶,۶۶	۶,۶۶	۳۳,۵۸	۸,۹۵	۶,۶۶	۵۴,۹۹	۲۴,۳	۵,۸۶	۹,۰۶	۱۴,۵۸	۴,۸	۶,۳۹	۰,۲۷	۲,۸۱
فارس	۷,۳۲	۷,۳۲	۹,۴۸	۷,۳۲	۹,۹۱	۱۳۲,۷۵	۳۲,۹۸	۱۴,۶۵	۱۰,۹۹	۱۹,۷۹	۲۹,۳	۴۲,۶۷	۰	۸,۶۶
گیلان	۰,۴	۰,۴	۲,۳۷	۰,۴	۸,۴۶	۷۹,۸۲	۱۸,۹۷	۸,۸۷	۱۱,۲۹	۱۵,۸۱	۱۴,۱۱	۲۱,۷۳	۰	۴,۷۴
گلستان	۰,۵۵	۰,۵۵	۴۱,۰۸	۱,۰۷	۶,۱۹	۶۸,۴۹	۲۱,۹۴	۸,۴۴	۱۲,۳۸	۱۸,۱۹	۱۸,۵۷	۲۲,۴۷	۰	۸,۵۶
همدان	۲,۲۷	۲,۲۷	۲۶,۱۶	۵,۱۸	۷,۹۶	۳۶,۸۲	۲۸,۷۶	۱۰,۸۱	۱۱,۹۴	۲۸,۷۶	۱۰,۸۱	۱۸,۴۱	۰,۵۷	۱۳,۸۱
خراسان	۰,۶۳	۰,۶۳	۱۵,۲۱	۱,۱۳	۲,۵۳	۲۳,۶۴	۶,۷۶	۳,۸	۷,۶	۱۱,۲۶	۷,۶	۱۱,۸۲	۰	۱,۶۹
ایلام	۰	۰	۳۳,۷۵	۰	۱۰,۶۶	۶۲,۰۵	۳۷,۹۲	۱۴,۲۱	۱۲,۴۳	۵۱,۷۱	۱۴,۲۱	۱۸,۹۶	۰	۱۰,۳۴
اصفهان	۱,۰۲	۱,۰۲	۵۸,۷۲	۸,۲	۸,۹۴	۹۲,۱۷	۳۴,۱۷	۲۴,۳۸	۱۳,۶۱	۲۴,۸	۱۲,۱۹	۱۵,۶۲	۰,۶۱	۱۵,۸۲
کرمان	۲,۳۸	۲,۳۸	۳۶,۰۷	۳,۱۶	۹,۸۷	۴۹,۶۱	۲۱,۴۹	۱۴,۲۹	۱۱,۹۱	۱۸,۶۴	۱۶,۶۷	۲۰,۸۵	۰,۳۴	۵,۳۷
کرمانشاه	۰	۰	۳۱,۸۷	۰	۱۰,۲۸	۵۲,۷۵	۲۱	۷,۲	۱۲,۸۵	۲۸,۶۸	۲۱,۰۸	۳۳,۲۹	۰	۷,۶۸
خوزستان	۰,۶۵	۰,۶۵	۱,۲۷	۰,۶۵	۸,۴۹	۵۷,۶۷	۲۱,۴۴	۱۴,۱۵	۱۱,۱	۲۶,۵۴	۱۰,۶۶	۱۹,۷۴	۰	۴,۰۳
کهگیلویه و بویر احمد	۰	۰	۱,۴	۰	۴۸,۵۹	۳۷,۹۶	۶۱,۷۱	۱۵,۱۸	۱۸,۲۲	۴۷,۶۸	۱۳,۶۶	۲۳,۰۸	۰	۱,۴
کردستان	۲,۰۱	۲,۰۱	۱۸,۷۵	۳,۱۲	۴,۶۹	۳۳,۰۶	۳۹,۳	۱۴,۰۶	۱۱,۳۸	۳۴,۹۳	۱۰,۰۴	۱۳,۶۳	۰	۵,۶۱
لرستان	۱,۷۱	۱,۷۱	۲۳,۳۷	۳,۹۸	۲,۲۸	۴۲,۰۳	۱۸,۷۴	۲۷,۲۶	۷,۴۱	۳۲,۹۴	۵,۱۳	۲۲,۳۹	۰	۱۰,۲۲
مرکزی	۰,۷۱	۰,۷۱	۳۷,۴۸	۴,۲	۱۴,۸۵	۵۳,۸۷	۳۵,۶۸	۱۶,۹۷	۱۹,۸	۳۵,۶۸	۱۵,۵۶	۲۸,۹۳	۰	۹,۰۹
مازندران	۳,۹	۳,۹	۷۹,۰۵	۴,۵۷	۱۱,۳۹	۱۱۷,۸۶	۲۳,۴۵	۱۵,۲۹	۱۷,۸۹	۲۲,۸۴	۲۴,۴	۲۳,۰۸	۰	۷,۳۱
خراسان شمالی	۰	۰	۱۲,۵۳	۰	۶,۸۳	۳۱,۲۸	۲۳,۱۷	۱۳,۶۷	۱۳,۶۷	۲۲,۰۱	۳۱,۸۹	۳۸,۲۳	۰	۱۱,۵۹
قزوین	۰	۰	۳۴,۶	۱,۵۷	۱۵,۶۵	۵۲,۶	۲۵,۹۱	۹,۰۶	۱۷,۲۷	۱۸,۰۶	۱۷,۳	۲۵,۱۲	۰	۶,۲۸
قم	۳,۴۱	۳,۴۱	۶,۱۹	۵۲,۹	۲,۰۴۸	۸۶,۶۷	۳۴,۸۲	۳۱,۵۷	۲۷,۳	۳۳,۲۷	۲۸,۱۶	۳۲,۵	۰	۶,۹۶
خراسان رضوی	۱,۳۲	۱,۳۲	۳۸,۹۷	۲,۳۳	۹,۰۴	۶۷,۷۶	۲۳,۳۱	۱۴,۴۷	۱۲,۱۷	۱۷,۸۷	۵۰,۳۱	۵۵,۷۹	۰,۱۶	۷,۱۵
سمنان	۱,۵۶	۱,۵۶	۷۳,۳۲	۲,۸۵	۲۶,۵۲	۱۱۲,۴۸	۴۴,۱۴	۳۲,۷۶	۱۸,۷۲	۲۵,۶۳	۲۰,۲۸	۲۸,۴۸	۰	۲,۸۵
سیستان و بلوچستان	۰	۰	۳۰,۰۵	۰,۷۲	۱,۹۳	۴۸,۶۵	۳,۶	۳,۴۷	۰,۷۷	۱۴,۷۷	۲۶,۱۹	۳۴,۹۵	۰	۱,۸
خراسان جنوبی	۱,۳۵	۱,۳۵	۱۷,۵۴	۲,۶	۱۷,۵۴	۴۰,۳۲	۴۴,۲۲	۲۱,۵۹	۱۰,۸	۲۰,۸۱	۴۸,۵۸	۵۴,۶۲	۰	۶,۵
تهران	۶,۸۲	۶,۸۲	۱۳۲,۳۵	۱۰,۲۵	۴۳,۵۵	۱۶۸,۶۸	۶۸,۸۱	۳۳,۶۴	۴۲,۴۱	۵۶,۰۸	۴۳,۷۱	۵۴,۸۷	۴,۶۳	۲۶,۱۵
آذربایجان غربی	۴,۸۱	۴,۸۱	۲۵,۳۲	۶,۷۴	۰,۶۴	۳۶,۷۵	۱۶,۵۴	۳,۵۳	۵,۴۵	۲۰,۵۲	۷,۰۵	۱۳,۱۷	۰	۶,۱۳
یزد	۰,۹۸	۰,۹۸	۴۸,۷۸	۲,۶۳	۱۳,۶۶	۷۱,۱۴	۴۳,۰۴	۳۴,۱۵	۲۱,۴۶	۶۷,۶۳	۲۷,۳۲	۳۴,۲۵	۰	۱۴,۰۵
زنجان	۲,۹۲	۲,۹۲	۳,۷۸	۲,۹۲	۸,۷۷	۳۴,۰۴	۱۶,۰۸	۷,۸	۱۱,۷	۱۷,۰۲	۱۲,۶۷	۱۵,۱۳	۰	۵,۶۷



جدول پیوست ۲. توزیع مراکز ارائه دهنده خدمات توان بخشی در یک میلیون نفر جمعیت در سال ۱۳۹۷ در ایران

مراکز اقامتی	مراکز مبتنی بر جامعه				سرپایی								مرکز جامع توان بخشی	استان ها
					مطب ها و دفاتر کار									
					مراکز روزانه توان بخشی و حرفه آموزی	بینایی سنجی	ارتوپد فنی	شنوایی شناس	گفتاردرمانی	کاردرمانی	فیزیوتراپی	طب فیزیکی در توان بخشی		
۴۰۱	۱۵۰۹	۱۰۶	۰۰۳	۲	۱۱۰۷	۱۶۰۴	۴۵	۱۰۵	۸۰۱	۸۰۲	۴۲۰۶	۳۰۸	۱۰۷	جمع
(۱۰۱-۹۰۱)	(۲۰۵-۵۶۰۷)	(۰۰۰-۷۰۱)	(۰۰۰-۱۰۳)	(۰۰۶-۱۳۰۷)	(۵۰۱-۵۲۰۷)	(۴۰۶-۳۳۰۸)	(۱۰۴-۲۶۰۲)	(۴۰۰-۲۲۰۴)	(۰۰۹-۱۸۰۱)	(۱۰۱-۱۸۰۱)	(۱۵۰۴-۱۱۲۰۲)	(۰۰۰-۷۰۸)	(۰۰۰-۵۰۳)	
۸۰۵	۲۰۶	۰	۰	۰۰۷	۷	۲۹۰۹	۸۰۱	۱۲۰۲	۱۸۰۱	۱۸۰۱	۴۰۰۲	۲۰۹	۱۰۸	البرز
۳۰۱	۱۲۰۶	۷۰۱	۰	۰۰۸	۱۱	۱۰۰۲	۷۰۱	۸۰۷	۳۰۹	۳۰۹	۲۶	۲۰۴	۰	اردبیل
۲۰۶	۱۸۰۵	۰	۰	۰۰۹	۸۰۶	۱۴۰۶	۳۰۴	۱۲۰۹	۶	۶۰۹	۳۳۰۵	۱۰۷	۰	بوشهر
۳۰۲	۲۸۰۵	۰	۱۰۱	۱۳۰۷	۴۶۰۴	۶۰۳	۱۰۰۶	۷۰۴	۹۰۵	۱۱۰۶	۴۰۰۱	۳۰۲	۰	چهارمحال بختیاری
۲۰۶	۱۴۰۶	۱۰۳	۰۰۵	۱۰۸	۱۲۰۸	۴۰۶	۲۰۸	۵۰۴	۳۰۸	۳۰۸	۲۹۰۹	۵۰۱	۲	آذربایجان شرقی
۲۰۳	۹۰۷	۳۰۱	۱	۱	۷۰۲	۲۱	۸۰۷	۹۰۵	۹۰۹	۱۰۰۵	۴۸۰۹	۷۰۸	۱۰۶	فارس
۵۰۹	۱۴۰۲	۱۰۶	۰۰۴	۳۰۲	۱۰۰۳	۱۸۰۶	۴۰۷	۸۰۷	۵۰۱	۷۰۱	۶۱۰۶	۳۰۲	۲۰۴	گیلان
۱۰۶	۱۶۰۶	۲۰۷	۰	۳۰۲	۲۲۰۵	۱۶۰۶	۸۰۶	۸	۷	۵۰۹	۴۶	۱۰۱	۴۰۳	گلستان
۱۰۷	۱۴۰۴	۳۰۵	۰	۱۰۷	۶۰۳	۱۵۰۵	۱۳۰۸	۸۰۶	۷۰۵	۶۰۹	۲۵۰۹	۲۰۹	۲۰۹	همدان
۱۰۱	۱۳۰۵	۰۰۶	۰	۱۰۱	۵۰۱	۱۰۰۱	۱۰۷	۵۰۶	۵۰۱	۴۰۵	۱۸۰۶	۱۰۷	۰	هرمزگان
۳۰۴	۲۹۰۳	۱۰۷	۰	۱۰۰۳	۲۴۰۱	۱۳۰۸	۱۰۰۳	۲۰۰۷	۱۰۰۳	۶۰۹	۴۱۰۴	۰	۱۰۷	ایلام
۶۰۶	۲۰۰۵	۱۰۲	۰۰۲	۳۰۷	۱۳۰۹	۱۰۰۷	۱۵۰۸	۱۰	۸۰۸	۸۰۴	۵۱۰۴	۷۰۲	۵۰۷	اصفهان
۱۰۶	۲۳۰۴	۲۰۲	۰	۱۰۹	۱۰۰۷	۹۰۲	۵۰۴	۷۰۳	۷	۶۰۳	۳۰	۱۰۹	۲۰۲	کرمان
۳۰۱	۱۴۰۳	۱	۰۰۵	۱	۱۲۰۸	۱۹	۷۰۷	۱۲۰۸	۴۰۶	۶۰۱	۴۲	۱۰۵	۰۰۵	کرمانشاه
۱۰۹	۸۰۴۹	۱۰۳	۰	۱۰۳	۱۴۰۲	۱۲۰۵	۴	۱۰۰۶	۵۰۳	۵۰۷	۷۷۰۳	۱۰۵	۰۰۲	خوزستان



مرکز اقامتی	مراکز مبتنی بر جامعه				سرپایی								مرکز جامع توان بخشی	استان‌ها
					مراکز روزانه توان بخشی و حرفه آموزشی	مطب‌ها و دفاتر کار								
						پایگاه‌های توان بخشی مبتنی بر جامعه	پرستاری در منزل	مراقبت‌های بالینی در منزل	توان بخشی در منزل	بینایی‌سنجی	ارتوپدی فنی	شنوایی شناس		
۲۰۸	۳۷۰۹	۰	۰	۱۰۴	۱۸۰۲	۹۰۸	۱۰۴	۸۰۴	۴۰۲	۸۰۴	۱۱۲۰۲	۰	۰	کهگیلویه و بویراحمد
۲۰۵	۱۱۰۲	۱۰۲	۰	۱۰۹	۸۰۱	۱۲۰۵	۵۰۶	۱۲۰۵	۶۰۹	۵۰۶	۳۴۰۳	۱۰۲	۰	کردستان
۲۰۳	۱۶۰۵	۱۰۷	۰	۳۰۴	۱۸۰۷	۱۴۰۸	۱۰۰۲	۹۰۷	۴	۴۰۵	۳۱۰۲	۱۰۷	۰	لرستان
۴۰۹	۲۱	۴۰۲	۰	۰۰۷	۱۱۰۹	۱۴۰۷	۹۰۱	۲۲۰۴	۶۰۳	۱۵۰۴	۱۵۰۴	۴۰۲	۱۰۴	مرکزی
۲۰۱	۵۰۸	۲۰۴	۰	۳	۱۳۰۴	۱۸۰۹	۷۰۳	۱۲۰۲	۱۲۰۵	۹۰۷	۶۴۰۶	۳۰۴	۰۰۹	مازندران
۷	۱۹۰۷	۴۰۶	۰	۲۰۳	۱۸۰۵	۲۷۰۸	۱۱۰۶	۱۲۰۷	۹۰۳	۸۰۱	۲۹	۰	۰	خراسان شمالی
۵۰۵	۹۰۴	۱۰۶	۰	۲۰۴	۱۲۰۶	۱۴۰۹	۶۰۳	۸۰۶	۴۰۷	۹۰۴	۳۳	۲۰۴	۰	قزوین
۲۰۳	۶۰۲	۰	۰	۱۰۵	۹۰۳	۱۸۰۶	۷	۱۶۰۳	۱۶۰۳	۱۰۰۱	۳۲۰۵	۴۰۶	۱۰۵	قم
۷	۵۶۰۷	۱۰۷	۰۰۳	۰۰۹	۷۰۳	۳۳۰۱	۷۰۱	۸۰۹	۹۰۸	۸۰۴	۳۵۰۴	۱۰۴	۰۰۹	خراسان رضوی
۵۰۷	۳۱۰۳	۰	۰	۴۰۳	۲۸۰۵	۱۴۰۲	۲۰۸	۱۱۰۴	۱۲۰۸	۱۰	۵۸۰۴	۰	۱۰۴	سمنان
۱۰۱	۱۴۰۴	۱۰۱	۰	۱۰۱	۷۰۲	۱۳۰۳	۱۰۸	۴	۱۰۸	۱۰۱	۱۶۰۶	۰۰۴	۰۰۴	سیستان و بلوچستان
۹۰۱	۲۳۰۴	۲۰۶	۱۰۳	۹۰۱	۳۳۰۸	۳۳۰۸	۶۰۵	۴	۱۱۰۷	۱۰۰۴	۲۹۰۹	۰	۰	خراسان جنوبی
۶	۱۰۴	۱۰۳	۰۰۹	۰۰۷	۵۰۹	۱۵۰۷	۲۶۰۲	۱۳۰۳	۹۰۸	۱۱۰۳	۵۰۰۲	۷۰۴	۲۰۷	تهران
۴۰۶	۱۳۰۲	۰۰۳	۰	۰۰۶	۱۴۰۴	۷۰۴	۶۰۱	۱۱۰۶	۷۰۴	۴۰۹	۲۷۰۹	۴	۰	آذربایجان غربی
۴۰۴	۱۰۰۵	۲۰۶	۰	۹۰۷	۵۲۰۷	۱۷۰۶	۱۴۰۱	۸۰۸	۴۰۴	۵۰۳	۶۳۰۲	۳۰۵	۵۰۳	یزد
۱۰۹	۵۰۰۱	۰	۰	۱۰۹	۱۱۰۳	۹۰۵	۵۰۷	۵۰۷	۰۰۹	۶۰۶	۲۷۰۴	۲۰۸	۰	زنجان



جدول پیوست ۳. وضعیت فارغ التحصیلان رشته‌های مرتبط با حوزه توان بخشی (بر اساس داده‌های سازمان نظام پزشکی کشور)

تعداد	مقطع	اسم رشته	سرانه کل پزشکان استان ^۱	جمعیت کل استان	نام استان
۲۰	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۰/۹۶	۱۴۲۹۴۷۵	مرکزی
۷	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۱	فلوشیپ	فلوشیپ ارتوسرجری	۱۸/۶۶	۲۵۳۰۶۹۶	گیلان
۵۹	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۱۱	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۸۸	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۹/۸	۳۲۸۳۵۸۲	مازندران
۱۹	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۱	تخصص	تخصص ارتوپدی، تروماتولوژی و طب ورزشی	۱۶/۳	۳۹۰۹۶۵۲	آذربایجان شرقی
۱۱۰	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۱	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۴۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۵۳	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۱/۰۲	۳۲۶۵۲۱۹	آذربایجان غربی
۱۱۴	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۳۱	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۲/۷۸	۱۹۵۲۴۳۴	کرمانشاه
۴	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۹۵	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۱/۷۶	۴۷۱۰۵۰۹	خوزستان
۱	تخصص	تخصص ارتودانتیکس			
۱	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۱۲	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی	۲۰/۷۴	۴۸۵۱۲۷۴	فارس
۱۵۱	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۳	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۵۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی	۱۳/۹۵	۳۱۶۴۷۱۸	کرمان
۵۵	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۱	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۸	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			

۱. تعداد کل پزشکان به جمعیت کل استان

تعداد	مقطع	اسم رشته	سرانه کل پزشکان استان ^۱	جمعیت کل استان	نام استان
۱۶۶	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۶/۶	۶۴۳۴۵۰۱	خراسان رضوی
۱	تخصص	تخصص ارتوپدی، تروماتولوژی و طب ورزشی			
۱	تخصص	تخصص ارتودانتیکس			
۳	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۱۵	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی	۲۰/۵۳	۵۱۲۰۸۵۰	اصفهان
۱۴۴	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۱	تخصص	تخصص ارتودانتیکس			
۱	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۵۵	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی	۶/۵۴	۲۷۷۵۰۱۴	سیستان و بلوچستان
۲۳	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۱۸	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۹/۷۵	۱۶۰۳۰۱۱	کردستان
۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۲۵	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۱/۰۳	۱۷۳۸۲۳۴	همدان
۱۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۱۶	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۴/۳	۹۴۷۷۶۳	چهار محال و بختیاری
۶	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۲۳	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۹/۵۶	۱۷۶۰۶۴۹	لرستان
۵	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۷	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۲/۹۶	۵۸۰۱۵۸	ایلام
۱	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۱۷	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۴/۸	۷۱۳۰۵۲	کهگیلویه و بویراحمد
۲	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۲۵	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۱۱/۰۸	۱۱۶۳۴۰۰	بوشهر
۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			
۱۲	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۹/۶۴	۱۰۵۷۴۶۱	زنجان
۴	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان بخشی			



تعداد	مقطع	اسم رشته	سرانه کل پزشکان استان ^۱	جمعیت کل استان	نام استان
۲	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۵/۹۳	۷۰۲۳۶۰	سمنان
۲۰	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۶	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۲۴/۴	۱۱۳۸۵۳۳	یزد
۳۱	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۲۳	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۹/۶۴	۱۷۷۶۴۱۵	هرمزگان
۱	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۸	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی			
۷۰۰	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۳۸/۸۳	۱۳۲۶۷۶۳۷	تهران
۱	تخصص	تخصص ارتودانتیکس			
۴	فلوشیپ	فلوشیپ ارتوسرجری			
۱۰	فلوشیپ	فلوشیپ جراحی استخوان و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)			
۱۸۵	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی			
۱	فلوشیپ	فلوشیپ طب توان‌بخشی ستون فقرات و اختلالات اسکلتی عضلانی			
۳	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۴/۴۷	۱۲۷۰۴۲۰	اردبیل
۱۹	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۸	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۳/۱	۱۲۹۲۲۸۳	قم
۲۴	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۷	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۲/۱۵	۱۲۷۳۷۶۱	قزوین
۲۳	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۴	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۳/۳۶	۱۸۶۸۸۱۹	گلستان
۳۸	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۱۰	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)	۹/۴	۸۶۳۰۹۲	خراسان شمالی
۱	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی			
۱	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۱	۷۶۸۸۹۸	خراسان جنوبی
۱۰	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			
۱۷	تخصص	تخصص پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی	۱۴/۲۶	۲۷۱۲۴۰۰	البرز
۵۲	تخصص	تخصص جراحی استخوان و مفاصل (ارتوپدی)			

گزیده سیاستی

عدم تأمین کافی منابع و نبود حمایت‌های مالی از افراد توان‌خواه و معلول سبب محروم ماندن آنان از دریافت خدمات و در نتیجه تشدید شدن ناتوانی و افزایش وابستگی آنان به نظام سلامت خواهد شد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir