مقاله پژوهشی

استانداردهای پیشنهادی جهت ارزیابی تولیت در نظام ملی سلامت دهان و دندان: بخش اول- ارزیابی وضع مقررات

بهاره طحانی[۱]، شهرام یزدانی[۲]، محمدحسین خوشنویسان[۳*]

۱- مرکز تحقیقات ترابی‌نژاد، گروه سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۲- مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۳- گروه سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده دندان‌پزشکی، گروه سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی، کدپستی ۱۹۸۳۴، تلفن: ۲۲۴۲۱۸۱۳ نمابر: ۲۲۴۲۱۸۱۳

پست الکترونیک: mh.khoshnevisan@sbmu.ac.ir ،khoshmh@gmail.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۱۵ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: *هدف از این مطالعه دو مرحله‌ای، طراحی مجموعه استانداردهایی برای ارزیابی تولیت نظام سلامت دهان و دندان؛ و ارزیابی وضعیت کنونی کشور ایران بر اساس آن‌ها می‌باشد.*

روش کار: *بر اساس روش تغییر یافته رند (modified RAND-UCLA) با مرور جامع پایگاه‌های داده‌ای الکترونیک و سایت رسمی تعدادی از سازمان‌های بین‌المللی، راهکارهای کارای سیاست‌گذاری در حیطه تولیت، استخراج شدند و بر اساس شش زیرحیطه تولید و انتشار خردورزی، تعیین جهت‌گیری راهبردی، فراهم‌سازی زیرساخت‌های سازمانی متناسب با اهداف راهبردی، وضع مقررات، تأثیرگذاری بر سایر حوزه‌ها از طریق رهبری بین‌بخشی و اطمینان از پاسخگویی طبقه‌بندی شدند. میزان اهمیت و ارتباط استانداردهای تدوین شده با استفاده از آرای صاحب‌نظران سنجیده شد. در مرحله دوم، با استفاده از لیست نهایی استانداردها و با مصاحبه با صاحب‌نظران حوزه سلامت دهان و مرور اسناد، تولیت نظام سلامت دهان (دراین مقاله وضع مقررات) مورد ارزیابی نقادانه قرار گرفت.*

یافته‌ها: *از مجموع ۳۸ استاندارد نهایی، ۱۸ استاندارد مربوط به وضع مقررات بود. اکثر استانداردهای نامناسب مربوط به وضع مقررات برای بیمه‌های دندان‌پزشکی بودند. مقررات مربوط به اطمینان از هزینه اثربخش وایمن بودن مواد و تکنیک‌های به کار رفته در دندان‌پزشکی و کیفیت خدمات ارایه شده به بیماران، قوانین مربوط به مبادلات پایه بازار سلامت در دندان‌پزشکی، حق مالکیت معنوی و فلوریداسیون آب ناقص بودند و یا به طورمطلوب پیاده نمی‌شدند. نحوه فعلی اجرایی شدن جریمه‌ها و تنبیهات در برخورد با مصادیق کارکرد نامناسب ارایه‌دهندگان و قوانین مربوط به تربیت و توزیع مناسب ارایه‌دهندگان خدمات دندان‌پزشکی ناکامل بود. قوانین مربوط به برچسب‌گذاری بر کالاها و پوشش نیازهای مناطق محروم به صورت کامل یا نسبتاً کامل موجود بود.*

نتیجه‌گیری: *اگرچه در حال حاضر وزارت بهداشت برای بیشتر حیطه‌های تنظیمی، که معمولاً ناشی از مصادیق شکست بازار سلامت هستند، دارای مجموعه‌ای از قوانین و مقررات می‌باشد، مشکل اصلی از دید صاحب‌نظران و بر اساس شواهد، ضعف در تقویت، اجرایی شدن و پایش آن‌ها می‌باشد.*

گل‌واژگان: *نظام سلامت دهان و دندان، ارزیابی، تولیت، وضع مقررات*

مقدمه

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان‌ها و فعالیت‌هایی است که هدف اولیه آن‌ها حفظ و ارتقا سلامت می‌باشد. بر اساس تعریف ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی نظام‌های سلامت، بهبود سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آن‌ها به گونه‌ای عدالت‌محور و حفاظت از آن‌ها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها می‌باشد (۱). اهمیت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

دست‌یابی به یک نظام سلامت کارآمد، لزوم طراحی و بکارگیری ابزارهـای سـنجش و پـایش عملکـرد را القـا کـرده اسـت (۲). ابزارهـای موجـود طیفـی از شـاخص‌هـای مختلـف از جملـه شاخص‌های ظرفیتی پیشنهادی رومر تا اهرم‌های کنترل را برای ارزیابی بخش‌های مختلف نظام‌های سلامت بکار برده‌اند (۳).

در میان چهار عملکرد اصلی نظام‌های سلامت (تولیت، تـأمین مالی، ارایه خدمت و منابع و تجهیزات)، شـاید بتـوان تولیـت یـا حاکمیت را به عنوان مهم‌ترین و پیچیـده‌تـرین عملکـرد کـلان نظام‌های سلامت دانست که در اکثـر مـوارد توجـه لازم بـه آن نشده و مورد غفلت قرار می‌گیرد (۴). تولیـت اساسـاً بـه عنـوان بخشی از وظایف دولت (کـه مسـؤول تندرسـتی و رفـاه جامعـه می‌باشد) تعریف می‌شود و به میزان اعتماد و مشروعیتی که آحاد جامعه برای فعالیت‌های حکومـت در کشـور خـود قایـل هسـتند برمی‌گردد (۱). این عملکرد عمدتاً در رابطه با وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی مطرح می‌شود، یعنی نهادی که باید از سوی دولت به نظـارت کلـی و هـدایت تـلاش‌هـا و توسـعه اقـدامات سلامت ملی بپردازد. ارزیابی تولیت نظام‌های سـلامت از طریـق توصیف ساز و کارهـا و رویکردهـای آن از سـوی سـازمان‌هـای جهانی بسیار مورد تأکید می‌باشد (۵).

معمولاً شش زیرحیطه یا زیر عملکرد برای تولیت قایل هسـتند که عبارتند از: تولیـد و انتشـار خـردورزی، تعیـین جهـت‌گیـری راهبردی، فراهم‌سازی زیرساخت‌های سازمانی متناسب با اهـداف راهبردی، وضع مقررات، تأثیرگذاری بر سایر حـوزه‌هـا از طریـق رهبـری بـین‌بخشـی و اطمینـان از پاسـخگویی (۶). یکـی از مهم‌ترین زیرحیطه‌های تولیت، وضع مقـررات مـی‌باشـد. وضـع مقررات برای سیستم‌های سلامت به معنای تدوین و اجرا کردن مجموعه قوانین مناسب و نیز پیش‌بینـی و اجـرای مشـوق‌هـا و جریمه‌هایی است که متناسب با اهداف سیستم سلامت و جهـت اطمینـان از رعایـت حقـوق مصـرف‌کننـدگان خـدمات سـلامت می‌باشد (۶). بنابراین در این حیطه، تدوین قوانین و مقررات هـم برای تنظیم رفتار نقش‌آفرینان نظام سـلامت و هـم اطمینـان از اجرای آن‌ها است (۷). در نظام‌های سلامتی که بخش خصوصی در کنار بخش دولتی به تأمین مالی و ارایه خدمات مشغول است باید تولیت نظام، سیاست‌هایی جهت کنترل کردن این بخـش و هدایت آن در جهت حصول به اهداف نهایی نظام سـلامت را در نظر گرفته باشد؛ از جمله وضع قوانین و مقرراتی جهـت ارزیـابی کیفیت خدمات ارایه شده توسط بخش خصوصی و پوشـش دادن مصادیق شکست بازار از طریق کنترل عرضه، قیمـت و کیفیـت خـدمات (۸). عـدم کفایـت اطلاعـات و داده‌هـای لازم بـرای سیاست‌گذاری (خصوصاً در مـورد بخـش خصوصـی) و ظرفیـت محدود اجرایی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، طراحی و اجرای چنین سیاست‌هـای کنترلـی را بـا مشـکل مواجـه کـرده است (۹). نظام سلامت دهان و دندان به عنوان بخشـی از کـل نظام سلامت، مأموریت حفظ و ارتقای سلامت دهان و دنـدان و به تبع آن کیفیـت زنـدگی مـردم جامعـه را بـر عهـده دارد و بـا بسیاری از چالش‌های مشابه با سایر حوزه‌هـای سـلامت مواجـه می‌باشد. بدیهی است که برای حفظ و ارتقای وضـعیت سـلامت دهان و دندان آحاد جامعه باید به خوبی سازمان‌دهی شده باشـند تا بتوانند عملکردی اثربخش داشته باشند.

تحقیقات بسیار اندکی در زمینـه ارزیـابی عملکـرد نظـام‌هـای سلامت دهان و دنـدان در دنیـا صـورت گرفتـه اسـت و انـدک مطالعـات موجـود هـم اکثـراً توصـیفی و بـر پایـه تعـدادی از مشخصه‌های این نظام‌ها از جمله تـأمین مـالی و ارایـه خـدمات بوده‌انـد (۱۰ و ۱۱). عملکـرد تولیـت و حاکمیـت اکثـراً در ایـن مطالعات مورد غفلـت واقـع شـده اسـت. در ایـران نیـز مطالعـه نظام‌مندی برای بررسی حیطه‌های تولیـت و حاکمیـت در نظـام سلامت دهان و دندان تاکنون انجام نشده اسـت. دفتـر سـلامت دهان و دنـدان در وزارت بهداشـت درمـان و آمـوزش پزشـکی، مسؤولیت برنامـه‌ریـزی و تنظـیم برنامـه‌هـای راهبـردی حـوزه دندان‌پزشکی، عملیاتی کردن آن‌هـا و نظـارت برحسـن اجـرای آن‌هـا را در سـطح کـلان و ملـی برعهـده دارد. در سـال ۱۳۷۴ مراقبت‌های سلامت دهان بـا سـایر مراقبـت‌هـای پایـه شـبکه بهداشتی درمانی کشور ادغام شد. هرچنـد، تنهـا در حـدود ۱۰٪ مراقبت‌ها بر عهده بخش دولتـی بـود و اکثـر خـدمات در حـال حاضر از طریق بخش خصوصی ارایه می‌گردد (۱۲).

در این مقاله، هدف محققین در مرحله اول طراحی مجموعه‌ای از استانداردهای عملکردی می‌باشد تا بر پایه آن‌ها بتوان تولیـت نظام سلامت دهان و دندان در ایـران و کشـورهایی بـا سـاختار مشابه را ارزیابی نمود. در مرحله دوم با استفاده از اسـتانداردهای تدوین شده، حیطه‌های مختلف تولیـت نظـام سـلامت دهـان و دندان در ایران مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. تمرکز مطالعه حاضـر به بررسی وضع مقررات در نظام سلامت دهـان و دنـدان ایـران خواهد بود.

روش کار

این مطالعه در دو مرحله در مرکز همکـاری سـازمان بهداشـت جهانی در آموزش و پژوهش سلامت دهان[1] مسـتقر در دانشـگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت.

[1] WHO Collaborating Center for Training and Research in Dental Public Health

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

مرحله اول- تدوین استانداردها

به طور معمول وضع و طراحی استانداردها از طریق اجماع آرا صاحب‌نظران در خصوص مصادیق یک عملکرد مناسب صورت می‌گیرد. از سویی شواهد در خصوص کارایی برنامه‌های مشابه در جوامع یا شرایط دیگر نیز می‌تواند ایده‌هایی مناسب برای وضع استانداردها در اختیار بگذارد (۱۳). در میان روش‌های مختلف مطالعات کیفی برای ترکیب شواهد و نظر و دیدگاه صاحب‌نظران، روش رند[2] به عنوان تنها و مؤثرترین روش مطرح شده است (۱۴). در این روش بر اساس مرور جامع منابع موجود، شواهد استخراج می‌شود و شاخص‌هایی برای آن‌ها تعریف می‌گردد. سپس نظر صاحب‌نظران در خصوص آن‌ها جمع‌آوری و با بحث اجماع آرا صورت می‌گیرد. در مطالعه حاضر، یک الگوی تغییر یافته[3] از روش مذکور استفاده شده است.

گام ۱: تعیین استانداردهای اولیه بر اساس شواهد موجود: هدف این گام یافتن و جمع‌آوری شواهدی از سیاست‌های کارا و اثربخش در حیطه تولیت و حاکمیت نظام‌های سلامت بود که اجرا و پیاده‌سازی آن‌ها در سایر کشورها با ساختار اقتصادی- اجتماعی مشابه با ایران منجر به دست‌یابی به اهداف میانی و غایی نظام سلامت شده بودند. به این منظور پایگاه‌های داده‌ای الکترونیک مانند مدلاین و سایت‌های رسمی بین‌المللی مرتبط با سیاست‌گذاری سلامت مانند WHO، European observatory و... با کمک کلیدواژه‌های درخور و مناسب همچون "تولیت"، "نظام سلامت"، "سیاست‌گذاری"، "سلامت دهان و دندان" مرور شدند. مطالعات و گزارشات موردی از ارزیابی نظام‌های سلامت در کشورهای دیگر هم به صورت مروری مورد بررسی قرار گرفتند. منابع مرتبط به دست آمده در این مرحله به صورت نقادانه مورد ارزیابی قرار گرفتند و سیاست‌های کارا در حیطه تولیت که شواهد موجود دال بر موفقیت آن‌ها در دستیابی به پیامدهای نظام‌های سلامت بود، مشخص شدند. ماهیت و طبیعت خاص مراقبت‌های سلامت دهان و دندان در کشور که اساساً بر پایه ارایه خدمت توسط بخش خصوصی است و این که بیماری‌های شایع در حوزه دهان و دندان اکثراً قابل پیشگیری هستند، در انتخاب سیاست‌های کارا مورد نظر قرار گرفتند. برای مدیریت مناسب یافته‌ها بانک اطلاعاتی (Microsoft Office Access 2007) که برای این مطالعه طراحی شده بود مورد استفاده قرار گرفت. روش دسته‌بندی یافته‌ها بر اساس سطح شواهد (توصیه بین‌المللی، شواهد منطقه‌ای یا مطالعات موردی)، قید التزام "باید" و یا "بهتر است" و اهداف بینابینی و غایی سیستم سلامت که متأثر از سیاست‌های یافت شده بودند و حیطه یا زیر عملکرد تولیت متناسب با آن سیاست بود. در جلسات مشترک محققین اصلی این مطالعه و بر اساس سطح شواهد و میزان تأثیر، از مجموعه سیاست‌های یافت شده (۱۴۶)، لیست اولیه استانداردهای کارکرد تولیت انتخاب شدند.

گام ۲: تعیین لیست نهایی استانداردها بر اساس آرا خبرگان: جهت اطلاع از آرا صاحب‌نظران و خبرگان در خصوص استانداردهای تدوین شده، شش زیرحیطه مطرح برای عملکرد تولیت طبقه‌بندی گردیدند (۶). برای اطمینان از مناسب بودن هر یک از استانداردها به عنوان ابزار ارزیابی تولیت، دو گزینه اصلی در هر یک از حوزه‌های کارکردی تولیت مطرح شد:

- استاندارد طرح شده، مرتبط با زیرحیطه در نظر گرفته شده در سیستم سلامت دهان و دندان کشور می‌باشد (ارتباط)؛
- استاندارد طرح شده، جهت ارزیابی حوزه کارکردی در سیستم سلامت دهان و دندان کشور اهمیت کافی دارد (اهمیت).

در پایان هر یک از شش مجموعه از استانداردها، از صاحب‌نظران خواسته شد تا نظرات خود را در مورد کامل بودن استانداردهای هر زیرحیطه نیز بر اساس گزینه زیر اعلام نمایند: مجموعه استانداردهای تدوین شده به طور کامل عملکردهای مناسب در زیرحیطه مشخص شده را پوشش می‌دهند (کامل بودن).

انتخاب خبرگان در این مطالعه به صورت هدفمند[4] بود تا بتوان از نظریات افراد دارای سوابق علمی و اجرایی در زمینه سیاست‌گذاری‌های کلان سطح ملی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که همزمان با نظام سلامت دهان و دندان هم آشنا باشند، استفاده کرد (دارای سابقه همکاری در شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت، کمیسیون مجلس و رؤسای سابق دفتر سلامت دهان و دندان). پرسشنامه‌های تهیه شده هم از طریق پست الکترونیک و هم به صورت حضوری به صاحب‌نظران ارایه شد. از خبرگان خواسته شد تا بر اساس سوابق علمی و اجرایی خود، خصوصیات یک نظام سلامت دهان و دندان کارآمد برای کشور را مد نظر قرار دهند و نظر خود را در مورد میزان تناسب (اهمیت وارتباط) وجود هر یک از استانداردها به عنوان چارچوب و ملاک ارزیابی عملکرد برای تولیت این نظام را مشخص کنند. خصوصیات چنین نظامی می‌تواند عبارت باشد از: ادغام مناسب با سایر حوزه‌های نظام سلامت، تمرکز بر ارتقای سلامت دهان و پیشگیری از بیماری‌ها، ارزیابی وضعیت

[2] RAND-UCLA= Research And Development- University of California los Angeles

[3] Modified

[4] Purposively

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

سلامت و نیازهای مردم جامعه، مبتنی بر شواهد بودن سیاست‌ها، و مجهز بودن به راهکارهایی جهت پایش منظم عملکرد (۱۵). از میان هفت صاحب‌نظر انتخاب شده، از پنج نفر پرسشنامه تکمیل شده قابل استفاده دریافت شد (درصد پاسخ‌دهی= ۷۱٪).

روش نمره‌دهی بر اساس سنجه پنج طبقه‌ای لیکرت از نمره ۱= کاملاً موافقم تا ۵ =کاملاً مخالفم تعریف شد. جهت تجمیع آرا صاحب‌نظران، جمع نمرات برای هر یک از استانداردها تعیین شد (نمره‌ای بین ۵ تا ۲۵). بدین ترتیب نمره اهمیت و ارتباط، هر کدام عددی بین ۵ (مناسب‌ترین استاندارد) تا ۲۵ (نامناسب‌ترین استاندارد) تعیین گردید. بر اساس نظر محققین اصلی طرح، نمره نه به عنوان حدنصاب[5] مناسب بودن در این مطالعه تعیین گردید؛ با توجه به این که برای مجموعه استانداردهایی که حدود ۸۰٪ آن‌ها قید التزام "باید" دارند، حد نصاب هم حداقل در حدود ۸۰٪ طیف نمرات قرار گیرد (۱۶)، بنابراین و بر این اساس حدنصاب مطالعه حاضر عدد نه شد. بدین ترتیب استانداردهایی که همزمان نمره اهمیت و ارتباط آن‌ها کمتر از نه بود به عنوان استاندارد نهایی معرفی گردید.

مرحله دوم- ارزیابی وضع مقررات بر اساس استانداردهای تدوین شده

در این مرحله، روشی سه‌گانه متشکل از ارزیابی کمی با استفاده از چک‌لیست استانداردهای نهایی شده، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با صاحب‌نظران و مرور شواهد و اسناد جهت ارزیابی به کار رفت. صاحب‌نظران و ذی‌نفعانی با مسؤولیت‌های کلیدی در مدیریت یا تصمیم‌سازی حوزه نظام سلامت دهان و دندان در کشور، در بخش خصوصی و دولتی یا نهادهای غیردولتی (NGOs) با روش نمونه‌گیری هدفمند تودرتو[6] (۱۷) انتخاب شدند. این روش نمونه‌گیری در کسب اشباع داده‌ای و نظریه ای کمک‌رسان می‌باشد. این افراد عبارت بودند از: مدیریت معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ رییس اداره سلامت دهان و دندان کشور؛ رییس انجمن دندان‌پزشکان عمومی کشور؛ رییس و معاونین انجمن دندان‌پزشکی ایران؛ معاون پژوهشی و نماینده دندان‌پزشکان در نظام پزشکی کشور؛ قائم‌مقام، معاون و تعدادی از کارشناسان ارشد اداره سلامت دهان و دندان کشور و تعدادی از کارشناسان مسؤول سلامت دهان و دندان مستقر در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های مختلف کشور. با کمک یک پرسشنامه خود ایفا، از صاحب‌نظران خواسته شد تا نظر خود را در خصوص میزان دست‌یابی نظام سلامت دهان و دندان کشور در شرایط کنونی به هر یک از استانداردها بر اساس شاخص لیکرت ۵تایی (۰ بیانگر ۰-۲۰٪ دست‌یابی تا ۴ معادل ۸۰-۱۰۰٪ دست‌یابی) مشخص کنند. برای هر یک از استانداردها میانگین نمرات محاسبه شد و بر این اساس طبقه‌بندی شدند؛ میانگین ۰-۱/۳۳ به عنوان " عدم دست‌یابی"، ۱/۳۴-۲/۶۷ معدل با "دست‌یابی متوسط" و ۲/۶۸ تا ۴/۱ معادل "دست‌یابی کامل" در نظر گرفته شد.

با توجه به استانداردهای تدوین شده، سؤالاتی نیز طراحی شد تا در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با صاحب‌نظران مورد استفاده قرار گیرند. سؤالات اکثراً در خصوص مصادیق و جزییات عملکردی استانداردها بودند. از جمله این که"در حال حاضر اولویت‌های ملی سیاست‌گذاری در حوزه سلامت دهان و دندان چه هستند؟" یا این که "در حال حاضر نظام سلامت دهان چه قوانین و مقرراتی برای کنترل بخش خصوصی، برای پذیرش و تربیت دندان‌پزشکان (تعداد)، ارزیابی کیفیت خدمات ارایه شده، برخورد با مصادیق قصور و خطاهای دندان‌پزشکی و... در نظر گرفته است؟ مصاحبه‌ها در محل کار صاحب‌نظران صورت گرفته و با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان نسبت به ضبط مصاحبه‌ها اقدام شد تا با دقت کامل در پایان هر جلسه نکات آن‌ها استخراج گردد. همچنین به عنوان بخشی از روش ارزیابی مرور جامعی بر اسناد، گزارشات و آیین‌نامه‌های موجود و مرتبط با سیاست‌گذاری در حوزه سلامت دهان و دندان کشور انجام شد. بخشی از پروتکل جستجو شامل استفاده از کلیدواژه‌هایی متناسب با زیرحیطه وضع مقررات و جستجو در پایگاه‌های داده‌ای الکترونیک مانند PubMed و Google scholar بود. بخشی دیگر از جستجو به صورت دستی و با مرور اسناد و شواهد موجود در وزارت بهداشت، انجمن‌های دندان‌پزشکی و یا مدارک ارایه شده یا پیشنهادی توسط صاحب‌نظران جهت استخراج مستندات و شواهد مبنی بر وجود و اجرای مناسب قوانین صورت گرفت.

نتایج

الف- نتایج مربوط به ارزیابی استانداردها از دید خبرگان: لیست اولیه استانداردها شامل ۸۵ مورد بود که ۴۱ مورد از آن‌ها برای حیطه وضع مقررات بودند. استانداردهای زیر حیطه‌های دیگر عبارت هستند از چهار استاندارد برای حیطه پاسخگویی، ۱۳ مورد برای جهت‌گیری راهبردی، ۱۲ مورد برای فراهم‌سازی ساختار سازمانی، و ۱۱ و ۴ استاندارد به ترتیب برای رهبری

[5] Cut off point
[6] Nested critical case sampling design

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

بین‌بخشی و تولید و انتشار خردورزی. لیست نهایی بر اساس تجمیع نمرات صاحب‌نظران مشخص گردید.

اهمیت استانداردها: در حیطه وضع مقرات در شش مورد از ۴۱ مورد اولیه، جمع نمرات فراتر از حدنصاب و بی‌اهمیت قلمداد شدند. این استانداردها اکثراً در خصوص نقش وزارت بهداشت در رسیدگی به شکایات و شناسایی و کنترل مصادیق فساد مالی و اداری بود؛ از جمله "وزارت بهداشت باید در مورد هر یک از مقررات وضع شده جریمه یا تنبیه‌های تعلق گرفته به موارد نقض مقررات را در سطح فرد و سازمان به طور شفاف مشخص نماید، و نیز "وزارت بهداشت باید مقررات قصور و خطاهای دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نماید"؛ یا این که"در نظام سلامت دهان و دندان کشور باید مصادیق فساد مالی و فساد اداری به روشنی مشخص و منتشر شده باشد" و یا "وزارت بهداشت باید مقررات جلوگیری از فساد مالی در بخش سلامت دهان را تدوین و تصویب نماید". مرتبط بودن استانداردها بیشترین عدم توافق در مورد ارتباط استانداردهای تدوین شده در حیطه وضع مقررات بود (۱۶ مورد از ۴۱ مورد). این استانداردها اکثراً در خصوص نقش و جایگاه وزرات بهداشت در تعیین و پیاده‌سازی قوانین بیمه‌ای بودند. از جمله "وزارت بهداشت باید مقررات تأسیس سازمان‌های بیمه‌گر در بخش سلامت دهان و دندان را تدوین و تصویب نماید"، "وزارت بهداشت باید مقررات نحوه محاسبه حق بیمه دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نماید"، و نیز "وزارت بهداشت باید مقررات مربوط به الزام پوشش بسته پایه خدمات در طرح‌های بیمه دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نماید".

کامل بودن استانداردها: در پاسخ به گزینه مطرح شده در خصوص کامل بودن مجموعه استانداردها، در مورد تقریباً تمام حیطه‌ها نمرات کسب شده در دامنه حد نصاب بودند.

در نهایت با در نظر گرفتن همزمان نمرات اهمیت و ارتباط، ۱۸ استاندارد از هر دو شاخص سطح نصاب مورد توافق را کسب کردند.

ب- نتایج مربوط به ارزیابی حوزه وضع مقررات وقوانین: ارزیابی میزان دستیابی به استانداردهای حوزه "وضع مقررات و قوانین" (جدول ۱) نشان داد که از دید صاحب‌نظران بیش از نیمی از استانداردهای عملکرد حاکمیتی در این حوزه هنوز به طور کامل پیاده نشده‌اند و در حدود ۳۰٪ استانداردها تنها به طور متوسط اجرا می‌شوند. از دید صاحب‌نظران، مجموعه مقررات مربوط به اطمینان از هزینه اثربخش بودن و ایمن بودن مواد و تکنیک‌های به کار رفته در حوزه دندان‌پزشکی و کیفیت خدمات ارایه شده به بیماران ناقص هستند و یا به طور مطلوب پیاده نمی‌شوند. همچنین آن‌ها از نحوه فعلی اجرایی شدن جریمه‌ها و تنبیهات در برخورد با مصادیق کارکرد نامناسب ارایه دهندگان در سطح فردی و گروهی ناراضی بودند.

جدول ۱- لیست نهایی استانداردهای تدوین شده در مرحله اول و میانگین میزان دست‌یابی به هر کدام بر اساس آرا کسب شده از صاحب‌نظران

ردیف	استاندارد	میانگین نمره دستیابی
۱	وزارت بهداشت برای فراهم آوردن شرایط پایه بازار سلامت، جلوگیری از شکست بازار سلامت، و تحقق اهدافی که به طور طبیعی توسط بازار سلامت دهان و دندان تأمین نمی‌شود مقررات ضروری را وضع نموده است.	۱/۷
۲	وزارت بهداشت در مورد هر یک از مقررات وضع شده در حوزه سلامت دهان و دندان گروه هدف را به طور شفاف مشخص نموده است.	۱/۲
۳	وزارت بهداشت در مورد هر یک از مقررات وضع شده مصادیق نقض مقررات را به طور شفاف مشخص نموده است.	۱/۴
۴	وزارت بهداشت در مورد هر یک از مقررات وضع شده در حوزه سلامت دهان و دندان، سازمان یا واحد مسؤول بررسی و پایش عملکرد را به طور شفاف مشخص نموده است.	۱
۵	وزارت بهداشت در مورد هر یک از مقررات وضع شده در حوزه سلامت دهان و دندان، فرآیند و روش بررسی و پایش عملکرد را مشخص نموده است.	۰/۶
۶	وزارت بهداشت در مورد هر یک از مقررات وضع شده جریمه یا تنبیه‌های تعلق گرفته به موارد نقض مقررات را در سطح فرد و سازمان به طور شفاف مشخص نموده است.	۰/۷
۷	وزارت بهداشت در مورد هر یک از مقررات وضع شده در حوزه سلامت دهان و دندان، نحوه و مقصد گزارش‌دهی نتایج پایش عملکرد را مشخص نموده است.	۱/۵
۸	وزارت بهداشت مقررات صیانت از مالکیت معنوی در بخش سلامت دهان و دندان را تدوین و تصویب نموده است.	۳
۹	وزارت بهداشت مقررات درج اطلاعات (به صورت برچسب) در کالاهای سلامت با کاربرد در حوزه دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نموده است	۱/۲
۱۰	وزارت بهداشت مقررات صدور پروانه طبابت و ارایه خدمت در بخش دندان‌پزشکی را تدوین نموده و فراخور نیاز به روز رسانی می‌نماید.	۲/۸
۱۱	نظام سلامت دهان و دندان کشور قوانین و مقرراتی در مورد شرایط ورود به رشته دندان‌پزشکی، توانمندی‌های پایه‌ای که باید در طی دوره فرا گرفته شود و حیطه وظایف عمومی و تخصصی داشته باشد دارد	۱/۵
۱۲	وزارت بهداشت مقررات تأسیس مؤسسات ارایه خدمات در بخش سلامت دهان و دندان را تدوین و تصویب نموده است.	۲/۵
۱۳	وزارت بهداشت مقررات ایمنی و ارزیابی کیفیت و اثربخشی داروها، مواد و درمان‌های کار رفته در حیطه کار دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۴
۱۴	وزارت بهداشت مقررات قصور و خطاهای دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نموده است	۱/۴
۱۵	وزارت بهداشت مقررات محدودیت تعداد و صدور "گواهی نیاز" مراکز ارایه خدمات سلامت دهان و دندان را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۳
۱۶	وزارت بهداشت مقررات کنترل قیمت کالاها و خدمات دندان‌پزشکی را تدوین و تصویب نموده است.	۰/۸
۱۷	وزارت بهداشت با مطالعه امکان‌پذیری و ضرورت در استان‌های مختلف، مقررات مربوط به فلوریداسیون آب را تدوین و تصویب نموده است.	۰/۴
۱۸	وزارت بهداشت مقررات و دستورالعمل‌های مشخصی برای پوشش نیازهای درمانی مناطق دور افتاده و محروم را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۴

قوانین مربوط به مبادلات پایه بازار سلامت در حوزه دندان‌پزشکی، قوانین مربوط به حق مالکیت معنوی و مداخلاتی چون فلوریداسیون آب، یا موجود نمی‌باشند و یا تنها به طور متوسط پیاده شده‌اند. تنها اداره سلامت دهان و دندان اخیراً مطالعات پایه‌ای را برای ارزیابی امکان‌پذیری فلوریداسیون آب در دستور کار قرار داده است. قوانین مربوط به تربیت و عرضه ارایه‌دهندگان حوزه دندان‌پزشکی به طورمناسب وجود ندارد. بنابر نظر صاحب‌نظران در شهر تهران درحال حاضر بیش از

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

۱۰ برابر نیاز دندان‌پزشک مشغول به کار هستند و این در حالی است که بسیاری از مناطق محروم‌تر مشکلات عدیده‌ای در دسترسی به ارایه‌دهندگان دارند. موضوعاتی که در حال حاضر به صورت کامل یا نسبتاً کامل برای آن‌ها قوانینی موجود می‌باشد عبارتند از: قوانین مربوط به برچسب‌گذاری بر کالاها و پوشش نیازهای گروه‌های هدف و مناطق محروم. قوانین موجود برای پوشش مناطق محروم شامل ارایه خدمت دندان‌پزشکی در قالب نظام شبکه مراقبت‌های پایه‌ای توسط دندان‌پزشکان و بهداشت‌کاران است. از سویی کلیه دندان‌پزشکان تازه فارغ‌التحصیل شده بنابر قوانین باید دو سال در مناطق محروم کشور به ارایه خدمت بپردازند. قوانینی نیز برای تضمین وجود زیرساخت‌های لازم جهت راه‌اندازی واحدهای ارایه خدمت، قوانینی مانند قوانین مربوط به کنترل عفونت و تجهیزات دندان‌پزشکی (اعم از واردات و تولیدات در داخل کشور) وجود دارند. همچنین صاحب‌نظران و مصاحبه‌شوندگان دغدغه‌هایی اساسی در خصوص عملکرد وزارت بهداشت در کنترل بخش خصوص و نظارت بر مبادلات بازار سلامت دهان ابراز نمودند.

بحث

در مطالعه حاضر با استفاده از ترکیب اسناد مبتنی بر شواهد و نظرات خبرگان، لیست جامع برای ارزیابی نظام‌مند عملکرد تولیت در نظام سلامت دهان و دندان پیشنهاد شد. بر اساس نتایج این مطالعه و در نظر گرفتن نمره حد نصاب، تقریباً نیمی از استانداردهای اولیه از نظر خبرگان جهت قرار گرفتن در لیست نهایی مناسب تشخیص داده شده‌اند. اکثر استانداردهایی که از منظر آن‌ها نامناسب قلمداد شدند در حیطه وضع مقررات قرار داشتند. نظرات خبرگان نشان داد که این افراد با نقش وزارت بهداشت در وضع مقررات برای رسیدگی به شکایات بر علیه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت دهان و و نیز مصادیق فساد مالی اداری موافق نیستند. آن‌ها این وظیفه را از جمله اختیارات سازمان‌های دیگر مانند دستگاه قضایی می‌دانستند. از سویی آن‌ها با نقش وزارت بهداشت در قانون‌گذاری برای برنامه‌های بیمه دندان‌پزشکی مخالف بودند. با وجود مخالفت صاحب‌نظران این مطالعه، با توجه به تجربه کشورهای مختلف، معمولاً مسؤولیت برخورد با ارایه‌دهندگان متخلف به خود جامعه پزشکان محول می‌شود چرا که بدین ترتیب رسیدگی دقیق‌تر و پذیرش آرا صادره آسان‌تر می‌باشد (۸). جهت مقابله با "انحصار قانون"[7] دولت باید راهکارهایی از جمله الزام افزایش شفافیت پروسه‌های دادرسی و افزایش پاسخگویی این ارگان‌ها به آحاد جامعه را در دست بگیرد (۱۸). از سویی دیگر، چنانچه پروسه اعمال جریمه و محدودیت‌ها و رسیدگی به موراد نقص قانون در دست قوه قضاییه یا پلیس قرارگیرد، ممکن است این ارگان‌ها در صدد اعمال نظریات و ترجیحات خود در برخورد با ارایه‌کنندگان سلامت بر آیند.

در ایران، خدمات دندان‌پزشکی در حال حاضر توسط هر دو بخش دولتی و خصوصی ارایه می‌شود. در شهرها با پوشش ۶۰ درصدی جمعیت، بیش از ۸۰٪ خدمات دندان‌پزشکی توسط بخش خصوصی ارایه می‌گردد و حدود ۸۶٪ دندان‌پزشکان خصوصی به صورت انفرادی فعالیت می‌کنند. بیمه‌های پایه، خدمات بسیار محدود دندان‌پزشکی را پوشش داده و بیمه‌های بازرگانی پوشش بالاتری ازخدمات دندان‌پزشکی را ارایه می‌دهند. بیمه دولتی توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و بیمه‌های بازرگانی توسط سازمان‌های مختلف مانند بانک‌ها، سازمان‌ها و کارخانجات اداره می‌شود (۱۹). تنها بیمه‌ای که خدمات دندان‌پزشکی را به صورت جامع‌تر و با دسترسی گسترده‌تر (از طریق مراکز درمانی اختصاصی و عقد قرارداد با بخش خصوصی) در اختیار می‌گذارد بیمه نیروهای مسلح است؛ بیمه‌های خصوصی هم البته در حال توسعه‌اند. صرف‌نظر از نقش با اهمیت بخش خصوصی در ارایه خدمات، این حوزه با مشکلات خاص خود هم روبروست. با توجه به خصوصیات نامطلوب بازار سلامت مانند عدم تقارن اطلاعات سلامت، آثار خارجی و مخاطرات اخلاقی که منجر به شکست بازار و نابرابری‌های سلامت می‌شود، وضع مقررات از سوی وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی سلامت مردم برای این بخش خصوصی می‌تواند راهکاری مناسب برای کنترل این مشکلات باشد. در هر حال ضوابط و مقررات تنظیمی از سوی وزارت بهداشت می‌تواند میزان دسترسی به خدمات از طریق بخش خصوصی را به نحو مطلوب‌تری سامان‌دهی نماید.

عدم توافق مشاهده شده در این مطالعه در خصوص قوانین بیمه‌ای و سایر قوانین، شاید به دلیل شرایط و وضعیت فعلی نظام بیمه‌ای باشد که در آن مسؤولیت وضع مقررات بیمه‌ای سلامت و از جمله دندان‌پزشکی صرفاً منوط و موکول به تصمیمات شورای عالی بیمه می‌باشد. این شورا تحت نظارت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت می‌کند. با توجه به بند ۴۳ برنامه توسعه پنجم، تشکیل شورای عالی سلامت ایرانیان تحت نظارت وزارت بهداشت با تغییر ترکیب اعضا و امکان عضویت تعداد بیشتری از ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و یا نمایندگانشان در دستور کار است (۲۰). این تصمیم در جهت بهبود کارکرد

[7] Regulatory Capture

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

شرکت‌های بیمه‌گر و امکان طراحی ابزارهای بهتر وضع مقررات برای این شرکت‌ها و امکان هماهنگ‌سازی بسته‌های پایه خدمات و تعرفه‌گذاری مناسب بوده است. بنابراین با توجه به اهمیتی که نقش وزارت بهداشت در وضع مقررات برای شرکت‌های بیمه‌گر پیدا می‌کند در نظر گرفتن استانداردهایی برای ارزیابی کارکرد وزارت بهداشت در این حوزه لازم می‌نماید. در هر حال با توجه به نظر خبرگان، تصمیم به حذف استانداردهای بیمه‌ای از تولیت گرفته شد. شاید استفاده از این استانداردها در ابزار سنجش ارایه خدمات در کنار سایر استانداردهای بیمه‌ای مناسب‌تر باشد.

ارزیابی چارچوب تنظیمی و قانون‌گذاری نظام سلامت دهان و دندان کشور بیانگر وجود نقاط ضعف و در عین حال نقاط قوتی بود. روش‌های مختلفی برای ارزیابی کفایت چارچوب تنظیمی و قانون‌گذاری در نظام‌های سلامت پیشنهاد شده است. یکی از این روش‌ها این است که بررسی شود آیا قوانین تنظیمی مناسب و اثربخش برای جبران شکست‌های بازار سلامت در نظر گرفته شده است یا خیر (۶). با توجه به نتایج مطالعه حاضر، قوانینی برای محافظت از مصرف‌کنندگان در برابر انتخاب ناآگاهانه و خدمات با کیفیت نامناسب وجود دارد که از آن جمله برچسب زدن بر کالاهای مورد استفاده حوزه دندان‌پزشکی، صدور پروانه مطب و پیش‌بینی کدهای اخلاقی را می‌توان نام برد. لیکن قوانین یا دستورالعمل‌هایی برای کنترل اثربخشی مداخلات و مواد مصرفی یا ابزارها به طور کامل موجود نیست و تنها محدود به اندک قوانین راه‌اندازی واحدهای ارایه خدمت و قوانین کنترل عفونت می‌باشد (۲۱ و ۲۲)؛ اما جامعیت و به روز بودن آن‌ها مورد سؤال می‌باشد (۲۳). راهکارهای مناسب برای ممیزی بالینی موجود نیست. راهکارهای لازم (مانند "پرداخت در قبال عملکرد"(۲۴)) برای جلب ارایه‌دهندگان در تبعیت از راهکارها و استانداردهای بالینی هم پیش‌بینی نشده است. قوانین تنظیمی برای افزایش عرضه مداخلاتی با اثرات خارجی[8] مانند فلوریداسیون، ناکافی هستند. در کنترل مصادیق نیاز القا شده توسط ارایه‌دهنده به عنوان یکی دیگر از مصادیق شکست بازار، شواهد حکایت از ضعف سیستم در تربیت و خصوصاً توزیع نیروی انسانی متناسب با نیاز هر منطقه دارد. استفاده از راهکارهایی مانند کسب "گواهی نیاز" از هر منطقه پیش از تربیت نیروی کار یا تأسیس مراکز ارایه خدمت و بهره‌گیری از نیروهای حد وسط مانند بهداشت‌کاران و بهداران دهان و دندان می‌تواند تا حدی مشکلات مربوط به توزیع نامناسب دندان‌پزشکان و مشکلات دسترسی را پوشش دهد (۲۵). در حال حاضر قوانینی از دسته قوانین نرم (soft regulation) برای کنترل رفتار ارایه‌دهندگان موجود می‌باشد که شامل قوانین مربوط به اخذ پروانه طبابت و الزام برنامه‌های آموزش مداوم جهت تمدید پروانه می‌باشد (۲۶). معاونت درمان در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مسؤولیت نظارت و ارزیابی پروسه‌های تشخیص و درمان بیماران و اطمینان از ارایه خدمات با کیفیت در کلینیک‌ها و غیره را در بخش‌های مختلف اعم از خصوصی یا دولتی برعهده دارد (۲۷). به نظر می‌رسد این معاونت برای ارزیابی عملکرد ارایه‌دهندگان در حوزه دندان‌پزشکی، تاکنون برنامه راهبردی خاصی نداشته است، لیکن با توجه به نظرات رئیس این معاونت برنامه‌هایی برای تهیه راهکارهای بالینی توسط بوردهای تخصصی در آینده در نظر گرفته شده است. در حال حاضر سازمان یا مرکزی برای مطالعات ارزیابی فن‌آوری سلامت در حوزه دندان‌پزشکی وجود ندارد. در برخورد با موارد کارکرد نامناسب ارایه‌دهندگان و مصادیق نقص مقررات بالینی، برخورد با متخلفین در مجامع قضایی عادی پیگیری می‌شود (۲۸ و ۲۹). رسیدگی به شکایات غیربالینی ارایه‌دهندگان مانند نقض مقررات مربوط به تبلیغات، و کارکردن بدون پروانه بر عهده نظام پزشکی می‌باشد (۳۰). شواهد و اسناد موجود نشان می‌دهد ابزار و پروسه‌های لازم برای پایش و ارزیابی درست پیاده شدن قوانین موجود نیست و تنها در صورت مطرح شدن شکایات به این امور رسیدگی می‌شود.

بخشی از ضعف‌های چارچوب قانون‌گذاری و تنظیمی معطوف به نظارت بر بخش خصوصی است. ساختار پیچیده بازار سلامت و سیستم‌های مخلوط (میکس) دولتی- خصوصی، فرایند نظارت و قانون‌گذاری را با مشکل مواجه می‌کند. هر چند در این سیستم‌ها بخشی از نقایص بازار با پوشش بالا و سهولت در دسترسی بیشتر در بخش دولتی جبران می‌شود، لیکن بدون مشوق‌های لازم برای کیفیت، عدالت و قابلیت پرداخت و بدون مانیتورینگ مناسب، پیامدهای سیستم سلامت ضعیف خواهد بود (۷). در سیستم‌های میکس باید سیاست‌های حاکمیتی اتخاذ شود تا بتواند از خصایص خوب بخش خصوصی در جهت ارتقای پیامدهای نظام سلامت استفاده کند؛ مانند مجموعه قوانینی برای کنترل توزیع یا ورود ارایه‌دهندگان به بازار سلامت، کنترل قیمت‌ها و کیفیت خدمات (۸). سازمان‌دهی وزارت بهداشت در بسیاری از کشورها، به جای تنظیم بخش خصوصی که نیازمند سطحی متفاوت از ظرفیت‌های اداری و منابع می‌باشد، متمرکز بر ارایه خدمات دولتی است (۹). عدم وجود اطلاعات پایه مناسب از بخش خصوصی خصوصاً درکشورهای با درآمد پایین، نظارت

[8] Externality

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

بر بخش خصوصی را برای دولت چالش برانگیز کرده است. در بسیاری از کشورها (و از جمله ایران)، دولت چارچوب قانونمند برای الزام بخش خصوصی به ارایه داده‌های عملکردی ندارد. بنابراین جهت تنظیم و کنترل کیفیت و دسترسی برای آحاد جامعه، وزارت بهداشت باید ظرفیت‌های لازم برای تقویت سیستم داده‌ای را فراهم سازد. جمع‌آوری داده‌هایی مانند این که چه کسی چه خدماتی را و به چه کسانی ارایه می‌کند، و کیفیت خدمات ارایه شده در بخش خصوصی و دولتی به چه صورت است، از جمله اطلاعات لازم و ضروری می‌باشند. از سویی تعاملات کارآمدتری باید بین معاونت درمان و معاونت بهداشت صورت بگیرد؛ چرا که اساساً در حال حاضر مسؤولیت ارایه خدمات در بخش خصوصی بر عهده معاونت درمان و در بخش دولتی بر عهده معاونت بهداشت است.

بخشی دیگر از ارزیابی چارچوب تنظیمی سیستم‌های سلامت، منوط به فراهم ساختن ظرفیت‌های لازم و لحاظ انگیزه‌های لازم برای تقویت اجرا و پیاده‌سازی قوانین می‌باشد. در این خصوص مطالعه حاضر نشان داد سیستم سلامت دهان و دندان کشور نسبتاً عملکرد مناسبی داشته است؛ مانند در نظر گرفتن گروه‌های هدف برای قوانین، واحد یا سازمان مسؤول برای اجرای قوانین. اما مشکل اساسی موجود، محدودیت‌ها در ارزیابی و پایش مؤثر و برخورد مناسب با متخلفین است که خود نیازمند منابع مالی و انسانی مناسب برای طراحی ابزارها وراهکارهای مناسب پایشی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد استانداردهای پیشنهادی تدوین شده در این مطالعه، قابلیت استفاده در قالب یک چارچوب راهنما برای ارزیابی تولیت نظام سلامت دهان و دندان را داشته باشد. با وجود محدودیت‌های این مطالعه (از جمله محدودیت دسترسی به تعداد بیشتری از خبرگان که دارای سوابق علمی و اجرایی در سیاست‌گذاری‌های کلان نظام سلامت و در عین حال آشنا به ساختار دندان‌پزشکی باشند)، ویژگی استانداردها و مدل طبقه‌بندی آن‌ها امکان بکارگیری آن‌ها به عنوان ابزاری جهت ارزیابی نظام‌مند جنبه‌های مختلف تولیت نظام را به وجود آورده است.

ارزیابی وضعیت فعلی در نظام سلامت دهان و دندان کشور نشان داد با وجود این که وزارت بهداشت در حوزه وضع مقررات و تنظیمی، قوانین مشخص و مناسبی در نظر داشته است، به دلیل نقش برجسته بخش خصوصی، قوانین تنظیمی بیشتری با ضمانت اجرایی بالا برای کنترل این بخش و استفاده مناسب از توانمندی‌های این بخش در جهت پیشبرد اهداف راهبردی اداره سلامت دهان و دندان باید مد نظر قرارگیرد. برای اصلاح کاستی‌ها و مشکلات، هم نیاز به بازنگری در قوانین موجود است و هم پیش‌بینی و وضع قوانین تکمیلی برای استفاده از روش‌های مدرن برای پایش مستمر خدمات و عملکردها در مقایسه با راهبردها و برنامه‌های عملیاتی. در نهایت قوانین بایستی زمینه و بستر ارایه خدمات سلامت دهان را برای همه، مخصوصاً گروه‌های هدف منتخب فراهم سازد و در حال حاضر چنین قوانین حمایت‌کننده‌ای وجود ندارد.

References

1- World Health Organization. The World Health Report 2000; health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
2- World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
3- Shakarishvili G, Lansang MA, Mitta V, Bornemisza O, Blakley M, Kley N, et al. Health systems strengthening: a common classification and framework for investment. Health Policy and Planning 2011; 26(4):316-26.
4- Murray CJL, Evans B. Health systems performance assessment: goals, framework and overview. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health systems performance assessment. Geneva: World Health Organization; 2003:7-9.
5- World Health Organization. Technical consultation on stewardship. in: Murray CJL, Evans DB, eds. Health system performance assessment: debated, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003.
6- Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2001. http://www3.who.int/whosis/discussionpapers/pdf/paper48.pdf
7- Lagomarsino G, Nachuk S, Kundra SS. Public stewardship of private providers in mixed health systems: Synthesis report from the Rockefeller Foundation-sponsored initiative on the role of the private sector in health systems. Washington, DC: results for development institute; 2009.
8- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. New York: Oxford University Press.2003.
9- Healy J. Analyzing health care systems performance: the story behind the statistics. Aust N Z J Public Health 2003;27(6):642-4.
10- Chen M, Andersen RM, Barmes DE. Comparing oral health care systems: a second international collaborative study. Geneva: World Health Organization; 1997.
11- Widstrom E , Eaton KA, Vanobbergen J. Oral healthcare systems in the extended European union. Oral Health Prev Dent 2004; 2 (3): 155 -194.
12- Pakshir HR. Oral health in Iran. Int Dent J 2004; 54 (6Suppl 1):367-72.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

13- Heidemann EG. Contemporary use of standards in health care. World Health Organization. Division of Strengthening of Health Services, District Health Systems; 1993.
14- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, RAND; 2001.
15- Tomar S, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. J Public Health Dent 2010: S6-S14.
16- Barman A. Standard setting in student assessment: is a defensible method yet to come? Annals of the Academy of Medicine 2008; 37:957-963.
17- Onwuegbuzie A, Leech NL. Sampling designs in qualitative research: Making the sampling process more public. The Qualitative Report 2007; 12: 238-254.
18- Kumaranayake L. The role of regulation: influencing private sector activity within health sector reform. J Int Dev 1997; 9: 641-49.
19- Bayat F, Vehkalahti MM, Zafarmand AH, Tala H. Impact of insurance scheme on adults' dental check-ups in a developing oral health care system. Eur J Dent 2008; 2(1):3-10.
20- Health of Islamic Republic of Iran in 5th five year economic, social and cultural development plan. Ministry of Health and Medical Education. 8th ed. 2010.
21- Law of medical, pharmacy, food and drink affaires. Ministry of Health and Medical Education, Iran. [cited 07 Jan. 2013]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=13398&newsview=5416.
22- Practical guideline for infection control in dentistry. Law office of Ministry of Health and Medical Education, Iran. 2009. [cited 18 Feb 2012]. Available from: http://lawoffice.mohme.gov.ir/laws/dedicated_law/laws_all.jsp?id=1&id2=1340.
23- Law of standard institute and Iran's industrial research. Ministry of Health and medical education. [cited 18 Feb. 2012]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=13398&newsview=5330.
24- Voinea-Griffin A, Fellows JL, Rindal DB, Barasch A, Gilbert GH, Safford MM. Pay for performance: will dentistry follow? BMC Oral Health 2010: 10.
25- Nash DA, Friedman JW, Kardos TB, Kardos RL, Schwarz E, Satur J, et al. Dental therapists: a global perspective. Int Dent J 2008; 58(2):61-70.
26- Law of mandatory continuing education for physicians. Ministry of Health and Medical Education. [cited 01 July 2012]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=13398&newsview=5338.
27- Ministry of Health and Medical Education. Law of organizations and responsibilities of ministry of health and medical education. [cited 18 Feb. 2012]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=13398&newsview=5247
28- Kiani M, Sheikhazadi A. A five-year survey for dental malpractice claims in Tehran, Iran. Journal of Forensic and Legal Medicine 2009; 16: 76-82.
29- Zadeh HS. Modern forensic medicine and the medico-legal system in Iran. Journal of Clinical Forensic Medicine 2002;9: 12-14.
30- Ministry of Health and Medical Education. Law of developing Medical Council of Islamic republic of Iran. [cited 18 Feb. 2012]. Available from: www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=13398&newsview=5434.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

Proposed Standards for Evaluating the Stewardship of National Oral Health System; Part 1: Evaluation of Regulations

Tahani B[1] (DDS, PhD), Yazdani Sh[2] (MD, MSc.), Khoshnevisan MH[3*] (PhD, DMD, DPHDent, DrPH)

[1] *Torabinejad Dental Research Center, Department of Oral Public Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

[2] *School of Medical Sciences Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[3] *Preventive Dentistry Research Centre. Dental Research Institute; Community Oral Health Department, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Received: 5 Jan 2014, Accepted: 14 Apr 2014

Abstract

Introduction: The aim of this two-phase study was to develop standards for stewardship of oral health system of Iran and to evaluate the current attainments regarding them.

Methods: Based on the modified RAND-UCLA method, a comprehensive review of related electronic databases and the official web-site of international organizations, effective policy statements related to stewardship components were selected. Standards were categorized according to the six sub-functions of stewardship including generating and disseminating intelligence; defining strategic policy direction; ensuring alignment of policy objectives and organizational structure, regulation; exerting influence over all related sectors via inter-sectoral leadership and ensuring accountability. Then the level of relevancy and importance of standards were assessed using the experts' opinions. In phase two, using the finalized list of standards, semi-structured interviews with key stakeholders in oral health system at different levels of policymaking were conducted and the stewardship of oral health system was critically evaluated. The results of regulation sub-function are presented in this study.

Results: From 38 finalized standards appropriate for evaluating the stewardship of oral health system according to the opinion of experts, 18 were related to regulation. Most of the standards rejected were included in dental health insurance regulation. Evaluation of this sub-function determined that currently there are deficiencies in meeting regulations concerned with evaluating the safety and cost effectiveness of dental materials, and quality of provided dental care to patients. Also it was shown that implementation of penalties and sanctions commensurate with instances of malpractice at individual and institutions were not completed attained. Regulations such as water fluoridation, property rights and regulations to ensure the basic conditions of market exchanges were either absent or only partially implemented. There were also some weaknesses in regulations concerning the supply of dentists, especially their distribution. The fields that currently had some regulations, were those in relating to labeling on products used in dentistry and covering the needs of disadvantaged populations.

Conclusion: While the Ministry of Health and Medical Education has achieved some stewardship measures in the field of regulation, there are some problems in enforcing the regulatory framework especially in the private sector.

Key words: oral health system, evaluation, stewardship, legislation

Please cite this article as follows:

Tahani B, Yazdani Sh, Khoshnevisan MH. Proposed Standards for Evaluating the Stewardship of National Oral Health System; Part 1: Evaluation of Regulation. Hakim Health Sys Res 2014; 17(2): 108- 117.

*Corresponding Author: Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, 19834 IR-Iran. Fax:+98-21-22421813 E-mail: khoshmh@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]