

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

پست الکترونیک: mh.khoshnevisan@sbm.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 (در این 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 دندان پزشکی بودند. مقررات مربوط به اطمینان از هزینه اثربخش و ایمن بودن مواد و تکنیک‌های به کار رفته در دندان پزشکی و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران، قوانین مربوط به مبادلات پایه بازار سلامت در دندان پزشکی، حق مالکیت معنوی و فلوریداسیون آب ناقص بودند و یا به طور مطلوب پیاده نمی‌شدند. نحوه فعلی اجرایی شدن جریمه‌ها و تنبیهات در برخورد با مصادیق کارکرد نامناسب ارائه‌دهندگان و قوانین مربوط به تربیت و توزیع مناسب ارائه‌دهندگان خدمات دندان پزشکی ناکامل بود. قوانین مربوط به برجسب‌گذاری 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.

کل واژگان: نظام سلامت دهان و دندان، ارزیابی، تولیت، وضع مقررات

مقدمه

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

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان‌ها و فعالیت‌هایی است که هدف اولیه آن‌ها حفظ و ارتقا سلامت می‌باشد. بر اساس تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

محدود اجرایی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، طراحی و اجرای چنین سیاست‌های کنترلی را با مشکل مواجه کرده است (۹). نظام سلامت دهان و دندان به عنوان بخشی از کل نظام سلامت، مأموریت حفظ و ارتقای سلامت دهان و دندان و به تبع آن کیفیت زندگی مردم جامعه را بر عهده دارد و با بسیاری از چالش‌های مشابه با سایر حوزه‌های سلامت مواجه می‌باشد. بدیهی است که برای حفظ و ارتقای وضعیت سلامت دهان و دندان آحاد جامعه باید به خوبی سازمان‌دهی شده باشند تا بتوانند عملکردی اثربخش داشته باشند.

تحقیقات بسیار اندکی در زمینه ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت دهان و دندان در دنیا صورت گرفته است و اندک مطالعات موجود هم اکثراً توصیفی و بر پایه تعدادی از مشخصه‌های این نظام‌ها از جمله تأمین مالی و ارائه خدمات بوده‌اند (۱۰ و ۱۱). عملکرد تولید و حاکمیت اکثراً در این مطالعات مورد غفلت واقع شده است. در ایران نیز مطالعه نظام‌مندی برای بررسی حیطه‌های تولید و حاکمیت در نظام سلامت دهان و دندان تاکنون انجام نشده است. دفتر سلامت دهان و دندان در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مسؤولیت برنامه‌ریزی و تنظیم برنامه‌های راهبردی حوزه دندان‌پزشکی، عملیاتی کردن آن‌ها و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها را در سطح کلان و ملی برعهده دارد. در سال ۱۳۷۴ مراقبت‌های سلامت دهان با سایر مراقبت‌های پایه شبکه بهداشتی درمانی کشور ادغام شد. هرچند، تنها در حدود ۱۰٪ مراقبت‌ها بر عهده بخش دولتی بود و اکثر خدمات در حال حاضر از طریق بخش خصوصی ارائه می‌گردد (۱۲).

در این مقاله، هدف محققین در مرحله اول طراحی مجموعه‌ای از استانداردهای عملکردی می‌باشد تا بر پایه آن‌ها بتوان تولید نظام سلامت دهان و دندان در ایران و کشورهای با ساختار مشابه را ارزیابی نمود. در مرحله دوم با استفاده از استانداردهای تدوین شده، حیطه‌های مختلف تولید نظام سلامت دهان و دندان در ایران مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. تمرکز مطالعه حاضر به بررسی وضع مقررات در نظام سلامت دهان و دندان ایران خواهد بود.

روش کار

این مطالعه در دو مرحله در مرکز همکاری سازمان بهداشت جهانی در آموزش و پژوهش سلامت دهان^۱ مستقر در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت.

دستیابی به یک نظام سلامت کارآمد، لزوم طراحی و بکارگیری ابزارهای سنجش و پایش عملکرد را القا کرده است (۲). ابزارهای موجود طیفی از شاخص‌های مختلف از جمله 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، تأمین مالی، ارائه خدمت و منابع و تجهیزات)، شاید بتوان تولید یا حاکمیت را به عنوان مهم‌ترین و پیچیده‌ترین عملکرد کلان نظام‌های سلامت دانست که در اکثر موارد توجه لازم به آن نشده و مورد غفلت قرار می‌گیرد (۴). تولید اساساً به عنوان بخشی از وظایف دولت (که مسؤول تندرستی و رفاه جامعه می‌باشد) تعریف می‌شود و به میزان اعتماد و مشروعیتی که آحاد جامعه برای فعالیت‌های حکومت در کشور خود قایل هستند برمی‌گردد (۱). این عملکرد عمدتاً در رابطه با وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی مطرح می‌شود، یعنی نهادی که باید از سوی دولت به نظارت کلی و هدایت تلاش‌ها و توسعه اقدامات سلامت ملی بپردازد. ارزیابی تولید نظام‌های سلامت از طریق توصیف ساز و کارها و رویکردهای آن از سوی سازمان‌های جهانی بسیار مورد تأکید می‌باشد (۵).

معمولاً شش زیرحیطه یا زیر عملکرد برای تولید قایل هستند که عبارتند از: 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 (۶). یکی از مهم‌ترین زیرحیطه‌های تولید، وضع مقررات می‌باشد. وضع مقررات برای سیستم‌های سلامت به معنای تدوین و اجرا کردن مجموعه قوانین مناسب و نیز پیش‌بینی و اجرای مشوق‌ها و جریمه‌هایی است که متناسب با اهداف سیستم سلامت و جهت اطمینان از رعایت حقوق مصرف‌کنندگان خدمات سلامت می‌باشد (۶). بنابراین در این حیطه، تدوین قوانین و مقررات هم برای تنظیم رفتار نقش‌آفرینان نظام سلامت و هم اطمینان از اجرای آن‌ها است (۷). در نظام‌های سلامتی که بخش خصوصی در کنار بخش دولتی به تأمین مالی و ارائه خدمات مشغول است باید تولید نظام، سیاست‌هایی جهت کنترل کردن این بخش و هدایت آن در جهت حصول به اهداف نهایی نظام سلامت را در نظر گرفته باشد؛ از جمله وضع قوانین و مقرراتی جهت ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده توسط بخش خصوصی و پوشش دادن مصادیق شکست بازار از طریق کنترل عرضه، قیمت و کیفیت خدمات (۸). عدم کفایت اطلاعات و داده‌های لازم برای سیاست‌گذاری (خصوصاً در مورد بخش خصوصی) و ظرفیت

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

مرحله اول - تدوین استانداردها

به طور معمول وضع و طراحی استانداردها از طریق اجماع آرا صاحب نظران در خصوص مصادیق یک عملکرد مناسب صورت می گیرد. از سویی شواهد در خصوص کارایی برنامه های مشابه در جوامع یا شرایط دیگر نیز می تواند ایده هایی مناسب برای وضع استانداردها در اختیار بگذارد (۱۳). در میان روش های مختلف مطالعات کیفی برای ترکیب شواهد و نظر و دیدگاه صاحب نظران، روش رند^۲ به عنوان تنها و مؤثرترین روش مطرح شده است (۱۴). در این روش بر اساس مرور جامع منابع موجود، شواهد استخراج می شود و شاخص هایی برای آن ها تعریف می گردد. سپس نظر صاحب نظران در خصوص آن ها جمع آوری و با بحث اجماع آرا صورت می گیرد. در مطالعه حاضر، یک الگوی تغییر یافته^۳ از روش مذکور استفاده شده است.

گام ۱: تعیین استانداردهای اولیه بر اساس شواهد موجود: هدف این گام یافتن و جمع آوری شواهدی از سیاست های کارا و اثربخش در حیطه تولید و حاکمیت نظام های سلامت بود که اجرا و پیاده سازی آن ها 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 پایگاه های داده ای الکترونیک مانند مدلاین و سایت های رسمی بین المللی مرتبط با سیاست گذاری سلامت مانند WHO، European observatory و... با کمک کلیدواژه های درخور و مناسب همچون "تولیت"، "نظام سلامت"، "سیاست گذاری"، "سلامت دهان و دندان" مرور شدند. مطالعات و گزارشات موردی از ارزیابی نظام های 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 سیاست های کارا در حیطه تولید که شواهد موجود دال بر موفقیت آن ها در دستیابی به پیامدهای نظام های سلامت بود، مشخص شدند. ماهیت و طبیعت خاص مراقبت های سلامت دهان و دندان در کشور که اساساً بر پایه رایه خدمت توسط بخش خصوصی است و این که بیماری های شایع در حوزه دهان و دندان اکثراً قابل پیشگیری هستند، در انتخاب سیاست های کارا مورد نظر قرار گرفتند. برای مدیریت مناسب یافته ها بانک اطلاعاتی (Microsoft Office Access 2007) که برای این مطالعه طراحی شده بود مورد استفاده قرار گرفت. روش دسته بندی یافته ها بر اساس سطح شواهد (توصیه بین المللی،

شواهد منطقه ای یا مطالعات موردی)، قید التزام "باید" و یا "بهبتر است" و اهداف بینابینی و غایی سیستم سلامت که متأثر از سیاست های یافت شده بودند و حیطه یا زیر عملکرد تولید متناسب با آن سیاست بود. در جلسات مشترک محققین اصلی این مطالعه و بر اساس سطح شواهد و میزان تأثیر، از مجموعه سیاست های یافت شده (۱۴۶)، لیست اولیه استانداردهای کارکرد تولید انتخاب شدند.

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

- استاندارد طرح شده، مرتبط با زیرحیطه در نظر گرفته شده در سیستم سلامت دهان و دندان کشور می باشد (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 صاحب نظران 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 می دهند (کامل بودن). انتخاب خبرگان در این مطالعه به صورت هدفمند^۴ بود تا بتوان از نظریات افراد دارای سوابق علمی و اجرایی در زمینه سیاست گذاری های 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 سیاست گذاری سلامت وزارت بهداشت، کمیسیون مجلس و رؤسای سابق دفتر سلامت دهان و دندان). پرسشنامه های تهیه شده هم از طریق پست الکترونیک و هم به صورت حضوری به صاحب نظران ارائه 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 و ارتباط) وجود هر یک از استانداردها به عنوان چارچوب و ملاک ارزیابی عملکرد برای تولید این نظام را مشخص کنند. خصوصیات چنین نظامی می تواند عبارت باشد از: ادغام مناسب با سایر حوزه های نظام سلامت، تمرکز بر ارتقای سلامت دهان و پیشگیری از بیماری ها، ارزیابی وضعیت

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

³ Modified

⁴ Purposively

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 ۵ تایی (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 معادل 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 جزئیات 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 ارائه 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 ارائه 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

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^۵ 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^۶ (۱۷) انتخاب شدند. این روش نمونه‌گیری در کسب اشباع داده‌ای و نظریه‌ای 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

^۵ Cut off point

^۶ Nested critical case sampling design

نحوه محاسبه حق بیمه دندان پزشکی را تدوین و تصویب نماید"، و نیز "وزارت بهداشت باید مقررات مربوط به الزام پوشش بسته پایه خدمات در طرح‌های بیمه دندان پزشکی 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 دندان پزشکی و کیفیت خدمات ارائه 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 ارائه دهندگان در سطح فردی و گروهی ناراضی بودند.

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

اهمیت استانداردها: در حیطه وضع مقررات 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 دندان پزشکی 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 وزارت 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

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 مسؤؤل 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 دندان پزشکی را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۲
۱۰	وزارت بهداشت مقررات صدور پروانه طبابت و ارائه خدمات در بخش دندان پزشکی را تدوین نموده و فرآیند نیاز به روز رسانی می‌نماید.	۲/۸
۱۱	نظام سلامت دهان و دندان کشور قوانین و مقرراتی در مورد شرایط ورود به رشته دندان پزشکی، 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 ارائه 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 دندان پزشکی را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۴
۱۴	وزارت بهداشت مقررات قصور و خطاهای دندان پزشکی را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۴
۱۵	وزارت بهداشت مقررات محدودیت تعداد و صدور "گواهی نیاز" مراکز ارائه خدمات سلامت دهان و دندان را تدوین و تصویب نموده است.	۱/۳
۱۶	وزارت بهداشت مقررات کنترل قیمت کالاها و خدمات دندان پزشکی 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

مطالعات پایه‌ای را برای ارزیابی امکان‌پذیری فلوریداسیون آب در دستور کار قرار داده است. قوانین مربوط به تربیت و عرضه ارائه‌دهندگان حوزه دندان پزشکی به طور مناسب وجود ندارد. بنابر نظر صاحب‌نظران در شهر تهران در حال حاضر بیش از

قوانین مربوط به مبادلات پایه بازار سلامت در حوزه دندان پزشکی، 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

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 موارد نقص قانون در دست قوه قضاییه یا پلیس قرارگیرد، ممکن است این ارگان‌ها در صد 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 از خدمات 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 نمایندگان در دستور کار است (۲۰). این تصمیم در جهت بهبود کارکرد تابستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره دوم، پیاپی ۶۵

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 تولید 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"^۷ دولت باید راهکارهایی از جمله الزام افزایش شفافیت پروسه‌های

⁷ Regulatory Capture

دندان‌پزشکان و مشکلات دسترسی را پوشش دهد (۲۵). در حال حاضر قوانینی از دسته قوانین نرم (soft regulation) برای کنترل رفتار ارائه‌دهندگان 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 ارائه 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 ارائه‌دهندگان 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 ارائه‌دهندگان و مصادیق نقص مقررات بالینی، برخورد با متخلفین در مجامع قضایی عادی پیگیری می‌شود (۲۸ و ۲۹). رسیدگی به شکایات غیربالینی ارائه‌دهندگان مانند نقض مقررات مربوط به تبلیغات، و کارکردن بدون پروانه برعهده 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 ارائه‌دهندگان 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 ارائه خدمات دولتی است (۹). عدم وجود اطلاعات پایه مناسب از بخش خصوصی خصوصاً در کشورهای با درآمد پایین، نظارت

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 تولید گرفته شد. شاید استفاده از این استانداردها در ابزار سنجش ارائه 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 ارائه 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 ارائه‌دهندگان در تبعیت از راهکارها و استانداردهای بالینی هم پیش‌بینی نشده است. قوانین تنظیمی برای افزایش عرضه مداخلاتی با اثرات خارجی^۸ مانند فلوریداسیون، ناکافی هستند. در کنترل مصادیق نیاز القا شده توسط ارائه‌دهنده 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 ارائه خدمت و بهره‌گیری از نیروهای حد وسط مانند بهداشت‌کاران و بهداران دهان و دندان می‌تواند تا حدی مشکلات مربوط به توزیع نامناسب

⁸ Externality

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد استانداردهای پیشنهادی تدوین شده در این مطالعه، قابلیت استفاده در قالب یک چارچوب راهنما برای ارزیابی تولید 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 دندان پزشکی باشند)، ویژگی استانداردها و مدل طبقه‌بندی آن‌ها امکان بکارگیری آن‌ها به عنوان ابزاری جهت ارزیابی نظام‌مند جنبه‌های مختلف تولید 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 قرار گیرد. برای اصلاح کاستی‌ها و مشکلات، هم‌نیاز 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.

- 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 affairs. 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, Sheikhezadi 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.

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

Tahani B¹ (DDS, PhD), Yazdani Sh² (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