



RESEARCH ARTICLE

Developing an Integrated Policy Framework for Oral Health System Improvement in Iran: A Participatory Approach and Systems Analysis

Hamed Rumi¹, Mohammad Mahdi Zolfagharzadeh^{2*}, Maryam Sadeghipour³, Peyman Shariatpanahi⁴, Mohammadreza Esmacili Givi⁵

1. Ph.d. Student of Futures Studies, Faculty of Public Administration and Organizational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: hamed.roomi@ut.ac.ir

2. Associate Professor of Futures Studies, Faculty of Public Administration and Organizational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

* Corresponding Author's Email: zolfaghar@ut.ac.ir

3. Assistant Professor of Social Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: sadeghipour1393@gmail.com

4. Associate Professor of Biophysics, Institute of Biochemistry and Biophysics, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: pshariatpanahi@ut.ac.ir

5. Associate Professor of Public Administration, Faculty of Public Administration and Organizational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: s.givi@ut.ac.ir

 <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2026.107827>

Received: 18 March 2026

Accepted: 21 May 2026

ABSTRACT

Iran's oral health system faces fundamental challenges, including fragmented governance, disproportionate workforce distribution, and high out-of-pocket payments. This reality reveals the necessity for fundamental rethinking of the system's architecture. The present study aims to develop an integrated policy framework for Iran's oral health system by synthesizing the idealized design approach with the World Health Organization's six building blocks as the foundation of the oral health system. The findings revealed an integrated framework grounded in six strategic principles and encompassing operational components in the domains of governance, multi-tiered workforce, prevention-oriented services, blended financing, technology, and information. Additionally, system dynamics analysis identified three critical feedback loops describing mechanisms of continuous improvement, equity balance, and systemic learning. Ultimately, this framework, by providing a phased roadmap for health system transformation in Iran, demonstrates that fundamental transformation is both necessary and feasible through an integrated approach.

Keywords: Oral Health, Idealized Design, System Dynamics, Health Policy, Human Resources for Health.

Citation: Rumi, Hamed; Zolfagharzadeh, Mohammad Mahdi; Sadeghipour, Maryam; Shariatpanahi, Peyman; Esmacili Givi, Mohammadreza (2026). Developing an Integrated Policy Framework for Oral Health System Improvement in Iran: A Participatory Approach and Systems Analysis. *Iranian Journal of Public Policy*, 12 (2), 234-258.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2026.107827>

Published by University of Tehran



This Work Is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)



مقاله پژوهشی

توسعه چارچوب یکپارچه سیاستگذاری برای بهبود نظام سلامت دهان در ایران: رویکرد مشارکتی و تحلیل سیستمی

حامد رومی^۱، محمد مهدی ذوالفقارزاده^{۲*} ID، مریم صادقی پور^۳، پیمان شریعت پناهی^۴، محمدرضا اسمعیلی گیوی^۵

۱. دانشجوی دکتری آینده پژوهی، دانشکده مدیریت دولتی و علوم سازمانی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
رایانامه: hamed.roomi@ut.ac.ir

۲. دانشیار آینده پژوهی، دانشکده مدیریت دولتی و علوم سازمانی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
* رایانامه نویسنده مسئول: zolfaghar@ut.ac.ir

۳. استادیار دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
رایانامه: sadeghipour1393@gmail.com

۴. دانشیار بیوفیزیک، مرکز تحقیقات بیوشیمی-بیوفیزیک، دانشگاه تهران، تهران، ایران
رایانامه: pshariatpanahi@ut.ac.ir

۵. دانشیار مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دولتی و علوم سازمانی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
رایانامه: s.givi@ut.ac.ir

 <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2026.107827>

تاریخ دریافت: ۲۷ اسفند ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵

چکیده

نظام سلامت دهان ایران با چالش‌های بنیادین شامل پراکندگی حکمرانی، توزیع نامتناسب نیروی انسانی و پرداخت‌های مستقیم بالا روبروست. این واقعیت، ضرورت بازاندیشی بنیادین در معماری نظام سلامت دهان را آشکار می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف توسعه چارچوب یکپارچه سیاستگذاری نظام سلامت دهان در ایران و با تلفیق رویکرد طراحی آرمانی و شش مقوله مفهومی سازمان بهداشت جهانی به عنوان سنگ بنای نظام سلامت دهان انجام شده است. یافته‌ها چارچوبی یکپارچه را آشکار ساختند که بر شش اصل راهبردی استوار است و شامل مؤلفه‌های عملیاتی در حوزه‌های حکمرانی، نیروی کار چندسطحی، خدمات پیشگیری محور، تأمین مالی ترکیبی، فناوری و اطلاعات است. همچنین تحلیل پویایی سیستم، سه حلقه بازخورد حیاتی را شناسایی کرد که سازوکارهای بهبود مستمر، تعادل عدالت و یادگیری سیستمی را توصیف می‌کنند. در نهایت این چارچوب با ارائه نقشه‌راه مرحله‌ای برای تحول نظام سلامت در ایران، نشان می‌دهد که تحول بنیادین هم ضروری و هم با رویکرد یکپارچه امکان‌پذیر است.

واژگان کلیدی: سلامت دهان، طراحی آرمانی، پویایی سیستم، سیاستگذاری سلامت، منابع انسانی سلامت.

استاد: رومی، حامد؛ ذوالفقارزاده، محمد مهدی؛ صادقی پور، مریم؛ شریعت پناهی، پیمان؛ اسمعیلی گیوی، محمدرضا (۱۴۰۵). توسعه چارچوب یکپارچه سیاستگذاری برای بهبود نظام سلامت دهان در ایران: رویکرد مشارکتی و تحلیل سیستمی. فصلنامه سیاستگذاری عمومی، ۱۲ (۲)، ۲۵۸-۲۳۴.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2026.107827>

ناشر: دانشگاه تهران



مقدمه

بیماری‌های دهان و دندان چالشی بزرگ در سلامت عمومی است و بیش از ۳٫۵ میلیارد نفر در دنیا به آن مبتلا هستند (Watt et al., 2019). به‌رغم سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه در زیرساخت‌های بهداشتی، ایران با چالش‌های قابل ملاحظه‌ای در حوزه سلامت دهان مواجه است. شاخص‌های سلامت دهان در ایران با وضع مطلوب فاصله دارند و رشد چشمگیر تعداد دندانپزشکان در چهار دهه گذشته تاثیر زیادی بر بهبود سلامت دهان و حل چالش‌های آن نداشته است (Bayat et al., 2021). براساس تحلیل روندهای ملی، شاخص dmft که میانگین مجموع دندان‌های پوسیده و کشیده‌شده و ترمیم‌شده‌ی ناشی از پوسیدگی را در یک جمعیت مشخص نشان می‌دهد، برای دندان‌های شیری کودکان ایرانی از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۶ بیش از پانزده درصد افزایش یافته و به ۵ رسیده است (Shoae et al., 2022). در بزرگسالان، وضعیت بدتر است؛ ۹۹٫۵ درصد جمعیت ۱۵ ساله در ایران تجربه پوسیدگی دندان دارند که بخش عمده آن درمان‌نشده باقی مانده است. عواقب این بار بیماری در گروه‌های سنی بالاتر، به‌صورت بی‌دندانی کامل در بیش از نیمی از افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله نمایان می‌شود (Khoshnevisan et al., 2018). این بار بیماری به‌طور نامتناسبی بر جمعیت روستایی و گروه‌های اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر تحمیل می‌شود و منعکس‌کننده نابرابری‌های ساختاری در دسترسی به خدمات است. نظام سلامت دهان فعلی ایران با پراکندگی ساختاری میان بخش‌های دولتی و خصوصی، کمبود منابع در بخش عمومی و نابرابری شدید در دسترسی مشخص می‌شود. ضریب جینی توزیع دندانپزشکان در سال ۲۰۱۷ حدود ۰٫۴۰ گزارش شده که نشان‌دهنده تمرکز بالای آنان در مناطق شهری است (Yahyavidizaj et al., 2020). همچنین، بخش عمده هزینه‌های سلامت دهان به‌صورت مستقیم از جیب خانوارها پرداخت می‌شود؛ این عدد تا ۹۰٪ هزینه‌ها گزارش شده است (Joudi et al., 2024). ضعف یکپارچگی خدمات با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تمرکز بر درمان به‌جای پیشگیری، بار بیماری و هزینه‌ها را افزایش داده است. تلاش‌های قبلی برای بهبود وضعیت عمدتاً به‌صورت ابتکارهای جزئی و محدود بوده‌اند (Zandi-Ghashghai et al., 2020). این رویکردها به دلیل فقدان چارچوب سیستماتیک، عدم هماهنگی میان ذی‌نفعان و نبود مشارکت فعال در طراحی، اثربخشی محدودی داشته‌اند. رویکردهای سنتی حل مسئله که به‌دنبال بهینه‌سازی تدریجی نظام فعلی هستند، به دلیل پیچیدگی‌های سیستمی و وابستگی‌های متقابل میان عناصر مختلف، نتوانسته‌اند تحولی بنیادین ایجاد کنند. تجربه بین‌المللی نشان می‌دهد که تحول پایدار در نظام‌های پیچیده مستلزم نوعی بازاندیشی بنیادین است که فراتر از اصلاح بخشی عمل کند و با مشارکت فعال ذی‌نفعان کلیدی طراحی شود. این نشان‌دهنده نیاز به رویکردی سیستماتیک، مشارکتی و فراگیر برای بازطراحی نظام سلامت دهان در ایران است. هدف این مطالعه توسعه چارچوب یکپارچه برای سیاستگذاری نظام سلامت دهان ایران از طریق رویکرد طراحی آرمانی است. این روش امکان تصویرسازی وضعیت مطلوب نظام را بدون محدودیت‌های فعلی فراهم می‌کند. چارچوب توسعه‌یافته ساختار عملیاتی روشنی برای سیاست‌گذاران فراهم می‌کند و به‌عنوان نقشه‌راه تحول، مسیر انتقال از وضعیت پراکنده فعلی به سمت ساختاری یکپارچه، عادلانه و پایدار را ترسیم می‌نماید. این چارچوب با توجه به روابط سیستماتیک میان مؤلفه‌های مختلف، امکان طراحی راهبردهای هماهنگ و هم‌افزا را ممکن می‌سازد و پایه‌ای برای برنامه‌ریزی راهبردی بلندمدت در حوزه سلامت دهان ایران ایجاد می‌کند.

پیشینه و مبانی مفهومی

بافتار نظام سلامت دهان و دندان ایران

نظام سلامت دهان و دندان ایران طی دهه‌های اخیر تحولات قابل توجهی را تجربه کرده است. پس از انقلاب اسلامی، ساختار نظام سلامت کشور بر پایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و توسعه شبکه بهداشت و درمان شکل گرفت (Pakshir, 2004). در این راستا، توسعه شبکه بهداشت در مناطق روستایی و محروم به‌عنوان اولویت اصلی تعیین شد و خدمات سلامت دهان و دندان نیز

به تدریج در این ساختار جایگاه یافتند. از دهه هفتاد، افزایش چشمگیر تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی رخ داد؛ تعداد دانشکده‌ها از هفت دانشکده در سال ۱۳۶۰ به بیش از چهل و سه دانشکده در سال ۱۳۹۷ افزایش یافت (Razmi & Mehdipour, 2019). گسترش آموزش تخصصی در رشته‌های مختلف دندانپزشکی نیز ظرفیت نیروی انسانی این حوزه را به طور قابل ملاحظه‌ای ارتقا داد. با این حال، این رشد کمی لزوماً به بهبود متناسب در شاخص‌های سلامت دهان و دندان جمعیت منجر نشده است (Ghasemianpour et al., 2019). از نظر نیروی کار، ایران با بیش از چهل و پنج هزار دندانپزشک فعال و نسبت تقریبی یک دندانپزشک به هر ۱۸۰۰ نفر جمعیت، از نظر کمی در وضعیت نسبتاً مناسبی قرار دارد (Afsahi et al., 2021). با این حال، توزیع نامتناسب این نیروی کار در سطح کشور یکی از چالش‌های اساسی محسوب می‌شود. این نابرابری جغرافیایی به شدت به نفع مناطق شهری و شهرهای بزرگ است؛ به طوری که در برخی مناطق محروم، نیمی از مراکز بهداشتی-درمانی فاقد دندانپزشک هستند (Bagheri Lankarani & Yazdi, 2019). علاوه بر این، ترکیب نیروی کار نیز از نظر تخصص‌ها و مهارت‌ها متوازن نیست و استفاده از نیروهای حد واسط مانند بهداشت کاران دهان و دندان هنوز به صورت محدود است. ساختار حکمرانی فعلی نظام سلامت دهان و دندان ایران با پراکندگی سازمانی و تعدد مراکز تصمیم‌گیری مواجه است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی نقش اصلی در آموزش، نظارت و ارائه خدمات بخش دولتی را ایفا می‌کند (Pakshir, 2003). در بخش تأمین مالی، سازمان‌های بیمه‌گر متعدد شامل سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، هر کدام با پوشش‌ها، بسته‌های خدمات و سیاست‌های پرداخت متفاوت عمل می‌کنند. ارائه خدمات نیز میان بخش‌های دولتی و خصوصی تقسیم شده است، به طوری که بخش خصوصی بخش عمده‌ای از خدمات تخصصی و درمانی را ارائه می‌کند در حالی که بخش دولتی بیشتر بر خدمات اولیه و پیشگیری تمرکز دارد (Mohammadpour et al., 2020). این پراکندگی در مدیریت و تصمیم‌گیری، همراه با ضعف هماهنگی میان بازیگران مختلف، منجر به کاهش اثربخشی نظام سلامت دهان شده است. تأمین مالی خدمات سلامت دهان و دندان عمده‌تأ متکی بر «پرداخت از جیب» است. تخمین زده می‌شود که بیش از هفتاد درصد هزینه‌های این حوزه مستقیماً توسط خانوارها تأمین می‌شود، که این امر موانع مالی قابل توجهی برای دسترسی به این خدمات ایجاد می‌کند (Woldemichael et al., 2021). پوشش بیمه‌ای محدود است و بسته‌های خدمات پایه بیمه‌ها تنها بخش کوچکی از نیازهای درمانی را شامل می‌شوند. سازوکارهای حفاظت مالی برای گروه‌های آسیب‌پذیر ناکافی است و این امر به تشدید نابرابری‌های موجود در دسترسی به خدمات منجر می‌شود (Najafi et al., 2021). چالش دیگر نظام فعلی، ضعف یکپارچگی خدمات سلامت دهان و دندان با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. ارتباط محدود میان دندانپزشکان و کادر بهداشت خانواده در خانه‌های بهداشت باعث شده است که فرصت‌های پیشگیری و مداخله زودهنگام به درستی مورد استفاده قرار نگیرند. علاوه بر این، محدودیت در استفاده از ارائه‌دهندگان سطح میانی و عدم تعادل در ترکیب تخصص‌های دندانپزشکی، همراه با ضعف در آموزش مستمر و به‌روزرسانی دانش، از دیگر مشکلات قابل شناسایی است. کمبود برنامه‌های پیشگیری جمعیتی نظام‌مند مانند فلوریداسیون آب و آموزش بهداشت دهان در مدارس نیز به وضوح احساس می‌شود (Zandi-Ghashghai et al., 2020). این وضعیت در مجموع نشان می‌دهد که نظام سلامت دهان فعلی با وجود دارا بودن زیرساخت‌ها و منابع قابل توجه، از کارایی و اثربخشی مطلوب برخوردار نیست و نیازمند بازطراحی جامع در سطح سیستم است.

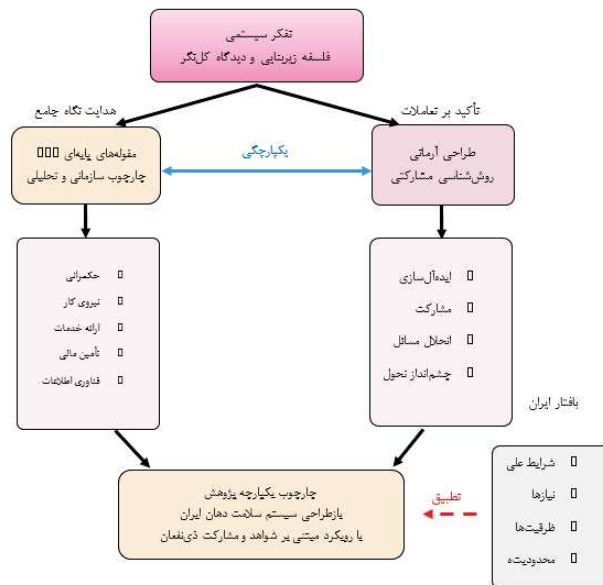
مبانی نظری: تفکر سیستمی و طراحی آرمانی

این پژوهش بر سه پایه نظری و روش‌شناختی استوار است که در مجموع، رویکرد جامع و تحول‌آفرین را برای بازطراحی سیستم سلامت دهان و دندان امکان‌پذیر می‌سازند. تفکر سیستمی به عنوان اولین پایه، سیستم‌های سلامت را به عنوان سیستم‌های پیچیده تطبیقی در نظر می‌گیرد که در آن مؤلفه‌های متعدد به صورت متقابل با یکدیگر تعامل دارند و رفتار کلی سیستم از تعاملات این

مؤلفه‌ها ظهور می‌کند (Sterman, 2000). این دیدگاه تأکید می‌کند که مداخله‌های جزئی و تک‌بعدی که به یک مؤلفه سیستم توجه دارند، اغلب به دلیل نادیده گرفتن تعاملات و حلقه‌های بازخورد میان مؤلفه‌ها، به نتایج ناخواسته یا شکست در دستیابی به اهداف منجر می‌شوند (Forrester, 1994). رویکرد سیستمی ضرورت نگاه کل‌نگر را مطرح می‌کند و نیاز به چارچوب‌های جامعی را که تعاملات میان حوزه‌های مختلف را در بر بگیرند، برجسته می‌سازد. مقوله‌های پایه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت، به عنوان دومین مبنا، چارچوبی برای تحلیل و طراحی سیستم‌های سلامت فراهم می‌کند که شش حوزه اصلی را شناسایی می‌کند: رهبری و حکمرانی، نیروی کار سلامت، ارائه خدمات، تامین مالی، محصولات و فناوری‌های پزشکی، و سیستم‌های اطلاعات سلامت (World Health Organization, 2006). ارزش این چارچوب در شناخت بین‌المللی، جامعیت و مرتبط بودن با سیاستگذاری نهفته است. استفاده از این چارچوب در مطالعه حاضر به‌طور خاص در بافتار سلامت دهان و دندان اعمال شده است، به‌طوری که هر یک از این مقوله‌های پایه‌ای با توجه به ویژگی‌ها و نیازهای خاص نظام سلامت دهان تفسیر و تطبیق یافته‌اند. روش‌شناسی طراحی آرمانی که توسط راسل اکاف توسعه یافته است، سومین پایه این پژوهش را تشکیل می‌دهد (Ackoff et al., 2006). این رویکرد بر ایده‌آل‌سازی بدون محدودیت‌های فعلی تأکید دارد و از ذی‌نفعان می‌خواهد که سیستم مطلوب خود را طوری طراحی کنند که گویی از ابتدا و بدون هیچ محدودیت قبلی آن را می‌سازند. ماهیت مشارکتی این روش تضمین می‌کند که ذی‌نفعان، آینده سیستم خود را طراحی می‌کنند و بنابراین مالکیت و تعهد به اجرای آن را دارند (Andersen et al., 2007). تمایز مهم این رویکرد با روش‌های سنتی حل مسئله در این است که به‌جای حل یا حتی رفع مسائل موجود، به دنبال انحلال مسائل است، یعنی طراحی سیستمی که در آن مسائل فعلی اساساً وجود ندارند (Ackoff et al., 2006). این رویکرد برای بازطراحی سیستم‌های سلامت به‌ویژه مناسب است زیرا فراتر از اصلاح تدریجی حرکت می‌کند و به سمت چشم‌انداز تحول‌آفرین هدایت می‌نماید. کاربرد طراحی آرمانی در سیستم‌های سلامت هرچند محدود است، اما مطالعات موجود ظرفیت قابل توجه آن را برای ایجاد تغییرات بنیادین نشان داده‌اند (Kilo & Endsley, 2000). در مجموع، این مبانی نظری چارچوب مفهومی یکپارچه‌ای را برای این پژوهش فراهم می‌کنند که در شکل یک نمایش داده شده است. همان‌طور که در این شکل مشاهده می‌شود، تفکر سیستمی دیدگاه کلی و فلسفه زیربنایی پژوهش را تشکیل می‌دهد، مقوله‌های پایه‌ای چارچوب WHO ساختار سازمانی و چارچوب تحلیلی را فراهم می‌کنند، و طراحی آرمانی روش‌شناسی مشارکتی برای تحقق تحول را ممکن می‌سازد. همگرایی این سه پایه، رویکردی جامع، مبتنی بر شواهد و مبتنی بر مشارکت ذی‌نفعان را برای بازطراحی نظام سلامت دهان ایران به ارمغان می‌آورد.

شواهد بین‌المللی در طراحی سیستم سلامت دهان

شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که کشورهای موفق در حوزه سلامت دهان، عناصر مشترکی در ساختار سیستم خود دارند. کشورهای اسکاندیناوی، نیوزیلند و برخی کشورهای با درآمد متوسط مانند تایلند و برزیل که پیشرفت‌های چشمگیری در شاخص‌های سلامت دهان داشته‌اند، همگی بر پوشش همگانی خدمات پیشگیرانه، یکپارچگی با مراقبت‌های اولیه سلامت و استفاده بهینه از نیروی کار چندسطحی تأکید کرده‌اند (Petersen, 2014). بررسی تجربیات کشورهای نوردیک نشان می‌دهد که این کشورها موفق به کاهش DMFT کودکان به زیر ۱ شده‌اند که بسیار پایین‌تر از هدف سازمان جهانی بهداشت است (Johansson et al., 2008). این موفقیت‌ها نتیجه سرمایه‌گذاری پایدار بر پیشگیری، برنامه‌های مدرسه‌محور و سیستم‌های قوی اطلاعات سلامت برای پایش و ارزیابی مستمر است (Listl et al., 2021). مطالعات تطبیقی همچنین نشان می‌دهند که ادغام خدمات سلامت دهان در چارچوب وسیع‌تر مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر از طریق رویکرد «عوامل خطر مشترک»، به افزایش کارایی و اثربخشی برنامه‌های پیشگیری کمک می‌کند (Petersen et al., 2005).



شکل ۱. چارچوب مفهومی پژوهش

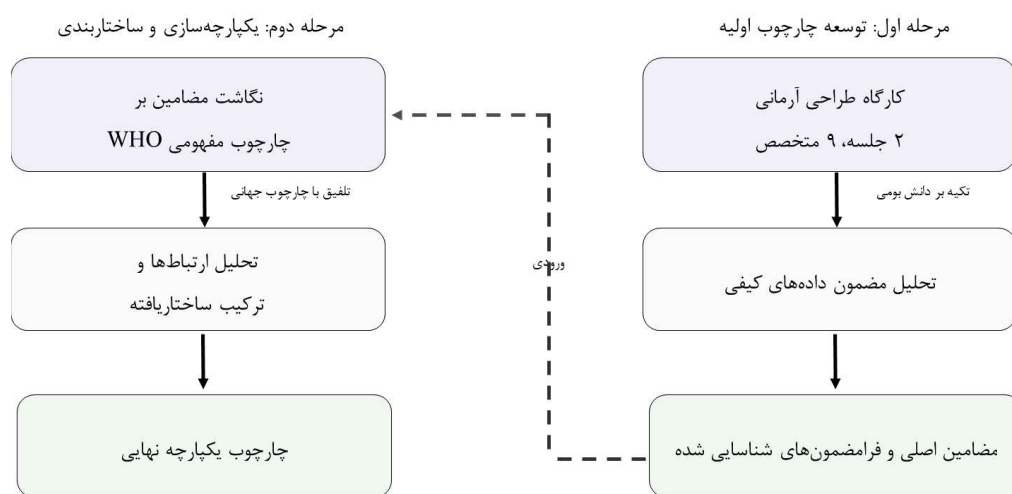
با این حال، شکاف قابل توجهی در شواهد موجود برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط وجود دارد. هوگو و همکاران در تحلیل خود از نقش دندانپزشکی در سلامت جهانی، به سه شکاف اساسی اشاره می‌کنند: نخست، ضعف سیستم‌های اپیدمیولوژیک و اطلاعات سلامت دهان در بسیاری از کشورها؛ دوم، کمبود شواهد همسان و ارزیابی دقیق مداخله‌های پیشگیری و درمانی؛ و سوم، فقدان استراتژی‌های بهینه برای ارائه خدمات با کیفیت به همه نیازمندان بدون تحمیل هزینه‌های سهمگین (Hugo et al., 2021). همچنین نیاز به تعیین عوامل مهم موثر در وضعیت سلامت دهان در بافتارهای خاص مهم و مورد نیاز است چراکه بیشتر چارچوب‌ها و الگوهای طراحی سیستم سلامت دهان، بر اساس تجربیات کشورهای پردرآمد توسعه یافته‌اند و انتقال مستقیم آن‌ها به بافتارهای با منابع محدود، بدون تطبیق با واقعیت‌های محلی، چالش‌برانگیز است (Elamin et al., 2021). در این زمینه، مطالعه حاضر با بهره‌گیری از رویکرد مشارکتی و انطباق چارچوب مقوله‌های پایه‌ای سازمان جهانی بهداشت با شرایط خاص ایران، می‌کوشد تا به پر کردن این شکاف در ادبیات بین‌المللی کمک کند و الگویی برای سایر کشورهای درحال توسعه با چالش‌های مشابه ارائه دهد.

روش‌شناسی

نمای کلی طراحی پژوهش

این پژوهش با رویکرد کیفی و مشارکتی به توسعه چارچوب سیاست‌گذاری برای نظام سلامت دهان ایران می‌پردازد. طراحی پژوهش بر اساس منطق دومارحله‌ای ساختاریافته است که در آن، مرحله نخست به تولید دانش از طریق کارگاه‌های مشارکتی با به‌کارگیری روش طراحی آرمانی اختصاص دارد و مرحله دوم به یکپارچه‌سازی و ساختاربندی یافته‌ها بر اساس چارچوب مقوله‌های پایه‌ای سازمان جهانی بهداشت می‌پردازد (World Health Organization, 2007). این رویکرد دوگانه تضمین می‌کند که چارچوب پیشنهادی هم‌زمان از دانش تجربی ذی‌نفعان داخلی و هم از چارچوب‌های نظری معتبر بین‌المللی بهره می‌برد. روش طراحی آرمانی که توسط اکاف توسعه یافته است (Ackoff et al., 2006)، به شرکت‌کنندگان امکان می‌دهد تا بدون محدودیت‌های

فعلی، سیستم مطلوب را تصور و طراحی کنند. انتخاب این روش‌شناسی بر مبنای دو استدلال اصلی صورت گرفته است: نخست، ماهیت پیچیده و چندبعدی نظام سلامت دهان مستلزم رویکردی است که تمامی ذی‌نفعان را در فرآیند طراحی مشارکت دهد و از دانش تجربی و زمینه‌ای آنان بهره‌مند شود. دوم، محدودیت‌های ساختاری و منابع فعلی نباید مانع تصور نظام سلامت دهان ایده‌آل گردد که می‌تواند به‌عنوان افق هدایت‌کننده برای تحول بلندمدت عمل کند. روش‌شناسی پژوهش شامل دو مرحله اصلی است. مرحله نخست، برگزاری کارگاه‌های مشارکتی طراحی آرمانی با ذی‌نفعان کلیدی نظام سلامت دهان است که طی آن شرکت‌کنندگان در فرآیندی ساختاریافته به تصویرسازی نظام ایده‌آل، شناسایی شکاف‌های موجود و ترسیم مسیرهای تحول پرداختند. مرحله دوم، یکپارچه‌سازی و ساختاربندی یافته‌های کیفی حاصل از کارگاه‌ها بر اساس چارچوب شش مقوله پایه‌ای چارچوب سازمان جهانی بهداشت است که شامل رهبری و حکمرانی، نیروی کار، ارائه خدمات، تأمین مالی، محصولات پزشکی و فناوری و سامانه اطلاعات سلامت است. این فرآیند دومرحله‌ای، ضمن حفظ اصالت دیدگاه‌های ذی‌نفعان محلی، چارچوبی منسجم و قابل مقایسه با الگوهای بین‌المللی ارائه می‌دهد.



شکل ۲. طرح پژوهش؛ رویکرد دو سطحی برای توسعه چارچوب یکپارچه

مرحله اول: کارگاه‌های مشارکتی طراحی آرمانی

قواعد طراحی کارگاه

کارگاه‌های مشارکتی بر اساس اصول روش طراحی آرمانی اکاف (Ackoff et al., 2006) در قالب فرآیندی سه‌مرحله‌ای ساختاریافته شدند. در مرحله نخست که به ایده‌آل‌سازی اختصاص داشت، شرکت‌کنندگان چالش‌های فعلی سلامت دهان در ایران را بیان کردند و سپس بدون در نظر گرفتن محدودیت‌های فعلی به طراحی نظام آرمانی سلامت دهان پرداختند و ویژگی‌های مطلوب هر بخش از سیستم را تعریف نمودند. این مرحله بر اساس پرسش محوری «اگر می‌توانستیم سیستم سلامت دهان را از ابتدا طراحی کنیم، چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد؟» سازماندهی شد. در مرحله دوم، تحلیل شکاف میان وضعیت موجود و وضعیت آرمانی انجام پذیرفت و موانع اصلی شناسایی گردیدند. مرحله سوم به طراحی مسیرهای انتقال و شناسایی راهبردهای عملی برای حرکت از وضع موجود به وضع مطلوب اختصاص یافت. با توجه به محدودیت‌های زمانی شرکت‌کنندگان، کارگاه‌ها در یک روز و در دو جلسه چهارساعته برگزار شدند. در طول کارگاه‌ها، از روش‌های تسهیل‌گری گروهی شامل بحث ساختاریافته، طوفان فکری

هدایت‌شده، و کار گروهی استفاده شد (Pourdehnad, 2023). خروجی‌های هر مرحله بر روی تابلوهای سفید ثبت می‌شدند و همزمان دو نفر از تیم پژوهش یادداشت‌برداری تفصیلی انجام دادند.

راهبرد نمونه‌گیری و ویژگی‌های شرکت‌کنندگان

انتخاب شرکت‌کنندگان بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و با معیار تجربه اجرایی در برنامه‌ریزی سلامت دهان یا داشتن مسئولیت‌های جاری در سطوح ملی و استانی انجام شد. این راهبرد تضمین می‌کرد که شرکت‌کنندگان همزمان از دانش نظری عمیق و هم از تجربه عملی گسترده در نظام سلامت ایران برخوردار باشند. معیارهای ورود شامل حداقل پنج سال تجربه در حوزه سلامت دهان، آشنایی با چالش‌های سیستم سلامت ایران، و تمایل به مشارکت فعال در فرآیند طراحی بود. شرکت‌کنندگان پس از توضیح کامل اهداف و روش پژوهش، رضایت آگاهانه خود را برای مشارکت اعلام نمودند. در نهایت نه نفر از متخصصان کلیدی حوزه سلامت دهان در کارگاه‌ها شرکت کردند که ترکیب آن‌ها به گونه‌ای بود که طیف وسیعی از تخصص‌های مورد نیاز را پوشش می‌داد. این گروه شامل سه متخصص سیاست‌گذاری عمومی با تجربه در حوزه بهداشت عمومی، یک بهداشتکار دهان، و پنج دندانپزشک با تخصص در سیاست‌گذاری سلامت دهان بودند. از نظر موقعیت حرفه‌ای، هفت نفر از شرکت‌کنندگان عضو هیأت علمی دانشگاه‌ها بودند و سه نفر سابقه مستقیم مسئولیت در برنامه‌ریزی نظام سلامت دهان ایران در سطح ملی را داشتند که از این تعداد، دو نفر در زمان برگزاری کارگاه دارای مسئولیت‌های جاری و یک نفر سابقه مدیریت پیشین در این حوزه را داشت. این سه نفر دارای بیش از پانزده سال تجربه در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت دهان در ایران بودند که عمق دانش و تجربه آن‌ها کیفیت گفتگوها و طراحی را تضمین می‌کرد. ترکیب تفصیلی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و تخصصی شرکت‌کنندگان کارگاه‌های طراحی آرمانی

ویژگی	تعداد
تخصص حرفه‌ای	
دندانپزشک متخصص در سیاست‌گذاری سلامت دهان	۵
متخصص سیاست عمومی (دارای تجربه در حوزه بهداشت عمومی)	۳
بهداشتکار دهان و دندان	۱
موقعیت سازمانی	
عضو هیأت علمی دانشگاه	۷
دارای مسئولیت فعلی در برنامه‌ریزی ملی سلامت دهان	۲
دارای سابقه مسئولیت در برنامه‌ریزی ملی سلامت دهان	۱
سابقه تجربی در سیاست‌گذاری سلامت دهان	
۵ تا ۱۵ سال	۵
بیش از ۱۵ سال	۴

تحلیل داده‌های کیفی حاصل از کارگاه‌ها بر اساس روش تحلیل مضمون براون و کلارک انجام شد (Braun & Clarke, 2006). بلافاصله پس از اتمام کارگاه‌ها، محتوای ثبت‌شده بر روی تابلوها و یادداشت‌های تفصیلی تهیه‌شده توسط دو نفر از تیم پژوهش مرور و سازماندهی اولیه گردید. این فرآیند شامل بازنگری کامل گفته‌های اعضا، طبقه‌بندی مطالب بر اساس موضوع و شناسایی مضامین اولیه بود. تحلیل رسمی در چهار مرحله متوالی انجام شد که در مرحله نخست، داده‌های خام به کدهای اولیه تبدیل شدند. در این مرحله، هر جمله یا عبارت معنادار یک کد دریافت کرد که مفهوم اصلی آن را نشان می‌داد. در مرحله دوم، کدهای مشابه در قالب مضامین فرعی گروه‌بندی شدند و در مرحله سوم، مضامین فرعی در مضامین اصلی سطح بالاتر ادغام گردیدند. مرحله چهارم نیز به بازنگری و اصلاح مضامین و اطمینان از انسجام درونی و تمایز بین مضامین اختصاص یافت (Nowell et al., 2017). این مضامین اصلی استخراج‌شده، مبنای تشکیل مؤلفه‌های چارچوب نهایی را فراهم کردند.

مرحله دوم: یکپارچه سازی و ساختار بندی چارچوب

فرایند یکپارچه سازی با مقوله های پایه ای WHO

یافته های حاصل از تحلیل مضمون کارگاه ها در مرحله یکپارچه سازی با چارچوب مقوله های پایه ای سازمان جهانی بهداشت ترکیب شدند (World Health Organization, 2007). این چارچوب که شامل شش مقوله ارائه خدمات، نیروی کار، اطلاعات سلامت، فناوری و دارو، تأمین مالی، و رهبری و حکمرانی است، به عنوان چارچوب سازمان دهنده برای ساختار بندی مضامین استخراج شده انتخاب شد. دلیل این انتخاب، پذیرش جهانی این چارچوب به عنوان ابزار جامع برای تحلیل و طراحی سیستم های سلامت و امکان مقایسه پذیری بین المللی بود. فرایند نگاشت به صورت نظام مند انجام شد که در آن هر مضمون اصلی بر اساس محتوای مفهومی آن به یکی از شش مقوله تخصیص یافت. برای برخی مضامینی که ارتباط با بیش از یک مقوله داشتند، تصمیم گیری در مورد قرارگیری نهایی بر اساس ارتباط قوی تر و نقش اصلی آن مضمون صورت گرفت. در این مرحله، تیم پژوهش با بررسی دقیق هر مضمون و بحث درباره جایگاه مناسب آن، به اجماع رسید. علاوه بر نگاشت مضامین به مقوله ها، روابط بین مؤلفه های مختلف نیز شناسایی و مستند سازی شد. این شامل شناسایی حلقه های بازخورد بین مقوله های مختلف، وابستگی های سیستماتیک، و تأثیرات متقابل بود. برای مثال، رابطه بین توسعه نیروی کار و کیفیت ارائه خدمات، یا تأثیر سیستم اطلاعات بر تصمیم گیری در تأمین مالی، به صورت صریح در چارچوب ترسیم شدند.

خروجی نهایی و مستند سازی

خروجی نهایی این مرحله، چارچوب یکپارچه سیستم آرمانی سلامت دهان برای ایران است که شامل سه لایه اصلی می شود. لایه نخست، اصول طراحی کلیدی است که از کارگاه ها استخراج شدند و به عنوان مبانی راهبردی چارچوب عمل می کنند. این اصول شامل مفاهیمی مانند عدالت در دسترسی، پیشگیری محوری، یکپارچگی با مراقبت های اولیه، و مشارکت جامعه هستند که در سراسر چارچوب به عنوان ارزش های راهنما حضور دارند. لایه دوم شامل مؤلفه های تفصیلی در هر یک از شش مقوله پایه ای است که مشخص می کند سیستم آرمانی در هر بُعد چه ویژگی هایی باید داشته باشد. این مؤلفه ها با جزئیات کافی توصیف شده اند تا امکان درک دقیق و برنامه ریزی عملی را فراهم کنند. لایه سوم، روابط سیستماتیک بین مؤلفه ها را نشان می دهد و حلقه های بازخورد و وابستگی ها را آشکار می سازد. تمامی عناصر چارچوب به زبان ساده و در عین حال دقیق مستند سازی شده اند تا هم برای سیاست گذاران و هم برای محققان قابل استفاده باشند. این مستند سازی شامل توضیح هر مؤلفه، دلایل اهمیت آن، و ارتباط آن با سایر بخش های چارچوب است.

اعتبار سنجی یافته ها محدودیت های روش شناسی

برای افزایش اتکاپذیری و کاهش سوگیری پژوهشگر، کلیه مراحل اجرای کارگاه، تحلیل داده ها و تصمیمات تحلیلی به طور دقیق مستند سازی گردید. همچنین نتایج اولیه کدگذاری و مضامین استخراج شده مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت و انسجام منطقی میان مضامین و راهبردهای پیشنهادی به طور مستمر بررسی شد. شفاف سازی زمینه پژوهش، ترکیب خبرگان و منطق استخراج راهبردها، امکان استفاده از یافته ها در شرایط و نظام های مشابه را فراهم می سازد و بر استحکام علمی نتایج پژوهش می افزاید. همچنین، این پژوهش با محدودیت های روش شناختی خاصی مواجه است که باید در تفسیر یافته ها در نظر گرفته شوند. شرکت کنندگان کارگاه ها عمدتاً از متخصصان سطح ملی و استانی با مسئولیت های برنامه ریزی و سیاست گذاری بودند و نمایندگی مستقیم از سطوح محلی، مناطق روستایی و دورافتاده محدود بود. همچنین برخی گروه های ذی نفع مانند بیماران یا خانواده ها

حضور مستقیم در کارگاه‌ها نداشتند، هرچند نیازها و دیدگاه‌های آن‌ها توسط متخصصان حاضر مطرح شد. چارچوب توسعه یافته در این مرحله بر اساس دانش تجربی ذی‌نفعان و مرور ادبیات شکل گرفته و اعتبارسنجی رسمی‌تر با استفاده از روش دلفی با جامعه گسترده‌تری از متخصصان در مراحل بعدی پژوهش برنامه‌ریزی شده است. تعمیم‌پذیری چارچوب نیز باید با احتیاط ارزیابی شود زیرا به‌طور خاص برای بافتار سیستم سلامت ایران و با در نظر گرفتن ویژگی‌های منحصر به فرد آن توسعه یافته است، هرچند اصول کلی و رویکرد روش‌شناسی ممکن است به بافتارهای مشابه در سایر کشورهای با درآمد متوسط قابل انتقال باشد.

یافته‌ها: چارچوب سیاست‌گذاری برای تحول سلامت دهان و دندان ایران

این بخش به ارائه چارچوب جامع نظام آرمانی سلامت دهان ایران می‌پردازد که حاصل فرآیند دوماهه‌ای تحلیل مشارکتی و یکپارچه‌سازی ساختاریافته است. چارچوب نهایی با تلفیق هشت مضمون اصلی مستخرج از کارگاه‌های طراحی آرمانی و نگاشت آن‌ها به شش مقوله پایه‌ای نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت، مدلی برای تحول نظام سلامت دهان ارائه می‌دهد. این سیر تحلیلی از طریق سه مرحله متوالی شامل استخراج مضامین کلیدی، نگاشت ساختاری، و طراحی مؤلفه‌های عملیاتی، راهکاری عملی برای گذار از وضع موجود به نظام آرمانی فراهم می‌آورد.

یافته‌های کارگاه‌های طراحی آرمانی

این بخش به ارائه یافته‌های مستقیم کارگاه‌های طراحی آرمانی می‌پردازد. یافته‌ها در دو بخش سازماندهی شده‌اند: نخست، فرآیند تحلیل مضمون و مضامین اصلی استخراج شده از دیدگاه‌های ذی‌نفعان؛ دوم، اصول طراحی بنیادین که به عنوان ارزش‌های راهنمای چارچوب آرمانی شناسایی شدند.

فرآیند تحلیل مضمون و مضامین اصلی

تحلیل مضمون مطابق روش براون و کلارک در چهار مرحله انجام شد. در مرحله نخست، محتوای کارگاه‌ها کدگذاری اولیه شد که منجر به شناسایی ۶۸ کد اولیه گردید. در مرحله دوم، کدهای مشابه در قالب ۱۴ مضمون فرعی دسته‌بندی شدند. مرحله سوم شامل ادغام مضامین فرعی و تشکیل ۸ مضمون اصلی بود. در نهایت، مضامین اصلی بازبینی و تعریف نهایی شدند. برای تضمین قابلیت اعتماد، کدگذاری به صورت مستقل توسط دو پژوهشگر انجام و اختلافات از طریق بحث و تبادل نظر حل شد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرآیند تحلیل از کدهای اولیه آغاز شد که بیانگر مفاهیم خام مطرح شده در کارگاه‌ها بودند. تعداد

جدول ۲: نمونه‌ای از فرآیند کدگذاری و تشکیل مضامین

کدهای اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی	نمونه نقل قول
نبود نهاد متولی (۸) پراکندگی تصمیم‌گیری (۶) تعارض منافع (۵) فقدان شاخص پایش (۴) عدم شفافیت (۳)	ضعف حکمرانی کمبود پاسخگویی	حاکمیت یکپارچه	«کشور باید متولی خاص سلامت دهان داشته باشد...»
تمرکز جغرافیایی (۱۲) کمبود نیروی روستا (۱۰) جذب خدمات زیبایی (۷) نقش بهداشتکاران (۹) عدم استفاده از بهورز (۴)	توزیع نامتعادل تعریف ناقص نقش‌ها	نیروی کار متوازن	«حل توزیع نامناسب نیرو فقط با مشوق مالی ممکن نیست...»

اشاره به هر کد در پراکنش نشان داده شده که نشان‌دهنده میزان تکرار و تأکید شرکت‌کنندگان بر آن مفهوم است. کدهای مشابه در مضامین فرعی گروه‌بندی شدند و سپس مضامین فرعی مرتبط، مضامین اصلی را شکل دادند. هشت مضمون اصلی به عنوان هسته مرکزی دیدگاه ذی‌نفعان شناسایی شد. این مضامین چارچوب مفهومی نظام مطلوب را ترسیم می‌کنند. نخستین مضمون به حکمرانی یکپارچه و پاسخگو مربوط می‌شود که بر لزوم ایجاد ساختاری منسجم با مسئولیت‌های مشخص و مکانیسم‌های شفاف پاسخگویی دلالت دارد. دومین مضمون، نیروی کار متوازن و چندسطحی بود که بر ضرورت توزیع عادلانه و ترکیب متناسب نیروی انسانی با نقش‌های تعریف‌شده تأکید دارد. سومین مضمون توجه به خدمات پیشگیری‌محور به عنوان راهبرد اصلی را نشان می‌دهد که بیانگر تغییر پارادایم از درمان به پیشگیری است. چهارمین مضمون، تأمین مالی عادلانه، به عنوان یک ضرورت مطرح شد که بر ایجاد سازوکارهای مالی پایدار و عمومی با حفاظت مالی از گروه‌های آسیب‌پذیر تمرکز دارد. پنجمین مضمون، دسترسی به فناوری مناسب بود که لزوم تجهیزات استاندارد و در دسترس در همه مناطق را برجسته می‌کند. ششمین مضمون، نیاز به سیستم اطلاعات یکپارچه را مطرح نمود که بر اهمیت داده‌های قابل اعتماد و سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تأکید دارد. هفتمین مضمون، مشارکت جامعه به عنوان عاملی کلیدی شناسایی شد که بر درگیری فعال جوامع و ذی‌نفعان در برنامه‌ریزی و نظارت دلالت دارد. سرانجام، هشتمین مضمون به پایداری سیستمی مربوط می‌شد که به عنوان ضامن تداوم مالی و اجرایی بلندمدت سیستم مورد توجه قرار گرفت. شکل دو ساختار سلسله‌مراتبی فرآیند تحلیل را از کدهای اولیه تا اصول طراحی نمایش می‌دهد. این نقشه مضامین نشان می‌دهد که چگونه ۶۸ کد اولیه از طریق ۱۴ مضمون فرعی به ۸ مضمون اصلی تبدیل شده و در نهایت مبنای استخراج شش اصل راهبردی قرار گرفته‌اند.

اصول طراحی بنیادین سیستم آرمانی

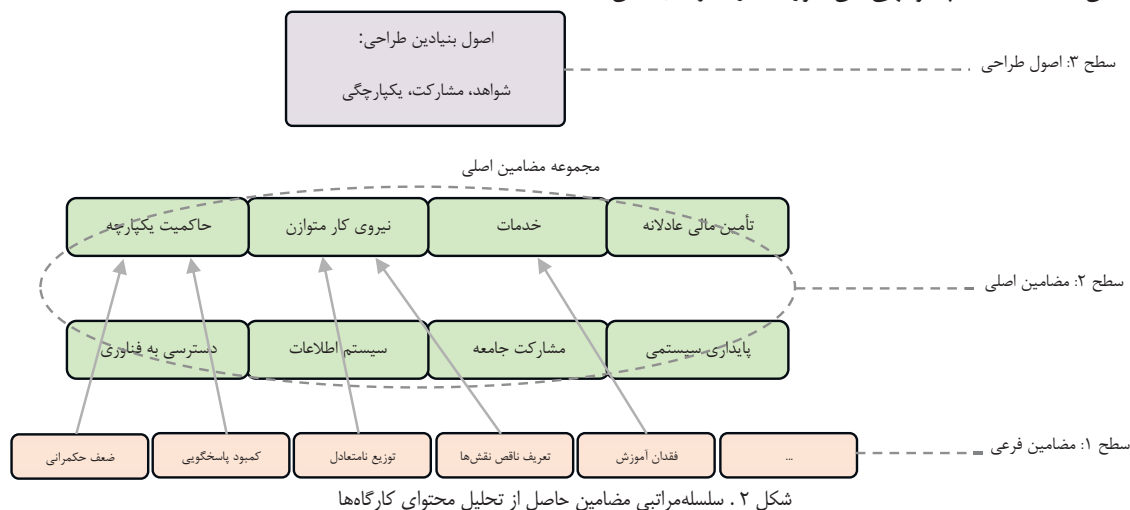
در نهایت، از تحلیل عمیق‌تر مضامین، شش اصل طراحی بنیادین به عنوان ارزش‌های راهنمای چارچوب استخراج شد. این اصول که در طیف وسیعی از بحث‌های کارگاهی مورد تأکید قرار گرفتند، جهت‌گیری کلان سیستم آرمانی را مشخص می‌کنند. دو اصل کلیدی عبارت‌اند از عدالت‌محوری که بر تضمین دسترسی همگانی به خدمات سلامت دهان و دندان بدون در نظر گرفتن موقعیت جغرافیایی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی یا ویژگی‌های جمعیتی‌شناختی تأکید دارد، و پیشگیری‌مداری که اولویت را به ارتقای سلامت جمعیت و پیشگیری از بیماری می‌دهد. در کنار اینها، اصل یکپارچگی بر پیوند خدمات سلامت دهان و دندان با مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأکید دارد، در حالی که اصل مبتنی بر شواهد بودن بر استقرار سیاست‌ها و شیوه‌های مبتنی بر بهترین تجارب بین‌المللی با تطبیق در بافتار ایران پافشاری می‌کند. سرانجام، دو اصل مشارکتی بودن که بر مشارکت مستمر ذی‌نفعان در حکمرانی و تصمیم‌گیری تأکید دارد، و پایداری که بر حفظ مسئولیت مالی و تضمین پایداری بلندمدت سیستم متمرکز است، تکمیل‌کننده این چارچوب راهبردی هستند.

چارچوب یکپارچه نظام آرمانی

این بخش به ارائه چارچوب عملیاتی نظام آرمانی سلامت دهان می‌پردازد که محصول فرآیند تحلیلی مرحله دوم پژوهش است. در این مرحله، مضامین و اصول استخراج‌شده از کارگاه‌های طراحی آرمانی به مؤلفه‌های عملیاتی مشخص ترجمه شدند. این فرآیند ترجمه بر اساس سه منبع صورت گرفت: نخست، دیدگاه‌های ذی‌نفعان بومی که در قالب هشت مضمون اصلی و شش اصل طراحی استخراج شده بودند؛ دوم، چارچوب مقوله‌های پایه‌ای سازنده سیستم سلامت سازمان جهانی بهداشت که ساختاری بین‌المللی برای سازماندهی مؤلفه‌ها فراهم می‌کند؛ و سوم، ادبیات بین‌المللی و تجارب موفق سیاستگذاری سلامت دهان در کشورهای پیشرو. نتیجه این فرآیند سه‌مرحله‌ای، چارچوبی یکپارچه است که در آن دانش بومی با شیوه‌های جهانی، در قالبی عملیاتی، تلفیق شده‌است.

نگاشت مضامین به مقوله‌های پایه‌ای سازنده نظام سلامت

به منظور ساختاریافته‌سازی یافته‌های کیفی و ایجاد چارچوبی عملی، مضامین اصلی شناسایی شده در مرحله اول به مقوله‌های سازنده نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت نگاشت شدند. این نگاشت بر اساس همخوانی مفهومی و ارتباط ذاتی هر مضمون با حوزه‌های عملکردی سیستم سلامت انجام گرفت. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، هشت مضمون اصلی به شش مقوله سازنده تخصیص یافتند. برخی مقوله‌ها مانند رهبری و حکمرانی و تأمین مالی، بیش از یک مضمون را در خود جای دادند که نشان‌دهنده اهمیت چندوجهی این حوزه‌ها در نظر ذی‌نفعان است.



نگاشت انجام‌شده نشان می‌دهد که چگونه دانش بومی و بینش‌های ذی‌نفعان ایرانی در قالب چارچوبی بین‌المللی ساختاریافته شده‌است. این رویکرد ضمن حفظ اصالت و ارتباط زمینه‌ای یافته‌ها، امکان بهره‌گیری از تجارب جهانی و مقایسه‌پذیری بین‌المللی را فراهم می‌کند. به‌طور خاص، تأکید ذی‌نفعان بر جنبه‌های حکمرانی و مشارکتی در مقوله رهبری و حکمرانی و تمرکز بر عدالت و پایداری در مقوله تأمین مالی بازتاب یافته‌است.

مؤلفه‌های عملیاتی شش‌گانه

پس از نگاشت مضامین به مقوله‌های پایداری، مؤلفه‌های عملیاتی چارچوب در ذیل هر مقوله طراحی شدند. این مؤلفه‌ها ترجمه عملیاتی دیدگاه‌های ذی‌نفعان به راه‌حل‌های اجرایی مشخص هستند. فرآیند طراحی این مؤلفه‌ها بر اساس سه اصل انجام گرفت: نخست، وفاداری به اصول و مضامین استخراج‌شده از کارگاه‌ها؛ دوم، انطباق با استانداردها و بهترین شیوه‌های بین‌المللی؛ و سوم، تطبیق با بافتار و ظرفیت‌های نظام سلامت ایران.

الف) رهبری و حکمرانی

بر اساس مضامین «حکمرانی یکپارچه و پاسخگو» و «مشارکت جامعه» و در پاسخ به نیازهای شناسایی شده برای متولی مشخص با اختیارات کافی و سازوکارهای پاسخگویی، چارچوب حکمرانی پیشنهادی بر بازطراحی بنیادین ساختار نظام سلامت دهان متمرکز است. تحلیل گفتگوهای کارگاهی نشان داد که یکی از چالش‌های محوری نظام فعلی، حاشیه‌ای بودن سلامت دهان و فقدان متولی با اختیار اجرایی کافی است. شرکت‌کنندگان به پراکندگی تصمیم‌گیری در میان نهادهای متعدد و عدم هماهنگی میان آنها

اشاره کردند. یکی از کارشناسان دندانپزشکی اجتماعی تأکید نمود که «کشور باید متولی خاص سلامت دهان داشته باشد در سطحی که مستقیماً با وزیر ارتباط داشته باشد» علاوه بر این، نماینده بهداشت کاران دهان به تضاد منافع ذاتی در ساختار فعلی اشاره کرد و بیان داشت که سیاست‌گذاری که خود دندانپزشک هستند، ممکن است از تصمیماتی که به نفع نظام ولی بر خلاف منافع کوتاه‌مدت گروه شغلی آنها است، اجتناب کنند. با این حال، تحلیل عمیق‌تر نشان می‌دهد که مشکل اساسی فراتر از صرف ایجاد یک نهاد مستقل است. بررسی تجربه‌های بین‌المللی کشورهای موفق در حوزه سلامت دهان همچون سوئد و دانمارک نشان می‌دهد که این کشورها سلامت دهان را به عنوان بخشی یکپارچه و اولویت‌دار در نهادهای ملی سلامت عمومی خود با اختیار مشخص، بودجه مستقل و دسترسی مستقیم به سطوح بالای تصمیم‌گیری جای داده‌اند. موفقیت آنها نه از جداسازی سلامت دهان، بلکه از یکپارچگی مؤثر آن در سیستم سلامت همراه با تضمین اختیار و منابع کافی ناشی می‌شود.

جدول ۳: نگاشت مضامین اصلی به بلوک‌های سازنده سیستم سلامت سازمان جهانی بهداشت

مضمون اصلی	بلوک WHO	توجیه منطقی تخصیص
حاکمیت یکپارچه و پاسخگو	رهبری و حاکمیت	ارتباط مستقیم با ساختار، فرآیندها و مسئولیت‌های حاکمیتی سیستم سلامت
مشارکت جامعه	رهبری و حاکمیت	مرتبط با مکانیسم‌های مشارکت ذی‌نفعان در تصمیم‌گیری و نظارت
نیروی کار متوازن و چندسطحی	نیروی کار سلامت	مرتبط با ترکیب، توزیع، آموزش و توسعه منابع انسانی سیستم سلامت
خدمات پیشگیری محور	ارائه خدمات	تعیین‌کننده نحوه سازماندهی، اولویت‌بندی و ارائه خدمات سلامت
تأمین مالی عادلانه	تأمین مالی	مرتبط با مکانیسم‌های جمع‌آوری، تجمع و خرید خدمات سلامت
پایداری سیستمی	تأمین مالی	ارتباط با تداوم مالی، پایداری منابع و برنامه‌ریزی بلندمدت
دسترسی به فناوری	محصولات پزشکی	مرتبط با تأمین، مدیریت و دسترسی به تجهیزات، فناوری‌ها و مواد دندانپزشکی
سیستم اطلاعات یکپارچه	اطلاعات سلامت	مربوط به تولید، تحلیل، انتشار و استفاده از داده‌ها و اطلاعات سلامت

این یافته نشان می‌دهد که نگرانی‌های مطرح‌شده در کارگاه‌ها (یعنی فقدان اختیار، حاشیه‌ای بودن و تضاد منافع) نیازمند راه‌حلی بنیادین‌تر است که مشکل را ریشه‌کن کند نه صرفاً حل نماید. از منظر طراحی آرمانی، مشکل واقعی این است که سلامت دهان در ساختار فعلی به طور همزمان دچار جدایی از سیستم مراقبت سلامت اولیه و فقدان اختیار اجرایی و منابع کافی است. بنابراین، راه‌حل زدودن ریشه‌ای این مشکل نیازمند بازطراحی‌ای است که هم یکپارچگی عملیاتی با سیستم سلامت را تحقق بخشد، هم جایگاه، اختیار و اهمیت سلامت دهان را در سطح راهبردی تضمین کند. بر این اساس، چارچوب حکمرانی پیشنهادی با الهام از تجربیات موفق بین‌المللی و پاسخ به نیازهای شناسایی‌شده، شامل سه مؤلفه اصلی است: مؤلفه نخست، «دفتر ملی سلامت دهان» است که در سطح معاونت وزارت بهداشت با دسترسی مستقیم به وزیر پیشنهاد می‌شود. این نهاد دارای بودجه مستقل خط‌مشی‌شده، اختیار قانونی مصرح در قانون برنامه توسعه و سازوکارهای الزام‌آور برای هماهنگی بین‌بخشی خواهد بود. جایگاه این دفتر به گونه‌ای طراحی شده است که هم به نیاز خبرگان برای ارتباط مستقیم با رده‌های بالای تصمیم‌گیری پاسخ دهد، هم یکپارچگی سلامت دهان با سیستم سلامت عمومی را حفظ کند. مؤلفه دوم، «شورای ملی سلامت دهان» است که با ترکیبی متوازن از نمایندگان انجمن‌های تخصصی، سازمان‌های بیمه‌گر، دانشگاه‌ها، بهداشت کاران دهان و نمایندگان جامعه مدنی

و با اختیار قانونی برای تصویب سیاست‌های کلان، تضمین می‌کند که تصمیمات با مشارکت گسترده ذی‌نفعان و فارغ از تضاد منافع اتخاذ شوند. مؤلفه سوم، «سند جامع سیاست ملی سلامت دهان» است که با اهداف کمی پنج‌ساله و شاخص‌های پایش سالانه و تصویب هیئت‌وزیران، اهمیت سلامت دهان را در سطح ملی نهادینه کرده و مبنای پاسخگویی عمومی قرار می‌گیرد. این ساختار سه‌گانه، با زدودن ریشه‌ای مشکل ساختاری بنیادین (یعنی همزمانی جدایی و حاشیه‌ای بودن) چرخه سیاست‌گذاری-اجرا-ارزیابی را تکمیل کرده و در این چارچوب، سلامت دهان نه یک مسئله فرعی، بلکه یک اولویت راهبردی با اختیار مشخص، منابع تضمین‌شده و سازوکارهای پاسخگویی شفاف خواهد بود.

ب) نیروی کار سلامت

الگوی نوین نیروی کار که در پاسخ به مضمون «نیروی کار متوازن و چندسطحی» و بر اساس تجربه موفق کشورهای مانند نیوزیلند و استرالیا در استفاده از تیم‌های چندسطحی طراحی شده، بر مبنای تعریف واضح نقش‌ها و توزیع عادلانه استوار است. این الگو با هدف حل مسائل شناسایی‌شده توسط ذی‌نفعان شامل توزیع ناعادلانه جغرافیایی، تعریف ناقص نقش‌ها و کارایی پایین نیروی انسانی، ساختاری چهارسطحی از نقش‌ها را پیشنهاد می‌دهد که در شکل سه نمایش داده شده است. یکی از محورهای اصلی بحث در کارگاه‌ها، نقش نیروهای میانی در نظام سلامت دهان بود. شرکت‌کنندگان بر ضرورت استفاده از این نیروها توافق داشتند، اما در نحوه عملیاتی‌سازی آن دو رویکرد متفاوت مطرح شد. یکی از متخصصان دندانپزشکی اجتماعی بر استفاده از ظرفیت موجود بهورزها به عنوان نیروهای کار چندپیشه تأکید کرد و استدلال نمود که «اختصاص یک نیروی دهانی مخصوص به هر خانه بهداشت کشور، هزینه‌بر است و در عوض می‌توانیم برخی وظایف اولیه و غربالگری را به نیروی‌های کار چندپیشه واگذار کنیم». این رویکرد مبتنی بر آموزش کوتاه‌مدت به نیروهای موجود و بهره‌گیری از ظرفیت شبکه بهداشت فعلی بود. در مقابل، متخصص دیگری با اشاره به تجربه تاریخی دهه ۱۳۶۰ در ایران مبنی بر آموزش و استفاده از نیروهای میانی در مناطق محروم، بر لزوم تربیت بهداشت‌کاران تخصصی دهان و دندان تأکید کرد. وی استدلال نمود که «باید نیروهای میانی را تربیت و استفاده کنیم» و بر این نکته پافشاری کرد که مراقبت و پیشگیری باید از بدو تولد آغاز شود و در شبکه بهداشتی کشور جدی گرفته شود. این تجربه علی‌رغم موفقیت‌های اولیه، به دلیل طراحی نادرست مسیر توسعه حرفه‌ای که امکان ورود مستقیم بهداشت‌کاران به رشته دندانپزشکی را فراهم می‌کرد، با مخالفت برخورد و متوقف شد؛ درسی که در طراحی فعلی با تعریف دقیق مسیرهای شغلی مستقل و جداگانه برای هر سطح لحاظ شده است. یکی از کارشناسان سیاست عمومی نیز بر اهمیت عملی بودن راه‌حل‌های پیشنهادی تأکید کرد که نشان‌دهنده ضرورت تعادل میان کمال‌گرایی و امکان‌پذیری است. نگرانی دیگری که در کارگاه مطرح شد، مربوط به آموزش نادرست نیروهای میانی بود. یکی از شرکت‌کنندگان اشاره کرد که «آموزش نیروهای میانی در دانشکده‌های دندانپزشکی و در کنار دندانپزشکان اشتباهاً این برداشت را در آن نیروهای میانی ایجاد کرده که می‌توانند اقدامات درمانی انجام دهند در حالی که فقط باید روی پیشگیری تمرکز کنند». این نکته بر اهمیت تعریف دقیق حدود و ثغور نقش‌های مختلف و آموزش متناسب با آن تأکید می‌کند. چالش دیگری که به‌طور مکرر در کارگاه‌ها مطرح شد، توزیع نامتناسب جغرافیایی نیروی انسانی بود. شرکت‌کنندگان به این واقعیت اشاره کردند که از ۴۵ هزار دندانپزشک کشور، ۶۵ درصد در مراکز استان‌ها و ۴۰ درصد در تهران متمرکز هستند و تفاوت قابل توجهی بین شهرهای کوچک و بزرگ وجود دارد. یکی از متخصصان به نیازهای کاذب زیبایی در جامعه اشاره کرد که منجر به تمرکز دندانپزشکان در کلان‌شهرها به دلیل درآمد بالاتر شده است. وی تأکید کرد که «حل توزیع نامناسب نیرو فقط با مشوق مالی ممکن نیست» و بر ضرورت سیستم انگیزشی جامع‌تر اشاره کرد.



شکل ۳. سلسله‌مراتب چهارسطحی نیروی کار سلامت دهان

با توجه به این گفتگوها، الگوی پیشنهادی رویکردی ترکیبی و مرحله‌ای را اتخاذ می‌کند که هر دو دیدگاه را یکپارچه می‌سازد و در عین حال پاسخگوی نگرانی‌های مطرح‌شده است. در پایین‌ترین سطح این ساختار، «بهورزان» به عنوان اولین حلقه تماس با جامعه، با آموزش کوتاه‌مدت و استاندارد شده، مسئول غربالگری اولیه، آموزش بهداشت دهان به خانواده‌ها و ارجاع موارد مشکوک به سطوح بالاتر تعریف می‌شوند. این رویکرد از ظرفیت موجود شبکه بهداشتی بهره می‌برد و هزینه اضافی قابل توجهی ندارد، در حالی که به پوشش جغرافیایی وسیع کمک می‌کند. در سطح دوم، «بهداشتکاران دهان» که شرکت‌کنندگان نقش محوری آن‌ها را مورد تأکید قرار دادند، با آموزش تخصصی دو ساله و با تعریف دقیق حدود وظایف، مسئولیت ارائه خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه شامل فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، جرم‌گیری و آموزش بهداشت را برعهده دارند. این مؤلفه به نگرانی مطرح‌شده درباره آموزش نادرست پاسخ می‌دهد، زیرا آموزش این نیروها در برنامه‌های مستقل و با تأکید صریح بر نقش پیشگیری طراحی می‌شود، نه در کنار دندانپزشکان که ممکن است انتظارهای کاری نادرست ایجاد کند. استقرار این نیروها در شبکه بهداشتی و خانه‌های بهداشت امکان دسترسی آسان‌تر جامعه به خدمات پیشگیرانه را فراهم می‌آورد و به کاهش بار درمانی سطوح بالاتر کمک می‌کند. «دندانپزشکان» در سطح سوم به عنوان سرپرست تیم و ارائه‌دهنده خدمات درمانی عمومی عمل می‌کنند و مسئولیت مدیریت موارد پیچیده‌تر و هماهنگی بین اعضای تیم را برعهده دارند. استقرار این نیروها در مراکز شهری و روستایی با تمرکز بر مناطق کم‌برخوردار، از طریق سیستم انگیزشی جامع که در ادامه توضیح داده می‌شود، به بهبود توزیع جغرافیایی کمک می‌کند. در بالاترین سطح، «متخصصان» در سطوح ثانویه و ثالثیه خدمات تخصصی و درمان‌های پیچیده را ارائه می‌دهند و به عنوان مرجع علمی برای سطوح پایین‌تر عمل می‌کنند. برنامه‌ریزی نیروی انسانی در این ساختار بر اساس استانداردهای سازمان جهانی بهداشت و با لحاظ بار بیماری هر منطقه انجام می‌شود. سیستم انگیزشی جامع در پاسخ به دیدگاه شرکت‌کنندگان مبنی بر ناکافی بودن مشوق‌های مالی صرف، شامل مشوق‌های مالی، امتیاز ارتقاء شغلی و فرصت‌های توسعه حرفه‌ای برای خدمت در مناطق محروم طراحی شده است. این رویکرد چندبعدی با شواهد تجربی از کشورهایی که در جذب و نگهداری نیروی انسانی در مناطق محروم موفق بوده‌اند، همخوانی دارد و به تحقق هدف توزیع عادلانه نیروی کار کمک می‌کند.

ج) ارائه خدمات

الگوی ارائه خدمات در پاسخ به مضمون «خدمات پیشگیری محور» و بر پایه اصل یکپارچگی، ادغام کامل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را محقق می‌سازد. این الگو بر تأکید بر راهبردهای پیشگیرانه و جمعیت‌نگر استوار است. یکی از محورهای اصلی اجماع در کارگاه‌ها، اولویت راهبردی پیشگیری بر درمان بود. شرکت‌کنندگان بر ضرورت آغاز مراقبت و پیشگیری از بدو تولد و ادغام جدی آن در شبکه بهداشت کشور تأکید داشتند. یکی از کارشناسان سیاست عمومی استدلال کرد که سیاستگذاری سلامت

دهان باید از رویکرد درمان محور فاصله گرفته و به سمت برنامه‌های پیشگیرانه و جمعیت‌نگر حرکت کند. همچنین بر اهمیت آموزش به عنوان نقطه مؤثر در بهبود سلامت دهان جامعه تأکید شد. متخصصی دیگر با اشاره به تفاوت‌های ساختاری نظام‌های سلامت استدلال کرد که کشورهایی با نظام مبتنی بر مراقبت‌های اولیه و شبکه بهداشتی همچون ایران، در مقایسه با کشورهای که بر بیمه‌های اجتماعی و بخش خصوصی متکی هستند، ظرفیت‌ها و محدودیت‌های متفاوتی دارند که باید در برنامه‌ریزی لحاظ شود. هدف کمی که به اجماع شرکت‌کنندگان رسید و در قانون برنامه هفتم توسعه کشور مصوب گردید، دستیابی به شاخص DMFT برابر با ۱٫۴ است که نشان‌دهنده تعهد سیاستی به کاهش بار بیماری است. برای تحقق این هدف، الگوی پیشنهادی بر اجرایی‌سازی واقعی ساختار شبکه بهداشتی موجود متمرکز است. اگرچه ساختار چهارسطحی ارائه خدمات سلامت دهان (از خانه بهداشت تا بیمارستان‌های آموزشی) در اسناد بالادستی تعریف شده، تحلیل ریشه‌ای نشان می‌دهد که عدم اجرای آن ناشی از طراحی ناقص فرایند تحقق است. بنابراین، الگوی پیشنهادی با بازطراحی این ساختار بر سه عنصر کلیدی تأکید دارد: نخست، استقرار واقعی خدمات سلامت دهان در خانه‌های بهداشت و مراکز سطح اول از طریق تخصیص نیروی میانی آموزش‌دیده؛ دوم، ایجاد سیستم ارجاع الکترونیک کارآمد با زمان انتظار حداکثر ۳۰ روز؛ و سوم، استقرار کلینیک‌های سیار برای پوشش مناطق دورافتاده. برنامه‌های جمعیت‌نگر اولویت‌دار بر اساس تأکیدات ذی‌نفعان بر اهمیت پیشگیری در گروه‌های سنی خاص پیشنهاد شده‌اند: «برنامه ملی فلورایدتراپی در مدارس» با هدف پوشش ۸۰ درصد دانش‌آموزان ۶ تا ۱۲ سال که در معرض بیشترین خطر پوسیدگی دندان هستند؛ «برنامه مراقبت دوران بارداری» شامل سه ویزیت رایگان؛ و «برنامه سلامت دهان سالمندان» با تأمین پروتکل‌های یارانه‌ای. این برنامه‌های سه‌گانه، با پوشش گروه‌های سنی آسیب‌پذیر از دوران بارداری تا سالمندی، رویکرد پیشگیری در طول عمر را عملیاتی می‌سازند.

د) تأمین مالی

مدل تأمین مالی پیشنهادی در پاسخ به مضامین «تأمین مالی عادلانه» و «پایداری سیستمی» بر ایجاد توازن بین پایداری مالی و عدالت در دسترسی متمرکز است. این مدل با بهره‌گیری از شواهد تجربی نظام‌های سلامتی که در کاهش پرداخت‌های مستقیم و افزایش حفاظت مالی موفق بوده‌اند، به نیاز شناسایی شده برای کاهش بار مالی پرداخت‌های از جیب (که در ایران بین ۷۰ تا ۸۰ درصد هزینه‌های سلامت دهان را تشکیل می‌دهد) و ایجاد حفاظت مالی برای گروه‌های آسیب‌پذیر پاسخ می‌دهد. یکی از نکات محوری که در کارگاه‌ها مورد تأکید قرار گرفت، رابطه تنگاتنگ میان ساختار تأمین مالی و پایداری نیروی انسانی بود. متخصصی با اشاره به این واقعیت که اقتصاد سلامت نمی‌تواند نادیده گرفته شود، استدلال کرد که «منابع انسانی پایدار نیازمند ساختار مالی مناسب است». این دیدگاه با شواهد تجربی از نظام‌های سلامت موفق همخوانی دارد که نشان می‌دهد چگونه مکانیسم‌های پرداخت بر رفتار ارائه‌دهندگان خدمات تأثیر می‌گذارد. نکته دیگری که مطرح شد، ضرورت اصلاح سیستم پرداخت در مراکز دولتی بود. شرکت‌کنندگان به این مشکل اشاره کردند که سیستم پرداخت مبتنی بر ترمیم یا کشیدن دندان ممکن است نیاز القایی ایجاد کند و از این رو باید اصلاح شود. این مشاهده با ادبیات گسترده‌ای درباره تأثیر سیستم‌های پرداخت به ازای خدمت بر افزایش خدمات غیرضروری همخوانی دارد. «بسته خدمات اساسی سلامت دهان» در پوشش بیمه پایه همگانی قرار می‌گیرد. این بسته شامل کلیه خدمات پیشگیرانه، معاینات دوره‌ای سالانه، ترمیم‌های پایه و کشیدن دندان است. مدل پرداخت ترکیبی پیشنهادی بر اساس ادبیات بین‌المللی و در پاسخ به نگرانی‌های مطرح‌شده درباره نیاز القایی، شامل سه مؤلفه است: پرداخت سرانه برای خدمات پیشگیرانه به منظور ایجاد انگیزه برای حفظ سلامت جمعیت؛ پرداخت مبتنی بر عملکرد با لحاظ شاخص‌های کیفیت برای خدمات درمانی؛ و پرداخت مبتنی بر نتیجه برای کاهش شاخص‌های بار بیماری در سطح جمعیت که ترکیب این سه مؤلفه در بافتار ایران نوآورانه است. این رویکرد چندوجهی به جای تمرکز صرف بر حجم خدمات، انگیزه برای بهبود نتایج سلامت جمعیت ایجاد می‌کند. «صندوق ملی سلامت دهان» به منظور تضمین پایداری مالی سیستم و در پاسخ به نیاز شناسایی‌شده برای منابع پایدار، با ترکیب

متنوع از منابع تأمین می‌شود. تجربه کشورهای موفق در تأمین مالی سلامت دهان نشان می‌دهد که پایدارترین مدل‌ها از ترکیبی از بودجه عمومی به عنوان منبع اصلی، مشارکت‌های بیمه‌ای برای تقویت پوشش، و کمک‌های مالیاتی هدفمند برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر بهره می‌برند؛ به عنوان مثال، تایلدن با تکیه بر بودجه عمومی (۷۰ تا ۷۵ درصد) توانسته پرداخت‌های از جیب را به ۹ درصد کاهش دهد. ابزارهای حفاظت مالی در پاسخ به تأکید ذی‌نفعان بر ضرورت حمایت از گروه‌های کم‌درآمد، برای دهک‌های درآمدی پایین شامل معافیت کامل و برای گروه‌های آسیب‌پذیر خاص شامل یارانه‌های قابل توجه طراحی شده است. شواهد از کشورهایی همچون فرانسه و آلمان نشان می‌دهد که پوشش صددرصدی برای افراد زیر آستانه درآمدی مشخص، هم عادلانه و هم از نظر مالی پایدار است.

ه) محصولات پزشکی و فناوری

سامانه تأمین و توزیع محصولات پزشکی در پاسخ به مضمون «دسترسی به فناوری مناسب» و بر مبنای «فهرست ملی تجهیزات و مواد دندانپزشکی اساسی» بازطراحی می‌شود. این رویکرد با بهره‌گیری از تجارب موفق سامانه‌های تدارکات متمرکز که در کاهش هزینه و افزایش کیفیت مؤثر بوده‌اند، به نیاز شناسایی‌شده توسط ذی‌نفعان برای استانداردسازی و برخورداری یکسان پاسخ می‌دهد. یکی از چالش‌های مطرح‌شده در کارگاه‌ها، تفاوت قابل توجه در دسترسی به تجهیزات و مواد استاندارد میان مناطق مختلف کشور بود. شرکت‌کنندگان بر این نکته توافق داشتند که عدالت در ارائه خدمات، مستلزم یکسان‌سازی دسترسی به تجهیزات و فناوری‌های اساسی در تمامی مناطق است. این دیدگاه با اصول پایه نظام‌های سلامت عادلانه که بر کاهش نابرابری‌های سیستماتیک و قابل اجتناب تأکید دارند، همسو است. فهرست ملی بر اساس معیارهای اثربخشی بالینی، اثربخشی هزینه و الزام برای ارائه بسته خدمات پایه تهیه می‌شود و به‌صورت دوره‌ای بازنگری خواهد شد. «سازمان تدارکات پزشکی دندانپزشکی» به عنوان متولی تأمین متمرکز و استانداردسازی، اقلام فهرست را از طریق مناقصه ملی تأمین می‌کند که به کاهش هزینه‌ها و تضمین کیفیت یکنواخت منجر می‌شود. «سامانه اطلاعاتی لجستیک یکپارچه» با استفاده از فناوری‌های پایش هوشمند، برای پایش لحظه‌ای موجودی، پیش‌بینی نیاز و توزیع به موقع پیشنهاد می‌گردد. سرمایه‌گذاری راهبردی در دو حوزه انجام خواهد شد: «واحدهای دندانپزشکی سیار» برای مناطق روستایی و «سامانه دندانپزشکی از راه دور» برای مشاوره و پشتیبانی از مراکز دوردست. این راه‌حل‌های عملیاتی که شرکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند، موانع جغرافیایی را برطرف می‌سازند. برای تضمین عدالت در برخورداری، تجهیزات اساسی در تمامی مراکز سطح دوم و بالاتر به‌صورت یکسان مستقر خواهد شد.

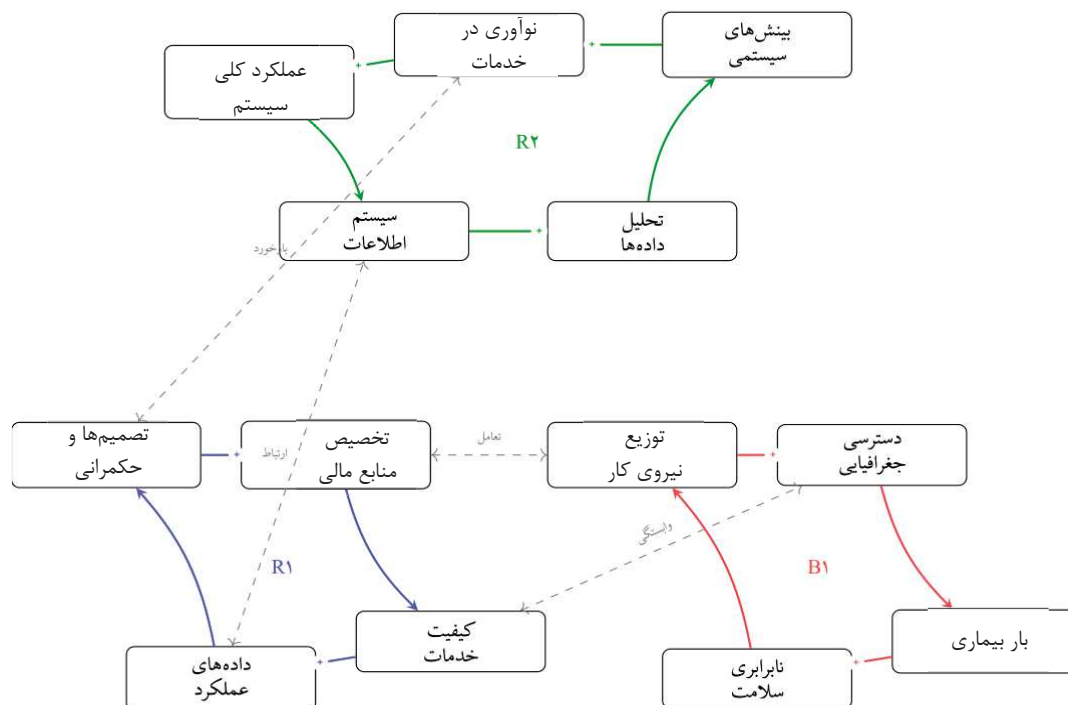
و) اطلاعات و شواهد سلامت

سامانه اطلاعاتی یکپارچه در پاسخ به مضمون «سیستم اطلاعات یکپارچه» و بر اساس اصل مبتنی بر شواهد بودن، به عنوان زیربنای نظام یادگیرنده طراحی می‌شود. این سامانه با الهام از سامانه‌های اطلاعاتی موفق که توانسته‌اند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را در نظام‌های سلامت نهادینه کنند، به نیاز شناسایی‌شده برای داده‌های قابل اعتماد و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد پاسخ می‌دهد. یکی از کمبودهای بنیادین که شرکت‌کنندگان بر آن تأکید کردند، فقدان شاخص‌های پایش معتبر و سامانه اطلاعاتی جامع برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت دهان بود. کارشناسان سیاست عمومی بر این نکته تأکید داشتند که بدون سامانه اطلاعاتی کارآمد و داده‌های قابل اعتماد، امکان ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها و اصلاح مسیر وجود ندارد. این دیدگاه با ادبیات گسترده‌ای درباره اهمیت سامانه‌های اطلاعاتی سلامت در ارتقای کیفیت خدمات و پاسخگویی همخوانی دارد. همچنین به نیاز برای شفافیت و رویه‌های پاسخگویی عمومی اشاره شد که مستلزم دسترسی به داده‌های عملکردی و امکان پایش مستمر است. «پرونده الکترونیک سلامت دهان» در کلیه سطوح خدمات‌دهی مستقر و با «سامانه ملی سلامت» تلفیق خواهد شد تا تداوم مراقبت تضمین گردد. «داشبورد ملی سلامت دهان» برای پایش مستمر شاخص‌های کلیدی عملکرد پیشنهاد می‌گردد. این داشبورد شامل شاخص‌های

DMFT در گروه‌های سنی مختلف، پوشش خدمات پیشگیرانه، شاخص‌های عدالت در دسترسی و شاخص‌های کیفیت خدمات خواهد بود که به نیاز شناسایی شده برای پاسخگویی و شفافیت پاسخگو است. «برنامه پیمایش ملی سلامت دهان» بر اساس پروتکل‌های استاندارد سازمان جهانی بهداشت هر پنج سال اجرا می‌شود و داده‌های حاصل مبنای بازنگری سیاست‌ها و تخصیص منابع قرار خواهد گرفت. «ثبت‌نامه ملی سرطان دهان» و «ثبت‌نامه نیروی کار سلامت دهان» برای پایش روندها و برنامه‌ریزی بلندمدت ایجاد خواهد شد. همچنین «واحد تحلیل سیاست و شواهد» در دفتر ملی، مسئول تولید گزارش‌های تحلیلی، ارزیابی اجرای برنامه‌ها و ارائه توصیه‌های مبتنی بر شواهد به تصمیم‌گیران خواهد بود که نقش محوری در تبدیل نظام سلامت دهان به یک سیستم یادگیرنده دارد.

روابط سیستمی و حلقه‌های بازخورد

تحلیل سیستمی چارچوب توسعه‌یافته که با بهره‌گیری از رویکرد پویایی‌شناسی سیستم‌ها انجام گرفته، شبکه‌ای پیچیده از روابط متقابل و حلقه‌های بازخورد را آشکار می‌سازد. این تحلیل نشان می‌دهد که مؤلفه‌های طراحی شده در بلوک‌های مختلف به صورت مجزا عمل نمی‌کنند، بلکه از طریق تعاملات پیچیده، رفتار کلی سیستم را شکل می‌دهند. درک این روابط برای طراحی سیاست‌های اثربخش و پیش‌بینی اثرات غیرمنتظره ضروری است. همان‌طور که در شکل چهار نمایش داده شده، سه حلقه بازخورد حیاتی شناسایی شده است که فرآیندهای کلیدی عملکرد سیستم را توصیف می‌کنند. حلقه بازخورد تقویت‌کننده اول (R1) حلقه بهبود مستمر) نشان می‌دهد که چگونه تصمیم‌های سیاستی مبتنی بر شواهد در دفتر ملی سلامت دهان منجر به تخصیص بهینه منابع مالی از صندوق ملی می‌شود. تخصیص هدفمند منابع، کیفیت ارائه خدمات را از طریق تجهیز بهتر مراکز و آموزش نیروی انسانی ارتقا می‌دهد. خدمات باکیفیت‌تر به نوبه خود از طریق سامانه اطلاعات یکپارچه و پرونده الکترونیک، داده‌های عملکردی دقیق‌تری تولید می‌کند که در داشبورد ملی قابل مشاهده است. این داده‌ها مبنای تصمیم‌های حکمرانی آینده قرار گرفته و چرخه را تکمیل می‌نماید. قدرت این حلقه در ایجاد پاسخگویی سیستماتیک و اصلاح مداوم سیاست‌ها بر اساس نتایج واقعی نهفته است.

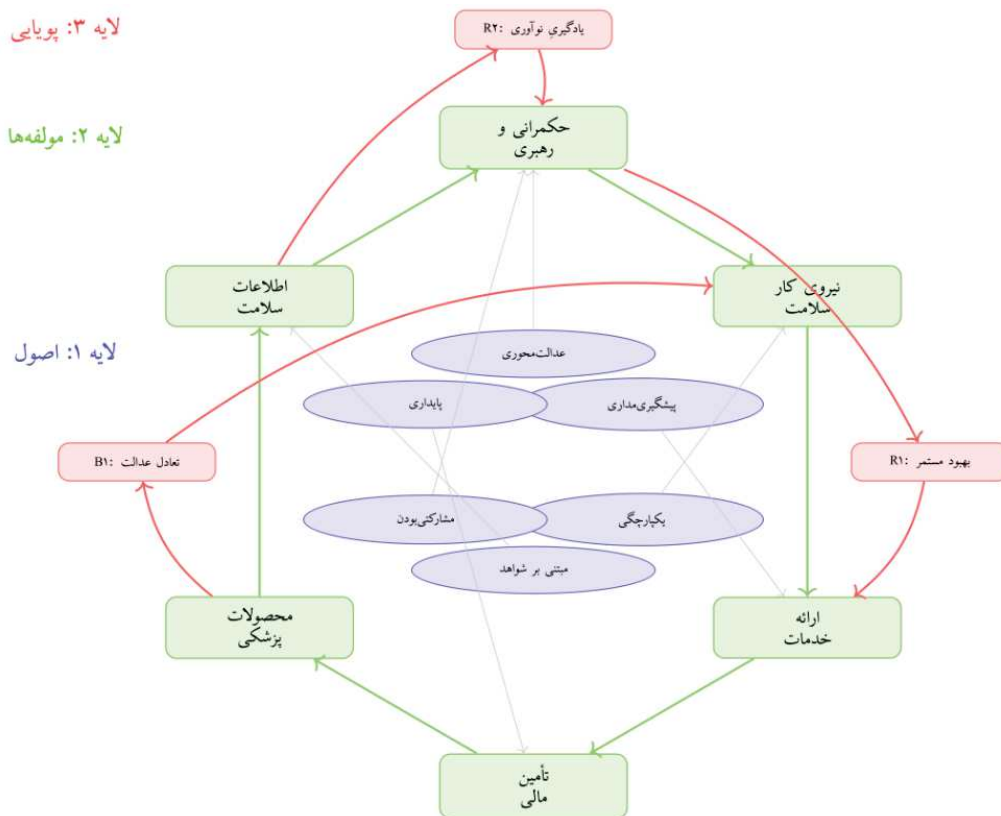


شکل ۴. سلسله‌مراتب چهارسطحی نیروی کار سلامت دهان

حلقه بازخورد متعادل کننده (B1 حلقه تعادل عدالت) رابطه میان توزیع نیروی کار و عدالت در دسترسی را توصیف می کند. استقرار تیم های چندسطحی شامل دندانپزشکان و بهداشت کاران دهان در مناطق محروم، دسترسی جغرافیایی به خدمات را بهبود می بخشد. افزایش دسترسی و ارائه خدمات پیشگیرانه منجر به کاهش تدریجی بار جمعیتی بیماری در این مناطق می شود که خود به کاهش نابرابری های سلامت منتهی می گردد. کاهش بار بیماری با گذر زمان، نیاز به نیروی تخصصی برای مداخله ها درمانی را کاهش داده و امکان بازتوزیع کارآمدتر منابع انسانی را فراهم می کند. این حلقه نشان می دهد که چگونه سرمایه گذاری اولیه در نیروی کار مناطق محروم به تدریج به تعادل در توزیع منابع و کاهش نیاز می انجامد. حلقه تقویت کننده دوم (R2 حلقه یادگیری و نوآوری) فرآیند یادگیری نظام مند را نشان می دهد که اساس تبدیل نظام به یک سیستم یادگیرنده است. سامانه اطلاعات یکپارچه از طریق پرونده الکترونیک و پیمایش های ملی، داده های جامع از عملکرد تمامی بلوک ها جمع آوری می کند. واحد تحلیل سیاست و شواهد در دفتر ملی، این داده ها را تحلیل کرده و منجر به استخراج بینش های جامع درباره الگوهای بیماری، نقاط ضعف سیستم و فرصت های بهبود می شود. این بینش ها نوآوری در روش های ارائه خدمات، بهینه سازی فرآیندها و تطبیق سیاست ها را تحریک می کند. نوآوری های حاصل به نوبه خود عملکرد کلی سیستم را ارتقا می دهند که داده های بهتر و دقیق تری تولید می کنند و چرخه را تقویت می نمایند. تحلیل وابستگی های متقابل که با خطوط نقطه چین در نمودار نشان داده شده، تأکید می کند که هیچ بلوکی به صورت مجزا عمل نمی کند. حکمرانی قوی بدون منابع مالی کافی ناکارآمد است؛ نیروی کار ماهر بدون تجهیزات مناسب محدود می شود؛ و سامانه اطلاعات بدون فرآیندهای استاندارد ارائه خدمات، داده های غیرقابل اعتماد تولید می کند. این وابستگی های چندقابله که از تحلیل سیستمی استخراج شده اند، نشان می دهند که تقویت پایدار نظام سلامت دهان نیازمند رویکرد همه جانبه است که به طور همزمان به تمامی ابعاد توجه نماید. مداخله ها تک بعدی، حتی اگر در کوتاه مدت موفق به نظر برسند، بدون حمایت سایر بخش ها پایدار نخواهند بود، زیرا از اثر تقویتی متقابل، محروم می مانند.

معماری نهایی و سه لایه چارچوب یکپارچه

این بخش به ارائه تصویر کلی از چارچوب یکپارچه، تحلیل نوآوری ها و تمایز آن نسبت به رویکردهای موجود و تشریح مسیرهای عملیاتی سازی می پردازد. هدف این بخش، فراتر رفتن از توصیف جزئیات مؤلفه ها و ارائه دیدگاهی کلان از چارچوب به عنوان یک معماری منسجم است که قابلیت تحول نظام مند سلامت دهان ایران را دارد. چارچوب نهایی نظام آرمانی سلامت دهان ایران دارای معماری سه لایه است که در شکل پنج نمایش داده شده است.



شکل ۵. معماری سه لایه چارچوب یکپارچه نظام آرمانی سلامت دهان ایران

لایه بنیادین، شش اصل طراحی (عدالت محوری، پیشگیری مداخلی، یکپارچگی، مبتنی بر شواهد بودن، مشارکتی بودن و پایداری) را در بر می گیرد که ارزش های راهنمای همه تصمیم ها هستند. لایه میانی، شش سنگ بنای سازنده سیستم سلامت را با مؤلفه های عملیاتی تفصیلی شامل می شود که ساختار اصلی نظام سلامت دهان را تشکیل می دهند. لایه بیرونی، حلقه های بازخورد و روابط سیستمی را نشان می دهد که پویایی و قابلیت یادگیری سیستم را تضمین می کنند. این معماری سه لایه به گونه ای طراحی شده که هر لایه، لایه های دیگر را تقویت کرده و هم افزایی ایجاد می کند: اصول، جهت را مشخص می کنند؛ مؤلفه ها، ساختار را فراهم می آورند؛ و روابط سیستمی، انسجام و پویایی را تضمین می نمایند.

بحث

این مطالعه با هدف توسعه چارچوب نظام آرمانی سلامت دهان ایران از طریق رویکرد طراحی آرمانی و یکپارچه سازی با چارچوب بین المللی انجام گرفت. فرآیند دوماهه ای شامل کارگاه های مشارکتی با ذی نفعان کلیدی و سپس ترجمه یافته های کیفی به مؤلفه های عملیاتی در قالب شش مقوله سازنده نظام سلامت بود. دستاورد اصلی، چارچوب جامع شش بعدی است که بر سه لایه استوار است: اصول راهبردی، مؤلفه های عملیاتی و روابط سیستمی. نوآوری کلیدی این چارچوب در تلفیق دیدگاه های بومی با استانداردهای بین المللی، توجه صریح به پویایی های نظام مند، و طراحی مسیر انتقال مرحله ای نهفته است. این بخش به تحلیل و تفسیر یافته های تحقیق، همخوانی آن ها با ادبیات بین المللی، مشارکت های روش شناختی و مفهومی چارچوب، پیامدهای سیاستی، محدودیت ها و جهت های آینده می پردازد.

مشارکت‌ها و نوآوری‌های روش‌شناختی

این مطالعه در دو سطح روش‌شناختی و جوهری به ادبیات مشارکت دارد. از منظر روش‌شناختی، نمونه‌ای از کاربرد موفق روش طراحی آرمانی اکاف در حوزه سیاستگذاری سلامت ارائه می‌دهد. اکاف در معرفی این روش تأکید می‌کند که طراحی آرمانی به سازمان‌ها اجازه می‌دهد تا از قید محدودیت‌های موجود رها شوند و آینده‌ای مطلوب را تصور کنند. این مطالعه با گسترش این رویکرد به حوزه سیاستگذاری نظام سلامت، نشان می‌دهد که چگونه می‌توان ذی‌نفعان را از تله «تفکر در چارچوب محدودیت‌های موجود» رهانید و تصویری جسورانه از آینده مطلوب ایجاد کرد. توجه صریح به پویایی‌های نظام‌مند و حلقه‌های بازخورد که در این چارچوب گنجانده شده، با رویکرد تفکر سیستمی همراستاست. استرمن (۲۰۰۶) بر این نکته تأکید دارد که تفکر سیستمی و مدل‌سازی شبیه‌سازی می‌تواند مرزهای مدل‌های ذهنی ما را گسترش دهد و توانایی ما را در تولید و یادگیری از شواهد ارتقا بخشد. فرآیند دومرحله‌ای ترجمه دیدگاه‌های کیفی به مؤلفه‌های عملیاتی از طریق نگاشت به چارچوب بین‌المللی، الگویی روش‌مند برای محققان سایر کشورهای درحال توسعه فراهم می‌سازد که می‌خواهند بین دانش بومی و استانداردهای جهانی پل بزنند. این تلفیق رویکرد مشارکتی با ساختار استاندارد بین‌المللی، امکان بهره‌گیری همزمان از دانش بومی و قابلیت مقایسه بین‌المللی را ممکن می‌کند. از منظر جوهری، این چارچوب به ادبیات محدود سیاستگذاری سلامت دهان در بافتار ایران و منطقه خاورمیانه می‌افزاید. بررسی مطالعات منتشرشده نشان می‌دهد که اگرچه چارچوب‌های عمومی برای نظام‌های سلامت در سطح بین‌المللی توسعه یافته‌اند، مطالعات سیستماتیک که به‌طور خاص به سلامت دهان در کشورهای خاورمیانه با رویکرد طراحی آرمانی و مشارکتی بپردازند، نادر است. این مطالعه با ارائه چارچوبی مبتنی بر سه رکن شواهد بومی، مشارکت گسترده ذی‌نفعان ایرانی، و تلفیق با استانداردهای بین‌المللی به این حوزه پژوهشی کمک می‌کند. تأکید بر یکپارچگی کامل سلامت دهان با مراقبت‌های اولیه نه به‌عنوان یک ایده کلی، بلکه با طراحی تفصیلی شیوه‌های عملیاتی آن، الگویی عملی ارائه می‌دهد. همچنین، شناسایی صریح حلقه‌های بازخورد و نقاط اهرمی که از رویکرد پویایی‌شناسی سیستم‌ها الهام گرفته، فراتر از توصیف ساختاری صرف است و امکان پیش‌بینی اثرات غیرمستقیم مداخله‌ها را فراهم می‌سازد.

پیامدهای سیاستی و ملاحظات اجرایی

چارچوب پیشنهادی پیامدهای سیاستی چندلایه‌ای دارد که نیازمند اجرای مرحله‌ای و راهبردی است. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده، نقشه راه سه‌مرحله‌ای بر اصل «بنیان ابتدا، سپس توسعه، و در نهایت گسترش» استوار است. مرحله اول با تمرکز بر ایجاد زیرساخت‌های حکمرانی و اطلاعاتی، بنیاد تحولات آتی را می‌ریزد. بدون تأسیس دفتر ملی با اختیار کافی و سامانه اطلاعات یکپارچه، برنامه‌ها و سیاست‌های بعدی فاقد هماهنگی و پایش لازم خواهند بود. همزمان با این اقدامات ساختاری، آموزش نیروهای کار موجود (بهورزها) برای غربالگری و آموزش بهداشت دهان آغاز می‌شود که از ظرفیت موجود شبکه بهداشتی بهره می‌برد و هزینه اضافی قابل توجهی ندارد. مرحله دوم با تربیت بهداشت‌کاران تخصصی دهان و راه‌اندازی برنامه‌های آزمایشی، یادگیری عملی و تطبیق مداوم را ممکن می‌سازد. مرحله سوم با گسترش فراگیر و نهادینه‌سازی، به تحول پایدار منجر می‌شود.

مرحله	بازه زمانی	اولویت‌های کلیدی	شاخص‌های موفقیت
اول: تأسیس	سال‌های ۱-۲	تأسیس دفتر ملی سلامت دهان استقرار سیستم اطلاعات یکپارچه	دفتر عملیاتی با بودجه مستقل پوشش ۵۰٪ مراکز سطح اول
		آموزش بهورزان برای غربالگری تدوین سند ملی سلامت دهان	آموزش ۲۰۰۰ بهورز سند مصوب با اهداف کمی
دوم: توسعه	سال‌های ۳-۵	آموزش بهداشت کاران دهان راه‌اندازی برنامه‌های آزمایشی	فارغ‌التحصیل ۵۰۰ نفر ۳ استان پایلوت عملیاتی
		گنجاندن بسته اساسی در بیمه	پوشش ۱۰۰٪ بیمه‌شدگان
سوم: گسترش	سال‌های ۶-۱۰	تعمیم تیم‌های چندسطحی اجرای کامل مدل تأمین مالی	پوشش همه شهرستان‌ها پیاده‌سازی پرداخت ترکیبی
		نهادینه‌سازی یادگیری سیستمی	کاهش ۳۰٪ DMFT کودکان ۱۲ ساله

جدول ۴. نقشه‌راه پیشنهادی برای پیاده‌سازی چارچوب آرمانی

عوامل حیاتی موفقیت اجرا عبارتند از: نخست، تعهد سیاسی بلندمدت در سطح عالی کشور؛ دوم، هماهنگی مؤثر بین وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و سایر ذی‌نفعان از طریق شورای ملی؛ سوم، پذیرش و مالکیت ذی‌نفعان از طریق مشارکت مستمر در طراحی و اجرا؛ و چهارم، اجرای تطبیقی که امکان یادگیری از تجربه و اصلاح مداوم را تسهیل می‌کند. تخصیص منابع مالی کافی و توسعه ظرفیت نهادی برای مدیریت تحول نیز ضروری است. موانع احتمالی اجرا شامل محدودیت‌های مالی، مقاومت نهادهای موجود در برابر تغییر ساختار، چالش‌های نظارتی و کمبود زیرساخت در مناطق محروم است. استراتژی‌های رسیدگی به این موانع عبارتند از: تأمین مالی مرحله‌ای با اولویت‌بندی مداخله‌ها براساس اثربخشی هزینه، مدیریت تغییر از طریق ایجاد انگیزه‌های صحیح برای ذی‌نفعان، استقرار سامانه نظارت مبتنی بر فناوری برای کاهش بار اداری و سرمایه‌گذاری هدفمند در زیرساخت مناطق محروم.

محدودیت‌ها و تفسیر نتایج

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبروست که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شود. نخست، شرکت‌کنندگان کارگاه‌ها اگرچه طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان را در بر می‌گرفتند، اما نمایندگی کامل همه بخش‌ها و مناطق جغرافیایی را تضمین نمی‌کنند؛ به‌ویژه نمایندگان بیماران و جامعه مدنی در این کارگاه‌ها حضور نداشتند. دوم، چارچوب پیشنهادی هنوز در عمل آزمون نشده و اثربخشی واقعی آن در شرایط اجرایی مشخص نیست. سوم، مؤلفه‌های عملیاتی اگرچه بر اساس تجارب بین‌المللی طراحی شده‌اند، اما برای بافتار خاص ایران اعتبارسنجی تفصیلی نشده‌اند. برای کاهش این محدودیت‌ها، از تحلیل مستقل توسط دو پژوهشگر، تنوع عمدی در انتخاب شرکت‌کنندگان، و مقایسه مستمر با ادبیات بین‌المللی استفاده شد. علی‌رغم این محدودیت‌ها، نقاط قوت قابل توجهی وجود دارد: رویکرد روش‌مند و شفاف، مشارکت گسترده ذی‌نفعان، استفاده از چارچوب معتبر بین‌المللی، و توجه همزمان به ایده‌آل و عمل. این نقاط قوت اطمینان معقولی از اعتبار و کاربردی‌پذیری چارچوب به دست می‌دهند.

جهت‌های آینده پژوهش و عمل

جهت‌های آینده در دو محور پژوهش و عمل قابل دنبال‌گیری است. در محور پژوهش، اعتبارسنجی چارچوب از طریق مطالعه دلفی با جامعه گسترده‌تری از خبرگان، مدل‌سازی پویایی‌شناسی سیستم‌ها برای شبیه‌سازی کمی اثرات بلندمدت مداخله‌ها، و مطالعه آزمایشی در استان‌های منتخب برای ارزیابی اثربخشی عملی مؤلفه‌ها ضروری است. در محور عمل، برنامه‌ریزی تفصیلی

اجرا با مشارکت ذی‌نفعان، توسعه برنامه‌های آموزشی برای نیروی کار جدید، و ایجاد رویه‌های نهادی برای هماهنگی و نظارت اولویت دارند. همچنین، فرصت‌های پژوهش تطبیقی با کشورهای دارای بافتار مشابه در منطقه می‌تواند به غنای دانش منطقه‌ای و بهبود چارچوب از طریق یادگیری متقابل منجر شود.

نتیجه‌گیری

نظام سلامت دهان ایران با چالش‌های چندوجهی روبروست: پراکندگی تصمیم‌گیری، توزیع نامتناسب نیروی انسانی، پرداخت‌های مستقیم بالا، و فقدان متولی مشخص با اختیار اجرایی کافی. این پژوهش با بهره‌گیری از رویکرد طراحی آرمانی و مشارکت گسترده ذی‌نفعان، چارچوبی یکپارچه برای تحول نظام سلامت دهان توسعه داد. فرآیند دومرحله‌ای شامل کارگاه‌های مشارکتی و سپس ترجمه یافته‌های کیفی به مؤلفه‌های عملیاتی در قالب شش سنگ بنای سازنده نظام سلامت بود. نتیجه، چارچوبی جامع است که دیدگاه‌های بومی را با استانداردهای بین‌المللی تلفیق می‌کند و مسیر مرحله‌ای برای تحقق آن را ترسیم می‌نماید. چارچوب پیشنهادی نشان می‌دهد که تحول بنیادین هم ضروری و هم ممکن است. عناصر کلیدی شامل استقرار حکمرانی یکپارچه با نهاد متولی مشخص، گسترش الگوی نیروی کار چندسطحی با آغاز از بهورزان موجود، اولویت خدمات پیشگیری‌محور و اصلاح مدل تأمین مالی برای کاهش بار پرداخت‌های مستقیم است. این چارچوب که بر اساس شواهد جهانی و دیدگاه‌های محلی شکل گرفته، قابلیت تطبیق با سایر کشورهای در حال توسعه در منطقه را نیز دارد. همچنین، نشان‌دهنده ارزش رویکردهای مشارکتی در سیاستگذاری سلامت است که امکان طراحی راه‌حل‌های متناسب با بافتار و مبتنی بر اجماع ذی‌نفعان را ممکن می‌سازد. تحقق این چشم‌انداز نیازمند تعهد سیاسی پایدار، هماهنگی بین‌بخشی مؤثر، و پیاده‌سازی مرحله‌ای است. گام‌های بعدی حیاتی عبارتند از: تأسیس دفتر ملی سلامت دهان، استقرار سامانه اطلاعات یکپارچه، و آموزش بهورزان برای غربالگری و آموزش بهداشت دهان. تحقق این چارچوب می‌تواند به دستیابی به هدف DMFT برابر ۱,۴ در کودکان ۱۲ ساله که در برنامه هفتم توسعه تعیین شده، منجر شود. این چارچوب، مسیر قابل اجرا برای دستیابی به سلامت دهان همگانی در ایران را ترسیم کرده است.

توصیه‌های سیاستی

یافته‌های این پژوهش مبنایی برای ارائه توصیه‌های سیاستی خاص و قابل اجرا فراهم می‌کند که می‌تواند تحول نظام سلامت دهان ایران را هدایت نماید. این توصیه‌ها بر اساس همگرایی میان دیدگاه‌های ذی‌نفعان محلی و شواهد بین‌المللی تدوین شده‌اند و با رویکرد مرحله‌بندی شده قابل پیاده‌سازی هستند. توصیه نخست: استقرار ساختار حکمرانی یکپارچه و پاسخگو. در افق کوتاه‌مدت، تأسیس دفتر ملی سلامت دهان در سطح معاونت وزارت بهداشت با اختیار صریح برای سیاستگذاری، هماهنگی بین‌بخشی و پاسخگویی ضروری است. این نهاد باید از بودجه مستقل برخوردار بوده و قادر به الزام سازمان‌های بیمه‌گر، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر ذی‌نفعان برای اجرای سیاست‌های ملی باشد. در کنار آن، شورای ملی سلامت دهان با ترکیب متوازی از نمایندگان دولتی، آکادمیک، حرفه‌ای و جامعه مدنی تشکیل شود تا مشروعیت اجتماعی و اجماع سیاستی تأمین گردد. همزمان، سند جامع سیاست ملی سلامت دهان با اهداف کمی پنج‌ساله، از جمله دستیابی به DMFT برابر ۱,۴ در کودکان ۱۲ ساله مصوب در برنامه هفتم توسعه، تدوین و به تصویب برسد. استقرار سامانه اطلاعات یکپارچه برای پایش مستمر شاخص‌های عملکرد و تضمین شفافیت و پاسخگویی عمومی نیز باید در این مرحله آغاز شود. توصیه دوم: اصلاح مدل تأمین مالی و گسترش پوشش همگانی. بسته خدمات اساسی سلامت دهان شامل غربالگری دوره‌ای، خدمات پیشگیری برای کودکان، مراقبت‌های ترمیمی پایه و درمان اورژانسی باید در چارچوب پوشش بیمه پایه همگانی قرار گیرد. برای تحقق این هدف، مدل پرداخت ترکیبی پیشنهادی باید جایگزین سیستم فعلی پرداخت مبتنی بر ترمیم یا کشیدن شود. این مدل شامل سه مؤلفه است: پرداخت سرانه برای خدمات پیشگیری که انگیزه حفظ سلامت جمعیت را ایجاد می‌کند، پرداخت مبتنی بر عملکرد برای خدمات درمانی با لحاظ شاخص‌های

کیفیت، و پرداخت مبتنی بر نتیجه برای کاهش شاخص‌های بار بیماری در سطح جمعیت. این رویکرد نگرانی‌های مطرح‌شده درباره نیاز القایی را برطرف می‌سازد. تأمین مالی این بسته از طریق صندوق ملی سلامت دهان با ترکیب متنوع از بودجه عمومی، مشارکت‌های بیمه‌ای و کمک‌های مالیاتی هدفمند صورت خواهد گرفت. ابزارهای حفاظت مالی برای دهک‌های درآمدی پایین و گروه‌های آسیب‌پذیر شامل معافیت کامل یا یارانه‌های قابل توجه باید در طراحی این مدل گنجانده شود تا حذف تدریجی پرداخت‌های مستقیم بالا و دستیابی به عدالت در دسترسی تضمین گردد. توصیه سوم: توسعه الگوی نیروی کار چندسطحی و یکپارچگی با مراقبت‌های اولیه. در مرحله اول، آموزش نیروی کار موجود (بهورزها) برای انجام غربالگری و آموزش بهداشت دهان آغاز شود که از ظرفیت موجود شبکه بهداشتی بهره برده و هزینه اضافی قابل توجهی ندارد. همزمان، برنامه‌های آموزشی دوساله برای تربیت بهداشت کاران دهان با تعریف دقیق حدود وظایف و تأکید بر نقش پیشگیری طراحی شود تا نگرانی‌های مطرح‌شده درباره آموزش نادرست برطرف گردد. استقرار تیم‌های چندسطحی در مراکز بهداشتی-درمانی از طریق اجرای آزمایشی در سه استان منتخب آغاز و پس از ارزیابی دقیق نتایج بر مبنای معیارهای دسترسی، کیفیت و پیامدهای سلامت، به سطح ملی گسترش یابد. نظام انگیزشی جامع شامل مشوق‌های مالی، امتیاز ارتقاء شغلی و فرصت‌های توسعه حرفه‌ای برای خدمت در مناطق محروم طراحی شود تا توزیع عادلانه نیروی انسانی تضمین گردد. این رویکرد مرحله‌ای امکان یادگیری از تجربه، تطبیق مداوم و گسترش پایدار را فراهم می‌کند.

تعارض منافع

متن حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع است.

References

1. Ackoff, R. L., Magidson, J., & Addison, H. J. (2006). Idealized design: Creating an organization's future. Wharton School Publishing.
2. Afsahi, M., Haghdoust, A. A., Houshmand, B., Dehghani, M., & Amanpour, S. (2021). Dentist to population ratio and geographic distribution of dentists in Iran in 2019. *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology*, 10(2). <https://doi.org/10.22122/johoe.v10i2.1159>
3. Andersen, D. F., Vennix, J. A. M., Richardson, G. P., & Rouwette, E. A. J. A. (2007). Group model building: Problem structuring, policy simulation and decision support. *Journal of the Operational Research Society*, 58(5), 691–694.
4. Bagheri Lankarani, K., & Yazdi, I. (2019). Summary of the policies for oral health promotion in IR Iran. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*, 3(2), 224–225. <http://ijhp.ir/article-1-175-fa.html>
5. Bayat, F., Vehkalahti, M. M., Akbarzadeh, A., & Monajemi, F. (2021). Varying manpower alters dental health in a developing health care system. *International Dental Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.04.003>
6. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
7. Elamin, A., Garemo, M., & Mulder, A. (2021). Determinants of dental caries in children in the Middle East and North Africa region: A systematic review based on literature published from 2000 to 2019. *BMC Oral Health*, 21(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01482-7>
8. Forrester, J. W. (1994). System dynamics, systems thinking, and soft OR. *System Dynamics Review*, 10(2-3), 245–256.
9. Ghasemianpour, M., Bakhshandeh, S., Shirvani, A., Emadi, N., Samadzadeh, H., Moosavi Fatemi, N., & Ghasemian, A. (2019). Dental caries experience and socio-economic status among Iranian children: A multilevel analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 1569. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7693-1>
10. Hugo, F. N., Kassebaum, N. J., Marcenes, W., & Bernabé, E. (2021). Role of dentistry in global health: Challenges and research priorities. *Journal of Dental Research*, 100(7), 681–685. <https://doi.org/10.1177/0022034521992011>
11. Johansson, V., Söderfeldt, B., & Axtelius, B. (2008). Oral B's Nordic report on oral health: Caries prevalence among children, adolescents and adults, and periodontal conditions among adults in Denmark, Finland, Norway and Sweden. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:mau:diva-12812>
12. Joudi, A., Sargeran, K., & Hessari, H. (2024). To appreciate the influence of contributed determinants on dental care utilization in the context of socio-economic inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02220-5>
13. Khoshnevisan, M. H., Ghasemianpour, M., Samadzadeh, H., & Baez, R. J. (2018). Oral health status and healthcare system in I.R. Iran. *Journal of Contemporary Medical Sciences*, 4(3). <http://www.jocms.org/index.php/jcms/article/view/460>
14. Kilo, C. M., & Endsley, S. (2000). As good as it could get: Remaking the medical practice. *Family Practice Management*, 7(5), 48–52.
15. Listl, S., Quiñonez, C., & Vujicic, M. (2021). Including oral diseases and conditions in universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(6), 407. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.285530>
16. Mohammadpour, M., Bastani, P., Brennan, D., Ghanbarzadegan, A., & Bahmaei, J. (2020). Oral health policymaking challenges in Iran: A qualitative approach. *BMC Oral Health*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01148-w>
17. Najafi, F., & others. (2021). Inequality in dental care expenditure in Iranian households: Analysis of income quintiles and educational levels. *BMC Oral Health*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01912-6>

18. Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
19. Pakshir, H. R. (2003). Dental education and dentistry system in Iran. *Medical Principles and Practice*, 12(Suppl. 1), 56–60. <https://doi.org/10.1159/000069844>
20. Pakshir, H. R. (2004). Oral health in Iran. *International Dental Journal*, 54, 367–372. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2004.tb00013.x>
21. Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., & Ogawa, H. (2005). Oral health information systems—Towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 686–693.
22. Petersen, P. E. (2014). Strengthening of oral health systems: Oral health through primary health care. *Medical Principles and Practice*, 23(Suppl. 1), 3–9. <https://doi.org/10.1159/000356937>
23. Pourdehnad, J. (2023). Interactive planning. *Journal of Systems Thinking*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.54120/jost.0000012>
24. Razmi, H., & Mehdipour, M. (2019). A survey on the status of dental education in Iran and its related factors during the years 1357-1397. *Journal of Medicine and Cultivation*, 27(4), 244–250.
25. Shoaee, S., Saeedi Moghaddam, S., Masinaei, M., Sofi-Mahmudi, A., Hessari, H., Heydari, M.-H., Shamsoddin, E., Parsaiean, M., Ghasemian, A., Larijani, B., Fakhrzadeh, H., & Farzadfar, F. (2022). Trends in dental caries of deciduous teeth in Iran: A systematic analysis of the national and sub-national data from 1990 to 2017. *BMC Oral Health*, 22(1), 634. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02634-z>
26. Sterman, J. D. (2000). *Business dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world*. McGraw-Hill.
27. Sterman, J. D. (2006). Learning from evidence in a complex world. *American Journal of Public Health*, 96(3), 505–514. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.066043>
28. Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guamizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Peres, M. A., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), 261–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
29. Woldemichael, A., Rezaei, S., Kazemi Karyani, A., Ebrahimi, M., Soltani, S., & Aghaei, A. (2021). The impact of out-of-pocket payments of households for dental healthcare services on catastrophic healthcare expenditure in Iran. *BMC Public Health*, 21(1), 1474. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11209-6>
30. World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>
31. World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.
32. Yahyavidizaj, J., Arab, M., Emamgholipour, S., & Na'emi, F. (2020). Distribution of dentists in public sector and household payments for dental services in Iran. *Payeshj*, 19(4), 373–381. <https://doi.org/10.29252/payesh.19.4.373>
33. Zandi-Ghashghai, N., Sabokseir, A., & Golkari, A. (2020). The change in DMFT of six-grade primary school children in Shiraz two years after implementation of the national oral health reform plan. *Journal of Dentistry (Shiraz, Iran)*, 21(3), 234–238. <https://doi.org/10.30476/DENTJODS.2020.82850.1033>