

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

رابطه بیمه های درمانی با استفاده از خدمات دندانپزشکی در بالغین
دارای تلفن ثابت در ایران در سال ۱۳۹۲

مجری طرح

فریبرز بیات

علیرضا اکبرزاده باغبان

موسسه ملی تحقیقات سلامت

گزارش خلاصه طرح

از بین عوامل بازدارنده برای دریافت خدمات دندانپزشکی مانند فقر، جهل و فقدان منابع مالی: بالا بودن هزینه و عدم توان مالی برای پرداخت آن از جمله عوامل مهم به شمار می آید. در اغلب کشورهای توسعه یافته بیمه‌نقش مهمی در قابل تحمل نمودن هزینه ها برای عموم مردم و دسترسی آسان به خدمات ایفا می کند. دو نوع سیستم بیمه ای در ایران خدمات سلامت را پوشش می دهند: بیمه پایه (ملی) و بیمه های بازرگانی. تقریباً ۸۳٪ جمعیت کشور تحت پوشش بیمه پایه سلامت و ۱۲٪ دارای بیمه های بازرگانی (تکمیلی) هستند. مطالعه حاضر رابطه بیمه سلامت را در تقاضا و بهره مندی از خدمات دندانپزشکی مورد بررسی قرار می دهد.

این مطالعه یک بررسی مقطعی است که اطلاعات آن با استفاده از مصاحبه تلفنی و پر کردن پرسشنامه های حاوی سوالات باز و بسته جمع آوری شده است. جمعیت هدف شامل ۶۰۲۹ نفر از بالغین (افراد بالای ۱۸ سال) شهری و روستائی کشور ایران هستند که به تلفن ثابت دسترسی دارند. این تعداد با لحاظ نمودن تخصیص متناسب با حجم خانوارها در یک نمونه گیری طبقه ای از بین اعداد مشابه شماره تلفن هر شهرو یا روستا انتخاب شده و با افرادی که تلفن را برداشته و در گروه سنی مورد نظر هستند مصاحبه بعمل آمده است. با توجه به رتبه بندی استانهای کشور بر اساس میزان برخورداری از شاخص های سلامت (برخوردار، نیمه برخوردار و محروم) ابتدا استانهای کشور در ۶ گروه طبقه بندی شدند. سپس بصورت اتفاقی از هر گروه یک استان انتخاب گردید که به ترتیب برخورداری از شاخص های سلامت عبارتند از ۱- تهران، ۲- فارس، ۳- مازندران، ۴- ایلام، ۵- آذربایجان غربی، ۶- سیستان و بلوچستان.

متغیرهای پژوهش عبارتند از: وضعیت برخورداری از بیمه سلامت (بیمه داشتن یا نداشتن)، وضعیت دموگرافیک شامل سن و جنس. وضعیت اقتصادی-اجتماعی شامل سطح تحصیلات، و طبقه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تاهل، و محل سکونت (شهری - روستائی). متغیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی توجه به متغیرهای وضعیت مسکن، تحصیلات، داشتن وسیله نقلیه و برخی از وسایل منزل ساخته شده است. متغیرهای مرتبط با تقاضا و بهره مندی از خدمات شامل: زمان آخرین مراجعه به دندانپزشک، علت مراجعه، محل مراجعه، نوع خدمت دریافتی در آخرین مراجعه، و تعداد بار مراجعه به دندانپزشک طی یکسال گذشته می باشند.

از کل جمعیت مورد مطالعه (۶۰۲۹)، ۶۴٪ زن، ۶۵٪ زیر ۴۵ سال، ۳۸٪ با تحصیلات در حد متوسط و ۲۲٪ با تحصیلات عالی، بوده و ۲۱٪ از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در حد پایین قرار داشته اند. (۸۴۴ نفر) ۱۴٪ فاقد پوشش بیمه سلامت بوده اند. ۷۵٪ جمعیت مورد مطالعه متاهل و ۷۹٪ در شهر سکونت داشته اند. از نظر برخورداری از خدمات و شاخص های سلامت ۴۹٪ در مناطق برخوردار و به ترتیب ۴۰٪ و ۱۱٪ در مناطق نیمه برخوردار و محروم ساکن بوده اند.

عدم برخورداری از پوشش بیمه سلامت در مردان، گروه های سنی زیر ۲۹ سال، افراد بی سواد تا آنهاییکه دارای سواد متوسط هستند، افرادی که از نظر اقتصادی - اجتماعی در رده های پایین قرار دارند، مجردها و کسانی که از نظر برخورداری از خدمات سلامت در مناطق محروم ساکن هستند بیشتر از زنان، گروه های سنی بالای ۴۰ سال، افراد با تحصیلات عالی و افرادی که در رده های بالای اقتصادی اجتماعی قرار دارند، متاهلین و کسانی که از نظر برخورداری از خدمات سلامت در مناطق برخوردار ساکن هستند می باشد.

این مطالعه نشان داد برخورداری از بیمه سلامت رابطه مثبتی با تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی دارد. افراد بیمه ای، خصوصا افرادی که دارای بیمه پایه و تواما بیمه تکمیلی هستند تقاضای بیشتری برای دریافت خدمت داشته و نوع خدمت دریافتی نیز در آنها متفاوت با افراد غیر بیمه ای است. بار مراجعه به دندانپزشک در افراد بیمه ای بیشتر بوده و اغلب آنها خدماتی را که منجر به حفظ دندان (ترمیم - درمان ریشه) می گردد دریافت می کنند. سیستم بیمه ای درمان محور کشور سبب گردیده تا درصد بالائی از خدمات دندانپزشکی مربوط به زمانی باشد که بیمار به علت درد به دندانپزشک مراجعه می کند.

ویژگیهای فردی نیز در تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی موثر است: زنها، گروه های سنی جوان، افراد با تحصیلات بالا و کسانی که در طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا قرار دارند، متاهلین و ساکنین شهرها و مناطق برخوردار از خدمات سلامت نسبت به مردها، گروه های سنی بالا، افراد بیسواد و یا کم سواد، کسانی که در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین قرار دارند، کسانی که متار که کرده اند، ساکنین روستاها و مناطق محروم از خدمات سلامت، تقاضای بیشتری برای دریافت خدمات دندانپزشکی داشته و دریافت خدماتی که منجر به حفظ دندانها می شود در آنها بالاتر است. در این مطالعه بیمه سلامت خصوصا بیمه تکمیلی غالبا برای افرادی است که شاغل هستند، که احتمالا وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتری نیز نسبت به افراد بیکار دارند.

علی رغم اینکه بخش عمده ای از دندانپزشکان کشور در بخش خصوصی کار می کنند اما میزان مشارکت آنها با بیمه های سلامت خصوصا بیمه پایه بسیار اندک بوده که نتیجه آن تعداد اندک مراکز درمانی است که به بیمه شدگان ارائه خدمت می دهند.

نتایج این مطالعه نیاز به اصلاح در سیستم بیمه ای بمنظور تسهیل شرایط برای استفاده از مراقبت های دندانپزشکی را نشان داد لذا تغییرات زیر پیشنهاد می گردد:

برای دسترسی بهتر به مراقبت های دندانپزشکی، تشویق بخش خصوصی به مشارکت در ارائه مراقبت ها به افراد بیمه ای، خصوصا بیمه پایه در اولویت برنامه های سازمانهای بیمه گر قرار گیرد. به این منظور اصلاح تعرفه ها و اصلاح سیستم پرداخت به دندانپزشکان باید مورد توجه قرار گیرد. میزان پرداختی به دندانپزشک برای خدمتی که ارائه می دهد می بایست متناسب با هزینه هائی باشد که در این زمینه به دندانپزشک تحمیل می شود. مشارکت سازمان ها و انجمن های غیر دولتی در تعیین و به روز کردن تعرفه ها از

ضروریاتی است که شورای عالی بیمه سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید در نظر داشته باشد.

برای افزایش توان افراد جهت خرید خدمات دندانپزشکی پوشش بیمه پایه سلامت می بایست برای کل جامعه گسترش یافته و نوع خدمات نیز افزایش یابد. دولت در ارائه راهکارهای مناسب بمنظور تشویق کارفرمایان برای تامین مالی پوشش بیمه های تکمیلی به افراد جامعه کمک کند. این مهم با تشکیل صندوق های خاص بیمه سلامت که منبع تامین مالی آن می تواند از طریق مالیات بر کالاها یا موادی باشد که برای سلامت زیان آور است تامین گردد.

تغییر جهت سیستم فعلی از فعالیت های صرفا درمان محور بر فعالیت های پیشگیری و ایجاد تسهیلات برای دریافت این قبیل خدمات خصوصا در مراقبت های دندانپزشکی ضروری بوده و به این منظور اجباری کردن چک - آپ های دوره ای و منظور کردن کلیه مراقبت های پیشگیری در خدمات تحت پوشش بیمه سلامت پیشنهاد می گردد.

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۷	فصل اول - مقدمه
۹	اهداف اصلی طرح
۹	اهداف اختصاصی طرح
۹	اهداف کاربردی طرح
۹	سوالات پژوهش
۱۱	فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده
۱۱	الف - فاکتورهای فردی مرتبط با استفاده از خدمات دندانپزشکی
۱۲	ب- مولفه های سیستم مراقبت از سلامت دهان و رابطه آن با استفاده از خدمات دندانپزشکی
۱۳	مکانیزمهای پرداخت برای مراقبتهای سلامت دهان
۱۳	بخش دولتی
۱۴	بخش خصوصی
۱۶	سیستم ارائه مراقبت های سلامت دهان و بیمه سلامت در ایران
۱۶	تامین مراقبت های سلامت دهان در بخش دولتی
۱۷	تامین مراقبت های سلامت دهان در بخش بیمه های دولتی
۱۸	صندوق بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه خدمات درمانی)
۱۸	کمیته امداد
۱۹	بیمه های بازرگانی
۲۰	وضعیت سلامت دهان در ایران و نیازهای درمانی
۲۰	فاکتورهای مرتبط با بیمه و استفاده از خدمات دندانپزشکی
۲۱	بیمه و تقاضا برای مراقبت از سلامت دهان
۲۱	بیمه و استفاده از مراقبت های دندانپزشکی
۲۳	فصل سوم - روش پژوهش
۲۳	روش انتخاب استانها
۲۴	ملاحظات اخلاقی
۲۵	فصل چهارم - یافته های پژوهش
۲۶	فاکتورهای مرتبط با خدمات دندانپزشکی
۲۶	فاکتورهای مرتبط با تقاضا برای خدمت دندانپزشکی
۲۷	فاکتورهای مرتبط با استفاده از خدمات دندانپزشکی
۲۷	بار مراجعه به دندانپزشک
۲۷	خدمت دریافتی در آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک
۲۹	فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته ها، نتیجه گیری، پیشنهادات
۲۹	یافته های اصلی
۲۹	رابطه بیمه با تقاضا برای خدمات دندانپزشکی
۳۱	رابطه بیمه با استفاده از خدمت دندانپزشکی
۳۵	نتیجه گیری

۳۶.....	توصیه ها.....
۳۶.....	برای دسترسی بهتر به مراقبت های دندانپزشکی.....
۳۶.....	برای افزایش توان افراد جهت خرید خدمات دندانپزشکی.....
۳۷.....	منابع.....

فصل اول – مقدمه

سلامت دهان جزء لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه های زندگی خوب بشمار می آید. بنابر این در تامین خدمات سلامت، برنامه های مرتبط با حفظ و ارتقاء سلامت دهان نیز باید در نظر گرفته شود.^(۱) برخورداری از دهان سالم نیازمند مراقبت های فردی، تدوین و اجرای برنامه های مداخله ای در سطح جامعه مثل اضافه کردن فلوراید به آب آشامیدنی و دریافت مراقبت های تخصصی^۱ است. دریافت خدمت دندانپزشکی^۲ (مراقبت هائی که توسط دندانپزشک یا نیرو های حد واسط ارائه می شود) به خصوصیات فرهنگی و اجتماعی گیرنده خدمت و همچنین ویژگیهای سیستم ارائه دهنده مثل دسترسی و قابل خرید بودن یک خدمت بستگی دارد^{(۲) (۳)}.

لازمه جستجو برای دریافت یک خدمت دندانپزشکی احساس نیاز به آن خدمت است، در این رابطه فرد باید ابتدا بر یکسری موانع و باورهای فرهنگی و روانی مرتبط با سلامت غلبه نموده و به این نتیجه رسیده باشد که داشتن دهانی سالم برای وی ضروری است و مراقبین سلامت میتوانند او را در رسیدن به تندرستی یاری نمایند^(۴) و همچنین برای مراقبتهائی که منجر به سلامتی می شود ارزش قائل باشد^(۵). با فرض بر اینکه بیمار بر این موانع غلبه نماید و احساس نیاز وی تبدیل به تقاضا شود و فرد بخواهد به دندانپزشک مراجعه کند، سیستم تامین کننده باید ویژگی مناسب برای ارائه خدمت را داشته باشد^(۶).

فراهم بودن^۳ امکانات برای دریافت یک خدمت، در دسترس بودن^۴ و به عبارتی دسترسی آسان به مرکز یا دندانپزشک، مورد قبول بودن ارائه دهنده خدمت از نظر گیرنده خدمت^۵، تطابق خدمات با نیازها^۶ و در نهایت قابل پرداخت بودن هزینه ها برای گیرنده خدمت^۷، از مهمترین ویژگیهای یک سیستم ارائه خدمات سلامت به شمار می آید.

از بین عوامل بازدارنده برای دریافت خدمات دندانپزشکی مانند فقر، جهل و فقدان منابع مالی: بالا بودن هزینه و عدم توان مالی برای پرداخت آن از جمله عوامل مهم به شمار می آید^(۷). حتی در کشور هائی که از نظر اقتصادی توسعه یافته بشمار می آیند، منابع مالی همیشه قابل دسترس نبوده و یا اینکه درست جمع آوری نمی شوند. در این کشورها نیز نمی توان با اطمینان گفت که همه افراد به مراقبت های دندانپزشکی دسترسی دارند^(۸).

از مولفه های سیستم ارائه دهنده خدمات سلامت جزء تامین مالی و در درون آن بیمه نقش مهمی در قابل تحمل نمودن هزینه ها برای عموم مردم و دسترسی آسان به خدمات ایفا می کند.

^۱ خدماتی که توسط دندانپزشک ارائه می شود

^۲ کلیه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی که در مجموع تحت عنوان خدمات مرتبط با مراقبت های سلامت دهان نامیده می شود

^۳ Availability

^۴ Accessibility

^۵ Acceptability

^۶ Adaptability

^۷ Affordability

بیمه در واقع نوعی سیستم شخص ثالث^۱ است که بموجب آن حق بیمه توسط شرکتهای بیمه گر بصورت فردی و یا گروهی اخذ و انباشت می شود تا در هنگام وقوع حوادث پیش بینی نشده بر اساس موافقت نامه مقدار معینی از این پول از طرف شرکت به بیمه شده پرداخت شود. عبارتی حق بیمه از افراد زیادی جمع آوری می شود تا بیمه شدگان را در مقابل حوادثی که ممکن است برایشان پیش بیاید حمایت مالی کند^(۹). با توجه به این تعریف بیمه دندانپزشکی با مدل کلاسیک بیمه تفاوت‌های زیادی دارد، چرا که خطر و غیر قابل پیش بینی بودن، با بیماری های دهان همخوانی ندارد^(۱۰). به استثناء تصادفات و برخی عفونت‌های دندانی، نیاز به مراقبت های دندانپزشکی برای تمامی افراد وجود دارد و این مراقبت ها کم و بیش قابل پیش بینی هستند^(۱۱، ۱۲). لذا بیمه دندانپزشکی بیشتر از آنکه حمایت در برابر حوادث غیر قابل پیش بینی و مصیبت بار باشد یک سیستم انباشت پول و توزیع آن در بین ارائه دهندگان خدمت است^(۱۳، ۱۱، ۴). بنابر این بهتر است بیمه های دندانپزشکی را یک طرح مزیتی^۲ در نظر بگیریم که تا حدی بیمه^۳ تا حدی پیش پرداخت^۴ و تا حدی زیادی تخفیف بهاء خدمت^۵ است^(۱۴).

جمعیت ایران در سال ۱۳۹۰ برابر ۷۵,۱۴۹,۶۶۹ نفر، شامل ۲۱,۱۸۵,۶۴۷ خانوار با بعد ۳,۵۵ می باشد. از این تعداد ۴۹٪ را زنان تشکیل می دهند و ۷۱,۴٪ در مناطق شهری ساکن هستند. بر اساس این سرشماری ۲۳,۴٪ جمعیت کشور زیر ۱۴ سال، ۷۰,۹٪ در سنین میانه و ۵,۷٪ دارای سن ۶۵ و بالاتر هستند. امید زندگی در مردان ۷۲ و در زنان ۷۴,۶ سال می باشد^(۱۵).

مراقبت‌های اولیه سلامت دهان در ایران در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارائه و همه افراد جامعه می توانند از این خدمات استفاده کنند.

دو نوع سیستم بیمه ای در ایران خدمات سلامت را پوشش می دهند: بیمه پایه (ملی) و بیمه های بازرگانی. تقریباً ۶۰٪ جمعیت کشور تحت پوشش بیمه های سلامت هستند که از این بین ۸۳٪ دارای بیمه پایه و ۲۰٪ دارای بیمه های بازرگانی می باشند^(۱۵). اگرچه تمامی شاغلین قادرند خدمات بیمه سلامت را از طریق کارفرما و یا دولت خریداری نمایند اما تا سال ۱۳۹۲ حدود ۲۰٪ ایرانیان فاقد پوشش بیمه ای بوده اند. بخش عمده خدمات دندانپزشکی توسط بخش خصوصی ارائه می شود (۹۰٪). افراد فاقد بیمه می توانند خدمات مورد نیاز خود را از بخش خصوصی و یا مراکز بهداشتی درمانی دولتی دریافت کنند، در این مراکز خدمات با تعرفه ای تقریباً نصف بخش خصوصی ارائه می شود. بر اساس آخرین آمار، بخش عمده ای از بالغین ایرانی (۱۸ تا ۴۵ سال) دارای دندانهای پوسیده، پلاک، جرم دندانی و پاکتهای عمیق لثه ای هستند که حکایت از نیازهای درمانی زیاد در این گروه سنی دارد^(۱۶، ۱۷).

مطالعه حاضر نقش بیمه را - بعنوان روشی برای قابل تحمل کردن هزینه های دندانپزشکی - در تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی مورد بررسی قرار می دهد.

¹ Third party

² Benefit plan

³ Insurance

⁴ Pre-payment

⁵ Deductibility

اهداف اصلی طرح

تعیین رابطه بیمه با استفاده از خدمات دندانپزشکی در بالغین دارای تلفن ثابت- ایران

اهداف اختصاصی طرح

- ۱- تعیین میزان دسترسی به خدمات دندانپزشکی بر اساس پوشش بیمه
- ۲- تعیین بار مراجعه به دندانپزشک بر اساس پوشش بیمه ای
- ۳- تعیین علت مراجعه به دندانپزشک با توجه به پوشش بیمه ای
- ۴- تعیین نوع خدمت دریافتی در آخرین مراجعه به دندانپزشک با توجه به پوشش بیمه ای
- ۵- تعیین محل آخرین مراجعه به دندانپزشک

اهداف کاربردی طرح

بررسی کمی بیمه های سلامت در زمینه خدمات دندانپزشکی (شامل تعداد- نوع پوشش-میزان دسترسی) و تعیین رابطه آنها با شاخص های استفاده از خدمات دندانپزشکی

سوالات پژوهش

- ۱- آیا مراجعه به دندانپزشک در افراد با پوشش بیمه بیشتر از افراد فاقد بیمه است؟
- ۲- آیا تحت پوشش بیمه بودن با علت مراجعه و نوع خدمت دریافتی رابطه دارد؟

فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

الف - فاکتورهای فردی مرتبط با استفاده از خدمات دندانپزشکی

برای تعیین فاکتورهاییکه "تصمیم گیری و دریافت خدمت" را تحت تاثیر قرار می دهند، درک رفتارهای فرد (گیرنده خدمت) و همچنین ارائه دهنده خدمت ضروری می باشد.

روند تصمیم گیری و استفاده از خدمات دندانپزشکی را می توان به سه مرحله تقسیم کرد: ۱) تماس^۱؛ در این مرحله فرد باید تصمیم بگیرد به دندانپزشک مراجعه کند. ۲) انتخاب دندانپزشک یا ارائه دهنده خدمت ۳) تعداد بار مراجعات به دندانپزشکی که انتخاب نموده^(۱۸).

تماس به تقاضا^۲ برمی گردد و روندی است که با تصمیم گیری بیمار شروع می شود و طی آن بیمار درخواست دریافت یک خدمت را می کند^(۱۹). فاکتورهای موثر در اینکه فرد با ارائه دهنده خدمت تماس حاصل نماید شامل فاکتورهای اجتماعی^۳ و روانی^۴ مثل فرهنگ^۵، باورهای مردمی^۶، توقعات^۷، و تعاریفی است که جامعه از سلامتی و بیماری دارد^(۶). این فاکتورها با نیاز احساسی^۸ ارتباط داشته و تقاضا برای خدمت را تحت تاثیر قرار می دهد^(۷، ۲۰، ۲۱). درمعاینات کلینیکی تقریباً تمامی افراد به مراقبتهای دندانپزشکی نیاز دارند (نیاز اصولی)^۹، اما در واقع تمامی افرادی که نیازمند به مراقبت (نیاز اصولی) هستند بدنبال دریافت این مراقبتها نمی باشند^(۱۹).

انتخاب ارائه دهنده خدمت: خدمات دندانپزشکی یک روند پویا بین ارائه دهنده خدمت و دریافت کننده خدمت است^(۲۲). هنگام تصمیم گیری برای انتخاب ارائه دهنده خدمت، بیمار مولفه های مختلفی که مرتبط با دندانپزشک است را ارزیابی می نماید. مهمترین این مولفه ها شامل رابطه بیمار با دندانپزشک و جنبه های تکنیکی می باشد^(۲۳) علاوه بر این، دسترسی، قابل خرید بودن خدمت و مقبولیت سیستم ارائه دهنده نیز ارزیابی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد^(۶، ۲۴، ۲۵).

تعداد مراجعات^{۱۰} به استفاده از خدمت^{۱۱} برمیگردد، که عبارت از بار مراجعه و نوع خدمتی است که بدنبال مراجعه بیمار به دندانپزشک دریافت می گردد^(۱۱). نتیجه نهائی دریافت (استفاده) خدمت دندانپزشکی می بایست دستیابی و حفظ سلامتی دهان باشد^(۲۶). دریافت (استفاده) خدمت دندانپزشکی روند چند فاکتوری^{۱۲} است که به ویژگیهای سنی و اقتصادی^۱، احساس فرد از سلامتی دهان، باورهای و اعتقادات مردم از سلامتی، مسائل مالی، و سیستم ارائه کننده سلامت دهان بستگی دارد^(۳، ۲۷-۳۳)

¹contact

² Demand

³ Sociological

⁴ Psychological

⁵ culture

⁶ People belief and attitudes

⁷ expectations

⁸ Perceived-need

⁹ Normative need

¹⁰ Frequency

¹¹ Utilization

¹² multifactorial

القاء عرضه کننده خدمت^۲ نیز نقش افزایشی، در ایجاد تقاضا و استفاده از یک خدمت دندانپزشکی دارد^(۱۸). این القاء از دو راه عمل می کند: ۱- با افزایش تعداد بیماران که طلب خدمت می کنند و ۲- با افزایش مقدار خدماتی که برای هر بیمار فراهم می شود^(۳۴).
در مجموع برداشت (ادارک) بیمار از نیاز ذهنی خویش (احساسی)^۳، ایجاد تقاضا برای مراقبت، القاء عرضه کننده خدمت، و ویژگیهای سیستم ارائه دهنده مراقبتها، تعیین کننده استفاده از خدمات دندانپزشکی در یک فرد می باشند^(۳۵، ۶).

ب- مولفه های سیستم مراقبت از سلامت دهان و رابطه آن با استفاده از خدمات دندانپزشکی

سیستمهای ارائه خدمات دندانپزشکی بمنظور کاهش بیماری و اختلالات دهانی دندان و بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه ایجاد شده اند^(۳۷، ۳۶). بنابراین افزایش جمعیت برخوردار از دهان سالم از جمله اهداف سیستمهای ارائه خدمت می باشد.

سیستمهای مراقبت از سلامت دهان را می توان بر مبنای سیاست^۴ حاکم بر آنها^۵، نحوه سازماندهی سیستم^۶، روشهای پرداخت^۷ و نتایج^۸ حاصل از عملکرد سیستم بر سلامت دهان توصیف کرد^(۳۸). بر مبنای اینکه این سیستمها در هر کشور روی کدام جزء تمرکز دارند مدلهای مختلفی قابل توصیف است. در بررسی سیستمهای ارائه خدمت در هر کشور معمولاً یک یا دو مشخصه که منعکس کننده عملکرد منحصر بفرد آن مدل است در نظر گرفته می شود. برای مثال مشخصه بارز سیستم سلامت در کشورهای اروپای شمالی دخالت دولت در تامین مالی و ارائه خدمات دندانپزشکی است^(۳۸)، سیستم انگلستان از طریق پوشش همگانی^۹، آمریکا با بیمه های خصوصی^(۳۹) و بیشتر کشورهای در حال توسعه، از طریق تامین امکانات برای تسکین درد و درمانهای اورژانس شناخته می شوند^(۴۰).
هر سیستم مراقبت از سلامت شامل دو بعد می باشد: تامین مالی^{۱۰} و تامین خدمات^{۱۱}^(۳۸). مقدار و منبع مالی پرداخت کننده هزینه خدمات بعد تامین مالی سیستم را شامل می شود^(۴۱). دو موضوع اصلی مرتبط با تامین مالی عبارتند از اینکه ۱- پول چگونه وارد سیستم می شود و ۲- مکانیزم های توزیع و روشهای پرداخت به ارائه دهندگان خدمت چگونه است^{۱۲}. انتخاب سیستم تامین مالی به زمینه های ساختاری^۱ سابقه تاریخی، و سیاسی هر کشور بستگی دارد^(۴۲).

¹ Socio-demographic

² Supplier inducement

³ Subjective need

⁴ Policy

⁵ اولویت های سیاستگذاران سلامت در آن جامعه کدام است: اورژانس - پیشگیری - و یا درمان

⁶ Organization

⁷ Payment mechanisms

⁸ Outcomes

⁹ National Health Service (NHS)

¹⁰ financing

¹¹ Provision of services

¹² Reimbursement

منبع بازپرداخت به ارائه دهنده خدمت را با روش های پرداخت توصیف می کنند. منابع اصلی تامین مالی خدمات سلامت شامل پرداخت مستقیم از جیب بیمار مانند ایران، بودجه عمومی دولت یا مالیات های خاص مانند کشورهای شمال اروپا^(۳۸)، و حق بیمه مثل آلمان^(۴۳) می باشند.

مکانیزمهای پرداخت برای مراقبتهای سلامت دهان

با استفاده از تیپولوژی^۲ ترکیب تامین مالی و تامین مراقبتهای سلامت که توسط هولست شرح داده شده است^(۳۸)، چهارچوبی برای بحث در مورد انواع مکانیزمهای پرداخت بر اساس محل تامین مراقبت ها (دولتی^۳ در مقابل خصوصی) و پرداخت بیمار(مقدار پولی که بیمار باید از جیب پرداخت کند^۴) بدست می آید.

در یک سر محور تامین مالی (محور افقی) پوشش کامل هزینه ها^۵ توسط دولت و یا نوعی از شخص ثالث قرار دارد که در این روش بیمار هیچ پولی بطور مستقیم پرداخت نمی کند. در سر دیگر این محور بیمار تمامی هزینه مراقبت را بطور کامل از جیب پرداخت می کند^۶ و هیچ شخص ثالثی در این پرداخت مداخله ندارد. بین این دو طیف روشهایی از پرداخت شامل پرداخت بخشی از هزینه توسط بیمه^۷، تخفیف^۸، و پوشش حداکثری^۹ قرار دارد.

در یک سر محور تامین مراقبت ها (محور عمودی)، خدمات عمومی^{۱۰} (دولتی) قرار دارد که توسط نیروهای که حقوق ماهیانه دریافت می کنند ارائه می شود و در سر دیگر محور بخش خصوصی قرار دارد که بصورت کاملا مستقل خدمات ارائه می دهد. درحد فاصل بین این دو طیف نیز انواع مختلف قراردادهای، بین موسسات دولتی و شرکتهای خصوصی دیده می شود. ترکیب این دو محور، تیپولوژی با چهار حالت نهایی (A,C,D,F) و طیفی از حالت های بینابینی (B,E) ایجاد می کند (تصویر شماره یک). با توجه به نحوه پرداخت بیمار هم در بخش دولتی وهم در بخش خصوصی سه امکان وجود دارد: بیمار هیچ پولی پرداخت نمی کند، بیمار بخشی از هزینه را پرداخت می کند، و بیمار کل هزینه را پرداخت می کند.

بخش دولتی^{۱۱}

(A) دریافت خدمت بدون پرداخت پول از طرف بیمار: در این روش دولت بودجه لازم برای پرداخت هزینه ها را بطور مستقیم از محل دریافت مالیاتهای عمومی تامین می کند^(۶). خدمات پایه

¹ Institutional

² Typology

³ Public

⁴ Out-of-pocket

⁵ Full Coverage of Cost (FCC)

⁶ Fully out-of-pocket (FOP)

⁷ Co-payment or Co-insurance

⁸ Deductible

⁹ Maximum coverage

¹⁰ Public services

¹¹ Public sector

مراقبت از سلامت توسط نیروهائیکه در مراکز دندانپزشکی دولتی^۱ کار و حقوق ماهیانه دریافت می کنند ارائه می شود. معمولاً این نوع مراکز در همه مناطق کشور قابل دسترس هستند (قسمت A تصویر 1).

(B) دریافت خدمت با پرداخت بخشی از هزینه^۲: در این روش دولت بخشی از هزینه را از طریق محل درآمدهای مالیات عمومی تامین و مابقی را بیمار پرداخت می کند. بالغینی که برای دریافت خدمات به مراکز دولتی مراجعه می کنند در این الگوی پرداختی قرار می گیرند. در این روش مبلغی که بیمار باید پرداخت کند^۳ توسط دولت تعیین می شود و بیمار باید در پرداخت بخشی از هزینه ها مشارکت نماید (قسمت B تصویر 1).

تامین مالی هزینه خدمات مراقبت از سلامت دهان از بودجه عمومی همانطوریکه در دو روش فوق شرح داده شد در کشورهای شمال اروپا که روی پرداخت مالیات، و ارائه خدمات رفاهی نظارت و کنترل قوی دارند متداول است^(۴۴).

(C) دریافت خدمت از مراکز دولتی با پرداخت همه هزینه توسط بیمار^۴: در این روش بیمار کل هزینه را بر اساس تعرفه ای که توسط دولت تعیین شده است برای خدمات دندانپزشکی که در این مرکز ارائه می شود پرداخت می کند (قسمت C تصویر 1). ارائه خدمت به بالغین در مراکز دولتی کشورهای در حال توسعه را می توان در این بخش الگو قرار داد.

بخش خصوصی

(D) دریافت خدمت بدون پرداخت پول از طرف بیمار: در این روش کارفرما بعنوان یک مزیت ویژه^۵ برخوردار از مراقبت های دندانپزشکی را به کارگر یا کارمند خود پیشنهاد و کل هزینه را یا مستقیماً به خود بیمار باز پرداخت می کند و یا اینکه هزینه را به دندانپزشک یا شرکت بیمه ای خصوصی، پرداخت می کند. در این حالت مراقبتها بواسطه قراردادی که بین کارفرما و دندانپزشک یا شرکت بیمه ای منعقد شده است در بخش خصوصی به بیماران ارائه می شود. برخی از قراردادهائی که بین شرکت های خصوصی و بیمه های بازرگانی (خصوصی) منعقد می شود و در آن کارمندان و کارگران شرکت، خدمات را بدون پرداخت هزینه دریافت می کنند (مانند ایران)، و یا برخی از طرح های بیمه ای در آمریکا^(۴۵) را می توان در این قسمت قرار داد (قسمت D، تصویر 1).

(E) دریافت خدمت با پرداخت بخشی از هزینه^۶: در این روش بخشی از هزینه را بیمه های سلامت (عمومی - خصوصی) پرداخت می کنند (قسمت E، تصویر 1).

Dental Centers (PDCs)¹ Public

² Co-payment

³ Fee schedule

⁴ Fully out-of-pocket

⁵ Fringe benefits

⁶ Co-payment/Co-insurance

در طرح های بیمه سلامت افراد بجای پرداخت مستقیم هزینه ها، از قبل و بصورت گروهی پولی را در یک صندوق انباشت و سپس در صورت نیاز برای پوشش هزینه های درمان از آن استفاده می کنند. بیمه های سلامت، عمومی^۱ و یا خصوصی^۲ هستند. بیمه های پایه (عمومی) اجباری بوده و بخش عمده ای از جامعه را تحت پوشش دارند. پوشش خدمات آنها محدود و غالباً شامل خدمات پایه می باشد، نظارت و کنترل این نوع بیمه ها توسط دولت و سازمانهای عمومی صورت می گیرد. تامین مالی صندوق بیمه های سلامت از طریق حق بیمه و یا مالیات و یا ترکیبی از هر دو می باشد. بخشی از حق بیمه از درآمد یا حقوق شاغل کسر و همراه با سهم کارفرما و گاهی سهم دولت به صندوق بیمه پرداخت می شود^(۴۴، ۴۶). بیمه درصدی از هزینه خدمات را (۳۰٪ تا ۶۵٪) بسته به سن و خدمت دریافتی و بر اساس تعرفه به بیمار و یا دندانپزشک بخش خصوصی طرف قرارداد پرداخت میکنند. هزینه خدمات سلامت بالغین در کشورهای اروپائی غالباً از این راه تامین مالی می شود. در فنلاند و سوئد بیمه عمومی یک برنامه تکمیلی برای بازپرداخت هزینه خدماتی است که بیماران از بخش خصوصی دریافت می کنند^(۴۶). ارائه دهنده اصلی خدمات در این روش دندانپزشکان بخش خصوصی هستند که اغلب با بیمه قرارداد دارند. در برخی موارد نیز بیمار در انتخاب دندانپزشک خود آزاد بوده و حتی می تواند به دندانپزشکان غیر طرف قرارداد مراجعه نماید. در این حالت بیمار کل هزینه را بر اساس توافق با دندانپزشک، مستقیماً پرداخت و سپس درصدی از آن را بر اساس تعرفه از شرکت بیمه پس می گیرد^(۴۷). در فرانسه و آلمان تمامی کارفرمایان و شاغلین باید حق بیمه پرداخت کنند اما بیمه عمومی خدمات دندانپزشکی را فقط برای شاغلین و خانواده های آنها که درآمدها کمتر از مقدار معینی در سال یا ماه است پرداخت می کند^(۴۳)، و سایر شاغلین به خرید بیمه های خصوصی تشویق می شوند.

بیمه های خصوصی بخش کوچکی از جامعه را پوشش می دهند و غالباً بعنوان یک مکمل به جبران هزینه خدماتی که تحت پوشش بیمه عمومی نیست و یا بازپرداخت باقی هزینه خدمتی که تحت پوشش بیمه عمومی است می پردازند. بودجه بیمه های خصوصی عموماً از طریق حق بیمه پرداختی توسط کارفرما و شاغل، کارفرما، و یا خود شخص تامین می شود. حق بیمه معمولاً بر اساس نیازهای درمانی افراد، سن، و نوع خدمت مورد تقاضا مشخص ولی خرید این نوع بیمه اجباری نیست. بیمه خصوصی ممکن است غیر انتفاعی باشد که در آن صورت بیمه گر منبع مالی را فقط برای پوشش هزینه های درمانی و اجرائی صرف می کند. در بیمه های خصوصی انتفاعی^۳، دید شرکت بیمه ای تجاری است و از جمع آوری حق بیمه بدنال کسب سود می باشد. در اغلب سیستمها ترکیبی از برنامه های بیمه ای عمومی و خصوصی دیده می شود^(۴۸). بیمه های دندانپزشکی خصوصی در کانادا، آمریکا و کشورهای اروپای غربی متداول است. در آمریکا کارفرما بعنوان پرداخت کننده اصلی حق بیمه معمولاً با شرکت های بیمه خصوصی قرارداد بسته و نوع خدمات تحت پوشش، مقدار و نوع مشارکت بیمار در پرداخت هزینه ها و روش باز پرداخت به دندانپزشک را مشخص می کند.

¹Public health insurance
²Private Health insurance
³profit

(F) دریافت خدمت از مراکز خصوصی با پرداخت کل هزینه توسط بیمار؛ بطور سنتی، پرداخت هزینه های مراقبت از سلامت دهان بصورت پرداخت مستقیم از جیب صورت می گیرد و در این حالت گیرنده خدمت تمامی هزینه را بر اساس روش پرداخت به ازای خدمت دریافتی^۱ به ارائه دهنده خدمت می پردازد. افرادی که فاقد هرگونه پوشش بیمه ای یا حمایت های شخص ثالث هستند مجبورند هزینه مراقبت ها را مستقیماً به ارائه دهنده خدمت بپردازند. در اغلب کشورهای در حال توسعه و همچنین در ایران روش قالب برای پرداخت هزینه ها همین روش می باشد (قسمت F، تصویر ۱).

راه های متعددی برای توصیف و طبقه بندی طرح های بیمه ای مورد استفاده قرار می گیرد. در کشورهای توسعه یافته، خصوصاً کشورهای عضو همکاری های اقتصادی و توسعه^۲ بر اساس مشترکات تاریخی، فرهنگی، اقتصادی، ایدئولوژیکی و شرایط سیاسی کشورها الگوهای خاصی از موسسات بیمه اجتماعی وجود دارد^(۴۹) در کشورهای در حال توسعه شرایط بسیار متفاوت بوده و به آسانی نمی توان الگوی خاصی برای آنها در نظر گرفت.

برای درک بهتر برنامه بیمه سلامت در ایران برخی از مشخصه های بیمه سلامت در کشورهای فنلاند، آلمان، و آمریکا که هر کدام به ترتیب نماینده الگوی بیمه ای فراگیر^۳، صنفی (بیسمارکی)^۴، و تامین خدمات پایه^۵ هستند در جدول شماره یک آورده شده است.

سیستم ارائه مراقبت های سلامت دهان و بیمه سلامت در ایران

ماده ۲۹ قانون اساسی^(۵۰) دولت را ملزم کرده تا شرایط لازم برای بهرمندی همه مردم از خدمات تامین اجتماعی را از طریق طرح های بیمه ای و یا غیر بیمه ای فراهم نماید. بر اساس قانون دولت مکلف است حمایت ها و خدمات مرتبط را از محل درآمدهای عمومی و درآمد حاصل از مشارکتهای عمومی تامین مالی نماید. در حال حاضر سه نوع روش تامین خدمات مراقبت از سلامت در ایران وجود دارد؛ دولتی، بیمه و خصوصی.

تامین مراقبت های سلامت دهان در بخش دولتی

در بخش دولتی تامین کننده اصلی خدمات، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد. این وزارتخانه از سال ۱۳۶۲ مراقبت های اولیه سلامت^۶ را در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی ارائه می دهد و از سال ۱۳۷۶ سلامت دهان نیز در آن ادغام شده است. در سال ۱۳۹۲ تعداد مراکز دارای یونیت دندانپزشکی ۲۹۸۳ مرکز اعلام شد که تنها نیمی از آنها (۱۹۴۲) بصورت فعال یا نیمه فعال، مراقبت های اولیه سلامت دهان شامل معاینه و تجویز دارو، جرم گیری و بروساژ، کشیدن، فیشورسیلنت،

¹ Fee-for-service basis

² Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

³ Encompassing model

⁴ Corporatist

⁵ Basic security/ Beveridge model

⁶ PHC(Primary Health Care)

فلوراید تراپی و درمانهای اورژانس را به مراجعین ارائه می دهند. همه افراد جامعه می توانند از این خدمات که تعرفه آن هر ساله توسط این وزارتخانه ابلاغ می شود استفاده کنند. گروه های هدف (کودکان زیر ۱۲ سال، مادران باردار و شیرده) دارای تعرفه خاص و متمایز از سایر گروه ها هستند. خدمات این مراکز را دندانپزشکان (رسمی ۱۳۷۵، طرحی ۶۴۶، و قراردادی ۵۱)، بهداشتکاران دهان و دندان (۱۱۵) و یا کاردانهای بهداشت دهان و دندان (۹۰) که بصورت حقوق بگیر در استخدام وزارت بهداشت هستند ارائه می دهند^(۵۱).

در سیستم دولتی، پرستاران دندانپزشکی (۲۴۰۰) جایگاهی ندارند. اغلب آنها یا بازنشسته شده و یا تغییر رشته داده اند و تنها ۸۰۰ نفر آنها در مراکز خصوصی مشغول بکار می باشند. ارائه دهنده اصلی مراقبت های سلامت دهان، دندانپزشکان بخش خصوصی می باشند (بیش از ۹۰٪ نیروی انسانی فعال در بخش خصوصی مشغول بکار می باشند). تا پایان سال ۱۳۹۲ تعداد ۲۶۰۰۰ دندانپزشک ثبت شده است و نسبت دندانپزشک به جمعیت ۱:۳۵۰۰ نفر می باشد (سازمان نظام پزشکی).

تامین مراقبت های سلامت دهان در بخش بیمه های دولتی

صندوقهای اصلی بیمه های درمانی در ایران شامل: صندوق تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح می باشند. بر اساس "قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور" شورای عالی بیمه وظایف سیاست گذاری، برنامه ریزی، ایجاد هماهنگی های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه های خدمات درمانی را برعهده دارد.

مشمولین صندوق تامین اجتماعی شامل افرادی که شاغل کارخانه ها و مراکز دولتی و خصوصی هستند و خانواده های آنها، حدود ۳۴,۹۵۸,۰۵۰ نفر در سال ۱۳۹۰ می باشند. تعهدات درمانی صندوق تامین اجتماعی شامل انجام کلیه خدمات کلینیکی، پاراکلینیکی، و بیمارستانی اعم از پزشکی و **دندانپزشکی** است (این نامه اجرائی قانون الزام سازمان تامین اجتماعی). ارائه خدمات در تعهد این سازمان به دو صورت ارائه می شود: ۱- روش درمان مستقیم با استفاده از امکانات درمانی تحت مالکیت و استجاری سازمان^۱ و مراکز وزارت بهداشت و سایر مراکز درمانی وزارتخانه ها، سازمان ها، نهادها و ارگان های دولتی طرف قرارداد^۲ - روش درمانی غیر مستقیم از طریق خرید خدمات از بخش خصوصی. در رابطه با خرید خدمات دندانپزشکی از بخش خصوصی، تعداد بسیار محدودی مرکز دندانپزشکی در این طرح شرکت دارند. بیمارانی که از امکانات روش درمان مستقیم استفاده می کنند از پرداخت هرگونه هزینه درمان معاف هستند اما بیمارانی که به مراکز وزارت بهداشت و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه می نمایند موظف به پرداخت فرانشیز می باشند.

خدمات دندانپزشکی که توسط این صندوق پوشش داده می شود شامل: ترمیم یک و دو سطحی با آمالگام و برای دندانهای قدامی کامپوزیت، کشیدن دندان، جرم گیری و بروساژ، معاینه و تجویز دارو،

^۱ شامل ۲۶۸ مرکز بهداشتی درمانی در سراسر کشور

^۲ ۳۷۲۱ مرکز

رادیوگرافی، جراحی دندانهای نهفته و دست دندان می باشد که غالب این خدمات فقط در مراکز متعلق به بیمه و توسط دندانپزشک حقوق بگیر انجام می شود. در سال ۱۳۹۱ دندانپزشکان این مراکز علاوه بر حقوق ثابت به ازاء هر بیمار نیز درصدی می گیرند به شرط آنکه حداقل در هر شیفت کاری به ۳۰ بیمار خدمت ارائه دهند.

خدمات دندانپزشکی که در مراکز طرف قرارداد ارائه می شود (درمان غیر مستقیم) محدود به معاینه و تجویز دارو - کشیدن و جراحی دندان عقل است.

صندوق بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه خدمات درمانی)

در شرایطی که بیش از شصت درصد جمعیت کشور از امکانات و مزایای بیمه درمان محروم بودند قانون "بیمه همگانی خدمات درمانی کشور" به منظور پوشش بیمه ای خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه های اجتماعی در سال ۱۳۷۳ به تصویب و متعاقب آن سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت دولتی و زیر نظر وزارت بهداشت تشکیل شد تا برای هر یک از گروه های ذکر شده صندوق های جداگانه ای ایجاد نماید.

مهمترین منبع مالی صندوق بیمه خدمات درمانی "سرانه درمان" است و عبارت از مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد برای مشمولین بیمه خدمات درمانی تعیین می گردد (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی) و مشمولین قانون "بیمه همگانی خدمات درمانی کشور" میبایست معادل آنرا (که شامل سهم کارگر، کارفرما و دولت است) به صندوق پرداخت نمایند. همه ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق بیمه خدمات درمانی کارمندان دستگاههایی که از بودجه عمومی استفاده می کنند در قالب بودجه مصوب سالانه هر دستگاه مشخص و به آن دستگاه پرداخت می شود. این دستگاهها رأساً با سازمان بیمه خدمات درمانی یا سایر شرکتهای و مؤسسات بیمه گر قرارداد می بندند. سهم دولت برای مشمولان قانون تأمین اجتماعی، روستائیان، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و سایر اقشار نیز متناسب با تعداد افراد بیمه شده هر گروه در قالب ردیفهای خاص در قانون بودجه منظور می شود (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی).

مشمولین و صندوقها؛ صندوق ها عبارتند از: کارکنان دولت - روستائیان - و سایر اقشار که در مجموع جمعیتی معادل ۳۵,۵۲۸,۸۲۵ نفر را بر اساس گزارش مرکز آمار ایران تحت پوشش دارد.

این سازمان خدمات دندانپزشکی تحت پوشش را عمدتاً از مراکز بهداشتی درمانی دولتی خریداری می کند (3721 مرکز). مشمولین این صندوق در صورت مراجعه به مراکز طرف قرارداد با پرداخت بخشی از هزینه درمان در قالب فرانشیز می توانند خدماتی شامل معاینه و تجویز دارو - کشیدن - جرم گیری - و جراحی دندان عقل را دریافت نمایند.

با توجه به شرایط خاص سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح از جمله روش تامین مالی، مشمولین دریافت خدمت و نوع خدمات تحت پوشش در این بررسی سازمان مذکور مورد مطالعه قرار نگرفت.

کمیته امداد

نهادهی غیر انتفاعی و عام المنفعه، دارای شخصیت حقوقی مستقل و استقلال مالی، اداری و استخدامی است که تحت نظارت رهبری اداره می شود. یکی از وظایف این کمیته ایجاد تسهیلات لازم جهت ارائه

خدمات بهداشتی و درمانی و اقدام به بیمه های درمانی و اجتماعی اقشار آسیب پذیر در حد امکانات و چارچوب قوانین و مقررات مربوطه است. بر این مبنا قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور وظیفه بیمه نمودن اقشار نیازمند جامعه را به کمیته امداد محول نموده است.

منابع مالی این کمیته از طریق: کمک های رهبری، اعتبارات و کمک های دولت، هدایا و کمک های مردمی، مؤسسات، سازمان ها و نهادهای داخل و خارج از کشور، دریافت صدقات، نذورات، زکات، و درآمد حاصل از فعالیت های اقتصادی تامین می شود. مشمولین تحت پوشش کمیته امداد دارای کارت های مخصوص هستند که با ارائه این کارت به مراکز بهداشتی درمانی دولتی یا خیریه می توانند خدمات اولیه دندانپزشکی شامل معاینه و تجویز دارو یا کشیدن دندان را دریافت کنند.

بیمه های بازرگانی

در ایران بیمه سلامت خصوصی وجود ندارد و بجای آن از دهه ۱۳۷۰ کارخانه ها و شرکت ها مجاز شدند تا از طریق بیمه های بازرگانی که سایر خدمات خود را بیمه می کنند (آتش سوزی و) بیمه سلامت نیز (بیمه تکمیلی) برای کارکنان و افراد خانواده شان خریداری نمایند. حق بیمه برای خدمات تکمیلی یا کالا توسط کارفرما پرداخت می شود و یا اینکه بیمه شده نیز در پرداخت بخشی از آن سهیم خواهد بود. شرکت های بیمه بازرگانی در این حالت با دندانپزشکان و مراکز درمانی (که اغلب خصوصی هستند) قرارداد می بندند. روش پرداخت معمولاً به دو صورت است ۱- شرکت بیمه بیمار را به مرکز دندانپزشکی معرفی و سقف هزینه های قابل پرداخت را مشخص می کند. بخشی از این هزینه را بیمار در قالب فرانشیز پرداخت و مابقی آن توسط بیمه به دندانپزشک پرداخت می شود. ۲- شرکت بیمه هر سال برای خدمات دندانپزشکی سقفی را تعیین می کند و بیمه شده با ارائه هزینه خدمات دندانپزشکی که دریافت کرده است تا این سقف هزینه های خود را باز پس می گیرد.

آمار دقیقی از پوشش جمعیتی این بیمه ها وجود ندارد اما برآوردهای انجام شده در بررسی سال ۱۳۷۸ (۵۲) نشان داده که حدود ۱۷٪ افراد کشور تحت پوشش این نوع بیمه های تکمیلی می باشند. اخیراً تعداد این شرکتها رو به افزایش گذاشته بطوری که تعداد آنها از ۶ شرکت در سال ۱۳۸۷ به حدود ۲۰ شرکت در سال ۱۳۹۱ رسیده (آسیا - البرز - دانا - معلم - پارسیان - کارآفرین - سینا - توسعه صادرات - رازی - سامان - دی - نوین - ملت - پاسارگاد - میهن - کوثر - اتکائی ایرانیان - دانا - ایران). خدمات تحت پوشش بیمه های بازرگانی متنوع و بر اساس نوع قرارداد متفاوت می باشد و اغلب خدمات دندانپزشکی را پوشش می دهند.

علاوه بر این برخی از سازمانها و ارگانهای دولتی و نیمه دولتی نیز در تامین بخشی از هزینه های دندانپزشکی شاغلین و خانواده های تحت پوشش موسسات خود نقش دارند.

باز پرداخت هزینه ها به دندانپزشکان شاغل در مراکز متعلق به تامین اجتماعی به روش حقوق ماهیانه و برای دندانپزشکان خصوصی طرف قرارداد به روش پرداخت به ازاء خدمت است. در بیمه های بازرگانی نیز باز پرداخت به دندانپزشکان طرف قرارداد به روش پرداخت به ازاء خدمت و بر اساس تعرفه ای است که هر ساله توسط وزارت بهداشت اعلام می شود.

وضعیت سلامت دهان در ایران و نیازهای درمانی

بررسی دندانها روش اندازه گیری قابل اعتمادی در تعیین وضعیت سلامت دهان و دندان و تعیین نیازهای درمانی افراد جامعه می باشد^(۵۳). جدای از فاکتورهای مستقیم و غیر مستقیمی که بر سلامت دهان تاثیر دارند، جهت گیری سیستم ارائه خدمت، زمینه های دموگرافیک و اقتصادی - اجتماعی و فاکتورهای رفتاری نیز از جمله عوامل اثر گزار بر سلامت بوده و می توانند در ایجاد پوسیدگی های دندانی و بیماریهای پریدنتال و افزایش نیازهای درمانی اثر داشته^(۵۴) و همچنین عامل اصلی کشیدن دندانها و شیوع بی دندانی باشند^(۵۵).

در اغلب کشورهای نیازهای درمانی جامعه تحت پوشش از طریق بررسی های ملی که در فواصل زمانی معین صورت می گیرد تعیین و ملاک برنامه ریزی سیاستگذاران بخش سلامت قرار می گیرد. در ایران نیز هر چند سال یکبار وضعیت سلامت دهان افراد جامعه در قالب ارزیابی های ملی^۱ و توسط وزارت بهداشت انجام و نتایج آن گزارش می شود. اولین بررسی وضعیت سلامت دهان و نیازهای درمانی در سطح ملی در سال ۱۳۶۹ و برای گروه های سنی ۶ - ۶۹ سال انجام شد^(۵۶). نتایج حاصل از این تحقیق شیوع بالای پوسیدگی در گروه های سنی ۱۹ - ۱۵ سال (۸۷.۳٪) و ۴۴ - ۳۵ سال (۹۸.۸٪) را نشان داد. در دومین و سومین تحقیق ملی، DMF گروه سنی ۱۲ سال به ترتیب ۲.۰ و ۱.۵ گزارش شد که در هر دو مورد پوسیدگی بیشترین سهم این شاخص را در بر می گرفت. نتایج آخرین تحقیق ملی انجام شده^(۱) برای گروه های سنی ۱۹ - ۱۵ و ۴۴ - ۳۵ سال نشان داد که میزان DMF این افراد به ترتیب ۴.۱ و ۱۴.۸ می باشد و پوسیدگی و دندانهای از دست رفته سهم اصلی شاخص را شامل می شوند. تنها تحقیق ملی در رابط با وضعیت بافت های نگه دارنده دندان مربوط به بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۱ است که نتایج آن نشان از شیوع بالای پلاک در بالغین جوان و جرم و پاکتهای پریدنتال در گروه سنی میانه دارد.

گزارش منتشر شده در سال ۱۳۸۸^(۱۶) نشان داد که میزان بی دندانی در فاصله زمانی دو تحقیق ملی دو برابر شده است (۱٪ به ۳٪) با میانگین تعداد دندانهای ۲۴.۲ عدد در سال ۱۳۷۹ به ۲۱.۵ عدد در سال ۱۳۸۸.

فاکتورهای مرتبط با بیمه و استفاده از خدمات دندانپزشکی

مطالعات مختلف و متعدد فاکتورهاییکه بر استفاده از خدمات دندانپزشکی اثر می گذارند را تعیین کرده اند، خصوصاً اهمیت بیمه در ایجاد تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی^(۵۷-۶۱).

هزینه مراقبت های دندانپزشکی باعث شده تا بسیاری از مردم به دندانپزشک مراجعه نمایند^(۶۰-۶۱). در نتیجه طرح های تقسیم هزینه^۲ از طریق شخص ثالث و یا بیمه سلامت تلاش کرده تا مانع اقتصادی عدم مراجعه به دندانپزشک را حذف یا کاهش داده و از این طریق دسترسی به مراقبت های دندانپزشکی را آسان نماید^(۶۲-۶۳). این مطالعات نشان داده، زمانیکه موانع اقتصادی حذف و یا کاهش داده می شود،

¹ National survey

² Cost-sharing

از میزان پرداخت از جیب بیمار کاسته شده و توان خرید استفاده کننده از خدمت بهبود می یابد. در این شرایط نیاز احساسی فرد راحتتر به نیاز بیانی^۱ و یا ایجاد تقاضا برای دریافت خدمت تبدیل می گردد^(۳۵).

بیمه و تقاضا برای مراقبت از سلامت دهان

هم فرد و هم ارائه دهنده خدمت می توانند تقاضا و استفاده از مراقبت های دندانپزشکی را تحت تاثیر قرار دهند^(۶۳).

از مولفه های سیستم ارائه دهنده خدمات سلامت جزء تامین مالی و در درون آن بیمه ارتباط مثبتی با افزایش تقاضا و استفاده از مراقبت های دندانپزشکی دارد^(۶۴-۶۷).

بیمه، تقاضا برای مراقبت های دندانپزشکی را از طریق دو مکانیزم افزایش می دهد: کاهش قیمت برای مراقبت ها و افزایش "درآمد موثر"^۲ بیمه شده از طریق افزایش قدرت خرید^(۶۸) متغیرهایی مانند مراجعه به دندانپزشک^۳ و علت مراجعه به دندانپزشک^۴ را می بایست بعنوان معیارهای تقاضا در نظر گرفت^(۶۹)، چرا که در این شرایط استفاده کننده از خدمت (بیمار) است که این عمل را تعیین می کند. هر چند انتخاب معکوس^۵ برخی از تفاوت ها در مراجعه به دندانپزشک بین افراد بیمه ای و غیر بیمه ای را شرح می دهد، اما محتملا پوشش بیمه ای پیش بینی کننده غالب^۶ برای مراجعه به دندانپزشک محسوب می شود^(۴۸). نشان داده شده که ملاقات های مکرر دندانپزشکی^(۶۴، ۷۰، ۷۱) و چک آپ های مکرر^(۷۲-۷۵) در افراد بیمه ای محتمل تر از افراد غیر بیمه ای است.

بیمه و استفاده از مراقبت های دندانپزشکی

انتظار می رود تقسیم هزینه ها^۷ روی کمیت مراقبتهای دندانپزشکی که مصرف می شود اثر بگذارد^(۷۶، ۷۷). یافته های مطالعه رند^۸ در آمریکا^(۷۰) بوضوح نشان داده که وقتی مقدار پولی که بیمار باید بپردازد کاهش پیدا کند، استفاده از مراقبت ها افزایش می یابد. آنهائیکه بصورت رندوم برای دریافت مراقبت بدون پرداخت هزینه ثبت شده بودند نسبت به سایرین مراقبت های بیشتری دریافت کرده بودند. این مطالعه همچنین نشان داد افراد بیمه ای نسبت به افراد غیر بیمه ای مراقبت های دندانپزشکی بیشتری دریافت کرده اند.

پذیرش بیمار برای درمان، مستقیماً با در دسترس بودن تخفیف های مالی برای پرداخت، ارتباط دارد و انتظار می رود میزان پوشش بیمه برای پرداخت هزینه ها، مقدار و نوع مراقبت های دریافتی را تحت تاثیر قرار دهد^(۷۸) مطالعات نشان داده که افراد بیمه ای نسبت به غیر بیمه ای بیشتر، مراقبت های پیشگیری، روکش های دندان و درمانهای ریشه و کمتر کشیدن دندان دریافت کرده اند^(۷۹-۸۲).

¹ Express need

² Effective income

³ Dental attendance

⁴ Reason for the visit

⁵ Adverse selection

⁶ Dominant predictor

⁷ Cost sharing

⁸ Rand Health Insurance Experiment

سیستم بیمه ای ایران را می توان عمدتاً به دو بخش عمومی^۱ و بازرگانی^۲ تقسیم نمود. در حال حاضر بیمه خصوصی در ایران وجود ندارد. با توجه به نوع پوشش، تمامی این بیمه ها اقشار حقوق بگیر جامعه را پوشش می دهند و در نتیجه بخشی از جامعه تحت پوشش بیمه نمی باشند. مطالعه اخیر در مورد رابطه بیمه با مراقبت های سلامت دهان در بالغین شهر تهران نشان داد⁽⁵²⁾ که هر چند اندک اما بیمه داشتن خصوصاً برخورداری از بیمه های بازرگانی با میزان و علت مراجعه به دندانپزشک ارتباط دارد هر چند رابطه معنی دار با نوع خدمت دریافتی در این مطالعه مشاهده نشد.

افزایش شدید هزینه های دندانپزشکی در سال های اخیر، ظهور بیمه های بازرگانی جدید با پوشش های مختلف خدمات دندانپزشکی، تغییرات جدید در سیستم بیمه های عمومی و محدودیت های مطالعه قبل لزوم یک بررسی مجدد با گسترش مطالعه در سطح ملی با در نظر گرفتن تنوع جمعیتی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی را ایجاب مینماید.

¹ Public

² Commercial

فصل سوم - روش پژوهش

این مطالعه یک بررسی مقطعی است که اطلاعات آن با استفاده از مصاحبه تلفنی جمع آوری شده است. جمعیت هدف شامل بالغین (افراد از ۱۸ سال) شهری و روستائی کشور ایران است که به تلفن ثابت دسترسی دارند. متغیرهای پژوهش عبارتند از:

- ۱- وضعیت بیمه (بیمه داشتن یا نداشتن، نوع بیمه)
- ۲- وضعیت دموگرافیک شامل سن و جنس
- ۳- وضعیت اقتصادی-اجتماعی شامل سطح تحصیلات، طبقه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تاهل، محل سکونت و محل زندگی با توجه به وضعیت برخورداری از خدمات سلامت.
- ۴- متغیرهای مرتبط با مراجعه به دندانپزشک شامل (زمان آخرین مراجعه به دندانپزشک، علت مراجعه، محل مراجعه، نوع خدمت دریافتی در آخرین مراجعه، تعداد بار مراجعه به دندانپزشک طی یکسال گذشته).

با توجه به کیفی بودن متغیر وابسته اصلی تحقیق (درصد پوشش بیمه) و لحاظ نمودن مقدار $p=80\%$ (مقدار بینابینی که بر اساس گزارشات مختلف برآورد شده است) حجم نمونه در کل کشور ۶۰۲۹ نفر محاسبه گردید. این تعداد با لحاظ نمودن تخصیص متناسب با حجم خانوارها در یک نمونه گیری طبقه ای در ۶ استان کشور که معرف تقسیم بندی همگن در کل کشور بوده اند انتخاب شد. نمونه های داخل هر استان شامل افرادی است که به تلفن های ثابت و دایر دسترسی دارند، که بر اساس نتایج مطالعات قبل^(۵۲) و بصورت two-stage random sampling و از بین اعداد مشابه شماره تلفن هر شهرستان انتخاب و با افرادی که تلفن را برداشته و در گروه سنی مورد نظر هستند مصاحبه بعمل آمده است. در صورت وجود بیش از یک نفر در گروه سنی مورد نظر در هر خانوار از تمامی آنها مصاحبه بعمل آمد.

روش انتخاب استانها

بر اساس مطالعه انجام شده در رابطه با رتبه بندی سلامت استانهای کشور^(۸۴) و با توجه به شاخص های میزان دسترسی به خدمات بهداشتی، کارایی، رفتارهای بهداشتی، میراثی و امنیت و غذا مناطق کشور سطح بندی شده است. بر این اساس در این مطالعه ابتدا استانهای کشور با توجه به میزان برخورداری از شاخص های سلامت (برخورداری مناسب تا شرایط برخورداری وخیم) در ۶ گروه طبقه بندی شدند. سپس بصورت اتفاقی از هر گروه یک استان انتخاب گردید که به ترتیب برخورداری از شاخص های سلامت عبارتند از ۱- تهران، ۲- فارس، ۳- مازندران، ۴- ایلام، ۵- آذربایجان غربی، ۶- سیستان و بلوچستان. روش تعیین تعداد نمونه ها در هر استان به شرح جدول شماره ۲ می باشد. با توجه به سبک نمونه گیری و دایر نبودن برخی از شماره ها و برآورده های صورت گرفته در مطالعات قبلی بمنظور دستیابی به تعداد مورد نظر از بین شماره های مشابه سازی شده سه برابر حجم نمونه مورد نیاز شماره تلفن انتخاب گردید. مصاحبه کنندگان شامل دستیاران دندانپزشکی بودند که سابقه اجرای طرح های مشابه را داشته اند.

با توجه به متغیرهای تحقیق پرسشنامه تهیه و بمنظور بررسی اعتبار محتوی^۱ در اختیار ۲۰ نفر از صاحب نظران قرار گرفت. نظرات جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و بر اساس نظرات دریافت شده اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. پرسشنامه در بر گیرنده سوالات باز و بسته بود، به این صورت که مصاحبه کننده سوال مورد نظر را از مصاحبه شوند پرسیده و بر اساس گزینه های در نظر گرفته شده برای هر سوال قسمت مورد نظر را علامت زدند. در انتهای هر سوال نیز امکان اضافه نمودن موارد خارج از گزینه ها وجود داشت که در نهایت این موارد در یک نشست تخصصی با حضور مجریان مورد بررسی قرار گرفته و گزینه مناسب آن انتخاب گردید.

روائی^۲ پرسشنامه با انجام مصاحبه با ۵۰ نفر صورت گرفت بدین ترتیب که مصاحبه کنندگان دوبار و در فاصله زمانی یک هفته پرسشنامه را برای مصاحبه شوندگان تکمیل و به کمک روشهای test-retest و الفا کرون باخ نتایج آن تأیید گردید. برای پایائی ابزار تحقیق در متغیرهای کیفی مهم مورد نظر، شاخص توافق کاپا محاسبه گردید. برای ۵ متغیر این شاخص بین ۰.۸۸ - ۰.۷۱ و با میانگین ۰.۷۵ در تغییر بود که در همه موارد از حد پایین مورد قبول در تحقیقات پزشکی (۰.۶) بالاتر بود. برای متغیرهای کمی مهم مورد نظر نیز شاخص ICC محاسبه گردید. این شاخص بین ۰.۸۹ - ۰.۹۴ و با میانگین ۰.۸۷ در نوسان بود که بر اساس مراجع موجود توافق عالی را نتیجه داده اند (حداقل ۰.۷۵).

تحلیل داده ها با توجه به وابستگی داده های درون هر خانوار با استفاده از نرم افزار (SPSS 18) و SAS (9.1) و به کمک مدل های حاشیه ای و بروش برآوردی GEE صورت گرفت. متغیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی^۳ بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی^۴ برای متغیرهای وضعیت مسکن، تحصیلات، داشتن وسیله نقلیه و برخی از وسایل منزل ساخته شد. از آنجائیکه برخی از متغیرها بصورت دو حالتی بودند برای تحلیل عاملی از ضریب همبستگی پلی کوریک^۵ برای متغیرهای دو حالتی رتبه ای، پلی سریال^۶ برای متغیرهای دو حالتی رتبه ای و کمی پیوسته و پیرسون برای متغیرهای دو حالتی کمی پیوسته استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

در این تحقیق مصاحبه کنند ضمن معرفی خود و گفتن اسم، تلفن و نشانی کامل مرکز متصدی تحقیق، به صورت خلاصه در مورد عنوان و اهداف طرح تحقیقاتی به مصاحبه شوندگان اطلاعات کافی داده و سپس با دادن اعتماد کامل به فرد از نظر محرمانه ماندن اطلاعات و استفاده از آن فقط برای اجرای طرح مزبور از فرد می خواهند چنانچه مایل است به سوالات پاسخ دهد.

¹ Content validity

² Reliability

³ Socio-economic status

⁴ Explanatory factor analysis

⁵ Polychoric

⁶ Polyserial

فصل چهارم – یافته‌های پژوهش

جدول شماره سه توزیع جمعیت مورد مطالعه براساس وضعیت دموگرافیک و اقتصادی اجتماعی، به تفکیک مرد (۲۱۶۶) و زن (۳۸۶۳) را نشان می دهد.

از کل جمعیت مورد مطالعه (۶۰۲۹)، ۶۴٪ زن، ۶۵٪ زیر ۴۵ سال، ۳۸٪ با تحصیلات در حد متوسط و ۲۲٪ با تحصیلات عالی، ۲۱٪ از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در حد پایین قرار داشته و ۱۴٪ فاقد پوشش بیمه سلامت بوده اند. ۷۵٪ جمعیت مورد مطالعه متاهل و ۷۹٪ در شهر سکونت داشته اند. از نظر برخورداری از خدمات و شاخص های سلامت ۴۹٪ در مناطق برخوردار و به ترتیب ۴۰٪ و ۱۱٪ در مناطق نیمه برخوردار و محروم ساکن بوده اند.

میانگین سنی مشارکت کنندگان ۴۱ سال ($Median=39, SD=16$) است. این عدد برای مردان ۴۲ و برای زنان ۴۱ سال می باشد و توزیع گروه های سنی در دو جنس متفاوت بود ($p<0.001$). به غیر از محل سکونت بین جنسیت و مشخصات اقتصادی - اجتماعی ارتباط معنی دار دیده شد ($p<0.05$).

نمودار شماره دو توزیع جمعیت مورد مطالعه براساس وضعیت دموگرافیک و اقتصادی اجتماعی، به تفکیک وضعیت برخورداری از بیمه سلامت را نشان می دهد. نتایج این تحقیق نشان داد درصد عدم برخورداری از بیمه سلامت در مردان، گروه های سنی زیر ۲۹ سال، افراد بی سواد تا آنهاییکه دارای سواد متوسط هستند، افرادی که از نظر اقتصادی - اجتماعی در رده های پایین قرار دارند (۱ و ۲)، مجردها و کسانی که از نظر برخورداری از خدمات سلامت در مناطق محروم ساکن هستند بیشتر از زنان، گروه های سنی بالای ۴۰ سال، افراد با تحصیلات عالی و افرادی که در رده های بالای اقتصادی اجتماعی (۵ و ۴) قرار دارند، متاهلین و کسانی که از نظر برخورداری از خدمات سلامت در مناطق برخوردار ساکن هستند می باشد ($p<0.001$). برخورداری از بیمه پایه سلامت توأم با بیمه تکمیلی نیز در گروه های سنی بالای ۴۲ سال، افراد با تحصیلات عالی، افرادی که در رده بالای اقتصادی اجتماعی (۵) قرار دارند، متاهلین و آنهایی که متارکه کرده اند، ساکنین مناطق شهری و مناطق برخوردار از خدمات سلامت شایعتر است ($p<0.001$).

فاکتورهای مرتبط با خدمات دندانپزشکی

فاکتورهای مرتبط با تقاضا برای خدمت دندانپزشکی

۵۰٪ مشارکت کنندگان طی یکسال گذشته به دندانپزشک مراجعه داشته اند، که میزان مراجعه زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است (۴۷٪ در مقایسه با ۵۲٪؛ $p < 0.001$). بیش از نیمی از افراد ۲۵-۴۹ سال، افراد با سواد متوسط و عالی، آنهائیکه در رده های اجتماعی بالا قرار دارند، افراد با بیمه پایه و تکمیلی، متاهلین، ساکنین شهرها و مناطق برخوردار طی یکسال گذشته به دندانپزشک مراجعه داشته اند (در مقایسه با آنهائیکه ۲ سال یا بیشتر از زمان مراجعه شان به دندانپزشک می گذرد و یا اصلا به دندانپزشک مراجعه نداشته اند $p < 0.001$ جدول شماره ۴).

مراجعه به دندانپزشک طی یکسال گذشته در زنان ($OR=1.2$)، گروه های سنی ۳۰-۴۹ سال ($OR=1.5$) و بالای ۶۵ سال ($OR=2$)، افرادی که از نظر اقتصادی-اجتماعی در رده بالا قرار دارند ($OR=3$)، افراد بیمه ای خصوصا آنهائیکه دارای بیمه پایه و تکمیلی هستند ($OR=1.5$)، متاهلین ($OR=1.3$) و افرادی که در مناطق برخوردار از خدمات سلامت ساکن هستند ($OR=1.3$) نسبت به مردان، گروه سنی زیر ۲۴ سال، افراد فاقد بیمه سلامت، مجردها و ساکنین مناطق محروم از نظر برخورداری از خدمات سلامت محتمل تر است (جدول شماره ۷).

بخش عمده ای از افراد (۶۳٪) درد را علت اصلی مراجعه خود به دندانپزشک اعلام کرده اند ($p < 0.05$) (جدول شماره ۴). مراجعه به دندانپزشک به علت درد در مردان ($OR=1.2$)، گروه های سنی زیر ۵۹ سال ($OR=2.3-2.9$)، افراد کم سواد ($OR=2.2$)، افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی در رده پایین قرار دارند ($OR=3.5$)، و افرادی که در مناطق نیمه برخوردار ($OR=1.8$) و محروم ($OR=2.0$) زندگی می کنند نسبت به زنان، گروه سنی بالای ۷۰ سال، افراد بیسواد، افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی در رده بالا قرار دارند، و ساکنین مناطق برخوردار از خدمات سلامت محتمل تر است (جدول شماره ۷).

نمودار شماره ۳ توزیع جمعیت مورد مطالعه بر اساس آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک را به تفکیک کل و وضعیت برخورداری از بیمه سلامت نشان می دهد. بیش از نیمی از افراد دارای بیمه تکمیلی و پایه طی یکسال گذشته به دندانپزشک مراجعه داشته اند ($P < 0.001$). تنها ۱۵٪ اعلام کرده اند که برای چک آپ به دندانپزشک مراجعه نموده اند. درصد مراجعه به علت چک آپ در افراد دارای بیمه تکمیلی و پایه بالاتر از افراد فاقد بیمه و یا افرادی است که تنها دارای بیمه پایه سلامت هستند (۱۹٪ در مقایسه با ۱۴٪ $p < 0.001$ نمودار شماره ۴).

فاکتورهای مرتبط با استفاده از خدمات دندانپزشکی

بار مراجعه به دندانپزشک

جدول شماره ۵. توزیع جمعیت مورد مطالعه (۶۰۲۹) براساس دفعات مراجعه به دندانپزشک، به تفکیک وضعیت دموگرافیک و شرایط اقتصادی - اجتماعی را نشان می دهد. از کل جمعیت مورد مطالعه، ۳۱٪ گزارش داده اند که طی یکسال گذشته حداقل یکبار به دندانپزشک مراجعه داشته اند و ۲۳٪ نیز دوبار و بیشتر به دندانپزشک مراجعه کرده اند. گروه سنی ۲۵-۲۹ سال (۲۷٪)، و ۳۵-۳۹ سال (۲۸٪)، افراد با تحصیلات عالی (۳۲٪)، و افرادی که در وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا قرار دارند (۳۳٪)، افراد دارای بیمه تکمیلی و پایه (۲۸٪)، مجردها (۲۵٪)، و افراد ساکن در مناطق شهری (۲۴٪) و مناطق برخوردار از خدمات سلامت (۲۷٪) بیشترین درصد دوبار و بیشتر مراجعه به دندانپزشک طی یکسال گذشته را گزارش داده اند ($p < 0.001$). نمودار شماره ۵ توزیع جمعیت مورد مطالعه بر اساس بار مراجعه به دندانپزشک در یکسال گذشته را به تفکیک وضعیت برخوردار از بیمه سلامت نشان می دهد. بر این اساس افراد دارای بیمه تکمیلی و پایه بیشترین بار مراجعه به دندانپزشک را نسبت به افراد دارای بیمه پایه و یا افراد فاقد بیمه داشته اند ($p < 0.001$).

خدمت دریافتی در آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک

از کل جمعیت مورد مطالعه، دریافت درمانهای ترمیمی بالاترین درصد (۲۶٪) و به ترتیب درمان ریشه دندان (۱۹٪)، و کشیدن دندان (۱۱٪) شایعترین خدمات دریافتی و خدمات پیشگیری (۴٪) کمترین خدمت دریافتی گزارش شده است.

جدول و تصویر شماره ۶، توزیع جمعیت مورد مطالعه (۶۰۲۹) براساس نوع خدمت دریافتی، به تفکیک وضعیت دموگرافیک و شرایط اقتصادی - اجتماعی را نشان می دهد. نتایج این مطالعه تفاوت معنی داری بین نوع خدمت دریافتی و جنسیت را نشان نداد ($p = 0.07$).

بر این اساس در گروه سنی زیر ۲۴ سال ترمیم دندان (۳۹٪)، گروه سنی ۳۰-۳۴ سال ترمیم (۳۰٪) و درمان ریشه (۲۸٪)، گروه سنی ۳۵-۳۹ و ۴۰-۴۴ سال کشیدن دندان (۲۷٪ و ۲۹٪) و گروه سنی ۶۵ سال به بالا دندان مصنوعی (۴۳٪) شایعترین خدمات دریافتی در آخرین بار مراجعه به دندانپزشک بوده است ($p < 0.001$).

در افراد بیسواد دندان مصنوعی (۴۵٪)، کم سواد کشیدن دندان (۳۳٪) و افراد با سواد متوسط و عالی، ترمیم دندان (۲۹٪ و ۳۲٪) شایعترین خدمت دریافتی بوده است.

در افراد با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین (۱) دندان مصنوعی (۳۹٪) و کشیدن دندان (۳۱٪) و افراد با وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا (۵) ترمیم دندان (۳۲٪) شایعترین خدمت دریافتی بوده است.

در افراد دارای بیمه پایه و تکمیلی، ترمیم دندان (۲۷٪)، درمان ریشه (۲۴٪) شایعترین و در افراد فاقد بیمه سلامت و یا دارای بیمه پایه، ترمیم دندان (۲۵٪) و کشیدن دندان (۲۵٪) شایعترین خدمت دریافتی بوده است.

در ساکنین شهر و مناطق برخوردار از خدمت سلامت ترمیم دندان (۲۷٪) و در روستائیان (۳۷٪) و ساکنین مناطق نیمه برخوردار (۲۸٪) و محروم (۳۲٪) کشیدن دندان شایعترین خدمت دریافتی بوده است.

دریافت خدمت ترمیمی در گروه های سنی زیر ۳۹ سال ($OR=4$)، افراد دارای بیمه پایه و تکمیلی ($OR=1.5$)، ساکنین شهر ($OR=1.3$) محتمل تر از گروه سنی بالای ۷۰ سال، افراد فاقد بیمه و ساکنین روستاها است (جدول شماره ۸).

درمان ریشه دندان در گروه های سنی ۳۵-۳۹ سال ($OR=7.2$) و ۴۰-۴۴ سال ($OR=6.6$)، افراد در وضعیت اقتصادی- اجتماعی ۳ و ۴ ($OR=3.5$)، افراد دارای بیمه تکمیلی ($OR=1.5$)، ساکنین شهر ($OR=1.6$) و مناطق محروم ($OR=1.6$) محتمل تر از گروه سنی بالای ۷۰ سال، افراد در وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین (۱)، افراد فاقد بیمه سلامت و ساکنین شهر و مناطق برخوردار از خدمات سلامت است (جدول شماره ۸).

کشیدن دندان در افراد کم سواد ($OR=2.2$) و سواد متوسط ($OR=2.0$)، افراد در وضعیت اقتصادی- اجتماعی ۱ و ۲ ($OR=2$)، افراد فاقد بیمه سلامت ($OR=1.7$) و ساکنین روستا ($OR=1.6$) و مناطق محروم ($OR=1.9$) محتمل تر از افراد با تحصیلات عالی، افراد در وضعیت اقتصادی- اجتماعی بالا (۵)، افراد دارای بیمه پایه و تکمیلی، ساکنین شهر و مناطق برخوردار از خدمات سلامت است (جدول شماره ۸).

فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

اغلب مطالعات منتشر شده در مورد رابطه بیمه با تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی مربوط به کشورهای اروپائی، آمریکا و استرالیا می باشد. گزارش این قبیل مطالعات در کشورهای با سیستم ارائه خدمات در حال توسعه، خصوصا کشورهای خاورمیانه نادر می باشد. بر اساس اطلاعات محققین این طرح گزارش فعلی به نظر می رسد اولین مطالعه در سطح ملی در مورد رابطه بیمه سلامت با تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی در ایران و خاورمیانه باشد.

یافته های اصلی

مطالعه فعلی نشان داد برخورداری از بیمه سلامت رابطه مثبتی با تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی دارد. افراد بیمه ای، خصوصا افرادی که دارای بیمه پایه و تواما بیمه تکمیلی هستند تقاضای بیشتری برای دریافت خدمت داشته و نوع خدمت دریافتی نیز در آنها متفاوت با افراد غیر بیمه ای است.

رابطه بیمه با تقاضا برای خدمات دندانپزشکی

تقاضای بالا برای دریافت مراقبت های دندانپزشکی در جمعیت بیمه ای (بیمه پایه و تکمیلی) این مطالعه منطبق با گزارشهای منتشر شده از کشورهای با بیمه خصوصی است، آنها نیز در مطالعات خود میزان بالای تقاضا برای مراقبت های دندانپزشکی در بین افراد بیمه ای را گزارش داده اند (۳۹، ۴۵، ۷۴، ۸۵، ۸۶).

همانطوریکه قبلا بیان شد، ماهیت و میزان تامین مالی برای پوشش هزینه های یک خدمت، تصمیم گیری فرد برای جستجوی آن خدمت را تحت تاثیر قرار می دهد^(۸۷). یافته های مطالعه RAND در آمریکا^(۳۶) نشان داد خدمات دندانپزشکی نسبت به سایر خدمات پزشکی به تقسیم هزینه ها بین بیمار و حمایت کننده مالی حساس تر هستند و کاهش سهم بیمار در پرداخت این هزینه ها بطور قابل ملاحظه ای تقاضا برای دریافت این خدمات را افزایش می دهد^(۷۰). در ایران برخورداری از بیمه تکمیلی که بخش عمده ای از حق بیمه آنرا کارفرما پرداخت می کند و بیمه شده می بایست در زمان محدود (معمولا این نوع بیمه ها یکساله می باشند) از مزایای آن استفاده کند، ممکن است یکی از عوامل تقاضای بالا برای مراقبت های دندانپزشکی در این افراد باشد. علاوه بر این در مقایسه با افرادی که فقط بیمه پایه سلامت دارند، افراد با بیمه تکمیلی در انتخاب مرکز دریافت خدمت خود آزاد بوده (به عبارتی در تعداد مراکز و دندانپزشکان طرف قرارداد با بیمه تنوع بیشتری وجود دارد) و این به معنی دسترسی آسانتر به خدمات است که قطعا تقاضا برای دریافت خدمت را در بین افراد با بیمه تکمیلی افزایش می دهد.

اگرچه بین وضعیت بیمه و درد بعنوان علت آخرین مراجعه به دندانپزشک تفاوت معنی داری مشاهده نشد، این تفاوت در بین افرادی که چک - آپ را علت مراجعه خود بیان کرده بودند و برخورداری از بیمه قابل ملاحظه بود، اگرچه میزان پایین چک - آپ در جمعیت مورد مطالعه (فقط ۱۷٪) و همچنین افراد بیمه ای (۲۰٪ تکمیلی - ۱۵٪ پایه) از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد. در مقایسه با سیستم های ارائه خدمات سلامت توسعه یافته این میزان مراجعه برای چک - آپ در ایران بسیار کمتر از میزان

توصیه شده^(۸۸) توسط مجامع دندانپزشکی است. بالاترین میزان مراجعه به دندانپزشک برای چک - آپ از هلند^(۸۹)، فنلاند^(۸۸)، آلمان (Federal Ministry of Health) و آمریکا^(۷۴) گزارش شده است.

منشاء رفتاری جستجوی دندانپزشک برای چک - آپ را در رفتارهای سلامت محوری که از دوران کودکی آموزش داده می شود باید جستجو کرد. سیاستهای سلامت محور و مولفه های سیستم مراقبت از سلامت در یک جامعه شرایط مطلوب برای نهادینه کردن چنین رفتارهایی را فراهم می نماید. یکی از راه حل های مهم و موثر برای ارتقاء این گونه رفتارها برنامه های مراقبتی است که از دوران مدرسه اجرا می شود. مطالعات نشان داده است که رفتارهای سلامت محور و پیشگیرانه ای که در این زمان آموزش داده می شود بنظر می رسد در دوران بعدی زندگی فرد ادامه می یابد^(۶۵، ۶۷، ۸۷). در کشورهایی که میزان چک - آپ دندانپزشکی بالا می باشد، برنامه مراقبت های مرتبط با سلامت دهان سابقه دیرینه ای دارد^(۹۰). در ایران مراکز بهداشتی درمانی وزارت بهداشت از سال ۱۳۷۶ و در راستای ادغام سلامت دهان در مراقبت های اولیه سلامت (PHC) مزایای خاصی برای گروه های هدف برای دریافت خدمات در نظر گرفته است، اما این مراقبتها شامل مراجعه منظم برای چک - آپ نیست و این بدان معنی است که سیستم فعلی سلامت ایران چنین رفتارهای سلامت محوری را پشتیبانی نمی کند و نبود چک - آپ منظم در دوران کودکی شاید یکی از علل نقص در رفتارهای سلامت محور بالغین (درصد اندک چک - آپ در این مطالعه) در شرایط فعلی باشد. نتایج مطالعه ای که اخیرا در مورد مراقبت های دندانپزشکی کودکان ایرانی انجام شده است نیز بر گسترش اینگونه رفتارهای سلامت محور در کودکان و تداوم آن تا مراحل بعدی زندگی فرد تاکید دارد^(۹۱).

سیستم پیگیری بیمار (recall) برای بازدیدهای دوره ای نیز بر تصمیم فرد جهت مراجعه به دندانپزشک تاثیر دارد^(۷۷، ۷۸، ۹۲، ۹۳) همانطوریکه نتایج این مطالعه نشان داد سیستم درمان محور فعلی ایران به صورتی است که بیماران تنها در موارد مواجهه با درد یا سایر مشکلات دهانی به دندانپزشک مراجعه می نمایند. این مسئله همچنین ممکن است ناشی از این واقعیت باشد که دندانپزشکان ایرانی هنوز خود را با سیستم پیگیری بیماران (recall) برای بازدیدهای دوره ای تطبیق نداده اند.

در حالیکه ارتباط بین افرادی که دارای بیمه تکمیلی هستند و مراجعه به دندانپزشک (در یکسال گذشته) تقریبا قوی می باشد، اما در بین افراد با بیمه پایه چنین قوتی دیده نمی شود. این مسئله ممکن است ناشی از موانع واقعی در سر راه افراد و یا برداشتهای بیماران باشد. مطالعه ای در آمریکا^(۸۲) نشان داده است که احساس نیاز شخص^۱ برای مراقبت از سلامت دهان، دسترسی به این خدمات و باور داشتن به اهمیت سالم بودن دهان ممکن است تفاوت مراجعه به دندانپزشک بین افراد با بیمه پایه (Medicaid) و آنهایی که دارای بیمه خصوصی هستند را بیان نماید. در مطالعه فعلی نسبت افراد بیسواد و یا با سواد کم، و افراد در طبقه اقتصادی - اجتماعی پایین در کسانی که دارای بیمه پایه هستند تقریبا دو بار بیشتر از آنهایی است که دارای بیمه تکمیلی می باشند. مشخصه های فردی مرتبط با بیسوادی و یا کم سوادی، و وضعیت اقتصادی - اجتماعی نامناسب ممکن است منجر به درک کمتری از اهمیت مراقبت های مرتبط

^۱ Perceived need

با سلامت دهان شود^(۸۲) علاوه بر این افرادی که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، منبع مالی کافی نیز برای اینکه مراقبت های سلامت را دریافت کنند ندارند. حتی اگر قیمت واقعی درمان از طریق بیمه یا هر مرجع دیگری پرداخت شود، مسئله "هزینه - فرصت" برای دستیابی به این قبیل مراقبتها ممکن است مانعی برای پرداخت هزینه در این دسته از افراد جامعه باشد^(۹۴).

تقاضای بالا برای مراقبتهای دندانپزشکی در جمعیت مورد مطالعه با مشخصه های اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی و رفتارهای مرتبط با سلامت آنها نیز در ارتباط بوده و تنها با برخورداری از بیمه سلامت مرتبط نمی باشد و بدون در نظر گرفتن رفتارهای مرتبط با سلامت افراد، تخمین اثر برخورداری از مزیت کاهش هزینه ممکن است تاثیر واقعی بیمه بر تقاضا را بیش از اندازه نشان دهد.

رابطه بیمه با استفاده از خدمت دندانپزشکی

هر چند اغلب مطالعات نشان داده که بیمه داشتن منجر به افزایش استفاده از خدمات دندانپزشکی می شود^(۴۱، ۴۵) برخی مطالعات نیز تفاوتی بین استفاده از خدمات دندانپزشکی در افراد بیمه ای و غیر بیمه ای نشان نداده اند^(۹۵)، و یا این ارتباط را اندک گزارش کرده اند^(۷۱). در این مطالعه بین بار مراجعه به دندانپزشک و بیمه داشتن در تحلیل دو به دو تفاوت معنی دار مشاهده شد بطوریکه مراجعه بیش از دو بار به دندانپزشک در طی یکسال در افراد با بیمه تکمیلی بطور معنی داری بیشتر از افراد با بیمه پایه و یا فاقد بیمه بود اما در مدل رگرسیون این تفاوت مشاهده نشد.

بر اساس مدل Anderson-Nyman^(۹۶)، استفاده از خدمات دندانپزشکی بعنوان بخشی از رفتارهای مرتبط با سلامت فرد با مشخصه های اقتصادی و اجتماعی و همچنین مشخصه های سیستم ارائه خدمات سلامت مانند دسترسی به خدمات در ارتباط است. این مطالعه نشان داد تفاوت در بار مراجعه به دندانپزشک با سطح سواد افراد و با داشتن بیمه تکمیلی در ارتباط است. در ایران بیمه تکمیلی غالباً برای افراد شاغل قابل دسترسی است. افراد با تحصیلات بالا معمولاً شاغل بوده و درآمد نسبتاً مناسبی دارند، به عبارتی در وضعیت اقتصادی - اجتماعی مناسبی قرار دارند و این فاکتورها منجر به تقاضای بیشتر برای دریافت خدمات دندانپزشکی می شود.

همانطور که بیان شد استفاده بیشتر از خدمات دندانپزشکی در افراد با بیمه تکمیلی ممکن است ناشی از دسترسی آسان آنها به دندانپزشک و یا کلینیک های دندانپزشکی طرف قرارداد باشد. نسبت دندانپزشک به جمعیت یکی از ملاک های ارزیابی دسترسی به خدمات محسوب می شود^(۳۵، ۹۷) و رابطه مثبتی بین این نسبت و استفاده افراد از خدمات وجود دارد. در سیستم بیمه ای ایران، خصوصاً سازمان تامین اجتماعی که بخش وسیعی از افراد جامعه را پوشش می دهد تنوع خدمات مورد تعهد و مراکز ارائه دهنده این خدمات محدود بوده و نسبت دندانپزشک به جمعیت بیمه ای (۰.۲:۱۰۰۰) برآورد می شود که بسیار پایین تر از کشورهایی توسعه یافته با بیمه پایه (ملی - عمومی) غالب است. مثلاً این نسبت در فنلاند (۱.۳:۱۰۰۰) می باشد (WHO 2008).

تعداد اندک مراکز ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی و یا دندانپزشکان طرف قرارداد با بیمه پایه در مقایسه با پوشش جمعیتی این بیمه ها (۸۶٪ جمعیت کشور) و مشکل دسترسی به این مراکز خصوصاً در مناطق

روستائی و محروم یکی از چالشهای اساسی سازمان های بیمه گر عمومی (پایه) در ایران می باشد. در فنلاند با سیستم حمل و نقل عمومی بسیار مناسب بیمه ملی سلامت بخشی از هزینه حمل و نقل بیماران برای مراجعه به مراکز درمانی را نیز پرداخت می کند. بعلاوه، نقطه قوت بیمه ملی سلامت در کشورهای توسعه یافته نقش بخش خصوصی در تامین خدمات است. بیش از نیمی از دندانپزشکان فنلاندی شاغل در بخش خصوصی، طرف قرارداد بیمه ملی سلامت هستند^(۴۶)، در آلمان نیز ۸۵٪ دندانپزشکان با بیمه کار می کنند. بیش از ۹۰٪ دندانپزشکان در ایران در بخش خصوصی مشغول بکار می باشند در عین حال تعداد اندکی از آنها با بیمه پایه طرف قرارداد می باشند، که علت آن احتمالاً مربوط به مکانیزم بازپرداخت و تعرفه های پایین خدمات در سیستم بیمه پایه می باشد. مطالعات انجام شده در آمریکا^(۹۸، ۹۹) نشان داده که یکی از موانع اصلی برای افراد تحت پوشش بیمه مدیکل پیدا کردن دندانپزشکی است که با تعرفه پایین بیمه مدیکال حاضر باشد به این افراد خدمت ارائه دهد. تعرفه خدمات دندانپزشکی در سیستم بیمه ای ایران پایین تر از ۵۰٪ تعرفه ای که دندانپزشکان در بخش خصوصی دریافت می کنند می باشد.

مطالعات نشان داده که نوع خدمت دندانپزشکی که دریافت می شود متاثر از مشکلات دندانی فرد، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و برخورداری از بیمه می باشد^(۷۸، ۷۰). از نظر نوع خدمت دریافتی، افراد بیمه ای بیشتر خدمات پیشگیری، معاینه، ترمیم و خدمات تخصصی تر دریافت و کمتر خدمت کشیدن دریافت می کنند^(۸۰، ۱۰۰). بر مبنای سیاست های سیستم بیمه ای هر کشور نوع خدمات تحت پوشش بیمه متفاوت می باشد. در سوئد و آمریکا برای ارتقاء و ترویج خدمات پیشگیری بیمه های دندانپزشکی تا ۱۰۰٪ هزینه این نوع خدمات را پرداخت می نمایند^(۹۹، ۱۰۱). رابطه بین بیمه بودن و دریافت میزان کمتر کشیدن دندان نسبت به سایر خدمات که در این مطالعه مشخص شد در سایر مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نیز تأیید شده است^(۸۲، ۱۰۰، ۱۰۲). کمتر کشیدن دندان در بین افراد بیمه ای ممکن است بخاطر وجود گزینه های بهتر برای انتخاب نوع درمان باشد. در افراد دارای بیمه تکمیلی تنوع خدمات بیشتر از تنوع خدمات در افراد با بیمه پایه است و این امر می تواند یکی از علل دریافت خدمات ترمیم، درمان ریشه و خدمات تخصصی تر توسط افراد با بیمه تکمیلی باشد. از طرفی بخش عمده افراد با بیمه تکمیلی از نظر تحصیلات در سطح متوسط تا عالی قرار دارند. تحصیلات و درآمد بالا ممکن است در نگرش افراد بیمه ای برای داشتن دهان و دندان سالم و تلاش برای حفظ دندانها و اجتناب از کشیدن آنها موثر باشد. از طرف دیگر دندانپزشک نیز ممکن است تصمیم گیری بیماران بیمه ای را برای دریافت خدمات تخصصی با تعرفه بالاتر تحت تأثیر قرار دهد که نتیجه آن بازپرداخت مبالغ بالاتر برای دریافت این نوع خدمات از طرف شرکت بیمه است.

نتایج این مطالعه نشان داد که سواى تأثیر بیمه بودن یا نبودن در نوع خدمت دریافتی، ترمیم دندان، خدمت دریافتی غالب در جمعیت مورد مطالعه و خدمات پیشگیری کمترین خدمت دریافتی بوده است. درصد کم دریافت خدمات پیشگیری نکته قابل ملاحظه ای در مطالعه فعلی است چرا که در اغلب کشور های توسعه یافته میزان دریافت این نوع خدمت بالا می باشد^(۱۰۲، ۱۰۳). دلایل ذکر شده در مورد سیستم ریکال و مراجعه منظم برای چک - آپ و همچنین پایین بودن تعرفه این نوع خدمات و توجه کمی که

بیماران برای دریافت خدمات پیشگیری نشان می دهند می تواند از دلایل پایین بودن درصد دریافت این خدمات باشد.

دریافت درصد بالای ترمیم دندان در مطالعه حاضر می تواند در راستای شیوع بالای پوسیدگی دندان در بین بالغین باشد. همانطوریکه در آخرین بررسی ملی شاخص های سلامت دهان گزارش شد، ۷۴٪ گروه سنی ۱۸ سال و ۲۴٪ گروه سنی ۳۵-۴۴ سال دارای حداقل یک دندان پوسیده بوده اند. یافته های بررسی ملی و مطالعات انجام شده در سالهای اخیر^(۱۶)، در مورد وضعیت سلامت دهان و نیازهای درمانی ایرانیان همراه با نتایج حاصل از این مطالعه موید نیاز بالا برای دریافت خدمات دندانپزشکی در بین بالغین کشور می باشد.

از طرفی شیوع بالای پلاک دندانی در بالغین و یافته های مشترک در مورد وجود جرم دندان در بین جوانان و بالغین کشور^(۱۶) می تواند دلیل منطقی برای توجیه درصد اندک دریافت خدمات پیشگیری در جمعیت مورد مطالعه باشد و موید این مطلب است که سیستم مراقبت از سلامت دهان فعلی در ایران برنامه مناسبی برای ارائه خدمات پیشگیری ندارد. تغییر جهت خدمات دندانپزشکی به سمت مراقبتهای پیشگیری یکی از اولویت های عملیاتی، سازمان جهانی سلامت (WHO) برای تداوم بهبود سلامت دهان جوامع می باشد^(۵۴). سازمان های بیمه گر خصوصاً بیمه های پایه (ملی) که بخش وسیعی از جامعه را تحت پوشش قرار دارند نیز می بایست تاکید و تسهیل برای دریافت مراقبت های پیشگیری را در برنامه های بیمه ای خود منظور نمایند. ارائه خدمات پیشگیری با توجه به تعرفه در نظر گرفته شده برای این نوع مراقبتهای ممکن است منجر به درآمد کمتری برای دندانپزشک در مقایسه با سایر خدمات بشود و در نتیجه تصمیم دندانپزشک برای نوع خدمتی که ارائه می دهد را تحت تاثیر قرار دهد. در یک مطالعه نشان داده شد که دندانپزشکان ایرانی نگرش مثبتی به ارائه خدمات پیشگیری دارند، که نقطه قوت خوبی محسوب می شود اما از سوی دیگر آنها معتقد بودند که ارائه این نوع خدمات از نظر اقتصادی نسبت به سایر خدمات تخصصی به صرفه نمی باشد^(۱۰۴). چنین نگرشی ممکن است تمایل دندانپزشکان را برای ارائه خدمات پیشگیری در جمعیت مورد مطالعه فعلی نیز تحت تاثیر قرار داده باشد.

مراجعات مکرر به دندانپزشک (بار مراجعه به دندانپزشک)، نوع خدمت دریافتی و پولی که برای دریافت این خدمات پرداخت می شود از جمله معیارهای استفاده از خدمات دندانپزشکی است^(۴۱). در این مطالعه اطلاعات مستندی در رابط با میزان هزینه صرف شده برای خدمات دندانپزشکی چه از طرف بیمار و چه از طرف دولت یا سازمانهای بیمه ای در دسترس نبود و بنابراین رابطه بین استفاده از خدمت دندانپزشکی و میزان پرداخت (بیمار یا سازمان بیمه گر) مورد بررسی قرار نگرفت. با این حال کل هزینه صرف شده برای مراقبتهای سلامت در کشور ۶.۶٪ GDP بوده است. بر اساس گزارش مرکز آمار ایران ۱۸٪ هزینه های سلامت توسط بیمه های پایه، ۲۳٪ توسط دولت و مابقی آن توسط بیمار پرداخت شده است (مرکز آمار ایران).

در ایران بر اساس قانون کار تمامی شاغلین باید اجباراً توسط کارفرما بیمه شوند از این جهت سیستم بیمه ای ایران را می توان مشابه سیستم بیمه آلمان دانست، از برخی جهات نیز سیستم بیمه ای ایران

مشابه بیمه خصوصی در آمریکا است (بیمه های تکمیلی). در عین حال سیستم بیمه سلامت در ایران دارای تفاوت‌هایی با سایر بیمه های ملی و خصوصی در سطح جهان می باشد که کارآمدی آن را تحت تاثیر قرار می دهد: مهمترین نقطه ضعف بیمه پایه سلامت در ایران، خصوصا سازمان تامین اجتماعی، نقش سه وجهی آن است. در این حالت سازمان بیمه گر هم نقش جمع آوری حق بیمه را دارد، هم بازپرداخت هزینه ها را انجام می دهد و هم ارائه خدمات را بر عهده دارد (اغلب خدمات دندانپزشکی در مراکز متعلق به سازمان ارائه می شود). از طرف دیگر تعرفه خدمات نیز بدون دخالت بخش خصوصی و یا مذاکره با دندانپزشکان و یا انجمن های دندانپزشکی تعیین می گردد. در اغلب کشورهای با سیستم سلامت توسعه یافته تعرفه خدمات از طریق مذاکره با ارائه دهندگان خدمت تعیین می گردد.

در این مطالعه مشخص شد که ۱۴٪ جمعیت مورد مطالعه فاقد بیمه سلامت هستند، در آمریکا نیز حدود ۳۵٪ جمعیت کشور فاقد پوشش بیمه می باشند^(۳۹)، اما پوشش بیمه سلامت در فنلاند و کشورهای شمال اروپا ۱۰۰٪ بوده و در آلمان بیش از ۹۰٪ مردم تحت پوشش بیمه ملی سلامت هستند (Federal Ministry of Health, Germany).

از آنجائیکه بیمه پایه در ایران در قالب کارفرما - کارگرسورت می گیرد در نتیجه عمدتا شاغلین و خانواده های آنها تحت پوشش بیمه قرار می گیرند. با این حال همانطوریکه نتایج این تحقیق نشان داد بیشتر افراد غیر بیمه ای بیسواد و یا کم سواد بوده و از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در موقیت مناسبی قرار ندارند و تخمین زده می شود که بیکار بوده و یا شغل مناسبی نداشته باشند. مطالعات نشان داده که بهداشت دهان ضعیف، بیماریهای دهان و نیازهای درمانی برآورده نشده، در افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در طبقات پایین قرار دارند شایعتر و معمولا این افراد فاقد بیمه هستند^(۹۹). با توجه به موارد فوق دسترسی آسان و قابل خرید بودن خدمات دندانپزشکی برای افراد آسیب پذیر مهمترین اولویت سیستم سلامت در همه کشورها می باشد، در این راستا در برنامه توسعه پنجم تدابیری برای پوشش همگانی در نظر گرفته شده است که در این راستا اولویت نخست می بایست به افراد آسیب پذیر جامعه داده شود.

اطلاعات موجود در رابطه با سیستم ارائه خدمات در ایران و یافته های این مطالعه نشان می دهد که در بخش دولتی و بیمه ای کمبود دندانپزشک و مراکز ارائه خدمت وجود دارد که نتیجه آن مشکل دسترسی به خدمات برای آن بخش از افراد جامعه است که می خواهند و یا مجبور هستند خدمات مورد نیاز خود را از مراکز فوق دریافت نمایند. از طرفی وضعیت شاخص های سلامت دهان و نیازهای درمانی در افراد ایرانی اشاره به ناتوانی سیستم تامین مراقبتهای دندانپزشکی در رسیدن به هدف غائی این قبیل سیستمها که ارتقاء و حفظ سلامت دهان جامعه می باشد دارد.

بطور کلی ارائه خدمات پیشگیری توسط دندانپزشک مقرون به صرفه نبوده و آنطوری که انتظار می رود موفقیت آمیز نخواهد بود، از طرفی تعداد نیروهای حد واسط مانند بهداشتکار دهان و دندان و یا پرستار دندانپزشک برای ارائه خدمات پیشگیری بسیار اندک بوده و برنامه خاصی نیز برای افزایش آنها وجود ندارد، در نتیجه سیاستگذاران بخش سلامت و بیمه می بایست از راه حل های جایگزین برای ارتقاء

سلامت دهان جامعه استفاده نمایند. این قبیل راه حل های نایست متکی به ترجیح بیمار (افراد جامعه) و یا القائات ارائه دهنده خدمت باشد و در ضمن تمامی افراد جامعه بتوانند از اینگونه خدمات بطور یکسان بهره ببرند. در این زمینه مداخلاتی که در سطح جامعه انجام می پذیرد؛ مانند فلوراید کردن آب آشامیدنی و یا نمک، و ترویج استفاده از خمیر دندانهای فلوراید دار از جمله راهکارهای موثری است که در اکثر کشورهای توسعه یافته اعمال می شود^(۱۰۵). بیمه پایه و بیمه های تکمیلی می توانند نقش موثری در اینگونه برنامه ها داشته باشند، مثلا از طریق تخصیص بخشی از حق بیمه های دریافتی به برنامه های مداخله ای که در سطح جامعه صورت می گیرد و یا اینکه هر فرد بیمه ای بتواند در سال ۳ تا ۴ بار با استفاده از بیمه خود خمیر دندان خریداری کند.

نتیجه گیری

بیمه سلامت بر تقاضا برای مراقبت های دندانپزشکی اثر دارد. برخورداری از بیمه بعنوان ابزاری برای حذف یا کاهش هزینه های دندانپزشکی منتج به ایجاد تقاضای بالا در افراد بیمه ای برای بهرمندی از مراقبت های دندانپزشکی می شود.

بیمه سلامت در استفاده بیشتر از خدمات دندانپزشکی و همچنین نوع خدمت دریافتی نیز اثر دارد. بار مراجعه به دندانپزشک در افراد بیمه ای بیشتر بوده و اغلب آنها خدماتی را که منجر به حفظ دندان (ترمیم - درمان ریشه) می گردد دریافت می کنند.

در ایران با سیستم ارائه خدمات در حال توسعه و سیستم بیمه ای درمان محور درصد بالایی از خدمات دندانپزشکی مربوط به زمانی است که بیمار به علت درد به دندانپزشک مراجعه می کند.

ویژگیهای فردی نیز در تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی موثر است: زنها، گروه های سنی جوان، افراد با تحصیلات بالا و کسانی که در طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا قرار دارند، متاهلین و ساکنین شهرها و مناطق برخوردار از خدمات سلامت نسبت به مردها، گروه های سنی بالا، افراد بیسواد و یا کم سواد، کسانی که در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین قرار دارند، کسانی که متارکه کرده اند، ساکنین روستاها و مناطق محروم از خدمات سلامت تقاضای بیشتری برای دریافت خدمات دندانپزشکی داشته و دریافت خدماتی که منجر به حفظ دندانها می شود در آنها بالاتر است. در این مطالعه بیمه سلامت خصوصا بیمه تکمیلی غالبا برای افرادی بوده است که شاغل هستند که احتمالا وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتری نسبت به افراد بیکار دارند.

علی رغم اینکه بخش عمده ای از دندانپزشکان کشور در بخش خصوصی کار می کنند اما میزان مشارکت آنها با بیمه های سلامت خصوصا بیمه پایه بسیار اندک بوده که نتیجه آن تعداد اندک مراکز درمانی است که به بیمه شدگان ارائه خدمت می دهند.

توصیه ها

نتایج این مطالعه نیاز به اصلاح در سیستم بیمه ای بمنظور تسهیل شرایط برای استفاده از مراقبت های دندانپزشکی را نشان داد لذا تغییرات زیر پیشنهاد می گردد:

برای دسترسی بهتر به مراقبت های دندانپزشکی

تشویق بخش خصوصی به مشارکت در ارائه مراقبت ها به افراد بیمه ای، خصوصا بیمه پایه. به این منظور اصلاح تعرفه ها و اصلاح سیستم پرداخت به دندانپزشکان باید مورد توجه قرار گیرد. میزان پرداختی به دندانپزشک برای خدمتی که ارائه می دهد می بایست متناسب با هزینه هائی باشد که در این زمینه به دندانپزشک تحمیل می شود. مشارکت سازمان ها و انجمن های غیر دولتی در تعیین و بروز کردن تعرفه ها از ضروریاتی است که شورای عالی بیمه و وزارت بهداشت باید در نظر داشته باشد.

برای افزایش توان افراد جهت خرید خدمات دندانپزشکی

پوشش بیمه پایه سلامت می بایست برای کل جامعه گسترش یافته و نوع خدمات نیز افزایش یابد. دولت در تامین مالی برای پوشش بیمه های تکمیلی به افراد جامعه کمک کند. این مهم با تشکیل صندوق های خاص بیمه سلامت که منبع تامین مالی آن می تواند از طریق مالیات بر کالاها یا موادی باشد که برای سلامت زیان آور است تامین گردد.

تغییر جهت سیستم فعلی از فعالیت های صرفا درمان محور بر فعالیت های پیشگیری و ایجاد تسهیلات برای دریافت این قبیل خدمات خصوصا در مراقبت های دندانپزشکی ضروری بوده و به این منظور اجباری کردن چک - آپ های دوره ای و منظور کردن کلیه مراقبت های پیشگیری در خدمات تحت پوشش بیمه سلامت پیشنهاد می گردد.

منابع

۱. Association AD. The oral-systemic connection: An update for the practicing dentist. A special supplement to the journal of the american dental association. *J Am Dent Assoc* 2006;137: 1S-40S.
۲. Kiyak HA. Age and culture: Influences on oral health behaviour. *International dental journal* 1993;43: 9-16.
۳. Österberg T, Lundgren M, Emilson C-G, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly swedish population. *Acta Odontologica* 1998;56: 41-47.
۴. Kegeles SS. Why people seek dental care: A review of present knowledge. *American Journal of Public Health and the Nations Health* 1961;51: 1306-11.
۵. Petersen PE, Pedersen KM. Socioeconomic demand model for dental visits. *Community dentistry and oral epidemiology* 1984;12: 361-65.
۶. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. *Essential dental public health*: OUP Oxford; 2013.
۷. Health UDo, Services H. Oral health in america: A report of the surgeon general. *Rockville, MD: National Institutes of Health* 2000.
۸. Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, et al. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. *European Journal of Dental Education* 2008;12: 111-19.
۹. Praiss I, Tannenbaum K, Gelder-Kogan C. Quality of dental care--the role of third-party payers: A literature review. *Medical care review* 1978;35: 1211.
۱۰. Evans RG, Williamson MF, Council OE. *Extending canadian health insurance: Options for pharmacare and denticare*: Ontario Economic Council; 1978.
۱۱. Feldstein PJ. Financing dental care: An economic analysis. *Financing dental care: an economic analysis* 1973.
۱۲. Feldstein P. *Health care economics*: Cengage Learning; 2011.
۱۳. Zatz M, Landay M, LeDell J. Dental benefits and reimbursements. *Dental clinics of North America* 1987;31: 193-207.
۱۴. Manski R. Dental insurance: Design, need, and public policy. *The Journal of the American College of Dentists* 2000;68: 9-13.
۱۵. Center IS. The report of the 1996 population census. March, 2006.
۱۶. Hessari H. Oral health among young adults and the middle-aged in iran. 2009.
۱۷. Pakshir HR. Oral health in iran. *International dental journal* 2004;54: 367-72.
۱۸. Sintonen H, Maljanen T. Explaining the utilisation of dental care. Experiences from the finnish dental market. *Health economics* 1995;4: 453-66.

- ۱۹Dworkin SF, Ference TP, Giddon DB. *Behavioral science and dental practice*: Mosby; 1978.
- ۲۰John Spencer A. The estimation of need for dental care. *Journal of public health dentistry* 1980;40: 311-27.
- ۲۱Davis P. Converting the need for care into demand for services. *International dental journal* 1982;32: 271-80.
- ۲۲Freeman R. The psychology of dental patient care: Barriers to accessing dental care: Patient factor. *British dental journal* 1999;187: 141-44.
- ۲۳Newsome P, Wright GH. Patient management: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal* 1999;186: 161-65.
- ۲۴Newsome P, Wright GH. Patient management: A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: An appraisal of recent literature. *British dental journal* 1999;186: 166-70.
- ۲۵Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Factors related to satisfaction with dental care among 23-year olds in norway. *Community dentistry and oral epidemiology* 2005;33: 150-57.
- ۲۶Bendall D, Asubonteng P. The effect of dental insurance on the demand for dental services in the USA: A review. *Journal of management in medicine* 1995;9: 55-68.
- ۲۷Manski RJ, Goldfarb MM. Dental utilisation for older americans aged 55-75. *Gerodontology* 1996;13: 49-55.
- ۲۸Steele J, Walls A, Ayatollahi S, Murray J. Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three english communities. *British dental journal* 1996;180: 131-36.
- ۲۹Lo E, Lin H, Wang Z, Wong M, Schwarz E. Utilization of dental services in southern china. *Journal of dental research* 2001;80: 1471-74.
- ۳۰Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M. Utilization of dental health services among middle-aged people in sweden and denmark. *Acta Odontologica* 2002;60: 276-80.
- ۳۱Ekanayake L, Mendis R. Self reported use of dental services among employed adults in sri lanka. *International dental journal* 2002;52: 151-55.
- ۳۲Ugur Z, Gaengler P. Utilisation of dental services among a turkish population in witten, germany. *International dental journal* 2002;52: 144-50.
- ۳۳Stewart DC, Ortega AN, Dausey D, Rosenheck R. Oral health and use of dental services among hispanics. *Journal of public health dentistry* 2002;62: 84-91.
- ۳۴Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in norway. *Journal of health economics* 2001;20: 379-93.

- ۳۵Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care* 1981;19: 127-40.
- ۳۶Baker F. General systems theory, research, and medical care. *Systems and medical care* 1970: 1-26.
- ۳۷Richard SW. Organizations: Rational, natural, and open systems. Prentice Hall, USA, 2003.
- ۳۸Pine CM, Harris R. *Community oral health*: Quintessence Pub.; 2007.
- ۳۹Manski RJ. Public programs, insurance, and dental access. *Dental clinics of North America* 2009;53: 485-503.
- ۴۰Pack AR. Dental services and needs in developing countries. *International dental journal* 1998;48: 239-47.
- ۴۱Bailit H, Beazoglou T. Financing dental care: Trends in public and private expenditures for dental services. *Dental clinics of North America* 2008;52: 281-95.
- ۴۲Chen M-s. *Comparing oral health care systems: A second international collaborative study*: World Health Organization; 1997.
- ۴۳Nomura M. Dental healthcare reforms in germany and japan: A comparison of statutory health insurance policy. *Japanese Dental Science Review* 2008;44: 109-17.
- ۴۴Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community dental health* 2005;22: 75-85.
- ۴۵Chapin R. Dental benefits improve access to oral care. *Dental clinics of North America* 2009;53: 505-09.
- ۴۶Widström E, Eaton K, Vanobbergen J. Oral healthcare systems in the extended european union, partim];oral health care system in] belgium. *Oral health & preventive dentistry* 2004;2: 155 (57)-(59) 94.
- ۴۷Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. 2004.
- ۴۸Manski R, Cooper P. Dental care use: Does dental insurance truly make a difference in the us? *Community dental health* 2007;24: 205-12.
- ۴۹Korpi W, Palme J. The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the western countries. *American sociological review* 1998: 661.۸۷-
- ۵۰.مجلس میه. قانون اساسی ایران جمهوری اسلامی ایران In: مجلس میه, editor. تهران: مرکز پژوهش های مجلس, ۱۳۵۸.
- ۵۱technology MoHaMEMcosai. Health care centers. 1391; <http://it.behdasht.gov.ir/page/%D8%B4%D8%A7%D8%AE%D8%B5%D9%87%D8%A7%DB%8C+%D9%85%D9%84%DB%8C+%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA.>

- ۵۲ Bayat F. Impact of dental insurance on adults' oral health care in tehran, iran. 2010.
- ۵۳ Collin Bagewitz I, Söderfeldt B, Nilner K, Palmqvist S. Oral prostheses and oral health-related quality of life: A survey study of an adult swedish population. *International Journal of Prosthodontics*; 2 2007.
- ۵۴ Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83: 661-69.
- ۵۵ Nuttall NM, Nugent ZJ. Indicators of dental extractions and full mouth clearances: A longitudinal analysis. *Community dentistry and oral epidemiology* 1997;25: 181-83.
- ۵۶ Jaber Ansari Z. A review on the rate of caries experience in iran during 1990-1992. *Beheshti Univ Dent J* 1998;17: 246-54.
- ۵۷ Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of health economics*: Elsevier; 2000.
- ۵۸ Suominen-Taipale AL. *Demand for oral health care services in adult finns*: Turun Yliopisto; 2000.
- ۵۹ Stoyanova AP, Martínez MSR, i Font JC. *Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in spain*: Universitat de Barcelona; 2004.
- ۶۰ Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Dental care utilization: A study of 50-to 75-year-olds in southern sweden. *Acta Odontologica* 2002;60: 20-24.
- ۶۱ Macek MD, Cohen LA, Reid BC, Manski RJ. Dental visits among older us adults, 1999: The roles of dentition status and cost. *Journal of the American Dental Association (1939)* 2004;135: 1154-62; quiz 65.
- ۶۲ Eklund S. The impact of insurance on oral health. *The Journal of the American College of Dentists* 2000;68: 8-11.
- ۶۳ Parkin D, Yule B. Patient charges and the demand for dental care in scotland, 1962–81. *Applied Economics* 1988;20: 229-42.
- ۶۴ Brennan DS, Carter KD, Stewart JF, Spencer AJ. *Commonwealth dental health program evaluation report 1994-1996*: AIHW Dental Statistics and Research Unit, University of Adelaide; 1997.
- ۶۵ Schwarz E. Changes in utilization and cost sharing within the danish national health insurance dental program, 1975-90. *Acta Odontologica* 1996;54: 29-35.
- ۶۶ Abraham D, Bronkhorst E, Truin G, Severens J, Felling A. Determining the explanatory potential of variables. *Journal of dental research* 2002;81: 289-94.
- ۶۷ Slack-Smith L, Hyndman J. The relationship between demographic and health-related factors on dental service attendance by older australians. *British dental journal* 2004;197: 193-99.
- ۶۸ Grembowski D, Conrad D, Weaver M, Milgrom P. The structure and function of dental-care markets: A review and agenda for research. *Medical care* 1988: 132-47.

- ۶۹So FHC, Schwarz E. Demand for and utilization of dental services among hong kong employees with and without dental benefit coverage. *Community dentistry and oral epidemiology* 1996;۶-۲۰۱: ۲۴;
- ۷۰Manning WG, Bailit HL, Benjamin B, Newhouse JP. The demand for dental care: Evidence from a randomized trial in health insurance. *Journal of the American Dental Association (1939)* 1985;110: 895-902.
- ۷۱Locker D, Leake JL. Inequities in health: Dental insurance coverage and use of dental services among older ontario adults. *Canadian journal of public health= Revue canadienne de santé publique* 1993;84: 139.
- ۷۲Newman JF, Gift HC. Regular pattern of preventive dental services—a measure of access. *Social Science & Medicine* 1992;35: 997-1001.
- ۷۳Lang WP, Farghaly MM, Ronis DL. The relation of preventive dental behaviors to periodontal health status. *Journal of clinical periodontology* 1994;21: 194-98.
- ۷۴Sohn W, Ismail AI. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. *Journal of the American Dental Association (1939)* 2005;136: 58-66; quiz 90-1.
- ۷۵Woolfolk MW, Lang WP, Borgnakke WS, Taylor GW, Ronis DL, Nyquist LV. Determining dental checkup frequency. *Journal of the American Dental Association (1939)* 1999;130: 715-23.
- ۷۶Chalkley M, Robinson R. *Theory and evidence on cost sharing in health care: An economic perspective*: Office of Health Economics London; 1997.
- ۷۷Nguyen L. Dental service utilization, dental health production and equity in dental care: The finnish experience. 2008.
- ۷۸Mueller CD, Monheit AC. Insurance coverage and the demand for dental care: Results for non-aged white adults. *Journal of Health Economics* 1988;7: 59-72.
- ۷۹Brennan DS, Spencer AJ. Influence of patient, visit, and oral health factors on dental service provision. *Journal of public health dentistry* 2002;62: 148-57.
- ۸۰Brennan DS, Spencer AJ. Evaluation of service provision patterns during a public-funded dental program. *Australian and New Zealand journal of public health* 1999;23: 140-46.
- ۸۱Brennan DS, Spencer AJ. The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services. *Community dentistry and oral epidemiology* 2005;33: 181-95.
- ۸۲Sweet M, Damiano P, Rivera E, Kuthy R, Heller K. A comparison of dental services received by medicaid and privately insured adult populations. *Journal of the American Dental Association (1939)* 2005;136: 93-100.

- ۸۳Ghorbani Z, Ahmady AE, Lando HA, Yazdani S, Amiri Z. Development of a socioeconomic status index to interpret inequalities in oral health in developing countries. *Oral Health Prev Dent* 2012;11: 9-15.
- ۸۴.امینی ن, یدالهی ح, اینانلو ص, دفتر مافز, وزارت روت. رتبه بندی سلامت استان های کشور.
- ۸۵Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. *Health economics* 2000;9: 447-61.
- ۸۶Wall TP, Brown LJ. Recent trends in dental visits and private dental insurance, 1989 and 1999. *Journal of the American Dental Association (1939)* 2003;134: 621-27.
- ۸۷Andersen R, Marcus M, Mahshigan M. A comparative systems perspective on oral health promotion and disease prevention. *Oral health promotion: Socio-dental sciences in Action Munksgaard International Publishers, Copenhagen* 1995.
- ۸۸Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4.
- ۸۹Schouten B, Mettes T, Weeda W, Hoogstraten J. Dental check-up frequency: Preferences of dutch patients. *Community dental health* 2006;23: 133-39.
- ۹۰Birch S, Anderson R. Financing and delivering oral health care: What can we learn from other countries. *J Can Dent Assoc* 2005;71: 243.
- ۹۱Yazdani R. Dental health and school-based health education among 15-year-olds in tehran, iran. University of Helsinki; 2009.
- ۹۲Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Helkimo AN, Lundin S-A, Norderyd O, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in jonkoping, sweden during 30 years (1973-2003). I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swedish dental journal* 2004;29: 125-38.
- ۹۳Grytten J, Rongen G, Asmyhr O. Subsidized dental care for young men: Its impact on utilization and dental health. *Health economics* 1996;5: 119-28.
- ۹۴Guay AH. Access to dental care. *Journal of the American Dental Association* 2004;135: 1599-605.
- ۹۵Holst D. Third party payment in dentistry. *An analysis of the effect of a third party payment system and of system determinants [Thesis] Oslo: University of Oslo* 1982.
- ۹۶Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the united states. *Milbank Quarterly* 2005;83: Online-only-Online-only.
- ۹۷Grytten J, Lund E, Rongen G. Equity in access to public dental services: The experience from norway. *Acta Odontologica* 2001;59: 372-78.
- ۹۸Mofidi M. Dentist participation in medicaid: Key to assuring access for north carolina's most underserved. *North Carolina medical journal* 2005;66: 456.

- ۹۹Parker M. A perspective on the dentally uninsured. *North Carolina medical journal* 2006;67: 209.
- ۱۰۰Brennan DS, Spencer AJ. Practice profiles of australian private general dental practitioners. *Australian dental journal* 2006;51: 91-93.
- ۱۰۱Buhlin K, Gustafsson A, Hakansson J, Klinge B. Self-reported oral health, dental care habits and cardiovascular disease in an adult swedish population. *ORAL HEALTH AND PREVENTIVE DENTISTRY* 2003;1: 291-300.
- ۱۰۲Brennan DS, Luzzi L, Roberts-Thomson KF. Dental service patterns among private and public adult patients in australia. *BMC health services research* 2008;8: 1.
- ۱۰۳Bader J, Kaplan A. Treatment distributions in dental practice. *Journal of dental education* 1983;47: 142-48.
- ۱۰۴Ghasemi H, Murtooma H, Torabzadeh H, Vehkalahti MM. Knowledge of and attitudes towards preventive dental care among iranian dentists. *European journal of dentistry* 2007;1: 222.
- ۱۰۵Yeung CA. A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation. *Evidence-based dentistry* 2008;9: 39-43.

^۱OHS 2004: Oral Health Survey in 15-19 and 35-44-year-olds in Iran, 1 ed Tehran: Ministry of Health and Medical Education, under-secretary of health, oral health bureau 2001-2002.

Federal Ministry of Health, Germany. What statutory health insurance covers? In: Health insurance. Available at: http://www.bmg.bund.de/ cln_041/nn_617002/EN/Health/health-insurance,param=- Links.html#doc921612bodyText1. Accessed 2007.

World Health Organization (WHO). Country brief. Geneva: Available at: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_irn_en.pdf. Accessed 2002.

Federal Ministry of Health, Germany. What statutory health insurance covers? In: Health insurance. Available at: http://www.bmg.bund.de/ cln_041/nn_617002/EN/Health/health-insurance,param=- Links.html#doc921612bodyText1. Accessed 2007.

آیین نامه اجرائی قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی، بند الف ماده ۲ قابل دسترس از: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/91729>

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، بند ۶ ماده ۱ قابل دسترس از:

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/92470>

OHSIC 2000: Oral Health Situation of Iranian Children. 1 ed Tehran: Ministry of Health and Medical Education, under-secretary of health, oral health bureau 1998-1999.
