



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی وضعیت خدمات دندان پزشکی در ایران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

دبیرخانه دیده‌بانی سلامت

(گزارش جامع)

زمستان ۱۳۹۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دربارهٔ محتوی

محتوی پیش رو گزارشی از بررسی وضعیت خدمات دندانپزشکی در ایران است که براساس داده های مطالعات انجام شده طی سالهای اخیر در حوزه های مختلف دندانپزشکی انجام گرفته است.

در فصل اول این گزارش به معرفی پرسشنامه پیمایش هزینه درآمد خانواده و تعریف مفاهیم و متغیر های مهم آن پرداخته است. در ادامه، در فصل دوم این گزارش، نگاهی به نظام سلامت سایر کشورها داشته، با مرور ای گزارش ها روش های سیاست گذاری، قوانین تعرفه گذاری و ارائه خدمات، وضعیت ارائه خدمات سلامت و هزینه های مرتبط استخراج شده و سپس در فصل سوم آن سعی شده است وضعیت خدمات دندانپزشکی در کشور ایران را طبق داده ها و پژوهش های موجود بررسی کرده و نقاط ضعف و قدرت را آشکار سازد. در انتها نیز به افق های روبرو و چالش های موجود پرداخته شده است.

برای استفاده از مطالب این گزارش لطفا از آدرس استنادی زیر استفاده شود:

ارزیابی وضعیت خدمات دندانپزشکی در ایران. گزارش جامع. موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران. بهار ۱۳۹۸

Assessment of the status of dental services in iran. Comprehensive

report. National Institute of Health Research 2019 (Spring)

فهرست مطالب

۱	خلاصه
۲	فصل اول (مقدمه و روش کار)
۴	مقدمه
۵	روش کار
۵	پرسشنامه پیمایش هزینه - درآمد خانوار
۸	تعریف مفاهیم و متغیرهای مهم
۸	پرداخت‌های مستقیم از جیب (OOP)
۸	قیمت‌های ثابت و جاری
۸	شاخص قیمت (بها) مصرف‌کننده
۹	پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت
۹	روش جمع‌آوری اطلاعات
۱۰	چارچوب نمونه‌گیری
۱۰	روش نمونه‌گیری
۱۱	اندازه‌ی نمونه
۱۲	تعاریف و مفاهیم
۱۲	خدمات سرپایی
۱۳	زمان مرجع
۱۳	مکان دریافت خدمت
۱۴	فصل دوم (مروری بر وضعیت خدمات دندان پزشکی در کشورهای مختلف)
۲۸	سیاست‌های مراقبت‌های دندان پزشکی
۲۹	سازمان‌دهی خدمات دندان پزشکی
۳۲	دسترسی به مراقبت‌های دندان پزشکی
۳۳	هزینه‌ها برای مراقبت‌های دندان پزشکی
۳۶	کیفیت خدمات دندان پزشکی

۳۶	..... GDC شورای عمومی دندانپزشکی
۳۷	..... نظارت توسط PCTs
۳۷	..... خدمات دندانپزشکی NHS
۴۵	..... اقداماتی برای بهبود مراقبت‌های دندانپزشکی
۴۹	..... سازمان‌دهی و ارائه
۵۱	..... دسترسی و کیفیت
۶۰	..... فصل سوم (وضعیت خدمات دندان پزشکی در ایران)
۶۲	..... سیاست‌های دولت در مورد مراقبت‌های دندانپزشکی
۶۵	..... طرح‌های در حال اجرای بهداشت دهان و دندان
۶۶	..... طرح مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال
۶۶	..... طرح سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهدکودک‌ها
۶۷	..... طرح سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان
۶۷	..... برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان دوره ابتدایی
۶۸	..... بیمه روستایی
۷۰	..... بررسی سازمان‌دهی خدمات
۷۱	..... وظایف به‌رورزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان
۷۳	..... رابطین بهداشت
۷۴	..... وظایف دندان‌پزشک یا بهداشت کار مستقر در واحد دندانپزشکی روستایی
۷۵	..... وظایف کاردان بهداشت دهان مستقر در واحد دندانپزشکی روستایی
۷۹	..... دسترسی به خدمات
۸۴	..... نگاهی به چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه
۸۷	..... برنامه پیشگیری مراقبت‌های دندانپزشکی
۸۷	..... برنامه‌های پیشگیری
۸۹	..... فصل چهارم (پرداخت از جیب و بهره‌مندی از خدمات دندان پزشکی در ایران)
۹۱	..... متوسط سرانهٔ پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶
۹۴	..... سهم پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت مستقیم از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶

متوسط سهم انواع خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی.....	۹۷
درصد افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی مراجعه کرده‌اند و این خدمت را دریافت نموده‌اند.....	۱۰۶
از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به دندان‌پزشک مراجعه کرده‌اند.....	۱۰۶
سرانه بار مراجعه به دندان‌پزشک برای دریافت خدمات دندانپزشکی.....	۱۰۸
فصل پنجم (نتیجه‌گیری).....	۱۰۹
منابع.....	۱۱۲
خلاصه انگلیسی.....	۱۱۹
پیوست: پرسشنامه هزینه - درآمد خانوار در بخش خدمات دندان‌پزشکی در سال ۱۳۹۵ و قبل از آن.....	۱۲۱

فهرست جداول

جدول 1: خدمات دندانپزشکی و کدهای مربوط به آن‌ها در پرسشنامه سال ۱۳۹۴ و قبل از آن.....	۷
جدول ۲: خدمات دندانپزشکی و کدهای مربوط به آن‌ها در پرسشنامه سال ۱۳۹۵ و بعد از آن.....	۷
جدول ۳: کد سؤال مربوط به دریافت خدمات دندانپزشکی در پرسشنامه بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴.....	۱۱
جدول ۴: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (به تفکیک پنج‌گانه‌های هزینه‌ای).....	۹۳
جدول ۵: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به تفکیک پنج‌گانه‌های هزینه‌ای.....	۹۶

فهرست شکل‌ها

شکل 1: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (در سطح کل جمعیت).....	۹۱
شکل 2: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (به تفکیک محل سکونت).....	۹۲
شکل 3: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (پنجک اول و پنجم).....	۹۴
شکل ۴: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ در سطح کل جمعیت.....	۹۵

- شکل ۵: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به تفکیک محل سکونت ۹۶
- شکل 6: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ در جمعیت‌های پنجگ اول و پنجم هزینه‌ای ۹۷
- شکل ۷: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در سطح کل جمعیت ۹۸
- شکل ۸: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ ۹۹
- شکل ۹: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های شهری ۱۰۱
- شکل ۱۰: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در جمعیت‌های شهری ۱۰۱
- شکل 11: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های روستایی ۱۰۲
- شکل ۱۲: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در جمعیت‌های روستایی ۱۰۳
- شکل ۱۳: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های پنجگ اول ۱۰۴
- شکل ۱۴: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های پنجگ پنجم ۱۰۵
- شکل 15: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در جمعیت‌های پنجگ پنجم ۱۰۵
- شکل ۱۶: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در جمعیت‌های پنجگ اول ۱۰۵
- شکل 17: درصد مراجعین مراکز سرپایی که خدمت را گرفته‌اند به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجگ درآمدی ۱۰۶
- شکل ۱۸: دریافت خدمت از دندان‌پزشک (درصد از کل خدمات سرپایی) به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجگ درآمدی ۱۰۷
- شکل ۱۹: دریافت خدمت از دندان‌پزشک (درصد از کل خدمات سرپایی) به تفکیک محل ارائه خدمت ۱۰۷
- شکل ۲۰: بار مراجعه به دندان‌پزشک برای دریافت خدمت دندانپزشکی به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجگ درآمدی ۱۰۸

خلاصه

این گزارش به ارزیابی وضعیت خدمات دندانپزشکی در کشور ایران می‌پردازد. هدف اصلی گزارش، بررسی مروری وضعیت ارائه این خدمات در دنیا و ایران است. در این گزارش با بهره‌گیری از داده‌ها و اطلاعات موجود و مرتبط با وضعیت خدمات دندانپزشکی در ایران همچون گزارش‌ها و نتایج مربوط به مطالعات مهم کشوری از جمله هزینه درآمد خانوار، مطالعات بهره‌مندی از این خدمات و... به صورت جامع، سیستم ارائه خدمات دندانپزشکی در ایران را ارائه و به بررسی نقاط ضعف و قوت این سیستم پرداخته شده است.

نتایج این گزارش نشان می‌دهد که سیاست‌گذاران بهداشت باید راه‌حلی برای کاهش نابرابری در استفاده از خدمات دندانپزشکی ارائه دهند. نقش بیمه‌های سلامت برای کاهش نابرابری بسیار مهم است بیمه‌های درمانی باید پوشش خدمات دندانپزشکی را افزایش دهند. نیاز به اصلاح سیستم‌های بیمه برای تشویق رویکرد پیشگیرانه در ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان دیده می‌شود. تنظیم مجدد خدمات بهداشت دهان و دندان به سمت پیشگیری، لازم است. نیاز به پژوهش‌های بیشتر در زمینه تدوین استانداردهای ارتقا کیفیت دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران با نگاه به سطح استانداردهای جهانی و تطبیق مناسب با شرایط و سیاست‌های سلامت کشور و با حداکثر رسانی مشارکت و مقبولیت اجرایی آن، حس می‌شود. با در نظر گرفتن در دسترس بودن روش‌های قوی مبتنی بر شواهد و اقدامات بهتر برای پوسیدگی دندان و پیشگیری از بیماری‌های پریودنتال انتظار می‌رود همه افراد، به‌ویژه گروه‌های هدف اولویت‌بندی شده در ایران، بیشترین سود را برای سال‌های آینده داشته باشند.

امید است که با تداوم تلاش‌ها در این حوزه و در جهت احترام به اصل خودمختاری و حق انتخاب بیمار و همچنین دستیابی به سیاست‌های کلی نظام در این حوزه دسترسی همه مردم کشور به خدمات ایمن، مؤثر، منطقی و عالمانه دندانپزشکی تسهیل شود.

فصل اول

(مقدمه و روش کار)

درباره فصل

در این فصل، ابتدا به معرفی منابع استخراج اطلاعات مرتبط با خدمات دندانپزشکی در کشورهای مختلف پرداخته شده است؛ سپس منابع و روش‌های مورد استفاده در استخراج اطلاعات مربوط به وضعیت خدمات دندانپزشکی در ایران ارائه شده است. با توجه به اینکه در فصل چهارم این گزارش به بررسی شاخص‌های مرتبط با پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی و وضعیت بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی پرداخته شده است در این فصل داده‌های تحت آنالیز در فصل چهارم، پیمایش‌های هزینه - درآمد خانوار و بهره‌مندی از خدمات سلامت، پرسشنامه و کدهای مرتبط با هزینه‌های خدمات دندانپزشکی بر اساس تغییرات اعمال شده در پرسشنامه پیمایش هزینه - درآمد خانوار در سال ۱۳۹۵ و قبل از آن بررسی شده‌اند. لازم به ذکر است که روش محاسبه شاخص‌های مذکور براساس شاخص قیمت مصرف‌کننده جهت ثابت کردن قیمت‌ها نیز در این فصل ارائه شده است.

مقدمه

محتوای پیش رو گزارشی از نتایج ارزیابی خدمات دندانپزشکی در کشور ایران است که با هدف بررسی مروری وضعیت ارائه این خدمات در دنیا و ایران نگارش شده است. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سلامت دهان جزء لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه‌های زندگی خوب به شمار می‌آید. برخورداری از دهان و دندان‌های سالم نیازمند مراقبت‌های فردی، تدوین و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در سطح جامعه و مراقبت‌های حرفه‌ای است (۱). با تغییر نگرش افراد نسبت به سلامت دهان و دندان، کمتر فردی حاضر به از دست دادن دندان‌های خود است. هم‌زمان با افزایش سن و درگیر شدن فرد با مشکلات پزشکی، مشکلات سلامت دهان نیز افزایش یافته و موجب افزایش مراجعه برای درمان می‌گردد (۲). بیماری‌های دهان و دندان مانند پوسیدگی دندان، از دست دادن دندان و بیماری‌های پریودنتال در بزرگ‌سالان شایع است و یک مشکل عمده برای بهداشت عمومی در دنیاست (۳). این وضعیت حدود ۳/۹ میلیارد نفر را در دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد. پوسیدگی‌های درمان‌نشده در دندان‌های دائمی، شایع‌ترین بیماری دهان و دندان در مطالعات جهانی در سال ۲۰۱۰ ارزیابی شد که میزان شیوع آن در سطح جهان ۳۵ درصد (برای همه سنین) بوده است. مطالعات انجام‌شده در ایران نیز شاخص DMFT را بین ۲ تا ۹۵/۶ در مناطق مختلف گزارش کرده‌اند (۷-۴).

این گزارش با هدف بررسی وضعیت دندانپزشکی در ایران و میزان نیل به اهداف کلان در این زمینه تهیه شده است.

روش کار

جهت تهیه این گزارش ابتدا وضعیت کشورهای دیگر در حوزه دندانپزشکی جهت استخراج شاخص‌های موردنیاز برای تدوین ملی موردبررسی قرار گرفت. در این راستا گزارش‌های ملی ۲۹ کشور دنیا که توسط سازمان اروپایی نظارت بر سیستم‌ها و سیاست‌های بهداشتی (European Observatory on Health system and Policies) منتشر شده است، موردبررسی قرار گرفت. این گزارش‌ها که تحت عنوان مورد سیستم بهداشتی یک کشور در زمینه‌های مختلف می‌پردازد.

HiT health system reviews یا HiTs گزارش‌های مبتنی بر کشورها هستند که شرح مفصلی از هر سیستم مراقبت بهداشتی و طرح‌های اصلاحات و سیاست‌های در حال پیشرفت یا در حال توسعه را ارائه می‌دهند. هر گزارش توسط متخصصین همان کشور با همکاری مدیران و کارکنان تحقیقاتی ارائه می‌شود. به‌منظور تسهیل مقایسه بین کشورها، گزارش‌ها بر اساس یک الگو واحد که به‌طور دوره‌ای موردبازنگری و به‌روزرسانی قرار می‌گیرد، ارائه شده است، در مرحله بعدی پس از استخراج شاخص‌ها و الگوگیری مشابه، سعی گردید داده‌ها و آمارهای مشابه با استفاده از پژوهش‌های معتبر موجود همچون پیمایش ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت، آمارهای منتشرشده توسط وزارت بهداشت و انجمن‌های علمی مربوط جمع‌آوری گردید.

نتایج ارائه شده در فصل چهارم این گزارش مرتبط با بررسی شاخص‌های پرداخت‌های مستقیم از جیب بر اساس آنالیز داده‌های مستخرج از پیمایش هزینه - درآمد خانوار صورت گرفته است. در ارتباط با شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی از پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت استفاده شده است.

پرسشنامه پیمایش هزینه - درآمد خانوار

پیمایش هزینه - درآمد خانوار همه‌ساله از ابتدای اردیبهشت به مدت یک سال توسط مرکز آمار ایران با نمونه‌ای به حجم تقریباً ۳۹ هزار خانوار شهری و روستایی اجرا و نتایج آن استخراج و منتشر می‌شود. در این پیمایش، جامعه هدف شامل همه خانوارهای معمولی ساکن و گروهی در مناطق شهری و روستایی کشور است. نمونه‌های این پیمایش طی سه مرحله و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی انتخاب می‌شوند. در مرحله اول، خوشه‌های نمونه در هر یک

از طبقات نمونه پایه بهروش تصادفی ساده انتخاب می‌شوند؛ سپس در مرحله دوم در هر خوشه نمونه، گروه‌های چرخش بر اساس الگوی چرخش ساخته و برای آمارگیری در هر سال تعیین می‌شوند و در نهایت در مرحله سوم، خانوارهای انتخاب‌شده داخل هر یک از گروه‌های چرخش انتخاب می‌شوند. با انتخاب نمونه‌ها، اطلاعات موردنیاز در این پیمایش از طریق مصاحبه رودررو و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری می‌شود. پرسشنامه پیمایش هزینه - درآمد خانوار دارای چهار قسمت به این شرح است: خصوصیات اجتماعی اعضای خانوار، مشخصات محل سکونت و تسهیلات و لوازم عمده زندگی، هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی و درآمدهای خانوار. بخش ششم و قسمتی از بخش سیزدهم قسمت سوم این پرسشنامه (هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی خانوار) مربوط به هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها به ترتیب در یک ماه و یک‌ساله گذشته می‌شود که در بخش‌های مذکور، هزینه‌های مربوط به محصولات دارویی و درمانی، محصولات پزشکی، وسایل و تجهیزات درمانی، خدمات طبی سرپایی، خدمات دندان‌پزشکی، خدمات پیراپزشکی، درمان و ترک اعتیاد و خدمات بیمارستانی یا بستری مورد پرسش قرار می‌گیرند.

در سال ۱۳۹۵ در بخش ششم و سیزدهم پرسشنامه هزینه - درآمد خانوارها (بخش هزینه‌های بهداشتی و درمانی) تغییراتی ایجاد شد؛ به این ترتیب که برخی از کدها ادغام و به برخی از خدمات به صورت جداگانه کدی اختصاص داده شد؛ که کدهای مربوط به بخش هزینه‌های مربوط به خدمات دندان‌پزشکی از این تغییر مستثنا نبودند.

جدول‌های ۱ و ۲ به ترتیب سؤالات مربوط به بخش هزینه‌های مربوط به خدمات دندان‌پزشکی را تا قبل از سال ۱۳۹۴ و پس از سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهند.

جدول 1: خدمات دندانپزشکی و کدهای مربوط به آن‌ها در پرسشنامه سال ۱۳۹۴ و قبل از آن

ردیف	شرح خدمات	کد
۱	ویزیت دندان‌پزشک (دولتی)	۰۶۲۲۱۱
۲	ویزیت دندان‌پزشک (خصوصی)	۰۶۲۲۱۲
۳	هزینه جراحی لثه (دولتی)	۰۶۲۲۱۳
۴	هزینه جراحی لثه (خصوصی)	۰۶۲۲۱۴
۵	هزینه ارتودنسی (دولتی)	۰۶۲۲۱۵
۶	هزینه ارتودنسی (خصوصی)	۰۶۲۲۱۶
۷	هزینه پر کردن، عصب‌کشی، نصب دندان و روکش دندان (دولتی)	۰۶۲۲۱۷
۸	هزینه پر کردن، عصب‌کشی، نصب دندان و روکش دندان (خصوصی)	۰۶۲۲۱۸
۹	هزینه کشیدن دندان و جرم‌گیری دندان (دولتی)	۰۶۲۲۱۹
۱۰	هزینه کشیدن دندان و جرم‌گیری دندان (خصوصی)	۰۶۲۲۲۱
۱۱	هزینه‌های کلینیک	۰۶۲۲۲۲

جدول ۲: خدمات دندانپزشکی و کدهای مربوط به آن‌ها در پرسشنامه سال ۱۳۹۵ و بعد از آن

ردیف	شرح خدمات	کد
۱	ویزیت، کشیدن، جرم‌گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو ^۱ G	۰۶۲۲۲۳
۲	ویزیت، کشیدن، جرم‌گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو ^۲ NG	۰۶۲۲۲۴
۳	جراحی لثه، کاشت و انواع پروتز دندان G	۰۶۲۲۲۵
۴	جراحی لثه، کاشت و انواع پروتز دندان NG	۰۶۲۲۲۶

مراکز، درمانگاه و بیمارستان‌های متعلق به دانشگاه علوم پزشکی^۱
سایر مراکز و بیمارستان‌ها (مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، شرکت نفت، دانشگاه آزاد، خصوصی و خیریه)^۲

تعریف مفاهیم و متغیرهای مهم

پرداخت‌های مستقیم از جیب^۳ (OOP)

هزینه‌هایی که توسط خانوار هنگام دریافت خدمات سلامت پرداخت می‌شود پرداخت مستقیم از جیب نامیده می‌شوند. این پرداخت‌ها به‌طور معمول شامل خرید دارو، مشاوره‌های پزشکی و صورتحساب بیمارستان می‌شود. هزینه‌های مربوط به طب سنتی و پرداخت‌های غیررسمی نیز در پرداخت‌های مستقیم از جیب لحاظ می‌شوند اما مخارج حمل‌ونقل برای دریافت خدمات و مواد غذایی خاص را شامل نمی‌شود. این‌گونه هزینه‌ها خالص از هرگونه بازپرداخت بیمه هستند.

قیمت‌های ثابت و جاری

نتایج از بررسی هزینه‌های سلامت در این گزارش بر اساس قیمت‌های ثابت ارائه شده است.

قیمت جاری^۴: بهای کالاها و خدمات مصرفی خانوارها را در سال جاری نشان می‌دهد. قیمت‌های جاری کالاها و خدمات تحت تأثیر اثر تورم هستند.

قیمت ثابت^۵: بهای کالاها و خدمات مصرفی خانوارها را در سال پایه و با تعدیل اثر تورم نشان می‌دهد. به‌منظور ثابت کردن هزینه‌ها از شاخص قیمت مصرف‌کننده استفاده می‌شود.

شاخص قیمت^۶ (بها) مصرف‌کننده

شاخص قیمت مصرف‌کننده معیار سنجش تغییرات در قیمت کالاها و خدماتی است که به مصرف خانوارها می‌رسد و مهم‌ترین ابزار اندازه‌گیری تورم قیمت‌ها در اقتصاد هر کشور است. این شاخص کاربردهای گوناگونی در اندازه‌گیری روند درآمد و هزینه واقعی خانوارها، تعدیل دستمزد و حقوق‌ها، برآورد حساب‌های ملی به قیمت ثابت و... داشته و به‌صورت زیر محاسبه می‌شود:

^۳ Out of Pocket Payments

^۴ Current price

^۵ Constant price

^۶ Consumer Price Index

$$\text{شاخص قیمت مصرف کننده} = \frac{\text{قیمت کالا در سال جاری}}{\text{قیمت کالا در سال پایه}} \times 100$$

با توجه به اینکه بررسی هزینه - درآمد خانوارها در ایران در بیش از یک ماه انجام می‌شود و نرخ تورم در اکثر ماه‌ها بالا است، بر اساس شاخص قیمت مصرف کننده تمامی هزینه‌های خدمات دندانپزشکی برای سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ و با احتساب سال ۱۳۹۵ به عنوان سال پایه تورمزایی شده و به قیمت‌های ثابت تبدیل می‌شوند. سال پایه با توجه به تغییرات ایجادشده در الگوی مصرف خانوارها که می‌تواند ناشی از تحولات اقتصادی و اجتماعی باشد از سوی مرکز آمار ایران تعیین می‌شود؛ در زمان نگارش این گزارش، بر اساس آخرین تجدیدنظر، سال ۱۳۹۵ به عنوان سال پایه مبنای محاسبه بوده است.

پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت

مطالعه ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور جهت بررسی عوامل تأثیرگذار بر مصرف خدمات سلامت در سال‌های ۱۳۸۱، ۱۳۸۷، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام شده است.

هدف کلی از اجرای این طرح، تهیه‌ی آمار و اطلاعات مربوط به بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۱۳۹۴ است. جامعه‌ی هدف، شامل همه‌ی افراد عضو خانوارهای معمولی ساکن و گروهی در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۹۴ بوده است. خانوارهای معمولی غیر ساکن و مؤسسه‌ای در این طرح پوشش داده نشدند. واحد آماری، هر فرد عضو خانوار معمولی ساکن و گروهی در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۹۴ بوده است.

روش جمع‌آوری اطلاعات

در این طرح، مأمور آمارگیر با مراجعه به خانوارهای نمونه، اطلاعات مربوط به بهداشت و سلامت اعضای خانوار در زمان آماری را از طریق مصاحبه‌ی رودررو با سرپرست یا عضو مطلع خانوار در پرسشنامه‌ی مربوط ثبت می‌کند.

چارچوب نمونه‌گیری

در این طرح، چارچوب نمونه‌گیری عبارت است از:

- چارچوب نمونه‌گیری مرحله‌ی اول، فهرست حوزه‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ در کشور بوده است. این فهرست شامل اطلاعات جغرافیایی و تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی در هر حوزه است. - چارچوب نمونه‌گیری مرحله‌ی دوم، فهرست قطعه‌های حاصل از تقسیم‌بندی حوزه‌های نمونه‌ی مرحله‌ی اول بوده است که هرکدام از این قطعه‌ها در مناطق شهری شامل حداقل ۸۰ خانوار و در مناطق روستایی شامل حداقل ۴۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی است. این مرحله به‌منظور کم کردن پیمایش و سهولت اجرا در نظر گرفته شده است؛ به همین دلیل در مناطق روستایی محدوده‌ها کوچک‌تر در نظر گرفته شده‌اند. حوزه‌های شهری بر اساس تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی حوزه به قطعاتی تقریباً برابر، شامل حداقل ۸۰ خانوار تقسیم شده‌اند.

آبادی‌های دارای نقشه بلوکه بر اساس تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی آبادی به قطعاتی تقریباً برابر، شامل حداقل ۴۰ خانوار تقسیم شده‌اند. در آبادی‌های معمولی، ابتدا آبادی‌ها تا رسیدن به حداقل ۴۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی با یکدیگر ادغام شده‌اند و سپس بر اساس تعداد خانوارهای هریک از این گروه‌های ادغام‌شده به قطعاتی تقریباً برابر، شامل حداقل ۴۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی تقسیم شدند. - چارچوب نمونه‌گیری مرحله‌ی سوم، فهرست ۳۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی در واحدهای نمونه‌گیری مرحله‌ی دوم بوده است که با انجام عملیات فهرست برداری در آغاز آمارگیری حاصل می‌شود.

واحد نمونه‌گیری در این طرح در مرحله‌ی اول یک حوزه در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال، ۱۳۹۰ در مرحله‌ی دوم یک قطعه و در مرحله‌ی سوم یک خانوار معمولی ساکن یا گروهی است.

روش نمونه‌گیری

شماره ردیف‌های مربوط به خانوارهای نمونه‌ی اصلی و ۱۰ شماره برای تعیین شماره ردیف‌های خانوارهای نمونه‌ی جایگزین در نظر گرفته شدند تا با توجه به مفاد راهنمای مأمور آمارگیری در صورت نیاز از خانوارهای نمونه‌ی جایگزین به‌جای خانوارهای نمونه‌ی اصلی، آمارگیری شود.

در این آمارگیری‌ها برای رفع نیازهای اطلاعاتی در زمینه بهره‌مندی از خدمات سلامت، دو پرسشنامه با عنوان‌های پرسشنامه خانواری (برای جمع‌آوری اطلاعات خانوار و اطلاعات جمعیت شناختی و اجتماعی اعضای خانوارها و اطلاعات بخش سلامت) و پرسشنامه انفرادی (برای اطلاعات تفصیلی اعضای خانوار) طراحی شده است. در آمارگیری‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ در مورد احساس نیاز تک‌تک اعضای خانوارهای نمونه به دریافت خدمات سرپایی بهداشتی، درمانی، دندانپزشکی، پاراکلینک، مشاوره روانی یا خدمات مراقبتی الزامی در طی دو هفته پیش از آمارگیری سؤال شده است.

اندازه‌ی نمونه

تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی نمونه در طرح سال ۱۳۹۳، ۲۲۴۷۰ خانوار و با توجه به درخواست کارفرمای طرح سال ۱۳۹۴، برای تعیین تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی نمونه، همان تعداد محاسبه شده طرح سال ۱۳۹۳ برابر ۲۲۴۷۰ خانوار در نظر گرفته شد.

جدول ۳ سؤالات مربوط به بخش بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ آورده شده است.

جدول ۳: کد سؤال مربوط به دریافت خدمات دندانپزشکی در پرسشنامه بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳ و

۱۳۹۴

کد: HL11	
آیا طی دو هفته گذشته احساس نیاز به دریافت خدمات سرپایی بهداشتی، درمانی، دندان‌پزشکی، پاراکلینک، مشاوره روانی یا خدمات مراقبتی الزامی داشته است؟ (بر اساس دستورالعمل)	
۱	بلی
۲	نه

برای اعضای از خانوار که طی دو هفته‌ی گذشته احساس نیاز به دریافت خدمات سرپایی بهداشتی، درمانی، دندان‌پزشکی، پاراکلینک، مشاوره‌ی روانی یا خدمات مراقبتی الزامی داشته‌اند؛ تکمیل شود.

برای کد ۱ ستون D- وضع دریافت خدمت										D- وضع دریافت خدمت	M- وضع مراجعه		† نیازهای عضو خاتوار را در این جدول فهرست کنید. † برای انتخاب گزینه‌ی موردنظر در مربع مشخص شده ضربدر ☒ بزنید.		
UO1. برای دریافت خدمات سرپایی، به کجا مراجعه کردید و از چه کسی خدمت دریافت کردید؟ (به ترتیب مراجعه کد محل‌ها را ذکر کنید). † چنانچه عضو خاتوار در طی دو هفته‌ی گذشته، مجبور به دریافت خدمت از چند مرکز ارائه‌دهنده‌ی خدمت شده است، به ترتیب کد محل‌های مراجعه را از راست به چپ در مربع‌های مشخص شده وارد کنید (در صورتی‌که برای یک نیاز به یک کد محل خاص، بیش از یکبار مراجعه شده است کد مربوط به آن را تکرار کنید). برای نوشتن کد محل‌های مراجعه از کد نامه‌ای که در اختیارتان قرار گرفته است استفاده کنید.										برای کد ۱ ستون M- وضع مراجعه					آیا پس از دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه کردید؟	بله ☐	نه ☐
UO1-10	UO1-9	UO1-8	UO1-7	UO1-6	UO1-5	UO1-4	UO1-3	UO1-2	UO1-1	دریافت خدمات بهداشتی، درمانی سرپایی مراجعه شدید؟	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>			
										نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	نام نیاز: ۱	N1

تعاریف و مفاهیم

خدمات سرپایی

خدمات سرپایی عبارت‌اند از خدمات بهداشتی درمانی که به‌وسیله پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به افرادی که در بیمارستان یا سایر تسهیلات بستری کننده بهداشتی درمانی پذیرش نشده‌اند، ارائه می‌شود. خدمات سرپایی شامل مراقبت‌های ارائه‌شده در مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان، پلی‌کلینیک‌ها واحدهای سرپایی، بیمارستان‌ها، بخش اورژانس بیمارستان، کلینیک‌های بهداشتی در کارخانه‌های صنعتی و مدارس و... است. در تمام این مراکز واحد معمول اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی بار مراجعه است. مراجعه را به تعابیر مختلف با توجه به مکان، ارائه‌کننده و محتوا می‌توان بیان کرد. منظور از بار مراجعه تعداد دفعاتی است که فرد برای رفع نیاز خود بسته به مورد به مکان‌های ارائه خدمات سرپایی یا ارائه‌کنندگان آن‌ها مراجعه می‌کند.

زمان مرجع

منظور از زمان مرجع برای هر یک از سؤال‌های آمارگیری دور زمانی است که اطلاعات موردنیاز برای آن دوره گردآوری می‌شود. این زمان برای نیازها و خدمات سرپایی دو هفته قبل از بررسی و برای نیازها و خدمات بستری از زمستان سال ۱۳۹۲ برای پیمایش ۱۳۹۳ و از زمستان ۱۳۹۳ تا زمان پیمایش ۱۳۹۴ بوده است.

مکان دریافت خدمت

مراکز بهداشتی درمانی قسمت سرپایی بیمارستان، اورژانس بیمارستان، پلی کلینیک، مطب پزشکان، مراکز بهداشتی، خانه بهداشت، منزل و... است.

فصل دوم
(مروری بر وضعیت خدمات دندان پزشکی در
کشورهای مختلف)

دربارهٔ فصل

در این فصل با هدف الگوسازی برای مطالعه وضعیت دندانپزشکی در ایران، به بررسی وضعیت دندانپزشکی در کشورهای مختلف دنیا پرداخته شده و شاخص‌های مهم در سیستم دندانپزشکی این کشورها مورد توجه قرار گرفته است.

وضعیت نظام خدمات دندانپزشکی تعدادی از کشورها

لازمه‌ی ارتقای کیفیت خدمات دندانپزشکی کشورها، شناخت جامع و کامل وضعیت ارائه این نوع خدمات است. بسیاری از کشورهای جهان با انجام چنین بررسی‌ها و تحقیقاتی موفق به ارتقاء سطح خدمات به صورت وسیعی شده‌اند ذیل توصیف مختصری از وضعیت نظام خدمات دندانپزشکی تعدادی از کشورها ارائه شده است.

بر اساس گزارش سالیانه دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۳ که در کشور نروژ انجام شده است، مراقبت از دندان برای بزرگسالان (۲۰ سال و بالاتر) محدوده‌ای از مراقبت با بالاترین مشارکت خصوصی است، چه از لحاظ ارائه و چه از لحاظ تأمین مالی اکثر دندان‌پزشکان در مراکز خصوصی کار می‌کنند (حدود ۷۵ درصد دندان‌پزشکان) و بیشتر درمان‌ها معمولاً از جیب بیمار به طور کامل پرداخت می‌شود. هزینه‌ها در بخش خصوصی تنظیم نمی‌شوند. ارائه مراقبت‌های دندان‌پزشکی قانونی مسئولیت شهرستان‌ها است؛ که این توسط دندان‌پزشکان استخدام شده در درمانگاه‌های دندانپزشکی اداره شده توسط شهرستان‌ها همچنین در همکاری با شهرداری‌ها انجام می‌شود. به غیر از درمان ارتودنسی، مراقبت‌های دندانپزشکی عمومی برای کودکان و نوجوانان ۰-۱۸ ساله رایگان است. جوانان ۱۹-۲۰ ساله باید ۲۵ درصد هزینه‌ها را پرداخت کنند. بزرگسالان معلول ذهنی، سالمندان و افراد مبتلا به بیماری درازمدت که در یک مؤسسه زندگی می‌کنند و یا در خانه پرستاری می‌شوند، هزینه‌های کمتری را پرداخت می‌کنند. افرادی که خارج از این گروه‌ها هستند نیز ممکن است به مراقبت‌های دندانپزشکی عمومی ارائه شده توسط شهرستان‌ها دسترسی پیدا کنند، اما تنها پس از آنکه نیازهای افراد گروه‌های اولویتی برآورده شده است. استانداردهای عمل دندانپزشکی توسط افسران پزشکی شهرستان تحت نظارت قرار می‌گیرند، معمولاً از طریق دندان‌پزشکان تعیین شده که نظارت و ارزیابی رعایت استانداردهای درمانی دندانپزشکی و برنامه‌های تضمین کیفیت و غیره را دارند. دستورالعمل استفاده از مواد دندانی توسط اداره بهداشت نروژ در سال ۲۰۰۳ معرفی شد. از سال ۲۰۰۷، نروژ در پروژه نوردیک برای تعریف شاخص‌های کیفیت برای مراقبت‌های بهداشت دهان شرکت کرد. تفاوت‌های منطقه‌ای در دسترسی به مراقبت‌های دندان وجود دارد، به خصوص در مورد مراقبت‌های دندانپزشکی عمومی برای افزایش دسترسی، ایجاد مراکز تخصصی منطقه‌ای و آموزش بیشتر کمک دندان‌پزشکان انجام شده است. یکی از راه‌های دستیابی به این

هدف از طریق یک کمپین انتخابی هدفمند در بین دانش‌آموزان کلاس دهم و دانش‌آموزان سال اول دبیرستان است. این کمپین توسط وزارت بهداشت بین سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲ انجام شد (۸).

مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۶ در کشور هلند انجام شده است، در این کشور بهداشت دهان و دندان در مراقبت‌های اولیه توسط دندان‌پزشکان خصوصی و بهداشت کاران دهان و دندان ارائه می‌شود. بیشتر شهروندان با یک دندانپزشکی نام‌نویسی می‌کنند. حدود ۸۵۸۰ دندان‌پزشکان فعال در هلند در سال ۲۰۱۵ بودند که به‌طور متوسط به ازای هر ۲۰۰۰ نفر یک دندانپزشکی بود. تعداد دقیق کسانی که فعال هستند مشخص نیست، اما در سال ۲۰۱۴، ۵۱۰۰ مرکز فعال تخمین زده شده است، به این معنی است که اکثر دندان‌پزشکان در فعالیتهای مستقل کوچک کار می‌کنند. بهداشت کار دهان و دندان (۳۲۱۶ در سال ۲۰۱۳) متخصصان مراقبت‌های پیشگیرانه هستند و می‌توانند به‌طور مستقیم یا از طریق ارجاع از دندانپزشکی ویزیت کنند. وظایف پیشگیرانه و مراقبت‌های نسبتاً ساده دندان به‌طور فزاینده‌ای به بهداشت کاران دهان و دندان واگذار می‌شود. نه نفر از ده دندانپزشکی به‌طور منظم به بهداشت کاران دهان و دندان که در مطب خود یا مطب همکاران فعالیت دارند و یا به یک بهداشت کار دهان و دندان مستقل، ارجاع می‌دهند. در سال ۲۰۱۴ تقریباً ۷۸ درصد جمعیت، به‌طور متوسط ۲/۷ دفعه به یک دندان‌پزشک مراجعه کردند. برای جوانان تا سن ۱۷ سالگی، مراقبت‌های دندان تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت قرار دارد. افراد بالای ۱۸ سال و بالاتر باید شخصاً پرداخت کنند یا می‌توانند بیمه تکمیلی VHI^۷ برای مراقبت از دندان‌ها را خریداری کنند. در مراقبت‌های ثانویه، دو حرفه پزشکی تخصصی وجود دارد. جراحان دندان‌پزشکان و ارتودنتیست‌ها اکثر جراحان دندان‌پزشکان در بیمارستان‌ها کار می‌کنند و اکثر پزشکان ارتودنسی در مراکز مراقبت‌های ویژه خارج از بیمارستان کار می‌کنند. در سال ۲۰۱۵، ۲۶۹ جراح دندانپزشکی و ۳۱۵ متخصص ارتودنسی وجود داشت. این متخصصان می‌توانند به بیماران ارجاعی یک پزشک عمومی یا دندان‌پزشک مشورت بدهند. مراقبت‌های ارائه‌شده توسط دندان‌پزشکان و بهداشت کاران دهان و دندان برای بزرگ‌سالان بخشی از بسته‌های با مزایا پایه نیست. اکثر بیمه‌گران برای این نوع مراقبت‌ها بسته‌های ویژه‌ای از VHI ارائه می‌دهند که در عوض تنوع گسترده‌ای دارند. در سن ۱۸ سالگی، این مراقبت‌ها در بسته مزایای اولیه گنجانده شده

^۷ Voluntary private health insur

است. مراقبت‌های ارائه‌شده توسط جراحان دندان توسط بسته‌های مزایای اولیه پوشش داده می‌شود، مراقبت‌ها توسط ارتودنتیست‌ها بخشی از این بسته نیست، بلکه می‌تواند از طریق VHI بیمه شود (۹).

در گزارش سال ۲۰۱۱ کشور لهستان خدمات دهان و دندان در سطح اولیه توسط دندان‌پزشکان خصوصی و بهداشت‌کاران دهان و دندان ارائه می‌شود، در سال ۲۰۱۵ حدود ۸۵۸۰ دندان‌پزشک در هلند فعال هستند، به‌طور متوسط یک دندان‌پزشک به ازای هر ۲۰۰ نفر ساکن. تعداد ۹ تا ۱۰ دندان‌پزشک به‌طور معمول بیماران را به بهداشت‌کار دهان و دندان ارجاع می‌دهند چه در استخدام خودشان باشند و چه به‌صورت مستقل مشغول به کار باشند. برای جوانان تا سن ۱۷ سال مراقبت‌های دندانپزشکی به‌وسیله بیمه پوشش داده‌شده است برای سن بالاتر از ۱۸ سال و بزرگ‌سال باید هزینه‌های دندانپزشکی را خودشان پرداخت کنند یا تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار بگیرند. در سطح دوم مراقبت دو نوع تخصص وجود دارد ارتودنتیست و جراح دندان‌پزشک. بیشتر جراح دندان‌پزشکان در بیمارستان کار می‌کنند و بیشتر ارتودنتیست‌ها در سیستم خارج از بیمارستان مشغول بکارند. این متخصصان می‌توانند به دندان‌پزشکان عمومی مشاوره بدهند سرویس‌های ارائه‌شده به بزرگ‌سالان شامل خدمات اولیه نمی‌شود. ولی زیر ۱۸ سال را شامل می‌شود خدماتی که جراح دندان‌پزشک ارائه می‌دهد تحت پوشش بسته بیمه پایه خدمات درمانی قرار می‌گیرد ولی نمایش ارتودنسی را شامل نمی‌شد اما می‌توانند از VHI استفاده کنند (۱۰).

در کشور کره سال ۲۰۰۹، گزارش شده است که اگرچه تمام کلینیک‌ها و بیمارستان‌های دندانپزشکی تحت قرارداد اجباری قرار دارند سیستم پرداخت OOP نسبتاً بالا است به علت تعداد زیادی از نمایش خارج از بسته‌های مزایای ANHI بسته‌ی مزایا شامل: معاینه، تشخیص، درمان ریشه و کشیدن می‌شود، اما بسیاری دیگر مانند پر کردن، روکش، پروتز و بریج‌ها را شامل نمی‌شود که بیماران باید از جیب پرداخت کنند. در مقابله با انتقاد نسبت به هزینه‌های بالای OOP و نقص‌های بسته‌های بهداشتی دندان، در ماه ژوئن سال ۲۰۰۹ دولت اعلام کرد که مزایای جدیدی را اضافه می‌کند: خدمات بهداشتی برای کودکان ۵ تا ۱۴ ساله (از دسامبر ۲۰۰۹) و پروتزهای دندانی برای کسانی که بیش از ۷۵ سال دارند (از سال ۲۰۱۲). برای اطمینان از خدمات بهداشتی دندانپزشکی خوب، در ژانویه ۲۰۰۰، دولت، برای بهبود سلامت دندان‌های مردم، یک قانون اساسی به تصویب رساند. قانون سلامت دهان و دندان تصریح کرده است

[^] National health insurance

که دولت مرکزی و محلی برای ایجاد بهداشت دهان و دندان مناسب متعهد شده است. به عنوان مثال، برنامه‌های عملی جامع که بسیاری از آن‌ها برنامه‌های پیشگیری بهداشت دندان بود که در مناطق مختلف توسعه یافته، از جمله فلورایدیشن آب، بهداشت دهان و دندان مدرسه، بهبود وضعیت دهان و دندان مادر و کودک، بهداشت دهان و دندان برای افراد سالمند و بهبود وضعیت دهان و دندان نوزادان. علاوه بر این، دولت‌های مرکزی و محلی باید منابع کافی برای اجرای این برنامه‌ها را اختصاص دهند. به عنوان مثال، یک سرویس بهداشتی برای بهداشت دهان و دندان کودکان به دانش‌آموزان مدارس ابتدایی ارائه می‌شود. مراکز بهداشت عمومی در اکثر مناطق دولتی محلی این خدمات را رایگان برای خانوارهای فقیر ارائه می‌دهند قیمت خدمات دندانپزشکی ذکر شده در بسته مزایای NHI تنظیم می‌شود. تعرفه‌های ملی تعریف اقلام سود و هزینه‌های پزشکی، به صورت سختگیران، قیمت تمام درمان‌ها و مواد دندان برای خدماتی که تحت پوشش NHI هستند را تنظیم کرده است. در مقابل، قیمت درمان‌هایی که خارج از مزایای بسته NHI هستند، تنظیم نمی‌شود. به عنوان مثال، دندان‌پزشکان می‌توانند هرگونه هزینه‌ای برای پروتزها و روکش که می‌خواهند را در نظر بگیرند و بیماران باید قیمت کامل را از جیب خود بپردازند. برای نظارت بر کیفیت خدمات دندانپزشکی، گروه مراقبت خدمات دندانپزشکی ۴۳، هر ساله، بخش مراقبت‌های دندانپزشکی را مرور می‌کند. در سال ۲۰۰۷ یک مطالعه آزمایشی برای بررسی کیفیت مراقبت در بیمارستان‌های دندانپزشکی برای مدت سه سال اجرا شد. ارزیابی‌های واقعی بیمارستان‌های دندانپزشکی از سال ۲۰۱۰ پس از اتمام مطالعه‌ی آزمایشی سه‌ساله صورت خواهد گرفت (۱۱).

بر اساس گزارش کشور کانادا سال ۲۰۱۳، تقریباً تمام خدمات دندانپزشکی به صورت خصوصی و مستقل ارائه می‌شود. پرداخت برای این خدمات از طریق PHI یا OOP مستقیم انجام می‌شود. اگر ساکن محلی یا ایالتی کمک اجتماعی دریافت می‌کند بنابراین ممکن است قسمتی یا کل هزینه خدمات دندانپزشکی شخصی او به وسیله دولت محلی یا ایالتی پرداخت شود. مشابه آن اگر کسی سرخپوست انیویت یا ساکن اولیه واجد شرایط باشد، دولت فدرال از طریق برنامه «مزایای بهداشتی غیر بیمه شده‌ها» قسمتی یا کل هزینه را پرداخت خواهد کرد. تقریباً ۵۴ درصد از کل بودجه خصوصی مراقبت‌های دندانپزشکی از طریق بیمه^۹ PHI تأمین می‌شود که بیشتر آن از طریق برنامه مزایای پایه استخدامی است. مبلغ باقیمانده مستقیماً از OOP تأمین می‌شود. برعکس بیشتر کشورهای پردرآمد، کانادا سطحی

^۹ Private health insurance

بسیار پایین از یارانه‌های عمومی برای دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی قرارداد است. اخیراً ۹۵ درصد از تمام خدمات دندانپزشکی، خصوصی ارائه شده است، سطحی مشابه ایالت آمریکا، اسپانیا و پرتغال، تنها کشورهای غنی دیگر با چنین سطح بالای سرمایه شخصی برای خدمات دندانپزشکی این درجه از وابستگی به سرمایه شخصی در غیاب دیگر موانع دسترسی، سطح بالایی از نابرابری در ضمیمه مراقبت‌های دندانپزشکی را ایجاد کرده است. این نابرابری مستقیماً منجر می‌شود به این واقعیت که کانادایی‌های کم‌درآمد کمتر به دندانپزشکی به دلیل هزینه مراجعه کنند. به‌منظور نشان دادن این نابرابری دولت تعداد کمی برنامه هدفمند خدمات بهداشت دهان و دندان را شروع کرده است. اولین برنامه استانی از این دست توسط دولت ماسکاتچوان در سال ۱۹۷۰ راه‌اندازی شد و با گروه هدف کودکان مدرسه‌ای با استفاده از پرستاران دندانپزشکی و کمک دندان‌پزشکان، برنامه بهداشت دندان ماسکاتچوان نشان داد که تأثیر بالایی داشته است اما در طول سال‌ها رها شد. این هدف به‌وسیله برنامه مشابهی در مانیتوبا با گروه هدف کودکان دنبال شد، اما این نیز سرانجام باروی کار آمدن دولت بعدی رها شد. اونتاریو (CINOT، children in need of treatment) دارد. همچنین لبخند سلامت اونتاریو در سال ۲۰۱۰ برنامه قشر کم‌درآمد راه‌اندازی شد. همان‌طور که در بالا ذکر شد دولت فدرال با فراهم کردن پوشش مراقبت‌های دندانپزشکی تحت عنوان برنامه مزایای بهداشتی غیر بیمه‌شده‌ها، بزرگ‌ترین برنامه هدفمند را در کانادا ارائه داده است (۱۲).

بر اساس گزارش کشور فرانسه در سال ۲۰۱۵، دندانپزشکی در فرانسه اساساً خصوصی هست که ۹۰ درصد از تقریباً ۴۱۰۰۰ دندان‌پزشک مشغول به کار در سال ۲۰۱۱ را شامل می‌شوند ۱۰ درصد باقیمانده در مراکز دندانپزشکی خصوصی حقوق‌بگیر هستند این مراکز توسط نهاد VHI و بیمارستان‌ها مشترک اداره می‌شوند. برنامه‌ای بین‌المللی برای بالا بردن مراقبت‌های دندانپزشکی، متمرکز شده بر روی کودکان و سالمندان. دولت در سال ۲۰۰۴ برنامه‌ای را در ضمیمه سلامت عمومی تنظیم نموده مبنی بر کاهش ۳۰ درصدی شاخص پوسیدگی در میان کودکان ۶ تا ۱۲ سال در طی ۵ سال، درحالی‌که این هدف اجرا می‌شد، همچنان مشکلات دندانی به همان میزان قبل باقی ماند، بخصوص در میان کودکان از خانواده‌های با درآمد پایین بدون دسترسی به امکانات مراقبتی مناسب از سال ۲۰۰۷، برنامه رایگان معاینه دهان و دندان بانام M'T Dents برای کودکان ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، همراه با مراقبت‌های پشتیبانی بعدی (

به‌غیراز پروتز و ارتودنسی و اپلاینس‌های دندان‌ی) کاملاً به‌وسیله بیمه SHI^{۱۰} پوشش داده شده‌اند. بعلاوه یک ساعت رده‌های پیشگیرانه بهداشت دهان و دندان برای تمام کودکان در مقطع ابتدائی فراهم شده است. درحالی‌که HAS یک چکاب سالیانه برای کودکان و بزرگسالان را پیشنهاد داده است، یک ارزیابی سرتاسری کشور مشخص کرد که ۳۰ درصد از کودکان سن ۵-۱۵ در طول ۱۲ ماه هیچ‌گونه چکابی نداشتند. بیشتر از همه این تفاوت بارز وضوح مربوط به وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده می‌شود. ناآشنایی با برنامه‌های رایگان و به همان نسبت ترسیدن از دندانپزشکی می‌تواند این تفاوت در دسترسی به مراقبت را توضیح دهد. در سال ۲۰۱۲ مراقبت‌های دندانپزشکی ۵/۷۲ درصد از هزینه‌های مصرف‌شده برای سلامت شخصی را شامل می‌شد، اما فقط ۲/۳۹ درصد از SHI هزینه شده برای دندانپزشکی مربوط به هزینه‌های اضافی است که برای ۵۳ درصد از هزینه‌های خدمات دندانپزشکی ارائه شده محاسبه می‌شود و ابتداها برای پروتزهای دندان‌ی و ارتودنسی انجام‌گرفته است. برعکس پزشکان، همه دندان‌پزشکان ممکن است هزینه‌های اضافی دریافت کنند البته نه برای همه خدمات، برای کارهای روتین دندانپزشکی مثل ترمیم و درمان ریشه و از بین بردن رنگ سیگار ممنوع است. درحالی‌که بیمه VHI میزان زیادی از مصارف خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد، قسمت اساسی از هزینه به‌وسیله قرارداد OOP پرداخت می‌شود که منجر به نابرابری در دسترسی می‌شود. تحقیقی بیمارانی که موفق به درمان نشدند را مشخص کرده است ۴۷ درصد از نمایش فراموش‌شده نمایش دندانپزشکی بودند. دسترسی به خدمات دندانپزشکی بر اساس ناحیه، متفاوت است. ۶۳ دندان‌پزشک برای ۱۰۰۰۰۰ ساکن به‌طور متوسط با میزان وسیع پراکندگی جغرافیایی وجود دارد. HalfWork در بخش‌های بیش از ۲۰۰۰۰۰ ساکن درحالی‌که ۶ درصد از دندان‌پزشکان در منطقه روستایی قرار دارند (۱۳).

مطالعه انجام شد در مورد کشور سوئیس در سال ۲۰۱۵ نشان داد، دندانپزشکی در سوئیس اساساً به‌وسیله دندان‌پزشکان درمانگاهی در زمینه‌های منحصربه‌فرد خود ارائه می‌شود، همچنین زنجیره‌ای از دندان‌پزشکان به‌عنوان شرکت سهامی سازمان‌دهی شدند. علاوه بر آن مراقبت‌های دندانپزشکی به‌صورت مراقبت‌های درمانگاهی در بیمارستان‌های دانشگاه‌ها و به‌عنوان قسمتی از واحدهای برنامه سلامت عمومی در مدارس ارائه می‌شود. در سال ۲۰۱۳ به‌طورکلی ۴۲۰۸ دندان‌پزشک درمانگاهی و ۵۲ مطب دندانپزشکی برای هر ۱۰۰۰۰۰ ساکن وجود داشت در

^{۱۰} Social health insurance

مقایسه با سال ۲۰۰۵ تعداد دندان‌پزشکان ۱۲ درصد افزایش یافته اما افزایش به نسبت جمعیت فقط ۳ درصد بوده است. برنامه‌ریزی برای بهداشت دندان برای مدارس، مهدکودک‌ها - کودکان در ناحیه‌های مختلف پراکنده شده‌اند و مسئولیت‌ها بیشتر محول شده به شهرداری‌ها و حداقل یک چکاب سالانه دندانپزشکی برای جامعه پرداخت شده است. به‌عنوان برنامه دیگر پیشگیرانه، خمیردندان فلوراید دار از سال ۱۹۷۰ و نمک فلوراید از سال ۱۹۸۰ موجود بوده است. به‌جز رنج کمی از درمان‌ها که برای بیماری‌های نسبتاً نادر موجود بوده است، مراقبت‌های دندانپزشکی به‌وسیله MHI در سوئیس بازپرداخت نمی‌شوند. متعاقباً در سال ۲۰۱۲ مراقبت‌های دندانپزشکی به‌طور وسیعی (۸۹ درصد) به‌صورت OOP توسط خانواده‌ها پرداخت شده است. تراکم دندان‌پزشک در سال ۲۰۱۲ پایین‌تر از بیشتر کشورهای OECD^{۱۱} بود، بر اساس اطلاعات موجود و مشاوره دندان‌پزشکان به ازای هر شخص در سال ۲۰۰۹ تعداد دندان‌پزشکان، کمی زیر میانگین OECD بود. نهاد دندانپزشکی سوئیس نماینده حقوق قانونی دندان‌پزشکان در سوئیس است وظیفه آن مذاکره در مورد رنج تعرفه با بیمه‌گرها است و همچنین انتشار رسمی راهنمای باکیفیت برای اعضایش (۱۴).

بر اساس گزارش کشور سوئد ۲۰۱۲، شورای استانی مسئولیت پایه برای اطمینان از فراهم بودن مراقبت‌های دندانپزشکی در تمام شهرها را دارد. مراقبت‌های دندانپزشکی به‌وسیله خدمات عمومی (سازمان مراقبت‌های شورای استانی) و ارائه‌کننده‌های خصوصی فراهم شده است. خدمات مراقبتی دندانپزشکی برای افراد زیر ۲۰ سال مجانی است. حدود نیمی از پرداختی‌های شورای استانی برای مراقبت‌های دندانپزشکی، اختصاص داشت به خدمات به کودکان و سالمندان کودکان و سالمندان سالی یک‌بار یا هر دو سال یک‌بار به دندانپزشکی فراخوانده می‌شوند، برای ویزیت روتین و مشاوره و در صورت نیاز درمان. به والدین توصیه می‌شود که از سن سه‌سالگی کودک را پیش یک دندان‌پزشک نام‌نویسی کنند. بین ۵ تا ۲۵ درصد از خدمات مراقبتی دندانپزشکی برای کودکان به‌طور خصوصی فراهم شده است. در سال ۲۰۰۹، حدود ۱۴ درصد از هزینه‌های شورای استانی برای چنین خدمات دندانپزشکی، خصوصی بوده است. میزان خدمات دندانپزشکی خصوصی پرداخت‌شده به‌وسیله شورای استانی، از ۳۳ درصد در اسکان و بالای ۲۰ درصد در استکهلم، گاولبورگ و اوسترگوتلند تا ۲ درصد در هالند و نوروتن متفاوت است. خدمات دندانپزشکی ارائه‌شده به ۲۰ ساله‌ها و بالاتر توسط ترکیبی از دندان‌پزشکان خصوصی و عمومی فراهم شده است. بین ۶۰ تا ۸۰ درصد از خدمات

^{۱۱} Organisation for Economic Co-operation and Development

مراقبتی دندانپزشکی به بزرگسالان به صورت خصوصی فراهم شده است از وقتی که مراقبت‌های دندانپزشکی بهسازی شده است در سال ۱۹۹۹ و ۲۰۰۲ و ۲۰۰۸، دو نوع یارانه برای خدمات دندانپزشکی قرارداد شده. یک یارانه سالانه همگانی ثابت که برای مراقبت‌های دندانپزشکی پیشگیرانه و معاینات همگانی پرداخت می‌شد و با مبلغ بالاتر پرداخت شده برای افراد بین ۲۰ تا ۲۹ سال و بالای ۷۵ سال. هدف این یارانه ثابت در درجه اول نگهداری وضعیت خوب بهداشت دندان در جوانان است که در ۳۰ سال گذشته پیشرفت کرده است، با تشویق کردن اشخاص برای استفاده کردن از خدمات پیشگیری و پایه‌ای و در نتیجه کاهش نیاز به نمایش آینده است. برای دیگر خدمات دندانپزشکی، (طرح حفاظت از هزینه‌های بالا) جداگانه‌ای هر ۱۲ ماه وجود دارد. بیمار کل هزینه تا ۳۰۰۰ سکه (واحد پول سوئد)، ۵۰ درصد بین ۳۰۰۰ و ۱۵۰۰۰ سکه و ۵ درصد از هزینه بالای ۱۵۰۰۰ سکه را پرداخت می‌کند.^{۱۲} TLV تصمیم می‌گیرد که چه نوع خدمات دندانپزشکی در (طرح حفاظت از هزینه‌های بالا) قرار می‌گیرند؛ و برای نمایش مختلف قیمت پایه را مشخص می‌کند. بیشتر بزرگسالان وضعیت سلامت دندان خوبی دارند و دندان‌پزشکان به طور معمول بیمارانی که در لیست ثبت نامی خود دارند را برای معاینات روتین و نمایش احتمالی هر سال یا هر ۲ سال فرا می‌خوانند بر اساس پیمان سال ۲۰۰۹، حدود ۲/۳ از جمعیت بزرگسالان برای ویزیت روتین، یک دندان‌پزشک را در ۲ سال گذشته دیده‌اند. در حالی که حدود ۹ درصد تنها دندان‌پزشک را برای درمان‌های اورژانس دیده‌اند. بر اساس همین پیمایش حدود ۷۰ درصد از جمعیت وضعیت دندانی خود را خوب ارزیابی کرده‌اند. به هر حال تفاوت بزرگی بین گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی وجود دارد. فقط ۳۵ درصد از پاسخ‌دهندگان متولد شده خارج از اروپا وضعیت دندانپزشکی خوب داشتند مردمی که اصلیت غیر سوئدی یا گروهی که درآمد پایین دارند و والدین تنها، عموماً کمتر به نظر می‌آید که ویزیت‌های روتین دندانپزشکی داشته باشند و وضعیت دندانپزشکی بدتری دارند (۱۵).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در مورد کشور ژاپن ۲۰۰۹، اطلاعات فعالیت‌های بهداشت دهان و دندان برمی‌گردد به دوران Taisho Era (1912-1925) زمانی که فعالیت‌هایی برای تأکید بر بهداشت دهان آغاز شده بود. در دوره پس از جنگ جهانی دوم، فعالیت‌های بهداشت دهان و دندان توسط مراکز بهداشت عمومی به‌عنوان بخشی از برنامه‌های بهداشتی مادر و کودک ارائه شد. امروزه مراقبت از دندان توسط بیمه درمانی تحت پوشش قرار می‌گیرد،

اداره کل رسیدگی به خدمات دندان پزشکی و دارویی Tandvards-och lakemedelsformansverket^{۱۲}

اگرچه برخی از محدودیت‌ها در مورد مواد استفاده می‌شود. هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی دندانپزشکی (۲۵۷۷ میلیارد
ین) در سال ۲۰۰۵، ۷/۸ درصد هزینه‌های بهداشتی ملی را تشکیل می‌دهد. مردم می‌توانند از خدمات مراقبت‌های
بهداشتی دندان ارائه‌شده توسط سیستم بیمه درمانی استفاده کنند و دندان‌پزشکان از طریق حق سرویس برای خدمات
پرداخت می‌شوند. با این حال، ارتودنسی توسط بیمه درمانی پوشش نمی‌یابد و تمام هزینه‌ها باید توسط بیماران پرداخت
شود. در نتیجه، تمام ارتودنسیست‌ها خارج از سیستم بیمه درمانی عمل می‌کنند. اکثر دندان‌پزشکان با صندوق بیمه
درمانی قرارداد می‌گیرند، اما برخی از آن‌ها تصمیم می‌گیرند که در سیستم بیمه درمانی مشارکت نکنند. هیچ آمار
قابل اعتماد برای چنین دندان‌پزشکان غیرمجاز وجود ندارد. بر اساس نتایج بررسی اقتصاد پزشکی در سال ۲۰۰۳، درآمد
حاصل از مراقبت‌های خصوصی دندانپزشکی، ۱۱/۴ درصد کل درآمد کلینیک‌های دندانپزشکی را به خود اختصاص داده
است. ۸۶ ۹۳۹ تن بهداشت کار دهان و دندان، ۱۴۷ ۳۵ تکنسین دندان وجود دارد که در سال ۲۰۰۶ برای ۱۹۸ ۹۷
دندان‌پزشک در درمان کمک کردند. در سال ۱۹۸۹، کمپین "۸۰۲۰" (هشت صفر، دو صفر) آغاز شد که هدف آن
«حفظ ۲۰ دندان در سن ۸۰ سالگی» است. از آنجایی که به‌عنوان بخشی از سلامت سالمندان به کار گرفته شد، گروه
هدف سالخورده‌گان زمین‌گیر که خطر ابتلا به دندان‌ها و سوءتغذیه ناشی از آن را دارند، قرار گرفتند. این وزارت کشور
هرساله یک بررسی جامع در مورد بهداشت دهان انجام می‌دهد. آخرین نتایج تحقیق سال ۱۹۹۹ نشان می‌دهد که
۵۷/۹ درصد مردان و ۶۱/۶ درصد از زنان حداقل یک‌دندان دائمی را از دست داده‌اند. برای کسانی که حداقل یک‌دندان
غیر وابسته داشتند، میانگین دندان‌های گمشده برای مردان ۶/۵ و برای خانم‌ها ۱/۶ بود. روند تاریخی دندان‌های
از دست داده، از زمان اولین بررسی در سال ۱۹۵۷ حقایق جالبی را فراهم می‌کند. در حالی که تعداد دندان‌های از دست‌رفته
در نسل‌های جوان به‌طور پیوسته کاهش یافته است، تعداد دندان‌های از دست‌رفته سالمندان تا سال ۱۹۸۷ افزایش یافته
است. کاهش شدید بعد از آن باید تأثیر چشمگیر کمپین "۸۰۲۰" را منعکس کند. هدف تعیین شده توسط "۸۰۲۰"
امکان‌پذیر است (۱۶).

طبق گزارش کشور رومانی در سال ۲۰۱۶، مراقبت‌های دندانپزشکی از طریق شبکه تسهیلات امدادی ۱۴ ۱۱۸ فراهم
شده است که بیشتر از ۸۶ درصد (۱۲ ۱۲۷) خصوصی هستند که به‌عنوان دندان‌پزشک خصوصی (۱۱ ۹۳۱)، جوامع
مدنی دندان‌پزشکان (شکلی از سازمانی حرفه‌ای برای متخصصان آزاد در رومانی) سازمان‌دهی شده‌اند. از سال ۱۹۹۱ به

بعد، دندان‌پزشکان عمومی و ۴۳۲ دندان‌پزشک در مدارس و ۳۱ دندان‌پزشک در دانشگاه هستند که توسط بودجه دولت تأمین مالی شده‌اند. به دلیل محدودیت بودجه، NHIF^{۱۳} فقط مقدار کمی از خدمات بهداشت و سلامت دهان و دندان را پوشش می‌دهد. در سال ۲۰۱۴ مراقبت‌های دندانپزشکی تنها ۰/۲ درصد از هزینه NHIF را به خود اختصاص داده بود، بیشتر مراقبت‌های دندانپزشکی مستقیماً پرداخت می‌شد. پکیج‌های با مزایای پایه شامل رنج محدودی از خدمات دندانپزشکی هستند که برای کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و بعضی گروه‌های خاص مثل سربازان سابق و کسانی که در انقلاب ۱۹۸۹ جنگیدن را شامل می‌شود. برای بیماران بالای ۱۸ سال NHIF بین ۶۰ درصد تا ۱۰۰ درصد تعرفه خدمات را پوشش می‌دهد. دندان‌پزشکان تحت قرارداد CASAOPSNJ فعالیت دارند. افرادی که بیمه نیستند به پکیج‌های با مزایای بسیار کم دسترسی دارند که تنها خدمات اورژانسی را پوشش می‌دهند. در حال حاضر هیچ برنامه بهسازی در زمینه مراقبت‌های دندانپزشکی وجود ندارد (۱۷).

بر اساس گزارش کشور روسیه ۲۰۱۱، استراتژی‌های ملی برای مراقبت از دندان‌ها وجود ندارد و به‌طور کلی خدمات مراقبت‌های دندان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اولویت نسبتاً کم قرار می‌گیرد. بیشتر مراقبت از دندان‌ها از طریق دندان‌پزشکان خصوصی ارائه می‌شود و خدمات به‌طور کامل از جیب پرداخت می‌شود. خدمات دندانپزشکی، صرف‌نظر از مراقبت از کودکان، جانبازان و سایر گروه‌های خاص، به‌طور خاص از بسته خدمات مراقبت از دولت حذف می‌شوند. قیمت‌ها برای کسانی که واجد شرایط درمان رایگان نیستند، محدود و یا تنظیم نمی‌شوند. خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی از طریق کلینیک‌های دندانپزشکی، بخش‌های دندانپزشکی و جراحی در مراکز اورژانس ارائه می‌شود گاهی اوقات در مناطق روستایی این می‌تواند به معنای فاصله‌های قابل‌توجهی برای دسترسی به مراقبت‌های دندان باشد. از سال ۲۰۰۰، شبکه تسهیلات دندانپزشکی و میزان مراقبت ارائه‌شده در مراکز دولتی و شهری کاهش یافته است تعداد بخش‌های دندانپزشکی و جراحی در داخل مراکز اورژانس تقریباً دو برابر شده است. پوشش کل جمعیت با معاینات پیشگیرانه به‌طور متوسط ۱۷ درصد کاهش یافته است؛ اما پوشش برای کودکان افزایش ۱۴ درصد و برای بزرگسالان ۳۰ درصد کاهش یافته است (۱۸).

^{۱۳} National health insurance fund

بر اساس گزارش کشور ترکیه در سال ۲۰۱۱، دندانپزشکی در ترکیه هم به صورت خصوصی و هم عمومی ارائه می‌شود، دندان‌پزشکان اکثراً در مطب شخصی خود مشغول به کار هستند. البته کلینیک‌های سازمان بهداشت دندانپزشکی هم موجود هستند. هزینه خدمات دندانپزشکی سالانه به وسیله HIG مشخص می‌شود؛ و حداقل میزان استاندارد برای بخش خصوصی توسط سازمان دندان‌پزشکان ترکیه با تأیید وزارت بهداشت مشخص می‌شود. در ترکیه سرانه مصرف خمیردندان در سال، ۰/۸ تا ۰/۹ گرم است؛ و مصرف مسواک ۱/۳ به ازای هر شخص است که مشخص می‌کند جا برای بهبود اقدامات پیشگیرانه هست. خدمات مراقبتی دندانپزشکی در بخش عمومی به وسیله مرکز بهداشت خانواده، بیمارستان امکزشیو عمومی، مرکز بهداشت دهان و دندان، بیمارستان‌های مراقبت‌های دندانپزشکی. بخش خصوصی به‌عنوان کلینیک یا اتاق شخصی و یا یک واحد از بیمارستان اساساً سازمان‌دهی شده است. خدمات مراقبتی دندانپزشکی به صورت وسیعی توسط وزارت دارایی،^{۱۴} GHIS و مؤسسه‌های بیمه شخصی و OOP تأمین بودجه شده‌اند. خدمات به وسیله دندان‌پزشکان مشخصی توسط CHIS بازپرداخت می‌شوند، اگر با شرایط خاصی که در HIG واضح مشخص شده مطابقت داشته باشد. هزینه بازپرداخت شده در این کیس معادل هزینه عمومی همین خدمت است. یک SSI^{۱۵} باید ابتدا برای به دست آوردن درمان دندانپزشکی با دستگاه‌های عمومی تماس بگیرد، اگر دستگاه عمومی بیمار را به دندان‌پزشک خصوصی ارجاع دهد، بیمار اجازه دارد برای دریافت خدمات به بخش خصوصی مراجعه کند. دندان‌پزشک بخش خصوصی که هر بیمار ارجاعی را انجام می‌دهد باید به طور واضح هر درمانی را که انجام داده گزارش دهد و بخش عمومی که ارجاع داده برای مطالبه بازپرداخت از SSI باید تأیید کند که درمان به‌طور مناسب کامل شده است.

پزشک ارشد در سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی عمومی می‌توانند در نواحی که دندان‌پزشکان در سازمان‌های دولتی نیستند بیمار را به دندان‌پزشکان شخصی ارجاع دهند. در چنین ارجاعاتی یک نماینده از این سری دندان‌پزشکان باید باشد که تأیید کند درمان به‌طور مناسبی کامل شده است. از آنجائی که هزینه‌بر مبنای هزینه بخش عمومی است بیمار به بخش خصوصی ارجاع داده می‌شود که ما به تفاوت بخش عمومی و خصوصی را بدهد (۱۹).

^{۱۴} Genel Saglik Sigortasi, general health insurance scheme

^{۱۵} Sosyal Guvenlik Kurumu, social security institution

در کشور تاجیکستان بر اساس مطالعه انجام شده در سال ۲۰۱۶، بیشتر خدمات دندانپزشکی در حال حاضر به صورت خصوصی اداره می شود. به ویژه در شهرهای بزرگ، مراقبت های دندانپزشکی شامل پکیج های سلامتی ارائه شده توسط سازمان های بیمه آن هم در موارد اورژانس است. بقیه موارد مراقبت های دندانپزشکی شخصاً توسط خود بیمار پرداخت می شود (۲۰).

بر اساس گزارش کشور پرتغال در سال ۲۰۱۷، خدمات عمومی بهداشتی تخصصی در این کشور بسیار کم است، بنابراین مردم به طور معمول از بخش خصوصی استفاده می کنند. در پرتغال دندان پزشکان مستقل هستند و فعالیتشان به وسیله سازمان دندان پزشکان پرتغال کنترل می شود. بهداشت کاران دهان و دندان نیز خدمات دندانی ارائه می دهند البته با نظارت مستقیم دندان پزشکان. بعضی از دندان پزشکان با بیمه های مختلف قرارداد دارند که صرفاً خدمات خاصی را ارائه می دهند و آن هایی که قرارداد ندارند بیماران مستقیماً و از جیب هزینه را پرداخت می کنند سپس بخشی از هزینه بر اساس طرح به بیمار باز پس داده خواهد شد. برای بهداشت دهان و دندان در مدارس بودجه مالی افزایش داده شده است که نتیجتاً بر اساس یک تحقیق انجام شده درصد کاهش پوسیدگی دندان از ۳۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۵۴ درصد در سال ۲۰۱۳ رسیده است. بر اساس طرح دیگر برای برطرف ساختن نابرابری دسترسی به خدمات دندانپزشکی در سال ۲۰۰۸ دولت مراقبت های دندانپزشکی مبتنی بر پرداخت برای کودکان و زنان باردار و سالمندانی که خدمات اجتماعی دریافت می کنند و گروه خاصی از بیماران قرارداده است و سازمان بین المللی برنامه ریزی ارتقا سلامت دهان و دندان مراقبت های دندانپزشکی مبتنی بر پرداخت برای انجام سریع تحقیقات پیشگیری از سرطان دهان مشخص کرده است (۲۱).

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۴ از کشور ایتالیا، امکانات دندانپزشکی عمومی بسیار کمی در این کشور وجود دارد، با منابع SSN^{۱۶} محدود اختصاص داده شده برای خدمات بازپرداختی یک سری خدمات حداقلی در پکیج های با مزایا قرار گرفته است که آن ها شامل: خدمات تشخیص و پیشگیری، اکلوژن دندانی و مشکلات مربوط به استخوان فک و اورژانس ها است. برای دسترسی به این خدمات فرانشیز الزامی است، به استثنا کودکان ۰-۱۴ سال و قشر آسیب پذیر (بیماران کم درآمد و کسانی که از بیماری های مزمن رنج می برند). بیشتر نمایش دندانپزشکی از طریق OOP پرداخت می شود

^{۱۶} Servizio Sanitario Nazionale, National health service

و مراقبت‌های سلامت دهان و دندان اساساً توسط دندان‌پزشکان، بهداشت‌کاران و سازمان‌های مستقل و کوچک یا سازمان‌های بزرگ که متخصصان و لابراتوارها و تکنسین‌های مختلفی دارند ارائه شده است (۲۲).

بر اساس گزارش کشور انگلستان در سال ۲۰۱۱، وضعیت بهداشت دهان و دندان بدین صورت گزارش شده است، بررسی اجمالی از پیشرفت دندانپزشکی در انگلستان:

بخش ۱: به طور مختصر پیشرفت سیاست‌های دولت در مورد مراقبت‌های دندانپزشکی توضیح داده شده است؛

بخش ۲: بررسی سازمان‌دهی خدمات؛

بخش ۳: دسترسی به خدمات را مورد توجه قرار داده است؛

بخش ۴: نگاهی به چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه داشته است؛

بخش ۵: برنامه پیشگیری مراقبت‌های دندانپزشکی را مورد توجه قرار داده است؛

سیاست‌های مراقبت‌های دندانپزشکی

با معرفی NHS^{۱۷} در سال ۱۹۸۴، مراقبت‌های دندانپزشکی عمومی رایگان به طور گسترده‌ای در دسترس قرار گرفت. در سال ۱۹۵۱ مطالبات بیماران اساساً به صورت cost-containment measure بیان شده بود و در سال‌های متوالی مطالبات هزینه زیاد شد تا ۲۵ درصد از هزینه را پوشش دهند. بهداشت بسیار پایین دندان در انگلستان باعث نیاز فراوانی به خدمات دندانپزشکی شد، اگرچه پیمایش ۱۰ ساله سلامت دندان پیشرفت بزرگی را نشان داده است ب به طوری که افراد زیر ۳۰ سال سطح پایینی از پوسیدگی و نیازهای ترمیمی دارند، اما از طرف دیگر افراد بین ۳۰ تا ۶۵ سال سطح بالایی از درمان به وسیله پر کردن یا دیگر راه‌های ترمیم و این طور که به نظر می‌آید سطح بالای نیاز به نمایش نگه‌دارنده در آینده را دارند. در حالی که تعداد زیادی از افراد بالای ۶۵ سال دندانی ندارند و از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند. علاوه بر آن، در سال‌های اخیر، اشخاص به طور فزاینده‌ای نه تنها با سلامت دندان‌ها بلکه همچنین ظاهرشان مورد توجه قرار گرفته‌اند و این انتظارات را از چیزی که دندانپزشکی NHS باید ارائه کند بالا برده است. تا قبل

^{۱۷} National health service

از ارائه قرارداد جدید در سال ۱۹۹۰، پرداخت به دندان‌پزشکان NHS، بر اساس تعداد خدمات ارائه شده بود که باعث تمایل ارائه‌کننده‌های خدمات، به تمرکز بر روی ارائه خدمت می‌شد تا بهداشت کلی دهان مردم. بعضی مفسران احساس کردند این جریان منجر به افزایش نمایش غیرضروری می‌شود. قرارداد ۱۹۹۰ یک مبنای سرانه تقریبی برای پرداخت به دندان‌پزشکان NHS را معرفی کرد که تشویق ثبت‌نام بیماران بود. با این حال، عمدتاً مسائل مربوط به دستمزد منجر به کاهش دسترسی به دندان‌پزشکان NHS، شد بسیاری از دندان‌پزشکان به کار کاملاً خصوصی یا نیمه‌خصوصی روی آوردند، در اصلاحات بعدی سعی کردند این مشکل را حل کنند. از سال ۱۹۹۷ دولت حزب کارگر، در راستای رویکرد کلی خود به سیاست‌های NHS، بر نیاز به مسئولیت‌پذیری برای مراقبت در سطح محلی و اطمینان از کیفیت مراقبت‌های دندانپزشکی، تأکید کرد و همچنین قرارداد پذیرایی در قلب خدمات را مورد توجه قرارداد. قرارداد جدیدی در سال ۲۰۰۶ پدید آمد که مسئولیت قراردادهای PCT^{۱۸} را برای خدمات قراردادی، آسان‌سازی مطالبه هزینه از بیمار و تغییر سیستم پاداشی به مبلغ سالانه برای دندان‌پزشکان NHS و برای ارائه تعداد کار توافق شده به عهده گرفت. به نظر می‌رسد این هیچ‌کس را راضی نکرد و این چیزی بود که در این حرفه بیشتر باعث شد نگران باشیم و باعث شکست بهبود دسترسی به خدمات دندانپزشکی NHS شد. هزینه‌های مراقبت‌های دندانپزشکی خصوصی حداقل به اندازه NHS هست. تحقیقات اخیر خدمات دندانپزشکی در انگلستان پیشنهاد کرد که تأکید بیشتر بر کیفیت مراقبت و پیشگیری باشد و این باید اندازه‌گیری شود و در مکانیسم قرارداد موجود آورده شود.

در فوریه ۲۰۱۰، وزارت بهداشت یک هیئت اجرائی بر پا کرد برای شروع یک موج هدایتگر برای راه‌اندازی توصیه‌های بررسی تسهیل که از آوریل ۲۰۱۰ آغاز شده است.

سازمان‌دهی خدمات دندانپزشکی

دندانپزشکی در انگلیس به سه بخش تقسیم شده است:

خدمات دندانپزشکی سطح دوم و سوم در بیمارستان‌های اورژانس و بعضی بیمارستان‌های تخصصی، مشاوره تخصصی ارائه می‌دهد و درمان برای مشکلات حادتر و معمولاً توسط دندان‌پزشکان عمومی ارجاع داده می‌شوند.

^{۱۸} Primary care trust

-خدمات دندانپزشکی اجتماعی، مراقبت در کلینیک‌های اجتماعی، منزل خود بیماران و خانه‌های بهداشت و بیمارانی که برای استفاده از دندان‌پزشکان عمومی مشکل دارند و برایشان سخت است مثل کودکان کم سن که مشکل فراگیری دارند و بعضی افراد مسن، افرادی که ناتوانی‌های جدی فیزیکی دارند یا مشکل سلامت روان دارند، همین‌طور بررسی بچه‌مدرسه‌ای‌ها در رابطه با پوسیدگی دندان‌ها و ارائه سلامت دهان و دندان.

خدمات دندانپزشکی عمومی، سرویس‌های امدادی در اجتماع محلی برای به دست آوردن بیشترین نیازهای بهداشت دندان.

تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد و آموزشی دندان‌پزشکان از طریق مدارس دندانپزشکی مطابق با بیمارستان‌ها پوشش داده شده‌اند. دندان‌پزشکان بیمارستانی و اجتماعی تمایل به استخدام در NHS دارند، باینکه امکانات دندانپزشکی خصوصی نیز وجود دارد که طیف وسیعی از مراقبت‌های ویژه را ارائه می‌دهند. خدمات عمومی دندانپزشکی به‌وسیله NHS و بخش خصوصی فراهم شده است. اغلب دندان‌پزشکان عمومی هر دو NHS و مراقبت‌های دندانپزشکی خصوصی را از یک مطب و گاهی به همان بیمار ارائه می‌دهند. PCTs. مسئول رساندن خدمات دندانپزشکی NHS در محل‌های مشخص جغرافیایی می‌باشند و باید مطمئن شوند که دندانپزشکی NHS برای هر کس که تمایل به دسترسی به خدمات را دارد فراهم است. علاوه بر این ضروری است که در صورت لزوم اشخاص دسترسی سریع به خدمات اورژانسی دندان داشته باشند. اشخاص بر اساس NHS حق دارند: همه درمان‌هایی که از نظر کلینیکی لازم است برای نگهداری دندان، لثه و بهداشت دهان شامل دندان مصنوعی، درمان ریشه، روکش، برنج و نمایش پیشگیرانه (به‌عنوان مثال جرم‌گیری دندان، ملاقات با بهداشت کار دهان و دندان، فلورایدتراپی و وارنیش تراپی)، پر کردن سفید و برای افراد زیر ۱۸ سال مراقبت‌های دندانپزشکی به‌عنوان مثال: برای صاف کردن دندان‌ها. اگرچه اشخاص تحت NHS حقوق درمانی را دارند، آن‌ها ممکن است انتخاب کنند که ترکیبی از نمایش NHS و خصوصی در یک قسمت واحد از مراقبت‌های دندانپزشکی را دریافت کنند.

دندان‌پزشکان عمومی به‌عنوان پیمانکاران مستقل عمل می‌کنند؛ و انتخاب می‌کنند که کجا کارشان را قرار دهند و چه میزان از نمایش NHS را ارائه دارند PCTs نمی‌توانند دندان‌پزشکان را مجبور کند که بیماران NHS را قبول کنند،

اگرچه بیشتر دندان‌پزشکان بعضی از خدمات NHS را فراهم کرده‌اند، بر اساس قرارداد سال ۲۰۰۶، دندانپزشکی که بیمار NHS گرفته است، انتظار می‌رود که یک طرح درمان کتبی برای کارهای مشخصی ارائه دهد و باید جزئیات و هزینه هر درمان مشخص شده را تعیین کرد. بیمار مجبور به پذیرش درمان خصوصی نیست اما باید درمان مناسبی بر اساس NHS دریافت کند.

در آوریل ۱۹۹۰، بیماران تجربه مشکل دسترسی به دندان‌پزشک NHS را داشتند به دلیل اینکه دندان‌پزشکان قراردادشان با NHS را کم کردند و کار شخصی خود را گسترش دادند بخشی در پاسخ به کاهش هزینه‌ای که توسط دولت اعمال شد. سازمان بهداشت با استفاده از سیستم‌های جدید برای پرداخت دندان‌پزشکان، پاسخ داد. قرارداد خدمات شخصی دندانپزشکی و در نهایت قرارداد خدمات عمومی دندانپزشکی در سال ۲۰۰۶ ارائه شد که به موجب آن PCTs، مسئول کمیته خدمات دندانپزشکی بر اساس ارزیابی نیازهای محلی شد و بودجه PCTs، برای خدمات دندانپزشکی منحصراً بر اساس مصرف رخداد بود. سیستم شارژ بیمار ساده شد پرداخت به دندان‌پزشک نه بر اساس هزینه خدمات، بلکه بر اساس تعداد UDAs کامل شده بود. علاوه بر این، بیمار نیاز نبود که دیگر با دندان‌پزشک خاصی ثبت نام کند، بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۶ بخشی از دستمزد دندانپزشکی مربوط به تعداد بیماران ثبت نام شده می‌شد. قرارداد جدید مذاکره شد به طور محلی بین PT و هر دندان‌پزشک مستقل که PCT، کل درمان سالانه دندان‌پزشک را در UDAs^{۱۹} محاسبه کرده و هر ۱۲ ماه پرداخت شود. جائیکه PCT، قرارداد با دندان‌پزشک برای ارائه یک سطح توافق شده از خدمات دندانپزشکی داشته، این دندان‌پزشک به عنوان یک ارائه‌کننده شناخته می‌شود. (همچنین به عنوان مالک دندانپزشکی شناخته می‌شود) اگر دندان‌پزشک همه کارها را با اجراکننده دیگر قرارداد ببندد، دندان‌پزشک فقط به عنوان «ارائه‌دهنده» شناخته می‌شود ولی اگر خدمات را خودش انجام دهد به عنوان «ارائه‌کننده مجری» شناخته می‌شود. دندانپزشکی که خدمات ارائه می‌دهد اما خودش با PCT قرارداد ندارد (برای ارائه‌دهنده یا ارائه‌دهنده مجری کار می‌کند) به عنوان فقط «اجراکننده» شناخته می‌شود. در سال ۲۰۰۵-۲۰۰۶ یک مالک دندانپزشکی به طور متوسط درآمد خالص سالانه £ ۱۱۴۰۰۰ دارد، همچنین به طور متوسط ۴۲ درصد از درآمد دندان‌پزشکان در این سال از NHS و ۵۸ درصد از کار خصوصی بوده است. درمان خصوصی مستقیماً توسط بیمار بر

^{۱۹} Units of dental activity

اساس هزینه خدمت ارائه شده از طریق بیمه خصوصی فرد پرداخت می شود. تا سال ۲۰۰۷-۲۰۰۸ به طور متوسط دندان پزشکان والس و انگلستان درآمد خالص ۱۲۶۸۰۰ € داشتند تا سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹ به ۱۳۱۵۰۰ افزایش پیدا کرد.

دسترسی به مراقبت های دندان پزشکی

دسترسی به NHS هم با موجود بودن دندان پزشکان NHS در نواحی محلی و هم توانایی اشخاص برای روبه رو شدن با هزینه مراقبت مشخص می شود. همین طور که قبلاً ذکر شد: بعضی اوقات در مورد عدم دسترسی به دندان پزشکان NHS در بسیاری از نقاط انگلستان نگرانی وجود داشت. مراقبت های دندان پزشکی خصوصی همچنین به طور وسیعی در بسیاری از جاهای کشور موجود بود اگرچه به نظر می آمد هزینه مانعی برای بسیاری از مردم است.

سطح کارکنان:

حدود ۳۵۴۰۰ دندان پزشک ثبت شده و ۲۱۱۰۰ دندان پزشک متخصص ثبت شده در ایالت انگلستان در اواخر ۲۰۰۱ بودند. در سال ۲۰۰۶-۲۰۰۷، ۲۱۰۴۱ دندان پزشک تحت قرارداد خدمات عمومی دندان پزشکی فعالیت داشتند. در سپتامبر ۲۰۰۹، ۴۳۴۲ دندان پزشک در بیمارستان NHS و خدمات اجتماعی در انگلستان کار می کردند، شامل: بهداشت عمومی دندان پزشکی، افزایش ۲۲ درصد از ۳۵۷۶ در سپتامبر ۱۹۹۷. از این تعداد ۹۱۰ نفر مشاور و ۱۰۲۸ نفر در سال ۲۰۰۹ در کارآموزی بودند در مقایسه با ۶۱۸ و ۷۴۱ به ترتیب در سال ۱۹۹۷ این یک افزایش به ترتیب ۴۷ درصد و ۳۹ درصد است. از سال ۱۹۹۷ تا سال ۲۰۰۹ یک افزایش ۳۶ درصد مشاهده شد در تعداد دندان پزشکان که در خدمات دندان پزشکی عمومی و خدمات شخصی دندان پزشکی یا قرارداد خدمات دندان پزشکی منجر به اعتماد در جامعه فعالیت داشتند. در طول همان دوره جمعیت ساکن به ازای هر دندان پزشک از ۲۹۵۵ به ۲۳۵۵ کاهش یافت. این معادل است با افزایش از ۰/۳۶ دندان پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر ساکن به ۰/۴۳.

اگرچه این تعداد برای افرادی که دندان پزشکان مسئولیتشان را دارند بیش از حد ارزیابی شده است. در سال ۱۹۹۷، تنها ۵۴ درصد از جمعیت ساکن با دندان پزشکان NHS، ثبت نام کردند که تا سال ۲۰۰۶ به ۴۹ درصد کاهش یافت؛ بنابراین متوسط اندازه لیست دندان پزشکان NHS از ۱۳۸۸ در سال ۱۹۹۷ به ۱۱۳۱ در سال ۲۰۰۶ کاهش یافت. اگرچه ثبت نام جزئی از قرارداد ۲۰۰۶ نبود، از این رو این اندازه گیری جایگزین شد با بیمارانی که توسط دندان پزشکان

NHS، طی ۱۲ ماه گذشته دیده شدند. تعداد بیماران معاینه شده توسط دندان‌پزشکان NHS، در انگلیس از ۲۸/۱ میلیون (۵۵/۸ درصد از جمعیت) در مارس ۲۰۰۶ به ۲۸،۴ میلیون (۵۵/۱ درصد از جمعیت) در مارس ۲۰۱۰ افزایش پیدا کرد. اطلاعات قابل‌مقایسه اروپا در مورد تعداد دندان‌پزشکان در کل جمعیت بر اساس کشور نشان می‌دهد که ایالت انگلستان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کمتر است از دیگر کشورهای اروپا. اگرچه همان‌طور که اشاره شد اشکالاتی در این اطلاعات وجود دارد از نظر تفاوت‌های قابل‌توجهی در مورد نحوه ثبت شدن ارقام، مهم‌ترین آن‌ها این است که آیا بخش خصوصی را شامل می‌شود و این دندان‌پزشکان بیمارستانی را هم شامل می‌شود: اطلاعات ایالت انگلستان شامل نمی‌شود درحالی‌که بیشتر کشورهای دیگر شامل می‌شوند. تعداد دندان‌پزشکان NHS همیشه به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در سرتاسر انگلستان متفاوت بوده است و همین‌طور باقی ماند. در مارس ۲۰۱۰، در ساحل جنوب شرقی و لندن، $0.5\text{SHA}^2\text{s}$ دندان‌پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر بود در مقایسه با 0.4 در می‌دهند شرقی و غربی، حدود ۲۵ درصد تفاوت، در سطح PCT تفاوت‌ها بزرگ‌تر است از $1/16$ دندان‌پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در بهترین ارائه‌دهنده PCT به مقدار کم 0.34 در بدترین ارائه‌دهنده (۲۳).

مردم در ایالت انگلستان در سال ۲۰۰۷ دسترسی نسبتاً ضعیفی به مراقبت‌های دندانپزشکی نسبت به بقیه کشورهای اروپایی داشتند تنها ۶۵ درصد از مردم اعتقاد داشتند که دسترسی آسان دارند در مقایسه با ۹۲ درصد در سوئد و آلمان و ۸۱ درصد در فرانسه.

هزینه‌ها برای مراقبت‌های دندانپزشکی

هزینه‌ها برای مراقبت‌های دندانپزشکی NHS ممکن است قویاً توانایی مردم برای دسترسی به خدمات را تحت تأثیر قرارداده باشد. تقریباً از زمان آغاز، هزینه برای مراقبت‌های دندانپزشکی عمومی بوده است با این‌همه خدمات دندانپزشکی اجتماعی و بیمارستانی رایگان بود. بین سال‌های ۱۹۹۶-۱۹۹۷ و ۲۰۰۸-۲۰۰۹، مبلغ جمع شده در هزینه‌های NH از ۳۸۳ میلیون € به ۵۷۱ میلیون € افزایش یافت. به‌رحال بخش بزرگی از جمعیت مستحق مراقبت‌های رایگان به خاطر سن یا در حال دریافت یکی از مزایای معافیت یا اعتبار مالیاتی هستند. ۴۸ درصد از

^{۲۰} Strategic health authorities

بیماران مراقبت‌های رایگان دریافت می‌کنند که بر اساس گزارش‌های اخیر معادل بیش از نیمی از کل مراقبت‌هایی است که در سال ۲۰۰۷-۲۰۰۸ دریافت شده است. باقی جمعیت مراقبت‌های یارانه‌ای دریافت می‌کنند که قیمت‌ها در چارچوب ملی تنظیم می‌شوند هزینه بیمار با سه بخش شارژ زیر برای خدمات درمانی NHS در آوریل ۲۰۱۰ مشخص شده است:

در کل هزینه جمع‌آوری شده در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹، ۲۸ درصد ارزان‌ترین سطح فعالیت (بند ۱)، ۳۹ درصد بعدی (بند ۲) و ۲۸ درصد سومی (بند ۳) را پوشش می‌داد و ۵ درصد باقیمانده نمایش مراقبتی اورژانس را پوشش می‌داد.

مراقبت‌های دندانپزشکی خصوصی یا از طریق برنامه بیمه‌های شخصی یا oop پرداخت می‌شد.

بیمه به دو فرم کلی بود:

۱- برنامه سرانه دندانپزشکی که به موجب آن اشخاص یک مبلغ ثابتی را هر سال پرداخت می‌کنند برای یک پکیج پایه که با دندان‌پزشک خاصی که معاینه و بهداشت را پوشش می‌دهد ولی شامل خدمات ترمیمی نمی‌شود، یا پکیجی که همچنین دسته‌ای از خدمات درمانی در صورت نیاز مانند پر کردن و روکش و غیره را پوشش داده است و بیمه دندانپزشکی که به موجب آن اشخاص هر سال مقدار ثابتی پرداخت می‌کنند. هزینه‌های درمان به وسیله هر NHS یا دندان‌پزشک خصوصی تا سطح توافق شده پوشش داده شده است.

قیمت‌ها تنظیم نمی‌شوند، بلکه توسط ارائه‌کننده تعیین می‌شوند، اطلاعات مربوط به اندازه بازار خصوصی به آسانی در دسترس نیست اداره تجارت عادلانه (۲۰۰۳) گزارش داد بازار بالای ۱ بیلیون £ در سال ۲۰۰۱ ارزش داشت یک افزایش ۶۰ درصد از سال ۱۹۹۷ با حدود ۷ میلیون بیمار به طور منظم. بیشتر فعالیت‌ها با NHS و مراقبت‌های خصوصی و فقط ۲۱۰ تا از ۱۱۰۰۰ صرفاً خصوصی در سال ۲۰۰۱ ارائه شده‌اند. اگرچه تحقیق بعدی نشان داد که کل بازار دندانپزشکی خصوصی حدود ۳ بیلیون £ در سال ارزش دارد و حداقل برابر با ارزش بازار دندانپزشکی NHS است. در سال‌های اخیر تعداد افرادی که بیمه مراقبت‌های دندانپزشکی دارند در ایالت انگلستان افزایش پیدا کرده است. تا سال ۲۰۰۸ حدود ۳۰۴ میلیون نفر بیمه‌ای به ارزش ۵۴۳ میلیون £ و ۸۱/۵ درصد در طرح سرانه دندانپزشکی و پرداخت کردن هزینه ۴۷۲ میلیون £ و ۱۸/۵ درصد بیمه دندانپزشکی داشتند که ۷۱/۵ میلیون £ پرداخت کردند.

تنوع در دسترسی به خدمات:

باینکه کل جمعیت مستحق دریافت نمایش دندانپزشکی NHS هستند، در عمل مردم در بسیاری از نواحی این درمان‌ها را به‌طور چشمگیری سخت به دست می‌آورند و بنابراین مجبور به تکیه کردن به نمایش خصوصی دندانپزشکی می‌شوند. تنها کمتر از نیمی از جمعیت انگلیس با دندان‌پزشکان NHS ثبت نام کردند. در مارس ۲۰۰۶، ۴۵ درصد از بزرگسالان ۶۴ درصد از کودکان. از سال ۱۹۹۷ این جریان کاسته شد وقتی که بالای ۵۴ درصد از جمعیت ثبت‌نام شدند، در طول همین مدت‌زمان، بین سال‌های ۱۹۹۷-۲۰۰۶، بخشی از جمعیت که به خدمات عمومی دندانپزشکی NHS دسترسی داشتند در ۱۲ ماه گذشته از ۵۴ درصد به ۴۹ درصد کاهش یافت. برای بزرگسالان این کاهش حتی بزرگ‌تر بود، از ۵۳ درصد به ۴۵ درصد کاهش یافت. با قرارداد جدید که لزوم ثبت نام را منتفی کرد، سازمان بهداشت یک معیار جدید را معرفی کرد. در طول ۲ سال تا مارس ۲۰۰۶، حدود ۵۵/۸ درصد از جمعیت به خدمات عمومی NHS دسترسی پیدا کردند تا دسامبر ۲۰۰۷، این به ۵۳/۷ درصد کاهش یافت و تا مارس ۲۰۰۹، هنوز تنها ۵۳/۸ درصد از جمعیت به خدمات دندانپزشکی عمومی دسترسی پیدا کردند. باین‌حال در طول ۲ سال گذشته، با توجه به تعداد دندان‌پزشکان NHS، بخشی از جمعیت که به خدمات دندانپزشکی NHS دسترسی دارند به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در طول انگلیس متفاوت هستند، برای مثال: در مارس ۲۰۰۹ در جنوب مرکز SHA تنها ۴۵ درصد از مردم، دندان‌پزشک NHS را در طول ۲ سال گذشته دیده‌اند در مقایسه با شمال شرق SHA که ۶۱ درصد است، تفاوت حدود ۳۵ درصد است. در سطح PCT تفاوت کمی بزرگ‌تر است. از ۲۱ درصد تا ۷۶ درصد، دندان‌پزشک NHS را در ۲ سال گذشته دیده‌اند. نواحی با تعداد دندان‌پزشک بالا به ازای جمعیت لزوماً با نواحی که در آن مردم بیشتر تا خدمات استفاده می‌کنند، مطابقت ندارند. آخرین ارزیابی بهداشت و سلامت دندان بزرگسالان در انگلستان در سال ۱۹۹۸ مشخص کرده است که ۱۸ درصد از بزرگسالان خدمات دندانپزشکی شخصی دریافت می‌کنند. در مقایسه با سال ۱۹۸۸ که ۶ درصد بود دوباره، تفاوت قابل‌توجهی در سرتاسر کشور بود، ۲۴ درصد خدمات خصوصی را در سال ۱۹۹۸ در جنوب انگلیس و ۹ درصد در شمال دریافت کردند.

کیفیت خدمات دندانپزشکی

کیفیت خدمات دندانپزشکی از طرق مختلف تأمین می‌شود.

^{۲۱}GDC، بدنه اصلی هست که مسئولیت تنظیم و برنامه‌ریزی دندان‌پزشکان، تکنیسین‌های دندانپزشکی و ارتودنטיست‌ها، PCTs و همچنین کنترل کیفیت خدمات آن‌هایی که قرارداد بسته‌اند است. بعلاوه، CQC^{۲۲}، مسئول تنظیم و بازرسی ارائه‌کننده‌های خدمات دندانپزشکی است - شامل NHS و بخش خصوصی، به‌عنوان بخشی از وظیفه عمومی آن است. در سال ۲۰۰۷ تنها ۷۰ درصد از جمعیت در انگلستان به کیفیت خدمات دندانپزشکی اعتقاد دارند در مقایسه با ۹۴ درصد در سوئد، ۹۳ درصد فرانسه و ۸۸ درصد در آلمان.

GDC شورای عمومی دندانپزشکی

GDC، فهرستی از متخصصان را که مجاز به انجام خدمات هستند نگهداری می‌کنند. همچنین ادعای سوء رفتار یا عدم پذیرش و ناتوانی در ارائه صحیح خدمت را بررسی می‌کنند. دندان‌پزشکان و متخصصان دندانپزشکی از طریق CPD^{۲۳} دانسته‌ها و مهارت‌هایشان را حفظ و پیشرفت می‌دهند و این لازمه ماندن و ادامه فعالیت کاریشان است. این پروسه به‌وسیله GDC راه‌اندازی شده است که همچنین باعث توسعه پروسه اعتبار سنجی شده است که شامل CPC^{۲۴} و GDC است. همچنین یک راهنما از چیزی که از فعالیت‌های دندانپزشکی انتظار می‌رود و ارائه اصول و مشاوره در مورد مراقبت‌های خوب کلینیکی را در اختیار قرارداده است. علاوه بر آن، سرویس شکایات دندانپزشکی، به‌وسیله GDC، تنظیم شده است. در سال ۲۰۰۶، روبرو هست با شکایات در مورد سرویس‌دهی دندانپزشکی خصوصی و می‌تواند توصیه‌هایی در رابطه با باز پس دادن هزینه‌ها و نمایش اصلاحی همچنین تغییرات در فعالیت‌های دندانپزشکی خصوصی، اگرچه قدرت رسمی برای اعمال توصیه‌ها ندارد.

^{۲۱} General dental council

^{۲۲} Care quality commission

^{۲۳} Continuing professional development

^{۲۴} Certificate of professional competence

نظارت توسط PCTs

PCTs، وظیفه پیشرفت سلامت دهان جمعیت خود و بالا بردن دسترسی به سرویس باکیفیت را دارد. معیار اصلی دسترسی، تعداد بیمارانی است که دندان پزشکی NHS خود را در ۲ سال گذشته دیده‌اند و همه PCTs ها که به این اعتقاد داشتند، در ۳۱ مارس ۲۰۰۶ به‌عنوان خط‌مشی اصلی به اجرا درآوردند. سازمان بهداشت و درمان یک گروه نتیجه و کارایی کلینیکی را برای توسعه شاخص‌های کیفیت برای مسیر دندانپزشکی و نتایج سلامت دندان تأسیس کرد. به‌طور خاص، شاخص‌ها در حال توسعه هستند با توجه به دسترسی به: ارزیابی مناسب بهداشت دهان، درمان و یادآوری و کیفیت نتایج. علاوه بر این، وزارت بهداشت یک برنامه دسترسی به دندانپزشکی را راه‌اندازی کرده است که به پیشرفت شاخص‌های کلیدی اجرائی و همچنین مشاوره دادن به PCTs در مورد تدارکات و قرارداد مدیریت کمک کرده است.

خدمات دندانپزشکی NHS

بخشی از اداره خدمات بازرگانی NHS

-مجموعه‌ای از اقدامات دسترسی، فعالیت، کیفیت و ارزش برای پول را تولید کرده است که به‌عنوان علائم حیاتی شناخته شده است. این‌ها به PCT, SHAs و وزارت بهداشت هر سه ماه یک‌بار در سطح قرارداد دندانپزشکی خصوصی و PCT گزارش شده است. دوباره دسترسی توسط تعداد بیمارانی که دندان پزشکی NHS خود را در طول ۲ سال گذشته دیده‌اند صورت می‌گیرد و بین کودکان و بزرگسالان تمایز قائل هستند. فعالیت به‌صورت تعداد UDAs در برابر مقدار سفارش شده اندازه‌گیری شده است. مقایسه مخارج خالص و ناخالص پیش‌بینی شده با بودجه به‌عنوان شاخص ارزش پول گرفته شده است اقدامات کیفیتی زیر بهبود پیدا کرده است:

- ۱- حضور مجدد در سه ماه. تعداد بیمارانی که دوره قبلی درمان به مدت سه ماه یا کمتر به پایان رسیده است، قبل از اینکه دوره جدید درمان را به‌عنوان مراقبت از فقیر به‌عنوان یک بیماری که درمان را کامل کرده است شروع کنند و بنابراین از نظر دندانی کامل هستند، انتظار نمی‌رود که نیاز به مشاوره در سه ماه داشته باشد.
- ۲- حضور مجدد بین سه تا نه ماه، ممکن است به نظر بیاید که یادآوری مجدد خیلی زود است.

۳- قسمتی از بند ۱ حضور اورژانسی. این می‌تواند نشان‌دهنده مسئله‌ای در کیفیت تشخیص یا طرح درمان، در صورت بالا بودن، باشد، یا نشان می‌دهد بیماران قادر به دسترسی به درمان فوری نیستند، در صورتی که کم باشد.

۴- سهم حضور در برنامه‌ریزی که در آن درمان به‌صورت رایگان یا موارد جایگزینی فراهم است. سطح بالا نشان‌دهنده مسئله باکیفیت درمان است در حالی که سطح پایین نشان‌دهنده مسئله در مورد توانایی بیماران در دسترسی به دندانپزشکی است.

۵- سهم حضور در برنامه‌ریزی که در آن درمان به‌عنوان یک برنامه ادامه‌دار روند قبلی یکسان یا بالاتر از نوار درمان ارائه شد. سطح بالا ممکن است نشان‌دهنده مسئله‌ای در تشخیص، برنامه‌ریزی یا کیفیت درمان نشان دهد. در حالی که سطح پایین ممکن است نشان‌دهنده مسئله‌ای در مورد توانایی بیماران برای دسترسی به این خدمات است.

۶- سهمی از بیماران که به‌طور کامل یا نسبتاً از درمان راضی هستند.

۷- سهمی از بیماران که از زمان انتظار خود برای ملاقات راضی بودند.

خدمات دندانپزشکی NHS همچنین سیستم نظارت مبتنی بر ریسک را فراهم می‌کند معروف به خدمات مرجع دندانپزشکی PCT ها می‌توانند از مرجع دندانپزشکی درخواست کنند یک فعالیت را بازبینی کنند به هدف بررسی کیفیت، نتیجه در گزارش کتبی رسمی که جزئیات نتیجه آن را شرح می‌دهد.

CQC

CQC مسئول تنظیم و بازرسی تمام ارائه‌کننده‌های مراقبت‌های بهداشتی است از جمله بخش خصوصی و بخش داوطلبانه و NHS.

تا آوریل ۲۰۱۱ هر دو NHS و ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی بخش خصوصی باید با CQC ثبت نام کنند و نشان دهند که آن‌ها استانداردهای کیفی مشترکی را برآورده می‌کنند. یک PCT با یک بیمارستان NHS اورژانس دندانپزشکی باید تا آوریل ۲۰۱۰ ثبت نام کند و بیمارستان‌های مستقل که مراقبت‌های دندانپزشکی ارائه می‌دهند، لازم بود که تا آوریل ۲۰۱۰ ثبت نام کنند.

CQC همچنین بر ارائه‌دهنده‌های ثبت‌شده نظارت می‌کند تا انطباق مستمر با شرایط مقررات را برقرار سازد و دارای توان اجرایی باشد (به‌عنوان مثال: جریمه‌ها، هشدارهای عمومی، تعلیق یا لغو ثبت نام، پیگرد قانونی) که می‌توان اشاره کرد به مواقعی که الزامات قانونی ثبت‌نام مانند استانداردهای کیفیت برآورده نشده باشد. CQC همچنین بررسی خدمات ارائه‌شده، مسیرهای مراقبت و موضوعات خاص را انجام می‌دهد. اطلاعات مربوط به کیفیت مراقبت‌های بهداشتی محلی و بزرگ‌سالان را منتشر می‌کند. با این حال، مراقبت‌های دندانپزشکی مشخص نشده است.

برنامه‌های پیشگیری:

اهمیت برنامه‌های پیشگیری بهداشت عمومی برای پیشرفت سلامت دهان و دندان به‌خوبی مشخص شده است. وزارت بهداشت خاطرنشان کرد که طیف وسیعی از عوامل بر سلامت دهان و دندان مؤثر هستند: رژیم غذایی نامناسب و تغذیه با مصرف اضافی شکر، بهداشت دهان و دندان ضعیف، میزان زیاد فلوراید در آب آشامیدنی، آسیب‌های تصادفی و مصرف دخانیات و الکل. پیشرفت‌های زیادی در زمینه سلامت دهان و دندان مردم در انگلستان بوده است. در سال ۱۹۶۸، حدود ۳۷ درصد از جمعیت دندان نداشتند تا سال ۱۹۹۸ به ۱۱ درصد کاهش یافت. علاوه بر این بهداشت دهان و دندان جوانان به‌طور قابل‌توجهی در همان دوران و همان معیارها و اندازه‌گیری‌ها بهبود یافت و بهترین در اروپا بود. با این حال، تفاوت‌های قابل‌توجهی در سلامت دهان و دندان بین طبقات مختلف اجتماعی، در میان بزرگ‌سالان و کودکان وجود دارد و خیلی کارها برای انجام دادن باقی مانده است.

معرفی گسترده و بازاریابی خمیردندان فلوراید دار در دهه ۱۹۷۰ یکی از دلایل اصلی سلامت دهان بود. تشویق به بهداشت خوب دهان و دندان و استفاده از فلوراید هم به‌صورت وارنیش بر روی دندان‌ها و هم در خمیردندان، به جلوگیری از پوسیدگی دندان کمک کرده است. فلورایدیشن آب یکی دیگر از عوامل کلیدی است. در حال حاضر تنها ۱۰ درصدی که از جمعیت انگلستان آب فلوراید شده دریافت می‌کنند. وزارت بهداشت برای تشویق به فلورایدیشن به SHA نیاز دارد در فوریه ۲۰۰۸، ۱۴ میلیون پوند برای سه سال بعد اعلام شد تا NHA بتواند فلورایدیشن آب را گسترش دهد، مشروط به مشورت با مردم محلی. گزارش ستیل بر اهمیت برنامه‌های پیشگیری، بخصوص فلورایدیشن، به‌عنوان بخشی از یک رویکرد هماهنگ بهداشت عمومی برای سلامتی دهان، تأکید کرد.

همچنین برنامه‌های محلی عالی‌تر برای ارتقای بهداشت دهان و دندان در میان جمعیت‌های محلی، تشویق به ترک سیگار و بهبود رژیم غذایی و نظارت بر رفتارهایی نظیر مسواک زدن منظم با خمیردندان فلوراید دار.

بر اساس گزارش کشور انگلستان ۲۰۱۵، خدمات دندانپزشکی شامل سه بخش است: خدمات دندانپزشکی عمومی در اجتماع، خدمات دندانپزشکی سطح دوم و سوم در بیمارستان‌های اورژانس و تخصصی برای مشکلات حادتر، خدمات دندانپزشکی اجتماعی در کلینیک‌ها و خانه‌های بهداشت فراهم شده برای کسانی که نمی‌توانند از خدمات عمومی دندانپزشکی استفاده کنند و همچنین در مدارس برای بررسی مشکلات دندانی کودکان. نمایش که برای سلامتی دهان و دندان لازم می‌باشند شامل: دندان مصنوعی، درمان ریشه، روکش و بریج، نمایش پیشگیرانه، ترمیم‌های سفید، نمایش ارتودنسی برای افراد زیر ۱۸ سال. افراد واجد شرایط برای دریافت این خدمات تحت بیمه NHS هستند ولی می‌توانند انتخاب کنند که آن‌ها در تحت هر دو خدمات خصوصی یا NHS دریافت کنند. گروه‌های اجتماعی محلی باید مطمئن شوند که سرویس خدمات NHS در محدوده جغرافیایی که آن‌ها مسئولیت دارند فراهم است. قرارداد اخیر مابین اجتماع‌های محلی و دندان‌پزشکان، بر اساس تعداد کار دندانپزشکی انجام داده، بسته شده است. دندان‌پزشکان ممکن است با NHS قرارداد بسته باشند که در نتیجه بعضی از دندان‌پزشکان تأمین‌کننده می‌شوند بعضی دیگر با NHS قرارداد می‌بندند و خدمات هم ارائه می‌دهند به عبارتی تأمین‌کننده مجری هستند، گروه دیگر اجراکننده‌ها هستند که فقط خدمات ارائه می‌دهند ولی با NHS قرارداد ندارند. نام‌نویسی با یک دندان‌پزشک NHS برای دسترسی به خدمات الزامی است اما از زمانی که قرارداد ثبت نام ۲۰۰۶ دیگر لزومی نداشت، ارزیابی جدید برای دسترسی به خدمات از طریق تعداد بیمارانی است که توسط دندان‌پزشک NHS در ۲۴ ماه گذشته معاینه شده است. وقتی که NHS در سال ۱۹۸۴ آغاز به کارکرد خدمات دندانپزشکی در ابتدا در مواقع ضروری مجانی بود اما سریعاً هزینه برای آن در نظر گرفته شد، سه بند هزینه برای انگلستان و والس در نظر گرفته شده است:

بند ۱: £۱۸,۵۰۰، معاینه، تشخیص و مشاوره را پوشش می‌دهد. در صورت لزوم، این شامل اشعه ایکس، اسکالینگ و پالایشینگ و برنامه‌ریزی برای نمایش بیشتر.

بند ۲: £۵۰,۵۰۰، تمام نمایش بند ۱ را پوشش می‌دهد بعلاوه نمایش اضافی مانند پر کردن، درمان ریشه و کشیدن

بند ۳: ۲۱۹£، تمام نمایش بند ۱ و ۲ به علاوه نمایش پیچیده تر مانند روکش، دندان مصنوعی و بریج.

در اسکاتلند و ایرلند شمالی همه بیماران حق معاینه مجانی دارند و بیماران NHS که برای درمان خود هزینه می کنند ۸۰ درصد از هزینه های درمان را (که شامل هرگونه اشعه ایکس می شود) تا حداکثر ۳۸۴ پوند، پرداخت می کنند. یک دندان پزشک می تواند تقاضای پیش پرداخت کند. افراد برای مراقبت های دندان پزشکی خصوصی از طریق برنامه های بیمه خصوصی یا به طور مستقیم از جیب هزینه می کنند. بیمه خصوصی دندان پزشکی بر اساس برنامه های سرپرستی است که شامل یک بسته پایه است یا یک مبلغ ثابت در هر سال که هزینه درمان را تا یک مقدار از پیش تعیین شده پوشش می دهد. تعداد افرادی که دندان پزشکی خصوصی را دریافت می کنند افزایش یافته است، بخشی به عنوان قرارداد NHS که در سال ۲۰۰۶ مشخص کردند که تعداد دندان پزشکان NHS کاهش یافته است. شورای عمومی دندان پزشکی تمامی متخصصان دندان پزشکی در انگلستان را تنظیم می کند از جمله اتهامات سوء رفتار یا ناتوانی در عمل. همچنین، شورای عمومی دندان پزشکی دستورالعمل هایی را درباره مراقبت های بالینی خوب ارائه می دهد. شورای عمومی دندان پزشکی می تواند در مورد چگونگی مقابله با تجربیات ضعیف در مراقبت های دندان پزشکی خصوصی راهنمایی کند. گرچه نمی تواند بخش خصوصی را مجبور به اجرای توصیه های خود کند. کمیسیون می تواند تقاضای خدمات مرجع دندان پزشکی کرده و از نظر کیفی یک فعالیت را بررسی کنند. کمیته کیفیت مراقبت هر دو NHS و بخش خصوصی ارائه کننده خدمات دندان پزشکی در انگلستان را تنظیم و بازرسی می کند و آن ها را برای انطباق نظارت می کند که می تواند از طریق جریمه ها، هشدارها و غیره اعمال شود، اگر ارائه دهندگان الزامات قانونی را برآورده نکنند. هنوز اختلاف طبقات اجتماعی در سلامت دهان وجود دارد. فقط ۱۰ درصد از مردم فلوراید را در انگلستان دریافت می کنند؛ اما وزارت بهداشت بودجه اضافی برای افزایش پوشش در انگلستان فراهم کرده است. فلوریدیشن در جای دیگری در انگلیس ارائه نشده است، اگرچه یک منطقه در اسکاتلند وجود دارد که به طور طبیعی رخ می دهد. اسکاتلند که از لحاظ تاریخی بهداشت دهان و دندان بسیار ضعیف دارد، در سال ۲۰۰۵ یک برنامه بلندپروازان برای بهبود بهداشت دهان و دندان کشور اعلام کرد. اقداماتی شامل بهبود سلامت دهان و دندان در میان کودکان و کمک به مراقبت از دندان ها برای افراد مسن که برای مراجعه به دندان پزشکی مشکل دارند. در حالی که بعضی از اهداف برآورده شده است، اکثر بیماری های دندانی در کودکان با پس زمینه محروم رخ می دهد. برنامه Childsmile به منظور این است که این

موضوع را حل کند، عمدتاً از طریق وارنیش فلوراید. هنوز بخش‌هایی از ولز وجود دارد که دندان‌پزشکان آن کم است. کودکان از مناطق محروم از نظر سلامت دهان به مراتب پایین‌تر از همسالان خود هستند. *Designed to Smile* یک سرویس دندانپزشکی اجتماعی است که مراقبت‌های دندانپزشکی را برای کودکان در مناطق محروم فراهم می‌کند. از آنجایی که برخی از مناطق ایرلند شمالی دشوار است که نیازهای بهداشتی دندان‌های مردم را برآورده سازند، قرارداد با یک ارائه‌دهنده خصوصی کمک می‌کند تا این شکاف را پر کند (۲۴).

در سال ۲۰۱۳ وضعیت بهداشت دهان و دندان ایالت متحده آمریکا، بدین صورت ارائه شده است،

خدمات، بهره‌مندی، برنامه‌ریزی:

خدمات دندانپزشکی شامل پیشگیری و مراقبت‌های اصلاحی لثه و دندان است، مراقبت‌های پیشگیرانه شامل، فلورایدتراپی، جرم‌گیری، رادیوگرافی از دندان‌ها و معاینه دهان و لثه و دندان. مراقبت‌های اصلاحی شامل رنج وسیعی از درمان‌ها می‌شود مانند پر کردن، قراردادن فیلور سیلانت، درمان دندان‌های ترک‌خورده و شکسته، صاف کردن دندان‌ها، اندازه کردن پروتزها نمایش جراحی بیماری‌های لثه.

بهداشت دهان پایین ضربه بزرگی به کیفیت زندگی وارد می‌کند. ویژگی‌های روتین برای پیشگیری و تشخیص سریع و درمان مشکلات دندانی واجب است. در سال ۲۰۱۰، بر اساس آمار مرکز کنترل و پیشگیری ۶۵ درصد از آمریکایی‌ها بالای ۲ سال، حداقل یک‌بار در سال پیش از آن، مراقبت‌های دندانپزشکی دریافت کرده‌اند، این درصد از سال ۱۹۹۷ نسبتاً میزان بسیار کمی تغییر کرده است. اگرچه وقتی به گروه‌های سنی مختلف تقسیم‌بندی کنیم، یک افزایش درصد ویژگی‌های دندانپزشکی در بزرگسالان بین ۱۸ تا ۶۴ سال اتفاق افتاده است. بهداشت دندان افراد مسن که در گذشته ضعیف بود، در طول ۵۰ سال گذشته کمتر شده است. کاهش درصد ویژگی‌های سالانه دندانپزشکی در بزرگسالان بین ۱۸ تا ۶۴ سال بر طبق گزارش جراح دندان‌پزشکان عمومی ایالت آمریکا در سال ۲۰۰۰، بیان می‌کند، تعداد مشخصی از کارگران آمریکائی با نیازهای دندانپزشکی برآورده نشده وجود دارند، بین ۱۹ تا ۵۸ درصد از کارگران در این مطالعه هیچ‌گونه خدمات دندانپزشکی در سال جاری دریافت نکرده‌اند. زنان در شغل‌های خدماتی ساختمان و تغذیه و مردان در شغل‌های تغذیه و سلامتی بالاترین رنج نیازهای برآورده نشده سلامت دندان را داشتند. سرمایه‌گذاری

مراقبت‌های دندانپزشکی می‌تواند مربوط به این الگوی تقسیم‌بندی باشد. تنها ۶ درصد از مراقبت‌های دندانپزشکی از طریق سازمان‌های عمومی سرمایه‌گذاری می‌شود. بیشتر این سرمایه‌گذاری‌ها از طریق برنامه بیمه بهداشت مستمندان برای خانواده‌های کم درآمد است. بیمه بهداشت مستمندان تنها بخش کوچکی از مراقبت‌های دندانپزشکی را پرداخت می‌کند که مربوط به مشکلات پزشکی است. ۹۴ درصد باقیمانده بودجه مراقبت‌های دندانپزشکی از منابع شخصی پرداخت می‌شود، ۵۳ درصد از آن از طریق بیمه دندانپزشکی و باقی از OOP پرداخت می‌شود. بودجه OOP فرانشیز و پرداختی مربوط به بیمه دندانپزشکی و هم کل پرداخت برای مراقبت کسانی که بیمه دندانپزشکی ندارند را شامل می‌شود. آمریکایی‌ها ممکن است مراقبت‌های دندانپزشکی را از سیستم خصوصی دریافت کنند که در این رابطه آن‌ها باید بیمه دندانپزشکی داشته باشند یا از OOP پرداخت کنند یا از طریق سازمان‌های اجتماعی مبلغی مطابق با درآمد افراد برای خدمات پرداخت می‌کنند. کلینیک‌های اجتماع‌محور برای قشر کم‌درآمد، شبکه سلامت دندانپزشکی تشکیل داده است. آن‌ها توسط سازمان‌های محلی سلامت عمومی مانند، CHC^{۲۵}, IHS: سازمان‌های خدمات غیرانتفاعی و مدارس دندانپزشکی و کلینیک‌های وابسته به مدارس دندانپزشکی تأمین می‌شوند.

خدمات اجتماع‌محور معمولاً در ساختمان‌های ثابتی فراهم شده‌اند اما استفاده از ون‌های دندانپزشکی، خدمات سیار را در بعضی از نقاط فراهم کرده است. بعضی از خدمات اجتماع‌محور بین مدارس دندانپزشکی محلی و سازمان‌های اجتماعی به صورت مشترک می‌باشند CHCS. کمکی دولت فدرال و سازمان‌های سلامت محلی بخش بزرگی از شبکه سلامت خدمات دندانپزشکی را فراهم کرده‌اند. در سال ۲۰۰۲، ۵۰۳ CHCS بودجه فدرال (۷۷ درصد از کل CHCs) و ۱۰-۳۰ درصد سازمان‌های محلی بهداشت عمومی، بعضی از خدمات دندانپزشکی را فراهم کرده‌اند. علاوه بر این برنامه‌های فراهم‌شده، همچنین فلورایدتراپی، از طریق آب آشامیدنی بسیار از شهرها انجام شده است.

دسترسی، کفایت، کیفیت مراقبت‌های دندانپزشکی:

نیازهای دندانپزشکی برآورده نشده و تفاوت‌های مراقبتی که در بالا ذکر شد، مسائل مربوط به مراقبت‌های دندان را نشان می‌دهد. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ مشخص کرد که بخش قابل‌توجهی از جمعیت دسترسی به مراقبت‌های

^{۲۵} Community health councils

دندانپزشکی از طریق الگوی سنتی، مطب‌های خصوصی ندارند. در سال ۲۰۱۰ بررسی ملی خانه‌دارها ۱۳/۳ درصد کوتاهی در مراقبت‌های دندانپزشکی به دلیل هزینه در ۱۲ ماه گذشته، گزارش شده است، این درصد در میان شاغلین بالاتر است (۲۰-۱۸ درصد). در میان کسانی که زیرخط فقر بودند و برای ۱۲ ماه یا بیشتر بیمه نبودند، این درصد به ترتیب ۳۴ درصد و ۴۴ درصد است.

دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی بسته به سن، درآمد، وضعیت بیمه، نژاد، قومیت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، منطقه جغرافیایی و نیازمندی‌های خاص متفاوت است. به‌طور خاص، کسانی که از برنامه دولتی مد یکید (Medicaid) استفاده می‌کنند، بیمه نشده‌ها، کسانی که شغل‌های کم درآمد دارند و اقلیت محروم بیشتر به نظر می‌آید که مشکلات دسترسی را داشته باشند.

شبکه کلینیک‌های امنیت بیشتر مراقبت‌ها را برای افراد کم درآمد و بیمه نشده‌ها تأمین کرده‌اند اما این کلینیک‌ها منابع محدودی دارند و ظرفیت کمی برای ارائه خدمات دندانپزشکی دارند. مدت انتظار بسیار طولانی است و این کلینیک‌ها کمتر از ۵ درصد کل مراقبت‌های دندانپزشکی را ارائه می‌دهند.

بیمه عمومی، مانند Medicaid, CHIP: بعضی از موانع مالی برای بخشی از جمعیت را از میان برداشته‌اند. مد یکید خدمات دندانپزشکی برای بزرگسالان ایالت‌های مختلف را تحت قانون فدرال پوشش می‌دهد، مد یکید باید خدمات دندانپزشکی برای کودکان را پوشش دهد همچنین برنامه CHIP منابع وسیعی از مد یکید دریافت کرده که باید این خدمات را پوشش دهد.

اگرچه دندان‌پزشکان خصوصی ممکن است امتناع کنند از ارائه چنین خدماتی به دلیل پرداخت پایین و دلایل دیگر و شبکه کلینیک‌های ایمنی بیش از ظرفیت هستند. جدا از این مشکلات کودکی که یکی از این فرم‌های بیمه‌های عمومی را دارد بیشتر به نظر می‌آید که دندان‌پزشک را ملاقات کند تا کسی که بیمه نیست.

دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی از طریق شبکه کلینیک‌های امنیت، تضمینی برای اینکه تمام خدمات مورد نیاز ارائه شود، نیست. اغلب کلینیک‌ها نمی‌توانند خدمات تخصصی ارائه دهند و مراجعه به متخصص خارج از کلینیک دشوار است، ظاهراً دلیل آن تمایل نداشتن متخصصان به معالجه بیماران کم‌درآمد است.

مطالعه سال ۲۰۰۵ شبکه امنیت خدمات دندانپزشکی "safety-net dental services" در ایلینویز نمونه‌ای از این مشاهدات را ارائه کرده است.

شبکه کلینیک‌های امنیت در ایلینویز کمتر از ۲ درصد از مراقبت‌های دندانپزشکی را ارائه می‌دهد. کلینیک‌ها اصولاً بیماران کم‌درآمد که بیمه نیستند یا توسط برنامه بیمه دولتی مانند Medicaid: و CHIP پوشش داده شده‌اند را درمان می‌کند. این کلینیک‌ها همچنین افراد با نیازمندی‌های خاص مانند کسانی که HIV/AIDS دارند، بی‌خانمان‌ها و کارگران مهاجر مزارع و افراد معلول را درمان می‌کنند. تنها ۱ درصد از درآمد این کلینیک‌ها از بیمه دندانپزشکی است. بخش‌های روستایی ایالت ایلینویز دندان‌پزشک کمتری به نسبت جمعیت دارند در حالی که بخش‌های شهری که شامل شیکاگو هم می‌شود، نسبت بالاتری دارند. ۸۰ درصد از مناطق ایلینویز به‌طور کامل یا به‌طور جزئی به‌عنوان مناطق کمبود دندانپزشکی حرفه‌ای تعریف شده‌اند.

اقداماتی برای بهبود مراقبت‌های دندانپزشکی

برای بهبود سلامت دندان، جراح دندان‌پزشکان تغییر درک از سلامت دهان و دندان به پذیرش آن به‌عنوان بخشی از سلامت عمومی بدن تأکید کردند. برنامه‌های آموزشی بهداشت جامعه یک‌راه برای رسیدن به این هدف است. جراح دندان‌پزشکان عمومی همچنین خواستار زیرساخت‌های مؤثر بهداشتی شدند که نیازهای بهداشت دهان و دندان هر آمریکائی را برطرف می‌کند و سلامت دهان را به‌طور مؤثر به سلامت عمومی ارتباط می‌دهد.

گسترش بیمه سلامتی به درصد بزرگ‌تری از جامعه و گسترش CHCs از طریق ACA^{۲۶} یک قدم روبه‌جلو در این حوزه است.

بهره‌وری خدمات دندانپزشکی از طریق افزایش استفاده از بهداشت کاران و کمک دندان‌پزشکان بهتر شده است. مطالعات آزمایشی نشان داده است که طرح گسترش فعالیت امن‌ترین و مؤثرترین راه برای رسیدن به جوامع کم‌جمعیت است.

^{۲۶} Affordable health care

اقداماتی برای توزیع نیروی کار دندانپزشکی بین محل‌های روستایی و شهری نیز ممکن است برای بهبود ظرفیت در منطقه کمبود موردنیاز باشد.

به‌منظور ترغیب متخصصان دندانپزشکی برای پذیرش بهتر بیماران مدیکید،

مشارکت‌های مبتنی بر همکاری بین متخصصان دندانپزشکی، آژانس‌های محلی دولتی، بیمارستان‌ها و CHC ها تقویت شده است. ایالت‌ها تشویق می‌شوند که مدل‌های پیشرفته پزشکی را با انگیزه‌های بهتر برای بیماران مدیکید به کار گیرند.

از آنجا که نکته کلیدی برای بهبود مراقبت‌های دندان‌دانی برای جوامع کم‌جمعیت این است که خدمات دندانپزشکی، قابل‌رویت، مقرون‌به‌صرفه و راحت باشند، ادغام مراقبت‌های دندان‌دانی با مراقبت‌های اولیه در بعضی از جوامع موردبررسی قرار می‌گیرد.

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه تماس‌های معمول روتین بیشتری با این جوامع دارند و می‌توانند غربالگری‌ها و آموزش‌های ابتدائی دندانپزشکی را هدایت کنند و ارجاعات به ارائه‌دهندگان دندانپزشکی را انجام دهند (۲۵).

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۴ آلمان، حقوق اساسی افراد تحت پوشش SHI برای مراقبت‌های دندانپزشکی در بند ۲۸ از SGB V^{۳۷} تعریف شده است. پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان بیماری‌های دندان، دهان و فک جزء حقوق بیمه‌شده‌ها است؛ بنابراین نمایش پیشگیرانه و مراقبت‌های پایه دندانپزشکی به‌وسیله صندوق بیمه پوشش داده شده است. درحالی‌که مزایای استفاده از خدمات پزشکان اورژانس به‌صورت قانونی فقط در شرایط عمومی تعریف شده است. قانون مسائل مربوط به مراقبت‌های دندانپزشکی را بسیار بیشتر به‌طور خاص تنظیم کرده است. در سال ۲۰۰۴، کمیته به‌تازگی راه‌اندازی شده مشترک فدرال، جایگزین کمیته فدرال صندوق بیمه دندان‌پزشکان شد و از آن به بعد مسئول تنظیم مراقبت‌های دندانپزشکی شد. در سال ۲۰۱۲، ۶ دستور موجود بود که پیشرفت مراقبت‌های دندانپزشکی کافی و مناسب و مقرون‌به‌صرفه را تضمین کند. برای مثال، تعرفه نمایش ارتودنسی و پروتز متحرک و ثابت را مشخص کردند. دستورها شامل یک قسمت کلی است که هدف اصلی‌شان و کاربران آن را توضیح داده است. بعد از قسمت ابتدائی،

^{۳۷} Sexual and gender-based violence

دستورات، جزئی‌تر می‌شوند. برای مثال، قانون، برای خدمات پروتز در ابتدا نیازمندی‌های عمومی برای کمک‌هزینه دندانپزشکی را توضیح داده است. پس از آن نیازمندی‌های اصول اساسی برای کمک‌هزینه پروتز را شرح داده شده است. در قسمت آخر نیازمندی‌ها برای نمایش خاص پروتز را (روکش، بریج، پروتز متحرک و ترکیبی از پروتز و پروتز ایمپلنت شونده) مشخص کرده است. درحالی‌که قانون به‌طور کامل مشخص کرده چه موقع بیماران حق استفاده از کمک‌هزینه را دارند آن‌ها به‌طور صریح پکیج‌های با مزایا را مشخص نکرده‌اند؛ بنابراین کمیته ارزیابی مقیاس ارزش واحدی را برای دندان‌پزشکان، مشخص کرده است که سرویس‌هایی که به‌وسیله صندوق بیمه بازپرداخت می‌شوند لیست کرده است. سرویس‌های تکنسین‌ها دندانپزشکی در چارچوب مشابه و مقیاس از پیش واحد برای تکنیسین‌ها لیست شده است (۲۶).

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۵ کشور اکراین، اخیراً بیشتر خدمات دندانپزشکی تجاری هستند. بیمار باید شخصاً از جیب برای تست‌های تشخیصی و مواد ترمیمی مشابه آن پرداخت کند نه تنها در دستگاه‌های خصوصی دندانپزشکی که تعدادشان به‌سرعت در اکراین رو به گسترش است بلکه همچنین در دستگاه‌های عمومی نیز به همین صورت است. آیین‌نامه دولتی قیمت خدمات دندانپزشکی نامشخص است، بازار نقش پایه‌ای در تنظیم قیمت بازی می‌کند. با این همه مراقبت‌های دندانپزشکی برای کودکان و پروتزهای دندان برای گروه‌های خاص رایگان باقی ماند. کنترل کیفیت خدمات دندانپزشکی محدود است. تجهیزات دندانپزشکی در وضعیت نسبتاً ضعیف در سطح عمومی بخصوص بخش کودکان است، همچنین تکنیک‌های استفاده شده غیرقابل مقایسه با مراقبت‌های بهداشتی مدرن و استانداردهای درمانی است. در این وضعیت از هم‌پاشیدگی (تجزیه) سیستم ملی پیشگیری اولیه و ثانویه از آنجایی‌که باعث کم شدن شبکه دندان‌پزشکان در مدارس پیش‌دبستانی و دبستانی شده و بیشتر از همه عدم هماهنگی بین دولت و دندان‌پزشکان خصوصی و عدم کنترل کیفیت مناسب وسایل بهداشت دهان و دندان در بازار ملی نقش بازی می‌کند.

در سال ۲۰۱۳، ۲۷۰ پلی کلینیک دندانپزشکی مستقل و ۴۳۳۶ کلینیک دندانپزشکی در دستگاه‌های چندوجهی بهداشت و سلامت و همچنین ۵ پلی کلینیک خصوصی دندانپزشکی، ۳۸۳۰ کلینیک خصوصی دندانپزشکی موجود بود. بیشتر کلینیک‌های خصوصی دندانپزشکی در ناحیه شهری هستند و نابرابری وسیعی در دسترسی و کیفیت خدمات دندانپزشکی در روستا و شهر وجود دارد. دندان‌پزشکان بسیار کمی با شایستگی کافی در روستاها وجود دارند. ۲۱۶۸۰

دندان پزشکی در دستگاه‌های دولتی کار می‌کنند. (۵/۰ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)، بیشتر آن‌ها (۶۹ درصد) متخصص هستند تا دندان‌پزشک عمومی، ۶۵۱۸ دندان‌پزشک به‌صورت شخصی کار می‌کنند. میزان خرابی، پرکردگی و از دست دادن دندان در سن ۱۲ سال ۲/۸ در سال ۲۰۰۸ بود که به نسبت در WHO^{۲۸} ناحیه اروپا بالاست. بهسازی مراقبت‌های دندانپزشکی زیر نظر تصمیمات عمومی برای سال‌های زیادی است، هدف جدیدترین برنامه پیش‌نویس شده، پکیج‌های با مزایا برای خدمات دندانپزشکی رایگان ارائه شده شرکت یا سازمان‌های اجاره‌ای در صورت نیاز و تغییر امکانات دندانپزشکی متعلق به عموم به ملی و محلی، سازمان‌دهی انواع خدمات به‌وسیله فراهم کردن شرایط مساوی برای شکل‌های متفاوت مالکیت امکانات، است، اما این در هیچ کجای کشور اجرا نشده است. اقتصاد روی سیستم فشار می‌آورد و منجر به بعضی بازسازی‌ها برای افزایش حجم فعالیت‌های تجاری می‌شود (۲۷).

بر اساس گزارش کشور اسلواکی در سال ۲۰۱۶، در این کشور دندان‌پزشکان کاملاً در دسترس و به‌جز موارد کمی خصوصی است، دندان‌پزشکان هم در زمینه مراقبت‌های درمانی و هم مراقبت‌های پیشگیرانه تمرکز دارند. بعضی از آن‌ها قراردادی و بعضی غیر قراردادی مشغول به کار هستند. در سال ۲۰۰۵ برنامه‌ای معرفی شد به‌قصد بالا بردن میزان پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان به این صورت که در سطح اولیه درمان SHI، بعضی از خدمات درمانی و پیشگیرانه را کاملاً پوشش می‌دهد مانند بررسی و تحقیقات پیشگیرانه، در بیشتر موارد SHI، فقط هزینه‌های اولیه دندانپزشکی را پوشش می‌دهد با این شرط که بیماران تحت پوشش، معاینات مرتب خود را در سال گذشته انجام داده باشند. در سطح دوم برنامه بخشی از هزینه توسط خود بیمار پرداخت می‌شود خدماتی مانند بعضی از پر کردن‌های دندان یا پروتزهای ثابت، در سطح سوم برنامه کاملاً هزینه به‌صورت شخصی توسط خود بیمار پرداخت می‌شود. در سال ۲۰۱۴، ۲۰ میلیون نفر معاینات دوره‌ای دریافت کرده‌اند، ۲۴ درصد از آن‌ها کودکان ۰-۱۸ سال بوده‌اند که در مقایسه با سال ۲۰۰۸ که ۲۱ درصد بوده، رشد را نشان می‌دهد که این رشد در واقع بر اساس دستورالعمل راهنمای پزشکی سال ۲۰۰۸ است که معاینات اجباری برای کودکان در اولین سال زندگی‌شان مقرر شده بود و این معاینات با ویژگی‌های بعدی در مدرسه تکمیل می‌شد که باعث بهبود DMFT شد (۲۸).

^{۲۸} World health organisation

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۲ کشور اسکاتلند، به دلیل نگرانی در مورد بهداشت ضعیف دهان در اسکاتلند و در مورد مشکلات در دسترسی به خدمات دندانپزشکی NHS به‌ویژه در بخش‌های خاصی از کشور، اداره اسکاتلند در سال ۲۰۰۵ یک طرح عملی برای بهبود بهداشت دهان و نوسازی خدمات دندانپزشکی NHS صادر کرد. این مجموعه تعدادی از تعهدات بلندپروازان را برای تعمیر و تقویت خدمات دندانپزشکی NHS تنظیم می‌کند، برای حمایت از این برنامه، افزایش قابل توجهی در بودجه (حدود ۳۰۰ میلیون پوند در طول سه سال) وعده داده شد و برای واجد شرایط بودن برای بودجه اضافی، دندان‌پزشکان عمومی مستقل، مجبور به نشان دادن تعهد NHS شدند، ارائه خدمات به همه دسته بیماران (به‌عنوان مثال نه فقط برای کودکان) و بخش قابل توجهی از کار خود را به بیماران NHS اختصاص دهند. هیئت‌مدیره NHS همچنین مجاز به تعیین مستقیم دندان‌پزشکان عمومی (GDS^{۲۹}) شدند. دولت SNP^{۳۰} این مسیر سفر را حفظ و گسترش داد برجسته کردن اهمیت بهداشت دهان و دندان کودکان و گسترش برنامه Childsmile برای اعمال وارنیش فلوراید به دندان‌های کودکان در مدرسه. هیچ طرح فلوراید مصنوعی عملاً وجود ندارد و تنها در شمال شرق اسکاتلند آب طبیعی فلوراید را دریافت می‌کند. در انتهای دیگر طیف سنی، دولت اسکاتلند متوجه شده است که افراد مسن با محدودیت بیشتری در سلامت و تحرک مواجه هستند که می‌تواند مراجعه به دندان‌پزشک را دشوارتر کن Caring for Smile، شروعی برای کمک به متخصصان بهداشت دهان و دندان است تا آموزش کارکنان در خانه‌های مراقبت را ارائه دهند.

سازمان‌دهی و ارائه

سه نوع خدمات دندانپزشکی وجود دارد:

-خدمات عمومی دندانپزشکی، به بیماران ثبت‌شده، طیف گسترده‌ای از نمایش NHS ارائه‌شده توسط پیمانکاران مستقل که از طرف انجمن‌های NHS محلی کار می‌کنند.

^{۲۹} General dental service

^{۳۰} Scottish national party

-خدمات دندانپزشکی محلی، ارائه مراقبت در کلینیک‌ها، خانه‌های پرستاری و غیره یا بیمارانی که استفاده از خدمات عمومی دندانپزشکی برایشان دشوار است؛ و مسئول غربالگری دانش‌آموزان برای پوسیدگی دندان و ارائه ارتقاء سلامتی دهان.

-خدمات در سطح دوم و سوم در بیمارستان‌های تخصصی و در بیمارستان‌های تخصصی دندانپزشکی که نمایش پیچیده‌تر و مشکل‌تر را فراهم می‌کنند

خدمات دندانپزشکی عمومی توسط هر دو NHS و بخش خصوصی ارائه می‌شود. بسیاری از متخصصان دندانپزشکی هر دو NHS و مراقبت‌های خصوصی دندانپزشکی از همان محل و گاهی به همان بیمار ارائه می‌دهند. تعداد بسیار کمی مطلقاً NHS یا کاملاً شخصی هستند. دندان‌پزشکان بیمارستانی و اجتماعی از کارکنان NHS هستند. هیئت NHS مسئول برنامه‌ریزی و ارائه خدمات دندانپزشکی NHS در منطقه خود هستند. در عمل این یکی از مسئولیت‌های CHPs^{۳۱} است.

خدمات دندانپزشکی بیمار در بیمارستان‌های اورژانس و بیماران بستری در بیمارستان انجام می‌شود یا موارد روز در دو بیمارستان دندانپزشکی اسکاتلند و موسسه دندانپزشکی ادینبورگ یا در بسیاری از بیمارستان‌های عمومی انجام می‌شود. شایع‌ترین علت درمان بیمارستانی کشیدن چندین دندان است (۴۰ درصد از تمام پذیرش‌های انتخابی، ۶۰ درصد از آن‌ها برای بیماران ساکن مناطق محروم اسکاتلند) در طول ۲۰ سال گذشته تعداد کودکان تحت درمان با خدمات دندانپزشکی اجتماعی کاهش چشمگیری داشته است که منعکس‌کننده سیاست تشویق کودکان به مراجعه به یک متخصص عمومی دندانپزشکی است. تعداد بزرگ‌سالانی که از خدمات دندانپزشکی محلی استفاده می‌کنند، به دلیل مشکل در دسترسی به پزشکان عمومی دندانپزشکی NHS در برخی از بخش‌های کشور، به‌طور موقت افزایش یافت، اما اکنون به سطح قبلی خود بازنگشته است.

در سال ۲۰۱۱، ۳۴۶۶ دندان‌پزشک در اسکاتلند کار می‌کردند؛ ۲۶۷۴ نفر از دندان‌پزشکان غیررسمی در حدود ۹۵۰ محل کار می‌کردند، ۴۰۷ کارمند عمومی دندانپزشکی، ۸۹ دندانپزشکی اجتماعی و ۴۱۵ دندان‌پزشک بیمارستان

^{۳۱} Community health partnership

(به‌استثنای کارشناسان جراحی دهان و فک و صورت) اعداد بیش از مجموع می‌شوند اگر برخی از دندان‌پزشکان در بیش از یک سرویس کار کنند. پزشکان عمومی دندانپزشکی تصمیم می‌گیرند که چگونه شیوه‌های خود را تعیین کنند و چگونگی درمان NHS را ارائه دهند.

دسترسی و کیفیت

دسترسی به خدمات دندانپزشکی NHS به‌واسطه دسترسی دندان‌پزشکان NHS و توانایی و تمایل به پرداخت هزینه‌های درمان NHS تعیین می‌شود در سال‌های اخیر نگرانی‌هایی وجود دارد که بیماران، به‌ویژه در بخش‌های خاص کشور دچار مشکل در دسترسی به دندانپزشکی NHS شدند زیرا دندان‌پزشکان تعهد خود را به NHS کاهش دادند و کار خصوصی خود را توسعه دادند تا حدودی در اعتراض به سطح هزینه تعیین‌شده توسط دولت اسکاتلند. در پاسخ، دولت اسکاتلندی استخدام به مدارس دندانپزشکی را افزایش داده است (منجر به افزایش تقریباً یک‌سوم در تعداد پزشکان عمومی دندانپزشکی از سال ۲۰۰۲) و شوراها را به استخدام دندان‌پزشکان حقوقدان تشویق کرد که تعداد آن‌ها در سال ۲۰۰۲ از ۶۷ به ۴۰۷ در سال ۲۰۱۱ افزایش یافته است.

در سال ۲۰۱۱، ۷۶ درصد از جمعیت با دندان‌پزشکان NHS GDS نام‌نویسی کردند. (۷۶٪ بزرگسالان و ۸۶٪ کودکان از جمله ۹۸٪ از ۶-۱۲ ساله) نرخ مشارکت (کسانی که ثبت نام کرده‌اند که در دو سال گذشته برای درمان شرکت کرده‌اند) ۷۹ درصد برای بزرگسالان و ۸۸ درصد برای کودکان بود. در سال ۲۰۰۵ بودجه اضافی در اختیار هیئت NHS قرار گرفت تا خدمات دندانپزشکی اورژانسی را به‌صورت یکپارچه‌تر ارائه دهد. خدمات دندانپزشکی اورژانس اسکاتلند (SEDS) از طریق NHS در سال ۲۰۰۹ اجرا شد. تعدادی از اعضای قانونی و نظارتی وجود دارد که جنبه‌های NHS و یا دندانپزشکی خصوصی در اسکاتلند را نظارت می‌کنند این شامل کیفیت نظارت بر درمان دندانپزشکی، ارائه خدمات آموزشی برای دندان‌پزشکان تازه‌کار و کیفیت کارهای دندانپزشکی است GDC تمام دندان‌پزشکان انگلستان، پرستاران دندانپزشکی و سایر کارکنان حرفه‌ای دندان را ثبت و در مورد سوءاستفاده آن‌ها را نظارت می‌کند که این یک پروسه اعتبارسنجی مشابه با چیزی که برای پزشکان است را پیشرفت داد که باید در سال

۲۰۱۸ اجرا شود. دولت اسکاتلند به هیئت‌مدیره نیاز دارد تا بازرسی منظم از اقدامات NHS را با استفاده از یک قالب که در محل و تجهیزات تمرکز دارد و در زمینه‌هایی نظیر بهداشت و ایمنی و کنترل عفونت انجام دهد.

خدمات پزشکان (NSS^{۳۲}) PSD) حسابرسی را انجام می‌دهند تا اطمینان حاصل شود که پول عمومی به‌طور مناسب استفاده می‌شود از جمله انتخاب تصادفی بیمار برای بررسی اینکه درمان انجام‌شده ضروری بوده و به استاندارد رضایت‌بخش منجر شده است.

NES به بررسی شیوه‌های دندانپزشکی NHS برای آموزش حرفه‌ای یا آموزش حرفه‌ای عمومی می‌پردازد.

تعدادی از دندان‌پزشکان همچنین تصمیم می‌گیرند که در طرح‌های اعتباربخشی داوطلبانه شرکت کنند، مانند انجمن بین‌المللی انجمن دندانپزشکی بریتانیا (BDA)، در سال ۲۰۱۲، BDA ۸۶ دندان‌پزشک را به‌عنوان اعضای Scheme و حدود ۵۰۰ نفر که تمایل به عضویت دارند فعال نمود.

علاوه بر این، قانون مراقبت (اسکاتلند) قانون سال ۲۰۰۱ بازرسی از خدمات خصوصی دندانپزشکی و اعطای قدرت به کمیسیون مراقبت را فراهم کرد. در آماده‌سازی برای آوردن این مقررات به نیروی استانداردهای ملی برای خدمات (به نمایندگی از دولت اسکاتلند) و NHS QIS در سال ۲۰۰۶ صادر شد. در سال ۲۰۱۰، اختیارات تنظیم و بازبینی عملکرد دندانپزشکی خصوصی از کمیسیون مراقبت به NHS QIS، HIS منتقل شد، اما هنوز هم باید کار شود.

استانداردهای خدمات اضطراری دندانپزشکی خارج از ساعت در سال ۲۰۰۷ تولید شد. NHS QIS مورد استفاده قرار گرفت تا بررسی انجام‌شده در سال ۲۰۱۰ را منتشر کند. از نظر نتایج، این هدف که ۶۰ درصد از کودکان در سال اول در مدرسه ابتدایی تا سال ۲۰۱۰ بدون پوسیدگی باشند، حاصل شده است. آخرین گزارش برنامه بازرسی ملی دندانپزشکی نشان می‌دهد که ۶۴ درصد از کودکان ابتدایی بدون پوسیدگی دندان هستند در مقایسه با حدود ۴۰ درصد در ۲۰ سال پیش. با این حال، اکثر بیماری‌های دندان همچنان در کودکان با زمینه‌های محروم‌تر است با تنها ۴۵ درصد از کودکان اول ابتدایی در ۱۰ درصد از فقیرترین مردم، بدون انحطاط آشکار، در مقایسه با ۸۱/۵ درصد از کسانی که در فقیرترین

^{۳۲} National services scotland

هستند. این موضوع از طریق برنامه Childsmile مورد بررسی قرار گرفته و ۲۷۴ ۹۰ کودک دارای فلوراید در سال ۲۰۱۱/۲۰۱۰ هستند (۲۹).

بر اساس گزارش اسرائیل در سال ۲۰۱۵، زمانی که اسرائیل بیمه ملی سلامتی NHI را در سال ۱۹۹۵ پذیرفت، مراقبت‌های دندانپزشکی جزء پکیج‌های با مزایا نبود به‌جز جراحی‌های تومورشناسی و ترومای فک و صورت و مراقبت‌های دندانپزشکی برای بیماران تومور دار. کمیسیون ۱۹۹۰ ناتان‌یا هو بیان کرد که سرویس‌های تحت NHI شامل نگهداری و پیشگیری‌های دندانپزشکی در کودکان ۵-۱۸ سال و نگهداری و احیاء مراقبت‌های دندانپزشکی است، اما برای افراد مسن قوانین NHI شامل این موارد نمی‌شود. وضعیت توجه به کودکان در سال ۲۰۱۰ تغییر کرد بطوریکه پکیج‌های با مزایای NHI گسترش داده شد که مراقبت‌های دندانپزشکی، پیشگیری و نگهداری برای بچه‌های تا ۸ سال را شامل شد. محدودیت سنی بعداً به ۱۲ سال افزایش داده شد. این مراقبت‌ها به‌وسیله ۴ تا بیمارستان با خدمات پیشگیری رایگان و خدمات نگهداری با فرانشیز کمی فراهم شد. در سال ۲۰۱۳، موسسه MJ13 و وزارت بهداشت یک پیمایش را کامل کردند که اطلاعات وسیعی در مورد گستردگی استفاده از این خدمات توسط گروه‌های جمعیتی مختلف و موانع باقیمانده برای مراقبت در میان کودکان فراهم می‌کرد. این پیمایش مشخص کرد که ۴۵ درصد از کودکان ۲-۱۲ سال از خدمات ارائه شده عمومی استفاده می‌کنند.

دولت نقش رو به رشدی در پیشرفت خدمات دندانپزشکی بازی کرده است. وزارت بهداشت بودجه مالی در اختیار مراجع محلی قرار داده است که خدمات پیشگیرانه در مدارس ارائه دهند. تا سال ۲۰۰۹، فقط ۲۵ درصد از شهرداری‌ها خدمات دندانپزشکی مدرسه‌ای ارائه دادند، این خدمات و گروه‌ها توسط شهرداری و وزارت بهداشت و خانواده‌ها با هم تأمین مالی می‌شدند. از سال ۲۰۱۰، دولت کاملاً خدمات دندانپزشکی مدارس را پوشش مالی داد و در سال ۲۰۱۲ به ۸۰ درصد از شهرداری‌ها گسترش پیدا کرد. وزارت رفاه اجتماعی (بهزیستی) هزینه‌های مراقبت‌های دندانپزشکی را برای افراد تهیدست به مبلغ بسیار پایین‌تری کاهش داده است. اگرچه دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی برای کودکان تا ۱۲ سال حفظ شده است نگرانی جدی در رابطه با اقبال عمومی برای دسترسی به خدمات برای این گروه سنی باقیمانده است، به‌خصوص برای قشر آسیب‌پذیر. نمایش دندانپزشکی برای گروه‌های خاصی از بیماران با سندروم‌های مادرزادی در رقابت با دیگر تکنولوژی پزشکی جدید به NHI اضافه شده است. به دلیل محدودیت بودجه، فقط گروه

کمی از آن‌ها خدمات مالی عمومی دریافت می‌کنند، محدودیت بودجه جلوی معرفی دو تا از پیمایش‌های دیگر را هم گرفته است که در سال‌های اخیر برای گسترش دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی موردتوجه قرار گرفته است. گسترش پوشش مراقبت‌های دندانپزشکی برای کودکان تا سن ۱۸ سال و گسترش پوشش دندانپزشکی در پکیج‌های با مزایا NHI تا کهن‌سالی برای اطمینان از دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی برای آن‌هایی که بیشتر از همه نیازمندش هستند و کمتر از همه استطاعت مالی آن را دارند. در سال ۲۰۰۲، یک پیمایش ملی از کودکان ۱۲ سال پیشرفت در بهداشت دندان را با متوسط DMFD^{۱/۶۶} در مقایسه با پیمایش مشابه در سال ۱۹۸۹ که ۲/۹۹ بود نشان داده است. علاوه بر آن، ۴۶ درصد بدون پوسیدگی بودند. هیچ‌گونه پیمایش ملی از آن زمان به بعد انجام نشده است. در سال ۲۰۱۱، تخمین زده شده است که ۸ درصد تقریباً از تقریباً همه هزینه‌های مراقبت‌های دندانپزشکی به شکل پرداخت مستقیم OOP بوده است. نزدیک ۱۰ درصد از جمعیت از طریق بیمه بازرگانی که مراقبت‌های دندانپزشکی را پوشش می‌دهد VHI دارند. بعلاوه نزدیک ۸۰ درصد از اسرائیلی‌ها VHI از HPS^{۳۳} شان دارند؛ که تحقیقات قابل‌توجهی برای یک سری از خدمات دندانپزشکی که به‌طور قابل‌توجهی در سال‌های اخیر گسترش پیدا کرده‌اند، فراهم می‌کند. در سال ۲۰۱۱ خانوارهای متوسط NIS^{۳۴} 193 در حدود ۴۰ یورو در هرماه برای مراقبت‌های دندانپزشکی هزینه کرده‌اند؛ که ۲۵ درصد از هزینه‌های خانوارها برای سلامتی آن‌ها به‌جز مالیات بر سلامت تخمین زده شده است. در میان خانوارهایی با کمترین درآمد سالانه، هزینه‌ای متوسط برای مراقبت‌های دندانپزشکی تنها NIS 82 در ماه حدود ۱۷ یورو است، ۵۸ درصد زیر میانگین ملی و پرداخت برای VHI دندانپزشکی بسیار ناچیز بود، باوجوداینکه بزرگ‌تر از میانگین شیوع مشکلات دندانپزشکی در این گروه بود. تا نیمه سال ۱۹۹۰ تقریباً همه مراقبت‌های دندانپزشکی اسرائیل توسط دندان‌پزشکان خصوصی فراهم می‌شد. بعدازآن رشد قابل‌توجهی در زنجیره دندانپزشکی تجاری به وجود آمد و HPS همچنین زنجیره‌ای از کلینیک‌های دندانپزشکی تجاری را گسترش داد و سرویس‌های ارائه شده به‌وسیله این کلینیک‌ها پرداخت می‌شدند از طریق OOP یا VHI در سؤال ۲۰۰۷ دندان‌پزشکان خصوصی مستقل ۶۶ درصد خدمات دندانپزشکی ارائه دادند درحالی‌که HPS^۹ درصد و زنجیره دندانپزشکی تجاری ۲۰ درصد ارائه خدمات دادند. صدور مجوز به عهده وزارت بهداشت است در سال ۲۰۱۲

^{۳۳} Health plan

^{۳۴} New Israeli Sckel(currency in isreal)

اسرائیل ۱۰۴۴۸ دندانپزشک مجوز دار داشته است. ۱,۳۱ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر که در میان بالاترین‌ها در جهان است. این همچنین به‌طور مشخص ۶۴ درصد بالاتر از آمار ۰/۹۴ در سال ۱۹۸۹ است. عمدتاً نتیجه مهاجرت ۱۲۰۰ دندانپزشک از کشورهای USSR^{۳۵} در اوایل سال ۱۹۹۰ بود. ۴۰۶۵ تکنسین مجوز دار دندانپزشکی و ۲۰۲۱ بهداشت کار دهان و دندان که کارشان روی آموزش بهداشت دندان و پیشگیری از بیماری‌های دندان متمرکز شده است. نقش مهم دیگر دولت ترویج فلورایدیشن منبع آب است. برنامه فلورایدیشن در اواخر ۱۹۷۰ آغاز شد در سال ۲۰۱۰ نزدیک ۷۰ درصد از جمعیت از فلورایدیشن در آب بهره‌مند شدند. به‌رحال فلورایدیشن آب موضوع بسیاری از مناظره‌ها در سال‌های اخیر بوده است و در سال ۲۰۱۴ فلورایدیشن متوقف شد (۳۰).

بر اساس گزارش کشور ازبکستان ۲۰۱۴، در سال ۱۹۹۰ سهم بخش خصوصی از بازار بهداشت و سلامت دهان و دندان به‌طور مشخص افزایش یافت. گسترش بخش خصوصی به‌وسیله معرفی اشتراک‌گذاری هزینه و سرمایه‌گذاری‌های پایه‌ای محدود در سیستم سلامت دندانپزشکی عمومی تسهیل سازی شد، اگرچه حوزه ورود بخش خصوصی محدود شده است به نواحی شهری و قیمت‌گذاری مراقبت‌های بهداشتی دندان، بیشتر، گروه با درآمدی بالاتر از حد متوسط را هدف قرار داده است. در بخش عمومی مراقبت‌های بهداشتی دندانپزشکی، بسیاری از ویژگی‌های دوره شوروی باقیمانده است که جراحی‌های دندانپزشکی در نواحی روستایی و پلی کلینیک‌های دندانپزشکی و درمانگاه‌های تخصصی در نواحی روستایی را در برمی‌گیرد.

جراحی‌های دندانپزشکی و عملیات پلی کلینیک‌ها تحت حمایت مقامات بهداشت tuman است و قسمتی از سیستم مراقبتی پایه قلمداد می‌شود. دندان‌پزشکان استخدام دولت هستند و مانند بقیه بخش‌های مراقبت‌های پایه، امکانات و تجهیزات متعلق به دولت است، اگرچه به علت محدودیت چگونگی فراهم‌سازی مواد دندانپزشکی، دندان‌پزشکان برای تأمین مواد موردنیازشان از بیماران هزینه خدمات دریافت می‌کنند. دندان‌پزشکان شهری به‌عنوان قسمتی از بهسازی مراقبت‌های سلامت اولیه در دست اجرا سازمان‌دهی شدند. این بهسازی رساندن مراقبت‌های بهداشتی دندانپزشکی را از طریق شبکه پزشکان روستایی که توسط دندان‌پزشکان به کار گرفته شده‌اند را در نظر دارد. مراقبت‌های تخصصی دندانپزشکی در بخش عمومی از طریق نهادهای عمومی یا نهادهای مستقل فراهم‌شده است که هر دو جوابگو به

^{۳۵} Union of socialist republics

viologyat یا مراجع سلامت ملی هستند. بیماران آزادانه می‌توانند ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی خود را انتخاب کنند که می‌تواند عمومی یا خصوصی باشد. اگر خدماتی انجام‌گرفته باشد آن‌ها باید هزینه مواد دندانپزشکی موردنیاز را پرداخت کنند. اگر نیاز به عملیات پیچیده‌تری باشد، مریض به سطح بالاتری از مراقبت در بخش عمومی ارجاع داده می‌شود که می‌تواند نهادهای سطح دوم یا سوم باشد. مراقبت‌های تخصصی در دستگاه‌های عمومی نیاز هست که توسط بیمار پرداخت شود، مگر اینکه آن‌ها به گروه خاصی تعلق داشته باشند که توسط دولت بازپرداخت خواهد شد. در بخش خصوصی، بیمار مجبور به پرداخت کل هزینه است. خدمات ارتودنسی چه در بخش عمومی و چه خصوصی تحت بازپرداخت کل هزینه می‌شود. در سال‌های اخیر تعدادی از کیس‌های هیپاتیت B و C به خدمات دندانپزشکی غیربهداشتی ربط داده شده‌اند، ابتداها سیستم استریلیزاسیون نامناسب ابزار و دیگر موارد. دولت در حال حاضر قدم جلو گذاشته است که همه تلاشش را برای زیر نظر گرفتن نحوه استریلیزاسیون در حوزه دندانپزشکی انجام دهد (۳۱).

بر اساس گزارش سال ۲۰۰۶ کشور استرالیا، بهبود چشمگیر در سلامت دندان‌ها در استرالیا طی چند دهه گذشته به فلوراید آب، کمپین بهداشت عمومی و خدمات عمومی دندانپزشکی برای کودکان در مدرسه مربوط می‌شود. اکثر خدمات دندانپزشکی و وابسته به آن در مراکز خصوصی انجام می‌شود. کشورهای مشترک‌المنافع و ایالات متحده نقش متفاوتی را در حمایت از سیستم ترکیبی استرالیا از مراقبت‌های بهداشتی عمومی و خصوصی دندانپزشکی و وابسته آن دارد. خدمات دولتی، خدمات دندانپزشکی برای محصلان ارائه می‌دهند، برای ۶۰ درصد از کودکان ۵-۹ ساله که از این خدمات در سال ۲۰۰۱ استفاده کردند. ایالات متحده، با کمک کشورهای مشترک‌المنافع به‌طور سنتی، از سال ۱۹۹۲ خدمات دندانپزشکی برای افراد کم‌درآمد ارائه می‌دهد تا زمانی که این امر در سال ۱۹۹۶ متوقف شد. کشورهای مستقل، خدمات دندانپزشکی را برای افراد کم‌درآمد همچنان ارائه می‌دهند اما در کل مراقبت از دندان‌ها به‌صورت خصوصی تأمین می‌شود. در نتیجه، خدمات دندانپزشکی به میزان قابل‌ملاحظه‌ای از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی از جیب بیمه‌گذاران استرالیایی پرداخت می‌شود، تقریباً ۲۰ درصد از کل هزینه‌های پرداخت‌شده توسط مصرف‌کنندگان در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ را به خود اختصاص داده است. به گفته وزارت بهداشت و سلامت کهن‌سالان، کلید دستیابی به خدمات مقرون‌به‌صرفه از طریق بیمه تکمیلی خصوصی است که توسط بودجه دولت استرالیا از طریق تخفیف بیمه خصوصی پشتیبانی می‌شود. با این حال، کمتر از نیمی از جمعیت استرالیا پوشش بهداشت خصوصی دارند و درآمد،

قوی‌ترین عامل تعیین‌کننده پوشش بهداشت خصوصی است. دسترسی و عدالت به این دلیل مشکلی برای افراد با درآمد پایین است و برای بیماران با حجم بالای تقاضا برای خدمات دندان‌پزشکی مانند کسانی که نیاز به مراقبت‌های مزمن دارند. داده‌ها تأثیرات هزینه‌ها بر میزان استفاده را نشان می‌دهد، زیرا نسبت افرادی که ویزیت دندان‌پزشکی نداشتند در سال گذشته بالاترین نرخ برای گروه کم‌درآمد (۱۵ درصد) است که در گروه با بیشترین درآمد به ۳۷ درصد کاهش می‌یابد (۳۲).

در کشور بلاروس در سال ۲۰۱۳ وضعیت بهداشت دهان و دندان بدین این صورت گزارش شد، در بلاروس، خدمات دندان‌پزشکی خصوصی و دولتی وجود دارد و شبکه ارائه‌دهندگان گسترده است به‌خصوص امکانات قابل‌توجهی از طریق دستگاه‌های موازی سلامت وجود دارد. خدمات دندان‌پزشکی دولتی از طریق شبکه مراقبت اولیه ارائه می‌شود، به همراه پلی کلینیک‌های دندان‌پزشکی تخصصی در شهرهای بزرگ تقریباً تمام کلینیک‌های سرپایی روستایی نیز به‌طور رسمی خدمات دندان‌پزشکی ارائه می‌دهند و باید توسط یک دندان‌پزشک، پرستار دندان‌پزشکی و دستیار دندان‌پزشکی. فعالیت داشته باشند. باین‌حال، مشکلی در حفظ کارکنان وجود دارد، به‌خصوص دستیار دندان‌پزشکی به‌عنوان شرایط زندگی و کار در مناطق روستایی بیشتر از شهرها چالش‌برانگیز است. خدمات دندان‌پزشکی و پروتزهای دندانی معمولاً به‌عنوان بخشی از بسته‌های مراقبت‌های بهداشتی دولتی که تحت شرایطی قانونی ارائه می‌شوند، در نظر گرفته نمی‌شوند. در نتیجه، پرداخت‌های فرانشیز قابل‌توجهی برای بیماران که از گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب نمی‌شوند، وجود دارد. (مانند کودکان، زنان باردار، بازنشستگان و غیره). سطح این فرانشیزها توسط وزارت بهداشت تعیین می‌شود. خدمات دندان‌پزشکی خصوصی در شهرها متمرکز شده و اغلب نمایش زیبایی دندان‌پزشکی را پوشش می‌دهند. به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات بهداشت خصوصی، شیوه‌های دندان‌پزشکی غیردولتی دقیقاً تنظیم شده است. قیمت‌ها توسط وزارت بهداشت تعیین می‌شوند و توسط دولت محلی تحت نظارت قرار می‌گیرند. این خدمات محبوب شده‌اند و میزان قابل‌توجهی از کارکنان از بخش دولتی به بخش خصوصی رفتند که در آن دستمزد بالاتر است، حجم کار سبک‌تر است و شرایط کار بهتر است. کلینیک‌های خصوصی دندان‌پزشکی به‌منظور جذب بیماران اطمینان حاصل می‌کنند که مدرن‌ترین تجهیزات را دارند. تجهیز مجدد و نوسازی پایگاه فنی دولتی خدمات دندان‌پزشکی دولتی در حال حاضر یکی از فشرده‌ترین مسائل برای توسعه این بخش است. این به‌ویژه خدماتی است که خارج از بسته قانونی مزایا مهم هست

و می‌تواند برای هزینه‌ها در امکانات دولتی ارائه شود و پایگاه تکنولوژی پایین‌تر در تسهیلات دولتی، رقابت را برای آن‌ها با ارائه‌دهندگان خصوصی سخت می‌کند. در سال ۲۰۱۱، ۳۷٫۲ درصد از خدمات ارائه‌شده در مراکز دندانپزشکی دولتی به خاطر هزینه‌های ارائه‌شده بود. برنامه‌های جامع برای بهبود سلامت دهان در بلاروس وجود دارد، به‌ویژه با تمرکز بر بهداشت دهان و دندان برای کودکان. این تلاش‌ها توسط کلینیک‌های دندانپزشکی مدرسه‌ای که از زمان استقلال ادامه داشته‌اند، حمایت شده است. معرفی برنامه پیشگیری از بیماری‌های اصلی دندانپزشکی در میان جمعیت جمهوری بلاروس برای سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۲۱ و برنامه پیشگیری اولیه از پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریدنتال در میان جمعیت جمهوری بلاروس برای سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۲۱ باید برای اطلاعات بیشتر در مورد بهداشت دهان و دندان ملت اجازه جمع‌آوری و در دسترس قرار گیرد (۳۳).

بر طبق گزارش سال ۲۰۱۰ کشور آذربایجان، طبق آمار کمیته آمار دولتی، در سال ۲۰۰۷، ۲۵۲۲ دندان‌پزشک در این کشور وجود داشت. مراقبت از دندان توسط ترکیبی از امکانات عمومی و خصوصی تحویل داده می‌شود. در سال ۲۰۰۷، بخش عمومی تحت وزارت بهداشت شامل ۳۷ پلی کلینیک دندانپزشکی، ۶۶۶ اداره دندانپزشکی شخصی و ۴۶ مطب دندانپزشکی مخصوص پروتز بود. در مجموع، وزارت بهداشت، ۱۹۸۰ دندان‌پزشک، جراح دندان و ارتودنتیست را استخدام کرد. همچنین، کلینیک‌های دندانپزشکی توسط وزارتخانه‌های مختلف برای کارکنان خود اداره می‌شوند، اطلاعات دقیق در مورد آن در دسترس نیست. بخش خصوصی توسط تقریباً ۲۵۰ تسهیلات ارائه‌شده است، اکثریت آن از اقدامات انفرادی است. در کل، حدود ۴۰۰ دندان‌پزشک در بخش خصوصی مشغول به کار بودند (۳۴).

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۷ از کشور مقدونیه، خدمات دهان و دندان در این کشور شامل خدمات پیشگیرانه و ابتدایی و ثانویه است. وزارت بهداشت یوگوسلاوی سابق در جهت تقویت خدمات پیشگیرانه دندانپزشکی تلاش کرده است از طریق فراهم ساختن ویزیت‌های مراقبتی و پیشگیرانه برای کودکانی که مدرسه می‌روند و آن‌هایی که تحت پوشش بیمه نیستند و خارج از سیستم مدرسه هستند و همچنین برای بزرگسالان که این سرویس از طریق ۱۴۹ گروه که در ۳۴ مرکز بهداشتی کار می‌کنند، انجام می‌شود و این برنامه از طریق برنامه سیستماتیک ویزیت مرتب و دوره‌ای دانش‌آموزان در مقاطع ابتدایی و دبیرستان و مقاطع بالاتر بعلاوه از طریق خدمات اولیه دندانپزشکی که تحت پوشش بیمه قرار دارد پشتیبانی می‌شود. بنابر توصیه سازمان جهانی در مورد پیشگیری دندانپزشکی در کودکان وزارت بهداشت

یک برنامه‌ریزی بلندمدت برای جلوگیری از بیماری‌های دهان و دندان کودکان زیر ۱۴ سال بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۸ فراهم کرده است. در سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۶ مراقبت‌های اولیه دندانپزشکی خصوصی‌سازی شد اما خدمات در سطح دوم و سوم و خدمات پیشگیرانه و اورژانس و خدمات ارائه‌شده به کودکان در این حوزه قرار نمی‌گیرند و در بخش عمومی باقی می‌مانند (۳۵).

در سال ۲۰۱۷ گزارش کشور مالت از وضعیت بهداشت دهان و دندان در این کشور بدین‌صورت بود، در این کشور خدمات دندانپزشکی به‌صورت دولتی و خصوصی ارائه می‌شود و تنها خدمات اورژانسی به‌صورت رایگان در قسمت سرپایی بیمارستان انجام می‌شود و بیشتر خدمات درمانی دندانپزشکی توسط خود بیمار پرداخت می‌شود. بیمه‌های سلامت بسیار کمی خدمات دندان‌پزشکی را پوشش می‌دهند، بچه‌ها تا ۱۶ سال شامل خدمات فراگیر دندانپزشکی از جمله ارتودنسی هستند که این خدمات به بعضی از بزرگسالان نیز برای بعضی از خدمات خاص تعلق می‌گیرد ولی بقیه بزرگسالان فقط مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیصی، تحقیقاتی، اورژانسی و جراحی شامل حالشان می‌شود. در جهت رشد و ارتقا سلامت بهداشت دهان و دندان ثبت دقیق بیماری‌های غیر واگیردار تا سال ۲۰۲۰ در دست انجام است البته نه به‌طور مستقیم بلکه از طریق تحقیق سالانه سوابق بیماران در کلینیک‌ها صورت می‌گیرد. از سال ۲۰۱۵ خدمات دندانپزشکی دوره‌ای به‌وسیله دانشگاه مالتا به‌منظور چکاب و توصیه‌های پزشکی و بهداشتی و همچنین برای پیمایش ملی سلامت دهان و دندان در مکان‌های مختلف مالت و گزو برقرار شده است. یکی از کلینیک‌های خصوصی نیز به‌تازگی در سال ۲۰۱۵ به قراردادی که مابین وزارت بهداشت و دانشگاه مالتا بسته‌شده، اضافه‌شده است تا در جهت اهدافشان که بالا بردن سطح خدمات‌دهی عمومی است کمک کند (۳۶).

فصل سوم

(وضعیت خدمات دندان پزشکی در ایران)

درباره فصل

در این فصل به بررسی وضعیت کنونی دندانپزشکی در ایران با توجه به گزارشات و پژوهش های انجام شده تاکنون در پنج بخش: سیاست های دولت در مورد مراقبت های دندانپزشکی، بررسی سازماندهی خدمات، دسترسی به خدمات، نگاهی به چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه و در آخر برنامه های پیشگیری مراقبت های دندانپزشکی پرداخته شده است. تقسیم بندی هر بخش بصورت زیر می باشد:

بخش اول: سیاست گذاری در این حوزه چگونه است؟

شاخص (DMFT) در کشور چگونه است؟

تعداد دندانپزشکان عمومی و متخصص مشغول به کار در کشور؟

طرح های در حال اجرای بهداشت دهان و دندان؟

بخش دوم: نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور چگونه است؟ و در چند سطح ارائه می شود؟

بخش سوم: دسترسی به خدمات دندانپزشکی چگونه است؟ و موانع دسترسی به این خدمات چیست؟

نقش بیمه های سلامت در سطح دسترسی مردم به خدمات مراقبت از دندان ها چیست؟

بخش چهارم: چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه؟

آموزش در این حوزه چگونه است؟

سرویس شکایت چگونه تنظیم می شود؟

بخش پنجم: برنامه های پیشگیرانه دولت برای مراقبت های دندانپزشکی چگونه است؟

سیاست‌های دولت در مورد مراقبت‌های دندانپزشکی

ایران یک کشور واقع در جنوب غربی آسیا، منطقه خاورمیانه است و به ۳۱ استان، ۳۸۴ حومه و بیش از ۶۶۰۰۰ روستا تقسیم شده است. (۳۷) ماده ۲۹ قانون اساسی بیان می‌دارد که هر شهروند ایرانی حق دارد از خدمات بهداشتی تحت پوشش دولت بهره‌مند شود. وزارت بهداشت (MHO) مجاز به انجام این هدف از طریق طراحی و اجرای سیاست‌های بهداشت ملی، مدیریت بخش عمومی و نیز تنظیم مقررات خدمات بهداشتی بخش خصوصی است. (۳۸) ایران جمعیتی حدود ۸۰ میلیون نفر دارد؛ که ۴۹ درصد آن‌ها زن هستند، ۲۴ درصد زیر ۱۴ سال سن دارند، ۷۰ درصد آن‌ها میان‌سال و ۱/۶ درصد ۶۵ سال و بالاتر هستند (۳۹). خدمات بهداشتی در ایران به سه شکل ارائه می‌شود: عمومی (دولتی)، خصوصی و شرکت‌های بیمه. در بخش دولتی، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی (MOH) ارائه‌دهنده اصلی خدمات است. در سال ۲۰۱۳، ۱۹۴۲ کلینیک عمومی دندانپزشکی (PDCs)، خدمات اولیه مراقبت از دهان و دندان را از جمله کشیدن دندان، نمایش ترمیمی، وارنیش فلوراید و جرم‌گیری را ارائه می‌دهند. تمام شهروندان می‌توانند از این خدمات بهره‌مند شوند. تعرفه خدمات، توسط MOH سالانه تنظیم می‌شود. گروه‌های هدف (کودکان زیر ۱۲ سال، مادران باردار و شیرده) دارای تعرفه‌های خاصی پایین‌تر نسبت به کل جمعیت هستند. ارائه این خدمات توسط دندان‌پزشکان (۳۷۵/۱) کارمند رسمی، ۶۴۶ خدمات اجباری و ۵۱ کاربر اساس قرارداد همکاری) یا متخصصین دندانپزشکی است (۱۵۰) که توسط MOH پرداخت می‌شود. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اصلی دندانپزشکی در ایران، افرادی هستند که در بخش خصوصی کار می‌کنند. تا سال ۲۰۱۳، ۲۶۰۰۰ دندان‌پزشکان ثبت‌شده در ایران وجود داشتند؛ که بیش از ۹۰ درصد از آن‌ها در بخش خصوصی مشغول به کار بودند (۴۰).

نظام سلامت در ایران، پس از انقلاب اسلامی ۱۹۷۹، بر اساس اصول اعلامیه AlmaAta (کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه - ۱۹۷۸)، اصلاح شد (۴۱). مراقبت‌های بهداشتی دهان به‌عنوان بخشی از سیستم بهداشتی در نظر گرفته شده و با ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) ادغام شده است؛ که بر اساس یک سیستم زنجیره‌ای از طریق مراکز بهداشتی و درمانی شهری و منطقه‌ای، مراکز بهداشتی روستایی و خانه‌های سلامت است. طبق قانون تصویب‌شده توسط مجلس در سال ۱۹۸۵، مسئولیت آموزش پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی به وزارت

بهداشت منتقل شد (۴۲). (MHO) در سال ۲۰۰۹، بررسی ملی هزینه‌های خانوار نشان می‌دهد ۱۵٫۵ درصد از کل هزینه‌های بهداشتی برای خانوارهای ایران به خدمات دندانپزشکی اختصاص داده شده است (۴۳). (سومین رتبه بعد از مراقبت‌های بیمارستانی و بخش داروسازی)

بهداشت دهان و دندان آخرین جزئی است که به نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) کشور در سال ۱۳۷۴ اضافه و در نظام شبکه ادغام شده است. هدف برنامه کشوری بهداشت دهان و دندان ارتقای سلامت دهان و دندان از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی خدمات بهداشت دهان و دندان است (۴۴). مسئولیت توسعه و برنامه‌ریزی سیاست‌های برنامه‌های بهداشت دهان و دندان در سطح ملی، در ایران، توسط واحد سلامت دهان و دندان (OHB) به‌عنوان بخشی از واحد بیماری‌های غیرمسمری در وزارت بهداشت تأمین می‌شود. OHB برنامه‌ریزی استراتژیک برای سیاست‌گذاری را تهیه کرده است و ظرفیت موردنیاز برای اجرای آن را موردتوجه قرار داده است. با این حال، این اداره در ایجاد چارچوب نظارتی خود، به‌خصوص در بخش خصوصی، مشکلاتی دارد. در مدیریت اطلاعات مشکلات جدی وجود دارد تا بتوان از آن‌ها برای تصمیم‌گیری استفاده شود. نظارت و ارزیابی عملکرد این اداره نشان داد تنظیم و تخصیص بودجه عملیاتی برای اجرای سیاست‌ها تنها به‌صورت جزئی عملی شده است (۴۵).

بیش از ۸۰ درصد از خدمات دندانپزشکی در شهرها (شامل حدود ۶۰ درصد از جمعیت) توسط بخش‌های خصوصی ارائه می‌شود (۴۶). فقط حدود ۱۰ درصد از ۲۵۰۰۰ دندان‌پزشکان در بخش عمومی مشغول به ارائه خدمات به ۴۵ درصد از جمعیت هستند. تحقیقات ملی نشان می‌دهد که بچه‌های ۳ ساله حداقل ۲ دندان شیری پوسیده، کشیده شده یا پر شده دارند. این شاخص به ۵ افزایش می‌یابد با بیشترین میزان پوسیدگی در (۹۵ درصد) در ۶ سالگی، در سن ۱۲ سالگی میزان دندان‌های پوسیده و کشیده شده و پر شده به عبارتی شاخص DMFT برابر است با ۱/۸۶ وضعیت بهداشت دهان و دندان در بزرگسالان ایران بسیار ضعیف است با $DMFT(4/6 \pm) 11$ (۴۷). متخصصان دهان و دندان سازمان جهانی بهداشت، شاخص‌های گوناگونی را مطابق با بیماری‌های دهان و دندان تعیین کرده‌اند که شاخص Decayed/Missing/Filled Teeth از بهترین شاخص‌های اپیدمیولوژیک در دندانپزشکی به شمار می‌رود و می‌تواند بیانگر وضعیت بهداشت دهان و دندان در افراد جامعه باشد. تحقیق انجام‌شده در سال ۱۳۹۵ توسط امیر پاکپور

حاجی‌آقا و همکاران که بر روی کودکان پیش‌دبستانی شهر فردیس استان البرز انجام شده است میانگین تعداد دندان‌های پوسیده، پر شده و کشیده شده در این کودکان برابر با $4/70 \pm 3/78$ ، $0/5 \pm 1/24$ و $0/13 \pm 0/47$ بود و در مجموع میانگین dmft در این کودکان برابر با $5/33 \pm 3/82$ بود. بر اساس این بررسی، سطح تحصیلات بالاتر در خانوار منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان می‌شود (۴۸). بررسی ملی سال ۲۰۱۸ نشان داد که پوسیدگی دندان، بیماری‌های پریدونتال و از دست دادن دندان در مقایسه با داده‌های قبلی افزایش یافته است. وضعیت پوسیدگی دندان از ۱۲ تا ۱۵ سال به شدت کاهش می‌یابد، (۲۷ درصد) و تعداد افراد بی‌دندان در سن ۶۵ تا ۷۴ سالگی بیش از ۵۰ درصد است. این داده‌ها نشان می‌دهد نیاز فوری به مداخلات مناسب در تمام گروه‌های سنی، به‌ویژه در کودکان است. اعلامیه "۲۰۱۵- اصلاح بهداشت دهان و دندان توسط وزارت بهداشت و آموزش پزشکی راه را برای ارتقاء سلامت دهان و دندان در کودکان زیر ۱۴ سال در سطح ملی باز کرد (۴۹). رابطه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوارها (SES) و پوسیدگی دندان کودکان در بسیاری از مطالعات ایران مورد بررسی قرار گرفته است، برای ارزیابی تأثیر برنامه‌های مراقبت‌های بهداشت عمومی در حمایت از فقرا. مطالعه محمدرضا امیر اسماعیلی و همکاران در سال ۲۰۱۹ رابطه معکوس بین پوسیدگی‌های SES و دندان را تأیید می‌کند. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که پشتیبانی عمومی و دولتی، پوشش بیمه و شبکه سلامت ایران قادر به بهبود بهره‌برداری از خدمات دندان توسط گروه‌های اجتماعی و اقتصادی پایین نیستند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد لازم است خدمات بهداشتی دندانپزشکی را به نفع فقرا تجدیدنظر کند (۵۰). وضعیت سلامت در ایران نیاز فوری به مداخلات و استراتژی‌های مناسب برای افزایش آگاهی عمومی و کاهش اختلافات در دسترسی به امکانات بهداشتی است (۵۱).

اسماعیل یزدی و همکاران در تحقیقی در سال ۱۳۷۹، به منظور تعیین تعداد دندان‌پزشک مورد نیاز کشور جمهوری اسلامی ایران، تعداد افراد جامعه که هر دندان‌پزشک عمومی می‌تواند پوشش دهد بر اساس مراجعه مردم و تقاضای آنان در جمعیت کشور محاسبه گردید. در کل کشور ۲۳۴۸۱ نفر مورد پرسش قرار گرفتند. میزان تقاضا و مراجعه برای دریافت خدمات دندانپزشکی در جمعیت شهری کشور به ترتیب $72/12$ و $46/19$ درصد برآورد گردید. محاسبات نشان داد که هر دندان‌پزشک عمومی در سال ۱۳۷۷ توانسته است به مراجعات ۹۸۰۰ نفر در کشور پاسخ دهد و به آن‌ها

خدمت ارائه نماید. این موضوع قابل پیش‌بینی است که اگر همه افرادی که مشکل دهان و دندان را احساس کرده بودند برای درمان ارجاع می‌شدند، هر دندان‌پزشک عمومی می‌توانست ۸۲۰۰ نفر را تحت پوشش قرار دهد (۵۲).

طرح‌های در حال اجرای بهداشت دهان و دندان

در راستای طرح تحول سلامت، توافق‌نامه‌ای بین اداره بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش جهت ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان ابتدایی در تاریخ ۹۳/۱۲/۲۰ منعقد گردید. این برنامه برای دوره ۶ ساله در نظر گرفته شده است تا هدف کلی تغییر قابل توجه در شاخص DMFT/dmft دانش‌آموزان مشاهده شود. اهداف اختصاصی این طرح شامل:

۱- افزایش درصد دانش‌آموزان ۱۲ ساله بدون پوسیدگی دندانی (۳۵ درصد) به میزان ۴۱ درصد در طی ۶ سال

۲- کاهش میزان شاخص DMFT دانش‌آموزان ۱۲ ساله از ۲/۰۹ به یک در طی ۶ سال

۳- افزایش سهم F در شاخص DMFT دانش‌آموزان ۱۲ ساله (۱۵ درصد) به میزان سالیانه ۳ درصد

۴- کاهش میزان D در شاخص DMFT دانش‌آموزان ۱۲ ساله (۸۲ درصد) به میزان سالانه ۳ درصد

۵- افزایش آگاهی مجریان برنامه در مدارس ابتدایی در زمینه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان به میزان سالانه ۵ درصد

۶- افزایش سطح آگاهی والدین در زمینه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان سالانه ۵ درصد و جلب مشارکت والدین جهت اجرای مطلوب برنامه

۷- افزایش سطح آگاهی دانش‌آموزان ۱۲ ساله در زمینه سلامت دهان و دندان سالانه ۵ درصد

۸- تکمیل شناسنامه الکترونیک دانش‌آموزی

۹- افزایش دسترسی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی به خدمات درمانی دندانپزشکی (پیشگیری ثانویه با تعرفه مصوب)

عدد و درصدها مربوط به نتایج پیمایش کشوری سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۹۱ است که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام شده است. استراتژی‌های این طرح شامل آموزش، پیشگیری، درمان و پژوهش است (۵۳).

طرح مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال

بسیاری از مشکلات دهان و دندان که در این گروه سنی مشاهده می‌شود، قابل پیشگیری هستند. بیماری‌های دهان، خصوصاً پوسیدگی دندان، غالباً از زمان نوزادی شروع می‌شود. در بسیاری از این کودکان اولین معاینه دهان و دندان، همراه با پوسیدگی دندان است. بدین جهت باید برنامه پیشگیری را در اولویت قرارداد چراکه کلید ارتقاء سلامت دهان و دندان و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان کودکان این گروه سنی در آموزش توجیه والدین و راهنمایی آنان در اولین زمان مناسب نهفته است. مادران اولین منبع دانش دندانپزشکی کودک می‌باشند؛ بنابراین آموزش مراقبت‌های دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال به مادران را می‌توان به‌عنوان راهکار مؤثر در بهبود شاخص‌های بهداشت دهان و دندان در این گروه سنی انتخاب کرد. توزیع مسواک انگشتی برای کودکان زیر ۲ سال در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت توسط بهورزان و مراقبین سلامت صورت می‌گیرد.

طرح سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشی مهدکودک‌ها

آخرین نتایج بررسی‌های وضعیت دهان و دندان کودکان ۳-۶ سال نشان می‌دهد که کودکان ایرانی ۳ سالگی خود را با حدود ۲ دندان شیری پوسیده و ۶ سالگی را با ۵ دندان شیری پوسیده سپری می‌کنند. این امر لزوم اجرای برنامه‌های آموزشی، پیشگیری و درمان را برای کودکان پیش از دبستان مشخص می‌نماید.

هدف کلی: ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان کودکان مهدکودکی با عنایت به اینکه یکی از راه‌های دسترسی به این گروه سنی از طریق مهدکودک‌ها است لذا اداره سلامت دهان و دندان با همکاری سازمان بهزیستی کشور طرح مشترک بهبود سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهدکودک‌ها را تدوین نموده است؛ که شامل سه بخش آموزش، پیشگیری، درمان است. آموزش به مربیان مهدکودک، والدین کودکان و همچنین کودکان در قالب بازی،

سرگرمی، قصه‌گویی صورت می‌گیرد. معاینات دهان و دندان کودکان و وارنیش فلورایدتراپی آن‌ها در مهدکودک‌ها در بخش پیشگیری در نظر گرفته شده است.

طرح سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان

کلیه کودکان ۶ ساله بدو ورود به دبستان در پایگاه‌های طرح سنجش سلامت در طی تابستان تحت معاینه کامل قرار گرفته و شناسنامه سلامت دانش‌آموزی برای آنان تکمیل می‌گردد. با توافقات انجام‌گرفته بین سازمان آموزش و پرورش استثنائی، وزارت آموزش و پرورش (دفتر بهداشت و تغذیه) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت دهان و دندان)، در پایگاه‌ها معاینه اولیه توسط مربی بهداشت صورت می‌گیرد و وضعیت دندان‌ها و لثه در شناسنامه سلامت دانش‌آموز ثبت می‌گردد. در صورت رویش دندان ۶(اولین آسیای بزرگ) ارجاع به مراکز جهت فیشور سیلانت صورت می‌گیرد.

برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان دوره ابتدایی

با توجه به اینکه نداشتن دانش کافی در زمینه بهداشت دهان و دندان و عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان باعث از دست دادن دندان‌ها در سنین پایین و عواقب به مراتب دشوارتر و پرهزینه‌تری در آینده می‌گردد و با توجه به اینکه اگر اقدامات پیشگیری و همچنین گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان و آموزش در سطح کشور صورت نگیرد، دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه‌های بسیار گزاف تأمین مواد، تجهیزات، نیروی انسانی و نمایش گران‌قیمت دندانپزشکی خواهند بود، به همین دلیل این اداره در کنار برنامه ادغام بهداشت دهان و دندان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی، برای دست یافتن به کودکان ۶ تا ۱۴ سال، طرح کشوری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان دوره ابتدایی را تدوین کرد و در قالب برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزی در سطح مدارس ابتدایی پیاده شده است. این برنامه دارای سه بخش آموزش، پیشگیری و درمان است.

بیمه روستایی

موفقیت برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور و در حال حاضر با رویکرد نظام جامع و همگانی سلامت، موجب به‌کارگیری چهاراصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی شد.

بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد و بدین ترتیب فرصتی مناسب به‌منظور تأمین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد.

ارتقاء سلامت دهان و دندان نیز از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی دندانپزشکی به جمعیت

دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه هدف

افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده کشور صورت می‌پذیرد.

بسته خدمات سلامت دهان و دندان در دو سطح ارائه می‌شود:

سطح یک: پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت به ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت دهان و دندان بدین شرح می‌پردازند: شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت دهان و دندان در محل یا منطقه تحت پوشش، معاینه و ثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان ترجیحاً در سامانه الکترونیک مربوطه و یا در پرونده خانوار، انجام وارنیش فلوراید گروه هدف و توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر ۳ سال، ارجاع به سطوح بالاتر برای افرادی که نیاز به خدمات درمانی دارند.

سطح دو: مراکز خدمات جامع سلامت مجری و واحدهای طرف قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان نظیر مراکز معین و مطب‌های دندانپزشکی و درمانگاه‌های طرف قرارداد جهت اجرای سطح ۲ خدمات در قالب خرید خدمت به ارائه

خدمات پیشگیری ثانویه شامل آموزش بهداشت دهان به مراجعین ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان مراجعین، فیشورسیالنت تراپی، فلورایدتراپی، ترمیم دندان‌های شیری و دائمی با استفاده از آمالگام و کامپوزیت، کشیدن دندان‌های غیرقابل نگهداری، درمان پالپ زنده، جرم‌گیری و بروساژ و پالپوتومی می‌پردازند.

خدمات ارائه شده به جمعیت تحت پوشش توسط واحد بهداشت دهان و دندان در طرح تحول سلامت دهان و دندان

۱- تهیه برنامه نرم‌افزاری شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان

۲- راه‌اندازی سایت اداره بهداشت دهان و دندان به آدرس

۳- تهیه محتوای آموزشی ویژه معلمان و مراقبین سلامت

۴- چاپ و توزیع کتاب دانستنی‌های بهداشت دهان و دندان در سطح مدارس ابتدایی شهری کشور

۵- توزیع وسایل کمک‌آموزشی پوستر، ماکت دندان و مسواک انگشتی در سطح مدارس ابتدایی کشور

۶- برگزاری جلسات آموزشی و آموزش کارکنان بهداشتی دندان‌پزشک، بهداشت کار دهان و دندان،

سلامت، بهورزان و مربیان بهداشت مدارس

۷- انجام معاینات غربالگری دانش‌آموزان ابتدایی و ورود اطلاعات به سامانه مربوط

۸- ارائه خدمت وارنیش فلوراید به دانش‌آموزان ابتدایی کشور

۹- تکمیل و تجهیز مراکز خدمات جامع سلامت جهت ارائه خدمات دانش‌آموزان

۱۰- راه‌اندازی پایگاه‌های سلامت دهان و دندان سیار در سطح مدارس ابتدایی (۵۴).

طرح دندان‌پزشک خانواده یکی از برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه دهان و دندان است که در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر انجام می‌شود. در قالب این طرح هر دندان‌پزشک حدود ۲۰ هزار نفر جمعیت را در مناطق مذکور زیر پوشش داشته و باید خدمات دندان‌پزشکی را به آنان ارائه کند. کلیه خدمات

دندانپزشکی مانند ترمیم دندان، جرم‌گیری، کشیدن دندان و معالجه دندان‌های عفونی را از خدمات طرح دندان‌پزشک خانواده در کنار خدماتی مانند معاینه، آموزش، فیشور سیلانت و فلوراید تراپی عنوان کرد. برای گروه‌های هدف این طرح شامل افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار خدمات دندانپزشکی رایگان است اما سایر خدمات دندانپزشکی با پرداخت هزینه فرانشیز ۳۰ درصدی بیمه انجام می‌شود (۵۵).

مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۷ توسط محمد پیکان پور و همکاران نشان داد که: به‌رغم دستاوردهای طرح، عدم یکپارچگی و عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی مانع تحقق اهداف نهایی طرح‌شده و باگذشت زمان برخی از آثار مثبت آن که با صرف منابع زیادی به‌دست‌آمده بودند، روند معکوس به خود گرفته که نیاز به بازبینی دارند (۵۶).

بررسی سازمان‌دهی خدمات

نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور، شبکه بهداشت و درمان نام دارد و در قالب شبکه، مراقبت‌های اولیه موردنیاز مردم در سه سطح ارائه می‌گردد.

سطح اول

الف: خانه‌های بهداشت

خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد روستایی ارائه خدمت در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است (جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت باید ۸۰۰-۱۵۰۰ نفر باشد) هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به‌ویژه امکانات ارتباطی و جمعیت، یک یا چند روستا را در پوشش خدمات خود دارد که به این روستاها، روستای قمر گفته می‌شود. افرادی را که در خانه‌های بهداشت ارائه خدمات می‌نمایند به‌روز می‌نامند که برحسب جنس، به‌روز زن یا مرد نامیده می‌شوند. هر به‌روز باید بومی منطقه بوده، این افراد بعد از گزینش طی دوره ۲ ساله (شبان‌روزی) آموزش‌های لازم جهت ارائه خدمات اولیه بهداشتی را فرامی‌گیرند.

تا قبل از سال ۱۳۷۴ خدمات بهداشت دهان و دندان در نظام ارائه خدمات شبکه‌های بهداشتی کشور جایگاه مشخصی نداشت اما از آنجائی که بهداشت دهان و دندان یکی از شاخه‌های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت افراد تأثیر بسزایی دارد و با توجه به شیوع بیماری‌های دهان و دندان و رشد جمعیت، در سال ۷۴ طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه با هدف ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت، ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان مطرح و به‌صورت آزمایشی در چند شهر کشور اجرا شد و در حال حاضر نیز در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی، بهداشت دهان و دندان به‌عنوان جزئی از خدمات بهداشتی در قالب سیستم شبکه به جامعه ارائه می‌گردد.

از آنجاکه ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان برای کلیه افراد جامعه امکان‌پذیر نیست،

لذا: الف- زنان باردار و شیرده

ب- کودک زیر ۶ سال و ۱۲-۶ سال

به‌عنوان گروه‌های هدف جهت ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده‌اند.

وظایف بهورزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان

-آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان در دوران بارداری و تا یک سال پس از زایمان و کودکان تا ۱۲ سالگی.

-معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار و ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی روستایی جهت

جرم‌گیری

-پیگیری و ثبت ماه حاملگی که جرم‌گیری زنان باردار انجام شده است.

-معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال و ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم

-معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۲ سال ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم.

-پیگیری افرادی که به موقع مراجعه نمی کنند.

-مراجعه به مدارس تحت پوشش، بیماریابی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستایی.

-آموزش دانش آموزان مدارس ابتدایی

-بررسی، نظارت و پیگیری استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس، طبق دستورالعمل

-نمونه گیری از آب منطقه فعالیت و ارسال برای آزمایش میزان فلوراید و ثبت نتایج

-تأمین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

-تکمیل فرم گزارش عملکرد سه ماهه و ارسال آن به واحد دندانپزشکی مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش و یا مرکز آمار شهرستان.

ب: پایگاه بهداشت

خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت است در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت است. در منطقه تحت پوشش هر مرکز بهداشتی و درمانی تعدادی پایگاه بهداشتی وجود دارد. پایگاه های بهداشت شهری دو نوع می باشند، پایگاه های بهداشت ضمیمه که در مرکز بهداشتی درمانی مستقر هستند و پایگاه های بهداشت مستقل. انجام خدمات در پایگاه های بهداشت شهری توسط کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده صورت می گیرد

شرح وظایف کاردان ها و کارشناسان بهداشت خانواده در رابطه با بهداشت دهان و دندان

-آموزش بهداشت دهان و دندان، به خصوص به گروه های هدف.

-معاینه دهان و دندان زنان باردار، ثبت نتیجه معاینات در فرم مراقبت های دوران بارداری پرونده خانوار و در صورت لزوم ارجاع غیر فوری جهت انجام جرم گیری به دندان پزشک مرکز بهداشتی درمانی.

- ثبت ماه حاملگی که جرم گیری انجام شده است در پرونده خانوار.

-معاینه وضعیت دهان و دندان زنان شیرده پس از زایمان و در صورت نیاز به دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان ارجاع به دندان‌پزشک مرکز بهداشتی درمانی و ثبت نتیجه ارجاع در پرونده خانوار.

-معاینه دهان و دندان کودکان ۲ تا ۱۲ سال حداقل سالی یک‌بار در پایان هر سال و ثبت آن در پرونده خانوار و ارجاع به دندان‌پزشک مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت خدمات و ثبت نتیجه ارجاع در فرم مراقبت‌های کودکان.

-آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش‌آموزان هنگام بازدید از مدارس.

- آموزش بهداشت دهان و دندان به مدیران و مسئولین مدارس.

- همکاری با مدیران مدارس در اجرای طرح استفاده از دهان‌شویه سدیم فلوراید.

- در صورتی که مرکز بهداشتی درمانی دارای دندان‌پزشک باشد، معاینات توسط دندان‌پزشک انجام‌شده، ولی پیگیری به عهده کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده است.

رابطین بهداشت

رابطین بهداشتی زنانی هستند که به صورت داوطلب در شبکه بهداشتی درمانی شهرستان آموزش‌های لازم در زمینه بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده، بهداشت محیط و حرفه‌ای، تغذیه، بهداشت مدارس و بهداشت دهان و دندان را دریافت نموده‌اند. این افراد منطقه خود را شناسایی کرده و مسئولیت آموزش، پیگیری و ارجاع را به عهده دارند.

سطح دوم

الف: مراکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی تنها واحد پزشکی مستقر در مناطق روستایی است که توسط پزشک عمومی اداره می‌شود. این واحد ضمن نظارت بر فعالیت خانه‌های بهداشت و هدایت آن‌ها، در ارتباط با بیمارستان شهرستان (سطح سه خدمات) نیازهای درمانی تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را تأمین می‌کند.

واحدهای دندانپزشکی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) ملزم هستند در راستای ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه خدمات دندانپزشکی شامل آموزش بهداشت، فلورایدتراپی، سلینت تراپی، جرم‌گیری، ترمیمی، کشیدن دندان و تجویز دارو را ارائه نمایند (خدمات سطح دو)

وظایف دندان‌پزشک یا بهداشت کار مستقر در واحد دندانپزشکی روستایی

- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه‌های بهداشت و مدارس).
- اطلاع از جمعیت تحت پوشش (گروه‌های هدف) و نصب آن به دیوار مرکز.
- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک‌لیست‌هایی که در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد.
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی لازم به کلیه مراجعه‌کنندگان با اولویت گروه‌های هدف.
- قبول ارجاع از خانه‌های بهداشت.
- آموزش چهره به چهره به کلیه مراجعین.
- تشکیل پرونده دندانپزشکی برای کلیه بیماران.
- آموزش مدیران، معلمان، مربیان بهداشت مدارس و سایر گروه‌های غیرتخصصی در منطقه تحت پوشش.
- جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش، برای اجرای طرح دهان‌شویه سدیم فلوراید در مدارس و نظارت بر اجرای صحیح آن.
- برگزاری رده‌های آموزشی برای کارکنان بهداشتی تحت پوشش.
- مراقبت از زنان باردار و در صورت ارجاع از خانه‌های بهداشت
- در صورت لزوم، یک‌بار جرم‌گیری برای زنان باردار در طول دوران بارداری (ترجیحاً در سه‌ماهه دوم).

- ارائه خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز زنان تا یک سال پس از زایمان (ترمیم، جرم‌گیری، کشیدن دندان‌های غیرقابل نگهداری).

- ارائه خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز کودکان زیر ۶ سال (فلورایدتراپی، ترمیم و کشیدن دندان‌های غیرقابل نگهداری). ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی (مراکز ارائه‌دهنده خدمات سطح سه).

- تکمیل دفتر روزانه خدمات بهداشت دهان و دندان همه‌روزه

- گزارش عملکرد به مرکز بهداشت شهرستان

- رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز دندانپزشکی

- حفظ و نگهداری تجهیزات، ابزار و وسایل دندانپزشکی

- پیش‌بینی مواد مصرفی و تجهیزات دندانپزشکی موردنیاز و اعلام به‌موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان

- مشارکت در طرح‌ها و تحقیقات استانی و کشوری

- تأمین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

وظایف کاردان بهداشت دهان مستقر در واحد دندانپزشکی روستایی

- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه‌های بهداشت و مدارس، مهدکودک،...)

- آموزش بهداشت دهان و دندان به مراجعین، بخصوص به گروه‌های هدف (کودکان زیر ۱۲ سال، خانم‌های باردار، مادران یک سال پس از زایمان)

- ارائه خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز مراجعین با اولویت گروه هدف (فلورایدتراپی موضعی با ژل، وارنیش- جرم‌گیری- بروساژ و پروفیلاسکی- فیشور سیلانت تراپی- پالیشینگ پرکردگی‌ها)

- آموزش به‌روزان خانم‌های بهداشت تحت پوشش به‌صورت گروهی و چهره به چهره

-برگزاری کلاس‌های آموزشی برای کارکنان بهداشتی تحت پوشش

-آموزش رابطین بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی

-آموزش مدیران، معلمین، مربیان بهداشت مدارس در منطقه تحت پوشش

-جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس تحت پوشش در اجرای برنامه‌های کشوری و منطقه‌ای سلامت دهان و دندان جهت دانش‌آموزان مدارس

-آموزش مدیران، مربیان مهدکودک‌های منطقه تحت پوشش

-معاینات دهان و دندان گروه هدف (کودکان زیر ۱۲ سال، خانم‌های باردار، یک سال پس از زایمان) در مراکز بهداشتی درمانی

-معاینات دهان و دندان دانش‌آموزان در مدارس و ارجاع جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به مراکز بهداشتی درمانی

-معاینات دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهدکودکان و ارجاع جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به مراکز بهداشتی درمانی

مشارکت در طرح‌ها و تحقیقات استانی و کشوری در زمینه دهان و دندان شامل معاینه، تکمیل فرم‌ها و جمع‌آوری اطلاعات و انجام خدمات تحت شرح وظیفه

-رعایت اصول استریلیزاسیون و کنترل عفونت در واحد بهداشت دهان و دندان

-حفظ و نگهداری تجهیزات دندانپزشکی و اعلام به‌موقع نقایص تجهیزات

ب: مراکز بهداشتی درمانی شهری

این واحد برحسب تراکم جمعیت یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش خواهد داشت. کلیه وظایفی که برای مراکز بهداشتی درمانی روستایی گفته شد در مراکز بهداشتی درمانی شهری نیز یکسان است.

شرح وظایف دندان پزشکان مستقر در واحدهای دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری نیز همانند مراکز بهداشتی درمانی روستایی است.

با توجه به موارد فوق نیروهای درگیر در ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه عبارتند از:
بهورزان در خانه‌های بهداشت.

دندان پزشکان و بهداشت کاران

مرکز بهداشت شهرستان واحدی است که اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را شامل می‌شود، در واقع اعلام سیاست‌ها و برنامه‌ها، نظارت و پایش و هماهنگی لازم در راستای ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به جامعه توسط واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان صورت می‌گیرد.

واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان زیر نظر واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت استان است و

خطمشی کلی نیز از طریق دفتر بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌شود.

طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی سلامت دهان و دندان از شاخه‌های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت کلی افراد تأثیر بسزایی دارد به صورت زیر تعریف شده است **Dental Public Health** سلامت دهان و دندان جامعه یا علم و هنر پیشگیری از بیماری‌های دهانی، بالا بردن بهداشت دهان و دندان و سطح کیفی زندگی از طریق کوشش‌های سازمان‌یافته در اجتماع ارتقای بهداشت دهان و دندان جامعه مستلزم دسترسی آسان مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشت دهان و امکان استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان به صورت طبقه‌بندی شده است. گستردگی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشور، این امکان را در زمینه‌های عمومی میسر ساخته است، ولی متأسفانه بهداشت دهان و دندان هنوز به طور کامل جایگاه خاص خود را در این زمینه پیدا نکرده است. استفاده از شبکه موجود مراقبت‌های اولیه بهداشتی در جهت ارائه مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان نه تنها موجب گسترش مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در سطح جامعه می‌شود بلکه با پیشگیری از شیوع بیماری‌های دهان و دندان، در کاهش هزینه‌های درمانی نیز مؤثر خواهد بود. طرح ادغام بهداشت دهان و دندان

به‌عنوان جزئی از مراقبت‌های اولیه بهداشتی در این راستا بوده و به همسویی با سایر برنامه‌های بهداشتی و ارائه خدمات پیشگیری در درجه اول و خدمات درمانی در درجه بعد، در کلیه سطوح مراقبت‌های بهداشتی دهان و دندان تأکید دارد

گروه هدف

1- زنان باردار

2- کودکان ۵-۰ ساله

3- کودکان ۱۲-۶ ساله

نیروهای انسانی درگیر در طرح ادغام

الف: سطح یک خدمات

بهورزان در خانه‌های بهداشت

کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده در پایگاه‌های بهداشت

رابطین بهداشتی

ب: سطح دو خدمات

-بهداشت‌کاران دهان و دندان

-دندان‌پزشکان

اهداف

افزایش آگاهی مردم در زمینه بهداشت دهان و دندان

بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان

بهبود کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان

که همه موارد فوق منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه خواهد شد (۵۷).

دست‌رسی به خدمات

دو سیستم بیمه در ایران موجود است: عمومی (دولتی) و تکمیلی، حدود ۹۰ درصد از جمعیت ایران تحت پوشش بیمه درمانی قرار دارند؛ و ۲۸ درصد بیمه عمومی و بازرگانی (تکمیلی) دارند؛ ۱۰ درصد بیمه ندارند (۵۸). در مجموع ۴۰۰ مرکز پزشکی بیماران بیمه‌شده عمومی را قبول می‌کنند و حدود ۲۰۰۰ مرکز قراردادهایی با شرکت‌های بیمه دارند و خدمات مراقبت‌های اولیه دندانپزشکی (کشیدن، درمان‌های ترمیم، جرم‌گیری) را به بیماران بیمه ارائه می‌دهند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دندان‌پزشکی به بیماران بیمه تکمیلی، عمدتاً بخش خصوصی هستند که خدمات مختلفی را ارائه می‌دهند. بیماران غیر بیمه می‌توانند به بخش خصوصی یا عمومی (دولتی) مراجعه کنند. تعرفه خدمات ارائه شده توسط بخش دولتی کمتر از نصف تعرفه‌های بخش خصوصی است. نیازهای بهداشت دهان و دندان از نظر دندان‌های پوسیده درمان‌نشده، جراحی‌های پریدونتال عمیق، پلاک‌دندانی و جرم‌دندان در میان جمعیت ایرانی شایع است که نشان‌دهنده بالا بودن نیاز به درمان است (۵۹).

پرداخت‌های مستقیم ساده‌ترین و درعین‌حال ضعیف‌ترین شیوه پرداخت می‌باشند (۶۰). این شیوه پرداخت باعث می‌شود تا خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه شوند (۶۱). پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت از جیب مردم می‌تواند تأثیر زیادی بر روی بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت و درنهایت بر روی وضعیت سلامت آن‌ها داشته باشد (۶۲). شواهد نشان می‌دهد که افراد تمایل دارند به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها، مراقبت پزشکی خود را به تعویق بیندازند (۶۳). بر اساس گزارش حساب‌های ملی سلامت بیش از ۶۰ درصد از هزینه‌های بهداشتی و درمانی از محل پرداخت‌های مستقیم خانوار تأمین مالی شده است و سایر منابع نظیر پرداخت‌های دولت از محل درآمدهای عمومی و پرداخت‌های بیمه سهمی کمتر از ۴۰ درصد سلامت داشته‌اند (۶۴، ۶۵). با وجود تکالیفی که قانون در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه مبنی بر کاهش سهم مردم از کل هزینه‌های سلامت بر دوش دولت گذاشته هر ساله این شاخص افزایش پیدا کرده است (۶۶). با توجه به اینکه بر اساس مطالعات از یک طرف شیب نمودار هزینه‌های بهداشتی درمانی

افزایش یافته است و از طرف دیگر همه خدمات درمانی در بسته خدمات درمانی پایه تحت پوشش (GNP) ناخالص ملی قرار نمی‌گیرد (۶۷). بنابراین ضرورت توجه به بیمه تکمیلی به‌عنوان یکی از راه‌های بهبود وضعیت بیمه درمان مطرح می‌شود. یکی از انواع بیمه‌های تکمیلی مطرح در کشور، بیمه‌ایران است که در سال ۱۳۹۰ تنها شرکت بیمه دولتی در زمینه بیمه‌های اشخاص از جمله بیمه درمان تکمیلی بوده است. دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۰ اقدام به فراهم کردن بستری برای تحت پوشش قرار گرفتن اعضای هیئت علمی، کارکنان و اعضای تحت تکفل آنان توسط بیمه تکمیلی شرکت سهامی بیمه‌ایران به‌صورت اختیاری کرده بود. با توجه به اهمیت بیمه‌های تکمیلی در پوشش هزینه‌های درمانی و افزایش دسترسی به خدمات سلامت، پژوهشی در سال ۹۳ در مورد برآورد ارزش قیمتی تقاضای بیمه تکمیلی و بررسی عوامل مؤثر بر تقاضای این بیمه‌ها در بین اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، این مطالعه نشان داد که پیش‌بینی استفاده کم یا ناچیز از خدمات درمانی و عدم اطلاع از ارائه بیمه خدمات درمانی تکمیلی مهم‌ترین علت‌های عدم تقاضا توسط پاسخگویان بیان شده است. همچنین به‌وضوح اهمیت خدمات دندانپزشکی را در تصمیم‌گیری برای تقاضای بیمه تکمیلی سلامت نشان داده است. از این رو به نظر می‌رسد ارائه خدمات مناسب دندانپزشکی توسط سازمان‌های بیمه‌گر حتی در صورت افزایش حق بیمه تأثیر چندانی بر کاهش میزان تقاضای بیمه تکمیلی نخواهد داشت (۶۸).

در راستای قانون برنامه پنجم توسعه و پس از ابلاغ طرح تحول نظام سلامت، بسته تعهدات بیمه پایه خدمات دندانپزشکی که (شامل: رادیوگرافی، کشیدن، جرم‌گیری و بروساژ، پروفیلاکسی و فلورایدتراپی، کشیدن ترمیم‌های با آمالگام و شیمیایی و اچ نوری، وارنیش فلوراید) تغییر کرد. از آنجاکه خدمات سلامت دهان جزو پرهزینه‌ترین خدماتی است که خیلی از افراد جامعه درگیر آن هستند و تغییر سقف تعهدات یا رویکرد سلامت، آموزش محوری و برنامه‌های پیشگیری در بیمه سلامت، بر هزینه‌های سازمان تأثیرگذار خواهد بود لذا مطالعه‌ای توسط مرکز مطالعات و محاسبات بیمه‌ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت بررسی و آنالیز هزینه‌های بسته خدمات پایه دندانپزشکی اداره کل بیمه سلامت استان تهران در سه‌ماهه دوم سال ۹۵ انجام شد. از مجموع ۴۸۳۸ نسخ کلیه دندان‌پزشکان شامل ویزیت و خدمت، تعداد ۲۳۶۷ نسخه خدمات موردبررسی قرار گرفت. از نسخ موردبررسی، ۴۰ درصد مربوط به بیمه‌شدگان مرد بود، ۳۵ درصد هزینه نسخ خدمات مربوط به زنان و میانگین هزینه خدمات زنان ۴۲۱۰۳۲ ریال بود و

۶۵ درصد هزینه مربوط به صندوق بیمه سلامت و ۴ درصد مربوط به صندوق سایر اقشار بود. ۷۲ ۵ مراجعات جهت دریافت خدمت کشیدن دندان بود. ۳۶ درصد مراجعات جهت دریافت کشیدن دندان خلفی، ۱۹ مراجعات جهت دریافت کشیدن دندان عقل و ۱۷ درصد مراجعات جهت دریافت کشیدن دندان قدامی بود. ۲۵ مراجعات جهت دریافت خدمات پیشگیری شامل وارنیش فلورایدتراپی، آموزش بهداشت و فیشور سیلانت بود. میانگین کل هزینه نسخ خدمات دندانپزشکی در کل ۴۷۳/۰۶۷ ریال بود. میانگین سنی مراجعات جهت دریافت خدمات ۳۹/۴ سال بود. ۹۲ درصد تعداد نسخ خدمات مربوط به گروه سنی بالای ۱۴ سال و ۷/۷۲ درصد تعداد نسخ خدمات مربوط به گروه سنی ۶-۱۴ سال و ۰/۲۸ درصد تعداد نسخ خدمات مربوط به گروه سنی زیر ۶ سال است. سرانه مراجعه برای دریافت خدمات دندانپزشکی معادل ۲۰۰۰۰ مراجعه در ماه بود. ۶۰ درصد مراجعات خدمات دندانپزشکی، سرباری سایر استان‌ها است. در نتیجه این مطالعه گسترش خدمات دندانپزشکی پیشگیری تحت پوشش بیمه‌های پایه یک ضرورت است (۶۹). در ایران، با توسعه سیستم مراقبت بهداشت دهان و دندان، بیمه دندانپزشکی تأثیر جزئی بر روی دریافت خدمات مختلف دندانپزشکی داشته است. این نشان‌دهنده یک نقص جدی در سیستم بیمه در ایران است. در حال حاضر یافته‌ها نشان می‌دهد نیاز به اصلاح سیستم‌های بیمه برای تشویق رویکرد پیشگیرانه در ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به‌ویژه در کشورهایی که سیستم مراقبت بهداشتی در حال رشد دارند، است (۷۰). علیرغم امکان استفاده از خدمات مراقبت بهداشت دهان و دندان یا خدمات مالی بسیار گران‌بها، اهمیت روابط خوب دندان‌پزشک و بیمار و کیفیت فنی خوب مراقبت، بیماران را به انتخاب دندان‌پزشکان خصوصی و پرداخت به‌طور کامل به‌طور مستقیم از جیب متمایل می‌کند. برای کسانی که به‌طور عمومی بیمه‌شده بودند، دسترسی و در دسترس بودن کلینیک‌های دولتی یا دندان‌پزشکان قراردادی به نظر می‌رسید نامطلوب بود؛ که حداقل تا حدودی می‌تواند توضیح دهد که چرا بسیاری از افراد تحت پوشش بیمه دولتی به دندان‌پزشک خصوصی مراجعه می‌کردند و آماده پرداخت از جیب بودند. صرف‌نظر از تعداد زیاد دندان‌پزشکان در بخش خصوصی، سهم آن‌ها در طرح بیمه، جزئی است، در ایران، هر دو طرح‌های بیمه عمومی و تکمیلی تنها افراد شاغل و خانواده‌های آن‌ها را پوشش می‌دهد تقریباً ۴۰ درصد از جمعیت تحت پوشش طرح‌های بیمه نیستند. با توجه به گستره وسیعی از زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی و وضعیت بهداشت دهان و دندان افراد بیکار، رسیدن به سلامت دهان و دندان خوب برای کل مردم ایران یک چالش بزرگ است (۷۱).

دسترسی به خدمات دندانپزشکی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه محدود است. یکی از رایج‌ترین مشکلات بهداشت دهان در کشورهای در حال توسعه پوسیدگی دندان است که بر طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶۰ تا ۹۰ درصد از کودکان و اکثر بزرگسالان از آن رنج می‌برند (۷۲). بنابراین WHO تا سال ۲۰۲۰ اهداف شفاهی جهانی را تعیین کرده و معتقد است که منابع مالی کافی، نیروی انسانی، تجهیزات و زیرساخت‌ها برای دستیابی به این اهداف ضروری است (۷۳). در ایران، به‌طور متوسط ویژگی‌های دندان‌پزشکان در دانشگاه‌های نوع ۱، ۲ و ۳ به ترتیب ۲/۹۵، ۶ و ۶/۴۱ بوده‌اند و در سال ۲۰۱۰ یک دندان‌پزشک به ازای هر ۱۱ هزار نفر از جمعیت بود (۷۴). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در برخی از شهرهای ایران نامناسب بوده است. بر اساس نتایج یک مطالعه (۲۰۰۷) که در تهران انجام شد، حدود ۲۰ درصد از افرادی که نیاز دارند از دسترسی به خدمات بهداشتی محروم شده‌اند (۷۵).

همچنین نتایج مطالعات به‌دوروی و همکاران (۲۰۱۲) در گلستان در ایران نشان می‌دهد که بین شاخص‌های سازمانی سلامت در شهرهای مختلف این استان اختلاف زیادی وجود دارد (۷۶). بر اساس نتایج یک مطالعه (۲۰۱۲)، کاهش مراجعه بیماران به پزشکان به دلیل افزایش پرداخت‌های از جیب است (۷۷). همچنین، برخی از عوامل از جمله عدم آگاهی، فقدان منابع انسانی، درآمد کم و عدم پوشش بیمه منجر به عدم دسترسی درصد قابل‌توجهی از جمعیت به خدمات بهداشتی شد (۷۸). نتایج مطالعه‌ای در سال (۲۰۱۱)، همچنین نشان داد که در شرایط و تعداد امکانات و خدمات بهداشتی، اختلاف معنی‌داری بین استان‌های ایران وجود دارد (۷۹). پنج عامل تعیین‌کننده‌ی، هزینه، عدم اطمینان، ترس، برنامه‌ریزی و ارتباط بیمار و دندان‌پزشک به‌عنوان موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی تعیین شده‌اند که از آن میان هزینه و ارتباط بیمار و دندان‌پزشک با اولویت اول و آخر به ترتیب هستند (۸۰). کاهش نابرابری دسترسی به خدمات سلامت یکی از اهداف اصلی سیستم‌های بهداشتی است با این‌وجود برابری کامل در بهره‌برداری از خدمات بهداشتی غیرممکن است اما سیاست‌گذاران سعی می‌کنند راه‌حلی را برای کاهش نابرابری تا حد ممکن بیابند (۸۱). استفاده از خدمات دندانپزشکی در ایران نابرابر است. افرادی که درآمد بالاتری دارند بیشتر خدمات دندانپزشکی مصرف می‌کنند و فقرا توانایی مالی این خدمات را ندارند. سیاست‌گذاران بهداشت باید راه‌حلی برای کاهش نابرابری در استفاده از خدمات دندانپزشکی ارائه دهند. نقش بیمه‌های سلامت برای کاهش نابرابری بسیار مهم

است بیمه‌های درمانی باید پوشش خدمات دندانپزشکی را افزایش دهند. پوشش خدمات دندانپزشکی نابرابری را کاهش داده و دسترسی مالی فقرا را برای خدمات دندانپزشکی افزایش می‌دهد. باید برخی از مکانیسم‌های جدید برای افزایش استفاده از خدمات دندانپزشکی در ایران طراحی شود (۸۲). بر اساس نتایج مطالعه محمود موسازاده و همکاران در سال ۲۰۱۶، سطح دسترسی به خدمات مراقبت از دندان‌ها خیلی خوب نیست و سن، بیمه پایه، درآمد خانواده و سطح تحصیلات تعیین‌کننده این دسترسی است (۸۳).

در مطالعه سال ۲۰۱۹ اکثر شرکت‌کنندگان ۱۵ تا ۶۴ ساله از دسترسی به خدمات دندانپزشکی راضی بودند، اما آن‌ها از هزینه و پوشش بیمه نامناسب رضایت نداشتند. حدود نیمی از شرکت‌کنندگان از خدمات ارائه شده به آن‌ها راضی بودند و بالاترین سطح رضایت برای دسترسی آسان به مراکز بهداشتی و درمانی به دست آمد (۸۴).

مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ انجام شده در مورد عوامل مؤثر در تنظیم هزینه برای خدمات دندانپزشکی خصوصی در ایران (چشم‌انداز دندان‌پزشکان)، از ۲۵۲ دندان‌پزشک واجد شرایط، ۱۴۷ نفر (۵۸ درصد) در این مطالعه شرکت کردند. ۶۱/۵ درصد آن‌ها اعلام کردند که قیمتشان را کاهش داده‌اند تا بیماران بیشتری را جذب کنند و ۶۷/۴ درصد اشاره کرد که رقابت بین دندان‌پزشکان در جذب بیشتر بیمار وجود دارد. تعرفه‌های اعمال شده توسط دندان‌پزشکان در محدوده تعرفه‌های مورد تأیید دولت بود. پس از حق‌الزحمه دندان‌پزشک (۴۲/۳ درصد)، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تنظیم تعرفه عبارت‌اند از مبلغ اجاره مطب (۱۸/۶ درصد)، مواد خام (۱۵/۲ درصد) و حقوق و دستمزد کارکنان (۱۲/۶ درصد). شدت بیماری، خطای دندانپزشکی، مهارت دندان‌پزشک و مدت‌زمان معاینه، باید در تعیین ارزش نسبی خدمات و تنظیم یک تعرفه موجه و منصفانه در نظر گرفته شود. لازم است اقدامات مناسب توسط مقامات بهداشت دندانپزشکی جهت افزایش رقابت بین دندان‌پزشکان خصوصی جهت کاهش قیمت‌ها به نفع بیماران انجام شود. همچنین، به دلیل تفاوت در عملکرد، تجربه و مواد مورداستفاده توسط دندان‌پزشکان و عوامل دیگر، لازم است حداکثر و حداقل مقادیر برای تعرفه‌ها تعیین شود (۸۵).

نگاهی به چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه

آموزش مداوم جامعه پزشکی در بسیاری از کشورهای جهان اجرا می‌شود. در کشور ما نیز در سال ۱۳۷۵ قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی این امر است (۸۶). آموزش مداوم پزشکی به فعالیت‌هایی که بعد از فارغ‌التحصیلی برای افزایش دانش و مهارت و شایستگی حرفه‌ای جهت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت طراحی می‌گردند، گفته می‌شود (۸۷). یک دندان‌پزشک وظیفه دارد برای ارتقای سطح آموزش‌های خود، در برنامه‌های آموزش مداوم شرکت نماید. امروزه، هیچ دندان‌پزشکی نمی‌تواند ادعا کند که دانش کافی در هنگام تحصیل به دست آورده و در حرفه‌اش به‌تنهایی می‌تواند از عهده فناوری‌های جدید و تغییر نیازهای بیماران برآید. به همین سبب، در بسیاری از کشورهای اروپایی شرکت در آموزش مداوم اجباری است (۸۸). در ایران نیز طبق قانون، افرادی که در ارائه خدمات بهداشتی درمانی نقش دارند، موظف به طی دوره‌های آموزشی هستند (۸۹). بر اساس تحقیق عباس مکارم و همکاران در سال ۱۳۹۶، علیرغم نقاط قوت متعدد در برنامه آموزش مداوم دندان‌پزشکان در ایران، اشکالاتی نیز در این برنامه وجود داشت که می‌تواند با اعتبارسنجی و اصلاح این موارد، برنامه را ارتقا بخشید. این اصلاحات شامل روش‌های یاددهی، انتخاب عناوین مناسب و کاربردی و به‌روز بودن موضوعات متناسب با نیاز دندان‌پزشکان است. در برنامه‌های آموزش مداوم دندان‌پزشکی در ایران، روش‌های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی برنامه به‌خوبی برنامه‌ریزی شده است. البته عناوین دیگری نظیر مهارت‌های ارتباطی، بازاریابی، اقتصاد و مطب داری نیز در برنامه‌های آموزش مداوم حرفه‌ای سایر کشورها وجود داشت. در حیطه سازمان برگزارکننده و ارائه‌دهنده همه برنامه‌ها در ایران توسط دانشکده‌ها و مراکز آموزش عالی ارائه می‌گردد درحالی‌که در سایر کشورها انجمن‌های حرفه‌ای، صنایع وابسته و شرکت‌های تجاری هم مشارکت داشتند (۹۰).

تحقیق سال ۲۰۱۵ نشان داد که محققان دندان‌پزشکی ایران ۲۹۷ مقاله علمی WoS را در یک دوره ۲۰ ساله ۱۹۹۳-۲۰۱۲ منتشر کردند. هیچ روند ثابت قابل قبولی در تولید علمی ایرانیان در زمینه دندان‌پزشکی وجود نداشت، از ۱۶ زیرمجموعه مطالعه شده، بیشترین تعداد تحقیقات متعلق به اندودنتیکس، جراحی و ارتودنسی و کمترین تعداد آن‌ها

متعلق به آموزش پزشکی، ایمپلنت و آسیب‌شناسی دهان است. در نتیجه این پژوهش، علیرغم مشارکت علمی ایرانیان در سال‌های اخیر، نیاز به ارائه شرایط مناسب و ایده‌آل با توانمندسازی عوامل انگیزشی و مالی، ارائه فرصت‌های مؤثر برای تحقیق و نوشتن، برگزاری دوره‌های موردنیاز برای نوشتن علمی و غیره است (۹۱).

طی دو دهه گذشته، در سراسر جهان، شاهد گسترش کمیت واحدهای آموزشی پزشکی بوده‌ایم. این افزایش لزوماً با افزایش کیفیت همراه نبوده است. این در حالی است که به دلیل افزایش سطح آگاهی جامعه، سطح انتظارات مردم از جامعه پزشکی رو به افزایش است (۹۲). در ایران نیز رشد بسیار سریع در تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باعث رشد آموزش دندانپزشکی از تعداد حدود ۱۵ دانشکده در سال ۸۵، به بیش از ۴۰ دانشکده در سال ۱۳۹۱ شده است. عمده این دانشکده‌ها توسط دولت اداره می‌شود و همگی از برنامه درسی ملی که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین می‌شود تبعیت می‌کنند (۹۳). در برنامه چهارم توسعه کشور و مصوبات شورای برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توجه ویژه‌ای به امر راه‌اندازی و کارآمد نمودن نظام ارزشیابی و اعتباربخشی مؤسسات و دوره‌های آموزشی برای تمرکز بر بحث کیفیت مشاهده می‌شود (۹۴). اعتباربخشی، فرآیند کنترل کیفیت و اطمینان در آموزش عالی است که به‌منظور حصول اطمینان از احراز حداقل استانداردهای قابل پذیرش است و از طریق فرآیند بررسی و تعیین میزان کیفیت دانشگاه‌ها با استفاده از مؤلفه‌ها و شاخص‌های عملکردی انجام می‌شود (۹۵).

اهمیت تضمین کیفیت در آموزش علوم پزشکی، نیاز به تدوین استانداردهای مناسب را در نظام‌های آموزشی به‌عنوان مبنایی برای تأیید کیفیت موردتوجه قرار داده است. در همین راستا پژوهشی در سال ۱۳۹۲ انجام شد که هدف آن تدوین استانداردهای ارتقا کیفیت دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران بود. ۵۸ استاندارد در مرحله اول نگارش شد. نظرات ۱۳ دانشکده در مرحله دوم دریافت گردید. ۱۸ استاندارد توافق کمتر از ۹۰ درصد دانشکده‌ها را کسب کرده بود و کلیه استانداردها، مورد موافقت بیش از ۷۰ درصد دانشکده‌ها قرار داشت. در مرحله سوم و با در نظر گرفتن نظرات دانشکده‌ها، ۸۵ استاندارد ارتقا کیفیت در ذیل استانداردهای پایه در ۷ حوزه مورد تأیید شورای دبیرخانه دندانپزشکی وزارت بهداشت قرار گرفت (۹۶).

گزارش‌های موجود از بررسی رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده‌های دندانپزشکی، حاکی از آن است که میانگین نمره رضایت کلی در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی معادل ۸۲/۴۷ درصد، در دانشکده دندانپزشکی تهران برابر ۶۲ درصد، در دانشکده دندانپزشکی شاهد برابر ۰۹ / ۸۸ درصد و در دانشکده دندانپزشکی بابل معادل ۶ / ۶۹ درصد بوده است. (۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰). همچنین ۷۱ درصد مراجعه‌کنندگان به دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد تهران و ۵۷/۸ درصد در دانشکده دندانپزشکی تهران رضایت کامل داشتند (۱۰۱). نتایج پژوهش انجام‌شده در سال ۲۰۱۸ نشان داد میزان رضایتمندی مراجعه‌کنندگان به دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم باوجود کاستی‌ها و نقاط ضعف در ارائه خدمات، نسبتاً مطلوب بوده است (۱۰۲). ارزیابی وضعیت ارائه خدمات بالینی در بخش‌های دانشکده دندانپزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۵ نشان داد با توجه به اینکه عدم رضایت نسبی در تمامی ابعاد، سنجه‌ها و بخش‌های بالینی مشاهده شد، نیاز به یک برنامه‌ریزی مؤثر در جهت کاهش شکاف‌های هر بخش و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات ضروری به نظر می‌رسد (۱۰۳).

قصور دندانپزشکی شامل اشتباه در تشخیص، درمان یا مدیریت بیماری است و شکایات ناشی از آن بخشی از مراجعات محاکم قضایی، سازمان نظام پزشکی و سازمان پزشکی قانونی کشور را به خود اختصاص داده است. مراکز متعددی شامل دادرسی و سازمان‌های پزشکی قانونی و نظام پزشکی با کسب نظر کارشناسی کمیسیون‌های تخصصی، کار رسیدگی به شکایات بیماران از دندان‌پزشکان را بر عهده دارند. قانون مجازات اسلامی، قانون آیین دادرسی کیفری، قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و آیین‌نامه رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و رشته‌های وابسته، مبانی قانونی این دادرسی‌ها هستند مجازات‌ها عمدتاً شامل مجازات‌های انتظامی و یا پرداخت دیه است. رعایت موازین فنی و علمی در اقدامات تشخیصی و درمانی مهم‌ترین معیاری است که در بررسی شکایات دندانپزشکی مورد استناد محاکم قضایی و هیئت‌های انتظامی قرار می‌گیرد. تدوین استانداردهای فنی برای انواع مختلف خدمات دندانپزشکی، بازنگری در شرح وظایف مصوب رشته‌های مختلف دندانپزشکی تخصصی و عمومی، منطقی کردن تعرفه‌های درمانی، نظارت بر کیفیت خدمات دندانپزشکی، افزایش آگاهی دندان‌پزشکان در مورد قصور و تخلفات پزشکی و نحوه رسیدگی به آن، تخصصی کردن دادگاه‌های جرائم پزشکی، اصلاح قانون مجازات اسلامی،

بهره‌مندی از مشاوره متخصصان پزشکی قانونی و استفاده از پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای می‌تواند به بهبود مؤثر اوضاع حاکم بر رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای کمک نماید (۱۰۴).

برنامه پیشگیری مراقبت‌های دندانپزشکی

برنامه‌های پیشگیری

اهمیت برنامه‌های پیشگیری بهداشت عمومی برای پیشرفت سلامت دهان و دندان به‌خوبی مشخص شده است. بر اساس توافق‌نامه همکاری‌های مشترک برنامه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۳۹۳ برنامه‌های پیشگیری شامل: تهیه برنامه نرم‌افزاری برای پرونده الکترونیک سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان، تکمیل شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان، تأمین وارنیش فلوراید جهت دانش‌آموزان، انجام خدمت وارنیش فلوراید و استفاده از یونیت سیار در مدارس در نظر گرفته شد (۱۰۵).

طبق آخرین بررسی‌های به‌عمل‌آمده به‌طور متوسط هر کودک ۶ ساله ایرانی در بدو ورود به مدرسه دارای ۵ دندان شیری پوسیده است و از سن ۶ تا ۱۲ سالگی نیز میزان پوسیدگی دندان‌های دائمی روند افزایشی دارد مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که اطفال در سنین دبستان به‌طور متوسط نیاز، به دریافت سالیانه ۳ ساعت خدمات دندانپزشکی دارند و چنانچه بخواهیم چنین استانداردی را پذیرفته و به کشور خود تعمیم دهیم بالغ‌بر میلیون‌ها ساعت خدمات دندانپزشکی موردنیاز خواهد بود. واضح است که تهیه و تدارک نیروی انسانی و هزینه اجرای چنین برنامه‌ای بسیار گزاف خواهد بود حال آنکه ارائه خدمات پیشگیری در جهت جلوگیری از ایجاد بیماری‌های دهان و دندان صرف هزینه بسیار کمتری را در پیش خواهد داشت بهترین زمان جهت کنترل بیماری‌های دهان و دندان سنین کودکی و یکی از بهترین مکان‌ها جهت دسترسی به این گروه سنی مدارس ابتدایی است. هم‌زمان با آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش‌آموزان و والدین آن‌ها، استفاده از وارنیش فلوراید به‌عنوان یکی از بهترین روش‌های پیشگیری از پوسیدگی دهان و دندان توصیه می‌گردد. از مزایای استفاده از وارنیش فلوراید، ایمن بودن آن برای کودکان و کاربرد آسان و راحت آن توسط افراد آموزش‌دیده در مدارس ابتدایی است. همچنین ارائه این خدمت نیاز به تجهیزات دندانپزشکی گران‌قیمت

ندارد و استفاده از وارنیش فلوراید در دانش‌آموزان حدود ۵۰ درصد کاهش پوسیدگی در دندان‌های شیری و دائمی را به همراه دارد. دستورالعمل اجرایی طرح وارنیش فلوراید تراپی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت با هدف کلی ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت و اهداف اختصاصی:

1. افزایش سطح آگاهی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و والدین آن‌ها
2. افزایش دسترسی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی به خدمات پیشگیری دهان و دندان (وارنیش فلوراید تراپی)
3. افزایش ارائه خدمات پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان به دانش‌آموزان مقطع ابتدایی
4. کاهش شاخص پوسیدگی‌های دهان و دندان در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی
5. افزایش جلب مشارکت والدین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در راستای ارتقا سطح سلامت دهان و دندان

دانش‌آموزان

6. ارتقای دانش نظری و مهارت عملی به‌رورزان در زمینه خدمات پیشگیری در زمینه دهان و دندان
7. افزایش جلب مشارکت (آموزش و پرورش، ...) تدوین شد (۱۰۶).

فراوانی پوسیدگی دندان‌های پرپودنتال (پلاک دندان‌ی و محاسبه) در میان بزرگسالان جوان و میان سال ایران و مراقبت‌های پیشگیرانه نادرست که توسط آن‌ها دریافت می‌شود، نشان‌دهنده عدم کفایت برنامه‌های پیشگیرانه در سیستم مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در ایران است. ایجاد یک بسته جامع شامل مراقبت‌های پیشگیرانه، اولویت اول سیستم مراقبت بهداشت دهان است؛ بنابراین، تنظیم مجدد خدمات بهداشت دهان و دندان به سمت پیشگیری، لازم است (۱۰۷). این توسط سازمان بهداشت جهانی تأکید شده است که اولویت بهبود مستمر سلامتی دهان است (۱۰۸).

فصل چهارم

**(پرداخت از جیب و بهره‌مندی از خدمات
دندان‌پزشکی در ایران)**

درباره فصل

در این فصل به بررسی شاخص پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی و سهم آنها از کل پرداخت مستقیم از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ و پس از آن به بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت مرتبط با خدمات دندانپزشکی پرداخته شده است. نتایج گزارش شده در این فصل در بخش شاخص‌های پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی مستخرج از آنالیز داده‌های پیمایش هزینه - درآمد خانوار است و همه هزینه‌ها با استفاده از شاخص قیمت مصرف‌کننده و با احتساب سال ۱۳۹۵ به عنوان سال پایه به هزینه‌های ثابت تبدیل شده‌اند. در بخش بررسی بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی نیز از داده‌های پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت اجرا شده در طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ استفاده شده است.

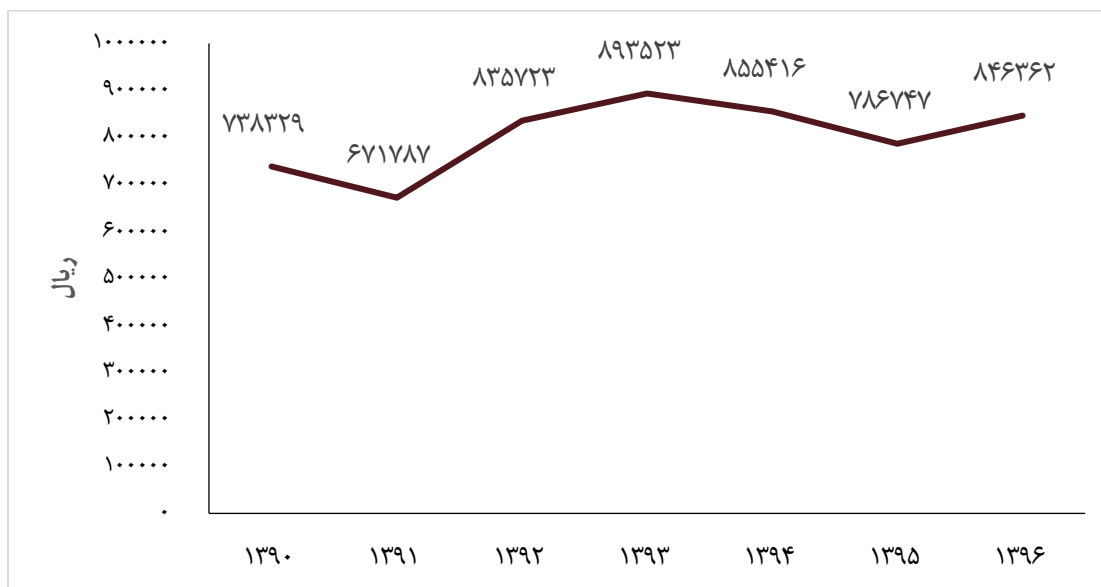
لازم به ذکر است که در این فصل همه شاخص‌های سلامت مرتبط با خدمات دندانپزشکی، در سطح کل جمعیت، به تفکیک جنسیت، محل سکونت خانوار و به تفکیک پنجه‌های هزینه‌ای ارائه شده‌اند.

متوسط سرانه پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶

این شاخص به ترتیب در سطح کل جمعیت، به تفکیک محل سکونت و به تفکیک پنج‌گانه‌های هزینه‌ای ارائه می‌شود.

الف - در سطح کل جمعیت

شکل ۱ متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی را طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ در سطح کل جمعیت نشان می‌دهد. با توجه به این شکل متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی در سال ۱۳۹۳ به بیشترین مقدار خود رسیده است و پس از آن در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ کاهش یافته است اما مجدداً در سال ۱۳۹۶ مقدار آن اندکی افزایش یافته است. متوسط سرانه پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی در آخرین سال بررسی ۸۴۶۳۶۲ ریال در سطح کل جمعیت بوده است.

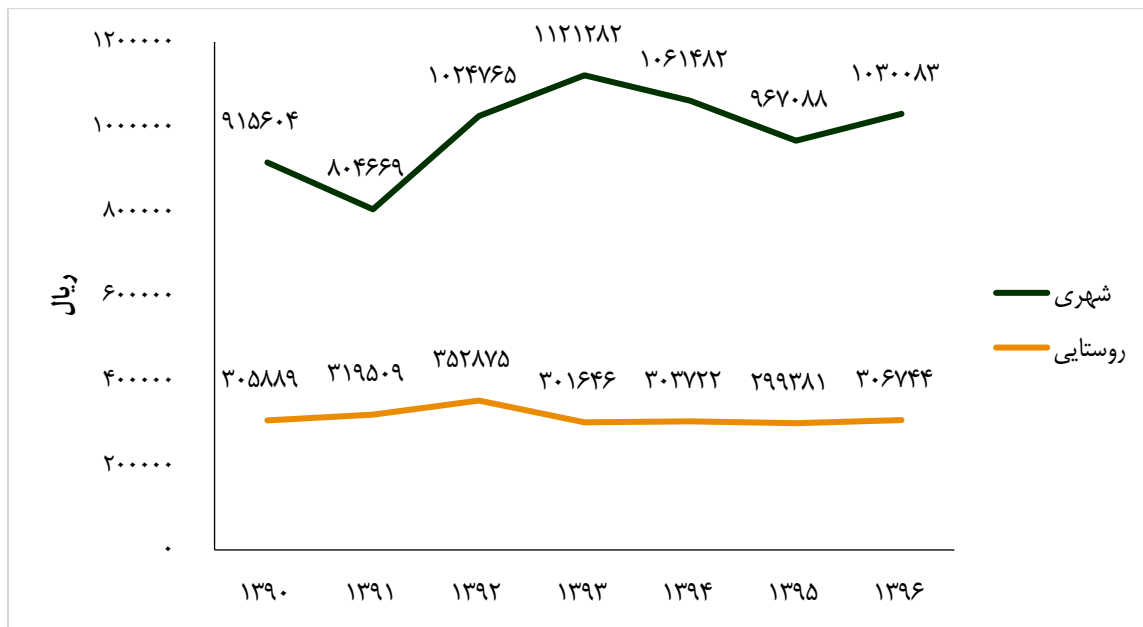


شکل 1: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (در

سطح کل جمعیت)

ب - به تفکیک محل سکونت خانوار

شکل ۲ متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی را طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به تفکیک محل سکونت خانوار نشان می‌دهد. با توجه به این شکل در همه سال‌های تحت بررسی پرداخت از جیب خانوارهای روستایی کمتر از خانوارهای شهری بوده است و به جز در سال ۱۳۹۲ که به بیشترین مقدار خود رسیده است تقریباً در همه سال‌های تحت بررسی مقدار ثابتی بوده است. برای خانوارهای شهری متوسط سرانه پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی در سال ۱۳۹۳ به بیشترین مقدار خود رسیده است و پس از آن در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ کاهش یافته است اما مجدداً در سال ۱۳۹۶ متوسط سرانه آن افزایش یافته است. در آخرین سال بررسی، ۱۳۹۶، متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی در جمعیت‌های شهری ۳/۳۵ برابر جمعیت‌های روستایی بوده است.



شکل ۲: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (به

تفکیک محل سکونت)

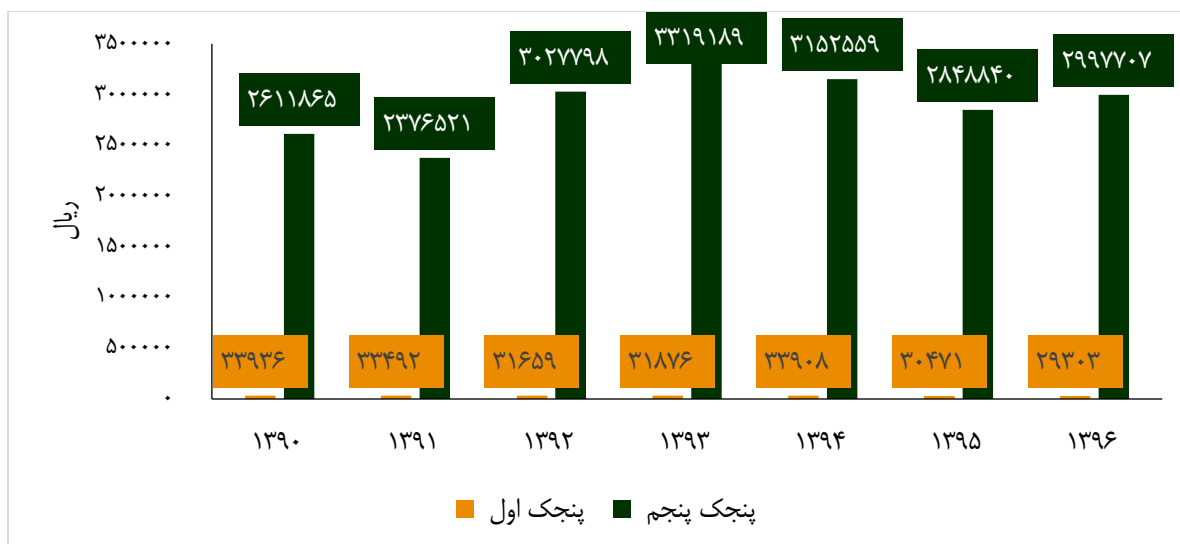
ج - به تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای

جدول ۴ متوسط سرانهٔ پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی را به تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ نشان می‌دهد. با توجه به این شکل کمترین پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی مربوط به جمعیت‌های پنجک اول و بیشترین مقدار مربوط به جمعیت‌های پنجک پنجم بوده است.

جدول ۴: متوسط سرانهٔ پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (به

تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای)

پنجک‌های هزینه‌ای					ردیف
پنجک اول	پنجک دوم	پنجک سوم	پنجک چهارم	پنجک پنجم	
۳۳۹۳۶	۱۲۹۹۷۵	۲۸۹۵۹۴	۶۲۶۶۱۲	۲۶۱۱۸۶۵	۱
۳۳۴۹۲	۱۰۲۹۵۴	۲۷۴۲۳۹	۵۷۱۹۴۷	۲۳۷۶۵۲۱	۲
۳۱۶۵۹	۱۱۶۴۱۵	۲۳۱۷۰۶	۷۷۱۲۹۲	۳۰۲۷۷۹۸	۳
۳۱۸۷۶	۱۰۸۹۸۴	۲۷۴۶۴۱	۷۳۳۸۴۶	۳۳۱۹۱۸۹	۴
۳۳۹۰۸	۱۱۳۱۲۹	۳۰۷۷۸۰	۶۶۹۹۶۹	۳۱۵۲۵۵۹	۵
۳۰۴۷۱	۱۰۵۴۷۰	۲۶۶۳۶۷	۶۸۲۶۸۹	۲۸۴۸۸۴۰	۶
۲۹۳۰۳	۱۱۹۱۵۹	۳۳۵۴۴۶	۷۵۱۹۵۶	۲۹۹۷۷۰۷	۷



شکل 3: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (پنجک اول و پنجم)

شکل ۳ متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی را در جمعیت‌های پنجک اول و پنجم طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ نشان می‌دهد. با توجه به این شکل متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی در جمعیت‌های ثروتمند (پنجک پنجم) با اختلاف خیلی زیادی نسبت به جمعیت‌های فقیر (پنجک اول) قرار گرفته است به طوری که در آخرین سال بررسی، ۱۳۹۶، متوسط سرانه پرداخت از جیب در جمعیت‌های پنجک پنجم نسبت به جمعیت‌های پنجک اول بیش از ۱۰۰ برابر بوده است.

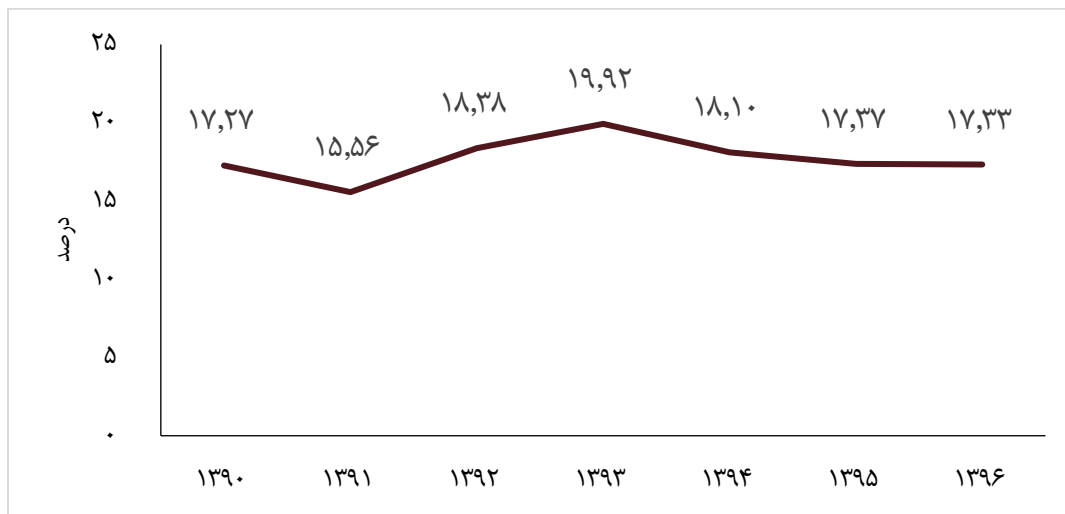
سهم پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی از کل پرداخت مستقیم از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶

این شاخص به ترتیب در سطح کل جمعیت، به تفکیک محل سکونت و به تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای ارائه می‌شود.

الف - در سطح کل جمعیت

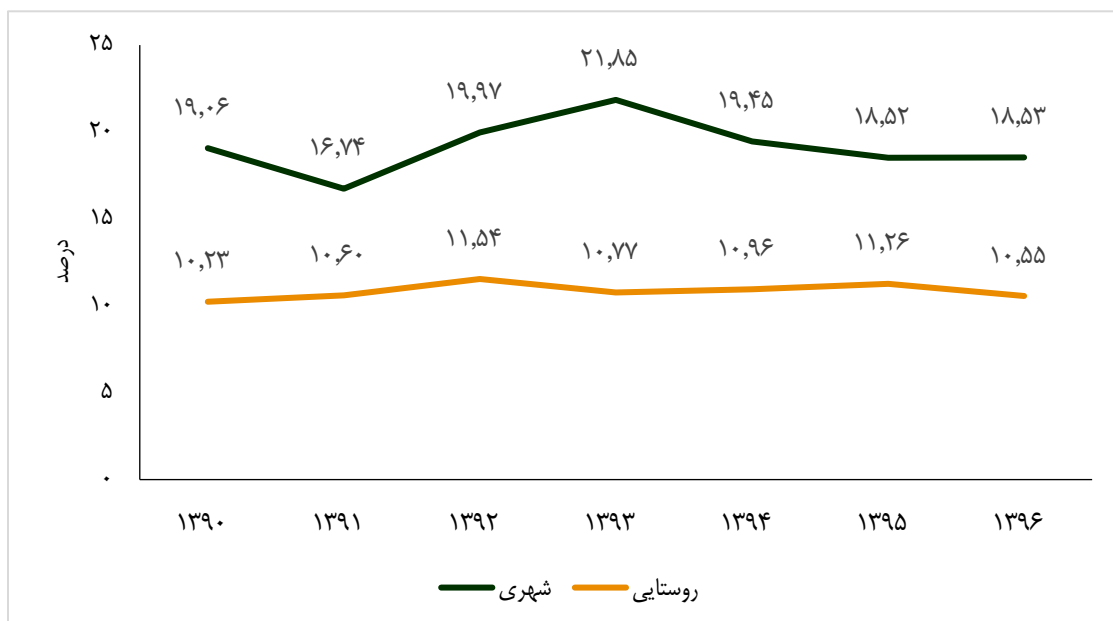
شکل ۴، سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی را از کل پرداخت مستقیم از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ در سطح کل جمعیت نشان می‌دهد. با توجه به این شکل به طور تقریبی ۱۷/۷۰ درصد از کل پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی بوده است و بیشترین و کمترین مقدار آن به ترتیب در

سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۱ اتفاق افتاده است. با توجه به این شکل سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب از سال ۱۳۹۳ به بعد کاهش یافته است. شکل ۵ سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت مستقیم از جیب را به تفکیک محل سکونت خانوار نشان می‌دهد. با توجه به این شکل متوسط این سهم طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به ترتیب در جمعیت‌های شهری و روستایی ۱۹/۱۶ و ۱۰/۸۴ درصد بوده است. سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب در جمعیت‌های روستایی در طی سال‌های تحت بررسی تقریباً ثابت بوده است؛ درحالی‌که در جمعیت‌های شهری در سال ۱۳۹۳ به بیشترین مقدار خود رسیده است و سپس در سال‌های پس از آن کاهش یافته است.



شکل ۴: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا

۱۳۹۶ در سطح کل جمعیت



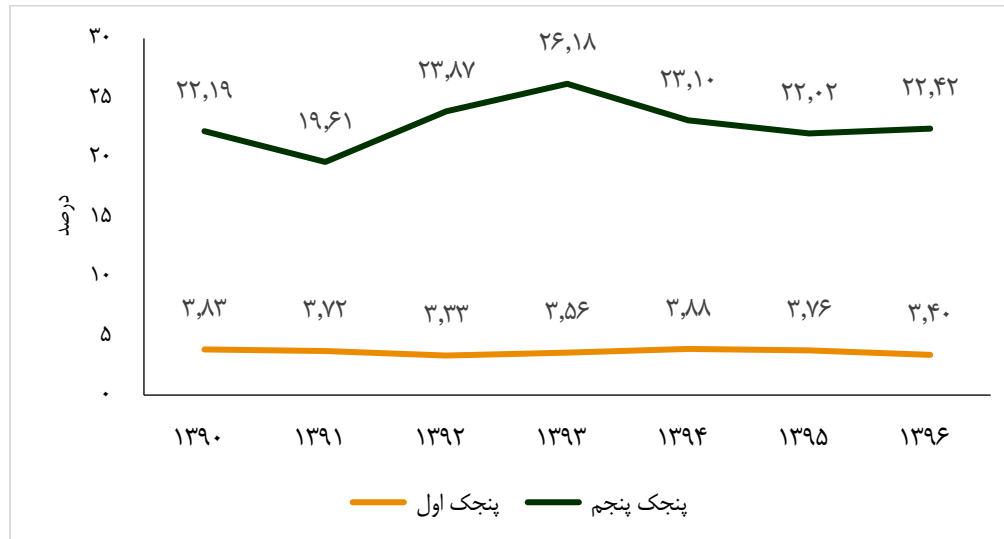
شکل ۵: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به تفکیک محل سکونت

جدول ۵ سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی را از کل پرداخت مستقیم از جیب به تفکیک پنج‌های هزینه‌ای طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ نشان می‌دهد. با توجه به این جدول، کمترین و بیشترین سهم به ترتیب متعلق به جمعیت‌های پنجک اول و پنجم بوده است.

جدول ۵: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای

سال	پنجک اول	پنجک دوم	پنجک سوم	پنجک چهارم	پنجک پنجم
۱۳۹۰	۳,۸۳	۷,۴۳	۱۰,۹۷	۱۴,۴۵	۲۲,۱۹
۱۳۹۱	۳,۷۲	۶,۲۶	۹,۹۰	۱۳,۷۸	۱۹,۶۱
۱۳۹۲	۳,۳۳	۶,۶۵	۸,۵۶	۱۶,۶۱	۲۳,۸۷
۱۳۹۳	۳,۵۶	۶,۳۸	۱۰,۴۲	۱۶,۲۷	۲۶,۱۸

۲۳,۱۰	۱۴,۶۰	۱۰,۹۰	۶,۶۵	۳,۸۸	۱۳۹۴
۲۲,۰۲	۱۴,۷۲	۱۰,۲۰	۶,۴۰	۳,۷۶	۱۳۹۵
۲۲,۴۲	۱۴,۳۵	۱۰,۹۳	۶,۳۱	۳,۴۰	۱۳۹۶



شکل 6: سهم پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ در جمعیت‌های پنجک اول و پنجم هزینه‌ای

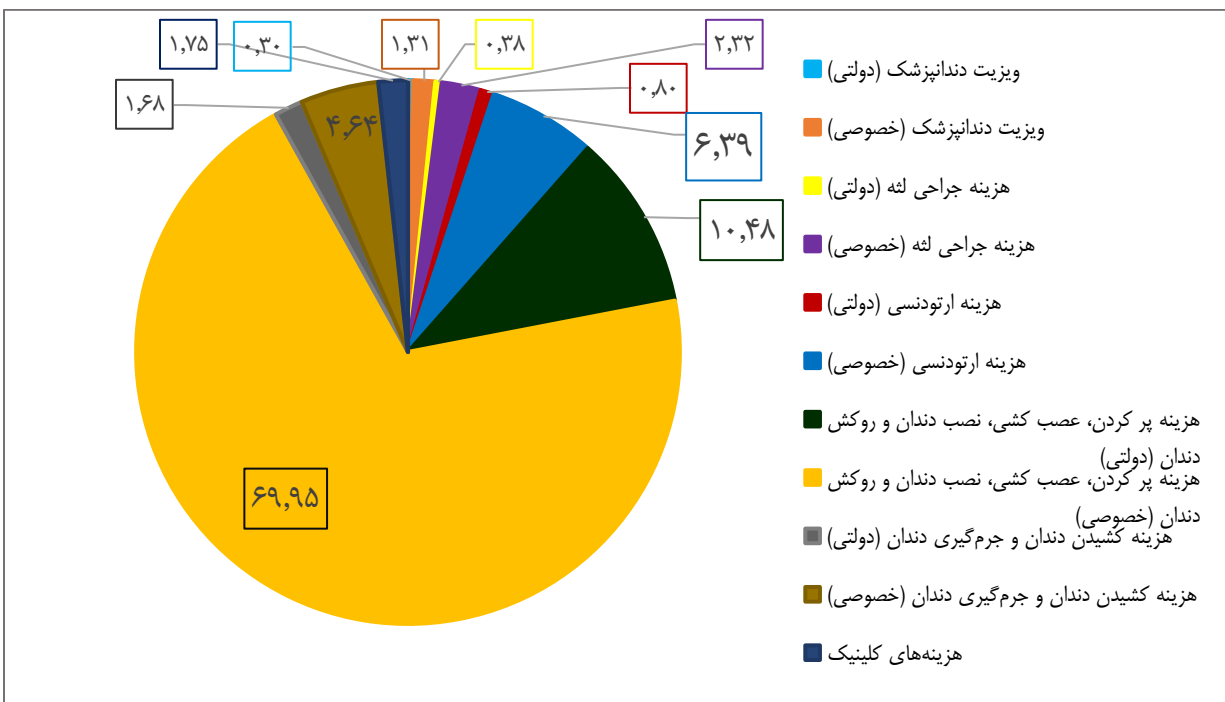
با توجه به شکل ۶، به‌طور متوسط ۳/۶۴ درصد از کل پرداخت‌های مستقیم از جیب در خانوارهای فقیر (پنجک اول) برای دریافت خدمات دندانپزشکی بوده است؛ درحالی‌که در جمعیت‌های ثروتمند این سهم بیش از ۲۲ درصد بوده است.

متوسط سهم انواع خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی

با توجه به آنکه پرسشنامه پیمایش هزینه - درآمد خانوار برای سال ۱۳۹۵ و پس از آن در چند بخش تغییر کرده است و بخش هزینه‌های خدمات دندانپزشکی در بخش هزینه‌های بهداشتی و درمانی از جمله این تغییرات است این شاخص به ترتیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ و سپس در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در سطح کل جمعیت، به تفکیک محل سکونت خانوار و به تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای ارائه می‌شود.

الف - در سطح کل جمعیت

شکل ۷ متوسط سهم پرداخت از جیب برای دریافت انواع خدمات دندانپزشکی را از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در سطح کل جمعیت نشان می‌دهد. با توجه به این شکل ۶۹/۹۵ درصد از کل پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی برای پر کردن، عصب‌کشی، نصب دندان و روکش دندان در مراکز خصوصی و کمترین مقدار آن برای ویزیت دندان‌پزشک در مراکز دولتی بوده است.

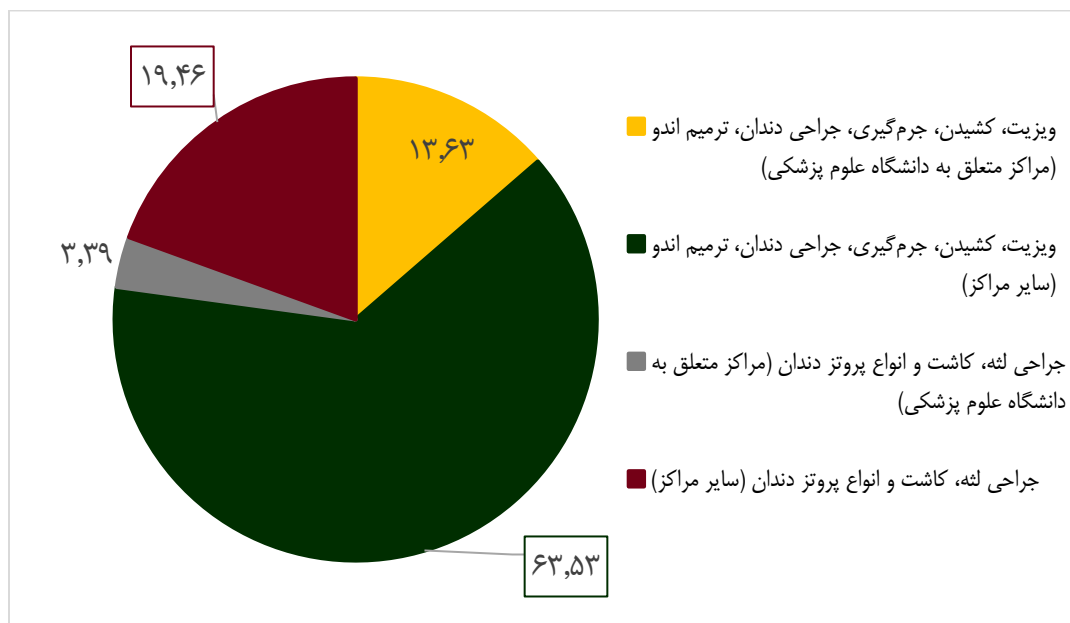


شکل ۷: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی

سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در سطح کل جمعیت

شکل ۸ متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی را طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ نشان می‌دهد. با توجه به این شکل ۶۳/۵۳ درصد از کل پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی برای ویزیت، کشیدن، جرم‌گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو در مراکز و بیمارستان‌هایی بوده است

که متعلق به دانشگاه علوم پزشکی نبوده‌اند؛ مانند مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، شرکت نفت و...



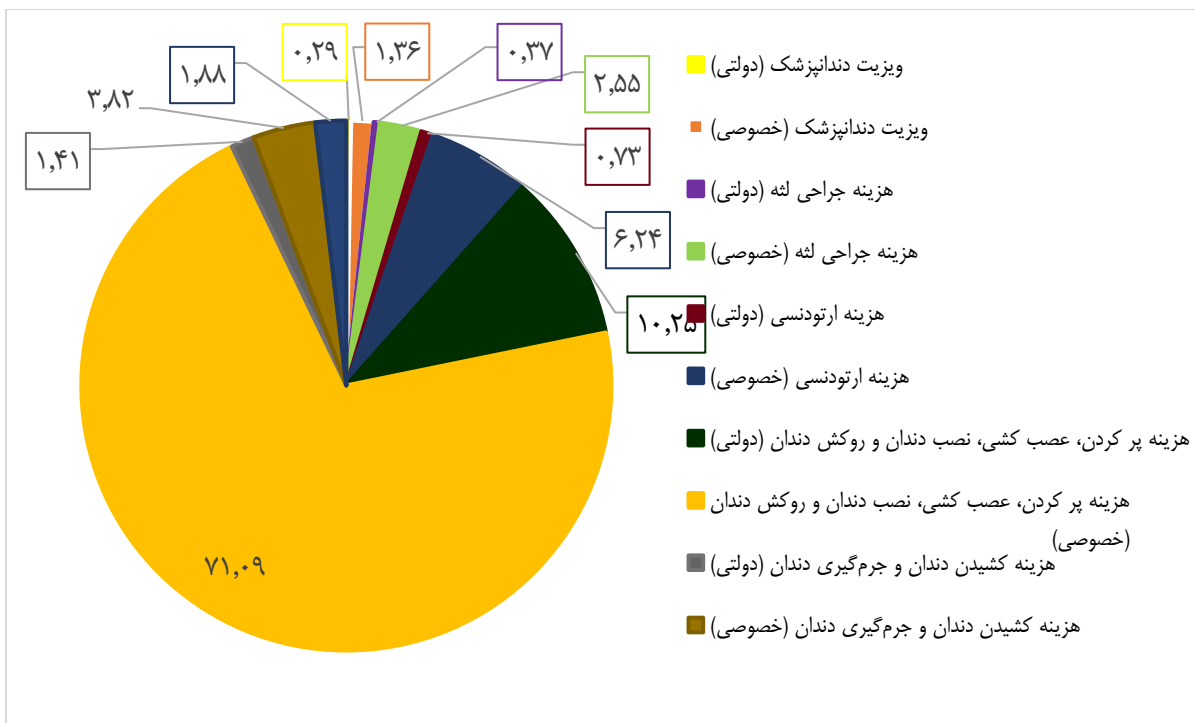
شکل ۸: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶

ب - به تفکیک محل سکونت

شکل‌های ۹ و ۱۰ متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی را به ترتیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ و سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در جمعیت‌های شهری نشان می‌دهند. با توجه به شکل ۹ طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ عمده پرداخت مستقیم از جیب جمعیت‌های شهری برای دریافت خدمات دندانپزشکی برای پر کردن، عصب‌کشی، نصب دندان و روکش دندان در مراکز خصوصی و پس از آن مراکز دولتی بوده است. با توجه به این شکل کمترین سهم مربوط به ویزیت دندان‌پزشک در مراکز دولتی بوده است.

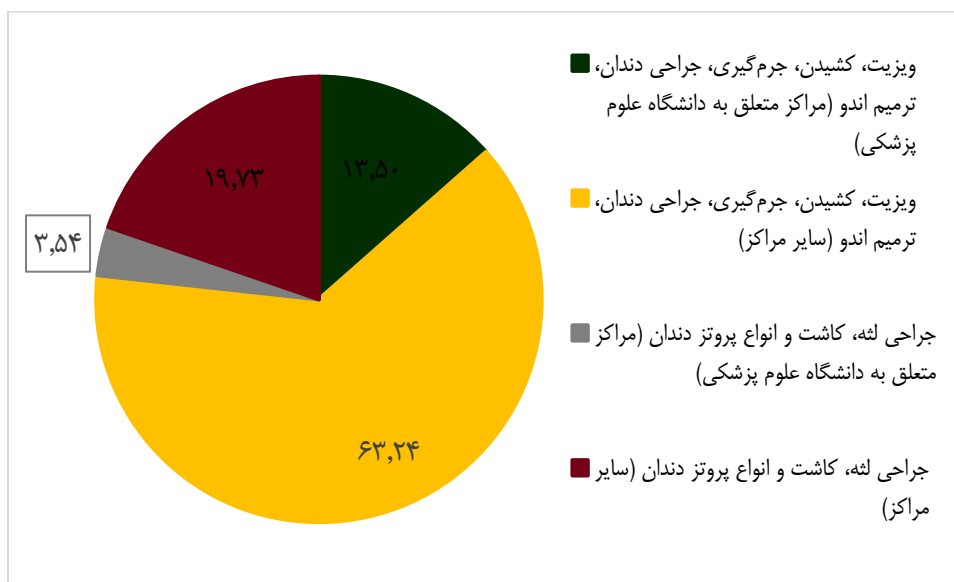
با توجه به شکل ۱۰ طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ به‌طور متوسط ۶۳/۲۴ درصد از کل پرداخت از جیب جمعیت‌های شهری برای دریافت خدمات مرتبط با دندانپزشکی در مراکز و بیمارستان‌های اتفاق افتاده است که متعلق به دانشگاه علوم پزشکی نبوده‌اند و برای ویزیت، کشیدن، جرم‌گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو صورت گرفته است. با توجه به این

شکل کمترین سهم از کل پرداخت‌های مستقیم از جیب خدمات دندانپزشکی با مقدار ۳/۵۴ درصد برای جراحی لثه، کاشت و انواع پروتز دندان در مراکز متعلق به دانشگاه علوم پزشکی بوده است.



شکل ۹: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی

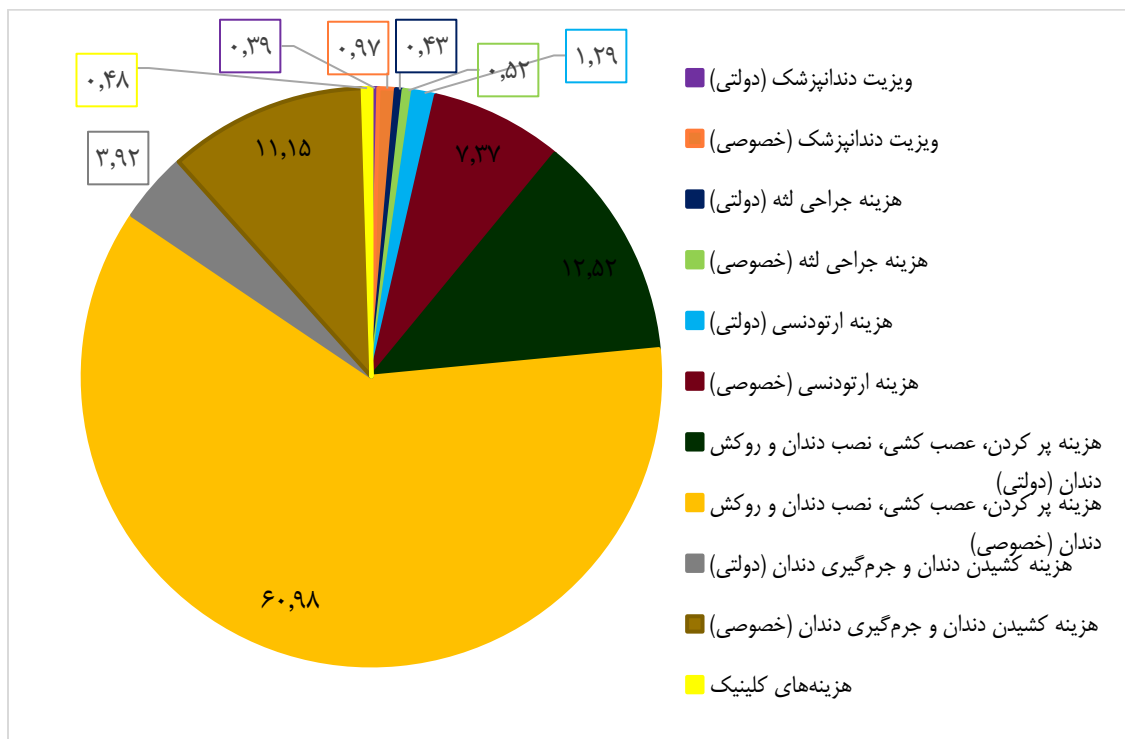
سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های شهری



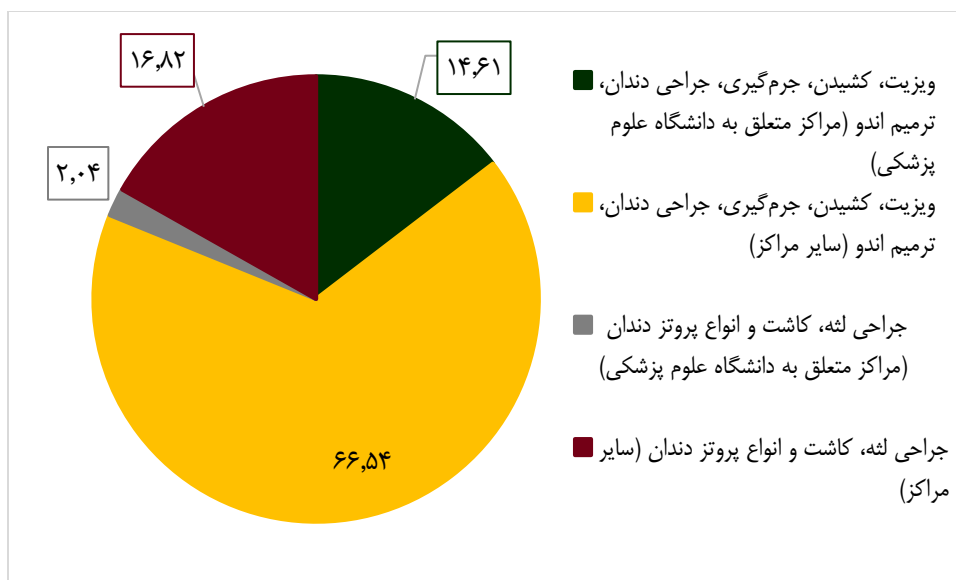
شکل ۱۰: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی

سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در جمعیت‌های شهری

شکل‌های ۱۱ و ۱۲ متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی را به ترتیب طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ و سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در جمعیت‌های روستایی نشان می‌دهند. با توجه به شکل ۱۱، در جمعیت‌های روستایی نیز پر کردن، عصب‌کشی، نصب دندان و روکش دندان در مراکز خصوصی با احتساب حدود ۶۱ درصد از کل پرداخت‌های مستقیم از جیب خدمات دندانپزشکی بالاترین سهم را دارا بوده‌اند. با توجه به شکل ۱۲ طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، ویزیت، کشیدن، جرم‌گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو با سهم ۶۶/۵۴ درصد از کل پرداخت از جیب خدمات دندان‌پزشکی بیشترین سهم را داشته‌اند.



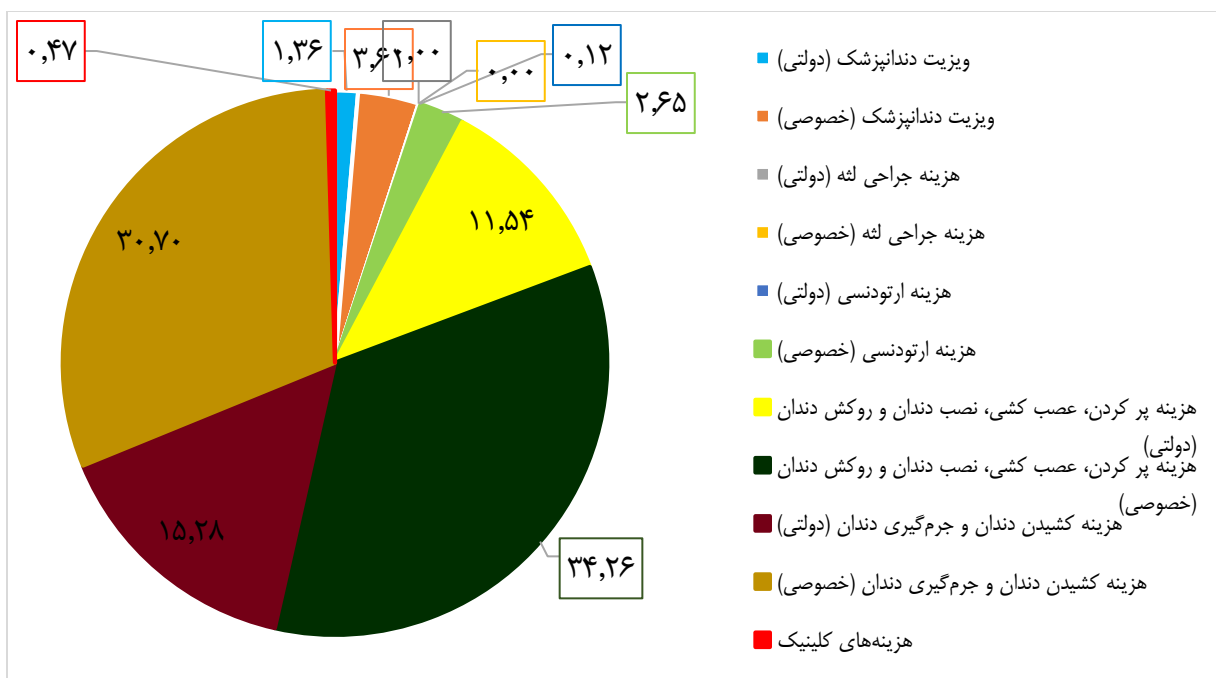
شکل 11: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های روستایی



شکل ۱۲: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در جمعیت‌های روستایی

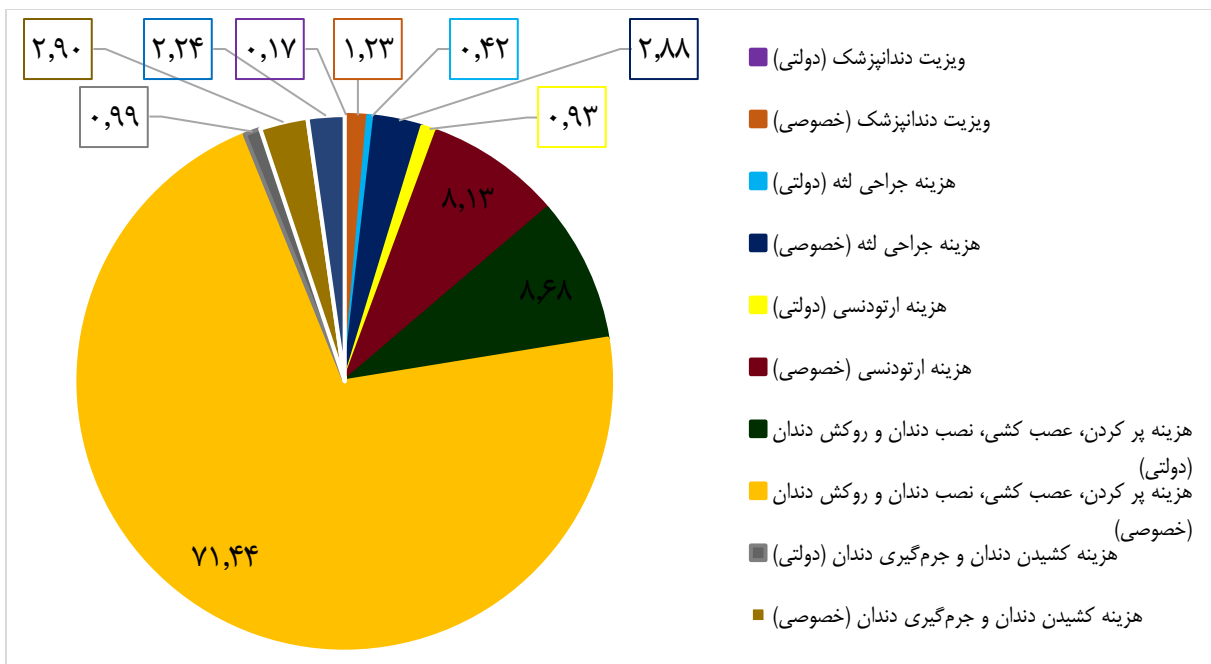
ج - به تفکیک پنجک‌های هزینه‌ای

شکل‌های ۱۳ و ۴ به ترتیب متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی را طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ به ترتیب در جمعیت‌های پنجک اول و پنجم نشان می‌دهند. با توجه به شکل ۱۳، به‌طور متوسط طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴، ۳۴/۲۶ درصد از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی در جمعیت‌های پنجک اول برای پر کردن، عصب‌کشی، نصب دادن و روکش دندان بوده است که دریافت آن‌ها در مراکز خصوصی صورت گرفته است. در جمعیت‌های پنجک اول هیچ‌گونه پرداخت مستقیم از جیبی جهت جراحی لثه به مراکز خصوصی و دولتی صورت نگرفته است و سهم این خدمات از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی در طی این سال‌ها صفر بوده است.

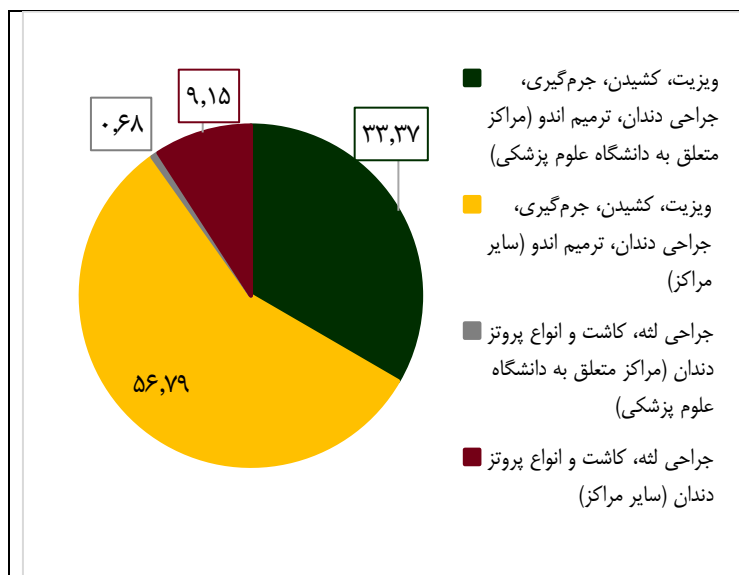


شکل ۱۳: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های پنجگ اول

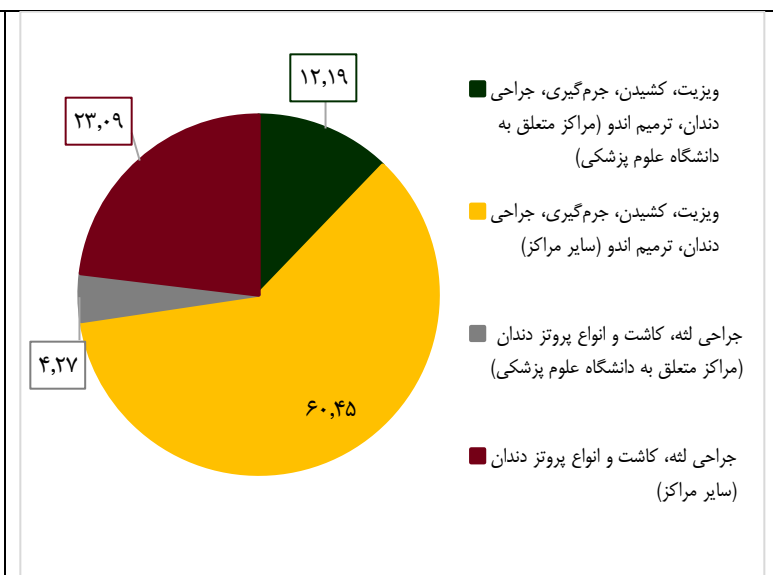
شکل ۱۴ نشان می‌دهد که در جمعیت‌های ثروتمند (پنجگ پنجم) نیز بیشترین پرداخت مستقیم از جیب دندانپزشکی برای پر کردن، عصب‌کشی، نصب دندان و روکش دندان در مراکز خصوصی با سهم ۷۱/۴۴ درصد از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی و کمترین سهم برای پرداخت ویزیت به دندان‌پزشک در مراکز دولتی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ بوده است. شکل‌های ۱۵ و ۱۶ نیز به ترتیب سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی را از کل پرداخت مستقیم از جیب خدمات دندانپزشکی در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ برای جمعیت‌های پنجگ اول و پنجم نشان می‌دهند. در هر دو جمعیت‌ها، بیشترین سهم از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی برای ویزیت، کشیدن، جرم‌گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو بوده است که برای دریافت آن‌ها به مراکز و بیمارستان‌هایی مراجعه شده است که متعلق به دانشگاه علوم پزشکی نبوده‌اند مانند مراکز وابسته با سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و... در هر دو پنجگ کمترین سهم از کل پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی برای جراحی لثه، کاشت و انواع پروتز دندان در مراکز و بیمارستان‌های متعلق به دانشگاه علوم پزشکی بوده است.



شکل ۱۴: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ در جمعیت‌های پنجگ پنجم

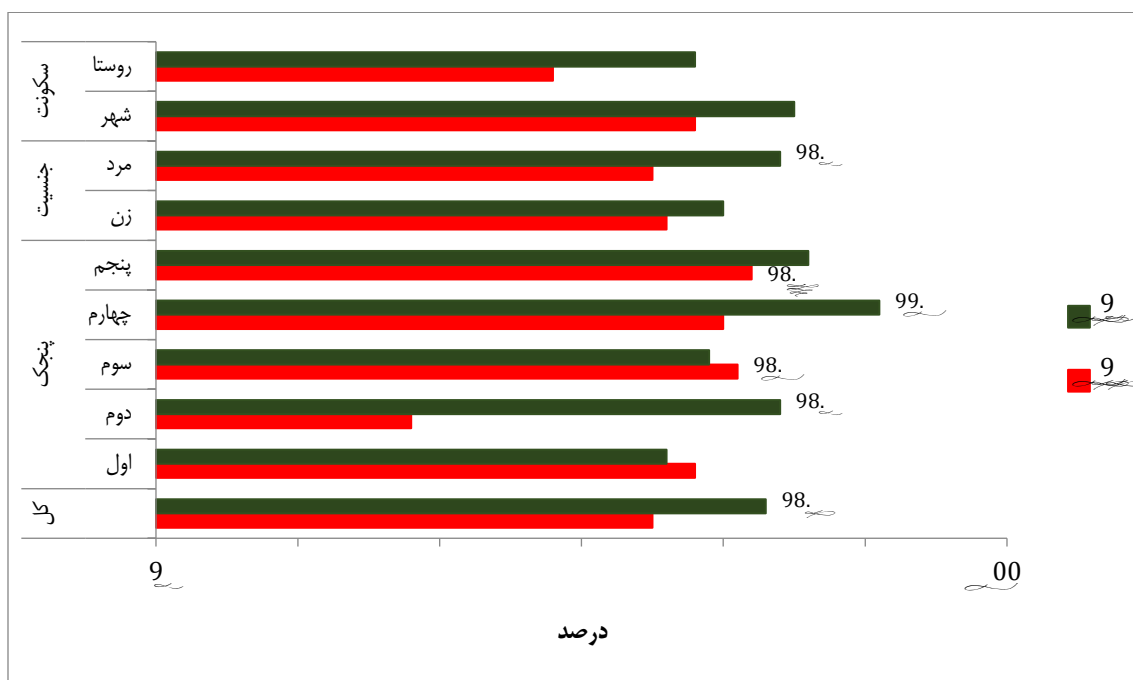


شکل ۱۶: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در جمعیت‌های پنجگ اول



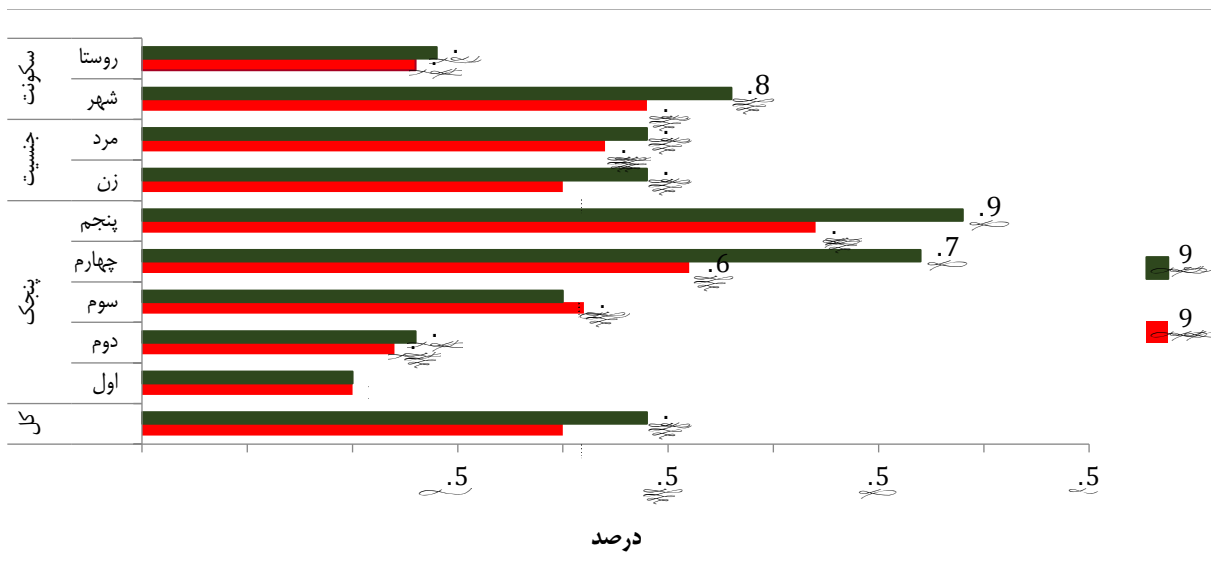
شکل ۱۵: متوسط سهم پرداخت از جیب انواع خدمات دندانپزشکی از پرداخت از جیب کل دندانپزشکی طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در جمعیت‌های پنجگ پنجم

درصد افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی مراجعه کرده‌اند و این خدمت را دریافت نموده‌اند

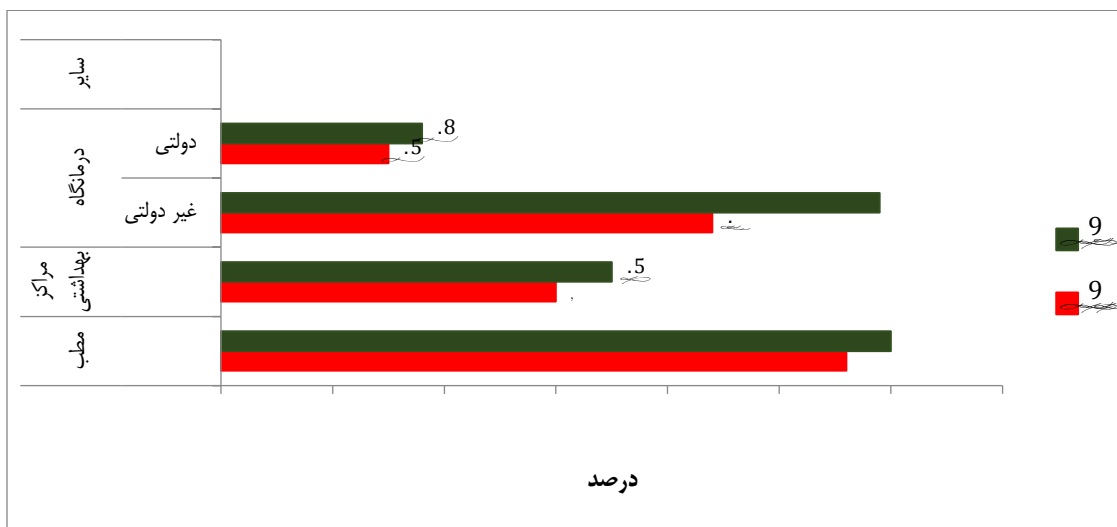


شکل 17: درصد مراجعین مراکز سرپایی که خدمت را گرفته‌اند به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجگ درآمدی در این شاخص از بین افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند، پرسیده شده است که آیا موفق به دریافت خدمت شده‌اند؟ در هر دو سال مورد بررسی فقط کمتر از ۳ درصد مراجعین نتوانسته‌اند خدمت سرپایی را دریافت کنند. این شاخص در بین پنجگ‌ها تفاوت چندانی ندارد و در شهر و روستا نیز تقریباً مشابه است. بررسی اطلاعات در این شاخص نشان می‌دهد که تقریباً بیش از ۹۷ درصد مراجعین برای دریافت خدمت سرپایی توانسته‌اند این خدمت را دریافت کنند.

از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به دندان‌پزشک مراجعه کرده‌اند



شکل ۱۸: دریافت خدمت از دندان پزشکی (درصد از کل خدمات سرپایی) به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجک درآمدی

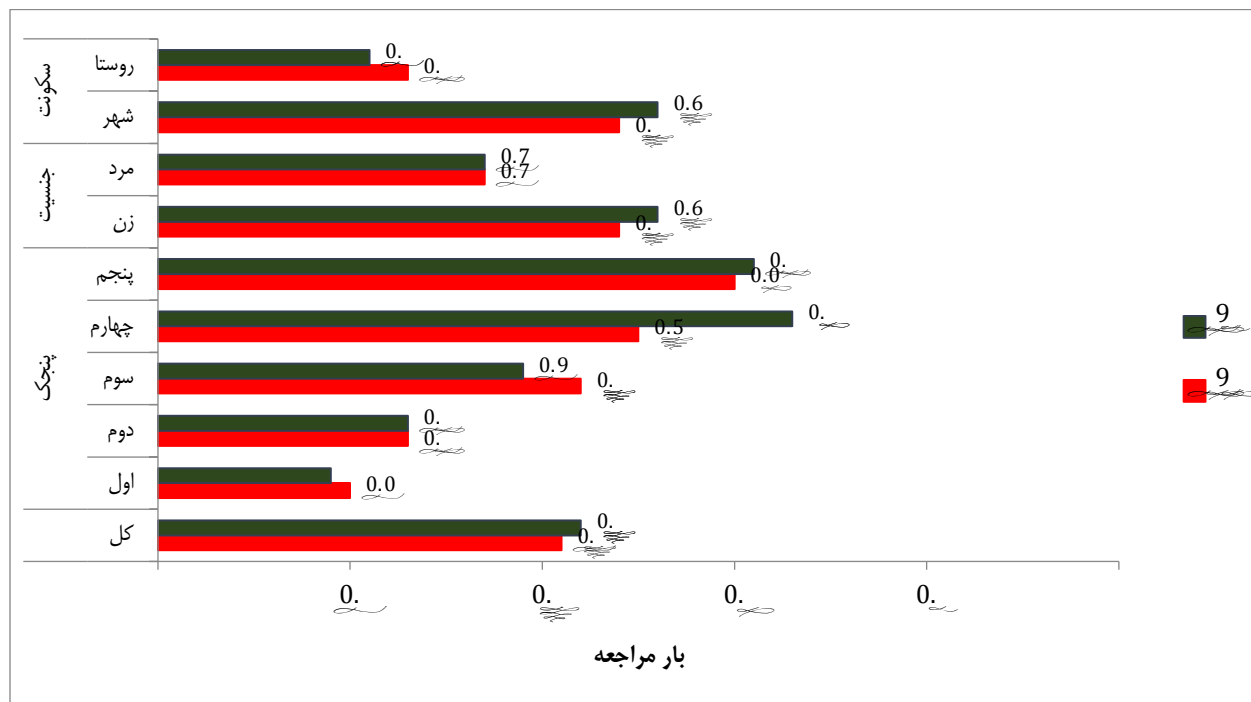


شکل ۱۹: دریافت خدمت از دندان پزشکی (درصد از کل خدمات سرپایی) به تفکیک محل ارائه خدمت

از بین مراجعینی که برای دریافت نیاز سرپایی مراجعه کرده و خدمت مربوط را دریافت نموده‌اند (در حدود ۹۷ درصد و بیشتر)، بررسی شده است که ارائه‌کنندگان این خدمات چند درصد از این مراجعات را تشکیل می‌دهند. در حدود ۲ درصد کل مراجعین خدمات سرپایی که این خدمت را دریافت کرده‌اند، به دندان‌پزشکان مراجعه کرده‌اند. پنجک پنجم

رقم بالاتری از پنجک یک را به خود اختصاص می‌دهد. درصد خدمات دریافت شده در روستاها پایین است. بیشترین درصد دریافت خدمات دندانپزشکی، در مطب و درمانگاه‌های غیردولتی و سپس مراکز بهداشتی است. انتخاب مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات دندانپزشکی می‌تواند جنبه مثبت این شاخص را نشان دهد؛ و با توجه به این که پنجک یک درآمدی کمترین درصد را به خود اختصاص می‌دهد.

سرانه بار مراجعه به دندان‌پزشک برای دریافت خدمات دندانپزشکی



شکل ۲۰: بار مراجعه به دندان‌پزشک برای دریافت خدمات دندانپزشکی به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجک درآمدی

بار مراجعه به دندان‌پزشک برای هر نفر در سال برابر ۰٫۲ بار است. پنجک پنج بالاترین بار مراجعه را دارند.

فصل پنجم

(نتیجه گیری)

درنهایت از بررسی اطلاعات کشورهای مختلف این طور نتیجه گیری می شود که شاخص های مورد مطالعه در یک جمع بندی کلی شامل:

بخش ۱: سیاست های دولت در مورد مراقبت های دندان پزشکی

بخش ۲: بررسی سازمان دهی خدمات

بخش ۳: دسترسی به خدمات

بخش ۴: نگاهی به چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه

بخش ۵: برنامه های پیشگیری مراقبت های دندان پزشکی است و در ارزیابی وضعیت خدمات دندان پزشکی در کشور ایران، فراوانی پوسیدگی دندان و بیماری های پرودنتال (پلاک دندان و محاسبه) در میان بزرگسالان جوان و میان سال ایران و مراقبت های پیشگیرانه نادرست که توسط آن ها دریافت می شود، نشان دهنده عدم کفایت برنامه های پیشگیرانه در سیستم مراقبت های بهداشت دهان و دندان در ایران است. ایجاد یک بسته جامع شامل مراقبت های پیشگیرانه، اولویت اول سیستم مراقبت بهداشت دهان است؛ بنابراین، تنظیم مجدد خدمات بهداشت دهان و دندان به سمت پیشگیری، لازم است. برای سال های بسیاری، جلب کردن نظر تصمیم گیرندگان به اهمیت درک عمیق تر از بهداشت دهان و دندان در مورد اقدامات پیشگیرانه ای که می تواند در ایران انجام شود، مشکل بزرگی بود. فقدان سیاست های حمایت کننده ارتقاء سلامت دهان و دندان برای تخصیص منابع مناسب دلیل اصلی وضعیت فعلی چالش برانگیز در کشور بوده است. در عین حال، داده های قوی برای اثبات نیاز به سیاست مناسب و همچنین توسعه برنامه های پیشگیرانه مورد نیاز است. چنین داده هایی نیز برای ارزیابی هر مداخله ای و تظاهرات اثربخشی برنامه پیشگیرانه مورد نیاز است. در غیر این صورت، هزینه های افزایشی درمان به افراد و جوامع کم درآمد فشار خواهد آورد. وضعیت سلامت دهان و دندان در ایران در مقایسه با بعضی از کشورها نظیر انگلستان نیاز فوری به مداخلات و استراتژی های مناسب برای افزایش آگاهی عمومی و کاهش اختلافات در دسترسی به امکانات بهداشتی است. سیاست گذاران بهداشت باید راه حل هایی برای کاهش نابرابری در استفاده از خدمات دندان پزشکی ارائه دهند. نقش بیمه های سلامت برای کاهش نابرابری بسیار مهم است بیمه های درمانی باید پوشش خدمات دندان پزشکی را افزایش دهند.

عدم تعامل مناسب بیمه‌ها با دندان‌پزشکان و مراکز دندانپزشکی مشکل بزرگ دیگری است که نیاز فوری توجه مسئولین به این مهم را می‌طلبد چراکه با روند فعلی پوشش خدمات توسط بیمه‌ها هر دو ذینفع قضیه یعنی بیمار و پزشک متضرر می‌شوند. در ایران، با توسعه سیستم مراقبت بهداشت دهان و دندان، بیمه دندانپزشکی تاثیر جزئی بر روی دریافت خدمات مختلف دندانپزشکی داشته است. این نشان‌دهنده یک نقص جدی در سیستم بیمه در ایران است. در حال حاضر یافته‌ها نشان می‌دهد نیاز به اصلاح سیستم‌های بیمه برای تشویق رویکرد پیشگیرانه در ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان دیده می‌شود.

علیرغم نقاط قوت متعدد در برنامه آموزش مداوم دندان‌پزشکان در ایران، اشکالاتی نیز در این برنامه وجود داشت که می‌تواند با اعتبارسنجی و اصلاح این موارد، برنامه را ارتقا بخشید. این اصلاحات شامل روش‌های یاددهی، انتخاب عناوین مناسب و کاربردی و به‌روز بودن موضوعات متناسب با نیاز دندان‌پزشکان است. در برنامه‌های آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران، روش‌های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی برنامه به‌خوبی برنامه‌ریزی شده است. البته عناوین دیگری نظیر مهارت‌های ارتباطی، بازاریابی، اقتصاد و مطب داری نیز در برنامه‌های آموزش مداوم حرفه‌ای سایر کشورها وجود داشت که می‌تواند جز برنامه‌های آموزشی در ایران قرار بگیرد.

نیاز به پژوهش‌های بیشتر در زمینه تدوین استانداردهای ارتقا کیفیت دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران با نگاه به سطح استانداردهای جهانی و تطبیق مناسب با شرایط و سیاست‌های سلامت کشور و با حداکثر رسانی مشارکت و مقبولیت اجرایی آن؛ حس می‌شود.

با در نظر گرفتن در دسترس بودن روش‌های قوی مبتنی بر شواهد و اقدامات بهتر برای پوسیدگی دندان و پیشگیری از بیماری‌های پریدونتال انتظار می‌رود همه افراد، به‌ویژه گروه‌های هدف اولویت‌بندی شده در ایران، بیشترین سود را برای سال‌های آینده داشته باشند سیاست فعلی با سرمایه‌گذاری مناسب منابع می‌تواند در افزایش آگاهی، ارتقاء آموزش بیمار به‌منظور تقویت سبک زندگی سالم و مراقبت از خود کمک کننده باشد. همه این شیوه‌های خوب برای ملت ما لازم است که تا سال ۲۰۲۵ تبدیل به یک کشور بدون پوسیدگی دندان تبدیل شویم، همان‌طور که این امر در بسیاری از کشورهای اسکاندیناوی مشهود است.

1. Kiyak H. Age and culture: Influences on oral health behaviour. *Int Dent J* 1993; 43(1): 9-16.
2. Daryazadeh S, Kuhpayehzadeh J, Hashemzadeh M, Shajari J, Jafari A. Comparison of patients' demand and need to receive restorative dental services. *Razi J Med Sci* 2015; 21(127): 52-60.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Org* 2005; 83(9): 661-9.
4. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35-to 44-year-old Iranians. *Med Princ Pract* 2007; 16(4): 280-5.
5. Mossaheb P, Abadi A, Amini M. The relationship between food intake and dental caries in a group of Iranian children in 2009. *Res Dent Sci* 2011; 7(4): 50-42.
6. Mohtadinia J, Ejtahad H, Parizan S, Kalejahi PN. The relationship between dental caries and body mass index and food habits in children referred to dentistry clinic of Tabriz University of medical sciences. *Yafte* 2010; 12(3): 71-8.
7. Moulana Z, Ghasem Pour M, Asghar Pour F, Elmi M, Baghban Shaker P. The frequency of *Streptococcus mutans* and *Lactobacillus* SPP. in 3-5-year-old children with and without dental caries. *Med Lab J* 2013; 7(1): 29-34.
8. 1.Ånen Ringard, Anna Sagan, Ingrid Sperre Saunes, Anne Karin Lindahl, (2013), Health in transition in Norway
9. Madelon Kroneman, Wienke Boerma Michael van den Berg, Peter Groenewegen, Judith de Jong, Ewout van Ginneken, (2016), Health in transition in Netherlands
10. Dimitra Panteli and Anna Sagan, Reinhard Busse, (2011), Health in transition in Poland
11. Chang Bae Chun, Soon Yang Kim, Jun Young Lee, Sang Yi Lee, (2009), Health in transition in Republic of Korea
12. Gregory P. Marchildon, (2013), Health in transition in Canada
13. Karine Chevreul, Karen Berg Brigham, Isabelle Durand-Zaleski, Cristina Hernández-Quevedo, (2015), Helth in transition in France
14. Carlo De Pietro, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher, Wilm Quentin, (2015), Health in transition in Switzerland
15. Anders Anell, Anna H Glenngård, Sherry Merkur, (2012), Health in transition in Sweden
16. Kozo Tatara, Etsuji Okamoto, (2009), Health in transition in Japan
17. Cristian Vlađescu, Silvia Gabriela Scîntee, Victor Olsavszky, Cristina Hernández-Quevedo, Anna Sagan, (2016), Health in transition in Romania
18. Larisa Popovich, Elena Potapchik, Sergey Shishkin, Erica Richardson, Alexandra Vacroux, Benoit Mathivet, (2011), Health in transition in Russian Federation
19. Mehtap Tatar, Salih Mollahalilog˘lu, Bayram S, ahin, Sabahattin Aydın, Anna Maresso, Cristina Hernández-Quevedo, (2011), Health in transition in Turkey

20. Ghafur Khodjamurodov, Dilorom Sodiqova, Baktygul Akkazieva, Bernd Rechel, (2016), Health in transition in Tajikistan
21. Jorge de Almeida Simões, Gonçalo Figueiredo Augusto, Inês Fronteira, Cristina, Hernández-Quevedo, (2017), Health in transition in Portugal
22. . Francesca Ferré, Antonio Giulio de Belvis, Luca Valerio, Silvia Longhi, Agnese Lazzari, Giovanni Fattore, Walter Ricciardi, Anna Maresso, (2014), Health in transition in Italy
23. . Seán Boyle, (2011), Health in transition in United Kingdom (England)
24. . Jonathan Cylus, Erica Richardson, Lisa Findley, Marcus Longley, Ciaran O'Neill, David Stee, (2015), Health in transition in United Kingdom
25. Thomas Rice, Pauline Rosenau Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes Richard B. Saltman, Ewout van Ginneken, (2013), Health in transition in United States of America
26. . Reinhard Busse, Miriam Blümel (2014), Health in transition in Germany
27. Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski Erica Richardson, (2015), Health in transition in Ukraine
28. . Martin Smatana, Peter Pažitný, Daniela Kandilaki, Michaela Laktišová, Darina Sedláková, Monika Palušková, Ewout van Ginneken, Anne Sprange, (2016), Health in transition in Slovakia
29. David Steel, Jonathan Cylus, (2012), Health in transition in United Kingdom (Scotland)
30. . Bruce Rosen, Ruth Waitzberg, Sherry Merkur, (2015), Health un transition in Israel
31. Mohir Ahmedov, Ravshan Azimov, Zulkhumor Mutalova, Shahin Huseynov, Elena Tsoyi, Bernd Rechel, (2014), Health in transition in Uzbekistan
32. Judith Healy, Evelyn Sharman, Buddhima Lokuge, (2006), Health in transition in Australia
33. Erica Richardson, Irina Malakhova, Irina Novik, Andrei Famenka, (2013), Health in transition in Belarus
34. Fuad Ibrahimov, Aybaniz Ibrahimova, Jenni Kehler, Erica Richardson, (2010), Health in transition in Azerbaijan
35. Natasha Azzopardi-Muscat, Stefan Buttigieg, Neville Calleja, Sherry Merkur, (2017) (Health in transition in Malta
36. Neda Milevska Kostova, Snezhana Chichevalieva Ninez A. Ponce, Ewout van Ginneken Juliane Winkelmann, (2017), Health in transition in The former Yugoslav Republic of Macedonia
37. Estimation of provinces population in the country. Presidency of the I.R.I Vice-Presidency for Strategic Planning and supervision. Statistical centre of Iran; 2011
38. Mehrdad R. Health system in Iran. Japan Med Assoc J. 2009; 52: 69– 73
39. Statistical Center of Iran. Selected results of the 2016 national population and housing census. 2016. Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses/Census-2016-General-Results> (Accessed at 3/3/2018)
40. Bayat F, Akbarzadeh A, Monajemi F. Assessment of demand for and utilization of dental services by insurance coverage in a developing oral health care system. J Dent Sch 2017;35(2):78-91.

41. Manenti A. Health situation in Iran. *Med J Islamic Rep Iran (MJIRI)*. 2011; 25: 1 – 7.
42. Sardizadeh B. Primary health care experience in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2004; 7: 79 – 90
43. Jadidfarid MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health Dent Manag*. 2012; 11: 189 –198.

۴۴. دکتر کامران شریعت تربقان، دکتر جمس انویه تکیه، فعالیت های برنامه ای واحد بهداشت دهان و دندان در طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی، معاونت امور بهداشتی ۱۳۹۴

45. Tahani B, Khoshnevisan MH, Yazdani S, Ebn Ahmady A, Dugdale P. Stewardship of National Oral Health system in Iran: Its strengths and weaknesses. *Arch Iran Med*. 2013; 16(12): 717 – 724.
46. Pakshir H. Dental Education and Dentistry System in Iran. *Med Princ Pract*. 2003; 12: 56 – 60.
47. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35-to 44-year-old Iranians. *Med Princ Pract*. 2007; 16: 280– 285.

۴۸. امیر پاکپور حاجی آقا وهمکاران، وضعیت بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان پیش دبستانی استان البرز، ۱۳۹۵

49. Khoshnevisan M.H, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, and Baez RJ, Oral health status and healthcare system in I.R. Iran, *J Contemp Med Sci | Vol. 4, No. 3, Summer 2018*: 107–118
50. Mohammadreza.Amiresmaili,Saeed Amini,Arash Shahravan,Reza Goudarzi,SeyedHossein.Saberi Anari,Zohre Anbari,Mahtab.GhanbarnejadRelation between Socioeconomic Indicators and Children Dental Caries in Iran: A Systematic Review and Meta-analysi 2019
51. Fereshteh Asgari, Azam Majidi, Jalil Koochpayehzadeh, Koorosh Etemad, Ali Rafei, Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases, *Int J Health Policy Manag* 2015, 4(6), 343–352

۵۲. شریعتی بتول، فرزادی فرانک، اشراقیان محمدرضا، حسینی تودشکی حسن، پیله رودی سیروس، یزدی اسماعیل، عداد دندان پزشک عمومی مورد نیاز کشور جمهوری اسلامی ایران پاییز ۱۳۷۹، دوره ۳، شماره ۳، از صفحه ۲۴۳ تا صفحه ۲۴۹.

53. Statistics and information technology office, www.behdasht.gov.ir

۵۴. معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۵۵. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، www.behdasht.gov.ir

۵۶. محمد پیکان پور، سجاد اسماعیلی، نازیلا یوسفی، احمد آریایی نژاد، حمیدرضا راسخ، مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران، نشریه پایش، سال هفدهم، شماره پنجم، مهر آبان ۱۳۹۷ صص ۴۸۱-۴۹۴

۵۷. واحد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

58. Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health Dent Manag* 2012 Dec;11(4):189-98
59. Hessari H. Oral health among young adults and the middle-aged in Iran. [Academic Dssertation]. Helsinki: University of Helsinki 2009. Available from: [https:// helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20284/oralheal.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20284/oralheal.pdf?sequence=1).
60. Asefzade S. Health Care Economics. 2nd ed. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences. 2007
61. Out of Pocket Health Payments and Catastrophic Expenditures. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/health_financing/catastrophic/en
62. Jahanmehr N. Hospital Performance Assessment of Tehran University of Medical Sciences [Thesis]. Tehran University of Medical Sciences. Tehran: 2009
63. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Martínez A. Fair Health Financing and Catastrophic Health Expenditures: Potential Impact of the Coverage Extension of the Popular Health Insurance in Mexico. *Salud publica Mex*. 2005;47(Suppl 1):S54-65
64. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out of Pocket Expenditures for Hospital Care in Iran: Who is at Risk of Incurring Catastrophic Payments? *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11(4):267-85
65. Kazemian M. Iran's National Health Accounts: Years 1971-2001, AnalyticalFrameworkand Methodological Issue. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*. 2005: 5(Suppl 2); 149-65
66. Abolhalaj M, Zangane M, Zakeri M, Rashidian A, Kazemian M, National Health Account, the Report from Islamic Republic of Iran. Tehran. Sarneveshtsazan. 2013

67. Zare H. A Brief Introduction of Complementary Health Insurance. Scientific Supplement Specialized General Insurance Services.2002; 19(5):20-3

۶۸. ستار رضایی، نورالدین دوپیک، باقر پهلوانزاده، پریسا مهدیزاده، محسن بارونی، علی اکبریساری، برآورد کشش قیمتی و بررسی عوامل مؤثر بر تقاضا برای بیمه های تکمیلی سلامت، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۱ شماره ۵ آذر و دی ماه ۱۳۹۳

۶۹. مژگان رفیعی زاد، مهراسا اردلان، ۱۳۹۵، بررسی و آنالیز هزینه های بسته خدمات پایه دندانپزشکی اداره کل بیمه سلامت استان تهران در سه ماهه دوم سال ۹۵

70. Fariborz Bayata, Heikki Murtoma ,Miira M. Vehkalahti ,Heikki Tala, Does Dental Insurance Make a Difference in Type of Service Received by Iranian Dentate Adults? Eur J Dent 2011;5:68-

71. Fariborz Bayat, Impact of dental insurance on adults' oral health care in Tehran, Iran, January 2010, <https://www.researchgate.net/publication/47931822>

72. Current oral health situation at global level. WHO; 2012 [updated 2012 2013; cited 2012]; Available from: http://www.who.int/oral_health/policy/en/.

73. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J. 2003;53(5):285-288.

74. Indicators for management decision. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2010 [updated 2010 2012; cited 2012]; Available from: health-ir.academia.edu

75. Mafton F, Farzadi F, Mohammad K, Pileh Roodi S, Aien Parast A. Burden demand for receiving therapeutic services in Tehran city. J Payesh. 2007;5(2):131-40.

76. Bahadori M, Shams L, Sadeghifar J, Hamouzadeh P, Nejati M. Classification of Health Structural Indicators Using Scalogram Model in Golestan Province, Northern Iran. Iran J Pub Health. 2012;41(5):58-65.

77. Abolghasem Pour Reza, Behrooz Pouragha, Abbas Rahimi, Homeira

78. Hosseinzade. Fluctuations in demand for doctor's visit in Social Security Organization (1998-2008). Pajoohandeh Journal. 2012;17(1):38-44.

79. Mohammad Pour A, Motallebi M, khajavi A, Bazeli J. The Quality of Receiving Medical Services in the Society by People and the Factors that Impact on it. J Gonabad Univ Med Sci. 2002;8(2):23-7.

80. Zarrabi Asghar, Shaykh Baygloo Rana. Classification of Provinces of Iran by Health Indicators. Soc Welfare Quart. 2011;11(42):107-28.
81. Mohammadkarim Bahadori, Ramin Ravangard, Baratali Asghari, Perceived Barriers Affecting Access to Preventive Dental Services: Application of DEMATEL Method. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013 August; 15(8): 655-62.
82. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. United Kingdom: Oxford university press 2008; p 352.
83. Homaie Rad E, Kavosi Z, Arefnezhad M, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. Med J Islam Repub Iran 2016 (6 June). Vol. 30:383.
84. Mahmood Moosazadeh, Mohammadreza Amiresmaili, Sara Karimi, Mahboobeh Arabpoor, and Mahdi Afshari, APPRAISAL OF ACCESS TO DENTAL SERVICES IN SOUTH EAST OF IRAN USING FIVE AS MODEL, Mater Sociomed. 2016 Jun; 28(3): 196-200
85. Faezeh Eslamipour, Kamal Heydari, Marzieh Ghaiour, Hoda Salehi, Access to dental care among 15–64 year old people, J Edu Health Promot 2018;7:46.
86. Mahmood Nekoei-Moghadam, Javad Nazari, Mohammad Reza Amiresmaili and Saeed Amini, Factors Affecting Fee-Setting for Dental Services in Iran's Private Sector: Dentists' Perspective, Shiraz E-Med J. 2019 March; 20(3):e74247.
87. Continuing Medical Education Department. Rules and executive criteria of continuing medical education programs of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2003.
88. Yousefi MR, Rabie MR. A comparative study on structured continuing medical education programs with 25 and 5 Credit points according to the viewpoints of general physicians in Golestan province. Iran J Med Educ 2007; 7(1): 169-74.
89. Bottenberg P. Accreditation of dentists in Europe. Rev Belge Med Dent 2004; 59(4): 282-8.
90. Anbari Z. Study the factors of establishing motivation in general physicians in order to enter into continuous education programs in Arak University of Medical Sciences in 2002. Rahavard Danesh J Arak Unive Med Sci 2002; 19(5): 20-3.
۹۱. عباس مکارم، علی عمادزاده، مریم امیر چقماقی، علیرضا صراف شیرازی، پگاه مسنن مظفری، بررسی تطبیقی نظام آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران با برخی کشورهای جهان، مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۶ / دوره ۴۱
92. Mousa Yaminfirooz, Mina, Motallebnejad, Hemmat, Gholinia, Somayeh Esbakia, Quantitative and Qualitative Evaluation of Iranian Researchers' Scientific Production in Dentistry Subfields, ACTA INFORM MED. 2015 OCT 23(5): 301-305
93. The executive council, the World Federation for Medical Education. International standards in medical education: Assessment and accreditation of medical schools' educational programs: A WFME position paper. Med Educ 1998; 32(5): 549-58.

94. Yousefy A, Changiz T, Yamani N, Ehsanpour S, Hassan Zahrai R. Developing a holistic accreditation system for medical universities of Iran. *Iranian J Med Educ* 2010; 11(9): 1191-201.
95. Hamilton JD. Establishing standards and measurement methods for medical education. *Acad Med* 1995; 70(7): 51-6
96. Wojtczak A. Glossary of medical education terms: Part 1. *Med Teach* 2002; 24(2), 216-9
97. مجید اکبری، عباس مکارم، فخرالسادات حسینی، اکبر فاضل، تدوین استانداردهای ارتقا کیفیت برنامه دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران، مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۲۹۳۱ / دوره ۹۳ / شماره ۲
98. Seyedmajidi M, Motallebnejad M, Bijani A, Sabbagzadeh M. Defining effective factors on patients' satisfaction referring to dental faculty in Babol University of Medical Sciences: A principle step to socially accountable. *Med Educ Dev Center* 2013;1(2):58-66.
99. Pakdaman A, Khormali A, Shamschiri AR. Patient satisfaction-comparison of the comprehensive care model with traditional model of delivering dental services in Tehran University of Medical Sciences. *J Dent Med* 2014;26(4):234-42.
100. Jalayernaderi N, Hemati MA, Hojjati R, Hojjati A. Determination of patients' satisfaction referring to Faculty of Dentistry of Shahed University in 2014. *J Daneshvar Med* 2016;23(120):53-60.
101. Dianati M. Assessment of patient satisfaction at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, School of Dentistry, 1393-94. [PhD Thesis]. Tehran: Dental school, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2015.
102. Haji fattahy F, Rezaie M, Valaie N, Khosravani fard B, Haraji A, Mehrshadian M. Evaluation of patients' satisfaction of departments in Islamic Azad University Dental Branch, in 2009. *J Res Dent Sci* 2010;7(3):23-9.
103. Razmi H, Jafari Talari M J. Evaluation of patients' satisfaction referred to Dentistry Faculty, Tehran University of Medical Sciences in 2003. *J Islamic Dent Assoc Iran (J.I.D.A)* 2005;17(2):82-9.
104. Hajisadeghi S, Kashani Z. Investigation of satisfaction level in the patients referred to the faculty of dentistry, Qom University of Medical Sciences, 2016-2017 Academic Year (Iran). *Qom Univ Med Sci J* 2018;12(2):62-73.
۱۰۵. آرش قنبرزادگان، فؤاد ایرانمنش، سجاد امیری، علی اسماعیلی ندیمی، محسن رضائیان، پیوند باستانی، تحلیل وضعیت ارائه خدمات بالینی در بخش‌های دانشکده دندانپزشکی رفسنجان بر اساس مدل سروکوال در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۱۶، تیر ۱۳۹۶، ۳۸۰-۳۶۵
۱۰۶. مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۳، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، ۱۷۱-۱۸۰
۱۰۷. It.behdasht.gov.ir دفتر آمار و فناوری اطلاعات آمار
۱۰۸. واحد بهداشت دهان و دندان با همکاری واحد هماهنگی و گسترش شبکه / سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس معاونت بهداشتی شهید بهشتی سال ۱۳۹۳، طرح وارنیش فلوراید تراپی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت

109.Fariborz Bayata, Hadi Ghasemib.A Model of Basic Dental Care Service for Iran.9 October 2017 –

ISSN 2645-4351

110.Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003 Dec;31(Suppl 1):3-24.

Summary

This report assesses the status of dental services in Iran. The main purpose of the report is to review the status of the provision of these services in the world and in Iran. This report uses

available data and information related to the status of dental services in Iran, such as reports and results related to important country studies, including household income cost, studies on the use of these services, and... in a comprehensive manner, The system of dental services in Iran has been presented and the weaknesses and strengths of this system have been investigated.

The results of this report indicate that health policymakers should provide solutions to reduce inequality in the use of dental services. The role of health insurance is very important for reducing inequality. Medical insurance must increase the coverage of dental care. Need to reform the insurance systems to encourage a preventive approach to providing oral health services. Resetting oral and dental care services is necessary. The need for further research on the development of standards for the promotion of general dentistry quality in the Islamic Republic of Iran with regard to the level of global standards and appropriate adaptation to the health conditions and policies of the country, with maximum participation and the acceptance of its implementation, seems to be felt. Considering the availability of evidence-based methods and better practices for dental caries and the prevention of periodontal diseases, it is expected that all individuals, especially the priority target groups in Iran, will have the most benefit for years to come.

It is hoped that with the continuation of efforts in this area and in order to respect the principle of autonomy and the right to the patient's choice as well as to achieve general policy of the system in this area Facilitating the access of all people in the country to safe, effective, logical and wise dental care

پیوست: پرسشنامه هزینه - در آمد خانوار در بخش خدمات دندان پزشکی در سال ۱۳۹۵ و قبل از آن

الف - پرسشنامه هزینه در آمد خانوار در بخش دندان پزشکی در سال های ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۴

		خدمات دندان پزشکی	۰۶۲۲	
		ویزیت دندانپزشک (دولتی)	۰۶۲۲	۱۱
		ویزیت دندانپزشک (خصوصی)	۰۶۲۲	۱۲
		هزینه جراحی لثه (دولتی)	۰۶۲۲	۱۳
		هزینه جراحی لثه (خصوصی)	۰۶۲۲	۱۴
		هزینه ارتودنسی (دولتی)	۰۶۲۲	۱۵
		هزینه ارتودنسی (خصوصی)	۰۶۲۲	۱۶
		هزینه پر کردن، نصب دندان و روکش دندان (دولتی)	۰۶۲۲	۱۷
		هزینه پر کردن، نصب دندان و روکش دندان (خصوصی)	۰۶۲۲	۱۸
		هزینه کشیدن دندان و جرم گیری دندان (دولتی)	۰۶۲۲	۱۹
		هزینه کشیدن دندان و جرم گیری دندان (خصوصی)	۰۶۲۲	۲۱
		هزینه های کلینیک	۰۶۲۲	۲۲

ب - پرسشنامه هزینه در آمد خانوار در بخش دندان پزشکی در سال ۱۳۹۵

		خدمات دندان پزشکی	۰۶۲۲	
		ویزیت، کشیدن، جرم گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو G	۰۶۲۲	۲۳
		ویزیت، کشیدن، جرم گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو NG	۰۶۲۲	۲۴
		جراحی لثه، کاشت و انواع پروتز دندان G	۰۶۲۲	۲۵
		جراحی لثه، کاشت و انواع پروتز دندان NG	۰۶۲۲	۲۶