

مهشید صفارپور^۱، نیلوفر علایی
الموتی^۲

^۱استادیار، متخصص دندانپزشکی ترمیمی،
بخش ترمیمی دانشکده دندانپزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی البرز
^۲دکترای حرفه‌ای، دندانپزشک عمومی،
تهران

ارزیابی وضعیت خدمات دندان پزشکی در ایران در سال ۱۳۹۷

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۱۲/۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: هدف اصلی این گزارش، بررسی مروری وضعیت ارائه خدمات دندانپزشکی در دنیا و ایران از نظر سیاست‌ها، دسترسی به خدمات و هزینه‌ها است.

مواد و روش‌ها: در این گزارش با بهره‌گیری از 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 ارائه شده و به بررسی نقاط ضعف و قوت این سیستم پرداخته شده است.

یافته‌ها: 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 و 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 ارتقای 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.

نتیجه‌گیری: 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، به ویژه گروه‌های هدف اولویت بندی شده در ایران، بیشترین سود را برای سال‌های آینده داشته باشند.

نویسنده مسئول:

بخش ترمیمی دانشکده دندانپزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی البرز

کلمات کلیدی: خدمات دندانپزشکی؛ سیاست‌های دولت؛ دسترسی به خدمات؛ نظام سلامت کشور

۰۹۱۲۲۰۶۸۲۹۴

Email: msaffarpour@yahoo.com

مقدمه

کشورها هستند که شرح مفصلی از هر سیستم مراقبت بهداشتی و طرح های اصلاحات و سیاست های در حال توسعه را ارائه می دهند. به منظور تسهیل مقایسه بین کشورها، گزارش ها براساس یک الگوی واحد که به طور دوره ای مورد بازنگری و به روزرسانی قرار می گیرد، ارائه شده است. در مرحله بعدی پس از استخراج شاخص های ایران و الگوگیری مشابه، سعی شد داده ها و آمارهای مشابه با استفاده از پژوهش های معتبر موجود در کشور همچون پیمایش ملی بهره مندی از خدمات سلامت، آمارهای منتشر شده توسط وزارت بهداشت و انجمن های علمی مربوط جمع آوری گردد. نتایج ارائه شده در این مقاله مرتبط با بررسی شاخص های پرداخت مستقیم از جیب بر اساس آنالیز داده های مستخرج از پیمایش هزینه - درآمد خانوار صورت گرفته است. در ارتباط با شاخص های بهره مندی از خدمات دندان پزشکی از پیمایش بهره مندی از خدمات سلامت استفاده شده است.

نحوه توضیح کار و مطالعه

لازمه ارتقای کیفیت خدمات دندان پزشکی کشورها، شناخت جامع و کامل وضعیت ارائه این نوع خدمات است. بسیاری از کشورهای جهان با انجام چنین بررسی ها و تحقیقاتی موفق به ارتقای سطح خدمات به صورت وسیعی شده اند. 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

می باشد. ۳۷-۹

به عنوان نمونه در کشور هلند، دولت از جایگاه ارائه دهنده خدمت خارج شده و فقط نقش نظارتی دارد. بیمه گر ها که شرکت های خصوصی هستند با هم وارد رقابت شده و با ارائه دهندگان خدمت نیز به مذاکره نشسته تا بتوانند خدمتی با بهترین کیفیت را با قیمت مناسب در اختیار بیماران قرار دهند. از سوی دیگر دولت نیز

مطالعات مختلف نشان می دهد که سلامت دهان جزء لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه های زندگی خوب به شمار می آید. برخورداری از دهان و دندان های سالم نیازمند مراقبت های فردی، تدوین و اجرای برنامه های مداخله ای در سطح جامعه و مراقبت های حرفه ای است.^۱ با تغییر نگرش افراد نسبت به سلامت دهان و دندان، کمتر فردی حاضر به از دست دادن دندان های خود می باشد. همزمان با افزایش سن و درگیر شدن فرد با مشکلات پزشکی، مشکلات سلامت دهان نیز افزایش یافته و موجب افزایش مراجعه برای درمان می گردد.^۲ بیماری های دهان و دندان مانند پوسیدگی دندان، از دست دادن دندان و بیماری های پرپودنتال 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 می دهد. پوسیدگی های درمان نشده در دندان های 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 انجام شده در ایران نیز شاخص DMFT را بین ۲ تا ۹۵/۶ در مناطق مختلف گزارش کرده اند.^{۴-۷} نتیجه پوسیدگی دندان در افراد و جوامع کاهش عملکرد جامعه و کاهش قابل توجه کیفیت زندگانی می باشد. از این رو مراقبت های بهداشتی پیشگیرانه و ترمیمی همراه با هم مورد نیاز هستند.^۸ این مقاله ضمن بررسی شاخص های بهداشتی کشورها در حوزه دندان پزشکی و مقایسه آنها با هدف بررسی وضعیت دندان پزشکی در ایران و میزان نیل به اهداف کلان در این زمینه تهیه شده است.

روش بررسی

جهت تهیه این گزارش ابتدا وضعیت کشورهای دیگر در حوزه دندان پزشکی جهت استخراج شاخص های مورد نیاز برای تدوین گزارش ملی مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا گزارش های ملی ۲۹ کشور دنیا که توسط سازمان اروپایی نظارت بر سیستم ها و سیاست های بهداشتی (European Observatory on Health system and Policies) منتشر شده است، مورد بررسی قرار گرفت. HiT health system reviews یا HiTs گزارش های مبتنی بر

و در نظام ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) ادغام شده است که هدف آن ارتقای سلامت دهان و دندان از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی خدمات بهداشت دهان و دندان می باشد.^{۴۰} در سال ۲۰۰۹، بررسی ملی هزینه های خانوار نشان می دهد ۱۵/۵ درصد از کل هزینه های بهداشتی برای خانوارهای ایران به خدمات دندانپزشکی اختصاص داده شده است (سومین رتبه بعد از مراقبت های بیمارستانی و بخش داروسازی).

مسئولیت توسعه و برنامه ریزی سیاست های برنامه های بهداشت دهان و دندان در سطح ملی، توسط واحد سلامت دهان و دندان (OHB) وزارت بهداشت می باشد. OHB برنامه ریزی استراتژیک برای سیاست گذاری را تهیه کرده است و ظرفیت مورد نیاز برای اجرای آن را مورد توجه قرار داده است. با این حال، این اداره در ایجاد چارچوب نظارتی خود، به خصوص در بخش خصوصی، مشکلاتی از جمله مدیریت اطلاعات دارد. نظارت و ارزیابی عملکرد این اداره نشان داد تنظیم و تخصیص بودجه عملیاتی برای اجرای سیاست ها تنها به صورت جزئی عملی شده است.^{۴۱}

بیش از ۸۰ درصد از خدمات دندانپزشکی در شهرها (شامل حدود ۶۰ درصد از جمعیت) توسط بخش خصوصی ارائه می شود^{۴۲} و فقط حدود ۱۰ درصد از ۲۵۰۰۰ دندانپزشک در بخش عمومی مشغول به ارائه خدمات به ۴۵ درصد از جمعیت هستند. تحقیقات ملی نشان می دهد که در بچه های ۳ ساله شاخص DMFT (تعداد دندانهای پوسیده و کشیده شده و پر شده) حداقل ۲ است و این میزان در ۶ سالگی ۵ و در ۱۲ سالگی ۱/۸۶ می باشد. وضعیت بهداشت دهان و دندان در بزرگسالان ایران بسیار ضعیف است ($DMFT=11.47 \pm 4.6$). مطالعه انجام شده بر روی کودکان پیش دبستانی در استان البرز نشان داد که میانگین تعداد دندانهای پوسیده، پر شده و کشیده شده در این کودکان برابر با $3/78 \pm 4/70$ ، $1/24 \pm 0/5$ و $0/47 \pm 0/13$ است. براساس این بررسی، سطح تحسيلات بالاتر در خانوار منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان می شود.^{۴۳} بررسی ملی سال ۲۰۱۸ نشان داد که پوسیدگی دندان، بیماری های پرودنتال و از دست دادن دندان در مقایسه با داده های قبلی افزایش یافته است. وضعیت پوسیدگی دندان از ۱۲ تا ۱۵ سال به شدت کاهش می یابد و تعداد افراد بی دندان در سن ۶۵ تا ۷۴ سالگی بیش از ۵۰ درصد است.^{۴۴} این در حالی است که مطالعات رابطه معکوسی بین سطح

کیفیت و قیمت ارائه خدمات را ارزیابی نموده و نتایج آن را در اختیار بیماران قرار می دهند تا آنها خود بتوانند بین بیمه گرها و خدمت دهندگان، بهترین انتخاب را بر اساس سلیقه خود داشته باشند.

یا در سیستم بهداشت و درمان فرانسه، با بهره گیری از بیمه اجتماعی اجباری که توسط کارمند و کارفرما پوشش داده می شود و نیز بیمه های تکمیلی، سعی شده است تا پرداخت از جیب در همه خدمات از جمله خدمات دندانپزشکی کاهش یابد.

وضعیت خدمات دندان پزشکی در ایران

بخش ۱: سیاست های دولت در مورد مراقبت های دندانپزشکی ماده ۲۹ قانون اساسی بیان میکند که هر شهروند ایرانی حق دارد از خدمات بهداشتی تحت پوشش دولت بهره مند شود. وزارت بهداشت (MOH) مجاز به انجام این هدف از طریق طراحی و اجرای سیاست های بهداشت ملی، مدیریت بخش عمومی و نیز تنظیم مقررات خدمات بهداشتی بخش خصوصی است. خدمات بهداشتی در ایران به سه شکل ارائه می شود: عمومی (دولتی)، خصوصی و شرکت های بیمه. در بخش دولتی، وزارت بهداشت ارائه دهنده اصلی خدمات است. در سال ۲۰۱۳، ۱۹۴۲ کلینیک عمومی دندانپزشکی (PDCs)، خدمات اولیه مراقبت از دهان و دندان را از جمله کشیدن دندان، درمان های ترمیمی، واریش فلوراید و جرمگیری را ارائه می دهند. تعرفه خدمات، توسط وزارت بهداشت سالانه تنظیم می شود. گروه های هدف (کودکان زیر ۱۲ سال، مادران باردار و شیرده) دارای تعرفه های پایین تر نسبت به کل جمعیت هستند. ارائه این خدمات توسط دندانپزشکان یا متخصصین دندانپزشکی است که توسط وزارت بهداشت پرداخت می شود. ارائه دهندگان مراقبت های اصلی دندانپزشکی در ایران، افرادی هستند که در بخش خصوصی کار می کنند. تا سال ۲۰۱۳، ۲۶۰۰۰ دندانپزشکان ثبت شده در ایران وجود داشتند که بیش از ۹۰ درصد از آنها در بخش خصوصی مشغول به کار بودند.^{۳۸}

نظام سلامت در ایران، پس از انقلاب اسلامی ۱۹۷۹، بر اساس اصول اعلامیه AlmaAta (کنفرانس بین المللی مراقبت های بهداشتی اولیه - ۱۹۷۸)، اصلاح شد.^{۳۹} مراقبت های بهداشتی دهان و دندان به عنوان بخشی از سیستم بهداشتی و آخرین جزء آن در نظر گرفته شده

بخش ۲: بررسی سازماندهی خدمات

نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور، شبکه بهداشت و درمان نام دارد و در قالب شبکه، مراقبت های اولیه مورد نیاز مردم در سه سطح ارائه می گردد.

سطح اول

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستائی ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است که بعد از سال ۱۳۷۴ با ادغام برنامه بهداشت دهان و دندان در نظام ارائه خدمات شبکه های بهداشتی این خدمات را ارائه می دهد. اولویت ارائه خدمات در خانه های بهداشت با الف- زنان باردار و شیرده و ب- کودک زیر ۶ سال و ۱۲-۶ سال است. از دیگر واحد های ارائه خدمات در این سطح می توان به پایگاه بهداشت و رابطین بهداشت اشاره کرد.

سطح دوم

الف: مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری

واحدهای دندان پزشکی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی ملزم هستند در راستای ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه خدمات دندان پزشکی شامل آموزش بهداشت، فلورایدتراپی، سیلنت تراپی، جرم گیری، ترمیمی، کشیدن دندان و تجویز دارو را ارائه نمایند.

بخش ۳: دسترسی به خدمات

یکی از عوامل موثر بر دسترسی به خدمات پوشش بیمه است که در ایران به دو صورت وجود دارد: عمومی (دولتی) و تکمیلی. با وجود اینکه حدود ۹۰ درصد از جمعیت ایران تحت پوشش بیمه درمانی قرار دارند^{۴۹}، مراکز محدودی برای ارائه خدمات دندان پزشکی بیماران بیمه شده عمومی را قبول می کنند و عمده خدمات توسط مراکز دارای قرارداد بیمه خصوصی ارائه می شود. بیمارانی که تحت پوشش هیچکدام از بیمه ها نیستند معمولاً با پرداخت مستقیم خدمات دریافت می کنند که در صورت تداوم این روش^{۴۸، ۴۹} خانوارها با هزینه های کمر شکن مواجه می شوند.^{۵۰} براساس گزارش ها، بیش از ۶۰ درصد از هزینه های بهداشتی و درمانی از محل پرداخت های

تحصیلات بالاتر وضعیت اجتماعی-اقتصادی با سلامت دهان و دندان مشاهده کردند.^{۴۳، ۴۵} این داده ها نشان می دهد نیاز فوری به مداخلات مناسب در تمام گروه های سنی، به ویژه در کودکان وجود دارد.^{۴۴} این در حالی است که در مطالعات انجام شده میزان تقاضا و مراجعه برای دریافت خدمات دندان پزشکی به ترتیب ۷۲/۱۲ و ۶۷/۱۹ درصد بود و هر دندانپزشک عمومی در سال ۱۳۷۷ توانسته به ۹۸۰۰ نفر در کشور خدمت ارائه نماید.^{۴۶}

طرح های در حال اجرای بهداشت دهان و دندان

در راستای طرح تحول سلامت، توافق نامه ای بین اداره بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت و دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش جهت ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی در سال ۱۳۹۳ منعقد گردید. این برنامه برای دوره ای ۶ ساله در نظر گرفته شده تا هدف کلی تغییر قابل توجه در شاخص DMFT/dmft دانش آموزان مشاهده شود که این مهم با در نظر گرفتن استراتژی های آموزش، پیشگیری، درمان و پژوهش میسر می شود.^{۴۷} بدین منظور طرح های شامل طرح مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال با استراتژی آموزش والدین مخصوصاً مادران دارای کودک زیر ۲ سال؛ طرح سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودکها با استراتژی اجرای برنامه های آموزشی، پیشگیری و درمان برای کودکان تحت پوشش مهدکودک ها؛ طرح سلامت دهان و دندان کودکان با استراتژی مداخله برای تمام کودکان دبستانی بدو ورود به مدرسه و برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دوره ابتدایی با تمرکز بر گروه ۶ تا ۱۴ سال و با استراتژی آموزش، پیشگیری و درمان می باشد. یکی دیگر از طرح های دولت اجرای بیمه روستایی بود که تحت پوشش آن ارتقای سلامت دهان و دندان از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی دندان پزشکی به جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی با اولویت گروه هدف افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده کشور صورت می پذیرد. از دیگر طرح ها در این زمینه طرح دندانپزشک خانواده بود که طرح تحول نظام سلامت در حوزه دهان و دندان مراکز بهداشتی و درمانی ارائه شد. گروه های هدف این طرح شامل افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار خدمات دندان پزشکی رایگان دریافت می کنند.^{۴۸}

بخش ۴: نگاهی به چگونگی اطمینان از کیفیت و نتیجه

یکی از راه های بهبود و ارتقای کیفیت خدمات، ارائه آموزش مداوم دندانپزشکان^{۶۱-۶۲} است که علیرغم نقاط قوت متعدد، اشکالاتی نیز در آن وجود دارد. در برنامه های آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران، روش های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی برنامه به خوبی برنامه ریزی شده است.^{۶۳، ۶۴}

طی دو دهه گذشته، در سراسر جهان، شاهد گسترش کمیت واحدهای آموزشی پزشکی بوده ایم. 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.^{۶۵} در ایران نیز رشد بسیار سریع در تعداد دانشگاه های علوم پزشکی کشور باعث رشد آموزش دندانپزشکی از تعداد حدود ۱۵ دانشکده در سال ۸۵، به بیش از ۴۰ دانشکده در سال ۹۱ شده است. عمده این دانشکده ها توسط دولت اداره می شود و همگی از برنامه درسی ملی که توسط وزارت بهداشت تدوین می شود تبعیت می کنند.^{۶۶}

گزارش های موجود از بررسی رضایتمندی بیماران مراجعه کننده به دانشکده های 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 ۸۸/۰۹ درصد و در دانشکده دندانپزشکی بابل معادل ۶۹/۶ درصد بوده است.^{۶۷-۶۹} با این وجود نیاز به یک برنامه ریزی مؤثر در جهت کاهش شکاف های هر بخش و ارتقای کیفیت ارائه خدمات ضروری به نظر می رسد.^{۷۰}

در مورد قصور دندانپزشکی، مراکز متعددی شامل داسرا و سازمان های پزشکی قانونی و نظام پزشکی با کسب نظر کارشناسی کمیسیون های تخصصی، کار رسیدگی به شکایات بیماران از دندانپزشکان را برعهده دارند. رعایت موازین فنی و علمی در اقدامات تشخیصی و درمانی مهم ترین معیاری است که در بررسی شکایات دندانپزشکی مورد استناد محاکم قضایی و هیات های انتظامی قرار می گیرد.^{۷۱}

بخش ۵: برنامه پیشگیری مراقبت های دندانپزشکی

مستقیم خانوار تامین مالی شده است.^{۷۲} پرداخت هزینه های خدمات سلامت از جیب مردم می تواند تأثیر زیادی بر روی بهره مندی افراد از خدمات سلامت داشته و در نهایت وضعیت سلامت آنها را ضعیف کند.^{۷۳، ۷۴}

این در حالی است که در برنامه های چهارم و پنجم توسعه بر کاهش سهم مردم از کل هزینه های سلامت و قبول آن توسط دولت تأکید شده، اما هر ساله این شاخص افزایش پیدا کرده است.^{۷۵} با توجه به اینکه از یک طرف شیب نمودار هزینه های بهداشتی درمانی افزایش یافته و از طرف دیگر همه خدمات درمانی در بسته خدمات درمانی پایه تحت پوشش قرار نمی گیرد؛^{۷۶} بنابراین ضرورت توجه به بیمه تکمیلی به عنوان یکی از راه های بهبود وضعیت بیمه درمان مطرح می شود.

به نظر می رسد گسترش خدمات دندانپزشکی پیشگیری تحت پوشش بیمه های پایه یک ضرورت می باشد. در ایران، با توسعه سیستم مراقبت بهداشت دهان و دندان، بیمه دندانپزشکی تأثیر جزئی بر روی دریافت خدمات مختلف دندانپزشکی داشته است. در حال حاضر یافته ها نشان می دهد نیاز به اصلاح سیستم های بیمه برای تشویق رویکرد پیشگیرانه در ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به ویژه در کشورهایی که سیستم مراقبت بهداشتی در حال رشد دارند، وجود دارد.

مطالعات نشان داده اند که دسترسی به مراقبت های بهداشتی در برخی از شهرهای ایران نامناسب بوده است. به طوری که در مطالعه ای در تهران نشان داده شده که حدود ۲۰ درصد از افراد نیازمند از دسترسی به خدمات بهداشتی محروم شده اند.^{۷۷} از بین موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی هزینه مهمترین عامل مؤثر بود.^{۷۸} کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت یکی از اهداف اصلی سیستم های بهداشتی است با این وجود برابری کامل در بهره برداری از خدمات بهداشتی غیرممکن است اما سیاستگذاران سعی می کنند راه حل هایی را برای کاهش نابرابری تا حد ممکن بیابند.^{۷۹} استفاده از خدمات دندانپزشکی در ایران نابرابر است. افرادی که درآمد بالاتری دارند بیشتر خدمات دندانپزشکی مصرف می کنند و فقرا توانایی مالی این خدمات را ندارند.^{۷۷، ۷۸}

برنامه های پیشگیری

اهمیت برنامه های پیشگیری بهداشت عمومی برای پیشرفت سلامت دهان و دندان به خوبی مشخص شده است. براساس توافق نامه همکاری های مشترک برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان بین وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش برنامه های پیشگیری شامل: تهیه برنامه نرم افزاری برای پرونده الکترونیک سلامت دهان و دندان دانش آموزان، تکمیل شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان دانش آموزان، تامین وارنیش فلوراید جهت دانش آموزان، انجام خدمت وارنیش فلوراید و استفاده از یونیت سیار در مدارس در نظر گرفته شد.^{۷۲}

مطالعات انجام شده نشان می دهد بهترین زمان جهت کنترل بیماری های دهان و دندان سنین کودکی و یکی از بهترین مکانها جهت دسترسی به این گروه سنی مدارس ابتدایی می باشد. همزمان با آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان و والدین آنها، استفاده از وارنیش فلوراید به عنوان یکی از بهترین روش های پیشگیری از پوسیدگی دهان و دندان توصیه می گردد، چون شواهد نشان می دهد که استفاده از آن در دانش آموزان حدود ۵۰ درصد کاهش پوسیدگی در دندان های شیری و دائمی را به همراه دارد. فراوانی پوسیدگی دندان و بیماری های پرودنتال در میان بزرگسالان جوان و میانسال ایران و مراقبت های پیشگیرانه نادرست که توسط آنها 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.^{۴۹}

نتایج

هزینه خدمات دندان پزشکی براساس پیمایش هزینه - درآمد خانوار در ادامه اطلاعاتی از متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ و بهره مندی از خدمات دندان پزشکی طی سال های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ ارائه شده است.

الف - در سطح کل جمعیت

در سطح کل جمعیت متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی در سال ۱۳۹۳ بیشترین و در سال ۱۳۹۱ کمترین بود. (نمودار ۱)

ب - به تفکیک محل سکونت خانوار

نمودار ۲ متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی را طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ به تفکیک محل سکونت خانوار نشان می دهد. با توجه به این نمودار در همه سال های 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 تقریباً در همه سال های تحت بررسی مقدار ثابتی بوده است.

ج - به تفکیک پنجم های هزینه ای

جدول ۱ متوسط سرانه پرداخت های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی را به تفکیک پنجم های هزینه ای طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ نشان می دهد. با توجه به این نمودار کمترین پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی مربوط به جمعیت های پنجم اول و بیشترین مقدار مربوط به جمعیت های پنجم پنجم بوده است.

نمودار ۳ متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی را در جمعیت های پنجم اول و پنجم طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ نشان می دهد. با توجه به این نمودار متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی در جمعیت های ثروتمند (پنجم پنجم) با اختلاف خیلی زیادی نسبت به جمعیت های فقیر (پنجم اول) قرار گرفته است.

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

۶۹/۹۵ درصد از کل پرداخت های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی برای پر کردن، عصب کشی، نصب دندان و روکش دندان در مراکز خصوصی و کمترین مقدار آن برای ویزیت دندان پزشک در مراکز دولتی بوده است (نمودار ۴) این در حالی است

اختلافات در دسترسی به امکانات بهداشتی است. سیاستگذاران بهداشت باید راه حل هایی برای کاهش نابرابری در استفاده از خدمات دندانپزشکی ارائه دهند. نقش بیمه های سلامت برای کاهش نابرابری بسیار مهم است به طوری که پوشش خدمات دندانپزشکی نابرابری را کاهش داده و دسترسی مالی فقرا را برای خدمات دندانپزشکی افزایش می دهد. باید برخی از مکانیسم های جدید برای افزایش استفاده از خدمات دندانپزشکی در ایران طراحی شود بنابراین بیمه های درمانی باید پوشش خدمات دندانپزشکی را افزایش دهند. پشتیبانی عمومی و دولتی، پوشش بیمه و شبکه سلامت ایران قادر به بهبود بهره برداری از خدمات دندان توسط گروه های اجتماعی و اقتصادی پایین نیستند. بنابراین، به نظر می رسد لازم است در خدمات بهداشتی دندانپزشکی به نفع فقرا تجدید نظر شود.

عدم تعامل مناسب بیمه ها با دندانپزشکان و مراکز دندانپزشکی مشکل بزرگ دیگری است که نیاز فوری توجه مسئولین به این مهم را می طلبد چرا که با روند فعلی پوشش خدمات توسط بیمه ها هر دو ذینفع قضیه یعنی بیمار و پزشک را متضرر می کند. در ایران، با توسعه سیستم مراقبت بهداشت دهان و دندان، بیمه دندانپزشکی تاثیر جزئی بر روی دریافت خدمات مختلف دندانپزشکی داشته است. این نشان دهنده یک نقص جدی در سیستم بیمه در ایران است. در حال حاضر یافته ها نشان می دهد نیاز به اصلاح سیستم های بیمه برای تشویق رویکرد پیشگیرانه در ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان دیده می شود.

علیرغم نقاط قوت متعدد در برنامه آموزش مداوم دندانپزشکان در ایران، اشکالاتی نیز در این برنامه وجود داشت که می توان با اعتبارسنجی و اصلاح این موارد، برنامه را ارتقا بخشید. این اصلاحات شامل روشهای یاددهی، انتخاب عناوین مناسب و کاربردی و به روز بودن موضوعات متناسب با نیاز دندانپزشکان می باشد. در برنامه های آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران، روش های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی برنامه به خوبی برنامه ریزی شده است. البته عناوین دیگری نظیر مهارتهای ارتباطی، بازاریابی، اقتصاد و مطب داری نیز در برنامه های آموزش مداوم حرفه ای سایر کشورها وجود دارد که میتواند جز برنامه های آموزشی در ایران قرار بگیرد.

که ۶۳/۵۳ درصد از کل پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندانپزشکی برای ویزیت، کشیدن، جرم گیری، جراحی دندان، ترمیم اندو در مراکز و بیمارستان هایی بوده که متعلق به دانشگاه علوم پزشکی نبوده اند (نمودار ۵)

سرانه بار مراجعه به دندانپزشک برای دریافت خدمات دندانپزشکی

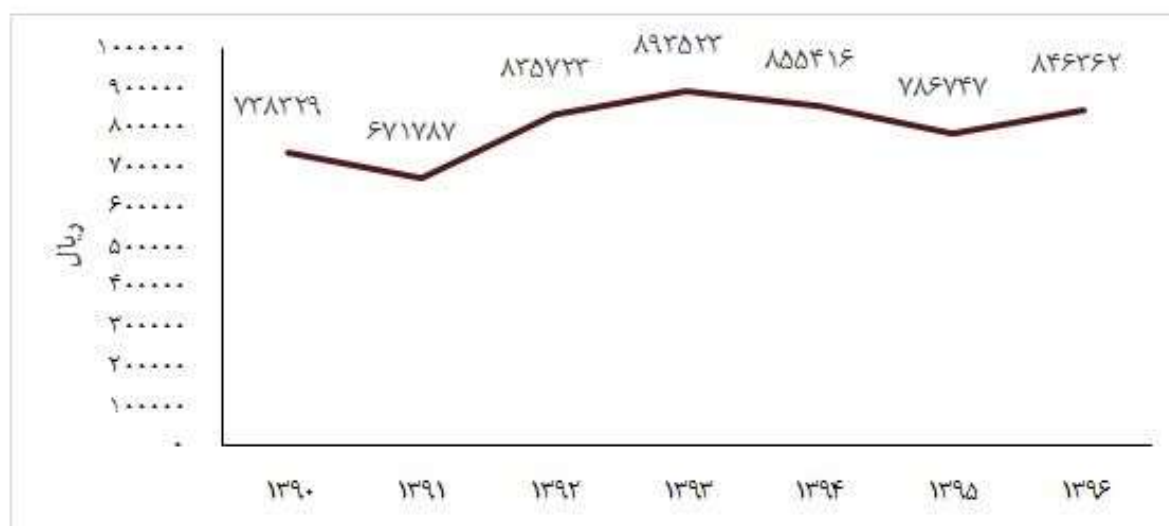
بار مراجعه به دندانپزشک برای هر نفر در سال برابر ۰/۲ بار است. پنجک چهار بالاترین بار مراجعه را دارند. بار مراجعه به دندانپزشک برای هر نفر در مناطق شهری در سال ۱۳۹۴ کمتر شده در حالی که در مناطق روستایی افزایش یافته است.

بحث

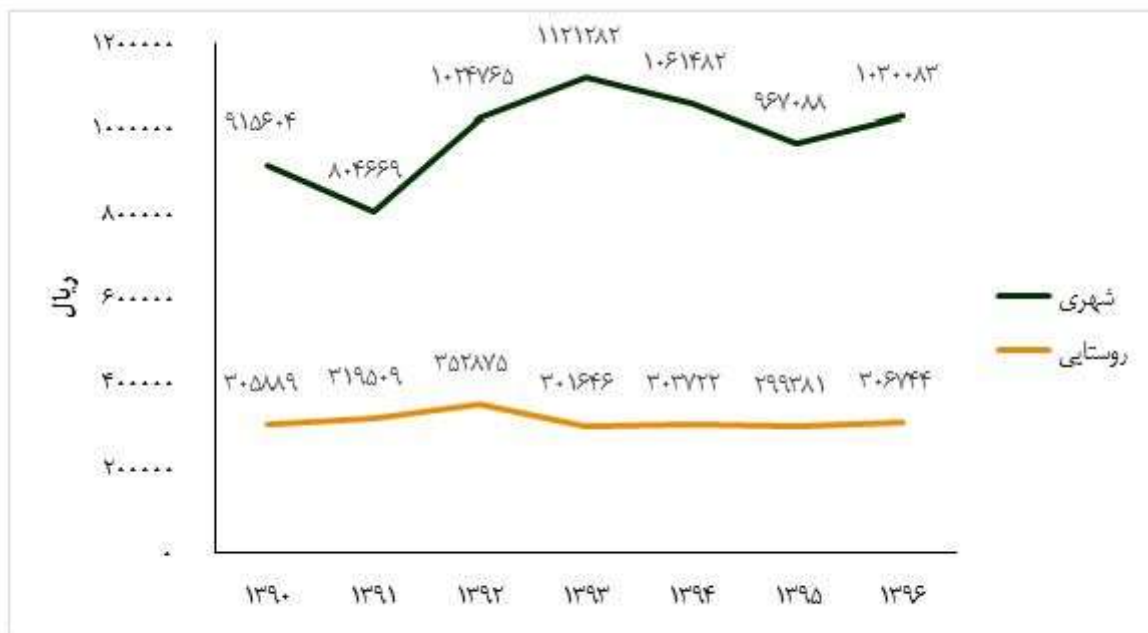
در ارزیابی وضعیت خدمات دندانپزشکی در کشور ایران، فراوانی پوسیدگی دندانی و بیماری های پریدونتال در میان بزرگسالان جوان و میانسال ایران و مراقبت های پیشگیرانه نادرست که توسط آنها دریافت می شود، نشان دهنده عدم کفایت برنامه های پیشگیرانه در سیستم مراقبت های بهداشت دهان و دندان در ایران است. ایجاد یک بسته 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 سالهای 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 ارتقای 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

جدول ۱: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (به تفکیک پنجهای هزینه‌ای)

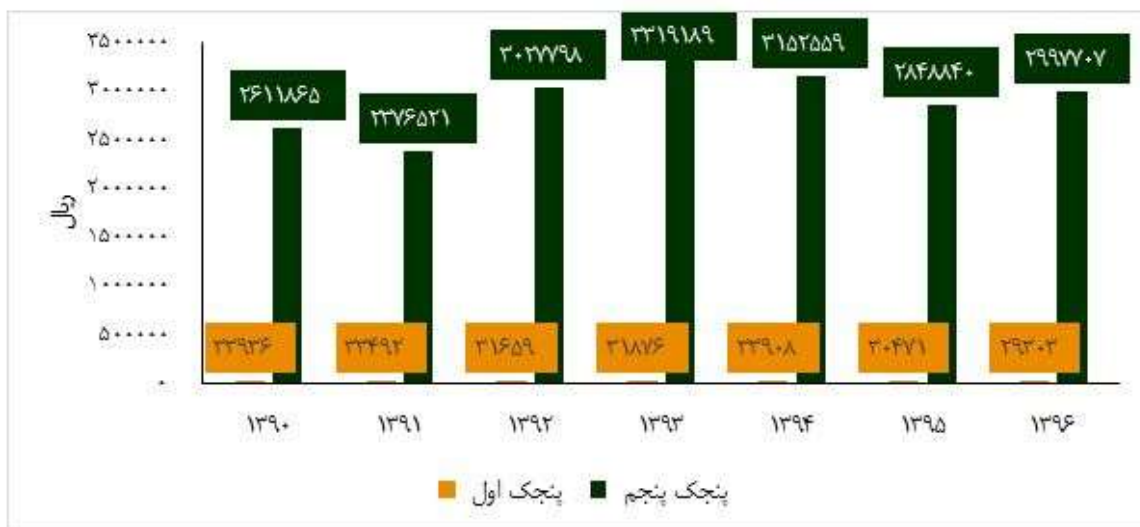
پنجهای هزینه‌ای					ردیف
پنجه اول	پنجه دوم	پنجه سوم	پنجه چهارم	پنجه پنجم	
۳۳۹۳۶	۱۲۹۹۷۵	۲۸۹۵۹۴	۶۲۶۶۱۲	۲۶۱۱۸۶۵	۱۳۹۰
۳۳۴۹۲	۱۰۲۹۵۴	۲۷۴۲۳۹	۵۷۱۹۴۷	۲۳۷۶۵۲۱	۱۳۹۱
۳۱۶۵۹	۱۱۶۴۱۵	۲۳۱۷۰۶	۷۷۱۲۹۲	۳۰۲۷۷۹۸	۱۳۹۲
۳۱۸۷۶	۱۰۸۹۸۴	۲۷۴۶۴۱	۷۳۳۸۴۶	۳۳۱۹۱۸۹	۱۳۹۳
۳۳۹۰۸	۱۱۳۱۲۹	۳۰۷۷۸۰	۶۶۹۹۶۹	۳۱۵۲۵۵۹	۱۳۹۴
۳۰۴۷۱	۱۰۵۴۷۰	۲۶۶۳۶۷	۶۸۲۶۸۹	۲۸۴۸۸۴۰	۱۳۹۵
۲۹۳۰۳	۱۱۹۱۵۹	۳۳۵۴۴۶	۷۵۱۹۵۶	۲۹۹۷۷۰۷	۱۳۹۶



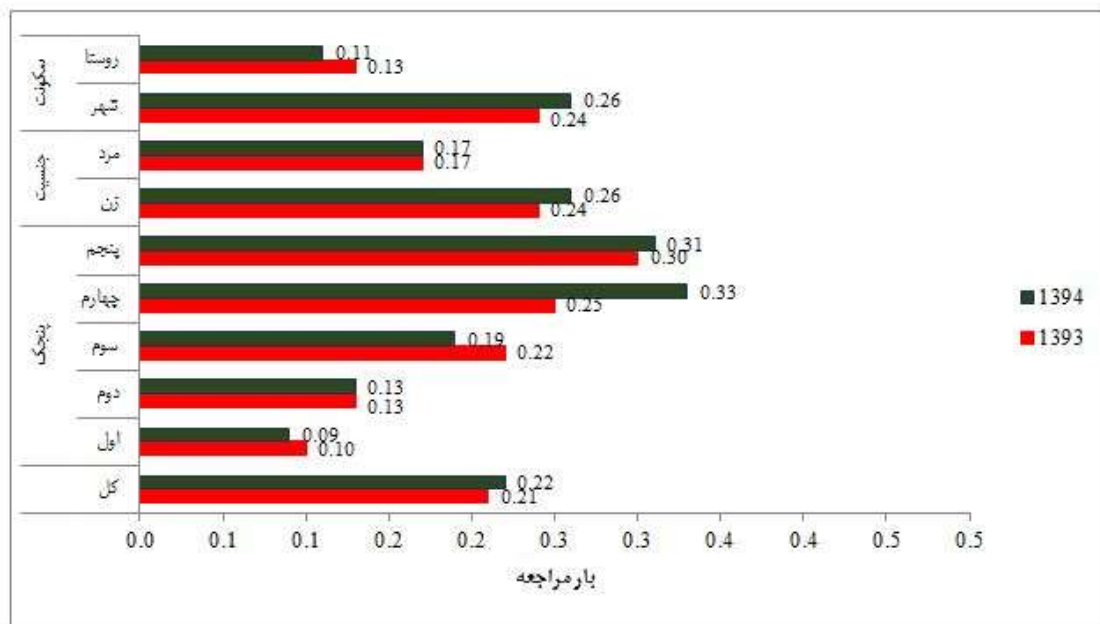
شکل ۱: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (در سطح کل جمعیت)



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



شکل ۳: متوسط سرانه پرداخت از جیب برای دریافت خدمات دندان پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ (پنجک اول و پنجم)



شکل ۶: بار مراجعه به دندانپزشک برای دریافت خدمت دندانپزشکی به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجک درآمدی

نتیجه گیری

نیاز به سیاست های حمایت کننده ارتقای سلامت دهان و دندان برای تخصیص منابع مناسب، نیاز به پژوهش های بیشتر در زمینه تدوین استانداردهای ارتقای کیفیت دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران با نگاه به سطح استانداردهای جهانی و تطبیق مناسب با شرایط و سیاست های سلامت کشور و با حداکثر رسانی مشارکت و مقبولیت اجرایی آن؛ حس می شود. علیرغم مشارکت علمی ایرانیان در سالهای اخیر، نیاز به ارائه شرایط مناسب و ایده آل با توانمندسازی عوامل انگیزشی و مالی، ارائه فرصت های موثر برای تحقیق و نوشتن، برگزاری دوره های مورد نیاز برای نوشتن علمی و غیره است. با در نظر گرفتن در دسترس بودن روش های قوی مبتنی بر شواهد و اقدامات بهتر برای پوسیدگی دندان و پیشگیری از بیماری های پریدنتال انتظار می رود همه افراد، به ویژه گروه های هدف اولویت بندی شده در ایران، بیشترین سود را برای سال های آینده داشته باشند. سیاست فعلی با سرمایه گذاری مناسب منابع می تواند

در افزایش آگاهی، ارتقای آموزش بیمار به منظور تقویت سبک زندگی سالم و مراقبت از خود کمک کننده باشد. کاربرد در تصمیم های مرتبط با سیاست گذاری در نظام سلامت تدوین برنامه هایی به منظور ارتقای سطح پوششی بیمه ها برای خدمات دندانپزشکی بهبود ساختار نظارتی بر خدمات دندانپزشکی ارائه شده در بخش خصوص و عمومی تعامل و هماهنگ سازی هرچه بیشتر سیاست های سازمانهای بیمه گر و وزارت بهداشت تنظیم مجدد سیاست های بهداشت دهان و دندان به سمت پیشگیری تدوین سیاست های حمایت کننده ارتقای سلامت دهان و دندان برای تخصیص منابع مناسب برنامه ریزی برای ارتقای دسترسی به خدمات برابر در میان تمامی اقشار جامعه

References

1. Kiyak H. Age and culture: influences on oral health behaviour. *International dental journal* 1993;43(1): 9-16.
2. Daryazadeh S, Kuhpayehzadeh J, Hashemzadeh M, et al. Comparison of patients' demand and need to receive restorative dental services. *Razi Journal of Medical Sciences* 2015;21(127): 52-60.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9): 661-9.
4. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtooma 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): 42-50.
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. Klotz A-L, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging.* 2017; 12: 659-65.
9. Healy J, Sharman E, Lokuge B, Organization WH. Health systems in transition: Australia: health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. *Health Systems in Transition.* 2006;8(5): 155.
10. Chun CB, Kim SY, Lee JY, Lee SY. Health systems in transition: Republic of Korea: health system review 2009. *Health systems in transition: Republic of Korea: health system review.* 2009; 11(7): 1-184.
11. Tatara K, Okamoto E. Health Systems in Transition: Japan: Health System Review: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. 2009;11(5): 162.
12. Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E. Azerbaijan: Health system review 2010;12(3):115.
13. Boyle S. United Kingdom (England): health system review. 2011;13(1): 254.
14. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, et al. Russian Federation: health system review 2011;13(7): 1-190.
15. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, et al. Poland health system review. *Health Sys Transit.* 2011;13(8): 1-193.
16. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, et al. Turkey: Health system review 2011;13(6): 1-186.
17. Anell A, Glenngard AH, Merkur SM. Sweden: Health system review. *Health systems in transition* 2012;14(5): 1-159.
18. Steel D, Cylus J. United Kingdom (Scotland): health system review 2012;14(9): 1-150.
19. Marchildon GP. Health systems in transition: Canada: University of Toronto Press; 2013; 55-67.
20. Rice T, Rosenau P, Unruh L, et al. United State of America: health system review. 2013;15(3): 1-431.
21. Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: health system review. 2013;15(5): 1-118.
22. Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: health system review. *Health Syst Transit.* 2013;15(8): 1-162.
23. Ahmedov M, Azimov R, Mutalova Z, et al. Uzbekistan: health system review. *Health systems in transition.* 2014;16(5): 1-137.
24. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, et al. Italy: health system review. 2014;16(4): 1-168.
25. Reinhard B, Miriam B. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition.* 2014;6(2): 1-296.
26. Chevreul K, Brigham B, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health. 2015;17(3): 1-218.
27. Cylus J, Richardson E, Findley L, et al. United Kingdom: health system review. 2015;17(5): 1-126.
28. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, et al. Switzerland: health system review. 2015;17(4): 1-288.
29. Lekhan V, Rudiy V, Shevchenko M, et al. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition.*

- World Health Organization. 2015;17(2): 1-154.
30. Rosen B, Waitzberg R, Merkur S. Israel: health system review. 2015;17(6): 1-212.
 31. Khodjamurodov G, Sodiqova D, Akkazieva B, Rechel B. Tajikistan: health system review. 2016;18(1): 1-114.
 32. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, et al. Netherlands: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2016;18(2): 1-240.
 33. Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, et al. Slovakia: health system review. 2016;18(6): 1-210.
 34. Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, et al. Romania: health system review. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health. 2016;18(4): 1-170.
 35. Azzopardi Muscat N, Calleja N, Buttigieg S, Merkur S. Malta: health system review. *Health systems in transition*. 2017;19(1): 1-137.
 36. de Almeida Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal. *Health systems in transition*. 2017;19(2): 1-184.
 37. Milevska NK, Chichevalieva S, Ponce NA, Winkelmann J. The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health System Review. *Health systems in transition*. 2017;19(3): 1-160.
 38. Akbarzadeh FBA, Monajemi F. Assessment of Demand for and Utilization of Dental Services by Insurance Coverage in a Developing Oral Health Care System. 2017;35(2): 71-84.
 39. Manenti A. Health situation in Iran. *Medical Journal of Islamic Republic of Iran*. 2011;25(1): 1-7.
 40. Jadidfard M-P, Yazdani S, Khoshnevisan M-H. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health Dent Manag*. 2012;11(4): 189-98.
 41. Kamran Shariat-Torbaghan K. Program activities of the Oral Health Unit in the health system transformation plan in the field of health, Urmia University of Medical Sciences.
 42. (Internet) https://phc.umsu.ac.ir/uploads/9_371_79_dahandandan.pdf. 2015.
 43. Tahani B. Stewardship of National Oral Health system in Iran: Its strengths and weaknesses. *Archives of Iranian medicine*. 2013;16(12): 717.
 44. Pakshir HR. Dental education and dentistry system in Iran. *Medical Principles and Practice*. 2003;12(Suppl. 1): 56-60.
 45. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35-to 44-year-old Iranians. *Medical Principles and Practice* 2007;16(4): 280-5.
 46. Pakpour H. Investigate the situation of oral health in preschool students of Alborz. *Journal of Isfahan Dental School* 2016;12(1): 72-80.
 47. Khoshnevisan M, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez R. Oral health status and healthcare system in IR Iran. *Journal of Contemporary Medical Sciences* 2018;4(3): 78-82.
 48. Amiresmaili M, Amini S, Shahravan A, et al. Relation between socioeconomic indicators and children dental caries in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine* Published online 2018 Aug 14. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_435_17.
 49. 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 de Mexico* 2005;47: S54-65.
 50. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, et al. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh (Health Monitor)*. 2018;17(5): 481-94.
 51. Hessari H. Oral health among young adults and the middle-aged in Iran. *Helsinki*. 2009; 1-71.
 52. Asefzadeh S. *Fundamental of Health care economics*. Qazvin: Management press; 2007: 11.
 53. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *International journal of health care finance and economics*. 2011;11(4): 267.
 54. Kazemian M, Aljunid S. Iran's National Health Accounts: Years 1971-2001, Analytical Framework and Methodological Issues. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 2005;5(2): 149-65.
 55. Mafton F, Farzadi F, Mohammad K, et al. Burden demand for receiving therapeutic services in Tehran city. *J Payesh* 2007;5(2): 131-40.
 56. Zarrabi A, Shaykh Baygloo R. Classification of provinces of Iran by health indicators. *Social Welfare Quarterly* 2011;11(42): 107-28.
 57. Bahadori M, Ravangard R, Asghari B. Perceived barriers affecting access to preventive dental services: Application of DEMATEL method. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013;15(8):

- 655.
58. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84(2).
59. Rad EH, Kavosi Z, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2016; 30: 383.
60. Nekoei-Moghadam M, Nazari J, Amiresmaili MR, Amini S. Factors Affecting Fee-Setting for Dental Services in Iran's Private Sector: Dentists' Perspective. *Shiraz E-Medical Journal* 2018;20(3).
61. 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. *Iranian Journal of Medical Education* 2007;7(1): 169-74.
62. Bottenberg P. Accreditation of dentists in Europe. *Rev Belge Med Dent.* 2004;59(4): 282-8.
63. 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. 2002;5(2): 20-23.
64. Makarem A, Emadzadeh A, Amirchaghmaghi M, Sarraf Shirazi A, Mosannen Mozafari P. A Comparative Study Of The Continuing Dental Education In Iran And Other Countries In The World. *Journal of Mashhad Dental School.* 2017; 41(4): 339-356.
65. Yaminfirooz M, Motallebnejad M, Gholinia H, Esbakian S. Quantitative and qualitative evaluation of Iranian researchers' scientific production in dentistry subfields. *Acta Informatica Medica.* 2015;23(5): 301.
66. Council E. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools'-educational programmes. A WFME position paper. *Medical Education.* 1998;32(5): 549-58.
67. Akbari M, Makarem A, Hosseini F, Fazel A. Compilation Of Quality Improvement Standards Of General Dentistry Program In Islamic Republic Of Iran. *Journal of Mashhad Dental School.* Summer 2013;37(2): 95-110.
68. Pakdaman A, Khormali A, Shamshiri AR. Patient satisfaction-comparison of the comprehensive care model with traditional model of delivering dental services in Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Dental Medicine* 2013;26(4): 234-42.
69. 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 Medical Education. *Biannual Journal of Medical Education Education Development Center (edc) Babol University of Medical Sciences* 2013;1(2): 58-66.
70. Jalayer Naderi Noushin, Mohammad Ali Hemati, Roghayeh Hojjati, Akram Hojjati, Determination of patient's satisfaction referring to Faculty of Dentistry of Shahed University in 2014. 2016;23(120): 53-60.
71. Razmi H, Jafari TM. Evaluation of patients' satisfaction referred to dentistry faculty, Tehran University of Medical Sciences 2003. *Journal of Islamic Dental Association of Iran* 2005;17(2): 82-89.
72. Hajisadeghi S, Kashani Z. Survey of Patients Satisfaction in the Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences in 2016-2017. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2018;12(2): 62-73.
73. Ghanbarzadegan A, Iranmanesh F, Amiri S, Esmaeili Nadimi A, Rezaeian M, Bastani P. Situation Analysis of Clinical Performance in Departments of Rafsanjan Dental School Based on Servqual Model in 2016- 2017 Academic Year. *The Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2017; 16 (4) :365-380.

Mahshid Saffarpour¹,
Niloufar Alaei alamouti²

¹Assistant Professor,
Department of Operative
Dentistry, School of Dentistry,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran.

²General dentist, Tehran, Iran.

Assessment of the status of dental services in Iran (2018)

Received: 23 Feb 2021 ; Accepted: 22 Aug 2021

Abstract

Background: The purpose of this report was to review the status of dental care provision in the world and Iran.

Methods: Using the available data and information related to the status of dental services in Iran, such as the results of important national studies, including household income cost, utilization studies, etc., the system of dental services provision in Iran was evaluated and the weaknesses and strengths of this system were investigated in a comprehensive manner.

Results: The role of medical insurance is very important in reducing inequality. The insurance system should be reformed to improve the coverage of dental services and encourage a preventive approach to oral health services. Further research is required to develop standards in order to promote the quality of dental practice in the Islamic Republic of Iran through using global standards and adapting these standards to the health conditions and policies of the country to maximize the participation of stakeholders and enhance the implementation acceptance. 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 prioritized target groups in Iran, will benefit the most in the future.

Conclusions: With continued efforts in this area and considering the principles of autonomy and the right to choose as well as the importance of achieve the general policies of the system in this field, the access of all people in the country to safe, effective, and logical dental care should be facilitated.

Keywords: Dental services; Government policy; Access to services; Health system of countries.

*Corresponding Author:

Assistant Professor, Department
of Operative Dentistry, School
of Dentistry, Alborz University
of Medical Sciences, Karaj,
Iran.

Tel: 09122068294
E-mail: msaffarpour@yahoo.com