مقاله پژوهشی

تبیین فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی در جمهوری اسلامی ایران

پژمان حموزاده[1*]، سیدسجاد رضوی[2]، مانی یوسفوند[3]، سعید معنوی[4]، قاسم صادقی[5]

۱- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات تروما و پژوهش‌های جراحی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲-فلوشیپ بیهوشی کودکان، بیمارستان کودکان مفید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳-دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور، تهران، ایران.
۴-کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور، تهران، ایران.
۵-دکترای حرفه‌ای دندانپزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات تروما و پژوهش‌های جراحی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۷۳۳۵۱۵۹، پست الکترونیک: pejman.hamouzadeh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۸ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۸**

چکیده

مقدمه: *پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی از طریق کاهش هزینه‌ها و افزایش قدرت خرید مردم، افراد را به سمت استفاده بیشتر از این خدمات نسبت به افراد فاقد پوشش بیمه‌ای سوق می‌دهد. یکی از الزامات پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی، تعیین تعرفه این خدمات است. این مطالعه با هدف تبیین فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۸ به انجام رسید.*

روش کار: *برای تعیین تعرفه خدمات دندانپزشکی مراحل مختلفی انجام شد: شناسایی فهرست خدمات، تعیین جزء حرفه‌ای، جزء فنی و جزء مواد و لوازم مصرفی. داده‌های مورد نیاز از طریق برگزاری ۱۰ جلسه با حضور اعضای شورایعالی بیمه سلامت کشور (معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی)، دو جلسه با انجمن‌های علمی تخصصی دندانپزشکی، گزارش‌های مرکز آمار ایران و بررسی هزینه‌های واقعی کلینیک‌های دندانپزشکی سراسر کشور جمع‌آوری شد.*

یافته‌ها: *جزء حرفه‌ای به روش هزینه زندگی و از طریق محاسبه تعداد واحد ارزش نسبی قابل ارائه در طول یک سال و سپس درآمد سالانه مورد انتظار یک دندانپزشک عمومی به دست آمد. جزء فنی از طریق تعیین هزینه‌های تمام شده سالانه کلینیک‌های دندانپزشکی و جزء مواد و لوازم مصرفی به روش قیمت تمام شده براساس عملکرد واقعی کلینیک‌های دندانپزشکی سراسر کشور محاسبه شد. یافته‌های به دست آمده برای هر یک از مراحل انجام پژوهش در جلسات مختلفی در دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور مطرح شد و پس از بررسی نهایی به تأیید رسید.*

نتیجه‌گیری: *تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی مزایای مختلفی از قبیل هدفمند کردن فرآیند پوشش بیمه‌ای این خدمات، تسهیل فرآیند نظارت بر تعرفه‌ها، مدیریت هزینه توسط مراکز ارائه‌دهنده، تسهیل فرآیند به‌روزرسانی تعرفه خدمات موجود و تسهیل فرآیند تعرفه‌دار کردن خدمات جدید دارد.*

واژگان کلیدی: *تعرفه، تعرفه‌گذاری، قیمت تمام شده، جزء حرفه‌ای، جزء فنی، خدمات دندانپزشکی.*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

سلامتی دهان و دندان از موضوعات مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مردم است، به‌طوری که از آن به عنوان دریچه‌ای به سوی سلامتی کلی فرد نام برده شده است [۱]. شواهد حاکی از آن است که بهداشت دهان و دندان در سراسر جهان، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، وضعیت مناسبی ندارد [۲]. بیماری‌های دهان و دندان جزو بیماری‌های بسیار پرهزینه هستند و همین عامل به عنوان یکی از موانع مهم دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان مطرح است [۳,۴].

خدمات دندانپزشکی در ایران عمدتاً توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود [۵]، با این حال برخلاف مراقبت‌های بستری و سرپایی، خدمات دندانپزشکی تحت پوشش بیمه‌های اصلی نیستند و بیماران باید بیشتر هزینه این خدمات را به صورت مستقیم از جیب خود بپردازند [۶]. بررسی‌ها حاکی از آن است که استفاده از خدمات دندانپزشکی در ایران نسبت به سایر کشورها بسیار کمتر است [۷]. دلیل این امر مهم را می‌توان در فقدان پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی جستجو کرد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد حدود ۹۰ درصد از هزینه‌های خدمات دندانپزشکی توسط خود مردم پرداخت می‌شود [۸,۹].

بیماری‌های دندان جزو شایع‌ترین بیماری‌ها در سراسر جهان است و دسترسی همگانی به مراقبت‌های دندانپزشکی یکی از کلیدهای مقابله با این مشکل به شمار می‌رود [۱۰]. ایجاد دسترسی همگانی به خدمات دندانپزشکی از طریق ایجاد پوشش بیمه‌ای امکان‌پذیر است و داشتن پوشش بیمه‌ای یکی از عوامل تأثیرگذار بر استفاده از خدمات دندانپزشکی است [۱۱,۱۲]. پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی از طریق کاهش هزینه‌ها و افزایش قدرت خرید، افراد را به سمت استفاده بیشتر از این خدمات نسبت به دیگران سوق می‌دهد [۱۳,۱۴]. یکی از الزامات پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت، تعیین تعرفه است. تعرفه به معنای تعیین قیمت کالا یا خدمات توسط دولت است [۱۵]. به عبارت دیگر به میزان پول پرداخت شده به ارائه‌دهنده خدمات سلامت، تعرفه می‌گویند [۱۶]. تعرفه‌ها ابزاری قدرتمند برای سیاست‌گذاران نظام سلامت به منظور تنظیم مشوق‌ها برای ارائه‌دهندگان و پرداخت‌کنندگان در راستای بهبود پاسخگویی در برابر کارآیی و کیفیت و اطمینان از شرایط برابر رقابت پرداخت‌کننده و ارائه‌دهنده فراهم می‌کنند [۱۷].

به استناد قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، بازنگری ارزش نسبی و همچنین تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در کشور بر عهده شورایعالی بیمه سلامت کشور است. با عنایت به نبود تعرفه مشخص برای خدمات دندانپزشکی و سهم بالای پرداخت از جیب توسط مردم، دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور با همکاری اعضای شورا (معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، بیمه‌های تکمیلی) و انجمن‌های علمی تخصصی دندانپزشکی، تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی را به عنوان یک اولویت مهم در دستور کار قرار داد. به همین دلیل، این مطالعه با هدف تبیین فرآیند صورت گرفته در این زمینه به انجام رسید.

روش کار

مطالعه حاضر به تبیین فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی در ایران که در سال ۱۳۹۸ انجام شد پرداخته است. برای تعیین تعرفه ابتدا فهرست خدمات دندانپزشکی مشخص شد و سپس اجزای تعرفه‌ای (شامل جزء حرفه‌ای، جزء فنی و جزء مواد و لوازم مصرفی) به‌صورت زیر محاسبه شد:

الف) فهرست خدمات دندانپزشکی

برای انتخاب منبعی مطمئن به منظور استخراج فهرست خدمات دندانپزشکی، جلسات مختلفی در دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور با حضور اعضای شورا برگزار شد. پس از بحث و بررسی، کتاب نهایی انتخاب و تهیه شد و به منظور ترجمه در اختیار تیم تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت.

ب) جزء حرفه‌ای[1]

جزء حرفه‌ای که نشان‌دهنده تلاش، مهارت و ریسک ارائه خدمت برای تیم ارائه‌دهنده است، مقدار دستمزد دندانپزشک را در ازای ارائه هر نوع خدمتی نشان می‌دهد. جزء حرفه‌ای از

1.Professional Component

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

دو بخش تشکیل شده است:

ب-۱) ارزش نسبی[۲]

برای استخراج ارزش نسبی خدمات دندانپزشکی که ملاک اصلی تـوازن بین‌رشـته‌ای و عامل اصلی تفاوت در دسـتمزد دندانپزشکان برای ارائه خدمات بوده و نشان‌دهنده ارزش ارائه یک خدمت در مقایسه با دیگر خدمات است، جلسات مختلفی با حضور اعضای شـورا در دبیرخانه شـورایعالی بیمه سـلامت برگزار شد و پس از جمع‌بندی، منبع نهایی مشخص شد.

ب-۲) ضریب تبدیل[۳]

ضریب تبدیل، متغیری اسـت که ارزش نسبی خدمات را به پول رایج هر کشـور تبدیل می‌کنـد. ضریب تبدیل یکی از عوامل کلیدی محاسبه دستمزد دندانپزشکان به شمار می‌رود. دسـتمزد دندانپزشـک برای هر خدمت از ضرب کردن ارزش نسـبی هـر خدمت در ضریـب تبدیل به دسـت می‌آید. برای محاسـبه ضریب تبدیل دو گام انجام شـد؛ ابتـدا تعداد ارزش نسبی قابل ارائه توسط دندانپزشک در طول یک سال محاسبه شد و سپس با در نظر گرفتن میزان هزینه مورد نیاز فرد برای یک زندگی متعارف، درآمد سـالانه یک دندانپزشـک عمومی تخمین زده شد. با تقسیم کردن درآمد سالیانه دندانپزشک بر تعداد ارزش نسـبی قابل ارائه در طی یک سال، ضریب تبدیل به دست آمد.

ج) جزء فنی[۴]

جزء فنی شـامل هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای فیزیکی، تأسیسات، فراهم ساختن تسهیلات و شرایط لازم، نیروی انسانی پشتیبانی، هزینه استهلاک و سود سـرمایه برای ارائه هر خدمت است. برای محاسبه جزء فنی، ابتدا فهرسـت تجهیزات اداری و عمومی و هزینه‌های مرتبط با تعمیـرات و نگهداری آنهـا، هزینه اجاره‌بهای سـاختمان، حق‌الزحمه پرسنل غیردندانپزشک، هزینه‌های جاری مطب و هزینه‌های مواد مصرفی عمومی به دست آمد. سپس اطلاعات به دست آمده در جلسات مختلفی در دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور به بحث و بررسی گذاشته شد و برای هریک از سرفصل‌های مذکور تصمیم‌گیری شد. با در نظر گرفتن تعداد روز کاری در سـال و تعداد ساعت کار روزانه، هزینه جزء فنی بـه ازای هر دقیقه فعالیت به دسـت آمد. با ضرب کردن جزء فنی به ازای هر دقیقه فعالیت، در مدت زمان ارائه هر خدمت، هزینه جزء فنی برای آن خدمت محاسبه شد.

د) جزء مواد و لوازم مصرفی[۵]

جـزء مواد و لـوازم مصرفی نشـان‌دهنده مـواد یا لوازم یک‌بار مصرف اسـتفاده شـده طی فرآیند ارائـه هر خدمت اسـت. برای محاسـبه این جزء تصمیم بر آن شد که مواد و لوازم مصرف شـده به‌صورت واقعی در نظر گرفته شود. برای این منظور فهرست خدمات دندانپزشکی، در اختیار اداره کل دندانپزشکی وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت تا درخصوص اسـتخراج فهرست مواد و لوازم مصرفی برای هر یک از خدمات دندانپزشـکی و همچنین قیمت آنها اقدامات لازم انجام شود.

یافته‌ها

یافته‌هـای مطالعـه بـه تفکیـک مراحـل انجـام فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی به شرح زیر است:

الف) فهرست خدمات دندانپزشکی

ملاک شناسـایی و گزارش فهرست خدمات دندانپزشکی، کتاب کدهای پروسیجرهای دندانپزشکی ویرایش سال ۲۰۱۹[۶] [۱۸] بـود که به عنوان کامل‌ترین کتاب درخصوص نام‌گذاری خدمات دندانپزشکی در سطح دنیا به شمار می‌رود.

ب) جزء حرفه‌ای

ب-۱) ارزش نسبی

از کتاب ارزش‌های نسبی برای دندانپزشکان[۷] ویرایش سال ۲۰۱۹ [۱۹] که به طور سـالیانه توسـط انجمن دندانپزشکان آمریکا[۸] منتشر می‌شود، استخراج شد.

ارزش نسـبی خدمات دندانپزشـکی از کتـاب ارزش‌های نسـبی برای دندانپزشکان ویرایش سـال ۲۰۱۹ استخراج شد. ارزش نسـبی خدمات دندانپزشکی در کتاب مذکور به صورت زیر مشخص شده‌اند.

2.Relative Value

3.Conversion Factor

4.Technical Component

5.Consumables Component

6.CDT 2019: Dental Procedure Codes

7.Relative Values for Dentists

8.American Dental Association

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

Code	Description	Units
D7240	removal of impacted tooth - completely bony; Most or all of crown covered by bone; requires mucoperiosteal flap elevation and bone removal.	7.2

ب-۲) ضریب تبدیل

بـه منظور تعییـن ضریب تبدیل ارزش نسـبی، دو گام زیر اجرایی شد:

۱- تعیین تعداد واحد ارزش نسبی قابل ارائه توسط دندانپزشک در طول یک سال: برای این منظور، ابتدا براساس آمار و اطلاعات موجود، تعدادی خدمت به عنوان خدمات شـایع دندانپزشـکی انتخاب شـدند و سـپس به منظور تعیین زمان ارائه هر خدمت در اختیار خبرگان و دندانپزشـکان قرار گرفت. با محاسبه تعداد دقایق ارائه خدمت طی یک سال و تقسیم کردن آن بر زمان ارائه هر یک از خدمات، تعداد خدمت قابل ارائه در یک سـال تعیین شـد. در انتها با ضرب کردن تعداد خدمت قابل ارائه در سال در ارزش نسـبی آن خدمت، تعداد ارزش نسبی هر خدمت در طی یک سـال به دست آمد. به‌عنوان مثال، با فرض ۲۵۵ روز کاری، ۸ سـاعت کار روزانه و ۵ سـاعت کار مفید، یک دندانپزشک در طی یک سال حدود ۷۶,۵۰۰ دقیقه فعالیت دارد. ابتدا با تقسیم کردن تعداد دقایق فعالیت در طی یک سال بر زمان ارائه هر یک از خدمات شـایع، تعداد خدمت قابل ارائه در یک سال به دست آمد و سـپس با ضرب کردن ارزش نسـبی آن خدمت در تعداد خدمات قابل ارائه در سال، تعداد واحد ارزش نسبی قابل ارائه در طول یک سال محاسبه شد. میانگین تعداد ارزش نسبی به دست آمده برای کل خدمات شـایع، به عنوان تعداد ارزش نسبی قابل ارائه در یک سال در نظر گرفته شد.

کد	عنوان خدمت شایع	زمان ارائه (دقیقه)	تعداد خدمت در سال	ارزش نسبی	تعداد ارزش نسبی در سال
D2160	آمالگام-۳ سطحی دندان‌های شیری یا دائمی	۵۰	۱,۵۳۰	۲,۷	۴,۱۳۱

۲- محاسبه درآمد سالانه یک دندانپزشک عمومی: برای محاسبه درآمد سـالانه، فرض شـد که دندانپزشک عمومی در دهک نهم درآمـدی قـرار دارد. بنابراین ابتدا متوسـط مخـارج خوراکی و غیرخوراکی خانوارهای شـهری در دهک نهم در سـال ۱۳۹۷ از گزارش‌های مرکز آمار ایران اسـتخراج شد. سپس با اعمال تورم ۴۰ درصدی، متوسـط مخارج سالیانه یک خانوار در سال ۱۳۹۸ برآورد شـد. با اینکه نتیجه حاصله، نشـان‌دهنده مجموع درآمد یک خانوار اسـت، درآمد به دست آمده به عنوان درآمد یک فرد در دهـک مذکور در نظر گرفته شـد. در مرحله بعـد، با اعمال نـرخ پس‌انداز ملـی خانوار ۴۰ درصدی به متوسـط مخارج این دهـک و اضافه کردن هزینه شـرکت در کلاس‌های بازآموزی و کنگره‌ها، بیمه مسـئولیت، صدور و تمدیـد مجوز، حق عضویت در انجمن‌های علمی و صنفی و مالیات بر درآمد، متوسط درآمد مورد انتظار برآورد شـد. در نهایت با تقسیم کردن درآمد سالیانه مورد انتظار دندانپزشـک بر تعداد ارزش نسبی قابل ارائه در طی یک سال، ضریب تبدیل به دست آمد.

ج) جزء فنی

با مراجعه به تعدادی از مطب‌ها و کلینیک‌های سـطح شهر تهران، سرفصل‌های هزینه‌های سالانه مطب به شرح زیر به دست آمد:

اجاره بهای سـاختمان: براساس استاندارد، ۷۰ متر به عنوان حداقل فضـای فیزیکی محل ارائه خدمت در نظر گرفته شـد و میانگیـن قیمت هر متر مربع مسـکونی از اطلاعـات مرکز آمار ایران به دست آمد. با لحاظ کردن شاخص تبدیل ارزش به رهن (معادل ۲۰ درصد) و همچنین شـاخص تبدیل رهن به اجاره بها (معادل ۳ درصد)، اجاره بهای ماهانه و سـالانه فضای فیزیکی به دست آمد.

استهلاک و تعمیرات و نگهداری تجهیزات: برای این منظور، ابتدا فهرسـت تجهیزات اداری و عمومی مطب‌ها و کلینیک‌های مورد بررسـی اسـتخراج شد، سپس فهرسـت به دست آمده در اختیـار تعـدادی دندانپزشـک دارای مطـب قرار داده شـد تا درخصوص فهرسـت مذکور اعلام نظر کننـد. در ادامه قیمت و عمر مفید تجهیزات اختصاصی از طریق اسـتعلام از شرکت‌های وارد کننده تجهیزات دندانپزشکی و قیمت و عمر مفید تجهیزات عمومی از طریق استعلام از فروشـندگان مربوطه استخراج شد. بـا در نظر گرفتن نرخ بهـره ۲۰ درصدی و عمر مفید تجهیزات، هزینه سالیانه تجهیزات محاسبه شد. برای محاسبه هزینه تعمیر و نگهـداری تجهیزات، ۵ درصد از قیمت کل تجهیزات به صورت سالانه لحاظ شد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

حق‌الزحمه پرسنل غیر دندانپزشک: مبنای محاسبه حقوق ماهانه و سالانه منشی و دستیار دندانپزشک، عناوین موجود در فیش حقوقی بود. در فیش حقوقی، آیتم‌های حداقل حقوق ماهیانه (۳۰,۵ روز)، کمک هزینه اقلام مصرفی خانوار (ماهیانه)، کمک هزینه مسکن (ماهیانه)، کمک هزینه عائله‌مندی (حق اولاد) برای یک فرزند (ماهیانه)، عیدی و پاداش ماهانه (۵ روز مزد)، سنوات خدمت ماهانه (۲,۵ روز مزد)، مرخصی (۲,۵ روز مزد)، حق بیمه تأمین اجتماعی سهم کارفرما و بیکاری (۲۳ درصد) در نظر گرفته شده بود. این موارد برای کارمندان حداقلی‌بگیر محاسبه و مبنای پرداخت ماهانه حق‌الزحمه به منشی یا دستیار دندانپزشک قرار گرفت.

هزینه‌های مواد مصرفی عمومی: در این مورد فهرست مواد مصرفی مورد نیاز خدمات دندانپزشکی به همراه تعداد و قیمت از مطب‌های و کلینیک‌های دندانپزشکی استخراج شد.

هزینه‌های جاری مطب: شامل هزینه‌های واقعی عوارض شهرداری، خدمات شهری دفع پسماندهای عفونی و حامل‌های انرژی (آب، برق، گاز و سوخت) بود که توسط مطب‌های دندانپزشکی طی یک سال پرداخت شده بود.

با جمع کردن کل هزینه‌های مطب دندانپزشکی در طول یک سال و تقسیم کردن آن بر تعداد روز کاری (۲۵۵ روز در سال) و تعداد ساعت کار روزانه (۸ ساعت در روز)، هزینه جزء فنی به ازای یک دقیقه فعالیت به دست آمد.

برای محاسبه جزء فنی هر یک از خدمات دندانپزشکی، ابتدا خدمات مذکور در اختیار اداره کل دندانپزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین انجمن‌های علمی تخصصی دندانپزشکی قرار گرفت تا مدت زمان ارائه هر خدمت به دقیقه را مشخص کنند، سپس با ضرب کردن جزء فنی به دست آمده به ازای هر دقیقه فعالیت، در مدت زمان ارائه هر خدمت، هزینه جزء فنی برای آن خدمت محاسبه شد.

د) جزء مواد و لوازم مصرفی

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و همکاری ۳۶ کلینیک دندانپزشکی از سراسر کشور به استخراج فهرست مواد و لوازم مصرفی حین ارائه هر یک از خدمات دندانپزشکی پرداختند. برای این منظور مواد و لوازم مصرفی به دو گروه عمومی و اختصاصی تفکیک شدند، به این صورت که ابتدا فهرست مواد و لوازم مصرفی که حالت عمومی داشته (دستکش لاتکس، ماسک، روکش پوار و ساکشن، پنبه، گاز استریل و غیره) و به هنگام ارائه هر یک از خدمات دندانپزشکی استفاده می‌شود، استخراج شد و در ادامه براساس قیمت روز آنها، هزینه مواد مصرفی عمومی به دست آمد. سپس هر یک از خدمات به تنهایی مورد بررسی قرار گرفته و فهرست مواد و لوازم مصرفی اختصاصی (روکش الیافی، دستکش جراحی، نخ بخیه، تیغ بیستوری و غیره) آن خدمت استخراج و هزینه مرتبط با هر یک از اقلام با استعلام از شرکت‌های فروشنده به دست آمد. هزینه مواد مصرفی اختصاصی برای هر یک از خدمات دندانپزشکی به تناسب استفاده از این مواد متفاوت بوده و به سرجمع هزینه مواد مصرفی عمومی اضافه شده و کل هزینه مواد و لوازم مصرفی به دست آمد.

بحث

در مطالعه حاضر، فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی در ایران تبیین شده است. تعرفه‌گذاری به عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای سیاست‌گذاران نظام سلامت در هر کشوری مطرح است [۲۰,۲۱]. تعیین منطقی تعرفه‌های خدمات سلامت منجر به برقراری تعادل در بازار مراقبت‌های سلامت، تأمین نیازهای بهداشتی درمانی جامعه، تأمین حداکثر کارایی در تخصیص و مصرف منابع و تشویق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای ارائه خدمات متناسب با اهداف سیاستی می‌شود [۲۲]. طبق قانون، شورایعالی بیمه سلامت کشور مرجع اصلی بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان است. بر همین اساس و با توجه به فقدان تعرفه مشخص برای خدمات دندانپزشکی، دبیرخانه شورایعالی بیمه این مهم را در دستور کار قرار داد.

اهمیت تعیین تعرفه خدمات دندانپزشکی از جنبه‌های مختلف قابل بررسی است. بیمه دندانپزشکی تأثیر مستقیمی بر استفاده از خدمات آن دارد، بدین‌معنا که بدون توجه به سطح درآمدی، فرد بیمه شده استفاده بیشتری از خدمات دندانپزشکی خواهد داشت [۳]. نبود پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی ضمن ایجاد هزینه‌های زیاد برای مردم و جامعه، آنها را از پویایی، سلامت و شادابی دور می‌کند. طی سال‌های گذشته تلاش‌های فراوانی برای پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی انجام شده بود،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

امـا به دلیل نبود تعرفه مشـخص و همچنین ناتوانی در تخمین صحیح بار مالی پوشـش این خدمات برای سـازمان‌های بیمه‌گر به نتیجه‌ای نرسـید. بنابراین می‌توان گفت تعیین تعرفه خدمات دندانپزشکی گام اصلی شروع فرآیند پوشش بیمه‌ای این خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر است.

تاکنـون نبـود تعرفه یکـی از چالش‌های جـدی در بحث خدمات دندانپزشکی بود، به طوری که فرآیند نظارت بر تعرفه‌ها و همچنین بررسـی شـکایات بیماران را با مشـکل مواجه کرده بـود. باتوجـه به تعیین تعرفـه خدمات دندانپزشـکی و تصویب آن توسـط هیئت دولت، فرآیند مذکور تسـهیل شد و مسئولان نظارت و بازرسی با استناد به این مصوبه، به وظیفه خود به خوبی عمل خواهند کرد. مشـارکت ذی‌نفعـان در فرآیند تعرفه‌گذاری یکی از موضوعاتی اسـت که برای افزایش قابلیت اجرایی چنین طرح‌هایی در اولویت قرار دارد. مشـارکت ارائه‌دهندگان خدمات سـلامت در فرآیند تعیین تعرفه خدمات دندانپزشـکی، قابلیت اجرایی تعرفه‌های تعیین شـده را افزایـش می‌دهد. امکان انجام فرآینـد تعرفه‌گذاری خدمات سـلامت در فضای بسـته و بدون مشـارکت ذی‌نفعان وجود ندارد، زیرا در چنین حالتی حتی اگر تعرفه‌گذاری براسـاس اصول علمی نیز صـورت بگیرد، به دلیل لحاظ نشـدن نظرات ذی‌نفعان مختلف، اجرایی شدن این فرآیند با مشکل مواجه خواهد شد [۲۱].

از دیگر نـکات قابل بحث درخصوص مزایـای تعیین تعرفه خدمـات دندانپزشـکی می‌تـوان بـه مدیریت هزینـه در مراکز ارائه‌دهنده خدمات اشـاره کـرد. این مراکز می‌توانند براسـاس سـوابق عملکردی خود با ضرب تعـداد خدمات قابل ارائه در هر یـک از اجزای تعرفه، برآورد مالـی دقیقی از درآمد قابل احصای خود انجام دهند تا در پایان هر دوره بتوانند به تعیین تراز درآمد و هزینـه واقعی خود بپردازند و از این طریق نسـبت به مدیریت درآمد و هزینه مراکز خود گام مهمی بردارند.

یکی از مشـکلات اساسـی در حوزه تعرفه‌گـذاری خدمات سـلامت، به‌روزرسـانی مبتنی بر واقعیت و در بسـتر نوسـانات هزینـه‌ای اسـت. سـاختار طراحی شـده برای تعرفـه خدمات دندانپزشـکی بـه گونه‌ای اسـت که بـا کمترین زمـان ممکن می‌توان هر یک از اجزای آن را متناسـب بـا افزایش هزینه‌های تشـکیل‌دهنده تغییر داد و تعرفه نهایی خدمـت مربوطه را به‌روزرسانی کرد. از طرفی دیگر برای خدمات جدید که فاقد تعرفه هسـتند، ساختار تعرفه به‌گونه‌ای اسـت که با مقایسه با خدمات مشـابه در آن گروه خدمتی و اسـتعلام هزینـه مواد مصرفی در کمتریـن زمان ممکن تعرفه خدمات جدید قابلیت تدوین و ارائه خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشـکی مزایای مختلفی از قبیل هدفمند کردن فرآیند پوشش بیمه‌ای این خدمات، تسهیل فرآیند نظارت بر تعرفه‌ها، بازرسی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات، مدیریت هزینه توسط مراکز ارائه‌دهنده، تسهیل فرآیند به‌روزرسانی تعرفه خدمات موجود، تسـهیل فرآیند تعرفـه‌دار کردن خدمات جدید دارد. پیشنهاد می‌شـود در راستای تحقق اهداف تعرفه‌دار شدن خدمات دندانپزشکی، با استفاده از تکنولوژی‌هایی مانند وب‌سایت اختصاصـی و برنامه موبایلی، تعرفه موجود در دسـترس مراکز و بیماران قرار داده شود و قابلیت دسترسی سریع و همچنین ارائه نقطه نظرات و ثبت شـکایات در پنل‌های موبایلی برای مراجعان و مراکز ارائه‌دهنده در راسـتای بهبـود و ارتقا تعرفه‌های تدوین شده فراهم شود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

بـا تعرفه‌گذاری خدمـات دندانپزشـکی در کلیه بخش‌های ارائه‌دهنـده خدمات، بار مالی ناشـی از ارائه این خدمات در کل کشـور به دسـت خواهد آمد و این امر شواهد لازم برای پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشـکی، مدیریت بهینه پرداخت از جیب بیماران و تعیین سهم خدمات دندانپزشکی از کل بسته خدمات سلامت کشـور را فراهم می‌کند. از سوی دیگر با مشخص شدن سـقف تعرفه‌های مصوب، ابزار لازم برای نظـارت بر مراکز ارائه خدمت ایجاد خواهد شـد که خود شـواهد لازم برای بازنگری و سایر تصمیمات مدیریتی خدمات دندانپزشکی را فراهم می‌سازد.

تقدیر و تشکر

نویسـندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشـکر و قدردانی صمیمانه خود را از همکاران سـازمان‌های بیمه‌گر پایه، بیمه‌های تکمیلی، وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی، دبیرخانه شـورایعالی بیمه سـلامت کشـور و انجمن‌های علمی تخصصی دندانپزشـکی که در فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشـکی مشارکت داشتند، اعلام کنند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

References

1. Khoshnevisan M, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez R. Oral health status and healthcare system in IR Iran. J Contemp Med Sci. 2018;4(3):107-18.
2. Nouraei-Motlagh S, Ghasempour S, Bajoulvand R, Hasanvand S, Abbasi-Shakaram S, Imani-Nasab M. Factors Affecting Demand and Utilization of Dental Services: Evidence from a Developing Country. Shiraz E-Med J. 2019;20(12):e89076.
3. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quiñonez C. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a C anadian population-based study. J Public Health Dent. 2014;74(3):210-8.
4. Bayat F, Ghasemi H. A Model of Basic Dental Care Service for Iran. J Dent Sch. 2018;35(4):1-6.
5. 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. 2019;20(3):e74247.
6. Homaie-Rad E, Kavosi Z, Arefnezhad M. Economic inequalities in dental care utilizations in Iran: Evidence from an urban region. Med J Islam Repub Iran. 2016;30:383.
7. Rezaei S, Pulok MH, Moghadam TZ, Zandian H. Socioeconomic-Related Inequalities in Dental Care Utilization in Northwestern Iran. Clin Cosmet Investig Dent. 2020;12:181-9.
8. Nahvi M, Zarei E, Marzban S, Jahanmehr N. Utilization of dental services and its out-of-pocket payments: a study in dental clinics of Ramsar. J Mashhad Dent Sch. 2017;41(2):171-82. (in persian).
9. Gharibi F, Heidari A, Zarei M. Percentage of out-of-pocket payment for health services by people of Kurdistan in 2010. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2013;18(3):20-8. (in persian).
10. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. 2018;108(2):e1-e7.
11. Bayat F, Akbarzadeh A, Monajemic 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):36-42.
12. Emamgholipour S, Arab M, Yahyavi Dizaj J. The relationship between insurance coverage on Iranian households' use of dental services. Iran J Health Insur. 2020;3(2):128-37. (in persian).
13. Teusner DN, Brennan DS, Spencer AJ. Dental insurance, attitudes to dental care, and dental visiting. J Public Health Dent. 2013;73(2):103-11.
14. Yuan C, Zhu L, Li Y, Liu M, Si Y, Zhang F. Oral health services utilization and influencing factors in downtown community residents older than 15 years in Beijing. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2011;46(3):182-5.
15. Mosadeghrad A, Isfahani P, Karimi F. Hospital service tariff: a conceptual analysis. Hakim Res J. 2020;23(2):246-59. (in persian).
16. Hughes T, Higginson I, Mann C. Tariffs in emergency care. Br J Hosp Med. 2014;75(11):631-6.
17. Gutierrez JC, Marshall R. Developing a Framework for Setting Health Service Tariffs in Botswana: Final Report. USA, Rockville: Abt Associates. 2018: 1-54.
18. American Dental Association. CDT 2019: Dental Procedure Codes. USA: American Dental Association; 2019.
19. Optum. Relative Values for Dentists 2019: Relative values based on survey data from Relative Value Studies, Inc. USA: Optuminsight Inc; 1st edition; 2019.
20. Jabbari A, Azizzadeh M, Keyvanara M, Rahi F. The Consequences of Medical Services Tariffs Reform from the Perspective of Health Managers, a Qualitative Study. Armaghane-danesh. 2016;21(1):95-106. (in persian).
21. Doshmangir L, Rashidian A, Akbari-Sari A. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. Hosp. 2011;10(4):21-30. (in persian).
22. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. Int J Equity Health. 2020;19(1):1-14.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

Explain the Tariff-Setting Process of Dental Services in Islamic Republic of Iran

Pejman Hamouzadeh[1*], Seyed-Sajjad Razavi[2], Mani Yousefvand[3], Saeed Manavi[4], Ghasem Sadeghi[5]

1.Ph.D. in Health Services Management, Sina Trauma and Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor of Anesthesiology, Mofid Children's Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Ph.D. in Health Policy, Secretariat of the Supreme Council of Health Insurance, Tehran, Iran.

4. BSc. in Health Services Management, Secretariat of the Supreme Council of Health Insurance, Tehran, Iran.

5. Doctor of Dentistry, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Insurance coverage of dental services through reducing costs and increasing the purchasing power of people, leads insured people to use more of these services than people without insurance coverage. One of the requirements of dental services insurance coverage is to determine the tariff of these services. The aim of this study was to explain the tariff-setting process of dental services in Islamic Republic of Iran in 2020.

Methods: Various steps were taken to determine the tariff for dental services: identifying the list of services, determining the professional component, the technical component and the consumables and materials component. The required data were collected through ten meetings with the members of the Supreme Council of Health Insurance (Deputy of Treatment, Medical Council of the Iran, and Basic and Complementary Insurance Organizations), two meetings with specialized dental associations, reports of the Statistics Center of Iran and a review of the actual costs of dental clinics across the country.

Results: The professional component was obtained by the cost of living method and by calculating the number of units of relative value that can be provided during a year and then the expected annual income of a general dentist. The technical component was calculated by determining the annual costs of dental clinics and the consumables and materials component by the costing method based on the actual performance of dental clinics across the country. The obtained results for each stage were presented in various meetings in the Secretariat of the Supreme Council of Health Insurance and were confirmed after the final review.

Conclusion: Tariff-setting of dental services has various advantages such as targeting the insurance coverage process of these services, facilitating the process of monitoring tariffs, cost management by provider centers, facilitating the process of updating the tariff of existing services and facilitating the process of tariff-setting of new services.

Keywords: Tariff, Tariff-Setting, Costing, Professional Component, Technical Component, Dental Services.

Please cite this article as follows:

Hamouzadeh P, Razavi SS, Yousefvand M, Manavi S, Sadeghi Gh. Explain the Tariff-Setting Process of Dental Services in Islamic Republic of Iran. Hakim Health Sys Res. 2021; (24): 6-13.

***Corresponding Author:** Sina Trauma and Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Phone: 09127335159, Email: pejman.hamouzadeh@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]