

مطالعه تطبیقی سیستم‌های مراقبت از سلامت دهان و مدل‌های بیمه‌ای در چند کشور برای ارزیابی الگوی مناسب در ایران

فریبرز بیات^۱، آرزو ابن‌احمدی^۲، حمید صمدزاده^۳، محمدحسین خوشنویسان^{۳،۲،۱*}

۱- مرکز تحقیقات دندان پزشکی پیشگیری، پژوهشکده علوم دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- بخش سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۳- اداره سلامت دهان و دندان، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی * نویسنده مسؤول: تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشکده دندان پزشکی شهید بهشتی، بخش سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی. تلفن و نمابر: ۲۲۴۲۱۸۱۳

پست الکترونیک: mh.khoshnevisan@sbmu.ac.ir khoshmh@gmail.com

دریافت: ۹۲/۲/۴ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۳

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه مقایسه سیستم مراقبت از سلامت و بیمه ملی در کشورهای منتخب جهت پیشنهاد الگوی مناسب برای ارزیابی خدمات پایه سلامت دهان در ایران است.

روش کار: این مطالعه به صورت کیفی، و به روش تطبیقی انجام شد. مرحله اول شامل مطالعه مشخصه‌های سیستم مراقبت از سلامت در کشورهای فنلاند، انگلیس، فرانسه، کانادا و ژاپن بود که خروجی آن جداول تطبیقی بر اساس: تأمین‌کنندگان بودجه، محل دریافت خدمت، نوع خدمت، ارائه‌دهندگان و روش‌های بازپرداخت، و گیرندگان خدمت بود. نتایج مطالعه مرحله اول، چارچوب الگوی پیشنهادی را تعیین کرد. در مرحله دوم این چارچوب با استفاده از تکنیک دلفی به اجماع ۲۵ نفر از صاحب‌نظران در مسایل سلامت دهان رسید.

یافته‌ها: مشخصه‌های سیستم ارائه خدمت در کشورهای منتخب و ایران مشترک است؛ اما عملکرد آن‌ها متفاوت می‌باشد. در ایران به منظور تأمین نیازهای درمانی، بسته خدمتی پایه، با تأکید بر خدمات پیشگیری می‌بایست طراحی شود. بسته مذکور باید جزو خدمات تحت پوشش صندوق‌های بیمه ملی سلامت قرار گیرد. کلینیک‌های دندان پزشکی ویژه‌ای باید طراحی شوند که در آن دندان‌پزشک یا بهداشت‌کار معاینات دوره‌ای، خدمات پیشگیری و ارجاع را در قالب پرداخت سرانه به مراجعین ارائه نمایند. دندان‌پزشکان بخش خصوصی در قالب پرداخت به ازای خدمت، سایر خدمات تحت پوشش را به بیماران ارجاعی ارائه نمایند. مالیات و حق بیمه مناسب‌ترین روش تأمین مالی سیستم است و به منظور تداوم استفاده از مزایای بیمه معاینات دوره‌ای می‌بایست اجباری گردد.

نتیجه‌گیری: پوشش تمامی اقشار جامعه از طریق صندوق‌های بیمه ملی، تهیه بسته خدمتی هدفمند با تأکید بر مراقبت‌های پیشگیری، تشویق بخش خصوصی به مشارکت، تأمین مالی خدمات از طریق منابع دولتی، حق بیمه و مالیات، مؤلفه‌های اساسی در طراحی الگوی مناسب سیستم مراقبت از سلامت دهان در ایران است.

کلواژگان: بیمه، سلامت دهان، ایران

مقدمه

مراقبت‌های حرفه‌ای (خدماتی که توسط دندان‌پزشک یا بهداشت‌کار دهان و دندان ارائه می‌شود) است. دریافت خدمت دندان پزشکی به خصوصیات فرهنگی و اجتماعی گیرنده خدمت و همچنین ویژگی‌های سیستم ارائه دهنده، مثل دسترسی و

سلامت دهان جزء لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه‌های زندگی خوب به شمار می‌آید. برخورداری از دهان سالم نیازمند مراقبت‌های فردی، تدوین و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در سطح جامعه (مثل استفاده از مشتقات فلوراید) و

در این مطالعه، ابتدا مؤلفه‌های سیستم ارایه خدمات سلامت و جایگاه بیمه ملی کشورهای فنلاند، فرانسه، انگلستان، کانادا و ژاپن که هر کدام از الگوهای خاص سیستم ارایه خدمت برخوردار هستند بررسی و با سیستم فعلی ایران مطابقت داده شدند. در مرحله بعد، با تأکید بر مؤلفه مالی و نحوه ارایه خدمات، نظرات خبرگان جمع‌بندی و الگوی مناسب برای تأمین خدمات دندان‌پزشکی پایه در ایران پیشنهاد شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کاربردی بود که به صورت کیفی، روش تطبیقی و مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام گردید.

چگونگی انتخاب کشورها: جهت تعیین جامعه مورد مطالعه (کشورهای منتخب) در این بررسی از روش طبقه‌بندی کورپی و پالمه^۳ (۸) استفاده شد. آن‌ها با توجه به دو جزء اساسی سیستم‌های تأمین اجتماعی یعنی میزان پوشش جمعیتی و نوع خدماتی که ارایه می‌شود و همچنین میزان پرداخت و ارتباط آن با درآمد افراد، سیستم‌های تأمین اجتماعی را تقسیم‌بندی کرده‌اند. بر اساس این طبقه‌بندی، کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه به پنج دسته تقسیم می‌شوند:

دسته اول: مدل فراگیر^۴

در این مدل، پوشش همگانی و برخوردار از مزایا برای تمام شهروندان پیش‌بینی گردیده است. خدمات دندان‌پزشکی در بخش دولتی (شهرداری‌ها) برای تمام کودکان (۰-۲۱) رایگان است و برای سایر افراد جامعه بر اساس تعرفه دولتی و پرداخت فرانشیز^۵ است که میزان آن بسته به نوع خدمت دریافتی از ۱۰٪ تا ۶۰٪ تعرفه متفاوت است. بخش خصوصی همراه با بخش دولتی و با حمایت بیمه ملی سلامت به تمامی افراد خدمات ارایه می‌دهد. نمونه این مدل را می‌توان در کشورهای شمال اروپا مانند فنلاند مشاهده کرد.

دسته دوم: مدل تأمین خدمات پایه^۶

پوشش، همگانی است؛ اما خدمات تحت پوشش، محدود می‌باشند. گروه‌های خاص می‌توانند خدمات را از مراکز عمومی دریافت کنند و سایر افراد جامعه خدمات مورد نیاز خود را تنها از دندان‌پزشکان بخش خصوصی که با طرح همکاری می‌کنند می‌توانند دریافت نمایند. نمونه این مدل در کشور انگلستان است.

قابل خرید بودن یک خدمت بستگی دارد (۱ و ۲). از بین عوامل بازدارنده برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی، بالا بودن هزینه و عدم توان مالی برای پرداخت هزینه از جمله عوامل مهم به شمار می‌آید (۳). جزء تأمین مالی سیستم ارایه‌دهنده خدمات سلامت و درون آن بیمه، نقش مهمی در قابل تحمل نمودن هزینه‌ها برای عموم مردم و دسترسی آسان به خدمات ایفا می‌کند.

در اغلب کشورها خصوصاً کشورهای توسعه یافته منابع اصلی تأمین مالی: ۱- پولی که بیمار از جیب پرداخت می‌کند^۱ و ۲- بیمه‌های سلامت^۲ می‌باشند. در بیمه سلامت، افراد به جای پرداخت مستقیم هزینه‌ها، از قبل و به صورت گروهی پولی را در یک صندوق انباشت نموده و سپس در صورت نیاز برای پوشش هزینه‌های درمان از آن استفاده می‌کنند. دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت با قیمت و کیفیت مناسب حق اساسی یکایک افراد جامعه به شمار می‌آید و تأمین این حق از جمله تکالیف دولت‌ها است. برخی از بیانیه‌های بین‌المللی مانند بیانیه جهانی حقوق بشر، کنوانسیون‌های بین‌المللی کار و بیانیه‌های سازمان جهانی بهداشت، به ویژه بیانیه آلماتا بر مسوولیت دولت‌ها در قبال سلامت مردم کشورشان تأکید دارند. بسیاری از دولت‌ها در نیم قرن اخیر اصلاحات متعددی در زمینه تأمین مالی، میزان و نوع پوشش و روش‌های بازپرداخت هزینه‌ها انجام داده‌اند تا ضمن بهبود دسترسی به مراقبت‌های کیفی، سهم بیمار در پرداخت هزینه‌های سلامت را نیز کاهش دهند. مطالعه و تطبیق این سیستم‌ها، با توجه به میزان توفیق آن‌ها در تأمین خدمات دندان‌پزشکی، و مقایسه آن با شرایط موجود در سیستم بیمه‌ای و حمایت‌های اجتماعی ایران می‌تواند در ارایه راهکاری مناسب جهت کاهش هزینه‌ها و افزایش پوشش خدمات سلامت دهان و دندان مؤثر باشد.

در کشورهای توسعه یافته خصوصاً کشورهایی که تابع مدل‌های خاص تأمین اجتماعی هستند، مطالعات بسیاری در رابطه با بیمه و خدمات دندان‌پزشکی و روش‌های مختلف تأمین مالی این خدمات به منظور کاهش هزینه‌هایی که بیمار پرداخت می‌کند صورت گرفته است (۴-۷). گزارش‌های مستند و مبتنی بر شواهد علمی در مورد ساختار بیمه و مؤلفه‌های مرتبط با سازمان‌های بیمه‌گر در ایران اندک بوده و با توجه به بررسی‌های به عمل آمده، مطالعه مشابهی در زمینه دندان‌پزشکی در ایران تاکنون صورت نگرفته است.

³ Korpi and Palme

⁴ Encompassing model

⁵ User-fee

⁶ Basic security model/ Beveridge model

¹ Out-of-pocket payment

² Health Insurance

استفاده شد و مشخصه‌های سیستم سلامت شامل: پوشش دهندگان هزینه مراقبت‌های سلامت دهان و روش‌های تأمین بودجه، محل دریافت خدمت، خدمات تحت پوشش، ارایه‌دهندگان خدمت و روش‌های بازپرداخت، و گیرندگان خدمت در کشورهای منتخب و ایران وارد جداول شد و مورد مقایسه قرار گرفت. اجزای اصلی این جداول با اهداف ویژه پژوهش همخوانی داشت. در مرحله دوم (ارایه الگوی پیشنهادی)، ابتدا با استفاده از داده‌های مرحله اول، الگویی ارایه شد که بر اساس وضعیت سیستم ارایه خدمات سلامت ایران از دیدگاه سیاست‌گذاران، قابل اجرا و از دیدگاه گیرندگان خدمت قالب پذیرش باشد.

پیش از ورود به این مرحله، چارچوب الگوی پیشنهادی که با توجه به مشکلات موجود و نتایج مطالعات تطبیقی و بر اساس آنالیز چارچوبی داده‌ها به دست آمده بود، در قالب سؤالات نیمه‌ساختمند در جمع سه نفر از متخصصان در دو پانل به بحث گذاشته شد. مباحثات ضبط و پیاده‌سازی گردید و خلاصه‌سازی شد و با روش سنتز درون تم‌ها به شکل‌گیری الگو منجر شد.

الگوی ارایه شده برای نقد و تعیین اعتبار (روش دلفی) در اختیار ۲۵ نفر از افراد خبره و صاحب‌نظر در مسایل سلامت دهان که با ویژگی‌های نظام ارایه خدمات درمانی آشنا بودند قرار گرفت (اگر چه تعداد افراد در پانل دلفی، بسته به دامنه موضوع و طیف فکری افراد شرکت‌کننده متفاوت است، در مجموع اغلب منابع حضور ۲۰ نفر صاحب‌نظر را مکفی می‌دانند) (۹). این مرحله با هدف معتبرسازی الگوی اولیه و تبدیل آن به الگوی پیشنهادی انجام شد. در این مرحله از پرسشنامه‌ای استفاده شد که روایی صوری آن را سه نفر از خبرگان سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی، و بیمه‌های سلامت بررسی کردند و بر اساس نقطه نظرات آنان تعدیل لازم اعمال شد. عمده تغییرات بنا بر نقطه نظر خبرگان، شامل جمله‌بندی و انتخاب کلمات در راستای رفع کلمات ابهام‌آمیز و همچنین کوتاه شدن پرسشنامه بود. تحلیل پایایی ابزار طی مطالعه‌ای مقدماتی با ۲۰ نفر از متخصصین سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی و بیمه سلامت از طریق آزمون - بازآزمون (با فاصله دو هفته) و آزمون Intra Class Coefficient محاسبه شد (نتایج بالای ۰/۷ مورد پذیرش قرار گرفت). پرسشنامه از طریق پست الکترونیک و در صورت عدم دسترسی، به صورت حضوری برای مشارکت‌کنندگان ارسال شد و طی نامه‌ای رسمی ضمن معرفی پژوهشگر و توضیح در مورد هدف، از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را در مورد الگو اعلام نمایند. برای تسهیل در

دسته سوم: مدل هدفمند^۷

در این مدل، فقط افراد یا خانواده‌هایی که مشمول دریافت کمک‌های دولتی هستند (Mean-test) می‌توانند برخی از هزینه‌های دندان‌پزشکی را از طریق منابع عمومی تأمین نمایند و سایر گروه‌های جامعه به سمت بیمه‌های خصوصی هدایت می‌شوند. مشمولین برای گرفتن یک خدمت، بدون در نظر گرفتن مقدار و دفعات استفاده از خدمت (Flat-rate)، مبلغ ثابت و مقطوعی پرداخت می‌کنند. در این مدل خدمات تحت پوشش شامل حداقل خدمات دندان‌پزشکی بوده و تنها افراد کم درآمد جامعه را در بر می‌گیرد. نمونه این مدل، بیمه ملی در کشورهای کانادا و استرالیا است.

دسته چهارم: مدل صنفی^۸ یا مدل بیسمارکی

پوشش بیمه‌ای شامل افرادی است که در صندوق‌های شغلی مختلف عضو می‌شوند. بر خورداری از مزایا منوط به عضویت اجباری در طبقه شغلی خاص است و حق بیمه، مرتبط با درآمد فرد می‌باشد. تنوع پوشش خدمات نسبت به مدل‌های بالا بیشتر است. در این روش، بودجه بیشتری تأمین می‌شود و نسبت به مدل‌های هدفمند و تأمین خدمات پایه، هزینه بیشتری صرف می‌شود. نمونه‌های این مدل را می‌توان در آلمان، فرانسه، و ژاپن مشاهده کرد.

دسته پنجم: مدل ترکیبی^۹

ترکیبی از مدل‌های فوق می‌باشد که بیشتر در کشورهای جنوب اروپا (ایتالیا و اسپانیا) دیده می‌شود. بر اساس طبقه‌بندی فوق و پس از مشورت با کارشناسان، برای این مطالعه با توجه به تنوع نظام‌های درمانی، نمونه‌ای از کشورها به روش هدفمند انتخاب گردید و مطالعه بر روی آن‌ها شروع شد. این مطالعه تا اشیاع نمونه‌ها ادامه یافت و در مجموع به مطالعه پنج کشور (فنلاند، فرانسه، انگلستان، کانادا و ژاپن) منجر شد. این پژوهش در دو مرحله به انجام رسید. در مرحله اول (مطالعه مروری)، آخرین مطالعاتی که در زمینه سیستم‌های سلامت و بیمه در داخل و خارج کشور انجام شده است بررسی شد. روش مورد استفاده در این مرحله از نوع جمع‌آوری اسناد و مدارک بود. اطلاعات از طریق مراجعه به کتب، نشریات، سایت‌های معتبر از جمله بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی و سازمان جهانی کار و همچنین مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی معتبر همچون Emerald، Iran Med Proquest، Science direct گردآوری شد. برای تحلیل از جداول تطبیقی

⁷ Targeted model

⁸ Corporatist model

⁹ Hybrid model

نیز با استفاده از تکنیک دلفی و بر اساس تأیید افراد صاحب‌نظر مشخص شد.

ملاحظات اخلاقی: محرمانه ماندن پاسخنامه‌ها، تحلیل یافته‌ها به صورت کلی و بدون درج نام (در نشست صاحب‌نظران از افراد نام برده می‌شد و این اسامی توسط پژوهشگران به هنگام تحلیل حذف شد)، و تشریح موضوع مصاحبه برای مشارکت‌کنندگان از جمله مواردی است که در این مطالعه رعایت شده است.

نتایج

یافته‌های مرحله اول: مطالعه مروری

جدول ۱، پوشش‌دهندگان خدمات، مراکز ارائه خدمت و ارائه‌دهندگان خدمات و روش بازپرداخت هزینه را در کشورهای منتخب و ایران نشان می‌دهد. تمامی کشورهای مورد مطالعه به منظور تأمین خدمات سلامت، ساختار لازم را از طریق بخش دولتی و خصوصی فراهم نموده‌اند.

جمع‌آوری نظر خبرگان از طیف لیکرت ۱ تا ۹ استفاده شد تا افراد موافقت یا مخالفت خود را با انتخاب عددی از ۱ تا ۹ ابراز نمایند. در مورد هر یک از آیتم‌ها قضاوت و رأی افراد جمع‌بندی شد. ملاک پذیرش توافق، ۷۵٪ شرکت‌کنندگان برای هر آیتم بود. به این منظور، نمرات فوق به صورت رتبه‌ای سه‌حالتی (مخالف: ۱-۳، بینابینی: ۴-۶، موافق: ۷-۹) تقسیم‌بندی شدند. هر یک از بندها که موفق به اخذ آرای حداقل ۷۵٪ افراد شرکت‌کننده به صورت موافق شدند، در الگوی پیشنهادی پذیرفته شد. در سایر موارد، نظرات افراد بدون ذکر نام در دور بعد دلفی برای همه شرکت‌کنندگان فرستاده شد و از آن‌ها با توجه به نظرات مطرح شده مجدداً نظرخواهی شد. این روند تا زمانی تکرار شد (دور سوم) که نظرات افراد شرکت‌کننده ثابت و بدون تغییر ماند و اجماع حاصل گردید.

تعیین اعتبار و روایی ابزار: در مرحله گردآوری داده‌ها تلاش شد تا حد امکان از منابع علمی معتبر و به روز استفاده گردد تا اطلاعات به دست آمده نیز معتبر باشد. اعتبار الگوی ارائه شده

جدول ۱- مقایسه کشورهای منتخب بر اساس پوشش‌دهندگان هزینه خدمات سلامت و روش‌های تأمین بودجه-محل‌های ارائه خدمت و ارائه‌دهندگان خدمات- و روش‌های بازپرداخت

کشور	پوشش‌دهندگان هزینه خدمات (روش تأمین بودجه)	محل ارائه خدمت (ارائه دهندگان خدمات)	روش پرداخت به ارائه دهنده خدمت
فنلاند	شهرداری (مالیات عمومی + پارانه دولتی) بیمه ملی سلامت (مالیات بر حقوق)	مراکز سلامت شهرداری PDCs (دندان پزشکی مستخدم شهرداری) مطب و کلینیک‌های خصوصی (دندان پزشکی بخش خصوصی) Access center (دندان پزشکی عمومی و دندان پزشکی سلامت عمومی) public health dentist	حقوق پرداخت به ازای خدمت
انگلستان	National Health Service (NHS) (مالیات عمومی)	Community dental services (دندان پزشکی عمومی و دندان پزشکی سلامت عمومی) عمومی (public health) مراکز بیمارستانی (دندان پزشکی شاغل در مراکز دانشگاهی و بیمارستانی) مطب خصوصی (دندان پزشکی عمومی که بیماران NHS را می‌پذیرد) مراکز و مطب‌های دندان پزشکی خصوصی (دندان پزشکی خصوصی)	حقوق سرانه سرانه - پرداخت به ازای خدمت دریافتی
فرانسه	بیمه همگانی (صندوق تأمین اجتماعی - بیمه‌های تکمیلی) بیمه تکمیلی (بیمه متقابل (شاغلین) بیمه خصوصی (اشخاص) بیمه ملی (مالیات) بیمه خصوصی Den plane (حق بیمه) صندوق بیماری (حق بیمه کارگر-کارفرما)	liberal practitioners (General Practice) Community clinics, hospitals, private (کلینیک‌های عمومی - بیمارستان‌ها و بخش خصوصی طرف قرارداد (دندان پزشکی که با این طرح مشارکت می‌کنند))	پرداخت به ازای خدمت دریافتی پرداخت به ازای خدمت دریافتی
کانادا	dental care plan (دولت-کارمند) Group plan (کارگر-کارفرما) Individual plan (فرد)	مطب‌ها و مراکز دندان پزشکی خصوصی (دندان پزشکی بخش خصوصی)	پرداخت به ازای خدمت دریافتی
ژاپن	دولت (مالیات عمومی) Government-managed health insurance (حق بیمه کارگر، کارفرما، سوسید دولت) Self-managed health insurance societies (حق بیمه کارگر-کارفرما) National health insurance (حق بیمه سوسید دولت)	مراکز سلامت عمومی (دندان پزشکی مستخدم) مراکز و مطب‌های خصوصی (دندان پزشکی بخش خصوصی)	حقوق پرداخت به ازای خدمت دریافتی
ایران	بیمه‌های خصوصی (حق بیمه) وزارت بهداشت (بودجه عمومی) تأمین اجتماعی خدمات درمانی صندوق‌های بیمه ملی نیروهای مسلح بیمه‌های بازرگانی	مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی (دندان پزشکی با بهداشت کار) مراکز متعلق به سازمان تأمین اجتماعی (دندان پزشکی مستخدم) مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و کلینیک‌های دولتی و خیریه طرف قرارداد (دندان پزشکی مستخدم) مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و کلینیک‌های دولتی و خیریه طرف قرارداد (دندان پزشکی مستخدم) مراکز متعلق به نیروهای مسلح - مراکز و مطب‌های طرف قرارداد (دندان پزشکی خصوصی) مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و کلینیک‌های دولتی و خیریه مراکز و مطب‌های خصوصی (دندان پزشکی خصوصی)	حقوق حقوق پرداخت به ازای خدمت دریافتی

نقش اصلی پوشش هزینه خدمات دندان پزشکی را برعهده دارند. در فنلاند نقش این بیمه بسیار اندک بوده و در انگلستان تنها ۱۰٪ جامعه از بیمه خصوصی استفاده می‌کنند.

میزان پرداخت از جیب در کشورهای مورد مطالعه با توجه به سن و خدمت دریافتی متفاوت است. در فنلاند، بالغین در صورت مراجعه به مراکز شهرداری مبلغی از هزینه را در قالب user fee (که در واقع همان فرانشیز است) پرداخت می‌کنند. این افراد در صورت مراجعه به بخش خصوصی، هزینه درمان را بر اساس تعرفه بخش خصوصی پرداخت می‌کنند و بیمه بر اساس تعرفه سازمان که غالباً ۳۰-۱۵٪ کمتر از بخش خصوص است و بسته به نوع خدمت دریافتی، هزینه خدمت دریافتی را به فرد برمی‌گرداند. در سایر کشورهای مورد مطالعه نیز بیماران هنگام دریافت خدمت، بخشی از هزینه را در قالب فرانشیز پرداخت می‌کنند که برای خدمات پیشگیری میزان آن حداقل می‌باشد.

یافته‌های مرحله دوم: نتایج حاصل از روش دلفی نشان داد که هر یک از موارد زیر با توافق ۷۵٪ مورد تأیید صاحب‌نظران است. صاحب‌نظران ضمن تأکید بر ضرورت دریافت خدمات پایه دندان پزشکی به منظور حفظ و ارتقای سلامت دهان، به توافق رسیدند که با توجه به نیازهای دندان پزشکی جمعیت کشور بسته خدمتی تعریف شود. در بسته خدمتی، علاوه بر خدمات پایه (معاینه، ثبت اطلاعات و تجویز دارو، ترمیم سطحی دندان‌ها، کشیدن دندان‌های غیر قابل نگهداری، و رادیوگرافی دندان)، خدمات پیشگیری (فلورایدتراپی گروه سنی زیر ۱۲ سال، فیشور سیلنت مولرهای دایمی گروه سنی ۱۸-۶ سال، جرم‌گیری و بروساژ) نیز لحاظ شود. به منظور کاهش هزینه‌هایی که بیمار از جیب پرداخت می‌کند، این خدمات در تعهد صندوق‌های بیمه ملی قرار گیرد و بهره‌مندی از این خدمات در قالب بیمه منوط به انجام معاینات دوره‌ای باشد. حق بیمه این خدمات از طریق بودجه عمومی و مالیات، حق بیمه کارگر- کارفرما و اعتبارات خاص وزارت بهداشت تأمین شود. دریافت خدمات برای گروه‌های سنی زیر ۱۸ سال رایگان و برای سایر اقشار با پرداخت فرانشیز باشد و مبلغ آن برای خدمات پیشگیری حداقل در نظر گرفته شود. ارایه خدمات در قالب سیستم ارجاع صورت پذیرد که در آن مراکز معین (مراکز متعلق به سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت) معاینات دوره‌ای، نیازسنجی و ارایه خدمات پیشگیری را بر عهده داشته باشند و در صورت نیاز به خدمات بیشتر، بیمه شده را به مراکز یا دندان‌پزشکان خصوصی ارجاع کنند. پرداخت به دندان‌پزشک در مراکز معین به صورت سرانه و در بخش خصوصی به صورت پرداخت به ازای خدمت باشد.

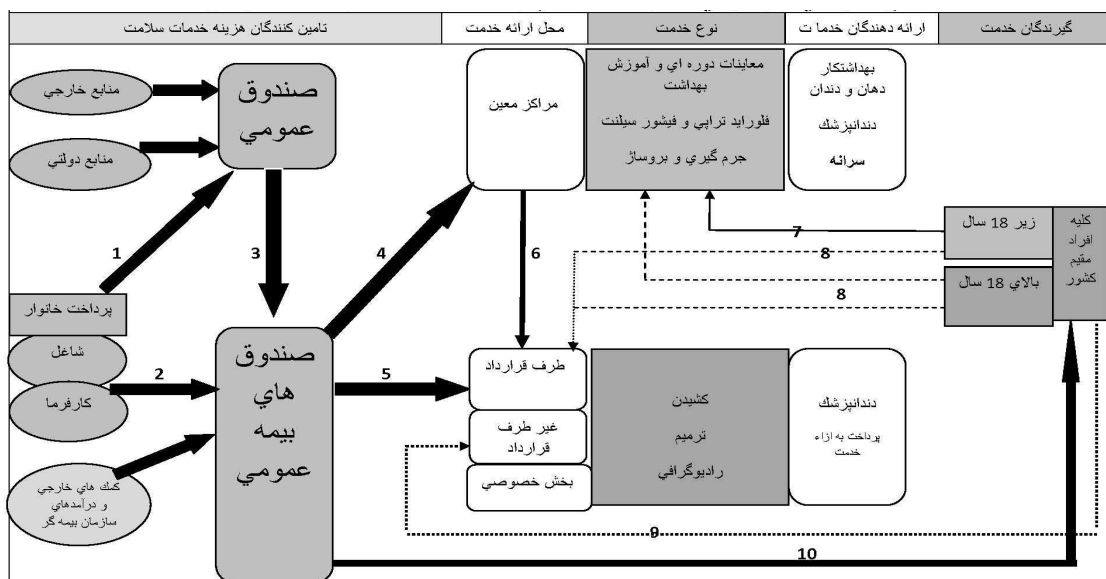
پوشش‌دهندگان هزینه خدمات سلامت در کشورهای مورد بحث به سه دسته عمده دولتی، بیمه ملی سلامت و بیمه خصوصی تقسیم می‌شوند. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، بخش خصوصی و دندان‌پزشکان شاغل در مطب یا مراکز خصوصی نقش اصلی را در ارایه خدمات دندان پزشکی ایفا می‌کنند. در فنلاند فقط مراکز متعلق به شهرداری‌ها (PDCs) و در انگلستان مراکز ارایه خدمت مربوط به محلات (CDS) و مراکز دسترسی^{۱۰} از دندان‌پزشکان حقوق‌بگیر استفاده می‌کنند. در فرانسه، کانادا و ژاپن، دندان‌پزشکان خصوصی تقریباً تنها ارایه‌کنندگان خدمات هستند. دندان‌پزشکان شاغل در مراکز دولتی در فنلاند و انگلستان به صورت حقوق، هزینه خدمات ارایه شده را دریافت می‌کنند. در انگلستان روش متداول پرداخت سرانه به ازای جمعیت‌گیرنده خدمت است و در سایر موارد نیز یا دندان‌پزشک با بیمه‌ها قرارداد داشته و بخشی از هزینه خدمات را طبق قرارداد و بر اساس تعرفه از سازمان بیمه‌گر دریافت می‌کند و یا این که بیمار کل هزینه را به دندان‌پزشک پرداخت می‌کند و سپس بخشی از آن را از بیمه پس می‌گیرد. جدول ۲، کشورهای منتخب را بر اساس پوشش‌دهندگان هزینه خدمات و روش‌های تأمین بودجه، گیرندگان خدمت و نوع خدمت دریافتی، و میزان پرداخت بیمار نشان می‌دهد.

درصد جمعیت تحت پوشش خدمات دندان پزشکی دولتی و یا بیمه‌های ملی در فنلاند و انگلستان ۱۰۰٪، در فرانسه ۸۰٪ و کمترین میزان آن در کانادا و ژاپن است. به طوری که بخش دولتی و یا بیمه‌های ملی تنها گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه را تحت پوشش خدمات دندان پزشکی دارند. خدمات دندان پزشکی تحت پوشش دولت و یا بیمه‌های ملی اغلب شامل خدمات دندان پزشکی پایه است که بسته خدمتی آن با توجه به نیازهای درمانی هر کشور متفاوت است؛ اما خدمات پیشگیری خصوصاً برای کودکان زیر ۱۸ سال و خدمات اورژانس و ترمیم دندان از جمله مواردی است که دولت و بیمه ملی سلامت در تمامی کشورهای مورد مطالعه هزینه آن را پوشش می‌دهد. در فنلاند، خدمات دندان پزشکی پیشگیری که در مراکز شهرداری ارایه می‌شود رایگان است و در صورت دریافت این خدمات از بخش خصوصی، ۶۰٪ هزینه آن توسط بیمه ملی پوشش داده می‌شود. در انگلستان و در مراکز CDS خدمات پیشگیری به صورت رایگان ارایه می‌شود. در فرانسه، بیمه ملی تا ۷۰٪ و در ژاپن مراکز دولتی ۱۰۰٪ هزینه خدمات پیشگیری را پوشش می‌دهند. در فرانسه، کانادا، و ژاپن بیمه‌های خصوصی (بیمه تکمیلی)

¹⁰ Access center

جدول ۲- مقایسه کشورهای منتخب بر اساس پوشش دهندگان هزینه خدمات سلامت و گیرندگان خدمت-نوع خدمت تحت پوشش و میزان پرداخت بیمار

کشور	پوشش دهندگان هزینه خدمات (روش تأمین بودجه)	گیرندگان خدمات (نوع خدمت دریافتی)	میزان پرداخت بیمار
فنلاند	شهرداری (مالیات عمومی + بارانه دولتی)	افراد زیر ۲۱ سال (کلیه خدمات دندان پزشکی) تمامی افراد مقیم فنلاند (همه خدمات به جز ارتودنسی و پروتز)	زیر ۲۱ سال رایگان و بالای ۲۱ سال فرانشیز بر اساس تعرفه به جز خدمات پیشگیری کل هزینه توسط بیمار پرداخت و سپس بخشی از آن توسط بیمه به بیمار بازپرداخت می شود
انگلستان	National Health Service (NHS) (مالیات عمومی)	Access center: گروه های هدف (مراقبت های اولیه دندان پزشکی) Community dental services: گروه های آسیب پذیر (مراقبت های اولیه دندان پزشکی و خدمات) Domiciliary	پولی پرداخت نمی کند
فرانسه	بیمه همگانی (صندوق تأمین اجتماعی - بیمه های تکمیلی)	همه افراد جامعه (همه خدمات بسته به نوع قرارداد) شاغلین و وابستگان آن ها (معاینات پیشگیری - فیشورسیلنت و درمان های محافظه کارانه) اقشار ضعیف و کم درآمد (معاینات پیشگیری - فیشورسیلنت و درمان های محافظه کارانه)	بیمه خصوصی Den plane (حق بیمه) صندوق بیماری (حق بیمه کارگر-کارفرما) بیمه همگانی (صندوق تأمین اجتماعی - بیمه های تکمیلی)
کانادا	dental care plan (دولت-کارمند) Group plan (کارگر-کارفرما) Individual plan (فرد)	شاغلینی که درآمدشان از حد مشخصی بالاتر است (کلیه خدمات بسته به قرارداد) اشخاص به صورت گروهی یا فردی (کلیه خدمات بسته به قرارداد) کودکان دبستانی زیر ۱۰ سال (QBECK) - بومیان و دریافت کنندگان کمک های مالی - مراجعین به مراکز بیمارستانی (خدمات پایه و بیمارستانی) کارکنان دولت و وابستگان آن ها (معاینات دوره ای - رادیوگرافی - خدمات پیشگیری - ترمیم - درمان ریشه - پروتز و خدمات ارتودنسی (با محدودیت هایی) فرد و افراد تحت تکفل (کلیه خدمات بسته به قرارداد)	فرانشیز بر اساس نوع قرارداد پولی پرداخت نمی کند پولی پرداخت نمی کند فرانشیز بر اساس نوع قرارداد
ژاپن	Government-managed health insurance (حق بیمه کارگر-کارفرما - سوساید دولت) Self-managed health insurance societies (حق بیمه کارگر-کارفرما) National health insurance (حق بیمه سوساید دولت)	کارگران کارخانه های کوچک با درآمد کمتر از ۱۲۰۰۰۰ ین (فقط خدمات درمانی) کارگران کارخانه های با بیش از ۳۰۰ کارگر (فقط خدمات درمانی) کشاورزان - افراد بیکار و سالمندان و بازنشستگان (فقط خدمات درمانی)	۳۰٪ هزینه را در قالب فرانشیز (کودکان و سالمندان معاف از پرداخت فرانشیز هستند)
ایران	مراکز تأمین اجتماعی مراکز طرف قرارداد	کلیه افراد (خدمات پایه دندان پزشکی) مشمولین تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل (خدمات پایه دندان پزشکی) مشمولین تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل (معاینه - کشیدن و جرم گیری) مشمولین بیمه خدمات درمانی (معاینه - کشیدن و جرم گیری - گرافی) کارکنان و مستخدمین نیروهای مسلح (کلیه خدمات دندان پزشکی)	فرانشیز بر اساس نوع قرارداد رایگان برای گروه های هدف - فرانشیز برای سایر افراد پولی پرداخت نمی کند فرانشیز



1 فرانشیز 2 رایگان 3 بیمه 4 درآمد حاصل از مالیات خاص - بارانه - سهم بیمه 5 سرانه 6 پرداخت به ازاء خدمت 7 ارجاع 8 رایگان 9 فرانشیز 10 کل هزینه را بیمار می پردازد
باز پرداخت بخشی از هزینه بر اساس تعرفه 10 کل هزینه را بیمار می پردازد

شکل ۱- مدل پیشنهادی روش های تأمین خدمات پایه سلامت دهان و دندان در ایران

سال بهترین زمان برای انجام این مداخلات است. لذا ایجاد شرایط لازم برای دریافت خدمات پیشگیری اولیه مانند فیشور سیلنت و فلورایدتراپی، جرم‌گیری و بروساژ و خدماتی مانند ترمیم و کشیدن دندان‌های غیر قابل نگهداری از جمله اولویت‌های درمانی جامعه ایرانی می‌باشد و لازمه بهره‌مندی از این خدمات تدوین بسته خدمتی پایه است.

بسته خدمتی و نحوه پوشش خدمات: کشورهای مورد بررسی بر اساس نیازهای درمانی افراد جامعه و امکانات موجود در سیستم ارایه خدمات (دولتی و خصوصی) و توزیع سنی جمعیت، بسته خدمتی را تعریف کرده‌اند تا بر اساس آن میزان و نحوه پوشش هزینه‌ها برای تأمین‌کنندگان مالی مشخص و نحوه ارایه یا خرید این خدمات تعیین شود. آن چه که در سیستم‌های ارایه خدمات دیده می‌شود در دو قالب قابل بحث است: ۱- نوع خدماتی که در بسته پایه گنجانده می‌شود؛ ۲- نحوه پوشش جمعیت و هزینه‌ها با توجه به گروه سنی خدمت‌گیرنده. در تمامی این کشورها خدمات اورژانس و پیشگیری، اولویت اول بسته خدمتی محسوب می‌شوند که برای سنین خاصی رایگان می‌باشد. سایر خدمات پایه دندان‌پزشکی نیز بسته به نوع سیستم و ارایه‌دهندگان خدمات متفاوت می‌باشد. در فنلاند، انگلستان، فرانسه و کانادا خدمات پیشگیری به کودکان و نوجوانان به صورت رایگان و برای بالغین با پرداخت فرانشیز ارایه می‌شود.

نتایج حاصل از مرحله دوم این مطالعه نشان داد که تمامی صاحب‌نظران ضمن تأکید بر نقش دریافت خدمات پایه دندان‌پزشکی در ارتقای سلامت دهان، بر گنجاندن خدمات پیشگیری در بسته خدمتی تأکید دارند. مطالعات مختلفی هزینه- اثربخشی روش‌های پیشگیری از پوسیدگی (۱۷ و ۱۸) و تأثیر خمیر دندان‌های حاوی فلوراید را در کاهش آن بررسی و ثابت کرده است (۱۹ و ۲۰)، لذا بسته خدمتی می‌بایست در برگرفته خدمات اورژانس، فیشور سیلنت، فلورایدتراپی، ترمیم دندان و کشیدن دندان‌های غیر قابل نگهداری باشد.

بیمه و سلامت دهان: مطالعات مختلف نشان داده است که استفاده از خدمات دندان‌پزشکی به فاکتورهای متعددی بستگی دارد که در بین آن‌ها نقش بیمه در ایجاد تقاضا و استفاده از خدمات دندان‌پزشکی قابل توجه است (۵، ۷ و ۲۱). هزینه خدمات دندان‌پزشکی باعث می‌شود تا اغلب مردم به دندان‌پزشک مراجعه نمایند (۲۲ و ۲۳). در جوامعی که بخش خصوصی ارایه دهنده غالب در خدمات دندان‌پزشکی است عمده پرداخت هزینه‌ها مستقیماً از جیب بیماران صورت می‌گیرد و این

مطالعه حاضر نشان داد که تمامی سیستم‌های ارایه خدمات برای ارتقای سلامت دهان و افزایش دسترسی و کمک به تأمین هزینه‌های دندان‌پزشکی در کنار حمایت‌های دولتی از بیمه‌های ملی سلامت نیز به عنوان راهکاری برای کاهش پرداخت از جیب جمعیت تحت پوشش استفاده می‌کنند.

اهمیت پیشگیری در کاهش هزینه‌ها و ارتقای سلامت: مطالعات نشان داده‌اند که در برخی کشورها دهان از نظر هزینه‌های درمانی گران‌ترین بخش بدن است (۱۰) و هزینه درمان بیماری‌های دهان در کشورهای اروپایی اغلب بیشتر از هزینه سایر بیماری‌ها مثل سرطان، بیماری‌های قلبی و روانی است (۱۱). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دهان و دندان که بیشترین بار مالی را در کشورهای با درآمد بالا بر مردم و اقتصاد آن جوامع تحمیل می‌کند پوسیدگی دندان و عواقب ناشی از عدم درمان آن است. نکته مهم آن که این بیماری با استفاده از فرآورده‌های فلوراید و دیگر روش‌های پیشگیری که هزینه- اثربخشی آن‌ها به اثبات رسیده قابل کنترل است (۱۲). در کشورهای اروپای شمالی که اولویت را بر پوشش هزینه خدمات پیشگیری قرار داده‌اند، کاهش قابل ملاحظه‌ای در شیوع این بیماری‌ها به وقوع پیوسته است (۱۳). از طرفی تحلیل سیستم ارایه خدمات دندان‌پزشکی آمریکا نشان داد که در سیستم‌هایی که اولویت اول آن‌ها درمان بیماری است، از نظر اقتصادی هزینه سنگینی بر سیستم تحمیل می‌شود، از بعد اجتماعی نیز ناخوشایند بوده و از نظر اخلاقی نیز پاسخگو نمی‌باشد (۱۴ و ۱۵). در مقایسه، روش‌های پیشگیری خصوصاً در جوامعی که سایر ریسک فاکتورهای مرتبط با بیمارهای دهان در آن‌ها شیوع بالایی دارد (۱۶)، در جلوگیری از اتلاف منابع مالی بسیار مؤثرتر از روش‌هایی است که متمرکز بر درمان می‌باشد. با توجه به بررسی‌های ملی انجام شده پوسیدگی، پلاک دندان، جرم و پاکت‌های پریودنتال عمیق در افراد ایرانی شایع است و تمرکز صرف روی درمان این بیماری‌ها با توجه به ساختار جمعیتی و سنی جامعه و افزایش پیچیدگی روش‌های درمانی، کمکی به حفظ و ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه نکرده و بار مالی این هزینه‌ها نیز بر دوش مردم و سیستم سنگینی می‌کند. در حال حاضر حدود ۱/۳ جمعیت کشور در رده سنی زیر ۱۸ سال قرار دارند و با توجه به روند بیماری‌های دهان و دندان، در صورت عدم توجه به مداخلات پیشگیرانه، این روند منتج به بیماری‌های پیچیده‌تر در سنین بالا خواهد شد که بار مالی و تبعات سنگین‌تری خواهد داشت. دوران سنی زیر ۱۸

روش پرداخت هزینه، تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی گروه‌های کم‌درآمد داشته و میزان مراجعه به دندان‌پزشک را در این گروه‌ها به حداقل می‌رساند. در نتیجه، تقسیم هزینه‌ها از طریق شخص ثالث یا بیمه‌های سلامت باعث می‌شود تا با کاهش یا حذف موانع مالی، دسترسی به خدمات دندان‌پزشکی آسان‌تر شود (۲۷-۲۴). کمک به پوشش هزینه‌ها سبب می‌شود تا هزینه‌های پرداخت از جیب بیماران کاهش و قدرت خرید بهبود پیدا کند و متعاقب آن نیازهای احساسی آسان‌تر منجر به تقاضا و استفاده از خدمات دندان‌پزشکی شود (۲۴ و ۲۸). نمونه بارز آن درصد بالای مراجعه به دندان‌پزشک در کشورهای شمال اروپا (فنلاند ۷۷٪، سوئد ۷۱٪) و اروپای مرکزی (فرانسه ۵۲٪، آلمان ۷۱٪) که از سیستم بیمه‌ای جامعی برخوردار هستند در مقایسه با کشورهایی که سیستم بیمه قوی ندارند (رومانی ۳۴٪، اسپانیا ۴۳٪، لهستان ۴۴٪) است. این میزان در تهران برای افرادی که دارای پوشش بیمه بوده‌اند ۵۴٪، در مقایسه با ۴۶٪ برای افراد فاقد بیمه بوده است (۲۹). در کشورهایی که پوشش بیمه‌ای ندارند مانند رومانی، هزینه خدمات دندان‌پزشکی عامل اصلی عدم مراجعه به دندان‌پزشک بوده است، در حالی که این فاکتور (هزینه) کمترین اهمیت را در کشورهایی که از سیستم بیمه‌ای برخوردار بوده‌اند (فنلاند و انگلستان) داشته است (۳۰).

به طور کلی دو نوع بیمه سلامت وجود دارد: بیمه‌های ملی و بیمه‌های خصوصی (و بازرگانی). بیمه‌های ملی سلامت معمولاً در راستای برآورده کردن اهداف زیر تشکیل شده‌اند: کاهش بار مالی ناشی از بیماری و تسهیل دریافت خدمات؛ بهبود وضعیت سلامت دهان از طریق افزایش استفاده از خدمات؛ افزایش کارآمدی آرایه خدمات دندان‌پزشکی؛ و کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات. بیمه‌های ملی شامل آن دسته از بیمه‌های سلامت است که بخش وسیعی از جامعه را تحت پوشش دارد. معمولاً در هر کشور فقط یک بیمه ملی (عمومی) وجود دارد. عضویت در این نوع بیمه‌ها اجباری بوده و افراد شاغل (هم حقوق‌بگیر و هم خویش‌فرما) حق بیمه خود را از طریق کسر حقوق یا درآمد پرداخت می‌کنند. کارفرمایان و در مواردی دولت نیز در پرداخت حق بیمه سهم دارند (۴، ۳۱ و ۳۲). در این بیمه‌ها غالباً بخشی از هزینه‌های درمان دندان‌پزشکی بسته به سن بیمار، و نوع درمان دریافتی قابل پرداخت است. در کشورهای شمال اروپا که از مدل Nordic پیروی می‌کنند بیمه ملی به عنوان یک طرح کمکی (تکمیلی) برای بازپرداخت بخشی از هزینه درمان افرادی که خدمات خود را از بخش خصوصی دریافت می‌کنند عمل می‌کند (۴). بارزترین مشخصه

مدل Nordic دخالت قابل توجه دولت در تأمین مالی و آرایه خدمات و همچنین پوشش همگانی است. به منظور افزایش بهره‌مندی تمامی افراد جامعه از خدمات پایه دندان‌پزشکی و کاهش سهم بیمار در پرداخت هزینه‌ها، خدمات پایه باید مانند کشورهای مورد بررسی در تعهد بیمه‌های ملی سلامت قرار گیرد و پوشش جمعیتی این نوع بیمه‌ها نیز باید همگانی باشد.

پوشش همگانی افراد جامعه: تمامی سیستم‌های مورد بررسی به دنبال پوشش همگانی خدمات سلامت خصوصاً خدمات پایه هستند و نقش دولت‌ها در تأمین مالی خدمات پایه همگانی برای گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر رو به افزایش است.

پوشش همگانی یکی از اهداف مهم و نشانه توسعه اقتصادی و اجتماعی یک جامعه است که به دو صورت قابل انجام است: ۱- همگانی کردن خدمات پایه "Expansion phase" و سپس افزایش نوع خدمات "Deepening phase"؛ و ۲- آرایه خدمات به گروه‌های خاصی از جامعه و سپس تعمیم پوشش در فازهای مختلف به سایر گروه‌های سنی جامعه (۳۳). در حالت دوم، باید این موارد در نظر گرفته شود: ۱- چه گروه‌های سنی بیشتر از چه بیماری‌هایی رنج می‌برند؛ ۲- بیشترین نیاز درمانی گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر کدام است.

در ایران نیز برنامه پنج ساله سوم بر پوشش همگانی خدمات سلامت و افزایش دسترسی به این خدمات در قالب سیستم ارجاع تأکید دارد. بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی و در قالب آن پوشش هزینه‌های ناشی از حوادث و سوانح و خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی و دولت موظف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند (۳۴). در این راستا نظام جامع تأمین اجتماعی در سه حوزه اصلی تشکیل شده است که حوزه بیمه‌ای آن در بر گیرنده بخش بیمه‌های درمان است و به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود (۳۵). پوشش همگانی در عین مزایایی که دارد، یک اکسیر نیست و لزوماً دلالت بر کارآمدی و اثربخشی نمی‌کند. به عبارتی پوشش همگانی می‌بایست شامل دسترسی گسترده به بسته خدمتی مناسب باشد. در این راستا یکی از وظایف سیستم سلامت و بیمه‌ها هدایت منابع سازمان به سمت تعیین و خرید خدمات مناسب است. از طرفی در اغلب کشورها ظرفیت بخش سلامت از بعد دارایی‌ها و منابع انسانی برای دسترسی همگانی افراد جامعه به خدمات ضروری، بسیار محدود است. در رابطه با پوشش همگانی خدمات دندان‌پزشکی

سلامت دهان، ۱۹۴۲ مرکز به صورت فعال و نیمه‌فعال توسط ۱۳۷۵ دندان‌پزشک رسمی، ۶۴۶ طرحی، ۵۱ قراردادی (۲۰۲۲ نفر) و ۱۱۵ بهداشت‌کار دهان و دندان و ۹۰ کاردان بهداشت دهان خدمات ارائه می‌دهند که در مقایسه با جمعیت کل کشور (۷۵۰۰۰۰۰۰)، نسبت ارائه دهنده به جمعیت، بالغ بر ۱/۳۳۰۰۳ نفر خواهد بود. از طرفی به نظر می‌رسد روش پرداخت به شاغلین این مراکز که به صورت حقوق ثابت و اضافه کار یا کارانه است، انگیزه کافی در این افراد برای ارائه خدمات ایجاد نمی‌کند. بخش بیمه ملی نیز شامل سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی است که بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه در حال حاضر سازمان تأمین اجتماعی هزینه کشیدن، پرکردن، جرم‌گیری و معاینه و تجویز دارو را در مراکز متعلق به خود به صورت رایگان پوشش می‌دهد و هزینه ویزیت، کشیدن، گرافی و جراحی توسط سازمان خدمات درمانی و همچنین تأمین اجتماعی با پرداخت فرانشیز در مراکز بهداشتی درمانی وزارت بهداشت پوشش داده می‌شود.

اگرچه ساختار بیمه ملی ایران در مطابقت با سایر کشورهای منتخب، مطلوب و در برگیرنده تمامی مؤلفه‌های لازم است، به علت وجود مشکلات عمده در هر یک از این مؤلفه‌ها، کارآیی این سیستم خصوصاً در زمینه خدمات دندان‌پزشکی با چالش‌های زیر روبرو است:

۱- چرخه اداری ارائه خدمات در سازمان تأمین اجتماعی: وظیفه اصلی سازمان‌های بیمه‌گر، جمع‌آوری حق بیمه و انتخاب خدمت دهنده و پرداخت هزینه‌ها می‌باشد. در کشورهای مورد بررسی، هیچ سیستم بیمه‌ای که ارائه دهنده خدمت باشد یافت نشد و کار عمده آن‌ها در این بعد عمدتاً خرید خدمات از بخش خصوصی و یا گاه‌ب‌گاه بخش‌های دولتی است. در ایران، سازمان تأمین اجتماعی جمع‌کننده حق بیمه، ارائه دهنده خدمت و پرداخت‌کننده (باز پرداخت) هزینه‌های درمان می‌باشد.

۲- دسترسی به خدمات: معایب ارائه خدمت در مراکز متعلق به تأمین اجتماعی عبارتند از: الف- محدود بودن مراکز دندان‌پزشکی متعلق به بیمه که دسترسی به خدمات را برای بیمه‌شدگان مشکل می‌کند؛ ب- طولانی بودن زمان انتظار برای دریافت خدمات به طوری که افراد بیمه‌ای مجبور هستند ساعت‌ها در صف بمانند تا از خدمت بهره‌مند شوند؛ ج- پایین بودن کیفیت خدمات عرضه شده با توجه به حجم بالای بیماران. با توجه به محدود بودن مراکز دندان‌پزشکی متعلق به بیمه تأمین اجتماعی و همچنین مراکز بهداشتی درمانی وزارت بهداشت و در نظر داشتن آن که بخش اصلی ارائه دهنده

نیز بسنده کردن به نیروها و امکانات موجود در سازمان‌های بیمه‌ای کارآمد کافی نبوده و استراتژی تشویق به همکاری بخش خصوصی از مواردی است که سیاست‌گذاران این بخش می‌بایست در نظر داشته باشند.

در حال حاضر، اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و کمک دولت از جمله موارد اصلی در دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌ها است. ماده ۴ "قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور" و ماده ۳۸ قانون برنامه پنج ساله پنجم، دولت را مکلف نموده تا ساز و کارهای لازم برای بیمه پایه، همگانی و اجباری سلامت را تعیین و ابلاغ نماید و در این راستا به دولت اجازه داده تا بخش بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های دستگاه اجرایی و مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید و «سازمان بیمه سلامت ایران» را ایجاد نماید.

چالش‌های فعلی نظام سلامت و بیمه در ایران: در ایران هزینه خدمات دندان‌پزشکی از راه‌های زیر تأمین می‌شود: پرداخت مستقیم از جیب، کمک‌های دولتی، بیمه‌های ملی، و بیمه‌های خصوصی. بررسی‌های انجام شده در کشورهای منتخب نشان داد که حجم عمده هزینه‌های دندان‌پزشکی در این کشورها مستقیماً توسط بیمار پرداخت می‌شود، خصوصاً برای گروه‌های سنی بالای ۱۸ سال. همان طور که انتظار می‌رفت میزان این پرداخت با سیستم ارائه خدمت و مزایای دولتی یا بیمه‌ای ارتباط عکس دارد. مثلاً در فنلاند ۲۰٪، فرانسه و آلمان ۲۵٪، دانمارک ۶۷٪ و اسپانیا ۹۰٪ هزینه‌های دندان‌پزشکی را خود بیمار پرداخت می‌کند (۳۶). در ایران آمار دقیقی از این شاخص ارائه نشده است؛ اما با توجه به این که بیش از ۸۰٪ خدمات دندان‌پزشکی در بخش خصوصی ارائه می‌شود و همچنین محدود بودن مراکز طرف قرارداد با بیمه و پوشش محدود این خدمات تخمین زده می‌شود که بیش از ۹۰٪ هزینه‌های دندان‌پزشکی را خود بیماران پرداخت می‌کنند. در ایران خدمات پایه دندان‌پزشکی در دو بخش و به صورت متفاوت عرضه می‌شود: بخش دولتی از طریق اختصاص بودجه به برنامه‌های سلامت دهان و راه‌اندازی مراکز بهداشتی درمانی (وزارت بهداشت) فعال است. این مراکز برخی خدمات پیشگیری، ترمیم‌های ساده و کشیدن دندان را با تعرفه خاص به گروه‌های هدف و سایر مراجعین ارائه می‌دهند. مشکل این مراکز در زمینه دسترسی و فراهمی و عدم انگیزه نیروها برای کار کردن است. بر اساس گزارش وزارت بهداشت از ۲۹۸۳ مرکز دارای واحد

خدمات در ایران در بخش خصوصی مشغول بکار هستند، واگذاری ارایه خدمات به بخش خصوصی از ضروریات سیستم بیمه به شمار می‌آید.

۳- جمعیت تحت پوشش شامل تمامی افراد جامعه نمی‌شود. علی‌رغم ادعای سازمان‌های بیمه‌گر مبنی بر پوشش کامل جمعیت کشور، برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۲۰٪ جامعه فاقد پوشش بیمه‌ای هستند. از آنجایی که عضویت در این بیمه‌ها اغلب منوط به اشتغال بکار بیمه شده اصلی است، انتظار می‌رود جمعیت فاقد پوشش بیمه عمدتاً در دو گروه قرار گیرند: گروه‌های با درآمد بالا که نیازی به پوشش بیمه‌ای نمی‌بینند؛ و گروه‌های کم‌درآمد و بیکار که غالباً جزو آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند که علاوه بر مشکلات مالی از شرایط فرهنگی و اجتماعی خوبی نیز برخوردار نیستند؛ مطالعات نشان داده که این گروه نیازهای درمانی بالا و وضعیت سلامت نامطلوبی دارند و باید پوشش بیمه‌ای این افراد برای برخورداری از مزایای بیمه پایه در اولویت بیمه ملی قرار گیرد. در مورد بیمه خدمات درمانی نیز محدودیت مراکز طرف قرارداد که تنها شامل مراکز بهداشتی درمانی عمومی است، برای بیمه‌شدگان مشکل دسترسی به خدمات را ایجاد می‌کند.

در رابطه با خدمات پایه دندان پزشکی، شورای عالی بیمه در سی و چهارمین جلسه خود (۱۳۸۷/۲/۲۸) دستورعمل اجرایی طرح "ارایه خدمات دندان پزشکی به کودکان ۱۲-۶ سال" را به تصویب رساند که به واسطه آن خدمات پیشگیری (فیشور سیلنت و فلورایدتراپی) را در بسته خدمات پایه منظور کرد؛ اما در حال حاضر هیچ کدام از صندوق‌های بیمه ملی، پرداخت هزینه این خدمات را در تعهد خود نمی‌دانند. مشکل سازمان‌های بیمه‌گر در پوشش خدمات پیشگیری در قالب بسته خدماتی این است که این خدمات را در تعهد وزارت بهداشت می‌دانند. در فنلاند، هم شهرداری‌ها (دولت) و هم بیمه سلامت ملی، خدمات پیشگیری را پوشش می‌دهند. در انگلستان، فرانسه و کانادا نیز این خدمات در پوشش بیمه‌های پایه می‌باشد. همان طوری که در بالا اشاره شد، هدف اصلی بیمه‌های سلامت حفظ و ارتقای سلامت جامعه است و پیشگیری، اصل اولیه برای رسیدن به این مهم به شمار می‌آید.

روش‌های پرداخت به ارایه‌دهندگان خدمات: در سیستم‌های بیمه‌ای، روش‌های مختلف پرداخت به ارایه‌دهندگان خدمات وجود دارد که متداول‌ترین آن‌ها شامل: حقوق ثابت، سرانه و پرداخت به ازای خدمت است. هر کدام از این روش‌ها تأثیرات متفاوتی در رفتار ارایه‌دهندگان خدمات دارد. مطالعات نشان داده

است که وقتی میزان درآمد ارایه دهنده خدمت به خدمتی که ارایه می‌دهد بستگی پیدا می‌کند، پوشش بیمه‌ای سبب می‌شود تا مقدار خدمتی که دندان‌پزشک به بیمار پیشنهاد می‌کند افزایش یابد و یا نوع خدمت به سمتی باشد که درآمد بیشتری را برای ارایه‌دهنده به ارمغان داشته باشد (۳۷). بررسی‌های گرتین^{۱۱} (۳۸) نشان داد که در مواردی که پرداخت، به ازای خدمت انجام می‌گیرد مشکل اصلی مهار هزینه‌ها می‌باشد و در مواردی که ارایه خدمت در قبال پرداخت حقوق، ثابت است ارایه‌دهنده خدمت برای افزایش بهروری انگیزه ندارد. در NHS انگلستان، دندان‌پزشکان حقوق بگیر نسبت به دندان‌پزشکانی که برای خودشان کار می‌کنند بیشتر خدمات جراحی و کمتر درمان‌های پریدنتال و محافظه‌کاران ارایه می‌دهند (۳۹). از طرفی دندان‌پزشکانی که برای خودشان کار می‌کنند بیمارانی را که معاف از پرداخت هزینه هستند (تحت پوشش) را با اشتیاق بیشتری می‌بینند تا دندان‌پزشکانی که حقوق بگیر هستند (۴۰). مطالعات نشان داده که از بین روش‌های پرداخت اشاره شده، روش سرانه مناسب‌ترین راه برای گسترش ارایه خدمات پیشگیری است. اگرچه یکی از مشکلات پرداخت سرانه، درمان ناکافی می‌باشد، مطالعات انجام شده در نروژ (۴۰) و انگلستان نشان می‌دهد که شواهدی مبنی بر تأثیر پرداخت سرانه روی مقدار خدمات پیشگیری که ارایه می‌شود و یا پوسیدگی‌های درمان نشده و به طور کلی مبنی بر این که دندان‌پزشکانی که از طریق سرانه خدمت ارایه می‌دهند خدمات کمتر به بیماران ارایه می‌دهند وجود ندارد.

از طرفی مشکلات موجود در ارتباط با روش پرداخت به ازای خدمت، مانند گران تمام شدن بازپرداخت هزینه خدمات قابل پیش‌بینی، منظم و نسبتاً کم هزینه (مانند معاینه و یا موارد مشابه با در نظر داشتن هزینه‌های انتقال و اجراء)، القای دندان‌پزشک برای دریافت خدمت بیشتر و توزیع نامناسب دندان‌پزشکان سبب شده است تا سیستم بیمه‌ای در کشورهای شمال اروپا به سمت روش پرداخت سرانه تمایل پیدا کنند.

در ایران بر اساس تبصره ۱ بند "د" ماده ۳۲ قانون برنامه پنج ساله پنجم، "سامانه جامع و همگانی سلامت" ایجاد خواهد شد که مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات است. لازمه عقد قرارداد برای بیمه‌های پایه و تکمیلی، همکاری ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی با این سامانه است. این ابزار، راهکار مناسبی برای توسعه دندان‌پزشک خانواده و نظام

¹¹ Grytten

۳- خدمات تحت پوشش: شیوع و روند بیماری‌های دهان و دندان در ایران، لزوم تعریف بسته‌های خدمتی هدفمند (سن و نیاز) و پوشش این خدمات توسط بیمه‌های عمومی را ضروری می‌سازد. در این راستا شورای عالی بیمه باید خدمات زیر را در تعهدات صندوق بیمه قرار دهد: معاینه و تجویز خمیردندان‌های حاوی فلوراید (دو بار در سال)؛ رادیوگرافی تک دندان؛ آموزش بهداشت دهان و دندان؛ جرم‌گیری و بروساژ هر دو فک؛ فیشورسیلنت دندان‌های دایمی بر اساس پروتکل درمانی (زیر ۱۸ سال)؛ فلورایدتراپی دندان‌ها با استفاده وارنیش یا ژل فلوراید با اولویت گروه سنی زیر ۱۸ سال؛ ترمیم دندان‌ها با آمالگام یا کامپوزیت با اولویت زیر ۱۸ سال؛ کشیدن دندان‌های غیر قابل نگهداری؛ ساخت دست دندان (بالای ۵۰ سال).

۴- پرداخت بیمار: خدمات پایه برای گروه‌های سنی زیر ۱۸ سال رایگان و برای سایرین با پرداخت فرانشیز باشد. درصد فرانشیزی که بالغین پرداخت می‌کنند بسته به نوع خدمت دریافتی متفاوت باشد. مثلاً برای خدمات پیشگیری ۱۰٪، پر کردن ۲۰٪، کشیدن ۳۰٪ و دست دندان ۳۵٪ باشد. به منظور کنترل هزینه‌های درمان، استفاده از مزایای بیمه برای دریافت خدمات دندان پزشکی منوط به انجام معاینات دوره‌ای اجباری باشد.

۵- مراکز ارائه خدمات، ارائه‌دهندگان خدمت و نحوه بازپرداخت: برای انجام معاینات دوره‌ای اجباری و تعیین نیازهای درمانی و همچنین ارائه خدمات پیشگیری (آموزش بهداشت، جرم‌گیری و بروساژ، تجویز دارو و اورژانس، فلورایدتراپی و یا فیشورسیلنت) و ارجاع، مراکز معین ایجاد شود. این مراکز می‌تواند مراکز فعلی سازمان‌های بیمه‌گر، مراکز وزارت بهداشت و یا کلینیک‌های خیریه یا تعاونی یا خصوصی باشد که پس از طی مراحل استانداردسازی، مورد تأیید سازمان بیمه‌گر قرار می‌گیرند. شاغلین در این مراکز می‌توانند بهداشت کاران دهان و دندان و دندان‌پزشکان عمومی که دستمزد خود را به صورت سرانه از سازمان بیمه‌گر دریافت می‌کنند باشند. لزوم برخورداری از این مزایا انجام معاینات دوره‌ای است.

سایر خدمات پایه در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر (تجویز دارو، ترمیم دندان، خدمات اورژانس، کشیدن، ساخت دست دندان و گرافی) از طریق سیستم ارجاع و توسط دندان‌پزشکان بخش خصوصی ارائه شود. دندان‌پزشکان بخش خصوصی در صورت عقد قرارداد با بیمه فقط فرانشیز خدمت را از بیمار دریافت کنند و مابقی آن را بر اساس تعرفه سازمان از بیمه بازپرداخت کنند. در صورتی که بیمه شده به دندان‌پزشک غیر طرف قرارداد مراجعه نماید باید کل هزینه را پرداخت کند و در صورتی که بهار ۹۳، دوره هفدهم، شماره اول، پیاپی ۶۴

ارجاع و پرداخت سرانه برای خدمات پایه دندان‌پزشکی نیز خواهد بود. در کنار سرانه، روش پرداخت به ازای خدمت برای خدمات پایه‌ای که در بخش خصوصی ارائه می‌شود نیز باید در نظر گرفته شود. در حال حاضر یکی از مشکلات عمده در همکاری بخش خصوصی با سازمان‌های بیمه‌گر، تعرفه خدمات است. اگرچه بازنگری هر ساله ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت با شورای عالی بیمه سلامت است (۴۱) و رئیس کل سازمان نظام پزشکی نیز عضو این شو را می‌باشد، دخالت سازمان‌های غیردولتی صنفی پزشکی و دندان‌پزشکی در این شورا همانند روشی که در کشورهای مورد بررسی اعمال شده است برای قابل قبول کردن مصوبات، خصوصاً نرخ‌گذاری تعرفه‌ها ضروری است.

نتیجه‌گیری

محتویات الگوی پیشنهادی نظام ارائه خدمات پایه دندان‌پزشکی در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

۱- منابع تأمین هزینه خدمات سلامت

الف) دولت از طریق: ۱- درآمد حاصل از جمع‌آوری مالیات (این مالیات را برای بخش سلامت می‌توان به صورت جداگانه و از کلیه تولیدات، خدمات و محصولات که به نوعی با سلامت عمومی در تضاد است به دست آورد. در رابطه با ایجاد شرایط برای پوشش همگانی هزینه خدمات دندان‌پزشکی، اعمال مالیات بر مواد پوسیدگی‌زا مثل محصولات قندی یا تنقلات و همچنین بر تبلیغ این محصولات و اختصاص آن برای تأمین خدمات دندان‌پزشکی راهکار مناسبی است)؛ ۲- اختصاص بخشی از یارانه‌ها برای تأمین بودجه بیمه همگانی سلامت؛ ۳- اختصاص اعتبار "بودجه خدمات سلامت دهان" که هر ساله در بخش اعتبارات وزارت بهداشت دیده می‌شود به صندوق‌های بیمه به منظور خرید خدمات پیشگیری و اولیه.

ب) حق بیمه درمان که توسط شاغلین پرداخت می‌شود (کارگر، کارفرما، دولت)

ج) کمک‌های بین‌المللی و ملی که به منظور کنترل و کاهش بیماری‌های دهان از طریق صندوق‌های بین‌المللی به کشور اعطاء می‌شود.

۲- گیرندگان خدمات سلامت دهان: پوشش بیمه ملی سلامت می‌بایست به صورت همگانی و شامل کلیه ایرانیان مقیم کشور باشد. با توجه به امکانات و تنوع جمعیتی، بهترین راهکار ابتدا پوشش گروه‌های خاص جامعه برای دریافت خدمات پایه و سپس گسترش پوشش به سایر گروه‌ها است.

حمایت مالی آن مؤسسه اجرا گردیده است. مؤلفین ضمن اظهار مراتب تقدیر و سپاس از این مؤسسه امیدوارند که نتایج کاربردی حاصل از این پژوهش بتواند گامی مؤثر در ایجاد بستر لازم برای ارتقای سلامت دهان و دندان همه ایرانیان، مخصوصاً اقشار آسیب‌پذیر کشور گردد.

خدمت‌دریافتی در لیست نیازهای درمانی فرد باشد و بیمه آن را تأیید نماید بخشی از هزینه به بیمار بازپرداخت شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله گزارشی از نتایج طرح پژوهشی مصوب مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران است که با

References

- 1- Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993; 43:9-16.
- 2- Österberg T, Lundgren M, Emilson CG, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle aged and elderly Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1998;56:41-47.
- 3- Satcher David. Oral Health in America. A Report of the Surgeon General. National Institute of Dental and Craniofacial Research: USA, New York; 2007. [Cited 2008]. Available from: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr>
- 4- Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European Union. *Oral Health Prev Dent* 2004;2:155-194.
- 5- Sintonen H, Linnosmaa I. Economics of dental services. In: Culyer AJ, Newhouse JP (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science; 2000. pp 1252-96.
- 6- Suominen-Taipale AL. (dissertation). Demand for Oral Health Services in Adults Finns. Turku: University of Turku; 2000.
- 7- Stoyanova AP. (dissertation). Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004.
- 8- Korpi W, Palme J. The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in the western countries. *Am Sociol Rev* 1998; 63:661-87.
- 9- DeMets David. Biostatistics and Medical Informatics. USA: Boston; 2009. Available from: <http://www.medsch.wisc.edu/adminmed/2002/orgbrhav/delphi.pdf>.
- 10- Patel R. The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe; September 2012.
- 11- Davidson Daniel. Australia's health 2010, 12th biennial health report of the Australian. Australian Institute of Health and Welfare: Australia, Sydney, 2010. Available from: <http://www.aihw.gov.au/workarea/download.aspx?id=6442452962>
- 12- Pitts N, Amaechi B, Niederman R, Acevedo AM, Vianna R, Ganss C, et al. Global oral health inequalities: dental caries task group--research agenda. *Adv Dent Res* 2011; 23:211-20.
- 13- Wang NJ, Källestål C, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:263-71.
- 14- Gooch BF, Griffin SO, Gray SK, Kohn WG, Rozier RG, Siegal M, et al. Preventing dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence. *J Am Dent Assoc* 2009; 140:1356-65.
- 15- Truman BI, Gooch BF, Sulemana I, Gift HC, Horowitz AM, Evans CA, et al. Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries. *Am J Prev Med* 2002;23:21-54.
- 16- Tomar SL, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. *J Public Health Dent* 2010;70:S6-14.
- 17- Oscarson N, Lindholm L, Källestål C. The value of caries preventive care among 19-year olds using the contingent valuation method within a cost-benefit approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:109-17.
- 18- Burt BA. Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries. *Acta Odontol Scand* 1998;56:179-86.
- 19- Davies GM, Worthington HV, Ellwood RP, Blinkhorn AS, Taylor GO, Davies RM, et al. An assessment of the cost effectiveness of a postal toothpaste programme to prevent caries among five-year-old children in the North West of England. *Community Dent Health* 2003;20:207-10.
- 20- Yee R, McDonald N, Walker D. A cost-benefit analysis of an advocacy project to fluoride toothpastes in Nepal. *Community Dent Health* 2004;21:265-70.
- 21- Suominen-Taipale AL. (dissertation). Demand for Oral Health Services in Adults Finns. Turku: University of Turku; 2000.
- 22- Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Dental care utilization: a study of 50- to 75-year-olds in southern Sweden. *Acta Odontol Scand* 2002;60:20-4.
- 23- Macek MD, Cohen LA, Reid BC, Manski RJ. Dental visits among older U.S. adults, 1999: the roles of dentition status and cost. *J Am Dent Assoc* 2004;135:1154-62.
- 24- Furino A, Douglass CW. Balancing dental service requirements and suppliers: the economic evidence. *J Am Dent Assoc* 1990;121:685-92.
- 25- Douglas E. Validity of Telephone Interview Data for Vascular Disease Risk Factors in a Racially Mixed Urban Community: The Northern Manhattan Stroke Study Neuroepidemiology 1999;18:174-184.
- 26- Damiano PC, Brown ER, Johnson JD, Scheetz JP. Factors affecting dentist participation in a state Medicaid program. *J Dent Educ* 1990;54:638-43.
- 27- Eklund SA. The impact of insurance on oral health. *J Am Coll Dent* 2001;68:8-11.
- 28- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19:127-40.

- 29- Bayat F, Vehkalahti MM, Heikki T, Zafarmand HA. Dental attendance by insurance status among adults in Tehran, Iran. *Int Dent J* 2006;56(6):338-44.
- 30- Damiano PC, Brown ER, Johnson JD, Scheetz JP. Indicators from the national health interview surveys . Public Health Department: Finland, Helsinki, 2004. [Cited 1 April 2012]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health
- 31- Daly B, Watt RG, Batchelor P, Treasure ET. The structure of dental service in the UK. In: Daly B, et al. (eds). *Essential dental public health*. New York: Oxford University press inc. 2002b. pp 269-89.
- 32- Grytten J. Models for financing dental services: a review. *Community Dent Health* 2005;22:75-85.
- 33- Furino A, Douglass CW. Costs of universal health coverage. The system reform. Rockefeller foundation. USA: Washington, 2010. Available from: www.rockefellerfoundation.org
- 34- Iranian's Constitution, Article 29. Iran, Tehran, 1979. [Cited 2011]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/132239>.
- 35- Comprehensive system of welfare and social security law, Section A and Notes 1 and 2 Article 2: Tehran, Iran, 1996. [Cited 2012]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94018>.
- 36- Frequently Requested Data. OECD Health Division: Paris, France, 2011. [Cited 27 Nov. 2011]. Available from: http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html
- 37- Eisenhower JG. Severity of illness and the welfare effects of moral hazard. *Int J Health Care Finance Econ* 2006;6:290-9.
- 38- Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community Dent Health* 2005;22:75-85.
- 39- Chalkley M, Tilley C. Treatment intensity and provider remuneration: dentists in the British National Health Service. *Health Econ* 2006;15:933-46.
- 40- Grytten J, Holst D, Skau I. Incentives and remuneration systems in dental services. *Int J Health Care Finance Econ* 2009;9:259-78.
- 41- The Fifth Five Year Development Plan, Tehran, Iran, 2005. [Cited 2012]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/7901961>

A Comparative Study of Oral Health Care Systems and Insurance Models in Selected Countries for Development of Suitable Iranian Model

Bayat F¹ (PhD), Ebnahmady A^{1,2} (PhD), Samadzadeh H³ (DDS), Khoshnevisan MH^{1,2,3*} (PhD)

¹ Preventive Dentistry Research Center, Institute of Dental Research, Shaheed Beheshti Medical University, Tehran, Iran

² Department of Community Oral Health, Dental School, Shaheed Beheshti Medical University, Tehran, Iran

³ Oral Health Department, Ministry of Health, Tehran, Iran

Received: 24 Apr 2013, Accepted: 13 Jan 2014

Abstract

Introduction: This study aimed to determine and compare health care systems' components and national health insurance in selected countries and to present a suitable model for providing primary oral health care in Iran.

Methods: It was a two-staged qualitative, comparative, cross-sectional study. Finland, UK, France, Canada, and Japan were selected as sample countries. The first phase, a review study to compare dental health systems of the countries, resulted in drawing tables including five characteristics: financing methods, setting, types of services, practitioners and reimbursement methods, and recipients of services. The tables determined the framework of the proposed model. In the second phase, to develop consensuses for the framework suitable for health care system in Iran, the Delphi consensus technique was used. Each Delphi round comprised a questionnaire, analysis, and a feedback report. A total of 25 senior oral and health experts agreed to participate and completed all questionnaires.

Results: With considering dental treatment needs among Iranians, a basic package of services including primary care with emphasis on preventive services should be defined. To affordability of the services, the mentioned package should be covered by public health insurance for all Iranians. To accessibility and availability of the service at the first contact with dental hygienist or dentist, who provide regular check-ups and preventive services, defined clinics should be established. Reimbursement to practitioner could be arranged via capitation. If patients need more services, clinics will be responsible for the referral affairs to the private practitioners, through a fee-for-service contract with insurance companies. Tax and premium is the best way to financing the system. To continue health benefits, obligatory regular check-ups are required.

Conclusion: Attempting to universal health insurance coverage; preparing a targeted dental service package with focus on preventive care; encouraging private practitioners to participate in public health insurance plan; financing services through government revenues, premium, and health taxes are essential components to establish a suitable model on oral health care delivery system in Iran.

Keywords: Oral health, insurance, Iran

Please cite this article as follows:

Bayat F, Ebnahmady A, Samadzadeh H, Khoshnevisan MH. A Comparative Study of Oral Health Care Systems and Insurance Models in Selected Countries for Development of Suitable Iranian Model. *Hakim Health Sys Res* 2014; 17(1): 1- 14.

*Corresponding Author: Shaheed Beheshti Dental School, Tehran, Iran., Tel: +98- 912- 5442841, Fax: +98- 21- 22421813, E-mail: mh.khoshnevisan@sbmu.ac.ir