نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هفتم، زمستان ۱۴۰۲، شماره چهارم، صفحات ۶۵۶ تا ۶۵۹

نامه به سردبیر

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی و لزوم توجه ویژه به سلامت دهان و دندان مردم ایران

شاهرخ قیصری*[1]

۱. * **نویسنده مسئول:** دکترای حرفه‌ای دندانپزشکی و مدیریت عالی بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، gheisari.dds@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۳۰

مقدمه

از بدو تأسیس جمهوری اسلامی ایران، وزرای بهداشت به‌طور معمول از میان پزشکان متخصص انتخاب می‌شوند(۱). تجربه طولانی آموزش پزشکی عمومی و چرخش بالینی این افراد در بیمارستان‌ها، آنها را برای مدیریت مؤثر خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف آماده می‌کند؛ اما ماهیت تخصصی رشته دندانپزشکی، چالش‌های متمایزی را در زمینه سیاست‌گذاری سلامت دهان و دندان و حفظ منافع مردم در پیش روی وزیر قرار داده است(۲، ۳).

گسترش دانشکده‌های دندانپزشکی در مراکز استان‌ها با استفاده از بودجه عمومی، تمایل فارغ‌التحصیلان به کار در شهرهای بزرگ و در نتیجه محرومیت مناطق دیگر از خدمات پایه و افزایش تقاضا برای خدمات غیرضروری، مدیریت این حوزه را با چالش مواجه کرده است. ریشه این مسائل در عدم توازن اطلاعات فنی میان مسئولان پزشک وزارت بهداشت، مدیران دندانپزشکی و تصمیم‌گیری‌های فردی به جای شورایی در سال‌های گذشته است. توصیه‌های نادرست و اولویت منافع صنفی منجر به تصمیم‌گیری‌های غلط و بدون پشتوانه علمی شده است. برای حل این مشکلات و حفظ سلامت دهان و دندان مردم، مداخله سطوح بالاتر مدیریتی و توجه به منافع عمومی ضروری به نظر می‌رسد. این مقاله به بررسی چالش‌های حوزه دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان از منظر سیاست‌گذاری می‌پردازد.

روش

این پژوهش بر مبنای خط مشی‌های موجود در وزارت بهداشت در حوزه بهداشت دهان و دندان و تجارب سی ساله نویسنده این مقاله در حوزه ستادی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تدوین شده است.

یافته‌ها

در نظام سلامت کشور، فقدان و عدم برنامه‌ریزی مناسب در برخی امور، منجر به بروز کاستی‌هایی می‌شود که به دنبال آن هدر رفت منابع و نارضایتی جامعه از وضعیت خدمات رسانی را به دنبال دارد که در زیر به اهم آن‌ها اشاره می‌شود:

فقدان تولیت یکپارچه در نظام سلامت دهان و دندان در ایران

ساختار حاکمیت فعلی نظام سلامت دهان و دندان کشور فاقد هماهنگی مرکزی است و مسئولیت‌ها در واحدهای مستقل ادارات مختلف وزارت بهداشت مانند معاونت‌های بهداشتی، درمان و آموزشی پراکنده است. این رویکرد پراکنده منجر به چندین چالش حیاتی شده و مانعی برای ارائه مراقبت مؤثر سلامت دهان و دندان است.

فقدان برنامه‌ریزی یکپارچه

در سیستم کلی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، یک چارچوب برنامه‌ریزی متمرکز برای ادغام سلامت دهان و دندان ندارد. این امر نیازمند همکاری بی‌وقفه بین بخش‌های بهداشت، درمان و آموزش برای ایجاد یک سیستم عملیاتی ارجاع است. ادغام بهداشت دهان و دندان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به ارتباط مؤثر بین سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت ازجمله مراقبت‌های اولیه، ثانویه و تخصصی کمک کرده و باعث افزایش دسترسی، کارایی و اثربخشی نظام سلامت می‌شود و با هدایت بیماران به سطح مراقبتی متناسب با نیازشان، از هدر رفت منابع جلوگیری می‌کند.

فقدان نظارت قوی

مکانیسم‌های نظارتی مؤثر برای نظارت و ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت دهان و دندان در بخش خصوصی وجود ندارد. بیش از ۸۰ درصد از دندانپزشکان در بخش خصوصی به کار اشتغال دارند و از تعرفه استانداردی برای ارایه خدمات در مطب پیروی نمی‌کنند. در غیاب یک نظارت قوی پرداخت هزینه خدمات دندانپزشکی برای خانواده‌های با درآمد کم و متوسط کمر شکن خواهد بود(۴، ۵).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/7.4.18]

توزیع ناکارآمد منابع انسانی

اجرای ناکافی مقررات حاکم بر آموزش و توزیع نیروی انسانی منجر به کمبود نیروی انسانی در مناطق محروم به ویژه روستاها شده است. فارغ‌التحصیلان که اغلب زن هستند تمایلی به انجام خدمات پایه دندانپزشکی و اسکان در مناطق محروم ندارند. تمایل آنها به انجام خدمات لوکس و غیرپیچیده در پایتخت و شهرهای بزرگ است. همچنین قوانین مربوط به تربیت بهداشت‌کار دهان ودندان به دلیل تضاد منافع، توسط مدیران دندانپزشکی متوقف شده است(۴، ۶).

فقدان سیاست‌گذاری مبتنی بر داده‌ها

فقدان یک سیستم جامع سیاست‌گذاری سلامت دهان و دندان مانع از توانایی اندازه‌گیری توزیع عوامل خطر برای بیماری‌های دهان و دندان و ارزیابی اثربخشی برنامه‌های موجود شده است. سیاست‌گذاری مبتنی بر داده‌های معتبر برای اجرای مداخلات هدفمند و بهینه سازی تخصیص منابع ضروری است(۷). فقدان آینده‌نگری و ترجیح منافع صنفی به کاهش آلام بیماران در حوزه دندانپزشکی بسیاری از پروژه‌های دندانپزشکی در ایران را تبدیل به پروژه‌های «تاج محل» کرده است. منظور از اصطلاح «اقتصاد تاج محل» (Taj Mahal economy)، نوعی الگوی اقتصادی ناکارآمد است که در آن منابع زیادی صرف ساخت بناها و پروژه‌های بزرگ و زیبا می‌شود، درحالی‌که نیازهای اساسی مردم تأمین نشده باقی می‌ماند. در این الگوی اقتصادی، هزینه‌های هنگفتی صرف ساختمان‌سازی و توسعه زیرساخت‌ها می‌شود؛ اما در عین حال بخش عمده‌ای از مردم با محرومیت دست و پنجه نرم می‌کنند و دسترسی به خدمات پایه سلامت ندارند(۸).

انتخاب مدیران دندانپزشکی

انتخاب مدیران دندانپزشکی بخش دولتی به دلیل تمایل اکثر دندانپزشکان به کار در مطب خصوصی، می‌تواند منجر به انتصاب‌های غیرکارشناسانه شود. مدیران ارشد باید بر اساس توانمندی‌های فنی و مدیریتی قوی برگزیده شوند تا بتوانند تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و منطبق با نیازهای جامعه و اصول علمی داشته باشند و شورایی متشکل از کارشناسان مرتبط بر عملکرد این مدیران بویژه تخصیص منابع نظارت کنند. اصلاح این فرایند در تضمین سیاست‌گزاری مؤثر، ضروری است.

انتخاب مدیران دندانپزشکی بر اساس تخصص‌های بالینی، اغلب منجر به سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد می‌شود که برای رفع این چالش، باید افرادی شایسته با مهارت‌های مدیریتی و درک نیازهای جامعه در اولویت قرار گیرند. نتایج برنامه‌های پیشین نشان می‌دهد که اجرای آن‌ها نتوانسته بهبودی قابل توجهی در وضعیت سلامت دهان و دندان مردم ایجاد کند. البته نباید چالش‌ها و محدودیت‌های اجرایی این برنامه‌ها را از نظر دور داشت. با این حال، ضروری است رویکردها و راهبردهای جدیدی اتخاذ شود تا بتوان به اهداف مورد نظر در زمینه ارتقای سلامت دهان و دندان دست یافت. پیشنهاد می‌شود با بررسی دقیق علل عدم موفقیت برنامه‌های گذشته و تمرکز بر رفع موانع و مشکلات اساسی، طرح‌ها و راهکارهایی مناسب‌تر و کارآمدتر انجام پذیرد(۹).

فقدان ممیزی مالی

فقدان نظارت و ممیزی مالی بر برنامه‌های ملی سلامت دهان و دندان می‌تواند منجر به سوق دادن تخصیص منابع به سمت خدمات سودآور و فراموشی مراقبت‌های ضروری شود(۱۰، ۱۱). هیچ یک از برنامه‌های ملی سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی پس از انقلاب اسلامی از جمله تأسیس ۴۳ دانشکده دندانپزشکی، برنامه های ادغام بهداشت دهان و دندان، تحول در سلامت دهان و دندان، فلورایدتراپی مدارس، تربیت نیروهای حد واسط دندانپزشکی هیچ‌گاه پایش و ممیزی مالی نشده‌اند. براساس مطالعات انجام شده و شواهد علمی، تأثیر اجرای این برنامه‌ها بر سلامت دهان و دندان مردم بی‌نتیجه بوده است(۱۲) مانند اثربخشی گسترش دانشکده‌های دندانپزشکی در ارتقاء سلامت دهان و دندان مردم.

مسئله تعهد خدمت در مناطق محروم دندانپزشکان هم به دلیل نبود مجوز استخدام، مسکوت مانده است. پیشرفت تکنولوژی و تبلیغات گسترده موجب شده تا بیماری‌ها و درمان‌های گران‌قیمتی مانند لومینیر و ژل القا شود. لذا لزوم ممیزی مالی برنامه‌های ملی دندانپزشکی و توقف برنامه‌های غیرضروری که از بودجه عمومی استفاده می‌کنند، اولویت نخست برای وزیر بهداشت در اصلاح حوزه دندانپزشکی است(۱۱، ۱۳).

تفاوت دردسترسی ناعادلانه به خدمات دندانپزشکی

امکانات دندانپزشکی بیشتر در مناطق شهری و مراکز استان‌ها متمرکز شده است(۱۴، ۱۵). تمرکز بیش از حد دندانپزشکی بر ارائه خدمات تجملی، موجب شده این حرفه به عنوان یک خدمت لوکس در نظر گرفته شود. این امر خانواده‌های ثروتمند را ترغیب کرده تا آموزش دندانپزشکی را برای فرزندانشان در اولویت قرار دهند. عدم تمایل افراد مرفه برای خدمت در مناطق محروم این نابرابری را تشدید کرده و این در حالی است که حمایت مالی از خدمات دندانپزشکی ناکافی بوده و بار مالی سنگینی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند. این امر دسترسی اقشار ضعیف به مراقبت‌های ضروری را دشوار کرده و تلاش‌ها برای اجرای قانون بهداشت‌کاران دهان و دندان نیز با مخالفت‌هایی روبرو شده که مانع از دسترسی عادلانه به خدمات شده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/7.4.18]

وضعیت کنونی کارکرد تأمین و تخصیص مالی مراقبت سلامت دهان در ایران

افزایش شیوع بیماری‌های مزمن از جمله پوسیدگی دندان، کارکرد بازارهای بیمه سلامت را نیز مخدوش می‌کند. بیمه برای خطرات غیر قابل پیش بینی بوجود آمده؛ اما در شرایط فعلی بسیاری از هزینه‌های مراقبت سال آینده قابل پیش‌بینی است؛ آنهایی که در آینده نیاز به درمان ریشه دندان دارند، اغلب همان‌هایی هستند که امروز درگیر پوسیدگی ساده دندان هستند. این موضوع باعث پیامدهای ناخوشایند در هر دو سمت بازار بیمه سلامت می‌شود. فروشندگان بیمه سعی می‌کنند که افراد بیمار را بیمه نکنند یا به قیمت بالایی اینکار را انجام دهند. بنابرین فرد بیمار که نیاز به بیشترین پوشش بیمه‌ای را دارد قادر به خرید بیمه نبوده و تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. برعکس، چنانچه هزینه‌های بیمه منعکس کننده میانگین خطرات باشد، افراد سالم به علت نامناسب بودن هزینه، تمایل به بیمه کردن خود ندارند و این امر سبب می‌شود که فقط بیماران در پوشش بیمه قرار گیرند و میزان (انباشت خطر) در سیستم کاهش می‌یابد. ایران از نظر ساختار گردش مالی و سیستم ارائه خدمات مراقبت سلامت دارای الگویی تلفیقی است به این معنا که از یک سو دارای شبکه ادغام یافته و بر اساس سطح بندی خدمات است که از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمات سلامت را ارائه می‌کند و از سوی دیگر، بیمه‌های اجتماعی نیز با دریافت حق بیمه از بیمه شوندگان و کارفرمایان، در مدیریت گردش مالی و ارائه خدمات مراقبت سلامت ایفای نقش می‌کند. البته امروزه نقش بیمه‌های بازرگانی نیز در تأمین مراقبت سلامت رو به فزونی است(۱۶).

نرخ تورم خدمات دندانپزشکی به طور متوسط سالانه ۹/۲ درصد بوده است، یعنی قیمت خدمات دندانپزشکی در ایران هر سال به طور متوسط ۹/۲ درصد افزایش یافته است. براساس برآوردهای غیر رسمی بیش از ۹۰ درصد از هزینه های دندانپزشکی را مردم به‌طور مستقیم از جیب پرداخت می‌کنند و سهم دیگر منابع(بیشتر بیمه‌ها)کمتر از ۱۰ درصد است در این میان، سهم پرداخت‌های دندانپزشکی از کل پرداخت‌های درمانی در دو صندوق بیمه پایه اصلی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی که حدود ۸۰ درصد جمعیت کشور را تحت پوشش دارند کمتر از یک درصد است. این نشان می‌دهد که بیشترین بار مالی خدمات دندانپزشکی بر عهده افراد است و این موضوع می‌تواند برای برخی از افراد با درآمد کم مشکل‌ساز باشد(۱۷).

بحث و نتیجه‌گیری

براساس آنچه گفته شد، چالش‌های اصلی پیشِ روی وزیران بهداشت در ایران در حوزه مدیریت دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان را می‌توان چنین دانست:

- فقدان انسجام مرکزی در نظام سلامت دهان و دندان در ایران باعث عدم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی منسجم و هدفمند شده است، به‌گونه‌ای که فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های دندانپزشکی فاقد کارایی لازم برای کار در مراکز بهداشتی- درمانی دولتی هستند. رشد سریع تکنولوژی و تمایل مردم به خدمات زیبایی، دانشجویان را نسبت به کارهای پیشگیرانه بی‌علاقه می‌کند. فقدان نظارت و بازرسی مالی و تصمیم‌گیری‌های بدون پشتوانه علمی می‌تواند منجر به سوق دادن منابع به سمت خدمات پرسود و غفلت از مراقبت‌های ضروری شود(۱۸). تأمین مالی هزینه اثربخشی برنامه‌های ملی دندانپزشکی از منابع عمومی، محل تردید است. جابه‌جایی مکرر مدیران پس از تغییر دولت‌ها، امکان پاسخگویی آنان را دشوار می‌سازد. دسترسی نابرابر به خدمات نیز چالش بزرگی است(۱۷).بسته خدمات پایه سلامت دهان که در مراکز دولتی ارائه می‌شود، بر اساس شواهد علمی تنظیم نشده و نیاز به بازنگری دارد. نظام سلامت دهان و دندان در ایران به دلیل فقدان یکپارچگی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، شاهد هدر رفت سرمایه‌گذاری‌های صورت گرفته در دهه‌های گذشته بوده است. عدم انسجام میان بخش‌های مختلف از جمله آموزش عالی، بهداشت و درمان، صنعت و تجارت، منجر به شکست یا عملکرد ضعیف بسیاری از طرح‌ها و برنامه‌ها شده است. با توجه به نرخ بالای شیوع بیماری‌های دهان و دندان و فقدان دسترسی گسترده به مراقبت‌های پایه در کشور، به نظر می‌رسد آموزش دندانپزشکی به جای پاسخگویی به نیازهای واقعی جامعه، بر روی جنبه‌های تخصصی و زیبایی تمرکز یافته است؛ لذا بازنگری در نظام آموزش علوم پایه و بالینی، اصلاح رویکردهای درمان‌محور به سوی پیشگیری، و تقویت مهارت‌های ارتباطی و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان، از جمله اقدامات ضروری به نظر می‌رسد(۱۹).

در ارتباط با اهمیت انتخاب مدیران فنی و کارآمد در سلامت دهان و دندان، نکات زیر قابل تأکید است:

- انتصاب مدیران ارشد دندانپزشکی بر اساس شایستگی‌های فنی و مدیریتی، نقش بسزایی در موفقیت برنامه‌ها و اجرای صحیح سیاست‌ها دارد .در سال‌های گذشته، ملاحظات غیرکارشناسی منجر به برگزیدن افراد فاقد صلاحیت‌های مدیریتی برای سرپرستی و هدایت واحدهای دندانپزشکی گردید. این موضوع باعث شده برنامه‌ها بدون در نظر گرفتن مبانی علمی، نیازهای واقعی جامعه و منابع مالی محدود، تدوین و ابلاغ شود. حضور مدیران توانمند و شایسته، ضامن اجرای بهینه برنامه‌ها، نظارت دقیق بر عملکرد نظام سلامت دهان و دندان و منجر تخصیص بهینه منابع به سمت منافع مردم خواهد شد. بنابراین، تغییر رویکرد در انتخاب و انتصاب مدیران و تأکید بر معیارهای شایستگی‌محور، کلید موفقیت در اجرای اصلاحات و ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه خواهد بود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/7.4.18]

پیشنهادها

❖ تشکیل شورای سیاست‌گذاری به ریاست وزیر و با اعضایی از رشته های اپیدمیولوژی، متخصصان دندانپزشکی اجتماعی، آمار زیستی، اقتصاد سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به نحوی که در سیاست‌گذاری‌های مالی رای این افراد غالب باشد.

❖ گسترش پوشش بیمه دندانپزشکی از طریق معرفی طرح‌های جدید، افزایش میزان حق بیمه سلامت مختص هزینه‌های دندانپزشکی و تشویق مردم به عضویت در این بیمه‌ها

ایجاد سازمان واحد متولی امور دندانپزشکی که در صورت تشکیل، دارای مزایای زیر است:

- هماهنگی بهتر بین بخش‌های مختلف آموزش، درمان و بهداشت در حوزه دندانپزشکی؛
- جلوگیری از اقدامات و برنامه‌ریزی‌های موازی و مغایر با یکدیگر در این بخش‌ها؛
- امکان نظارت و ارزیابی بهتر فعالیت‌ها و صرفه‌جویی در منابع؛
- ایجاد وحدت رویه در سیاست‌گذاری حوزه دندانپزشکی؛
- پاسخ‌گویی بهتر مدیران این حوزه در قبال عملکرد و نتایج اقدامات.

منابع

1. Pourahmad J. History of medical sciences in Iran. Iran J Pharm Res 2008; 7(2): 93-9.
2. Ahn S, Burdine JN, Smith ML, Ory MG, Phillips CD. Residential rurality and oral health disparities: influences of contextual and individual factors. J Prim Prev 2011; 32: 29-41.
3. Almazrooa SA, Mansour GA, Alhamed SA, Ali SA, Akeel SK, Alhindi NA, et al. The application of teledentistry for Saudi patients' care: A national survey study. J Dent Sci 2021; 16(1): 280-286.
4. Singh S. Evidence in oral health promotion—implications for oral health planning. Am J Public Health 2012; 102(9): e15-e8.
5. Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet 2019; 394(10194): 249-60.
6. Mathur MR, Singh A, Watt R. Addressing inequalities in oral health in India: Need for skill mix in the dental workforce. J Family Med Prim Care 2015; 4(2): 200.
7. Vujicic M, Nasseh K. A decade in dental care utilization among adults and children (2001–2010). Health Serv Res 2014; 49(2): 460-80.
8. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. Br Dent J 2016; 221(12): 792-3.
9. Basu K. India's foodgrains policy: An Economic theory perspective. Econ Polit Wkly 2011; 46(5):37-45.
10. Gallagher JE, Lim Z, Harper PR. Workforce skill mix: modelling the potential for dental therapists in state-funded primary dental care. Int Dent J 2013; 63(2): 57-64.
11. Schwendicke F, Göstemeyer G. Cost-effectiveness of root caries preventive treatments. J Dent 2017; 56: 58-64.
12. Negarandeh R, Kamran A, Heydari H. Iran's Health System Performance in Achieving Goals Based on the World Health Organization's Framework: A Scoping Review. Journal of Research and Health 2022; 12(2): 65-74.
13. Aghdak P, Changiz T, Heidarzadeh A. Strengths and weaknesses of family physician MPH course in Iran: The viewpoints of managers and physicians. Int J Prev Med 2020; 11: 150.
14. Rezaei S, Hajizadeh M, Irandoost SF, Salimi Y. Socioeconomic inequality in dental care utilization in Iran: a decomposition approach. Int J Equity Health 2019; 18(1): 161.
15. Yazdi-Feyzabadi V, Bahrampour M, Rashidian A, Haghdoost AA, Akbari Javar M, Mehrolhassani MH. Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. Int J Equity Health. 2018; 17(1): 44.
16. Abedi G, Momeni Rahkola G, Rouhani S. The Experiences of Healthcare Providers Regarding Professional Ethics of Front Line Health Workers (A Qualitative Study). Iran J Health Sci 2020; 8(1): 19-28.
17. John MT, Sekulić S, Bekes K, Al-Harthy MH, Michelotti A, Reissmann DR, et al. Why patients visit dentists–a study in all world health organization regions. J Evid Based Dent Pract 2020; 20(3): 101459.
18. Nasiripour AA, Toloie-Ashlaghy A, Ta-Bibi SJ, Maleki MR, Gorji HA. Investigating the financial performance of universities of medical science and health services in iran, using data envelopment analysis. Iran J Public Health 2014; 43(1): 93-9.
19. Houshmand B, Heidari GR, Safarnavadeh M, Yarahmadi M, Sigarchian Taghizadeh F, Salehi N. Satisfaction with Clinical Skills Training Among General Dentistry Graduates Taking the Dentistry Residency Exam in 2019 in Iran. Iran South Med J 2021; 24(3): 212-25. [In Persian]

Letter to Editor

Minister of Health and Medical Education and the Need for Special Attention to The Oral and Dental Health of Iranians

Shahrokh Gheisari[*1]

1. ***Corresponding Author**: Professional Doctorate in Dentistry and MPH, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, gheisari.dds@gmail.com

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/7.4.18]