



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بیمه سلامت ایران

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

**بررسی تاثیر دو روش پرداخت کارانه و سرانه به ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان بر  
حجم خدمات ارائه شده به بیمه شدگان روستایی و هزینه های سازمان بیمه سلامت در استان اردبیل**

مجری و همکاران انجام دهنده مطالعه :

شهریار جمیل (مجری) ، حمید قاسمی و یعثوب نادری (همکار)

## به نام خداوند بخشنده مهربان

### سپاسگزاری:

محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را از مساعدت اعضاء محترم کارگروه مطالعات سازمان و نیز مدیرکل محترم بیمه سلامت استان اردبیل جناب آقای دکتر سید خلیل اللهی و اعضای محترم کارگروه مطالعات استانی ابراز می دارند. همچنین از ناظر مطالعه، سرکار خانم ثوبیه پورهاجری کارشناس محترم اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجانغربی نیز صمیمانه سپاسگزاریم.

## چکیده

**زمینه و هدف:** این مطالعه با هدف ارزیابی و مقایسه تاثیر روش پرداخت کارانه و روش پرداخت سرانه به ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان بر روی میزان و هزینه های خدمات ارائه شده به بیمه شدگان روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر انجام شده است.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی و کاربردی است. میزان دریافت تعداد هشت نوع خدمت سلامت دهان و دندان و نیز هزینه های مرتبط در شهرستان های استان اردبیل از سوی بیمه شدگان روستایی در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ و ۹۵ مورد مقایسه قرار گرفته است. مقطع نخست ارائه خدمات در سطح ۲ و توسط دندانپزشکان بخش خصوصی با روش پرداخت کارانه بوده است. در مقطع دوم، ارائه خدمات در سطح یک و در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و با روش پرداخت سرانه صورت می گرفت. داده ها از نرم افزارهای موجود در اداره کل بیمه سلامت و نیز اطلاعات فراهم شده از مراکز بهداشتی درمانی جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفته است.

**یافته ها:** با قرار گرفتن خدمات سلامت دهان و دندان در سطح یک ( با روش پرداخت سرانه ) به طور متوسط دریافت خدمات سلامت دهان و دندان ۴۲۵ درصد افزایش یافته است. این افزایش در شهرستان سرعین با  $2121/6$  درصد، بالاترین میزان و در شهرستان بيله سوار با ۱۴۰ درصد، کمترین افزایش را داشته، در مقابل این افزایش حجم ارائه خدمات، هزینه های پرداختی سازمان نیز  $457/7$  درصد رشد داشته است.

**نتیجه گیری:** نظام پرداخت سرانه در صورت تعیین مبانی دقیق و محاسبه هزینه عملکردی در برابر سرانه اختصاص یافته، می تواند فرصت مناسبی برای بررسی تغییر روش پرداخت در بخش خصوصی و در سایر صندوقهای سازمان نیز باشد. ضمن اینکه در این روش پرداخت، کفایت سرانه مصوب به سرانه عملکردی برای خدمات مختلف در پایان یک مقطع زمانی به خوبی قابل بررسی است. این امر می تواند در برنامه ریزی مالی و تعاملات سازمان با ارائه دهندگان در راستای ارائه خدمات سلامت به بیمه شدگان بویژه در سیستم پزشک خانواده و نظام ارجاع موثر باشد.

کلمات کلیدی: خدمات سلامت دهان و دندان، روش پرداخت سرانه، روش پرداخت کارانه

## فهرست

۵.....	فصل یک کلیات
۶.....	مقدمه
۸ .....	بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه
۱۰ .....	هدف کلی و اهداف اختصاصی
۱۱.....	سوالات
۱۲.....	تعاریف و اصطلاحات
۱۳.....	محدودیت های مطالعه
۱۴.....	فصل دوم ادبیت مطالعه
۱۵.....	مبانی نظری مطالعه
۱۶.....	بسترینه تحقیق
۲۱.....	فصل سوم روش اجرای مطالعه
۲۳.....	فصل چهارم یافته های مطالعه
۲۶.....	توصیف یافته ها
۴۲.....	تحلیل یافته ها
۴۴.....	فصل پنجم نتیجه گیری و پیشنهادات
۴۵.....	بحث و نتیجه گیری
۴۶.....	پیشنهادات
۴۸.....	منابع

# فصل یک:

## کلیات

## مقدمه

بی تردید تحقق عدالت در عرصه سلامت و دسترسی همه مردم به حداقل های سلامتی نه تنها از الزامات و راههای دستیابی به توسعه پایدار در جوامع محسوب شده بلکه خود از اهداف توسعه محسوب می شود. این مهم در تمامی کشورها جزو وظایف حاکمیت محسوب شده و تلاشی پیگیر برای دستیابی بدان در حال انجام است. به نحوی که حتی در بررسی موفقیت عملکرد دولتها به شاخصهای رشد توسعه انسانی و در راس آنها شاخصهای سلامتی و بهداشت و ارتقاء کیفیت زندگی آحاد جامعه توجهی خاص به عمل می آید. (۳)

پایه گذاری نظام شبکه های بهداشت و درمان و تلاش برای تامین حداقل های سلامت در قالب مراقبت های بهداشتی اولیه PHC در کشور ما در طول سه دهه گذشته دستاوردهای عظیمی داشته که از مهمترین آنها کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان، کاهش مرگ و میر مادران، جلوگیری از مرگ و میرهای قابل پیشگیری بلواکسن و ارتقای امید به زندگی می باشد.

این دستاوردها نه تنها به واسطه موفقیت های نظام شبکه بهداشت و درمان بلکه در ارتباط تنگاتنگ با توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و نیز تلاش بخشهای دیگر سلامت و یا موثر در تامین سلامت حاصل شده است.

از آن جمله میتوان به توسعه زیر ساختهای بهداشت و درمان ( رشد و افزایش تخت های بیمارستانی و تجهیزات و امکانات درمانی و توسعه مراکز بهداشتی درمانی )، اهتمام برای رشد و توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی در امر آموزش و اشتغال حرف پزشکی و پیراپزشکی ، اجرای برنامه های پیشگیری از بیماریهای واگیردار در سطح ملی و برنامه های تنظیم جمعیت و سایر فعالیت های مرتبط و نهایتاً اجرای طرح ارتقاء بیمه درمان روستائیان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر اشاره نمود. (۲)

با توجه به تصمیم متولیان و طراحان این برنامه برای قرارگرفتن طرح بیمه درمان روستائیان در قالب نظام شبکه ارائه خدمات بهداشتی درمانی، دید جامعه نگر و سلامت محوری که در فلسفه PHC نهفته است به سازمان بیمه سلامت که اینک بزرگترین سازمان بیمه گر در زمینه درمان است تسری پیدا نموده و با اجرای این طرح نگرش های جدیدی را نه تنها در سطح مدیران ارشد که در سطوح عملیاتی برای مدیران و کارشناسان اجرایی نیز ایجاد کرده است. تجارب جدید در شیوه های پرداخت، و نحوه پایش و نظارت بر عملکرد تیم سلامت از جمله حیطة های جدیدی است که ورود سازمان بیمه سلامت به این عرصه ها دستیابی به این تجارب را امکان پذیر ساخته است. (۳)

بیمه درمان روستائیان با پوشش جمعیتی حدود ۲۰ میلیون نفر در حال حاضر یکی از بزرگترین صندوق های بیمه ای پایه در سطح کشور می باشد. فعالیت این صندوق بیمه ای با همکاری وزارت بهداشت و درمان و سازمان بیمه سلامت از سال ۱۳۸۴ در قالب نظام ارجاع و پزشک خانواده برای جمعیت بیمه شده روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر شروع شده است. (۲)

سازمان بیمه سلامت در زمینه بیمه درمان جمعیت بیمه شده روستایی در ۲ سطح تعهد پرداخت دارد. سطح یک آن بروش سرانه است ( به ازای جمعیت ) که بر مبنای تفاهم نامه سالانه بین وزارت بهداشت و درمان و سازمان بیمه سلامت مبلغ آن تعیین می شود. این مبلغ، هزینه کلیه مراجعات و خدمات ارائه شده از سوی پزشک خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی را در قالب بسته های خدمتی تعریف شده شامل می شود. در خدمات ارائه شده از سوی تیم سلامت مستقر در مراکز بهداشتی و درمانی، مراقبت های اولیه سلامتی (PHC) و نیز خدمات درمانی پایه تعریف شده است. سازمان بیمه سلامت بر مبنای جمعیت هرکدام از مراکز بهداشتی و درمانی روستایی ضمن انعقاد قرارداد همکاری با شبکه های بهداشت و درمان در استانهای مختلف، ماهانه موظف به پرداخت هزینه سرانه جمعیت تحت پوشش هرکدام از مراکز به دانشگاه علوم پزشکی بشرط ارائه خدمات می باشد. این سرانه در حال حاضر با عوامل زیر تعدیل شده است:

۱- ضریب محرومیت استانی

۲- ضریب محرومیت شهرستانی

این موارد از سوی وزارت بهداشت و درمان و با تأیید مراجع ذیصلاح تعیین شده است.

در عمل، بر اساس تفاهم نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت عملکرد پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه دهنده خدمات سلامت در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، توسط کارشناسان ادارات کل بیمه سلامت استانها بر اساس چک لیست مصوب مورد پایش قرار گرفته و میزان سرانه پرداختی برای مراکز با توجه به نتایج پایش، انجام می گیرد. در بسته خدمات قابل ارائه به بیمه شدگان روستایی دو سطح در نظر گرفته شده است. خدمات سلامت سطح یک از نظر مسئولیت ارائه و دسترسی بیمه شدگان روستایی در حیطه فعالیت دانشگاه های علوم پزشکی قرار دارد. اما مسئولیت تدارک و دسترسی بیمه شدگان به خدمات سطح دو به عهده سازمان بیمه سلامت و ادارات کل استانی است. بدین معنی که اگر پزشک خانواده بیمه شده را به سطح ۲ ارجاع دهد در این شرایط هزینه های ویزیت و پاراکلینیک و خدمات ارائه شده به صورت کارانه از سوی ادارات کل بیمه سلامت به پزشکان یا موسسات پاراکلینیکی طرف قرارداد پرداخت می گردد.

از سوی دیگر در همه سیستم های سلامت، ارزیابی از میزان کارایی و اثربخشی واحدهای عرضه کننده خدمات سلامت از اهداف و فعالیت های اصلی به شمار می رود. بخشی از این ارزیابی معطوف به ابعاد اقتصادی، بهبود روش های مصرف منابع مالی و جلوگیری از ایجاد و صرف هزینه های غیر واقعی و اجتناب از استهلاک بی مورد منابع مالی و انسانی است. در کنار این عوامل، اثربخشی روش پرداخت برای اقدامات تشخیصی و درمانی و مراقبت های سلامت در راستای ارتقاء سلامت جامعه، عرضه خدمات سلامت را به یک فرایند پیچیده تبدیل نموده است. (۱)

این مطالعه در صدد است میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان را بر مبنای حجم خدمات دریافتی و نیز هزینه های مرتبط، در دو مقطع مختلف برای بیمه شدگان روستایی استان مشخص نموده و مورد مقایسه قرار دهد. این دو مقطع از ارائه خدمات سلامت دهان و دندان بر پایه دو روش مختلف پرداخت به ارائه دهندگان در کشور به بوته تجربه گذاشته شده است. در مقطع نخست، عرضه خدمات سلامت دهان و دندان به بیمه شدگان روستایی در سطح دو بر مبنای روش پرداخت کارانه به ارائه دهندگان صورت می گرفت و در مقطع دوم، عرضه خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری و بر مبنای روش پرداخت سرانه به بیمه شدگان روستایی انجام گرفته است.

### بیان مساله و ضرورت انجام مطالعه :

در طرح ارتقاء بیمه درمان روستائیان و عشایر، خدمات سلامت دهان و دندان تا پایان سال ۱۳۹۴ جزو خدمات سطح دو محسوب می شد. اما از ابتدای سال ۱۳۹۵ این خدمات به صورت کامل به سطح یک انتقال یافته است. (با توجه به اینکه زیر ساخت های دانشگاه علوم پزشکی از اول سال ۱۳۹۵ برای ارائه خدمات مهیا شده لذا از این مقطع خدمات به صورت کامل به سطح یک انتقال یافت.)

این خدمات بر اساس آخرین تفاهم نامه امضا شده شامل موارد زیر است:

- ۱- ارتقاء مهارت های فردی (استفاده درست از مسواک، نخ دندان، تغذیه غیر پوسیدگی زا، اهمیت دندانهای شیری و حفظ سلامت دندان)
- ۲- وارنیش فلوراید ۳- توزیع مسواک انگشتی ۴- فیشورسیلانت تراپی ۵- فلوراید تراپی ۶- ترمیم دندان ۷- کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری ۸- رادیوگرافی دندان ۹- پالپوتومی ۱۰- جرم گیری و بروساژ ۱۱- معاینه و آموزش بهداشت



این مطالعه در نظر دارد میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان را بر مبنای حجم خدمات دریافتی در دو مقطع مختلف برای بیمه شدگان روستایی استان مشخص نموده و مورد مقایسه قرار دهد. این مقایسه شامل خدماتی است که در دو مقطع مطالعه (سطح یک و دو) مشترکا قابل ارائه بوده است. یعنی موارد ۲، ۴، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ (تعداد ۸ مورد از ۱۱ مورد)

مقطع نخست (۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴) زمانی است که خدمات سلامت دهان و دندان در سطح دو قرار داشته و بیمه شدگان برای دریافت خدمات می بایست به دندانپزشکان طرف قرارداد ادارات کل بیمه سلامت مراجعه می نمودند. در این مقطع روش پرداخت به ارائه دهندگان به شیوه کارانه بوده است. مقطع دوم (۶ ماهه اول ۱۳۹۵) مربوط به زمانی است که خدمات مذکور به سطح یک انتقال یافته و بیمه شدگان در مراکز بهداشتی و درمانی مستقیماً به خدمات مذکور دسترسی دارند. در این مقطع روش پرداخت به ارائه دهندگان به شیوه سرانه بوده است. در این مقطع سهم سرانه پرداختی سازمان بیمه سلامت به وزارت بهداشت و درمان در قبال خدمات سلامت دهان و دندان در استان اردبیل معادل ۵۸۴۴۶ ریال بوده که ۵/۵ درصد کل سرانه تخصیص یافته برای بسته های خدمتی سطح یک را شامل شده است.

با این وجود مشخص نیست که تحت شرایط جدید آیا میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان توسط بیمه شدگان روستایی افزایش یافته است؟ به بیان دیگر تاثیر روش پرداخت سرانه بویژه در حجم خدمات ارائه شده و هزینه های آن برای سازمان بیمه سلامت، سوالی است که این مطالعه در پی یافتن پاسخ آن است. انتظار می رود با انجام این مطالعه، تناسب میزان خدمات ارائه شده به بیمه شدگان روستایی در سطح یک از نظر تعداد و حجم خدمات با مبلغ سرانه تخصیص یافته برای سلامت دهان و دندان مشخص گردد.

این مطالعه از 4 بعد برای سازمان بیمه سلامت حائز اهمیت می باشد:

الف) سازمان بیمه سلامت با انجام این مطالعه می تواند اثر بخشی این تصمیم (انتقال خدمات سلامت دهان و دندان به سطح یک) را در میزان دسترسی و دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به بیمه شدگان روستایی نشان دهد. افزایش حجم خدمات ارائه شده در سطح یک (مقطع زمانی مربوط به روش پرداخت سرانه) در مقایسه با مقطع زمانی مربوط به روش پرداخت کارانه که همین خدمات در سطح دو انجام می گرفت می تواند موید این تاثیر باشد.

ب) این نکته در صورت اثبات قابل بررسی در حیطه هزینه خدمات سلامت دهان و دندان نیز خواهد بود بدین معنی که با احتساب سرانه خدمات سلامت دهان و دندان در سطح یک و هزینه های خدمات مذکور زمانیکه در سطح دو انجام می گرفت می توان ضمن مقایسه هزینه های مذکور در سطح یک و دو، تاثیر این تصمیم روی هزینه های سازمان بیمه سلامت را نیز مشخص نمود. در سال ۱۳۹۵ سرانه

هر کدام از خدمات ۸ گانه دهان و دندان در سطح ۱، حدود ۱۳۰ میلیون تومان بوده است. در مجموع برای ۸ خدمت مشترک در دو مقطع مطالعه، سرانه تخصیص یافته ۲/۰۸۰ میلیارد تومان می باشد. لذا در شش ماهه اول ۹۵ مبلغ ۱/۰۴۰ میلیارد تومان بابت سرانه ۸ خدمت دهان و دندان از سوی اداره کل به دانشگاه علوم پزشکی پرداخت شده است.

ج) با تعیین حجم خدمات ارائه شده و نیز هزینه های واقعی این خدمات در سطح ۲ می توان در مورد تعیین سرانه عملکردی خدمات سلامت دهان و دندان در سطح استان و حتی به تفکیک شهرستان ها تصمیم گیری نمود

د) با انجام این مطالعه حجم خدمات سلامت دهان و دندان ارائه شده در شهرستانهای مختلف استان مقایسه شده و نقاط مداخله لازم برای تعامل با دانشگاه علوم پزشکی در راستای توزیع و ارائه خدمات بهتر به بیمه شدگان روستایی مشخص خواهد شد

#### اهداف :

**هدف کلی:** بررسی تاثیر دو روش پرداخت کارانه و سرانه به ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان بر حجم خدمات ارائه شده به

بیمه شدگان روستایی و هزینه های سازمان بیمه سلامت در استان اردبیل

#### اهداف اختصاصی:

الف) تعیین میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک انواع خدمات در مقطع نخست مطالعه (تعهد سطح دو / روش پرداخت کارانه)

ب) تعیین میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک انواع خدمات در مراکز بهداشتی و درمان روستایی (مقطع دوم مطالعه تعهد سطح یک / روش پرداخت سرانه)

ج) تعیین میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک شهرستانهای استان در مقطع نخست مطالعه (تعهد سطح دو / روش پرداخت کارانه)

د) تعیین میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک شهرستانهای استان در مراکز بهداشتی و درمان روستایی (مقطع دوم مطالعه / تعهد سطح یک)

ه) تعیین میزان هزینه خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک شهرستانهای استان در مقطع نخست مطالعه (تعهد سطح دو)

و) تعیین میزان هزینه خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک شهرستانهای استان در مراکز بهداشتی و درمان روستایی (مقطع دوم مطالعه

/تعهد سطح یک)

ز) تعیین میزان تناسب سرانه تخصیص یافته برای خدمات سلامت دهان و دندان با هزینه های قابل محاسبه واقعی خدمات انجام یافته در

سطح یک

### هدف کاربردی:

تعیین تاثیر دو روش پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت دهان و دندان (کارانه و سرانه) بر حجم خدمات ارائه شده به بیمه شدگان و

هزینه های سازمان بیمه سلامت و ارائه الگویی برای خدمات سلامت دهان و دندان در سایر صندوق های بیمه سلامت بر مبنای روش

پرداخت سرانه.

### سؤالات:

مهمترین سوالاتی که این مطالعه بدانها پاسخ خواهد داد عبارتند از:

الف) میزان دسترسی و دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک نوع خدمت و شهرستانهای استان برای بیمه شدگان روستایی در

سطح دو ارائه خدمات (مقطع اول مطالعه) چگونه است؟

ب) میزان هزینه خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک شهرستانهای استان برای بیمه شدگان روستایی در سطح دو ارائه خدمات (مقطع

اول مطالعه) چگونه است؟

ج) میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک نوع خدمت و شهرستانهای استان برای بیمه شدگان روستایی در سطح یک ارائه

خدمات (مقطع دوم مطالعه) چگونه است؟

د) میزان هزینه خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک شهرستانهای استان برای بیمه شدگان روستایی در سطح یک ارائه خدمات (مقطع

دوم مطالعه) چگونه است؟

ه) آیا میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان بعد از انتقال از سطح دو به سطح یک افزایش داشته است؟

و) آیا بین سرانه تخصیص یافته برای خدمات سلامت دهان و دندان و نیز حجم و نوع خدمات ارائه شده در سطح یک تناسبی وجود دارد؟

## تعریف واژه ها و اصطلاحات

۱- مراکز ارائه دهنده خدمات سطح یک در بیمه درمان روستائیان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر :

واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس

فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان های اولیه، ثبت

اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی گیری بیمار عمده‌ی خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب خدمت واحد پزشک

خانواده، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.

۲- مراکز ارائه دهنده خدمات سطح دو در بیمه درمان روستائیان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر:

واحدی در نظام سلامت که خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار می‌دهد و سپس پزشک

خانواده‌ی ارجاع کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و دیگر خدمات سلامت و

درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح است.

۳- روش پرداخت کارانه: پرداخت به ارائه دهندگان به ازای هر قلم خدمت بر اساس تعرفه های مصوب

۴- روش پرداخت سرانه: پرداخت به ارائه دهندگان به ازای جمعیت تحت پوشش با مبلغ مشخص و تعدیل بر مبنای پایش انجام یافته که

این پایش، ساختو و نحوه عملکرد ارائه دهندگان را در بر می‌گیرد. مبلغ سرانه سالانه بر اساس ضریب محرومیت شهرستان در تفاهم نامه

خدمات سطح یک بین وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت مورد توافق قرار می‌گیرد

۵- سرانه عملکردی: مبلغ واقعی هزینه شده برای هر یک از خدمات سلامت در روش پرداخت سرانه

۶- حذف دندان غیرقابل نگهداری: دندان پوسیده که قابلیت درمان و ترمیم نداشته و انتخاب دندانپزشک حذف و کشیدن این دندان می

باشد.

۷- هزینه سازمان: در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴ سهم سازمان شامل مبالغ پرداختی به مطبهای خصوصی و درمانگاههای دندانپزشکی طرف

قرارداد اداره کل بیمه سلامت اردبیل بر اساس تعرفه های مصوب خدمات سلامت دهان و دندان و بصورت کارانه بوده و در ۶ ماهه اول

۱۳۹۵ نیز شامل سرانه پرداختی به دانشگاه علوم پزشکی استان بر اساس سرانه مصوب سال ۱۳۹۵ در تفاهم نامه سطح یک می‌باشد.

۸- تفاهم نامه سطح یک: سندی است که مابین وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت تنظیم یافته و مفاد آن

بیان کننده بسته خدمتی ارائه شده در سطح یک و نیز نحوه تخصیص و پرداخت سرانه بابت جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی و خدمات

ارائه شده و نحوه پایش عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی ارائه دهنده خدمات سلامت می باشد.

۹- گروه هدف: شامل کودکان زیر ۱۴ سال، زنان باردار و شیرده می باشد.

### محدودیت های مطالعه

جمع آوری اطلاعات و آمار خدمات سلامت دهان و دندان از مراکز بهداشت و درمان استان به علت تاخیر در استخراج و پرداخت کارانه

دندانپزشکان در مراکز، با تاخیر و محدودیت مواجه شد.

**فصل دو:**

**ادبیات و**

**پیشینه مطالعه**

## مبانی نظری مطالعه

محدودیت منابع در اقتصاد سلامت مهم ترین دلیل توجه متولیان نظام سلامت در اغلب کشورهای جهان به امر بهره وری و استفاده مقتضی و مناسب از امکانات موجود در تمام حوزه های ارائه خدمات سلامت می باشد. نگرش حاکمیت ها در پرداختن به مقوله‌ی سلامت با دیدگاه عدالت مدارانه همراه است. عدالت در سلامت ابعاد مختلفی دارد ( عدالت در دسترسی به خدمات ، عدالت در مشارکت مالی و هزینه های سلامت و درمان و ... )

وقتی که می‌خواهیم خدمات را برای همگان فراهم کنیم چون منابع محدودی داریم باید بپذیریم که مجبور به اولویت بندی هستیم پس همه‌ی خدمات را نمی‌توانیم ارائه بدهیم. باید خدمتی را ارائه بدهیم که جوابگوی نیازهای مردم باشد یا حداکثر بهره‌وری را داشته باشد یا حداکثر خروجی سلامت را برای مردم ایجاد کند. این یک دیدگاه کلان است. (۴)

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به منظور برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی از استراتژی‌هایی چون پوشش همگانی بیمه، وجود بسته های تعریف شده خدمات بهداشتی درمانی، تعداد مناسب پرسنل پزشکی و پیراپزشکی، وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع به همراه سهم بالای بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی و سرانه بالا برای بهداشت و درمان بهره برده اند ، هم چنین پایین بودن سهم پرداخت های مستقیم توسط بیماران، گسترش تعهدات بیمه ای و بالاخره وجود سقف پرداخت در خدمات دارویی و درمانی بسیار کمک کننده بوده است. این سیاست ها به شکلی تدوین شده که وضعیت درآمد افراد، در برخورداری از این خدمات تاثیر گذار نمی باشد. این موارد ضرورت ایجاد نظامی برای تنظیم ارتباط بین ارائه دهنده خدمت، گیرنده خدمت و تامین کننده منابع مالی را ایجاب می کند. (۳)

شواهد تجربی نشان می دهد که انگیزه های مالی از مهمترین عوامل موثر بر رفتار سازمانی و فردی در بخش سلامت هستند که از عامل مشوق پاداش پولی برای القای تغییرات رفتاری استفاده می کنند. این انگیزه ها می تواند هم بر کیفیت و هم بر کمیت خدمات سلامت و همچنین بر روی هزینه های نظام سلامت تاثیر بگذارد. علاوه برآن پرداخت می تواند باعث پیامدهای حد واسط در جامعه، مانع د میزان دسترسی مردم به خدمات، کارایی و کیفیت خدمات شود که این عوامل در نهایت بر روی وضعیت سلامت و رضایت جامعه تاثیر گذار است. (۴)

سازمانهای بیمه گر تمایل دارند که با انتخاب مکانیزم های پرداخت مناسب، ضمن مدیریت اجرایی سهل و بدور از پیچیدگی، هزینه های خود را قابل پیش بینی و محاسبه نموده وبا مدیریتی آگاهانه هزینه ها را کنترل و یا رشد آنها کند نمایند . همچنین سازمانهای بیمه گر در

انتخاب و استفاده از روشهای مختلف پرداخت به اثر بخشی مناسب خدمات ارائه شده به بیمه شدگان خود و ایجاد انگیزه در عرضه کنندگان و رضایت عمومی جامعه نیز نظر دارند. (۱)

نظام ارجاع و سطح بندی خدمات با متد پرداخت سرانه به ارائه دهندگان خدمات سلامت، از جمله مداخلات حاکمیتی است که با روشی نظام یافته و هدفمند مسیر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را برای دسترسی همگانی و توأم با عدالت هموار می کند . به نظر اکثر صاحب نظران، نظام راهبردی پزشک خانواده، سطح بندی خدمات و سیستم ارجاع، و توجه به روش پرداخت سرانه به ارائه دهندگان خدمات سلامت، راه حل اصلی برای بسیاری از مشکلات نظام ارائه خدمات سلامت محسوب می شود. (۳)

نظام ارجاع علاوه بر این که راهی برای برخورداری سهلتر نیازمندان واقعی از امکانات بهداشتی درمانی کشور بشمار می رود، وسیله ای برای توزیع عادلانه منابع بهداشتی و گامی در مسیر عدالت اجتماعی است. صاحب نظران معتقدند که با این نظام می توان منابع بهداشتی و درمانی را طوری هدایت کرد که وسیعترین گروههای مردم از خدمات ممکن در کشور برخوردار شوند.

در این مطالعه تاثیر نظام ارجاع و پزشک خانواده و روش پرداخت سرانه بر روی یکی از مهمترین خدمات سلامتی یعنی خدمات سلامت دهان و دندان مورد بررسی و مذاقه قرار گرفته است. این بررسی شامل دو بعد است. بعد نخست تعداد و حجم خدمات ارائه شده و بعد دوم هزینه های این خدمات. (۳)

### پیشینه تحقیق :

یکی از معیارهای اصلی سنجش سلامت افراد جامعه، بررسی میزان سلامت دهان و دندان آنها میباشد. درجوامع امروزی با توجه به افزایش ارتباطات و حضور افراد در موقعیت های اجتماعی گوناگون و همینطور وجود اعتقادات مذهبی در مورد بهداشت دهان و دندان که تاکید بر این دارد که رعایت بهداشت دهان و دندان نه تنها یک اصل فرهنگی اجتماعی است بلکه از ضروریات اعتقادی و دینی نیز میباشد، این مساله اهمیت ویژه ای می یابد. بیماریهای دهان و دندان از جمله شایع ترین بیماری های جامعه بشری است و بخش مهمی از وقت و هزینه خانواده ها را به خود اختصاص داده است.

از آن زمان که علل بروز و شیوع این بیماریها شناخته شد، پیشگیری از آنها نیز مورد تأکید قرار گرفت. کاهش بیماریهای دهان و دندان در بسیاری از کشورهای جهان مرهون تفکر پیشگیری از این بیماریها می باشد صاحب نظران دندانپزشکی بر این عقیده اند که تنها راه کاهش بیماریهای پریدنتال روی آوردن به امر پیشگیری است و نخستین گام در پیشگیری نیز ارتقای فرهنگ بهداشت و پیشگیری در مردم می



باشد. بنابر این برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تامین سلامت دهان و دندان برنامه ریزی گردد و برنامه های تامین سلامتی از کودکی تا بزرگسالی تداوم یابد. یک دهان سالم شخص را قادر به خوردن، حرف زدن، ایجاد ارتباط و اجتماعی شدن میکند. سالانه بیش از 50 میلیون ساعت به خاطر مشکلات ناشی از بیماری های دهان و دندان به هدر میرود. معمولاً دندان انسان بیشتر از دیگر اندام ها و بافت ها دچار بیماری میشود و به همان نسبت بیشتر از سایر قسمت های بدن نیاز به مراقبت دارد. پوسیدگی دندان بیماری است که بالاترین شیوع را بین انسان ها دارد. حدود 6 ماهگی دندان های شیری شروع به رویش میکنند و 2 سالگی دندان های شیری کامل میشود. و از سن 5 تا 6 سالگی دندان های دائمی شروع به رویش میکنند و به تدریج جایگزین دندان های شیری میشوند. رویش دندان های دائمی تا سن 12 سالگی ادامه دارد. بنابراین، بعضی از دندان های شیری تا سن 12 سالگی در دهان باقی میمانند. دندان های شیری علاوه بر کارکردهایی نظیر جویدن غذا، حفظ شکل و زیبایی چهره و نقش در تکلم و وظیفه ی مهم دیگری نیز دارند که عبارت از حفظ فضای لازم برای رویش دندان های دائمی است. مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود، زیرا تنها با انجام مراقبت های ویژه از دندان های شیری کودکان است که میتوان انتظار رویش صحیح دندان های دائمی را داشت. در دوره ی قبل از مدرسه، والدین تامین کننده ی اصلی بهداشت دهان و دندان کودکان هستند. متأسفانه اغلب والدین به دندان های شیری اهمیتی نمیدهند و تنها زمانی کودک خود را نزد دندانپزشک میبرند که درد شدید، امان او را بریده باشد و یا در اثر آبرسه ی دندان، صورت کودک متورم شده باشد که در اینگونه موارد جز حذف دندان های شیری چاره ای وجود ندارد، دانستن مسائلی از جمله تعداد خدمات ارائه شده به جمعیت مورد مطالعه و همچنین هزینه تمام شده این خدمات میتواند ما را به نقاط ضعف و ارتقاء سطح سلامت بهداشت دهان و دندان جامعه رهنمون سازد تا با تاکید بیشتر بر آنها بتوان علاوه بر بهبود بینش و عادات بهداشتی افراد به طور غیر مستقیم روی سلامت آنان تاثیر گذاشت. بیماریهای دهان و دندان معمولاً از زمان خردسالی شروع میشود ولی علائم آن ممکن است تا چند سال، هم از نظر فرد و هم از دید دندانپزشک مخفی بماند. در کودکان 1 تا 3 ساله والدین به عنوان مراقبت کنندگان اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب میشوند. آموزش به کودک در مورد مسواک زدن، مقدار خمیر دندان (به اندازه یک نخود) و استفاده از نخ دندان توسط والدین انجام میشود. در دوره قبل از مدرسه ( 3 تا 6 سال) پیشرفت کودک در امور بهداشتی دهان و دندان آغاز میشود، اما هنوز والدین تامین کننده اصلی بهداشت دهان و دندان هستند. آموزش به کودکان و سایر آحاد جامعه باید در راستای نیاز های فردی و بر اساس فرهنگ آنها باشد(۹).

انصاری مقدم در مطالعه ای که در مورد بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان شیرخوار انجام داد، نشان داد که بین آگاهی و رفتار مادران با بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط معنی دار وجود دارد. میزان اطلاعات و آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان مهم است، آگاهی بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتی مناسب است (۱۱).

قبل از سال ۱۳۷۴ مراقبت دهان و دندان جایگاه مشخص و تعریف شده ای در سیستم بهداشتی کشور نداشت ولی از آنجا که بهداشت دهان و دندان یکی از شاخه های مهم بهداشت عمومی می باشد و تأثیر به سزایی بر روی وضعیت سلامت افراد دارد، و بنابر شیوع بالای بیماری های دهان و دندان در سطح جامعه، در سال ۱۳۷۴ برنامه ای برای ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی با هدف ارتقای سطح سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش سطح آگاهی و بهبود کمی و کیفی ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان، ارائه گردید (۸).

در همان سال و در راستای ادغام فعالیتهای بهداشتی و درمانی در سیستم شبکه، طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان مطرح و به صورت آزمایشی در چند شهر کشور به اجرا در آمد، در حال حاضر نیز در کلیه واحدهای بهداشتی و درمانی کشور، بهداشت دهان و دندان به عنوان جزئی از خدمات بهداشتی و در قالب سیستم شبکه به جامعه ارائه می گردد. در سال اول افزایش سرانه خدمات سطح یک از اوایل سال ۱۳۹۳ در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای جمعیت بیمه شده روستائیان و عشایر و شهرهای با جمعیت زیر بیست هزار نفر این خدمات طبق تفاهمنامه فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران فقط برای دو گروه کودکان زیر ۱۴ سال و زنان باردار در قالب سرانه مورد توافق قرار گرفت. از سال ۱۳۹۴ این خدمات برای تمامی جمعیت روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر بعنوان بسته خدمتی دهان و دندان مورد توافق طرفین قرار گرفته است و با استقرار یک دندانپزشک به ازای هر ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت، خدمات دهان و دندان ارائه می شود.

سلامت دهان و دندان از شاخه های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت کلی افراد تأثیر بسزایی دارد. سلامت دهان و دندان جامعه یا Dental Public Health به صورت زیر تعریف شده است:

"علم و هنر پیشگیری از بیماریهای دهانی، بالا بردن بهداشت دهان و سطح کیفی زندگی از طریق کوششهای سازمان یافته در اجتماع"

ارتقای بهداشت دهان و دندان جامعه مستلزم دسترسی آسان مردم به مراقبتهای اولیه بهداشت دهان و دندان و امکان استفاده از خدمات

بهداشت دهان و دندان به صورت طبقه بندی شده می باشد. گستردگی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در کشور این امکان را در زمینه مراقبتهای عمومی میسر ساخته است ولی متأسفانه بهداشت دهان و دندان هنوز به طور کامل جایگاه خاص خود را در این زمینه پیدا نکرده است. استفاده از شبکه موجود مراقبتهای اولیه بهداشتی در جهت ارائه مراقبتهای بهداشت دهان و دندان نه تنها موجب گسترش مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در سطح جامعه می شود بلکه با پیشگیری از شیوع بیماری دهان و دندان، در کاهش هزینه های درمانی نیز مؤثر خواهد بود.

بیماری های دهان و دندان در طبقه بندی بیماری های غیرواگیر قرار می گیرند که از نظر سلامت عمومی حایز اهمیت هستند. مطالعات نشان می دهند که بروز و شیوع بیماری های دهان و دندان به عنوان یکی از بیماری های غیرواگیر در ایران به سرعت رو به افزایش است. با توجه به برنامه عملیاتی تهیه شده در راستای استراتژی جهانی در جهت پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، مهم است که چارچوب سیاست های کشوری، برنامه ها، تجربیات منطقه ای / جهانی و ظرفیت سازی برای برخورد با بار بیماری های دهان و دندان همانند دیگر بیماری های غیرواگیر، شکل بگیرد. هر برنامه ای می بایست با استراتژی های اجرایی ادغام یافته، جامع و هماهنگ همانند مداخلات مبتنی بر شواهد جهت کنترل بیماری ها و عوامل خطر در سطح کشوری، حمایت شود اگرچه استراتژی هایی برای سلامت دهان و دندان و برنامه ریزی های پیشگیری وجود دارند، اما یک مانع جدی در مورد برنامه های کنترل و پیشگیری از بیماری های غیرواگیر عدم تامین اعتبار لازم می باشد. وزارت بهداشت متعهد است تا در سطح کشور، سلامت دهان و دندان را به عنوان یکی از اولویت های بیماری های غیرواگیر مورد حمایت قرار دهد. (۸).

ارسنگ و همکاران در مطالعه سال ۱۳۹۳ خود نتیجه گیری کرده اند که با توجه به رایگان نبودن خدمات درمانی دندانپزشکی در ایران، می توان بعضی از موانع استفاده از خدمات، به ویژه نقش خدمات پیشگیری را از طریق افزایش دسترسی افراد به خدمات در روستاها و شهرها، همچنین افزایش سطح آگاهی والدین در ارتباط با اهمیت دندان های شیری در سلامت دندان های دائمی و سلامت جسمی کودکان کاهش داد. در زمینه میزان خدمات دهان و دندان در مناطق مختلف کشور بر اساس گروه های سنی مطالعات متعددی صورت گرفته است، اما بر اساس جستجوی محققین در زمینه حجم و تعداد خدمات دهان و دندان در مناطق روستایی قبل و بعد از تغییر روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان مطالعه ای که در این زمینه انجام شده باشد یافته نشد (۱۰).

با عنایت به شعار سازمان بهداشت جهانی در سال 1994 میلادی "بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم" و شیوع بالای بیماریهای دهان و دندان در ایران مطالعه حاضر در راستای تعیین تاثیر دو روش پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت دهان و دندان (کارانه و سرانه) بر حجم خدمات ارائه شده به بیمه شدگان و هزینه های سازمان بیمه سلامت و ارائه الگویی برای خدمات سلامت دهان و دندان در سایر صندوق های بیمه سلامت بر مبنای روش پرداخت سرانه انجام گرفت.

# فصل سوم:

## روش اجرای

## مطالعه

نوع مطالعه : این مطالعه یک طرح توصیفی و کاربردی می باشد.

## جامعه آماری

جامعه آماری در این مطالعه تعداد کل خدمات سلامت دهان و دندان ارائه شده به بیمه شدگان روستایی در ۶ ماهه اول سال ۹۴ (تعداد ۱۴۷۵۶ خدمت) و شش ماهه اول سال ۹۵ (تعداد ۷۷۵۱۸ مورد خدمت) طبق مفاد تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه شدگان روستایی می باشد.

## روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن

در این مطالعه نمونه برابر با کل جامعه آماری می باشد.

## ابزار و روش جمع آوری داده ها و مشخصات آن

استخراج داده ها به دو روش انجام گرفت. در روش نخست داده های ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴ با توجه به محل ثبت داده در نسخ سطح دو از نرم افزار یکپارچه اسناد پزشکی اداره کل بیمه سلامت استان استخراج و در جداول مربوطه ثبت گردید. در مرحله دوم داده ها از طریق اطلاعات الکترونیک ارسالی مرکز بهداشت استان ثبت شده در سیستم نرم افزاری اسناد پزشکی روستایی اداره کل بیمه سلامت استان و نیز اطلاعات و آمار پرداخت کارانه دندانپزشکان مراکز بهداشتی و درمانی که از مراکز مذکور جمع آوری گردید استخراج شد. با توجه به دریافت لیست مالی و آمارهای رسمی دانشگاه علوم پزشکی و با توجه به ثبت سیستمی داده ها و فرایند خاص در تهیه و تولید آنها، داده ها از اطمینان کافی برخوردارند. و صحت داده ها مجدداً با کنترل راندومی از طریق واحد دهان و دندان شبکه های بهداشت و درمان مرکز استان و شهرستانها مورد تأیید قرار گرفت.

## روش تجزیه و تحلیل داده ها

با استفاده از نرم افزار Exel داده های جمع آوری شده از Master shit به رایانه منتقل گردید. سپس از آمار توصیفی (میانگین، درصد) برای توصیف داده ها استفاده گردید.

# فصل چهارم:

## یافته های

## مطالعه

استان اردبیل طبق آخرین آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ جمعیتی برابر ۱۲۷۰۴۲۰ نفر داشته است. که ۱/۶ درصد جمعیت

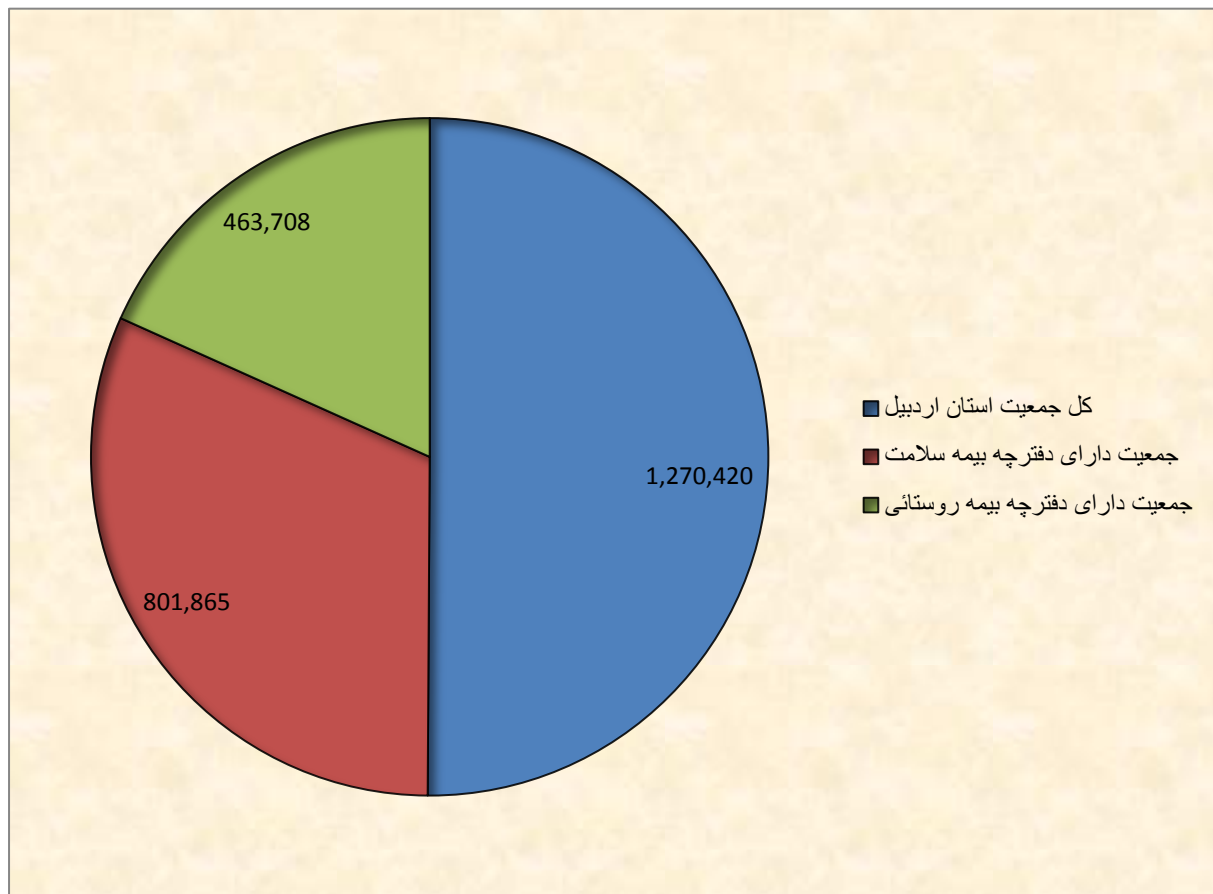
کشور را در خود جای داده است. جدول شماره ۱-۴) جمعیت استان اردبیل به تفکیک شهرستانهای تابعه را نشان می دهد (۵).

ردیف	شهرستان	جمعیت	درصد از کل
۱	اردبیل	۶۰۵۹۹۲	۴۷/۷
۲	بيله سوار	۵۱۴۰۴	۴
۳	پارس آباد	۱۷۷۶۰۱	۱۴
۴	خلخال	۸۶۷۳۱	۶/۸
۵	سرعین	۱۸۲۰۰	۱/۴
۶	کوثر	۲۲۱۲۷	۱/۷
۷	مشگین شهر	۱۴۹۹۴۱	۱۱/۸
۸	مغان	۷۶۹۰۱	۶/۲
۹	نمین	۶۰۶۵۹	۴/۸
۱۰	نییر	۲۰۸۶۴	۱/۶
	جمع	۱۲۷۰۴۲۰	۱۰۰

بر اساس آمار سازمان بیمه سلامت، جمعیت بیمه شده تحت پوشش اداره کل بیمه سلامت استان اردبیل در سال ۱۳۹۵ برابر ۸۰۱۸۶۵ نفر

بوده است که این آمار حدود ۶۳٪ جمعیت استان را شامل می شود. از این تعداد ۴۶۳۷۰۸ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی می باشند. ( حدود

۵۸٪ جمعیت بیمه شده سلامت در استان را افراد دارای دفترچه بیمه روستایی تشکیل می دهد. )



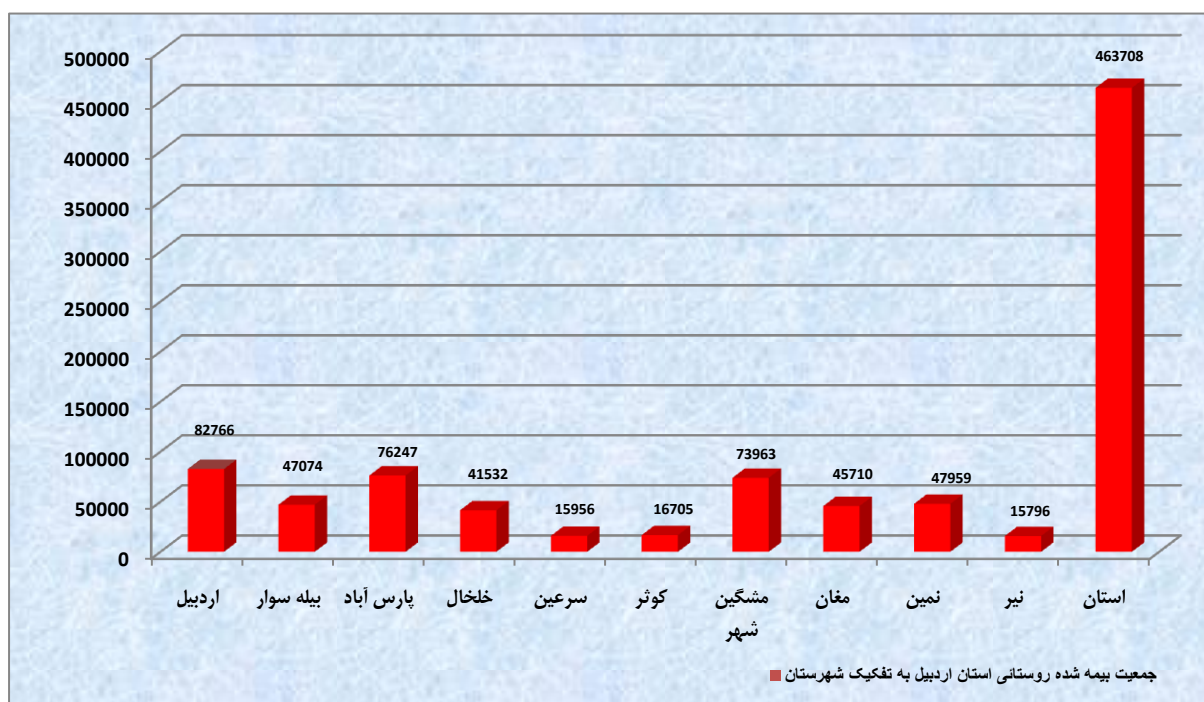


جدول شماره ۲-۴) آمار تفکیکی بیمه ای جمعیت روستایی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت استان را نشان می دهد

ردیف	نوع بیمه	جمعیت ( بر اساس دفاتر بیمه )	درصد از کل
۱	روستایی	۳۷۱۶۸۱ نفر	۸۰/۲
۲	شهر های زیر ۲۰ هزار نفر	۶۱۷۰۳ نفر	۱۳/۳
۳	عشایر	۳۰۳۲۴ نفر	۶/۵
	جمع	۴۶۳۷۰۸ نفر	۱۰۰

جدول شماره ۳-۴) آمار جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی را به تفکیک در شهرستانهای استان نشان می دهد.

ردیف	شهرستان	جمعیت	درصد از کل
۱	اردبیل	۸۲۷۶۶	۱۷/۹
۲	بيله سوار	۴۷۰۷۴	۱۰/۳
۳	پارس آباد	۷۶۲۴۷	۱۶/۵
۴	خلخال	۴۱۵۳۲	۹
۵	سرعین	۱۵۹۵۶	۳/۴
۶	کوثر	۱۶۷۰۵	۳/۶
۷	مشگین شهر	۷۳۹۶۳	۱۶
۸	مغان	۴۵۷۱۰	۹/۹
۹	نمین	۴۷۹۵۹	۱۰
۱۰	نیر	۱۵۷۹۶	۳/۴
	جمع	۴۶۳۷۰۸	۱۰۰



توصیف یافته ها :

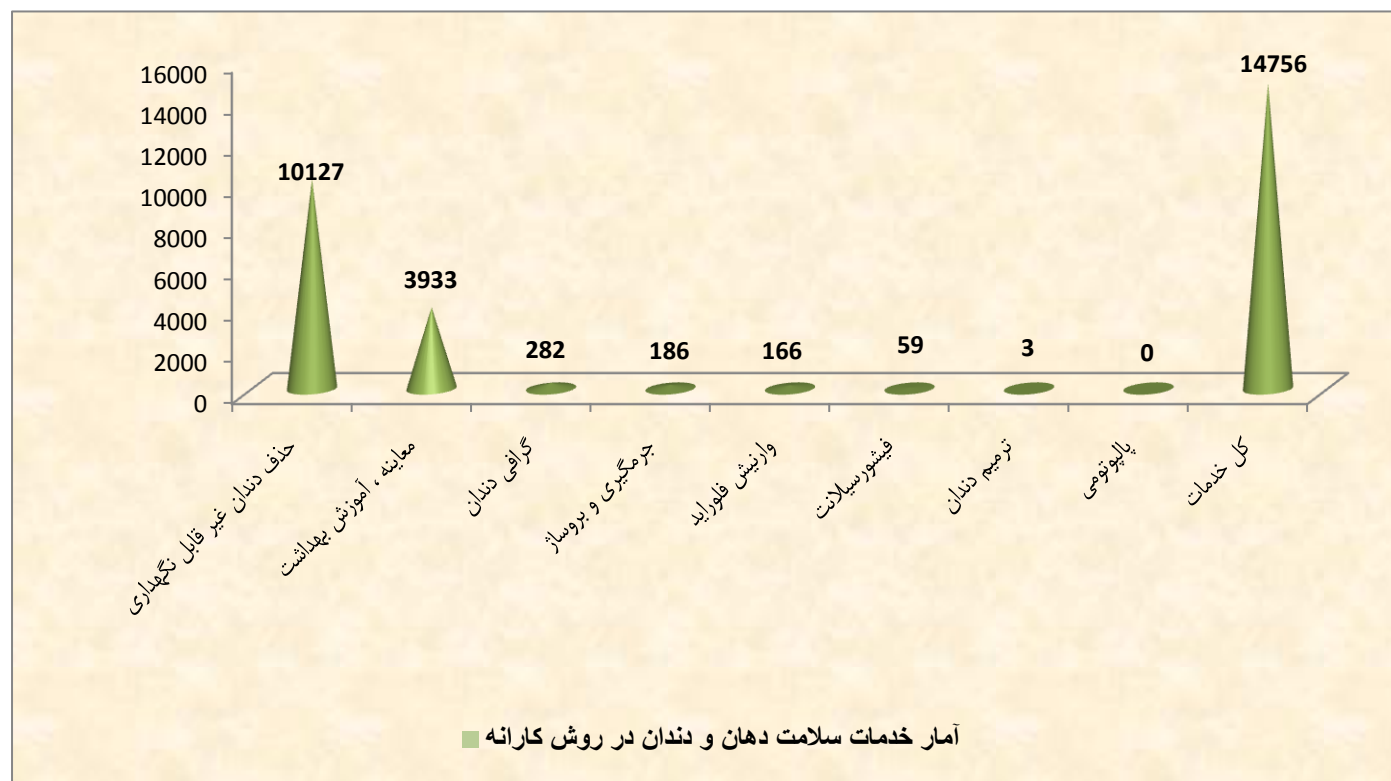
الف) وضعیت تعداد خدمات سلامت دهان و دندان ارائه شده در دو مقطع مطالعه

جدول شماره ۴-۴) میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان توسط بیمه شدگان روستایی را در مقطع شش ماهه اول سال ۹۴ به تفکیک در شهرستانهای استان نشان می دهد. (مقطع ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه)

شهرستان	معاینه ، آموزش ، بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	وارنیش فلوراید	فیثورسیلانت	جرمگیری و بروساز	حذف دندان غیر قابل نگهداری	ترمیم دندان	پالپوتومی	گرافی دندان
اردبیل	۷۷۲	۸۴	۵۲	۲۲	۲۲۹۵	۳	۰	۰
بيله سوار	۲۴۰	۰	۰	۲۳	۱۱۳۵	۰	۰	۰
پارس آباد	۲۴۹	۰	۰	۰	۱۳۳۵	۰	۰	۲۳۸
خلخال	۷۰۴	۰	۰	۰	۱۴۱۳	۰	۰	۱۷
سرعین	۱۰۹	۰	۰	۰	۵۸	۰	۰	۰
کوثر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مشگین شهر	۵۲۲	۱۴	۴	۱۳۲	۱۲۴۸	۰	۰	۷
مغان	۵۵۱	۰	۰	۱	۸۶۵	۰	۰	۱
نمین	۳۹۰	۳	۰	۰	۱۱۶۴	۰	۰	۱۹
نیر	۳۹۶	۶۵	۳	۸	۶۱۴	۰	۰	۰
کل استان	۳۹۳۳	۱۶۶	۵۹	۱۸۶	۱۰۱۲۷	۳	۰	۲۸۲

تعداد کل خدمات ارائه شده : ۱۴۷۵۶

این تعداد خدمت در ۶۰ مرکز و مطب خصوصی دندانپزشکی طرف قرارداد اداره کل به بیمه شدگان روستایی استان ارائه شده است.



جدول شماره ۵-۴) سهم هر کدام از خدمات سلامت دهان و دندان نسبت به کل خدمات را در روش پرداخت کارانه (۶ ماه اول ۱۳۹۴) نشان می دهد.

شهرستان	معاینه، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	وارنیش فلوراید	فیشرسیلانت	جرمگیری و بروساژ	حذف دندان غیر قابل نگهداری	ترمیم دندان	پالپوتومی	گرافی دندان
اردبیل	۲۴	۲/۶	۱/۶	۰/۷	۷۱	۰/۱	۰	۰
بيله سوار	۱۷/۲	۰	۰	۱/۷	۸۱/۱	۰	۰	۰
پارس آباد	۱۳/۷	۰	۰	۰	۷۳/۳	۰	۰	۱۳
خلخال	۳۳	۰	۰	۰	۶۶/۳	۰	۰	۰/۷
سرعین	۶۵	۰	۰	۰	۳۵	۰	۰	۰
کوثر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مشگین شهر	۲۷	۰/۷	۰/۲	۶/۹	۶۴/۸	۰	۰	۰/۴
مغان	۳۸/۹	۰	۰	۰/۱	۶۰/۹	۰	۰	۰/۱
نمین	۲۴/۷	۰/۲	۰	۰	۷۳/۹	۰	۰	۱/۲
نیر	۳۶/۵	۶	۰/۳	۰/۷	۵۶/۵	۰	۰	۰
کل استان	۲۶/۷	۱/۱	۰/۴	۱/۳	۶۸/۶	۰*	۰	۱/۹

\* توضیح اینکه سهم ترمیم دندان از کل خدمات زیر نیم درصد می باشد که در جدول صفر لحاظ شده است.

همچنان که در جدول فوق نیز نمایش داده می شود در روش پرداخت کارانه بیشترین حجم خدمات ارائه شده به بیمه شدگان مربوط به دو خدمت ۱- معاینه ۲- حذف دندان غیر قابل نگهداری بوده است.

جدول شماره ۶-۴) سرانه بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامت دهان و دندان در مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ و در روش پرداخت کارانه (مراجعه بیمه شده در سطح ۲) را نشان می دهد.

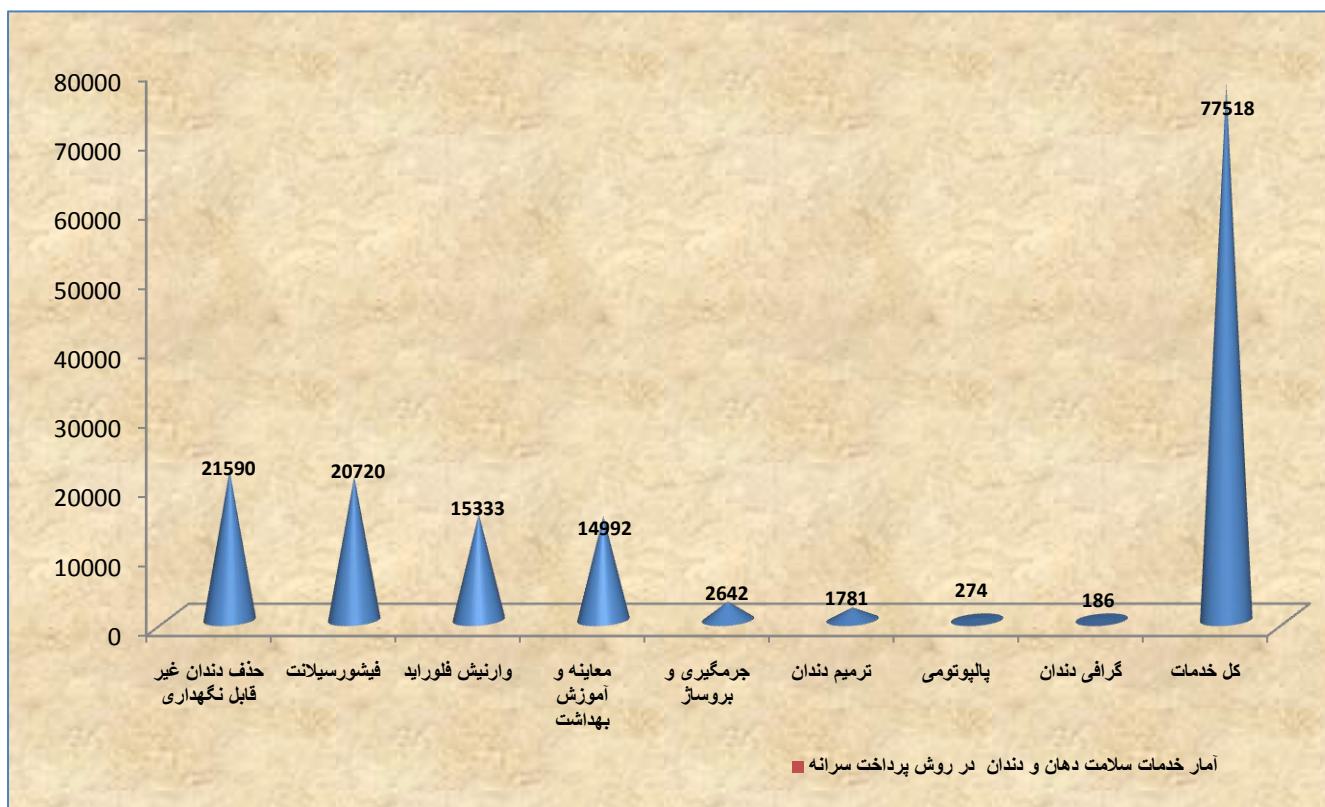
آیتم	اردبیل	بيله سوار	پارس آباد	خلخال	سرعین	کوثر	مشگین شهر	مغان	نمین	نیر	استان
تعداد خدمت	۳۲۲۸	۱۳۹۸	۱۸۲۲	۲۱۳۴	۱۶۷	۰	۱۹۲۷	۱۴۱۸	۱۵۷۶	۱۰۸۶	۱۴۷۵۶
جمعیت بیمه شده	۸۲۷۶۶	۴۷۰۷۴	۷۶۲۴۷	۴۱۵۳۲	۱۵۹۵۶	۱۶۷۰۵	۷۳۹۶۳	۴۵۷۱۰	۴۷۹۵۹	۱۵۷۹۶	۴۶۳۷۰۸
سرانه بار مراجعه	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۱	-	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۴

جدول شماره ۷-۴) میزان دریافت خدمات سلامت دهان و دندان توسط بیمه شدگان روستایی در مقطع شش ماهه اول سال ۹۵ به تفکیک در شهرستانهای استان را نشان می دهد. (مقطع ارائه خدمات در سطح ۱ با روش پرداخت سرانه)

شهرستان	معاينه ، آموزش بهداشت وزارت بهداشت و درمان	وارنیش فلوراید	فیثورسیلانت	جرمگیری و بروساژ	حذف دندان غیر قابل نگهداری	ترمیم دندان	پالپوتومی	گرافی دندان
اردبیل	۳۷۱۵	۹۳۰۵	۵۰۳۶	۱۶۱۰	۳۰۶۹	۶۱۰	۴۹	۲۰
بيله سوار	۱۳۰۳	۲۱۹	۵۴۲	۳۸	۱۲۴۹	۰	۴	۰
پارس آباد	۳۹۶۸	۳۷۶۰	۱۶۸۰	۱۹۶	۵۸۹	۴۵	۱۰	۹۶
خلخال	۱۸۶۲	۳۸	۲۶۱۶	۸۶	۳۱۳۸	۶۲	۶	۳
سرعین	۱۳۵۴	۱۵۴	۱۲۷۴	۹۶	۷۱۲	۱۱۸	۲	۰
کوثر	۷۱	۰	۲۹۹	۱۲	۳۶۸	۵۸	۴	۱
مشگین شهر	۸۶۶	۱۵۵۰	۱۶۳۳	۳۰۶	۴۸۲۰	۲۹۲	۱۰۶	۴۴
مغان	۸۳۲	۴	۲۸۳۵	۲۷	۲۲۳۳	۱۱۲	۳۲	۵
نمین	۹۹۰	۳	۳۴۷۹	۹۷	۴۱۴۶	۱۷۲	۵۴	۱۷
نیر	۳۱	۳۰۰	۱۳۲۶	۱۷۴	۱۲۶۶	۳۱۲	۷	۰
کل استان	۱۴۹۹۲	۱۵۳۳۳	۲۰۷۲۰	۲۶۴۲	۲۱۵۹۰	۱۷۸۱	۲۷۴	۱۸۶

تعداد کل خدمات ارائه شده : ۷۷۵۱۸

این تعداد خدمت در ۳۶ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و یا شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (سطح ۱) به بیمه شدگان روستایی استان ارائه شده است.



جدول شماره ۸-۴) میزان افزایش خدمات سلامت دهان و دندان در روش پرداخت سرانه نسبت به روش پرداخت کارانه را در شهرستانهای مختلف استان اردبیل نشان می دهد.

شهرستان	تعداد خدمات ارائه شده در روش پرداخت کارانه	تعداد خدمات ارائه شده در روش پرداخت سرانه	درصد رشد خدمات روش سرانه نسبت به روش کارانه
اردبیل	۳/۲۲۸	۲۳/۴۱۴	۶۲۵/۳
بيله سوار	۱/۳۹۸	۳/۳۵۵	۱۴۰
پارس آباد	۱/۸۲۲	۱۰/۳۴۴	۴۶۷/۷
خلخال	۲/۱۳۴	۷/۸۱۱	۲۶۶
سرعین	۱۶۷	۳/۷۱۰	۲۱۲۱/۶
کوثر	۰	۸۱۳	-
مشگین شهر	۱/۹۲۷	۹/۶۱۷	۳۹۹/۱
مغان	۱/۴۱۸	۶/۰۸۰	۳۲۸/۸
نمین	۱/۵۷۶	۸/۹۵۸	۴۶۸/۴
نیر	۱/۰۸۶	۳/۴۱۶	۲۱۴/۵
کل استان	۱۴/۷۵۶	۷۷/۵۱۸	۴۲۵/۳

افزایش خدمات در روش پرداخت سرانه نسبت به روش پرداخت کارانه در شهرستان سرعین با ۲۱۲۱/۶ درصد افزایش بالاترین میزان و در شهرستان بيله سوار با ۱۴۰ درصد افزایش، کمترین میزان را داشته است.

جدول شماره ۹-۴) سهم هر کدام از خدمات سلامت دهان و دندان نسبت به کل خدمات در روش پرداخت سرانه (۶ ماه اول ۱۳۹۵) را نشان می دهد.

شهرستان	معاينه ، آموزش بهداشت برمناي لیست وزارت بهداشت و درمان	وارنیش فلوراید	فیشورسیلانت	جرمگیری و بروساژ	حذف دندان غیر قابل نگهداری	ترمیم دندان	پالپوتومی	گرافی دندان
اردبیل	۱۵/۹	۳۹/۷	۲۱/۵	۶/۹	۱۳/۱	۲/۶	۰/۲	۰/۱
بيله سوار	۳۸/۸	۶/۵	۱۶/۲	۱/۱	۳۷/۲	۰	۰/۲	۰
پارس آباد	۳۸/۴	۳۶/۳	۱۶/۲	۱/۹	۵/۷	۰/۴	۰/۱	۱
خلخال	۲۳/۹	۰/۵	۳۳/۵	۱/۱	۴۰/۱	۰/۷	۰/۱	۰/۱
سرعین	۳۶/۵	۴/۲	۳۴/۳	۲/۶	۱۹/۱	۳/۲	۰/۱	۰
کوثر	۸/۷	۰	۳۶/۸	۱/۵	۴۵/۳	۷/۱	۰/۵	۰/۱
مشگین شهر	۹	۱۶/۱	۱۷	۳/۲	۵۰/۱	۳	۱/۱	۰/۵
مغان	۱۳/۷	۰/۱	۴۶/۷	۰/۴	۳۶/۷	۱/۸	۰/۵	۰/۱
نمین	۱۱/۱	۰*	۳۸/۹	۱/۱	۴۶/۳	۱/۸	۰/۶	۰/۲
نیر	۱	۸/۷	۳۸/۸	۵/۱	۳۷/۱	۹/۱	۰/۲	۰
کل استان	۱۹/۳	۱۹/۷	۲۶/۷	۳/۴	۲۷/۹	۲/۳	۰/۴	۰/۳

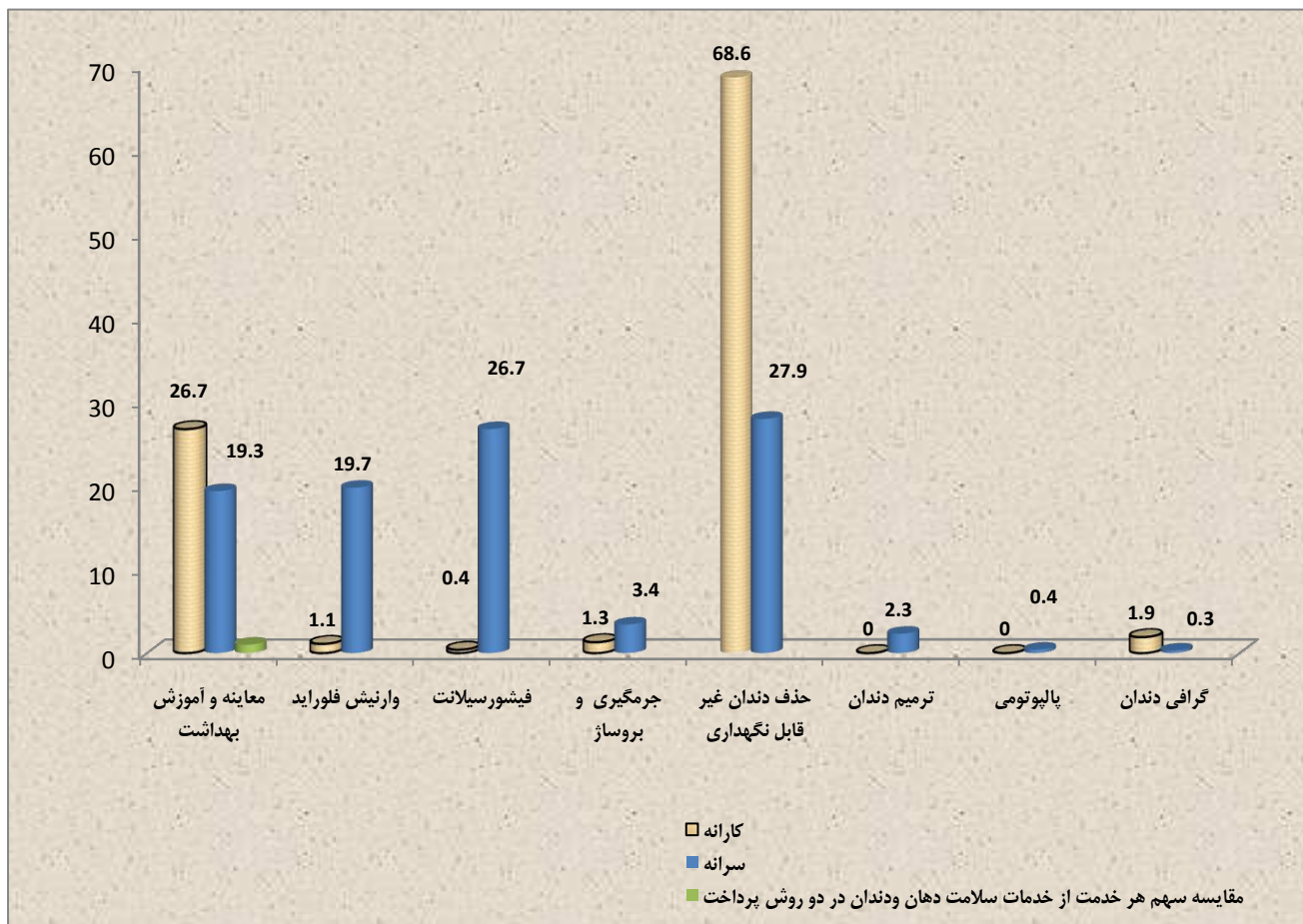
\*توضیح اینکه در شهرستان نمین سهم وارنیش فلوراید از کل خدمات دهان و دندان شهرستان زیر نیم درصد بوده که صفر لحاظ شده است.

در جدول شماره ۱۰-۴) سرانه بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامت دهان و دندان در مقطع ۶ ماهه اول ۹۵ وروش پرداخت سرانه و مراجعه بیمه شده در سطح ۱ آمده است.

آیتم	اردبیل	بيله سوار	پارس آباد	خلخال	سرعین	کوثر	مشگین شهر	مغان	نمین	نیر	استان
تعداد خدمت	۲۳۴۱۴	۳۳۵۵	۱۰۳۴۴	۷۸۱۱	۳۷۱۰	۸۱۳	۹۶۱۷	۶۰۸۰	۸۹۵۸	۳۴۱۶	۷۷۵۱۸
جمعیت بیمه شده	۸۲۷۶۶	۴۷۰۷۴	۷۶۲۴۷	۴۱۵۳۲	۱۵۹۵۶	۱۶۷۰۵	۷۳۹۶۳	۴۵۷۱۰	۴۷۹۵۹	۱۵۷۹۶	۴۶۳۷۰۸
سرانه بار مراجعه	۰/۳	۰/۰۷	۰/۱	۰/۲	۰/۲	۰/۰۵	۰/۱	۰/۱	۰/۲	۰/۲	۰/۲

جدول شماره ۱۱-۴) مقایسه سهم هر خدمت از کل خدمات سلامت دهان و دندان در دو روش پرداخت را نشان می دهد.

کل استان	معاینه ، آموزش بهداشت وزارت بهداشت و درمان	وارنیش فلوراید	فیشورسیلانت	جرمگیری و بروساژ	حذف دندان غیر قابل نگهداری	ترمیم دندان	پالپوتومی	گرافی دندان
روش کارانه	۲۶/۷	۱/۱	۰/۴	۱/۳	۶۸/۶	۰	۰	۱/۹
روش سرانه	۱۹/۳	۱۹/۷	۲۶/۷	۳/۴	۲۷/۹	۲/۳	۰/۴	۰/۳



جدول شماره ۱۲-۴) تعداد خدمات سلامت دهان و دندان به تفکیک نوع خدمت در کل استان در دو مقطع ۶ ماهه اول ۱۳۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۱۳۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

نوع خدمت	۶ ماهه اول ۹۴ روش کارانه	۶ ماهه اول ۹۵ روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	۳۹۳۳	۱۴۹۹۲	۲۸۱/۱
وارنیش فلوراید	۱۶۶	۱۵۳۳۳	۹۱۳۶/۷
فیشورسیلانت	۵۹	۲۰۷۲۰	۳۵۰۱۸/۶
جرمگیری و بروساژ	۱۸۶	۲۶۴۲	۱۳۲۰/۴
حذف دندان غیر قابل نگهداری	۱۰۱۲۷	۲۱۵۹۰	۱۱۳/۱
ترمیم دندان	۳	۱۷۸۱	۵۹۲۶۶/۶
پالپوتومی	۰	۲۷۴	-
*گرافی دندان	۲۸۲	۱۸۶	-۳۴
جمع کل	۱۴۷۵۶	۷۷۵۱۸	۴۲۵/۳

\*گرافی دندان هرچند که در مقطع دوم ( ۶ ماهه اول ۱۳۹۵) و روش پرداخت سرانه کاهش یافته ولی علاوه بر ۱۸۶ مورد

گرافی دندان در این مقطع تعداد ۷۹ مورد OPG نیز برای بیمه شدگان توسط مراکز بهداشت درخواست و انجام گرفته است.

بدلیل اینکه این خدمت جزء بسته خدمتی سطح یک دهان و دندان تعریف نشده توسط اداره کل بیمه سلامت بصورت کارانه و

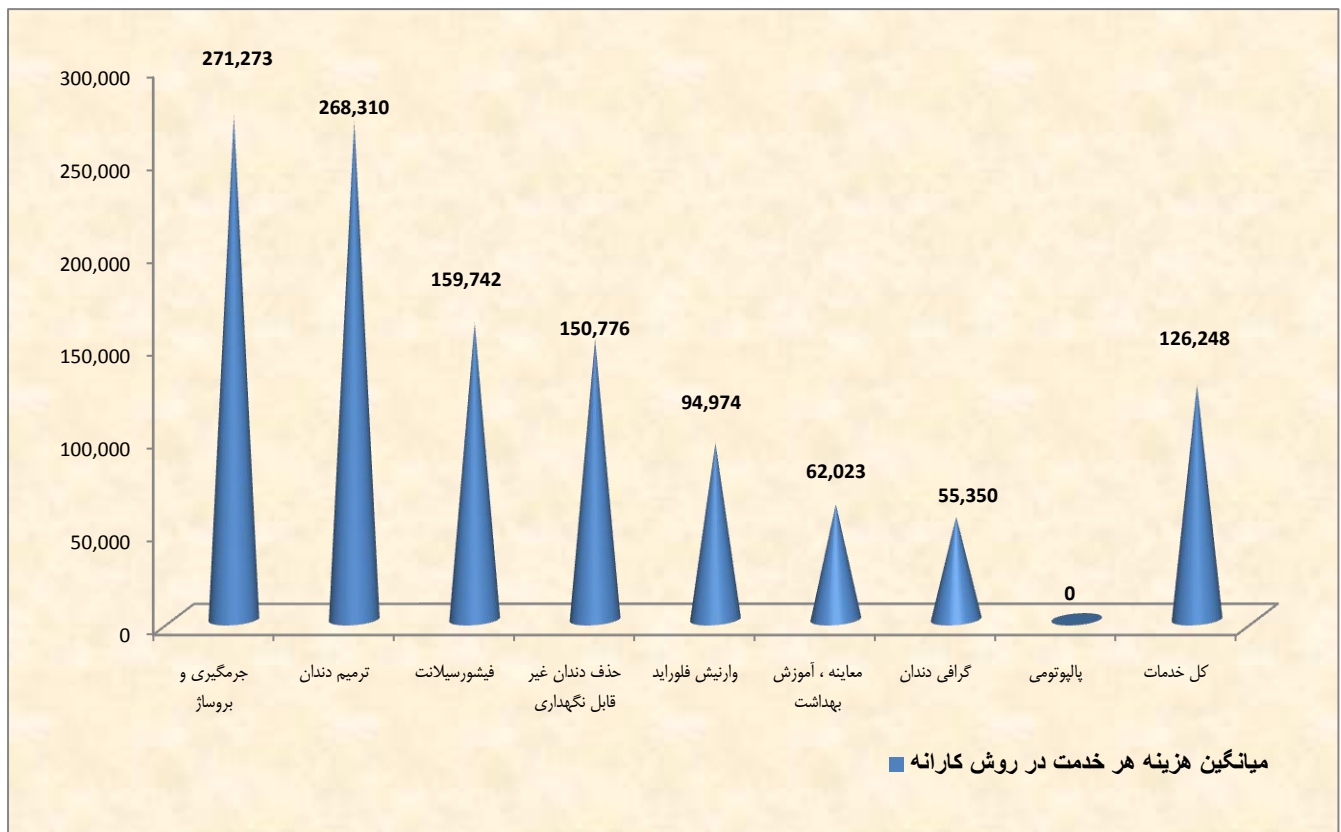
به بخش خصوصی پرداخت شده است. ضمن این که هزینه OPG برابر ۱۰/۹۷۱/۳۱۳ ریال بوده است. یافته های مطالعه نشان

می دهد با قرار گرفتن خدمات سلامت دهان و دندان در سطح یک ( با روش پرداخت سرانه ) در مجموع به طور متوسط افزایش

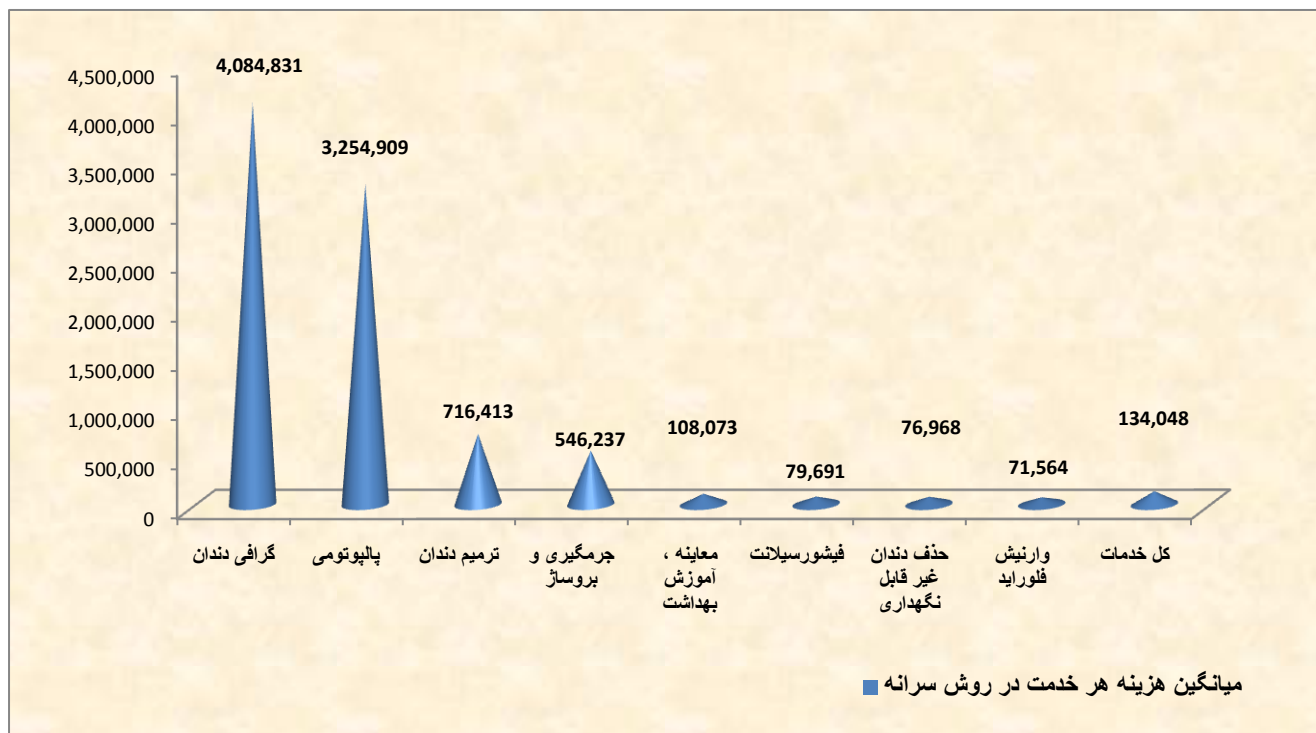
۴۲۵ درصدی در دریافت خدمات ایجاد شده است.

جدول شماره ۱۳-۴) میانگین هزینه خدمات سلامت دهان و دندان در دو مقطع مطالعه (۶ ماهه اول ۹۴ و ۹۵) را نشان می دهد. (هزینه ها به ریال می باشند)

نوع خدمت	۶ ماهه اول ۹۴ روش کارانه	هزینه در روش کارانه (۶ ماهه اول ۹۴)	میانگین هزینه خدمت در روش کارانه	۶ ماهه اول ۹۵ روش سرانه	هزینه در روش سرانه (۶ ماهه اول ۹۵)	میانگین هزینه خدمت در روش سرانه
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	۳۹۳۳	۲۴۳,۹۳۷,۸۲۰	۶۲۰۲۳	۱۴۹۹۲	۱,۶۲۰,۲۴۳,۳۰۹	۱۰۸۰۷۳
وارنیش فلوراید	۱۶۶	۱۵,۷۶۵,۷۵۰	۹۴۹۷۴	۱۵۳۳۳	۱,۰۹۷,۲۹۸,۲۶۸	۷۱۵۶۴
فیشورسیلانت	۵۹	۹,۴۲۴,۸۰۰	۱۵۹۷۴۲	۲۰۷۲۰	۱,۶۵۱,۲۰۵,۸۵۶	۷۹۶۹۱
جرمگیری و بروساژ	۱۸۶	۵۰,۴۵۶,۹۵۰	۲۷۱۲۷۳	۲۶۴۲	۱,۴۴۳,۱۵۸,۷۹۱	۵۴۶۲۳۷
حذف دندان غیر قابل نگهداری	۱۰۱۲۷	۱,۵۲۶,۹۱۶,۷۴۸	۱۵۰۷۷۶	۲۱۵۹۰	۱,۶۶۱,۷۴۴,۲۵۹	۷۶۹۶۸
ترمیم دندان	۳	۸۰۴,۹۳۰	۲۶۸۳۱۰	۱۷۸۱	۱,۲۷۵,۹۳۲,۷۱۳	۷۱۶۴۱۳
پالپوتومی	۰	۰	۰	۲۷۴	۸۹۱,۸۴۵,۱۷۲	۳۲۵۴۹۰۹
گرافی دندان	۲۸۲	۱۵,۶۰۸,۸۲۴	۵۵۳۵۰	۱۸۶	۷۵۹,۷۷۸,۵۹۹	۴۰۸۴۸۳۱
جمع کل	۱۴۷۵۶	۱,۸۶۲,۹۱۵,۸۲۲	۱۲۶۲۴۸	۷۷۵۱۸	۱۰,۳۹۱,۲۰۶,۹۶۷	۱۳۴۰۴۸







### ب) وضعیت هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در دو مقطع مطالعه

جدول شماره ۱۴-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در شهرستان اردبیل در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

ردیف	خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
۱	معاینه، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	47,139,400	234,959,382	۳۹۸/۴
۲	وارنیش فلوراید	8,946,000	234,959,382	۲۵۲۶/۴
۳	فیشرسیلانت	7,207,200	234,959,382	۳۱۶۰
۴	جرمگیری و بروساز	6,798,960	234,959,382	۳۳۵۵/۸
۵	حذف دندان غیر قابل نگهداری	306,533,430	234,959,382	۲۳/۳
۶	ترمیم دندان	804,930	234,959,382	۲۹۰۹۰
۷	پالپوتومی	۰	195,799,485	-
۸	گرافی دندان	۰	117,479,691	-
	جمع کل	۹۲۰,۴۲۹,۳۷۷,	1,723,035,468	۳۵۶/۵

توضیح اینکه رقم ثابت هزینه ها در ستون سوم مربوط به خدمات ردیف ۱ تا ۶ مربوط به سرانه ثابت تعیین شده برای این خدمات در تفاهم نامه سطح ۱ می باشد که در جداول بعد نیز این موضوع مصداق دارد.

جدول شماره ۱۵-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در شهرستان بيله سوار در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

درصد رشد	هزینه روش سرانه	هزینه روش کارانه	خدمت
۱۲۵۷/۵	203,635,086	14,926,800	معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان
-	203,635,086	0	وارنیش فلوراید
-	203,635,086	0	فیشورسیلانت
۲۴۰/۱۷	203,635,086	8,139,600	جرمگیری و بروساژ
۰/۳	203,635,086	203,082,600	حذف دندان غیر قابل نگهداری
-	0	0	ترمیم دندان
-	0	0	پالپوتومی
-	0	0	گرافی دندان
۳۵۰/۲	1,018,175,430	226,149,000	جمع کل

جدول شماره ۱۶-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در شهرستان پارس آباد در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

درصد رشد	هزینه روش سرانه	هزینه روش کارانه	خدمت
۱۷۷۶/۴	288,603,984	15,380,400	معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان
-	192,402,656	۰	وارنیش فلوراید
-	288,603,984	۰	فیشورسیلانت
-	288,603,984	۰	جرمگیری و بروساژ
۴/۳	288,603,984	276,766,168	حذف دندان غیر قابل نگهداری
-	288,603,984	۰	ترمیم دندان
-	144,301,992	۰	پالپوتومی
۲۱۸۹	288,603,984	12,608,288	گرافی دندان
۵۷۸/۶	2,068,328,552	304,754,856	جمع کل

جدول شماره ۱۷-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در **شهرستان خلخال** در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	43,178,800	157,203,570	۲۶۴
وارنیش فلوراید	۰	104,802,380	-
فیشورسیلانت	۰	157,203,570	-
جرمگیری و بروساژ	۰	157,203,570	-
حذف دندان غیر قابل نگهداری	194,790,750	157,203,570	۱۹/۳
ترمیم دندان	۰	131,002,975	-
پالپوتومی	۰	78,601,785	-
گرافی دندان	900,592	۰	-
جمع کل	238,870,142	943,221,420	۲۹۴/۸

جدول شماره ۱۸-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در **شهرستان سرعین** در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	6,372,800	49,610,478	۶۷۸/۵
وارنیش فلوراید	۰	49,610,478	-
فیشورسیلانت	۰	49,610,478	-
جرمگیری و بروساژ	۰	49,610,478	-
حذف دندان غیر قابل نگهداری	7,298,340	49,610,478	۵۷۹/۸
ترمیم دندان	۰	49,610,478	-
پالپوتومی	۰	۰	-
گرافی دندان	۰	۰	-
جمع کل	13,671,140	297,662,868	۲۰۷۷/۳

جدول شماره ۱۹-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در **شهرستان کوثر** در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	0	21,076,806	-
وارنیش فلوراید	0	0	-
فیشورسیلانت	0	21,076,806	-
جرمگیری و بروساژ	0	21,076,806	-
حذف دندان غیر قابل نگهداری	0	31,615,209	-
ترمیم دندان	0	31,615,209	-
پالپوتومی	۰	10,538,403۰	-
گرافی دندان	۰	۰	-
جمع کل	۰	136,999,239	-

جدول شماره ۲۰-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در **شهرستان مشگین شهر** در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است .

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	31,959,620	249,963,192	۶۸۲/۱
وارنیش فلوراید	1,039,500	249,963,192	۲۳۹۴۶/۵
فیشورسیلانت	1,801,800	249,963,192	۱۳۷۷۳
جرمگیری و بروساژ	33,635,110	249,963,192	۶۴۳/۲
حذف دندان غیر قابل نگهداری	169,212,120	249,963,192	۴۷/۸
ترمیم دندان	0	208,302,660	-
پالپوتومی	0	208,302,660	-
گرافی دندان	741,664	249,963,192	۳۳۶۰۳
جمع کل	238,389,814	1,916,384,472	۷۰۳/۹

جدول شماره ۲۱-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در **شهرستان مغان** در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت برمبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	34,123,600	228,630,666	۵۷۰
وارنیش فلوراید	0	0	-
فیشورسیلانت	0	228,630,666	-
جرمگیری و بروساژ	478,800	114,315,333	۲۳۷۷۵/۴
حذف دندان غیر قابل نگهداری	117,265,890	228,630,666	۹۵
ترمیم دندان	0	114,315,333	-
پالپوتومی	0	114,315,333	-
گرافی دندان	52,976	0	-
جمع کل	151,921,266	1,028,837,997	۵۷۷/۳

جدول شماره ۲۲-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در **شهرستان نمین** در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

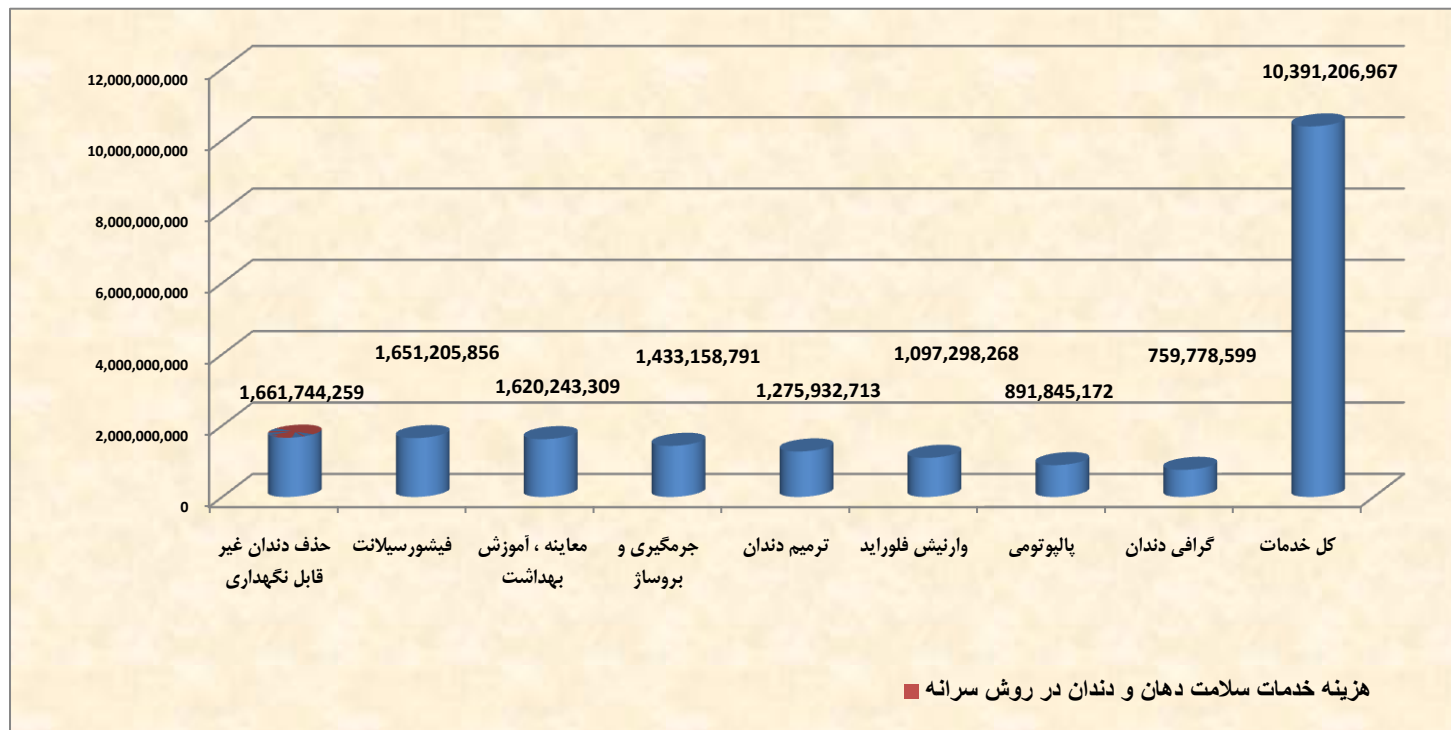
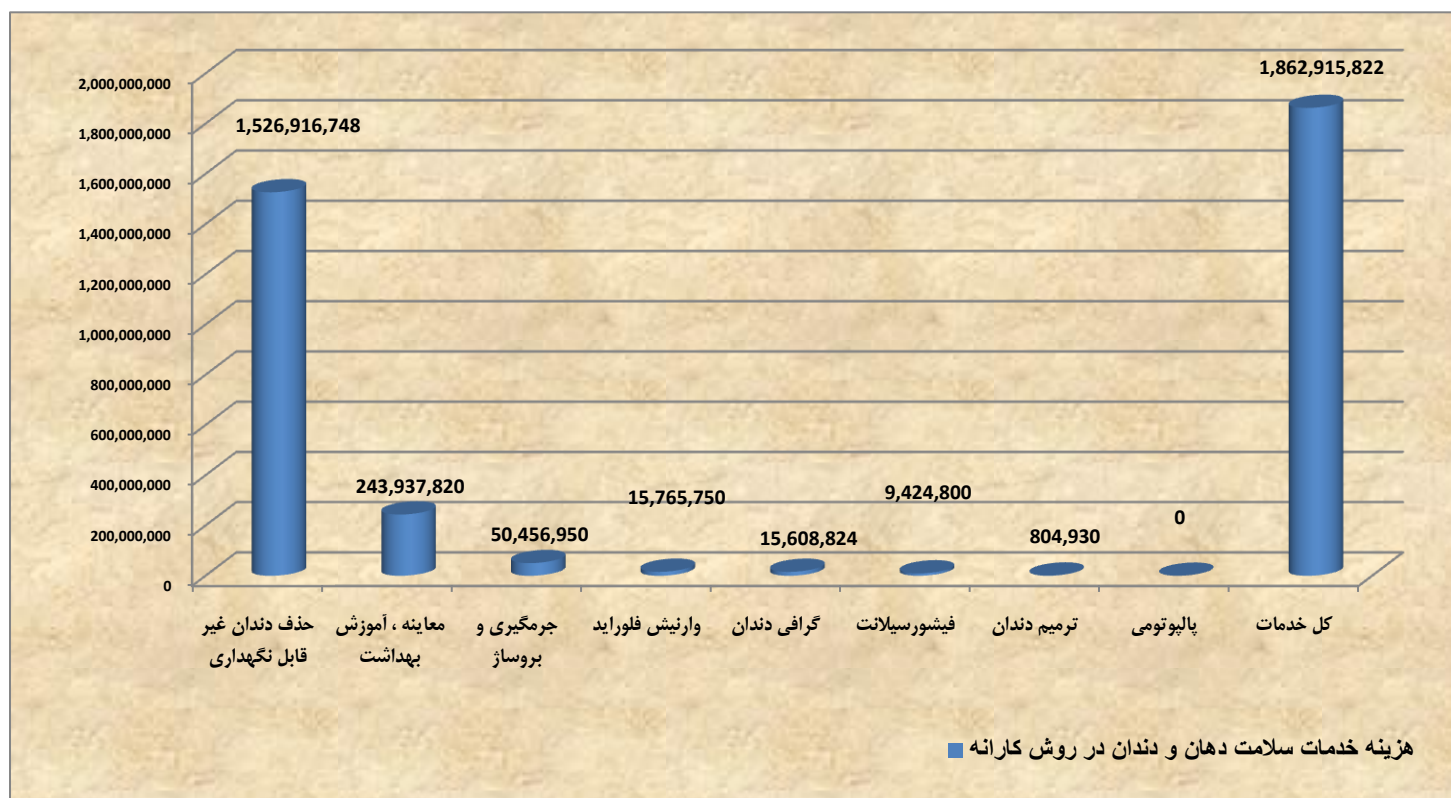
خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت برمبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	23,898,000	155,597,598	۵۵۱/۱
وارنیش فلوراید	189,000	0	-
فیشورسیلانت	0	155,597,598	-
جرمگیری و بروساژ	0	155,597,598	-
حذف دندان غیر قابل نگهداری	157,978,380	155,597,598	۱/۵
ترمیم دندان	0	155,597,598	-
پالپوتومی	0	129,664,665	-
گرافی دندان	1,305,304	103,731,732	۷۸۴۷
جمع کل	183,370,684	907,652,655	۳۹۵

جدول شماره ۲۳-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان در شهرستان نیر در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (با روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	26,958,400	30,962,547	۱۴/۹
وارنیش فلوراید	5,591,250	61,925,094	۱۰۰۷/۵
فیشرسیلانت	415,800	61,925,094	۱۴۷۹۳
جرمگیری و بروساژ	1,404,480	61,925,094	۴۳۰۹/۱
حذف دندان غیر قابل نگهداری	93,989,070	61,925,094	-۳۴/۱
ترمیم دندان	۰	61,925,094	-
پالپوتومی	۰	10,320,849	-
گرافی دندان	۰	۰	-
جمع کل	128,359,000	350,908,866	۱۷۳/۴

جدول شماره ۲۴-۴) هزینه های خدمات سلامت دهان و دندان استان در دو مقطع ۶ ماهه اول ۹۴ (روش ارائه خدمات در سطح ۲ با روش پرداخت کارانه) و شش ماهه اول ۹۵ (روش پرداخت سرانه) مقایسه شده است.

خدمت	هزینه روش کارانه	هزینه روش سرانه	درصد رشد
معاینه ، آموزش بهداشت بر مبنای لیست وزارت بهداشت و درمان	243,937,820	1,620,243,309	۵۶۴/۲
وارنیش فلوراید	15,765,750	1,097,298,268	۶۸۶۰
فیشرسیلانت	9,424,800	1,651,205,856	۱۷۴۱۹/۸
جرمگیری و بروساژ	50,456,950	1,433,158,791	۲۷۶۰/۲
حذف دندان غیر قابل نگهداری	1,526,916,748	1,661,744,259	۸/۸
ترمیم دندان	804,930	1,275,932,713	۱۵۸۴۱۴/۸
پالپوتومی	۰	891,845,172	-
گرافی دندان	15,608,824	759,778,599	۴۷۶۷/۷
جمع کل	1,862,915,822	10,391,206,967	۴۵۷/۸



## خلاصه یافته ها:

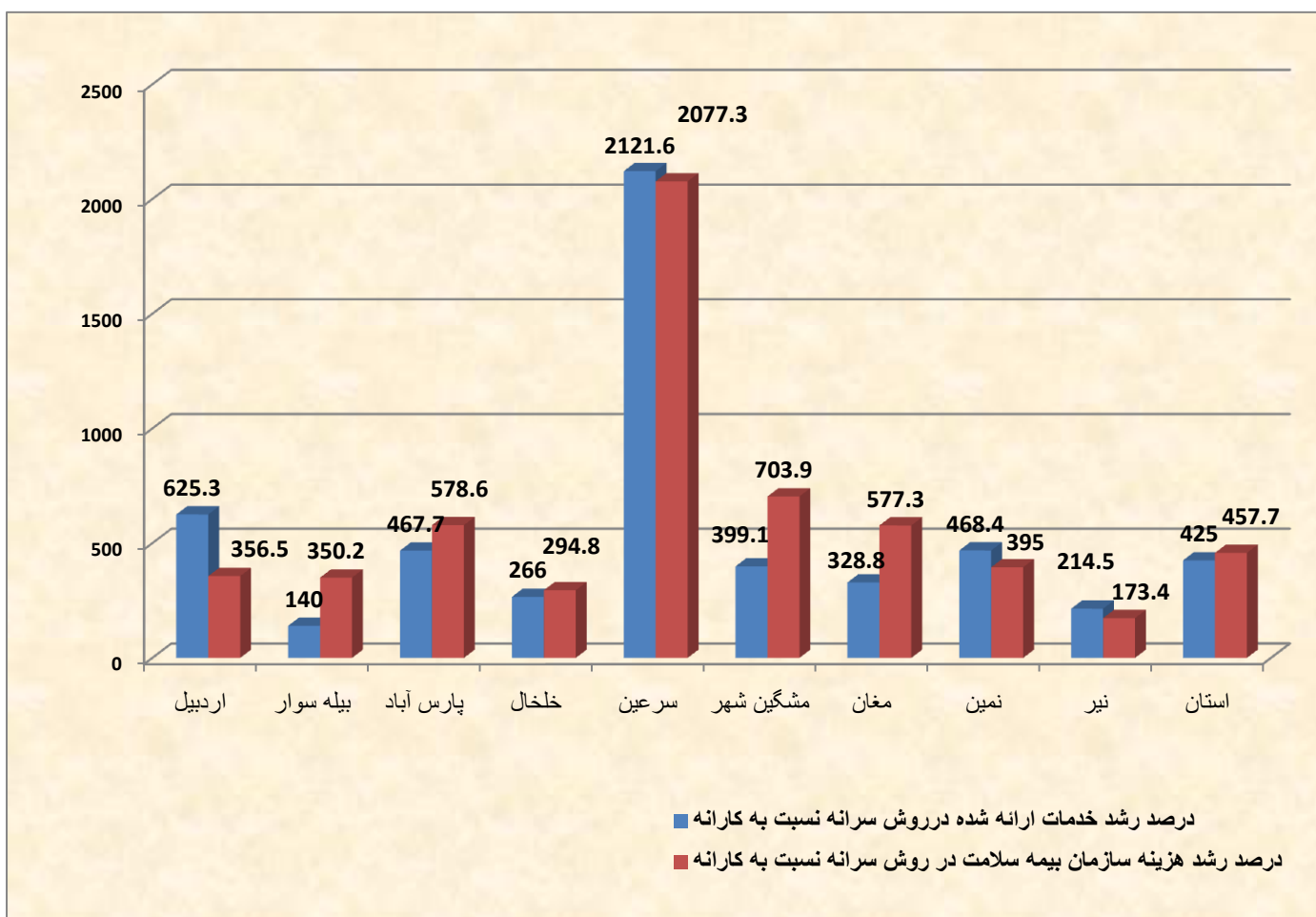
- ۱- در روش کارانه تعرفه های خدمات سلامت دهان و دندان بر مبنای سهم سازمان خدمات در بخش دولتی توسط سازمان بیمه سلامت پرداخت شده است. در روش سرانه برای کل خدمات سلامت دهان و دندان هزینه ای در نظر گرفته شده که معادل ۵/۵ درصد از کل سرانه سطح یک می باشد. برای هرکدام از خدمات سلامت دهان و دندان سهمی مساوی از مجموع هزینه کل خدمات محاسبه شده است.
- ۲- حجم خدمات سلامت دهان و دندان با ورود این خدمات به سطح یک و روش پرداخت سرانه افزایش قابل توجهی داشته و در کل استان به طور متوسط خدمات ۴۲۵ درصد رشد داشته است. این افزایش حجم خدمات در کنار افزایش ۴۵۷/۷ درصدی هزینه ها ایجاد شده است.
- ۲- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان اردبیل در روش پرداخت سرانه ۶۲۵/۳ درصد افزایش داشته است ، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان اردبیل به روش سرانه ۳۵۶/۵ درصد رشد داشته است.
- ۳- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان بیله سوار در روش پرداخت سرانه ۱۴۰ درصد افزایش داشته است، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان بیله سوار به روش سرانه ۳۵۰/۲ درصد رشد داشته است.
- ۴- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان پارس آباد در روش پرداخت سرانه ۴۶۷/۷ درصد افزایش داشته است ،در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان پارس آباد به روش سرانه ۵۷۸/۶ درصد رشد داشته است.
- ۵- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان خلخال در روش پرداخت سرانه ۲۶۶ درصد افزایش داشته است ، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز خلخال به روش سرانه ۳/۹ برابر هزینه خدمات در روش کارانه است.
- ۶- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان سرعین در روش پرداخت سرانه ۲۱۲۱/۶ درصد افزایش داشته است، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان سرعین به روش سرانه ۲۰۷۷/۳ درصد رسته داشته است.
- ۷- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان مشگین شهر در روش پرداخت سرانه ۳۹۹/۱ درصد افزایش داشته است، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان مشگین شهر به روش سرانه ۷۰۳/۹ درصد رشد داشته است.
- ۸- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان مغان در روش پرداخت سرانه ۳۲۸/۸ درصد افزایش داشته است ، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان مغان به روش سرانه ۵۷۷/۳ درصد رشد داشته است.



۹- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان نمین در روش پرداخت سرانه ۴۶۸/۴ درصد افزایش داشته است، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان نمین به روش سرانه ۳۹۵ درصد رشد داشته است.

۱۰- تعداد خدمات ارائه شده در مراکز شهرستان نیر در روش پرداخت سرانه ۲۱۴/۵ درصد افزایش داشته است، در مقابل هزینه های خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت شهرستان نیر به روش سرانه ۱۷۳/۴ درصد رشد داشته است.

۱۱- در شهرستان کوثر به دلیل اینکه در ۶ ماهه اول ۹۴ در بخش خصوصی و روش پرداخت کارانه دندانپزشکی حضور نداشته بنابراین خدمتی ارائه نشده است. اما پس از قرار گرفتن خدمات سلامت دهان و دندان در بسته خدمتی سطح یک و روش پرداخت سرانه خدمات لازم با حضور دندانپزشک در ۶ ماهه اول ۹۵ در مراکز این شهرستان به تعداد ۸۱۳ فقره ارائه شده است.



درصد رشد برای شهرستان کوثر در نمودار لحاظ نشده زیرا در مقطع نخست مطالعه حجم خدمات ارائه شده صفر بوده است.

## تحلیل یافته ها :

این مطالعه نشان می دهد که در استان اردبیل سرانه بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامت دهان و دندان در مقطع دوم مطالعه (روش پرداخت سرانه) نسبت به مقطع اول مطالعه (روش پرداخت کارانه) ۴۰۰ برابر افزایش یافته است. از عوامل این افزایش می توان به دلایل زیر اشاره نمود.

الف) به نظر می رسد با انجام خرید راهبردی و انعقاد تفاهم در قالب بسته خدمتی جامع از انواع خدمات سلامت دهان و دندان از سوی سازمان بیمه سلامت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، پوشش مناسبی از خدمات و تسهیلات بیمه ای برای بیمه شدگان روستایی فراهم شده است که این مهم در افزایش رغبت و تمایل بیمه شدگان برای دریافت خدمات مذکور و به تبع آن افزایش بار مراجعه برای دریافت این خدمات تاثیر گزار بوده است.

ب) افزایش میزان سرانه تخصیص یافته برای خدمات سلامت دهان و دندان در تفاهم نامه سطح ۱ عاملی برای افزایش دریافتی ارائه دهندگان این خدمات و افزایش انگیزه برای ارتقاء کمی این خدمات بوده است.

ج) حذف فرانشیز پرداختی برای خدمات سلامت دهان و دندان از سوی بیمه شدگان روستایی گروه هدف نیز در افزایش تمایل برای مراجعه و دریافت این خدمات موثر بوده است.

د) حذف ارتباط مالی بین بیمه شده و دندانپزشک و سهولت دسترسی بیمه شدگان به خدمات سلامت دهان و دندان در نزدیک ترین محل سکونت بیمه شدگان روستایی نیز می تواند از عوامل تاثیر گذار در افزایش بار مراجعه برای دریافت این خدمات باشد.

و) پرداخت بر مبنای پایش عملکرد برای ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان انگیزه مضاعفی در ارائه دهندگان این خدمات برای حضور بیشتر و ارتقاء کمی خدمات بوده است.

۲- نکته مهم اینکه سه خدمت ترمیم و فیشورسیلانت تراپی و وارنیش فلوراید تراپی از جمله خدمات سلامت دهان و دندان است که با قرار گرفتن در سطح یک ارائه خدمات برای بیمه شدگان روستایی به طور قابل توجهی افزایش یافته است. به طوری که خدمت ترمیم ۵۹۲۶۶/۷ درصد و فیشورسیلانت تراپی ۳۵۰۱۸/۶ درصد و خدمت وارنیش فلوراید تراپی ۹۱۳۶/۷ درصد افزایش یافته است. این خدمات جزو خدمات پیشگیرانه و جامعه محور در بحث سلامت دهان و دندان می باشد که می توانند شاخص سلامت فردی را نیز ارتقاء دهند.

با استفاده از نتایج آنالیز خدمات سلامت دهان و دندان در سطح دو و با استفاده از آمار و اطلاعات جمع آوری شده ، ادارات کل بیمه

سلامت این امکان را خواهند یافت که بر اساس حجم خدمات ارائه شده تعاملات و مداخلات لازم را با مراکز و شبکه های بهداشت و

درمان شهرستان و استان به عمل آورند. برای مثال در این مطالعه نقاط مداخله زیر مشخص گردید.

۱- عدم انجام خدمت ترمیم دندان در مراکز خدمات سلامت شهرستان بیله سوار در ۶ ماهه اول ۹۵

۲- آمار پایین خدمت وارنیش فلوراید تراپی در شهرستانهای کوثر، مغان، نمین

فصل پنجم:

بحث، نتیجه

گیری و

پیشنهادات

## بحث و نتیجه گیری :

هر چند اداره کل بیمه سلامت استان اردبیل در مقطع دوم مطالعه و در روش پراخت سرانه نسبت به روش پرداخت کارانه در مقطع نخست مطالعه ۸/۵۲۸/۲۳۸/۱۶۹ ریال بیشتر هزینه کرده ولی توجه به ماهیت سلامت محور و پیشگیرانه خدمات فوق ارزش وجایگاه این خدمات را در مقایسه با هزینه های ایجاد شده مشخص می کند.

نتایج این مطالعه نشان می دهد، نظام پرداخت سرانه در صورت تعیین مبانی دقیق و محاسبه هزینه عملکردی در برابر سرانه اختصاص یافته، می تواند فرصت مناسبی برای بررسی تغییر روش پرداخت در بخش خصوصی و در سایر صندوقهای سازمان نیز باشد. ضمن اینکه در این روش کفایت سرانه مصوب به سرانه عملکردی برای خدمات مختلف در پایان یک مقطع زمانی به خوبی قابل بررسی است.

سازمان بیمه سلامت که در اکثر خدمات از روش پرداخت کارانه برای ارائه دهندگان خدمت استفاده می نمود، برای نخستین بار در طرح ارتقاء بیمه درمان روستائیان روش پرداخت سرانه را در دستور کار خود قرار داد. شاکله اصلی طرح بیمه درمان روستائیان بر اساس نظام Stratification یا سطح بندی و ارجاع استوار بوده است و این امر در کنار روش پرداخت سرانه ای تشکیل دهنده یک متد جدیدی از ورود به عرصه ارائه خدمات درمانی است که با ادغام خدمات درمانی در خدمات مرتبط با حفظ و نگهداشت سلامتی بیمه شدگان، در واقع به سازمان بیمه سلامت این فرصت منحصر به فرد را داد که به عنوان اولین سازمان بیمه گر از یک ارگان مالی حمایت کننده صرف که فقط جبران خسارت مالی ناشی از بیماری را بعهده داشته به یک سازمان بیمه سلامت محور تبدیل شود و نقش بارز و برجسته خود را در حفظ و ارتقاء سلامتی بیمه شدگان خود در کنار خدمات درمانی ایفا نماید.

آنچه که در شبکه های بهداشت و درمان روستایی و در بحث خدمات سلامت دهان و دندان انجام شده نمونه ای از خدمات ادغام یافته است که در کنار درمان بیماری، حفظ و ارتقاء سلامتی و ارائه مراقبتهای سلامتی اولیه نیز به صورت فعال جزو فعالیت های تیم سلامت است. این سیاست ادغام یا Integration می تواند در صورت اجرای صحیح نتایج مطلوبی را برای سازمان بیمه سلامت در سایر صندوقهای بیمه ای نیز به همراه داشته باشد. لذا ورود سازمان بیمه سلامت به عرصه فعالیت های مرتبط با نگهداشت و حفظ سلامتی یک ضرورت است که در کنار آن با تغییرات بنیادی در شیوه های خرید خدمات و پرداخت و پایش نظام ارائه خدمات می تواند به یک سازمان بیمه گر فعال و اثر بخش در حیطه نظام سلامت کشور تبدیل شود.

## پیشنهادات کاربردی :

مطالعات متعدد نشان داده که روش پرداخت کارانه، حداقل در ارائه خدمات پایه مانند خدمات سلامت دهان و دندان با در نظر گرفتن ارائه این خدمات در سطح دو توسط دندانپزشکان به دلایل مختلف از جمله عدم دسترسی مناسب و به موقع بیمه شدگان روستایی و ارتباط مستقیم مالی دندانپزشک و بیمه شده و بعضاً عدم توانایی مالی بیمه شدگان نمی تواند پوشش مناسبی در جمعیت بیمه شده روستایی ایجاد نماید. نتایج این مطالعه نیز نشان می دهد ارائه خدمات سلامت دهان و دندان در سطح دو عملاً در سطح ناچیزی بوده است. و پس از قرار گرفتن این خدمات در سطح یک به روش پرداخت سرانه و ارائه خدمات در نزدیک ترین مکان سکونت بیمه شدگان، دسترسی و دریافت حجم بالای این خدمات برای بیمه شدگان روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر میسر شده است.

۱- با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود که سازمان بیمه سلامت در استانهای مجری برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران، امکان سنجی و اگذاری ارائه خدمات سلامت دهان و دندان را در یک بسته خدماتی مشخص و البته با در نظر گرفتن میزاری به عنوان سقف سالانه با روش پرداخت سرانه به درمانگاه های دندانپزشکی و دندانپزشکان داوطلب در چند شهرستان و استان مورد بررسی قرار دهد.

۲- سازمان بیمه سلامت ایران در مقاطع ۶ ماهه و یک ساله، آمار و اطلاعات مربوط به ریز خدمات سلامت دهان و دندان ارائه شده در سطح مراکز بهداشتی و درمانی در هر استان را جمع آوری نموده و پس از تعیین دقیق میزان هزینه های این خدمات در سطح ۲، تناسب سرانه های تخصیص یافته و هزینه عملکردی را در مورد خدمات مشخص نموده و در موارد بالا بودن سرانه تخصیص یافته نسبت به هزینه عملکردی، تعاملات و مداخلات لازم را با معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عمل آورند.

۳- نظر به اینکه در تخصیص سرانه برای انواع خدمات سلامت دهان و دندان وزن یکسانی در نظر گرفته شده است، با توجه به نتایج جدول ۲۳ این مطالعه برای ۴ خدمت سلامت محور در بسته خدمات سلامت دهان و دندان و به علت اهمیت بالای این خدمات، پیشنهاد می شود که وزن سرانه تخصیصی به این خدمات نسبت به سایر خدمات مانند حذف دندان غیر قابل نگهداری و ... بیشتر در نظر گرفته شود.

۴- در صورت اجرای این طرح در سطح حداقل ۳ یا ۴ استان همجوار، یا در صورت امکان در سطح مناطق مختلف کشوری نتایج حاصله می تواند تصویری نسبتاً جامع از وضعیت ارائه خدمات سلامت دهان و دندان را در دو مقطع ارائه خدمات در سطوح یک و دو در سطح کشور نشان دهد.

۵ - با توجه به اینکه این مطالعه در سال اول اجرای روش پرداخت سرانه انجام شده است، پیشنهاد می شود بعد از گذشت حدود سه سال از اجرای آن به علت تفاوت هایی که در نتایج عملکرد ممکن است به وجود آید این مطالعه مجدداً انجام شود.

## منابع:

- ۱- قاسمی برقی، حمید. روشهای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات در نظام سلامت، اداره کل مطالعات و محاسبات بیمه ای، سازمان بیمه سلامت، ۱۳۸۸
- ۲- قاسمی برقی، حمید. تحلیلی بر طرح بیمه درمان روستائیان، اداره کل مطالعات و محاسبات بیمه ای، سازمان بیمه سلامت، ۱۳۸۷
- ۳- قاسمی برقی، حمید. تجربیات جهانی از اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده و تحلیلی بر نحوه اجرای آن در ایران، اداره کل مطالعات و محاسبات بیمه ای، سازمان بیمه سلامت ۱۳۹۱
- ۴- سوسن پارسای، حیدر نیا، محمد علی، شمشیری میلانی، حوریه، کلاهی علی اصغر، یآوری، پروین. ارزیابی سلامت مبتنی بر جامعه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی. بهمن ۱۳۸۶
- ۵- سایت رسمی مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری نفوس و مسکن ایران، ۱۳۹۵، [www.amar.org.ir](http://www.amar.org.ir)
- ۶- تفاهمنامه خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر، ۱۳۹۵
- ۷- دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی، نسخه ۱۷، ۱۳۹۵
- ۸- خوشنویسان، محمدحسین، صمدزاده، حمید، موسوی فاطمی، نادره. برنامه های سلامت دهان و دندان، مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر، ۱۳۹۰
- ۹- نظری، زهرا، طاهرپور، معصومه، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳۹۲، ۵ ( ویژه نامه کمیته تحقیقات دانشجویی)، ۹۸۶-۹۷۹

10. Arsang Jang Sh, Amani F, Jafari Koshki T, Mozafariyanpour E, Jafari Kaffash K, Sajadimanesh SM, et al . The level of availability and use of oral and dental health services in 6 - 7 years old children, Qom province, Iran. Qom UnivMed Sci J 2015;9(4): 55 -63. [Full Text in Persian]

11 - Ansari-Moghaddam S. [Mothers' knowledge and attitude towards factors affecting orodental health infants and children] Persian [dissertation]. Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services; 2003.