شنبه ۲۲ مهر ۱۴۰۲
شماره ۳۹۸۰
WWW.FDN.IR
FARHIKHTEGANDAILY

هرکس هرقدر تیزی‌اش ببرد گوشت می‌برد

سیدمحمدعلی سبحانی
فعال حوزه سلامت

خدمات دندانپزشکی در تمام دنیا، یک خدمات لاکچری محسوب می‌شود. حتی مردمی که نسبت به پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی هم توانمند هستند، تا وقتی که به مشکل اساسی مانند دندان درد یا پوسیدگی شدید دندان دچار نشوند، به دندانپزشک مراجعه نمی‌کنند. شاخصی تحت عنوان هزینه‌هایی که مردم به‌طور مستقیم از جیب‌شان پرداخت می‌کنند، داریم. بیشترین هزینه این شاخص مربوط به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان و این دست از بیماری‌هاست و در رتبه دوم هم دندانپزشکی قرار دارد. یعنی تقریبا ۷۰ درصد هزینه‌ها از جیب بیمار است و بیمه‌ها ساپورت نمی‌کنند. در کشور ما چند مشکل اساسی در حوزه دندانپزشکی وجود دارد. مجموعه قرارگاه امام رضا(ع)، جزو اولین گروه‌هایی بود که اردوهای جهادی در حوزه دندانپزشکی و در مناطق محروم برگزار کرد. از سال ۹۳ شروع به فعالیت کردیم. پس از ما بسیاری از گروه‌های دیگر در این زمینه کارشان را آغاز کردند.

اما ما چند مشکل اساسی در حوزه دندانپزشکی داریم؛ اولا اینکه سیاست‌های دندانپزشکی در کشورمان، کاملا درمان‌محور است و موضوع پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان از سوی مسئولان اصلا دنبال نمی‌شود. مخصوصا در مناطق محرومی که کمتر توسعه‌یافته هستند و مشکل نیروی انسانی، تجهیزات و مواد مصرفی داریم. برای دانشگاه‌ها و سیاستگذاران، مساله پیشگیری اهمیتی ندارد که مردم منطقه نیاز به خدمات پیشگیری دارند. متاسفانه معمولا مردم مناطق محروم، دندان‌هایشان را پس از یک سنی، به‌طور کامل از دست می‌دهند. زیرا پوسیدگی دندان ایجاد می‌شود و درحالی‌که باید عصب‌کشی شود اما تجهیزات، مواد لازم در شبکه‌های بهداشت و پزشک در دسترس نیست. علی‌رغم میل باطنی پزشک که می‌خواهد دندان بیمار را نگه دارد اما بیمار پزشک را مجاب به کشیدن دندان می‌کند و دندانی که برای جوان ۲۵ ساله است و باید تا ۷۰ الی ۸۰ سالگی از آن دندان استفاده کند اما در سن ۲۵ سالگی از دستش می‌دهد. این کشیدن دندان از طرف دیگر از لحاظ مالی هم ضرر بزرگی برای فرد است.

حوزه دندانپزشکی در کشورمان اکنون در وضعیت خوبی قرار ندارد و هم دندانپزشک و هم مردم ناراضی هستند. درصورتی‌که اگر سیاستگذاری‌های درستی اعمال شود، می‌تواند شرایط بهتری رقم بخورد. به خاطر دارم که در استان کرمان، خیلی‌ها براثر یک باور غلط وقتی دندان درد می‌شدند، روغن ترمز ماشین روی دندان تزریق می‌کردند. با این کار عملا ریشه دندان خشک می‌شد. این کار یک کار مرسومی در آن منطقه بود. درصورتی‌که اگر با یک ترمیم درست یا وجود امکانات کافی و لازم عصب‌کشی و ترمیم کند، دیگر مجبور به انجام چنین کاری و درنهایت کشیدن دندان نبود.

مثلا در حاشیه حضورمان وقتی در استان و خوزستان سمت آبادان و خرمشهر فعالیت می‌کردیم، یک فرد از مرکز استان که فهمیده بود ما در منطقه حضور داریم، خودش را به محل خدمت‌مان رسانده بود تا دندانش را به‌طور رایگان توسط گروه ما انجام دهد؛ چراکه توان پرداخت هزینه درمان دندانش را نداشت. متاسفانه هزینه درمان دندانپزشکی در شهرستان‌ها، بسیار بالاتر از شهر تهران و شهرهای بالاتر است. من اخیرا با یکی از دندانپزشکان صحبت می‌کردم. این دندانپزشک می‌گفت که کار در تهران دیگر به درد نمی‌خورد. زیرا کاری که در تهران ۵ الی ۶ میلیون تومان هزینه برمی‌دارد، مثلا در شمال کشور ۱۲ میلیون تومان تعرفه‌اش است. نبود تعرفه‌های مناسب و منطقی، عدم ثبات در بازار مواد مصرفی و هزینه‌های جانبی مانند هزینه مطب؛ باعث شده این تعرفه‌ها در نوسان باشد و هیچ حساب و کتابی روی تعرفه‌های دندانپزشکی نیست. این بستر نیز فضایی را برای دندانپزشکان تجربی و غیردندانپزشکان ایجاد کرده که به هوای انجام کارهای زیبایی و آرایشی، از مردم پول‌های سنگین بگیرند و خدمات درستی ارائه ندهند و از طرف دیگر هم مردم آسیب جدی دارند. براساس آنچه که اطلاع دارم، بسیاری از مردم از طریق همین به‌ظاهر دندانپزشکان آسیب‌های جدی به سلامت، فک، دهان و دندان‌هایشان وارد شده است. متاسفانه درخصوص وضعیت دندانپزشکی این واقعیت وجود دارد که اوضاع خوبی حاکم نیست و نه انجمن‌های دندانپزشکی و نه وزارت بهداشت، حواس‌شان به این مساله نیست.

گزارش تحلیلی «فرهیختگان» از وضعیت بغرنج دندانپزشکی کشور

دندان درد دارید؟ پوست شما را می‌کنند

زینب مرزوقی
خبرنگار گروه نقد روز

این روزها از بدشانسی‌های روزگار این است که به بیماری‌های مرتبط با دهان و دندان مبتلا شوید و قصد داشته باشید که برای درمان هم اقدام کنید. واقعیت این است که یک درمان ساده دندان طی چندسال گذشته برای خانواده‌های دهک پایین و حتی متوسط، به هزینه‌های گزاف و خارج از استطاعت مالی سرپرست خانواده تبدیل شده است و خیلی از خانواده‌ها وقتی دندان ناسالم دارند، برای درمانش اقدام نمی‌کنند. البته این تمام ماجرا نیست و آنچه که قصه درمان دندان را حتی از خود دندان‌درد هم دردناک‌تر می‌کند، سهم پایین بیمه‌های پایه و عدم تقبل هزینه دندان در بسیاری از بیمه‌های تکمیلی است و در تعرفه‌های بیمه، درمان دندان یک نوع عمل زیبایی و لاکچری بازی تعریف شده است. این درحالی است که یک دندان‌درد ساده، می‌تواند روزمره فرد را مختل کند و البته عامل بیماری‌های دیگر در بدن انسان هم باشد.

براساس گزارشی از مرکز پژوهش‌های مجلس، سهم کل پرداختی‌های نظام سلامت در حوزه دندانپزشکی تنها ۲۱,۱۴ درصد است. وضعیت هزینه‌های دندانپزشکی در کشورمان به شکلی است که دندانپزشکان می‌گویند برای متعادل نگه داشتن تعرفه درمان در حوزه دندانپزشکی در برخی شهرستان‌های کم‌برخوردار، مجبورند از مواد درجه دو و سه استفاده کنند تا میزان هزینه خریداری مواد و میزان درآمدزایی دندانپزشک نیز با همدیگر جور دربیاید.

هر ۱۰۰ هزار سیستان‌وبلوچستانی ۱۶ دندانپزشک

مشکلات درمان دندان و حوزه دندانپزشکی در کشورمان تنها در هزینه‌های بالا تعریف نمی‌شود و هزینه نامتعارف دندانپزشکی یکی از مشکلات این حوزه است. در آن سوی ماجرا اما عدم توزیع مناسب دندانپزشکان در شهرهای مختلف و متمرکز شدن دندانپزشکان عمومی و تخصصی در کلانشهرها و مراکز استان‌ها از دیگر مشکلات حوزه درمان دندان است. براساس آخرین آمار منتشرشده توسط سازمان نظام پزشکی ایران، سرانه دندانپزشکان عمومی و متخصص در ایران به ترتیب ۳۸ و شش دندانپزشک در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. استان تهران و سیستان‌وبلوچستان به ترتیب با سرانه ۱۰۱ و ۱۵ دندانپزشک عمومی، ۱۶ و سه دندانپزشک متخصص به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، برخوردارترین و محروم‌ترین استان از نظر سرانه دندانپزشکان عمومی و متخصص در کشور هستند. در گفت‌وگوهایی که «فرهیختگان» با دندانپزشکان انجام داده است، این نکته بارها از سوی دندانپزشکان مختلف مطرح شده که دندانپزشکان کشور عمدتا به دلیل کمبود امکانات و نبود زیرساخت‌های مناسب، تمایلی به حضور در مناطق محروم ندارند و اگر وضعیت امکانات چه در حوزه شهری و چه در حوزه تخصصی دندانپزشکی بهتر بود، شاید امروز با مشکل عدم توزیع نامناسب دندانپزشکان در کشور روبه‌رو نبودیم.

۴۴ درصد کل دندانپزشکان در تهران هستند

در گزارشی از مرکز پژوهش‌های مجلس آمده است که تا سال ۹۸ در ایران ۳۰۸۱۱ دندانپزشک عمومی و ۴۵۹۳ دندانپزشک متخصص وجود داشته است. این تعداد نشان‌دهنده حضور ۴۳ دندانپزشک در هر ۱۰۰هزار نفر است. براساس این مطالعه، بررسی توزیع دندانپزشکان عمومی دارای پروانه پزشکی و شاغل در کشور حاکی از آن است که ۶۵ درصد آنها در مرکز استان‌ها مشغول به کار هستند. استان تهران ۴۴,۳ درصد از کل دندانپزشکان عمومی کشور را به خود اختصاص داده است و به این ترتیب در رتبه نخست سرانه دندانپزشک عمومی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در بین ۳۱ استان قرار گرفته است. حدود ۲۰ درصد از دندانپزشکان عمومی کل کشور نیز پس از استان تهران، در استان‌های اصفهان، یزد، البرز، فارس، مازندران و گیلان فعالیت دارند. در سال ۱۳۸۸ استان‌های تهران، اصفهان و یزد بیشترین نسبت دندانپزشک عمومی به جمعیت را داشتند و پس از ۱۰ سال همچنان برترین استان‌ها هستند. ارائه خدمات تخصصی دندانپزشکی، استان‌های تهران و ایلام بیشترین نسبت دندانپزشک متخصص به جمعیت را دارند. همچنین گزارش‌های منتشرشده در این زمینه، نشان می‌دهند که تراکم دندانپزشکان در استان‌های مرکزی کشور در مقایسه با استان‌های مرزی بیشتر است.

تهران، صدرنشین توزیع دندانپزشک در کشور

استان تهران با سرانه کل ۱۱۶ دندانپزشک (عمومی و متخصص) به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، در رتبه نخست از نظر توزیع دندانپزشک در کشور قرار دارد. پس از آن، استان‌های یزد، اصفهان و فارس به ترتیب در رتبه‌های دوم تا چهارم قرار دارند. میانگین سرانه کل کشور نیز، ۴۴ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. از بین ۳۱ استان کشور، ۱۱ استان سرانه‌ای بالاتر از میانگین سرانه دندانپزشک در کشور دارند. استان سیستان‌وبلوچستان با سرانه ۱۸ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، محروم‌ترین استان از نظر تعداد دندانپزشک است که اختلاف سرانه دندانپزشک در آن با برخوردارترین استان یعنی تهران، ۹۸ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است.

طی چند دهه اخیر، تعداد دندانپزشک متخصص تربیت‌شده در کشور از کمتر از ۵۰ متخصص دندانپزشک پیش از انقلاب اسلامی به ۵۸۰۸ متخصص دندانپزشک در سال ۱۴۰۲ رسیده است. اما این افزایش تعداد دندانپزشکان متخصص منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان مردم نشده است.

از دیگر چالش‌های موجود در حوزه دندانپزشکی کشور که خود دندانپزشکان نیز در گفت‌وگوهای این گزارش به آن اشاره کرده‌اند، کمبود تجهیزات و زیرساخت‌های لازم و همچنین دشواری دسترسی به مواد اولیه باکیفیت و قیمت مطلوب در حوزه دندانپزشکی است. آن‌گونه که پیداست، ظاهرا دندانپزشکان عمومی و شاغل در مراکز دولتی گاهی از اولیه‌ترین تجهیزات برای ارائه خدمات به بیمار هم محروم هستند و به دلیل همین مساله دندانپزشکان مایل به خدمت در مناطق محروم و روستایی نیستند؛ چراکه به گفته آنها مراکز دولتی ساده‌ترین تجهیزات و مواد اولیه را در اختیار دندانپزشک برای درمان و ویزیت بیماران قرار نمی‌دهد. علاوه‌بر این چالش، دندانپزشکان مشغول در مطب‌های خصوصی نیز از مافیای واردکننده مواد اولیه گله می‌کنند و طبق گفته این دندانپزشکان، واردات مواد اولیه دندانپزشکی در کشورمان، در انحصار افراد و گروه‌های خاصی قرار دارد و قیمت مواد اولیه با کیفیت متوسط نیز نامتعارف است. از طرف دیگر، دندانپزشک مجبور به خرید همان مواد اولیه موجود در بازار است زیرا برای تهیه مواد اولیه لازم، راه دیگری وجود ندارد.

براساس پژوهش‌های موجود و گفت‌وگوهای انجام‌شده، مشکلات دندانپزشکی در کشورمان به حوزه آکادمیک و دانشگاه‌های‌مان نیز رسیده است. متاسفانه با وجود افزایش تعداد دندانپزشکان متخصص در سال‌های اخیر ظاهرا نتوانسته‌ایم در حوزه دندانپزشکی، هیات‌علمی لازم را تربیت کنیم و اکنون بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از کمبود هیات‌علمی لازم رنج می‌برند.

متاسفانه مساله بیماری‌های دهان و دندان در کشور ما تنها روی درمان متمرکز است و هیچ‌کجا آموزش‌های لازم برای پیشگیری ارائه نمی‌شود. با وجود جذب بهداشت‌کار دهان و دندان در چندسال اخیر و تربیت مراقبان سلامت مدارس، نه در پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت شرایط مناسب برای فعالیت بهداشت‌کاران دهان و دندان وجود دارد و نه برای مراقبان سلامت مدارس اتاق‌های مخصوص و ایزوله برای ارائه خدمت به دانش‌آموزان موجود است. البته این واقعیت نیز وجود دارد که به دلیل ساده‌انگاری این دو رشته در دانشگاه‌ها، اغلب بهداشت‌کاران و مراقبان سلامت، اطلاعات کافی برای پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان ندارند و آموزش‌های لازم به درستی به آنها ارائه نمی‌شود. از طرف دیگر نبود طرح‌های تشویقی و البته در سال‌های اخیر بلاتکلیفی در جذب بهداشت‌کاران دهان و دندان، میل و رغبت فارغ‌التحصیلان این رشته را کم کرده است.

نبود امکانات شهری، دلیل عدم‌تمایل خدمت به مناطق محروم

یکی از دندانپزشکان استان فارس در گفت‌وگو با «فرهیختگان» می‌گوید انگاره‌ای در ذهن مردم به وجود آمده است که پزشکان تمایلی به خدمت در مناطق محروم ندارند. اما واقعا چه کسی مایل به خدمت در مناطق محروم است؟ نه‌تنها در پزشکی بلکه در کل حوزه‌ها و مشاغل دیگر باید این پرسش را مطرح کرد. او معتقد است افراد کمی وجود دارند که تمایل خدمت در مناطق محروم و روستا که حتی از ابتدایی‌ترین حقوق شهروندی مانند آب آشامیدنی سالم هم برخوردار نیستند را دارند. «سد درودزن آب شهر شیراز را تامین می‌کند اما روستاهایی که در مسیر سد هستند، مشکل آب شرب دارند. بسیاری از روستاهایی که حتی در ۲۰ کیلومتری شیراز هستند، مشکل برق و در زمستان مشکل گاز دارند. چرا توقع تنها از پزشک و دندانپزشک است که در روستاها و مناطق محروم خدمت کنند؟ اگر شرایط امکانات رفاهی و خدمات شهروندی به شکلی بود که افراد می‌توانستند در روستاها یک زندگی عادی داشته باشند، آن موقع می‌شد این پرسش را مطرح کرد که چرا پزشکان و دندانپزشکان تمایلی به خدمت در روستاها ندارند. به‌طور کلی تمایل افراد به حضور در کلانشهرها و شهرهای پیشرفته، بیشتر است. این تنها مختص به پزشکان و دندانپزشکان نیست. هجمه علیه پزشکان و دندانپزشکان وجود دارد که چرا در مناطق محروم فعالیت نمی‌کنند؟ این درحالی است افرادی که این پرسش را مطرح می‌کنند هم حاضر به فعالیت در مناطق محروم نیستند. دوستان خودم، درحال‌حاضر دوست دارند که در روستاهای با تعداد جمعیت بالا مطب بزنند؛ چراکه شیراز یکی از قطب‌های دندانپزشکی کشور محسوب می‌شود و دندانپزشکان جوان دیگر به‌سختی می‌توانند بیماران خودشان را داشته باشند، اما امکانات رفاهی و شرایط زندگی در روستا به شکلی است که پزشکان و دندانپزشکان ترجیح می‌دهند در کلانشهر با یک شرایط نرمال و خوب زندگی کنند ولی درآمدشان نصف دریافتی‌شان در روستا باشد.»

مافیا نمی‌گذارد خودمان ایمپلنت تولید کنیم

این دندانپزشک معتقد است مافیای بزرگی پشت واردات مواد و تجهیزات دندانپزشکی در کشور حاکم وجود دارد. او می‌گوید: «این گروه اجازه تولید مواد لازم در حوزه دندانپزشکی را به شرکت‌های دانش‌بنیان نمی‌دهد. ایران می‌تواند بهترین ایمپلنت‌های جهان را تولید کند. ما در خود شیراز در یکی از شهرک‌های صنعتی‌اش یک شرکت مادر داریم. مطلع هستم که در این شرکت مواد اولیه ایمپلنت را تولید می‌کنند. مواد اولیه ایمپلنت به‌صورت کیلویی به کشورهای دیگر فرستاده می‌شود. پس از اینکه کارهایی روی این مواد انجام می‌شود، با قیمت گزاف و دانه‌ای به ما فروخته می‌شود. در مواد دندانپزشکی نیز به همین شکل است. در حوزه تجهیزات نیز مافیای به‌شدت قدرتمندی بر بازار حاکم است. مافیایی که تفاوت فاحش قیمت دلاری و ریالی تجهیزات را رقم زده است. این اختلاف و تفاوت قیمت حتی از اختلاف قیمت ماشین در کشور ما و بازارهای جهانی بیشتر است. مثلا یکی از بهترین ماشین‌های دنیا را با ۳۰ هزار دلار می‌توان خرید اما این ماشین ۳۰ هزار دلاری وقتی وارد ایران می‌شود، افزایش قیمت دارد. مافیای تجهیزات پزشکی و دندانپزشکی در کشورمان نیز به همین شکل است. این مافیا به مردم اجازه بهره‌مندسازی از این تجهیزات را نمی‌دهد. تحریم‌ها هم بهانه است. کافی است که یکی از تجهیزات پزشکی و دندانپزشکی را از طریق یکی از کشورهای حاشیه خلیج‌فارس به کشور وارد کنیم تا نهادهای نظارتی برای کنترل تجهیزات و تحقیق درباره آن وارد عمل شوند. سریع ضبط و ثبت می‌شود و باید جواب پس دهیم که چرا این محصول را از مبادی رسمی وارد نکردیم؛ درحالی‌که اگر بخواهیم این تجهیزات را از طریق مبادی رسمی وارد کنیم، باید هفت الی هشت برابر قیمت آن هزینه کنیم.»

تجهیزات بیش از ۱۰ برابر بیشتر از قیمت‌شان به ما فروخته می‌شوند

این دندانپزشک جوان کشورمان معتقد است که در مساله واردات تجهیزات دندانپزشکی، از لحاظ قانون‌گذاری مشکل داریم. او توضیح می‌دهد: «اتفاقی که در صنعت خودرو می‌افتد دقیقا در مساله تجهیزات پزشکی و دندانپزشکی هم برقرار است. ما در خرید مواد و تجهیزات دستمان باز نیست که خودمان انتخاب کنیم می‌خواهیم از کدام برند استفاده کنیم. کلا دو یا سه آپشن چه برای خرید مواد و چه تجهیزات بیشتر نداریم. به ما می‌گویند این مواد چینی است و این کره‌ای است. فقط دو یا سه گزینه برای انتخاب داریم. اگر بخواهیم دستگاهی در حوزه دندانپزشکی خریداری کنیم، با قیمت گزاف و وحشتناک خریداری می‌کنیم. من قصد خرید یک دستگاه در حوزه دندانپزشکی را داشتم. خودم به‌تنهایی می‌توانستم همین دستگاه را به قیمت سه الی چهار میلیون تومان از چین وارد کنم، اما مجبورم همین دستگاه را از طریق واردکننده ۴۰ الی ۵۰ میلیون تومان خریداری کنم. این یعنی بیش از ۱۰ برابر گران‌تر می‌فروشند؛ چراکه مافیا و انحصار وجود دارد و اجازه واردات یا ساخت مواد و تجهیزات را به باقی افراد نمی‌دهند.»

ادامه در صفحه ۷

ادامه از صفحه ۲

افزایش ظرفیت رشته دندانپزشکی درست نیست

آن‌گونه که پیداست حتی دندانپزشکان خارجی که مواد بهتر برای درمان استفاده کردند هم تعرفه‌های گران دریافت می‌کنند و تعرفه‌های دندانپزشکی در اکثر کشورهای جهان گران محسوب می‌شود. این دندانپزشک جوان شیرازی در این رابطه می‌گوید که بهترین کار برای ما ایرانی‌ها با توجه به تورم موجود در اقتصاد کشور این است که در حوزه دهان و دندان باید به‌سمت پیشگیری برویم. «این افزایش ظرفیت‌ها نمی‌تواند پاسخگوی وضعیت موجود دندانپزشکی در کشورمان باشد. این افزایش ظرفیت تنها باعث می‌شود که تعداد دندانپزشکان بیشتر شود و از سوی دیگر هم کیفیت درمان را کاهش می‌دهند. مثلا وقتی تعداد دندانپزشکان بیشتر و تعرفه‌ها کمتر می‌شود؛ دندانپزشک برای کاهش تعرفه مجبور می‌شود ماده کم‌کیفیتی که ارزان‌تر است را تهیه کند تا حاشیه سودش را نگه دارد. این اتفاقی که درحال رخ دادن است، شاید از نگاه اول ایده خوبی باشد، اما مطمئنا این افزایش ظرفیت‌ها به افزایش کیفیت درمان منجر نمی‌شود. رقابت در درمان ایجاد می‌شود و به‌دنبال این رقابت، کاهش قیمت را هم شاهد خواهیم بود، اما به قیمت کاهش قیمت درمان.»

بر سهمیه‌های مناطق محروم اعمال نظارت بهتری شود

تصمیمی طی که چندسال پیش در رابطه با امتیازبندی شهر اتخاذ شد، باعث شد که شهرهای محروم هم از وجود پزشک و دندانپزشک بی‌بهره نباشند. این سیاست قطعا سیاست مثبتی در رابطه با توزیع مناسب پزشک و دندانپزشک بود اما به هرحال چاره درد بی‌عدالتی در دسترسی پزشک و دندانپزشک به حساب نمی‌آید و تنها مسکن است. این دندانپزشک جوان کشورمان در رابطه با این موضوع هم می‌گوید: «نهایتا یک پزشک دو سال در یک منطقه محروم بماند می‌تواند امتیاز خود را جمع‌آوری کند و بعد به کلانشهرها و مراکز استان‌ها برای کار برود. امری که باعث می‌شود یک پزشک و دندانپزشک در یک منطقه محروم بمانند، پذیرش آنها به‌صورت تعهدی است که درحال انجام است. همین امر نیز البته به دلیل رانت برخی از پذیرفته‌شدگان؛ این تعهد نیز به‌صورت کامل اجرا نمی‌شود چراکه دست خود مسئولان علوم پزشکی در این مساله باز است. من مواردی را می‌شناسم که کاملا از گذراندن دوره تعهد خدمت‌شان به‌نوعی در رفته‌اند. برای توزیع عادلانه دندانپزشک در سراسر شهرهای کشور، این طرح بهترین طرح قابل اجراست اما باید نظارت روی آن به شکل جدی صورت بگیرد. این‌گونه نباشد که در برابر نیروی تعهدی بدون ایده و برنامه باشند یا کسی بتواند گذراندن دوره خدمتش در منطقه محروم ابطال شود. قانون در این قضیه منسجم عمل نمی‌کند. باید با نیروهای تعهدی سختگیرانه‌تر برخورد شود تا طرح به‌درستی اجرا شود. راه‌حل بسیاری مورد بررسی قرار گرفته که هیچ‌یک به اندازه این راه‌حل، قابل اجرا نیست.»

حوزه درمان جای درآمدزایی نیست

او همچنین در رابطه با پیشگیری و ارائه خدمت توسط نیروهای بهداشت‌کار و مراقبان سلامت و نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری نیز معتقد است که درمان نسبت به بهداشت یک بخش درآمدزاست. این دندانپزشک شیرازی ادامه می‌دهد: «درآمد و گردش مالی یک بیمارستان و کلینیک از درمان، وسوسه‌کننده است و به دلیلی که می‌توان از درمان درآمدزایی کرد دیگر تصمیم‌گیری‌های کلان به سمت بهداشت و پیشگیری نمی‌رود. درمان و رفت‌وآمد پول در این حوزه به قدری است که سیاستگذاران این عرصه را وسوسه کند که بخواهند از این نمد برای خودشان کلاه بدوزند. وقتی در این حوزه درآمد هنگفت است چه دلیلی دارد که این درآمد را از خودشان دریغ کنند؟ در این جریان هم مافیا وجود دارد و شاید از طریق ادوار وزارت بهداشت درحال اعمال است. ما می‌توانیم برای پیشگیری الگوهای کشورهای اسکاندیناوی را پیش ببریم. شاخص پوسیدگی دندان در ایران به‌شدت بالاست اما در کشورهای اسکاندیناوی که مساله بهداشت و پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان را اعمال کرده‌اند، به شکل واضحی پایین است. یکی از کارهایی که برای پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان توسط کشورهای اسکاندیناوی انجام شده، فلورایدی کردن آب‌های آشامیدنی است. این از ساده‌ترین راه‌های قابل انجام است.» او یکی دیگر اقدامات انجام‌نشده در حوزه پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان را عدم اطلاع‌رسانی راه‌های پیشگیری از طریق رسانه‌ها دانست. این دندانپزشک شیرازی در پایان عدم وجود طرح‌های تشویقی برای بهبود وضعیت نامطلوب معیشتی بهداشت‌کاران دهان و دندان، بهورزان و مراقبان سلامت مدارس را ازجمله دلایل بی‌میلی این گروه از فعالان حوزه سلامت دانست.

اغلب ایرانی‌ها با وجود مشکلات دندان به دندانپزشک مراجعه نمی‌کنند

حمیدرضا عارفی نیز رزیدنت دهان و دندان است. او معتقد است در رابطه با قیمت‌ها چند مساله وجود دارد. اولین نکته این است که دندانپزشکی در تمام دنیا هزینه‌ای گران محسوب می‌شود. عارفی می‌گوید: «بسیاری از ایرانی‌های خارج از کشور در زمان سفرشان به ایران دندان‌هایشان را درمان می‌کنند و بعد به کشورهای محل اقامت‌شان بازمی‌گردند. این را بارها شنیده‌ام که ایرانی‌های خارج از کشور سفر به ایران و درمان دندان‌هایشان را از درمان در کشورهای اروپایی و آمریکایی به‌صرفه‌تر می‌دانند. اینکه یک گمان وجود دارد که گران بودن هزینه‌های دندانپزشکی به دلیل زیاده‌خواهی دندانپزشکان است بسیار واقعی نیست. چراکه باید بگوییم تمام دندانپزشکان جهان در همه جا زیاده‌خواه هستند. این درحالی است که خدمات دندانپزشکی در اکثر کشورهای جهان گران است. اما مساله‌ای که باید به آن خرده گرفت پوشش بیمه‌ها و تجهیزات موجود در مراکز دولتی است. ما در عصب‌کشی یک ابزار گران‌قیمت و مهمی داریم. روی کاتالوگ این ابزار تعداد استفاده آن را ده بار نوشته‌اند. چند وقت پیش با یکی از همکارانم در سوئد صحبت می‌کردم و می‌گفت در مراکز دولتی سوئد این یک ابزار یک‌بارمصرف است. قصدم این است که بگویم در اروپا خدمات‌شان گران‌تر است اما کیفیتش بهتر است. چند وقت اخیر آماری منتشر شده که ۹۰ درصد مردم کشورمان با وجود اینکه دندان خراب دارند اما تمایلی به مراجعه به دندانپزشکی ندارند. یکی از دلایل آن مساله پوشش با بیمه‌هاست که از اغلب کشورهای جهان بدتر است. همچنین یکی از دلایل عدم تمایل مردم برای مراجعه به دندانپزشکی، قدرت پایین خرید مردم کشورمان با توجه به وضعیت اقتصادی است.»

سهم هر بیمار فقط یک داروی بی‌حسی! بی‌حس نشد مهم نیست

این دندانپزشک جوان کشورمان نیز معتقد است تعرفه‌های موجود دندانپزشکی باید نسبت به تورم موجود در بازار بیشتر می‌شد اما واقعیت این است که خود دندانپزشکان نیز دیگر مایل نیستند که تعرفه‌ها بیشتر شود؛ چراکه به دلیل پایین آمدن قدرت خرید مردم مراجعه به دندانپزشک کمتر شده و اصلا سلامت دندان اولویت مردم نیست. او ادامه می‌دهد: «در بخش خصوصی می‌گوییم که دندانپزشک‌ها زیاده‌خواه هستند. اما در بخش دولتی که نهادهای ناظر هم وجود دارند چه وضعیتی حاکم است؟ خواهر بنده در یکی از مراکز تامین اجتماعی به‌عنوان دندانپزشک درحال فعالیت است. پایه حقوقی حکم او در همین سال گذشته چهار میلیون تومان است. یکی از دلایلی که دندانپزشک‌ها تمایلی به همکاری در بخش‌های دولتی نیستند، همین بحث حقوق است که حقوق‌ها خنده‌دار است. از منظر امکانات دولتی هم ماده بی‌حسی یکی از ارزان‌ترین و موجودترین مواد در دندانپزشکی است. در کلینیک تامین اجتماعی دندانپزشکان حق دارند برای بیمار فقط یکبار ماده بی‌حسی استفاده کنند. درحالی‌که خیلی وقت‌ها بیمار بی‌حس نمی‌شود و مجبور می‌شویم چندین بار برای او ماده بی‌حسی استفاده کنیم. این را با بخش‌های دولتی سایر کشورها می‌توان مقایسه کرد.»

در پایگاه جامع شهری امکانات ما درحد کشیدن دندان بود

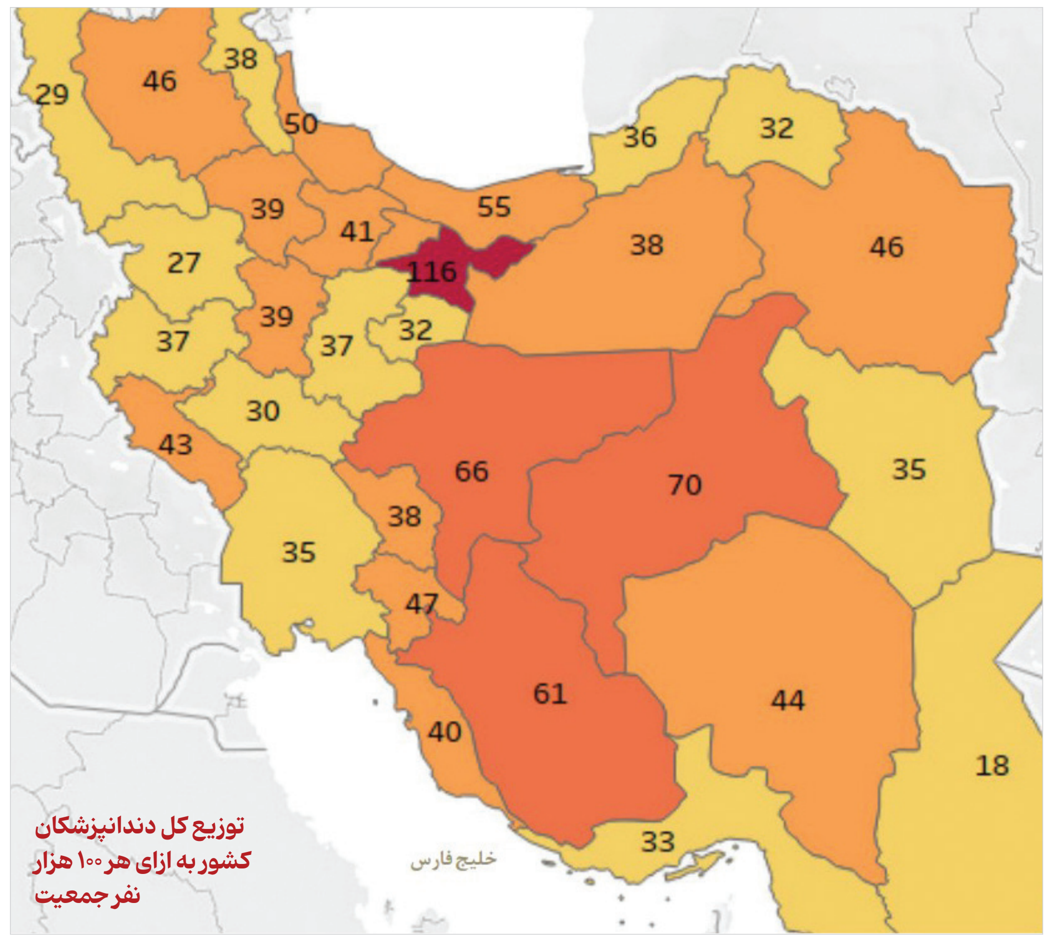
این رزیدنت دندانپزشکی، طرحش را در یکی از شهرهای کرمانشاه گذرانده است. او درباره تجربه طرحش می‌گوید: «در پایگاه جامع شهری که روستاهای اطراف را هم تحت پوشش قرار می‌داد، ما سه دندانپزشک طرحی بودیم. اما امکانات‌مان تنها درحد کشیدن دندان بود. بیمارانی که کار ترمیمی، عصب‌کشی یا جرم‌گیری داشتند و به ما مراجعه می‌کردند، وقتی می‌گفتیم که فقط تجهیزات کشیدن دندان داریم، حرف‌مان را باور نمی‌کردند و فکر می‌کردند که ما کم‌کاری می‌کنیم. آنقدر پیکان نوک مشکلات حوزه درمان به سمت پزشک است که همه مشکلات را از چشم ما می‌بینند درصورتی‌که ما قبل از مشاجره و گفت‌وگو با بیمار تا دقایقی قبل با مدیر شبکه مشاجره کرده‌ایم که ما اینجا از بیکاری و نبود تجهیزات خسته شده‌ایم. مدت طرح برای ما یک فرصت طلایی محسوب می‌شود تا آنچه را که در دانشگاه یاد گرفته بودیم اجرا کنیم درحالی‌که در پایگاه‌های سلامت ساده‌ترین تجهیزات را هم نداریم. یکی دیگر از دلایلی که دوست نداشتیم در آن فضا بمانیم دقیقا نبود امکانات درمان است. وقتی امکانات نباشد بیمار که مراجعه می‌کند ما را مسئول می‌داند.»

وزارت بهداشت کشورمان برنامه‌ای برای آموزش و توسعه بحث پیشگیری ندارد

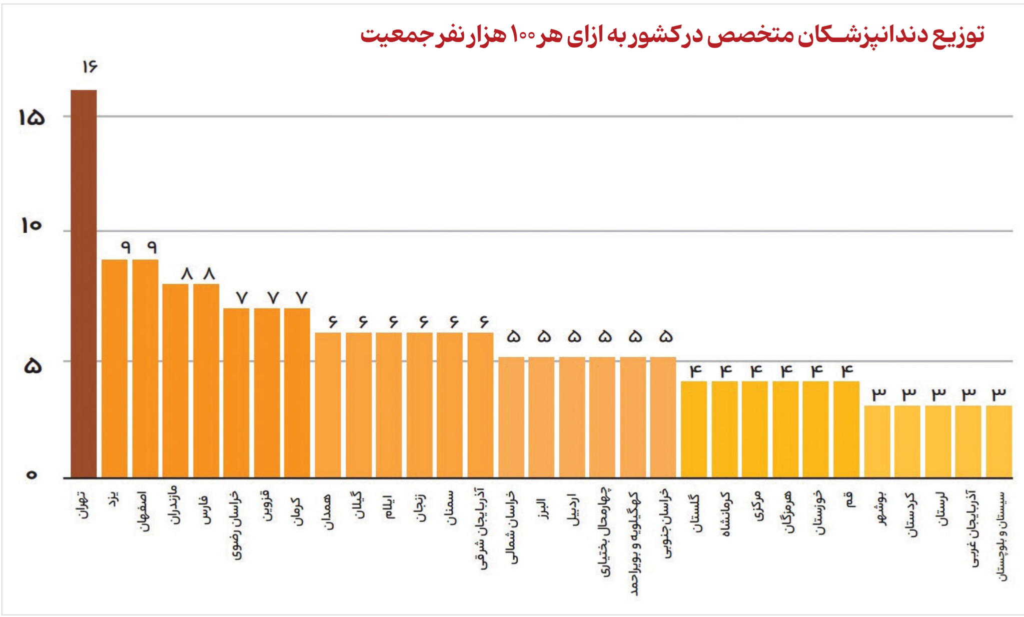
عارفی می‌گوید که چندسال گذشته مقاله‌ای در یکی از ژورنال‌های مهم پزشکی جهان منتشر شده است و در این مقاله ذکر شده که دندانپزشکی در جهان نیاز به یک انقلاب بزرگ دارد؛ چراکه طرح‌های پیشگیری در این حوزه اگر نخواهیم بگوییم شکست نخورده‌اند اما نتیجه مطلوب را هم به دست نیاوردند. وی افزود: «قرار بود از طریق رسانه‌های برخط، تصویری و مکتوب، مدارس، فضای مجازی و راه‌های پیشنهادی دیگر راه‌های پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان را توسعه ببخشند اما نتیجه نامطلوب بود. در ایران نیز سیستم‌های بهداشتی، الگوبرداری‌شده از کشورهای پیشرفته است. به همین دلیل این طرح‌ها هم در کشورمان شکست خورد. اگر بخواهیم به سیاست‌های وزارت بهداشت در این سال‌ها نگاه کنیم در طرح تحول سلامت افزایش نامتناوب ظرفیت‌ها رقم خورد. خود این به‌تنهایی نشان می‌دهد که وزارت بهداشت کشورمان برنامه‌ای برای آموزش و توسعه بحث پیشگیری ندارد و تنها روی بخش درمان متمرکز شده و از طریق درمان، درآمد خودش را کسب می‌کند. مثال این حرفم هم این است که یکی از متخصصان جراحی در یکی از بیمارستان‌های کشور عملکرد سالیانه‌اش را منتشر کرده بود. در عرض چند ماه رقمی حدود ۱۰۰ میلیون تومان عمل جراحی انجام داده بود. از آن ۱۰۰ میلیون تنها ۲۴ میلیون به جراح پرداخت شده بود و مابقی مبلغ به جیب وزارت بهداشت رفته بود. به نظر می‌رسد که وزارت بهداشت در این زمینه برایش به‌صرفه‌تر است که روی درمان متمرکز شود و نه بحث بهداشت و آموزش.» چندسال گذشته طرحی به میان آمد که دندان‌های آسیاب کودکان ۶ تا ۱۲ سال به دلیل رشد اولین دندان‌های دائمی، در پایگاه‌های جامع و شهری به‌طور رایگان درمان شود. عارفی می‌گوید این طرحی بود که در تمام دنیا بازخورد و نتیجه مثبتی در پیشگیری داشته اما در ایران پس از گذراندن سال‌های ابتدایی، به‌طور کل به فراموشی سپرده شده است. به نظر عارفی دلیل فراموشی این طرح در کشورمان هم عدم تخصیص بودجه بود. وی گفت: «یکی دیگر از طرح‌های پیشگیری وارنیش دانش‌آموزان ابتدایی بود که توسط بهداشتکاران دهان و دندان، بهورزان یا دندانپزشکان در مدارس اجرا می‌شد. در همان مدت چندباری اعلام شد که قرار است بودجه برای تامین وارنیش بیشتر اختصاص پیدا کند اما خبری نشد. هر بار که برای طرح‌های پیشگیری پیگیری می‌کنیم می‌بینیم که بودجه اختصاص داده نشده است. علت اینکه در مساله پیشگیری اقدامی صورت نمی‌گیرد به نظرم یا این است که وزارت بهداشت برای جبران ورشکستگی روی درمان متمرکز شده یا اصلا بهداشت و پیشگیری دهان و دندان اولویت آن نیست.»

کمبود هیات‌علمی در دانشکده‌های دندانپزشکی

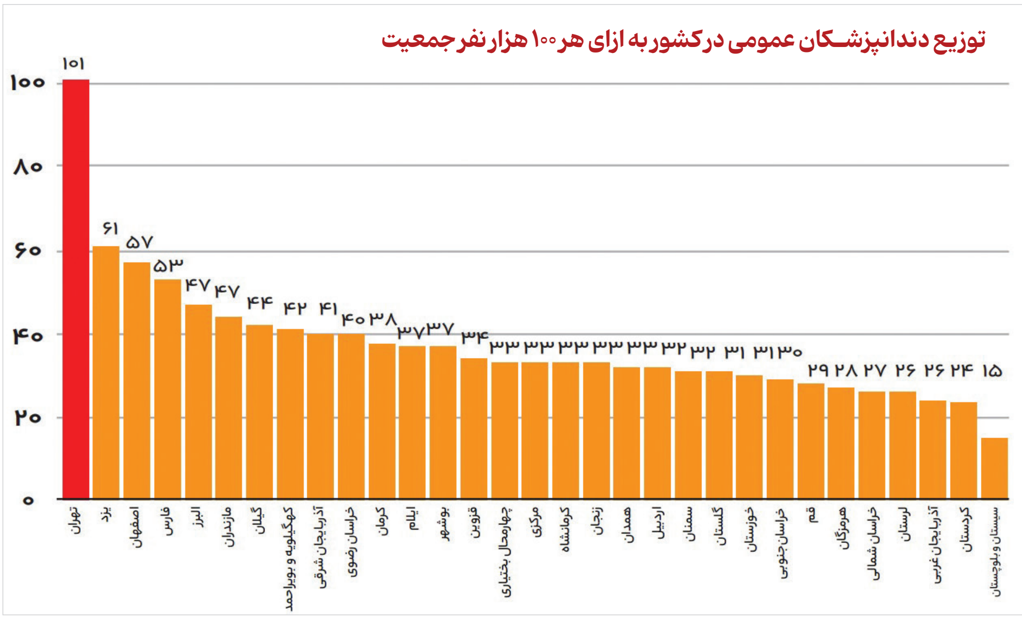
این دندانپزشک همچنین یکی از مشکلات موجود در میان دندانپزشکان را افزایش ظرفیت‌ها می‌داند. او ادامه داد: «وزارت بهداشت براساس قانونی که تصویب کرده است هر سال ۲۰ درصد افزایش ظرفیت دندانپزشکی را دارد. طبعا برای این کار هم دلایلی دارند. مثلا تناسب میان تعداد دندانپزشکان و تعداد بیماران. این شاخص در کشورهای پیشرفته وجود دارد و در کشورمان نیز سعی بر این است که این شاخص را تنظیم کنیم. مساله‌ای که وجود دارد این است که وزارت بهداشت تنها روی این شاخص اصرار دارد. این پرسش مطرح است که اگر ظرفیت دانشگاه‌ها را بالا ببریم آیا زیرساخت آموزشی لازم را داریم؟ این زیرساخت‌ها امکانات آموزشی و هیات‌علمی است. به دلیل کمبود هیات‌علمی و کمبود استاد در برخی واحدهای دندانپزشکی بعضی از واحدها در دانشگاه‌ها حذف شده‌اند. مثلا برای درس پروتز دندان استاد نداشته‌اند و این درس حذف شده بود. این مشکل فقط مشکل یک دانشگاه علوم پزشکی نیست و چندین دانشکده با کمبود هیات‌علمی روبه‌رو هستند. این امر به سیاست‌های وزارت بهداشت هم بازمی‌گردد. در سال‌های اخیر سیاست این بود که به جای جذب هیات‌علمی از نیروهای طرحی برای تدریس استفاده کنند و اکنون به شکلی شده است که خود همین اساتید ضریب‌کار تمایلی به جذب به‌عنوان هیات‌علمی ندارند و از طرف دیگر خود وزارت بهداشت هم تمایلی به جذب هیات‌علمی ندارد.»



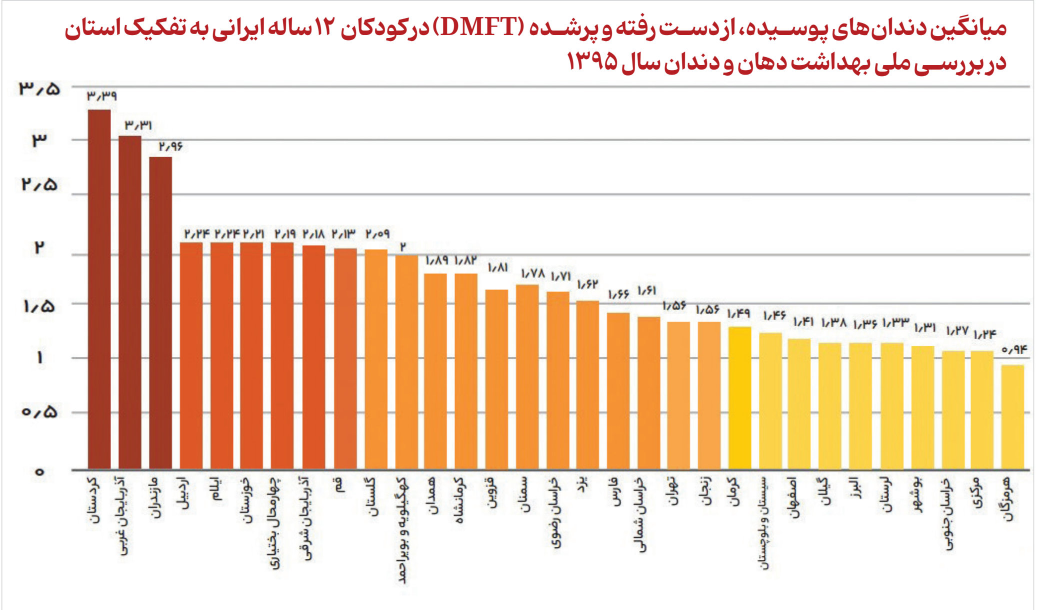
توزیع کل دندانپزشکان کشور به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت



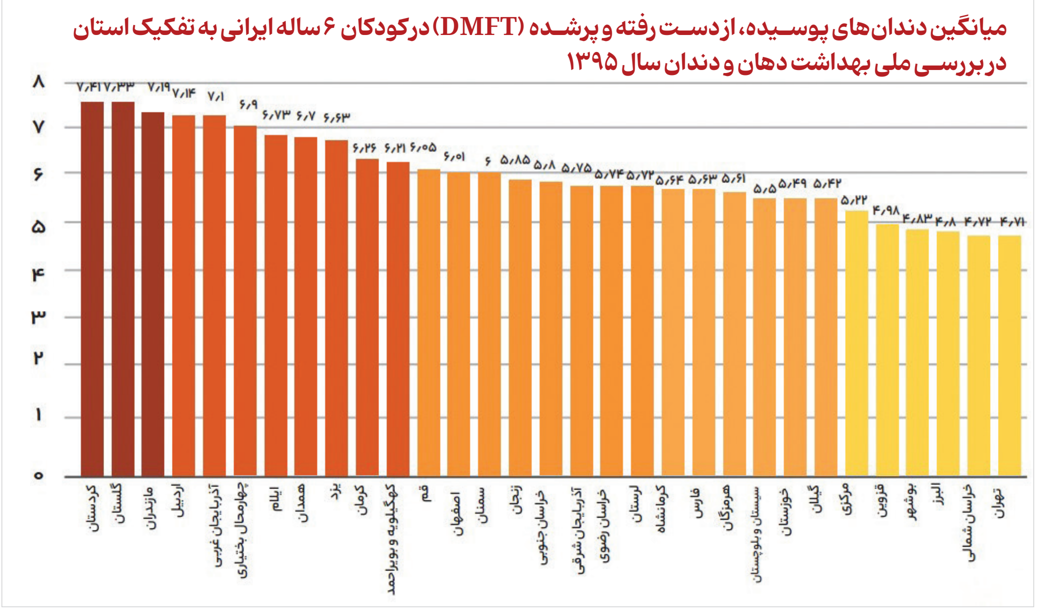
توزیع دندانپزشکان متخصص در کشور به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت



توزیع دندانپزشکان عمومی در کشور به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت



میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پرشده (DMFT) در کودکان ۱۲ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان سال ۱۳۹۵



میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پرشده (DMFT) در کودکان ۶ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان سال ۱۳۹۵

شنبه ۲۲ مهر ۱۴۰۲
شماره ۳۹۸۰
WWW.FDN.IR
FARHIKHTEGANDAILY