

Pediatric Dental Insurance Coverage as an Unmet Demand?

Atefeh Najafi Shahkoobi¹ 

Maryam Moeeni² 

1. PhD Candidate in Health Economics, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. **Corresponding Author:** Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: mmoeini1387@gmail.com

Abstract

Introduction: The coverage of dental services by the health system is not only related to reducing the financial burden of oral and dental diseases of households but also helps to improve the oral and dental health of children. The purpose of this study is to investigate the prioritization of parents to cover dental services for children in the form of basic medical insurance.

Materials & Methods: The present study is a cross-sectional survey that was conducted in Isfahan City in the winter of 2018 and spring of 2019. The statistical population included households with children aged 6-12 who, at the time of sampling, had visited public and private dental clinics with pediatric dental specialists in Isfahan City to receive dental services for children. Data collection was done through a researcher-made questionnaire. Out of the 464 questionnaires, 51 questionnaires were completed online and 413 questionnaires were completed through face-to-face interviews. STATA 14 software was used for data analysis.

Results: The findings of the study show that the expansion of pediatric dental care in social health insurance is a priority for parents.

Conclusion: The findings of the study show that the expansion of children's dental services in social health insurance is an unmet demand. This finding can be of interest to oral and dental health policymakers as well as medical insurance policymakers.

Key words: Dental insurance; Children; Demand.

Received: 01.11.2023

Revised: 01.02.2024

Accepted: 05.03.2024

How to cite: Najafi Shahkoobi A, Moeeni M. Pediatric Dental Insurance Coverage as an Unmet Demand? J Isfahan Dent Sch 2024; 20(1): 6-12.

پوشش بیمه دندان پزشکی کودکان به مثابه یک تقاضای محقق نشده؟

۱. دانشجوی دکترای تخصصی اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۲. نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 Email: mmoeini1387@gmail.com

عاطفه نجفی شاهکوهی^۱ IDمریم معینی^۲ ID

چکیده

مقدمه: خدمات دندان پزشکی توسط نظام سلامت نه تنها با کاهش بار مالی بیماری‌های دهان و دندان خانوارها در ارتباط است بلکه به ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان هم کمک می‌کند. هدف از مطالعه حاضر، بررسی اولویت‌بندی والدین برای پوشش خدمات دندان پزشکی کودکان در قالب بیمه‌ی درمان پایه بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر توصیفی و به لحاظ طرح پژوهش، پیمایشی است. که در شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۸ و بهار سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل خانوارهای دارای کودک ۶-۱۲ ساله بود که در زمان نمونه‌گیری، برای دریافت خدمات دندان پزشکی کودکان به کلینیک‌های دولتی و خصوصی دندان پزشکی دارای متخصص دندان پزشکی کودکان در شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته صورت گرفت. از میان ۴۶۴ پرسش‌نامه‌ی تکمیل شده، ۵۱ پرسش‌نامه به صورت آنلاین و ۴۱۳ پرسش‌نامه از طریق مصاحبه‌ی حضوری تکمیل شد. داده‌های این مطالعه از طریق مدل‌های رگرسیون تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله در بیمه‌های درمان اجتماعی یک اولویت مهم از دیدگاه والدین می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در بیمه‌های درمان اجتماعی یک تقاضای محقق نشده است. این یافته می‌تواند مورد توجه سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت دهان و دندان و همچنین سیاستگذاران بیمه‌ی درمان قرار بگیرد.

کلید واژه‌ها: بیمه دندان پزشکی؛ کودکان؛ تقاضا.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۲/۱۱/۱۲

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۸/۱۰

استناد به مقاله: نجفی شاهکوهی عاطفه، معینی مریم. پوشش بیمه دندان پزشکی کودکان به مثابه یک تقاضای محقق نشده؟ مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۴۰۳؛ ۲۰(۱): ۱۲-۶.

مقدمه

سلامت دهان و دندان از بدو تولد و پدیدار شدن اولین دندان‌ها حائز اهمیت است. چرا که در سلامت عمومی نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. همچنین به دلیل عدم توانایی کامل کودکان در سال‌های آغازین زندگی، این گروه جزء گروه‌های آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند (۱). بیماری‌های دهان و دندان بر جنبه‌های مختلف تکامل کودکان تأثیر منفی دارد. پوسیدگی دندان باعث ایجاد درد و همچنین عفونت موضعی و سیستمیک می‌شود. علاوه بر این بر تغذیه، رشد، سلامت عمومی و کیفیت زندگی کودکان نیز تأثیرگذار است (۲). پوسیدگی و شکستگی دندان منجر به مشکلات اجتماعی و فردی مختلفی مانند غیبت بیش از حد مدرسه، دشواری تمرکز، اختلال در صحبت کردن، افت تحصیلی، ظاهر ضعیف، انزوای کودک و کاهش سلامت دهان و دندان در بزرگسالی می‌شود (۳).

با وجود اهمیت پیشگیری و درمان به موقع، بیماری‌های دهان و دندان سومین بیماری گران از نظر هزینه‌های درمانی محسوب می‌شود (۴). احتمال مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن به علت خدمات دندان پزشکی به ویژه خدمات دندان پزشکی کودکان قابل توجه است. پوشش خدمات دندان پزشکی توسط نظام سلامت نه تنها با کاهش بار مالی بیماری‌های دهان و دندان خانوارها در ارتباط است بلکه به ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان هم کمک می‌کند (۵).

در بسیاری از کشورهای پیشرفته، ۳۰ درصد از هزینه‌های دندان پزشکی را دولت و ۷۰ درصد را بیمه‌های خصوصی پرداخت می‌کنند، با این وجود در کشور ما بیمه‌های دولتی و خصوصی در زمینه خدمات دندان پزشکی فعال نیستند و این مسأله هزینه‌های زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۶). بر اساس گزارش مرکز آمار ایران (۱۳۹۲)، خدمات دندان پزشکی پس از خدمات بستری بیشترین مخارج بهداشتی درمانی را به خود اختصاص داده است. در سال ۱۳۸۹ در صندوق بیمه خدمات درمانی ایران

به عنوان بزرگترین صندوق بیمه، تعداد سرانه‌ی بار مراجعه جهت دندان پزشکی ۰/۰۹۱ و سرانه‌ی هزینه ماهانه‌ی دندان پزشکی ۳۹۳۴۱ ریال بوده است. در این دوره بهترین وضعیت مربوط به بیمه‌ی تامین اجتماعی با ۰/۳ بار مراجعه و مربوط به مراکز ملکی این سازمان بود. محدود بودن خدمات مورد تعهد، محدود بودن دندان پزشکان طرف قرارداد و کاهش سطح دسترسی بیمه شدگان، باعث شده تا امکان بهره‌مندی بیمه شدگان تحت پوشش از خدمات دندان پزشکی محدود گردد (۷). در سال ۱۹۹۴، مجلس ایران قوانین مربوط به بیمه بهداشت جهانی را معرفی کرد. اما طبق آخرین گزارش‌ها، ۱۶/۸ درصد از جمعیت ایران توسط هیچ یک از بیمه‌های مراقبت بهداشتی حمایت نمی‌شوند (۸). در ایران در مناطق روستایی، ۷۰ درصد از خدمات بهداشت دهان و دندان توسط بخش عمومی (دولتی) تحویل داده می‌شود در حالی که ۸۰ درصد مراقبت‌های دندان در مناطق شهری در بخش خصوصی ارائه می‌شود (۷).

نظام سلامت ایران در ارتقاء دسترسی جامعه برای خدمات دندان پزشکی کودکان، کارآ عمل نکرده است. پس از اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸، سیستم شبکه بهداشت در ایران تشکیل شد که مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان نیز در آن لحاظ گردید. قانون بیمه‌ی همگانی هم در سال ۱۳۷۳ تصویب شد اما نتوانست خدمات دندان پزشکی را به شکل مناسب تحت پوشش قرار دهد. محدود بودن خدمات مورد تعهد، محدود بودن دندان پزشکان طرف قرارداد و کاهش سطح دسترسی بیمه شدگان، باعث شده است تا امکان بهره‌مندی بیمه شدگان تحت پوشش از خدمات دندان پزشکی محدود گردد (۷). برنامه‌ی طرح تحول سلامت تلاش کرد دسترسی به برخی خدمات پایه‌ای دندان پزشکی کودکان را بهبود بخشد. برنامه‌ی تحول سلامت دهان و دندان از برنامه‌های فاز دوم این طرح بود. مورد یازدهم از این فاز در برنامه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی روستاها، شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر و نقاط عشایری، ارائه‌ی خدمات دندان پزشکی به کودکان تا

۱۴ سال و زنان باردار و شیرده با اعتبار ۸۸ میلیارد تومان بود (۹). در حال حاضر آمار رسمی از خدمات انجام شده در طرح تحول سلامت برای جمعیت تحت پوشش در حوزه‌ی دهان و دندان در دسترس نمی‌باشد. هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی اولویت‌بندی والدین برای پوشش خدمات دندان پزشکی کودکان در قالب بیمه درمان پایه بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک پیمایش توصیفی و به لحاظ ماهیت پیمایشی است که در شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۸ و بهار سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل خانوارهای دارای کودک ۶-۱۲ بود که در زمان نمونه‌گیری، برای دریافت خدمات دندان پزشکی کودکان به کلینیک‌های دولتی و خصوصی دندان پزشکی دارای متخصص دندان پزشکی کودکان در شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. در زمان نمونه‌گیری، ۳۵ کلینیک در شهر اصفهان دارای متخصص دندان پزشکی کودکان بودند. در میان کلینیک‌های دولتی و خصوصی سطح شهر اصفهان، ابتدا کلینیک‌هایی که به ارائه خدمات دندان پزشکی کودکان ۶-۱۲ سال می‌پرداختند انتخاب شدند (در واقع کلینیک‌های دندان پزشکی دارای متخصص اطفال انتخاب شدند). سپس، کلینیک‌های منتخب به صورت تصادفی از میان کلینیک‌های دارای متخصص اطفال انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته صورت گرفت. جهت تأیید بر خورداری پرسش‌نامه از روایی صوری پرسش‌نامه در اختیار ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند ۶-۱۲ سال قرار گرفت. همچنین، پرسش‌نامه به منظور تأیید بر خورداری از روایی محتوا ۶ نفر از متخصصان اقتصاد و صاحب‌نظران بیمه قرار گرفت. ثبت شماره تلفن سرپرست خانوار یا همسر در کلینیک‌های دندان پزشکی منتخب که محیط پژوهش را تشکیل می‌دهند، تابعیت ایرانی سرپرست خانوار، توانایی جسمی و ذهنی سرپرست خانوار یا همسر برای تکمیل پرسش‌نامه، عدم وجود مشکلات حاد دندان پزشکی در بین

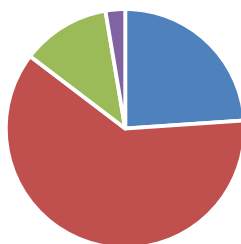
فرزندان، و همچنین رضایت برای شرکت در مطالعه، معیار ورود به مطالعه بوده است. برای آن دسته از افرادی که مایل به تکمیل پرسش‌نامه آنلاین بودند، برخورداری از تلفن همراه هوشمند و دسترسی به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی هم معیار ورود به مطالعه بود. همچنین، ناقص بودن پرسش‌نامه ارسال شده و عدم ارسال پرسش‌نامه، معیار خروج از مطالعه بود. در مطالعه حاضر، هشت کلینیک منتخب از بین کلیه کلینیک‌های دندان پزشکی واقع در ناحیه‌های ۲۲ گانه‌ی شهر اصفهان انتخاب شدند. در هر کلینیک منتخب، نمونه مورد نظر به صورت در دسترس با حداکثر تغییرات بر حسب سن و جنسیت کودک، و سطح تحصیلات والدین انتخاب شد. به دلیل شیوع ویروس کرونا و محدودیت‌های حضور پرسشگر در مراکز دندان پزشکی، بخشی از فرایند پرسش‌گری بصورت آنلاین انجام شد. مصاحبه حضوری با سرپرستان خانوار یا همسر ایشان که در کلینیک همراه کودک بودند، انجام شد. مصاحبه آنلاین، پس از تماس مسئول کلینیک با سرپرستان خانوار و یا همسرانشان و کسب رضایت آن‌ها برای شرکت در مصاحبه، از طریق شبکه‌های اجتماعی انجام شد. از مصاحبه‌شوندگان خواسته شد، از بین ۴ گزینه پوشش بیمه‌ای کودکان شامل پوشش بیمه چشم پزشکی و بینایی‌سنجی، پوشش بیمه‌ی دندان پزشکی، پوشش بیمه‌ی پایش رشد، پوشش بیمه‌ی خدمات روان پزشکی و روان‌سنجی، یکی را به عنوان اولویت اصلی گسترش در قالب پوشش بیمه‌ی درمان پایه انتخاب کنند. ۴ خدمت ذکر شده از طریق مصاحبه با ۳ متخصص اطفال در شهر اصفهان انتخاب گردید که به عنوان مهم‌ترین خدمات مورد نیاز کودکان دارای سن ۶-۱۲ سال مطرح شدند. از میان ۴۶۴ پرسش‌نامه‌ی تکمیل شده، ۵۱ پرسش‌نامه به صورت آنلاین و ۴۱۳ پرسش‌نامه از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار STATA ورژن ۱۴ استفاده گردید. کد اخلاق در پژوهش IR.MUI.RESEARCH.REC.1399.094: بوده است.

یافته‌ها

۲۳۵ نفر از مصاحبه‌شوندگان، سرپرست خانوار و مابقی همسر سرپرست بودند. ۵۹ درصد از سرپرستان خانوار در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند و ۴۳ درصد از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس بودند. ۳۲ درصد از خانوارها یک فرزند و ۵۳ درصد دو فرزند داشتند. ۲۸ درصد از پاسخگویان سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را خوب، ۴۲ درصد سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را متوسط و ۱۳ درصد سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را ضعیف توصیف کردند. ۱۷ درصد از پاسخگویان هم، که همگی بیش از یک فرزند داشتند، اظهار داشتند که سطح سلامت دهان و دندان فرزندانشان متفاوت است. شکل ۱، نشان می‌دهد نسبت بالایی از مصاحبه‌شوندگان (۶۱ درصد)، خدمات دندان پزشکی و مراقبت دهان و دندان کودکان را به عنوان اولویت اصلی برای گسترده‌تر شدن در

قالب پوشش بیمه درمان پایه انتخاب کردند. همچنین، همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، این نسبت با توجه به وضعیت بیمه‌ای خانوارها متفاوت بود. اما بر حسب هر وضعیت بیمه‌ای خانوارها، بیش از نیمی از مصاحبه‌شوندگان، پوشش بیمه دندان پزشکی کودکان را اولویت اصلی برای گسترده‌تر شدن در قالب پوشش بیمه‌ای پایه می‌دانستند.

- خدمات بینایی سنجی و مراقبت از چشم
- خدمات دندانپزشکی و مراقبت‌های دهان و دندان
- خدمات پیشگیری و درمانی رشد (قد و وزن، چاقی و لاغری)
- خدمات پیشگیری و درمانی برای بیماری‌های روانپزشکی



شکل ۱: اولویت خدمات درمانی کودکان برای قرار گرفتن در پوشش بیمه‌ای پایه

جدول ۱: وضعیت بیمه‌ی نمونه پژوهش

تمایل برای بیمه‌ی دندان پزشکی کودکان (درصد)		متغیر
۶۳	دارد	بیمه درمان پایه
۵۶	ندارد	
۶۵	نوع بیمه پایه	تأمین اجتماعی
۵۸	نیروهای مسلح	
۶۸	بیمه‌های خصوصی	
۵۶	بیمه سلامت ایرانیان	
۶۱	سایر بیمه‌ها	
۷۲	دارد	بیمه درمان تکمیلی
۵۵	ندارد	
۷۴	دارد	رضایت از پوشش بیمه درمان تکمیلی
۶۷	ندارد	
۷۳	دارد	تمایل به تمدید پوشش بیمه درمان تکمیلی در سال بعد
۷۳	ندارد	
۳۷	سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) خوب است	وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان
۶۸	سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) متوسط است.	
۷۹	سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) ضعیف است.	
۷۵	فرزندان سطح متفاوتی از سلامت دهان و دندان را دارا هستند.	

اولویت گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در پوشش بیمه درمان پایه، بر حسب وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان بین ۳۷ درصد در مصاحبه شونده گانی که سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را خوب توصیف می کردند تا ۷۹ درصد در مصاحبه شونده گانی که سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را ضعیف توصیف می کردند، متفاوت بود.

بحث

گسترش پوشش بیمه دندان پزشکی کودکان می تواند به نظام سلامت کمک کند تا دسترسی کودکان به مراقبت های دهان و دندان را گسترش دهد. در نمونه ی مورد بررسی، گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در بیمه ی درمان پایه، اولویت اول بسیاری از مصاحبه شونده گان بود که بیانگر وجود تقاضای قابل توجه برای گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در پوشش بیمه درمان پایه است.

با وجود تنوع پاسخ ها بر حسب وضعیت بیمه ای پاسخگویان، بیش از نیمی از پاسخگویان با هر وضعیت بیمه ای، گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در قالب بیمه ی درمان پایه را به عنوان اولویت اول بین چهار خدمت درمانی پیشنهادی انتخاب کردند. این یافته می تواند مورد توجه سیاستگذاران حوزه ی سلامت دهان و دندان و همچنین سیاستگذاران بیمه درمان قرار بگیرد.

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که خانوارهای نمونه که اظهار کردند فرزند یا فرزندان با سطح سلامت دهان و دندان متوسط یا ضعیف دارند، تقاضای بسیار بیشتری برای گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در بیمه ی درمان پایه داشتند. در مورد خانوارهایی که سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را ضعیف توصیف کردند، تقاضا برای گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در بیمه ی درمان پایه بیش از دو برابر بیشتر از خانوارهایی بود که سطح سلامت دهان و دندان فرزند(ان) را خوب توصیف کردند. این یافته نشان می دهد که خانوارهای با ریسک بالاتر

بیماری های دهان و دندان کودکان، به شکل قابل توجهی تقاضای بیشتری برای برخورداری از پوشش خدمات دندان پزشکی کودکان دارند. این رفتار بیمه شدگان بالقوه منجر به افزایش هزینه های بیمه گران خواهد شد. از آن جا که بیمه های درمان پایه معمولاً اجباری هستند، توزیع ریسک بیمه شدگان می تواند بخشی از هزینه های بیمه گران را جبران کند. در مقابل ارائه ی پوشش های بیمه ای گسترده تر دندان پزشکی کودکان توسط بیمه گران خصوصی و شرکت های بیمه ای می تواند منجر به پدیده انتخاب معکوس و افزایش قابل توجه هزینه ها گردد. پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه است که تعمیم پذیری نتایج را برای کل خانوارهای ایرانی دارای فرزند ۶ تا ۱۲ سال کاهش می دهد.

پژوهش حاضر، خانوارهایی را مورد بررسی قرار داد که ویزیت خدمات دندان پزشکی کودکان در طی یک سال قبل از نمونه گیری را دریافت کرده بودند. بنابراین نتایج آن قابل تعمیم به کل خانوارها نیست. برای افزایش قدرت تعمیم پذیری یافته های پژوهش، لازم است مطالعاتی در نمونه ای از خانوارها که ویزیت خدمات دندان پزشکی کودکان را دریافت نکرده اند، انجام شود. همچنین این مطالعه در یک نمونه از خانوارهای شهر اصفهان انجام شده است. بنابراین پیشنهاد می شود، مطالعاتی در نمونه های دیگری از جامعه ایرانی هم مورد بررسی قرار گیرد و از آن جهت که نمونه گیری در مراکز دندان پزشکی انجام شده است در مورد تعمیم پذیری نتایج به کل والدین بایستی احتیاط شود.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که گسترش خدمات دندان پزشکی کودکان در بیمه های درمان اجتماع، ی یک تقاضای محقق نشده است. این یافته می تواند مورد توجه سیاستگذاران حوزه ی سلامت دهان و دندان و همچنین سیاستگذاران بیمه درمان قرار بگیرد. با این وجود، در مورد امکان پذیری و شیوه ی عرضه ی این پوشش بیمه ای، نیاز به

مطالعات بیشتری وجود دارد.

علوم پزشکی اصفهان تصویب و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سازمان بیمه تأمین اجتماعی ایران به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات مسئولان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سازمان بیمه تأمین اجتماعی تقدیر و تشکر می شود.

سپاسگزار

این مقاله منتج از پایان نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی اقتصاد بهداشت با شماره‌ی ۳۹۸۶۱۳ می باشد که در دانشگاه

References

1. Yazdani R, Hesari H, Bagherian F. Evaluation of oral health promotion interventions among 0 to 6 Years old children: Scoping review [in Persian]. Iran J Pediatr Dent 2019; 14(28): 53-70.
2. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Li SKY, Lo ECM, Chu CH. Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: a cross-sectional study. BMC Oral Health 2017; 17(1): 1-8.
3. Mahat G, Bowen F. Parental knowledge about urban preschool children's oral health risk. Pediatr Nurs 2017; 43(1): 30-4.
4. Ramji S, Quiñonez C. Government spending on dental care: is it a public priority? J Public Health Dent 2012; 72(3): 246-51.
5. Listl S. Countries with public dental care coverage have lower social inequalities in the use of dental services than countries without such coverage. J Evid Based Dent Pract 2015; 15(1): 41-2.
6. Moeeni M, Momahhed SS, Nosratnejad S, Karimi S. Households' willingness to pay for dental insurance: Application of open-ended question method [in Persian]. Hakim Health Sys Res 2016; 19(3): 163-9.
7. Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. Oral Health Dent Manag 2012; 11(4): 189-98.
8. Di Bella E, Leporatti L, Montefiori M, Krejci I, Ardu S. Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: the contrasting positions at stake. Health Policy 2017; 121(6): 575-81.
9. Vahidi J, Takian A, Amini Rarani M, Moeeni M. Attributes related to dissatisfaction with health insurance coverage in patients visiting to dental clinics in Tehran city [in Persian]. Iran J Health Insur 2020; 3(3): 222-33.