

خبرنامه الکترونیک

تحلیل اقتصادسنجی اثرات ضریب فلاکت

بر چرخه مالی خدمات سلامت دهان و دندان:

چالش‌های اقتصادی نوظهور دندان‌پزشکان جوان و تازه فارغ‌التحصیل در ایران

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

www.igda.ir

تابستان ۱۴۰۵

پیش در آمد:

دندانپزشکان جوان به طور خاص در حساس ترین نقطه بحران بدنه نظام سلامت قرار دارند. از جمله به این دلایل: نخست، دیوار بلند سرمایه اولیه برای تأسیس مطب؛ دوم، نبود پشتیبانی بیمه‌ای کارآمد از خدمات دندانپزشکی؛ سوم، افزایش شمار فارغ التحصیلان و توزیع جغرافیایی نامتوازن آنان؛ چهارم، گرایش اجباری به کار در کلینیک‌های زنجیره‌ای با درصدهای تسویه پایین؛ و پنجم، عدم تناسب فزاینده میان در آمد و هزینه‌های زندگی که مهاجرت یا تغییر مسیر شغلی را به گزینه‌ای جدی بدل کرده است.

عموماً موضوعاتی که در ارتباط با فعالیت دندانپزشکان اعم از دندانپزشک عمومی و متخصص مطرح می‌شود در زمینه آموزش‌های عمومی و مشکلات صنفی مرتبط است. اما تحلیل اقتصادی از وضعیت موجود که می‌تواند جایگاه دندانپزشکان را در پروسه فعالیت مطب داری در چرخه مالی نشان دهد کمتر مطرح می‌شود. امروز یکی از بحران‌های مهم در دندانپزشکی استفاده مردم از خدمات درمانی می‌باشد که با توجه به تعداد کثیری از همکاران دندانپزشک جوان که فارغ التحصیل شده‌اند باید بتوانند مشکلات درمانی مردم را حل کنند. ولی دندانپزشکان جوان در بحران مالی براحتی نمی‌توانند وارد چرخه درمان شوند.

وارد شدن دندانپزشکان جوان به عرصه اقتصادی درمان در چالش‌های اقتصادی مملکت و به خصوص مقتضیات نوظهور مالی عمدتاً دچار مشکلات جدی می‌شوند. برای اینکه درک درستی از وضعیت اقتصادی مالی، از جایگاه دندانپزشکان جوان داشته باشیم از آقای دکتر شاهرخ قیصری خواستیم در یک تحلیل اقتصادی که بتوانیم با تکیه بر منافع، منابع و مستندات از مراکز رسمی دولتی و خصوصی؛ این گزارش را واقعی و تاثیرگذار مطرح کنیم. این مقاله خواندنی است.

از کلیه همکارانی که در زمینه این گونه نگارش‌ها توانایی دارند تقاضا می‌کنیم که مقالات خود را به نشانی‌های ذیل انجمن دندانپزشکان عمومی ایران ارسال نمایند.

واتساپ و تلگرام: ۰۹۱۹۶۴۶۴۳۵۶، ۰۹۱۹۶۴۶۴۳۵۸، ۰۹۳۳۲۶۳۷۰۴۳

دکتر باقر شهینی زاده

رئیس هیأت مدیره

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران



دکتر شاهرخ قیصری

تحلیل اقتصادسنجی اثرات ضریب فلاکت بر چرخه مالی خدمات سلامت دهان و دندان:

چالش‌های اقتصادی نوظهور دندان‌پزشکان جوان و
تازه‌فارغ‌التحصیل در ایران

چکیده

شاخص فلاکت (Misery Index) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نماگرهای کلان اقتصادی، از حاصل جمع نرخ تورم ساختاری و نرخ بیکاری به دست می‌آید. افزایش پیاپی این شاخص در سال‌های اخیر در اقتصاد ایران، آثار مقطعی بر ابعاد گوناگون بازار کار و خدمات درمانی برجای گذاشته است. در این میان، حرفه دندان‌پزشکی که به‌طور سنتی در زمره مشاغل پردرآمد و دارای ثبات اقتصادی شناخته می‌شد، دستخوش تغییرات ساختاری عمیقی شده است. این نوشتار می‌کوشد نخست چارچوب نظری و آمار به‌روز ضریب فلاکت در ایران را مرور کند، سپس مکانیسم‌های اثرگذاری آن بر دو سوی بازار خدمات دندان‌پزشکی - یعنی تقاضای بیماران و عرضه ارائه‌دهندگان خدمت - را تحلیل نماید، و در نهایت نشان دهد که چرا دندان‌پزشکان جوان و تازه‌فارغ‌التحصیل، به‌دلیل نبود سرمایه اولیه، ناتوانی در تأسیس مطب مستقل، انقباض بازار بیماران و رواج رفتارهای انصرافی در مراجعه به دندان‌پزشک، بیش از هر گروه دیگری در معرض آسیب این روند قرار دارند؛ وضعیتی که به بیکاری پنهان، وابستگی شغلی نامتوازن در کلینیک‌های خصوصی و افزایش تمایل به مهاجرت تخصصی انجامیده است.

فهرست مطالب

⑤ مقدمه و چارچوب نظری

⑤ مکانیسم‌های اثرگذاری ضریب فلاکت بر صنعت دندان پزشکی

⑤ مسیر پرهزینه ورود به مرفه و موانع سافتاری دندانپزشکان جوان

⑤ پیامدهای اجتماعی، بهداشتی و توسعه‌ای

⑤ جمع‌بندی و راهکارهای سیاست‌گذاری

⑤ منابع و مستندات

۱. مقدمه و چارچوب نظری

شاخص فلاکت نخستین بار توسط آرتور اوکان (Arthur M. Okun)، اقتصاددان آمریکایی، در دهه ۱۹۷۰ میلادی مطرح شد تا میزان فشار اقتصادی وارد بر افراد جامعه در قالب یک عدد واحد سنجیده شود. فرمول پایه این شاخص ساده اما گویاست: ضریب فلاکت برابر است با مجموع نرخ تورم سالانه و نرخ بیکاری. منطق این رابطه روشن است؛ تورم بالا به معنای کاهش روزافزون ارزش پول و قدرت خرید خانوارهاست و بیکاری بالا به معنای محروم ماندن بخشی از جامعه از هرگونه درآمد است. نسخه‌های تکامل‌یافته‌تر این شاخص، مانند شاخص فلاکت هنک، متغیرهایی چون نرخ رشد اقتصادی یا نرخ بهره را نیز به معادله می‌افزایند، اما نسخه اصلی و پرکاربرد همچنان همان جمع ساده تورم و بیکاری است.

در سال‌های اخیر، اقتصاد ایران با ماندگاری تورم‌های بالا و نوسانات پی‌درپی نرخ ارز روبه‌رو بوده است. بر اساس آخرین گزارش رسمی بانک مرکزی، نرخ تورم سالانه کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری کشور در پایان سال ۱۴۰۴ به ۴۸.۳ درصد رسیده و در برخی ماه‌ها نرخ نقطه‌به‌نقطه تا مرز ۶۰ تا ۶۲ درصد نیز گزارش شده است. در همان بازه، نرخ بیکاری کل کشور برای جمعیت بالای ۱۵ سال حدود ۷.۵ درصد اعلام شده، هرچند نرخ مشارکت اقتصادی تنها ۴۰.۶ درصد بوده و نرخ بیکاری جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله از مرز ۲۰ درصد گذشته است. با جمع ساده این دو مؤلفه، ضریب فلاکت کشور در سال ۱۴۰۴ به رقمی نزدیک به ۵۶ درصد می‌رسد؛ عددی که ایران را در ردیف کشورهای با بالاترین سطح فشار اقتصادی بر زندگی روزمره شهروندان در سطح جهان قرار می‌دهد.

وقوع همزمان تورم بالا رونده و فشار بر معیشت عمومی، موجب بازتوزیع نامتوازن بودجه خانوار می‌شود؛ به‌طوری‌که کالاهای کم‌کشش مانند خوراک و مسکن سهم بیشتری از درآمد واقعی را می‌بلعند و خدمات سلامت، به‌ویژه درمان‌های دهان و دندان که بخش عمده هزینه آن‌ها به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب (Out-of-Pocket) تأمین می‌شود، به حاشیه رانده می‌شوند. به بیان ساده، مسیر اثرگذاری را می‌توان این‌گونه ترسیم کرد: تورم ساختاری و نرخ بیکاری، در تقاطع خود ضریب فلاکت را افزایش می‌دهند؛ این افزایش از یک سو به انقباض تقاضای بیماران (کاهش سهم دندانپزشکی در سبد خانوار و حذف درمان‌های غیراورژانسی) می‌انجامد و از سوی دیگر هزینه‌های سمت عرضه را از طریق رشد شدید قیمت تجهیزات و مواد وارداتی بالا می‌برد؛ برآیند این دو فشار همزمان، همان بحران اقتصادی است که امروز دندانپزشکان جوان کشور با آن دست‌به‌گریبان‌اند: بیکاری پنهان، افت درآمد واقعی، وابستگی به کلینیک‌ها با سهم‌های ناچیز، و در نهایت مهاجرت یا دلسردی حرفه‌ای.



۲. مکانیسم‌های اثرگذاری ضریب فلاکت بر صنعت دندان پزشکی

الف) انقباض تقاضا؛ تأثیر تورم و افت قدرت خرید بیماران

بر اساس گزارش‌های پژوهشی مراکز مطالعاتی، خدمات دندان پزشکی پس از دارو، دومین سهم بزرگ از پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم در حوزه سلامت را تشکیل می‌دهد. با صعود ضریب فلاکت، سه اثر همزمان در سمت تقاضا قابل مشاهده است: نخست، تغییر اولویت‌های درمانی خانوارها به گونه‌ای که درمان‌های پیشگیرانه یا زیبایی مانند ترمیم‌های اولیه، درمان‌های ترمیمی-زیبایی و ارتودنسی به تعویق افتاده یا به کلی حذف می‌شوند؛ دوم، جابه‌جایی الگوی مراجعه از «حفظ دندان» به «درمان‌های اورژانسی یا کشیدن دندان»، که هزینه فوری کمتری دارد اما در بلندمدت هزینه سلامت دهان جامعه را بالا می‌برد؛ و سوم، افت محسوس ضریب اشغال مطب‌ها و کلینیک‌ها، به طوری که تعداد مراجعه‌کنندگان روزانه کاهش چشمگیری می‌یابد.

ب) جهش هزینه‌های سمت عرضه؛ وابستگی ارزی و تورم تولیدکننده

بخش قابل توجهی از تجهیزات اصلی دندان پزشکی - از یونیت و دستگاه رادیوگرافی گرفته تا آمالگاماتور - و همچنین مواد مصرفی کلیدی مانند کامپوزیت، آمالگام، داروهای بی‌حسی، فایل‌های اندودانتیک و مواد ایمپلنت، وارداتی هستند و قیمت آن‌ها مستقیماً به نرخ ارز وابسته است. تورم وارداتی سبب شده هزینه‌های جاری اداره یک مرکز دندان پزشکی به شدت افزایش یابد، در حالی که امکان افزایش متناسب تعرفه‌ها وجود ندارد، زیرا توان پرداخت جامعه به طور همزمان محدودتر شده است. نتیجه این وضعیت، فشرده شدن حاشیه سود ارائه‌دهندگان خدمت از دو سو - افزایش هزینه تمام‌شده و ثابت ماندن نسبی تعرفه‌ها - است.



۳. مسیر پرهزینه ورود به حرفه و موانع ساختاری دندانپزشکان جوان

پیش از بررسی موانع اقتصادی پس از فارغ‌التحصیلی، باید مسیر ورود به این حرفه را نیز در نظر گرفت؛ مسیری که به‌خودی‌خود پرهزینه و طولانی است. داوطلبان این رشته باید ابتدا در کنکور سراسری با رتبه‌ای بسیار بالا پذیرفته شوند، سپس دوره‌ای شش تا هفت‌ساله از تحصیلات دانشگاهی فشرده را بگذرانند، و پس از فارغ‌التحصیلی نیز در بسیاری موارد ملزم به گذراندن طرح تعهد خدمت در مناطق محروم یا کم‌برخوردار کشور می‌شوند؛ دوره‌ای که معمولاً با حقوقی به‌مراتب پایین‌تر از توان درآمدزایی واقعی این حرفه همراه است. این سرمایه‌گذاری هنگفت زمانی و مالی، طبیعتاً انتظاراتی متناسب با آن در دوران اشتغال ایجاد می‌کند؛ انتظاری که با واقعیت اقتصادی امروز کشور فاصله فزاینده‌ای پیدا کرده است.

اگرچه فشار تورمی بر کل بدنه نظام سلامت اثر می‌گذارد، اما دندانپزشکان جوان به‌طور خاص در حساس‌ترین نقطه این بحران قرار دارند، از جمله به این دلایل: نخست، دیوار بلند سرمایه اولیه برای تأسیس مطب؛ دوم، نبود پشتیبانی بیمه‌ای کارآمد از خدمات دندانپزشکی؛ سوم، افزایش شمار فارغ‌التحصیلان و توزیع جغرافیایی نامتوازن آنان؛ چهارم، گرایش اجباری به کار در کلینیک‌های زنجیره‌ای با درصدهای تسویه پایین؛ و پنجم، عدم تناسب فزاینده میان درآمد و هزینه‌های زندگی که مهاجرت یا تغییر مسیر شغلی را به گزینه‌ای جدی بدل کرده است.



۱- ۳ دیوار بلند سرمایه اولیه برای تأسیس مطب

راه اندازی یک مطب دندان پزشکی مستلزم تأمین همزمان سه دسته هزینه است: خرید یا رهن ملک تجاری یا اداری، خرید تجهیزات پایه، و تأمین مواد مصرفی اولیه. بر اساس اظهارات مسئولان نظام پزشکی، تنها برای تجهیزات و مواد اولیه، یک دندانپزشک به حداقل ۱۰ میلیارد تومان سرمایه نیاز دارد؛ رقمی که هزینه رهن یا اجاره ملک در آن لحاظ نشده است. با جهش قیمت‌ها در بازار مسکن و تجهیزات پزشکی، حداقل سرمایه لازم برای راه اندازی یک مطب استاندارد تک‌یونیتی، در مجموع به رقمی می‌رسد که کمتر فارغ‌التحصیل جوانی - حتی با کمک خانواده - توان تأمین آن یا اخذ تسهیلات بانکی با نرخ سود منطقی را دارد.

۲- ۳ پدیده «کلینیک محوری» و استثمار درصدی

در غیاب توان مالی برای تأسیس مطب مستقل، مسیر غالب پیش‌روی دندانپزشکان جوان، فعالیت به‌عنوان نیروی کارمندی در کلینیک‌های خصوصی است؛ کلینیک‌هایی که در بسیاری موارد مالکیت آن‌ها در اختیار سرمایه‌گذاران غیرمتخصص قرار دارد. فعالان صنفی این حوزه بارها از این الگو با عنوان «استثمار دندانپزشکان جوان» یاد کرده‌اند. در این سازوکار، سهم پرداختی کلینیک به دندانپزشک - که در قالب درصد یا پرسیس محاسبه می‌شود - به دلیل افزایش هزینه‌های بالاسری کلینیک و کاهش همزمان تقاضای بیمار، به حداقل ممکن کاهش یافته است. نبود قراردادهای رسمی شفاف، بیمه تأمین اجتماعی پایدار و امنیت شغلی نیز ریسک‌های زیستی و حرفه‌ای این گروه را به‌طور محسوسی افزایش داده است.



۳-۳ اختلاف تعرفه‌های رسمی با هزینه‌های واقعی

تعرفه‌های رسمی خدمات دندان پزشکی که هرساله از سوی وزارت بهداشت ابلاغ می‌شوند و مبنای محاسبه سهم بیمه‌های پایه و تکمیلی قرار می‌گیرند، اغلب با تأخیر و در سطحی پایین‌تر از نرخ واقعی تورم بازار تنظیم می‌شوند. نتیجه این فاصله آن است که بسیاری از مطب‌ها و کلینیک‌ها ناچارند مبالغی بیش از تعرفه رسمی از بیماران دریافت کنند؛ موضوعی که هم به نارضایتی بیماران دامن می‌زند و هم دندانپزشکان را در معرض شکایت یا برخورد انتظامی قرار می‌دهد.

۳-۴ فرسایش قدرت خرید واقعی

حتی برای آن دسته از دندانپزشکانی که موفق به کسب درآمد نامی (Nominal) قابل‌توجه می‌شوند، ضریب فلاکت از مسیر دیگری اثر می‌گذارد: فرسایش قدرت خرید واقعی. اگرچه درآمد اسمی این گروه در نگاه نخست بالاتر از میانگین جامعه به نظر می‌رسد، اما با تعدیل آن بر اساس نرخ تورم، درآمد واقعی (Real Income) به شدت افت کرده است؛ چرا که هزینه‌های زندگی، اجاره مطب، حقوق کارکنان و استهلاک تجهیزات با سرعتی برابر یا حتی بیشتر از رشد درآمد اسمی افزایش می‌یابند. این وضعیت با پدیده‌ای که اقتصاددانان از آن با عنوان «توهم پولی» یاد می‌کنند هم‌خوانی دارد؛ پدیده‌ای که در شرایط تورمی شدید، ادراک افراد از بهبود واقعی سطح زندگی خود را به اشتباه می‌اندازد.



* جدول زیر تفاوت وضعیت اقتصادی دندانپزشکان باسابقه را با همتایان جوان و تازه فارغ التحصیل آنان در برابر فشار ضریب فلاکت خلاصه می‌کند:

دندانپزشکان جوان و تازه فارغ التحصیل	دندانپزشکان باسابقه	شاخص / مؤلفه
ناتوانی در خرید یا رهن مطب و خرید تجهیزات با نرخ ارز روز	مالکیت مطب و تجهیزاتی که با ارز و قیمت‌های گذشته خریداری شده‌اند	سرمایه فیزیکی و مطب
فاقد برند مستقل؛ وابسته به توزیع بیمار توسط کلینیک	برند شخصی جاافتاده و فهرست بیماران وفادار و پایدار	پایگاه بیماران
ناچار به پذیرش تعرفه‌های پایین کلینیک برای جذب و حفظ کار	امکان دریافت تعرفه بالاتر به واسطه اعتبار حرفه‌ای	قدرت چانه‌زنی بر سر تعرفه
بسیار بالا؛ فشار هم‌زمان هزینه‌های صعودی و فقدان دارایی پشتیبان	متوسط تا پایین، به دلیل برخورداری از دارایی‌های سرمایه‌ای پیشین	آسیب‌پذیری در برابر ضریب فلاکت



۴. پیامدهای اجتماعی، بهداشتی و توسعه‌ای

استمرار ضریب فلاکت بالا و فشار اقتصادی فزاینده بر دندانپزشکان جوان، تبعات ثانویه‌ای بر کل نظام سلامت کشور بر جای می‌گذارد که فراتر از معیشت فردی این قشر است.

۴-۱ افت شاخص‌های سلامت دهان و دندان جامعه

طبق آمارهای وزارت بهداشت، شاخص DMFT (شمار دندان‌های پوسیده، کشیده‌شده و پرشده) در جامعه روند نامطلوبی داشته و میانگین دندان‌های پوسیده افراد افزایش یافته است. عدم توان مالی مردم از یک سو، و ناچاری دندانپزشکان از ارائه خدمات ارزان‌تر از سوی دیگر، به شیوع رویکرد «کشیدن دندان» به جای «درمان صیانتی و نگهدارنده» دامن زده است؛ رویکردی که در بلندمدت هزینه سلامت عمومی جامعه را بالاتر می‌برد.



۲-۴ فرار سرمایه انسانی و مهاجرت کادر درمان

انگیزه مهاجرت در میان فارغ‌التحصیلان جدید دندان پزشکی، به دلیل ناهمخوانی هزینه‌های تحصیل و آغاز به کار با چشم‌انداز درآمدی آتی، به سطحی بی‌سابقه رسیده است. کشورهایمانند کانادا، آمریکا و برخی کشورهای اروپایی که با کمبود نیروی متخصص دندان پزشکی مواجه‌اند، مسیرهای مهاجرتی نسبتاً روشنی از طریق برنامه‌های کاری ماهر برای این قشر فراهم کرده‌اند؛ با درآمدهای سالانه‌ای که در آمریکا برای نمونه از حدود ۱۳۰ هزار دلار آغاز شده و به بیش از ۲۲۰ هزار دلار می‌رسد. این مقایسه، در کنار هزینه چندمیلیاردتومانی راه‌اندازی مطب در داخل کشور و افت مستمر ارزش ریال، مهاجرت را به تصمیمی کاملاً منطقی برای بسیاری از فارغ‌التحصیلان جوان بدل کرده است.

۳-۴ توزیع نامتوازن جغرافیایی خدمات

دندانپزشکان جوان، به دلیل نبود توجه اقتصادی کافی، از حضور پایدار در مناطق محروم و کم‌برخوردار - که خود اغلب ضریب فلاکت بالاتری نیز دارند - خودداری می‌کنند یا بلافاصله پس از پایان طرح تعهد خدمت اجباری، آن مناطق را ترک می‌کنند. این الگو، فاصله دسترسی به خدمات دندان پزشکی با کیفیت میان کلان‌شهرها و مناطق کم‌برخوردار را روز به روز عمیق‌تر می‌کند و بار مضاعفی بر شاخص فلاکت ساکنان همان مناطق تحمیل می‌نماید.



۵. جمع‌بندی و راهکارهای سیاست‌گذاری

تحلیل ارائه‌شده در این نوشتار نشان می‌دهد که حرفه دندانپزشکی در ایران دیگر مصون از بحران‌های کلان اقتصادی نیست. ضریب فلاکت بالا، با تضعیف همزمان توان مالی بیماران از سوی تقاضا و افزایش سرسام‌آور هزینه‌های اولیه و جاری از سوی عرضه، فارغ‌التحصیلان جوان دندانپزشکی را با آنچه می‌توان «بحران ورود به بازار کار» نامید مواجه ساخته است. این وضعیت، دیگر یک نگرانی صرفاً صنفی نیست، بلکه به تدریج به تهدیدی برای پایداری نظام سلامت دهان و دندان کشور بدل می‌شود.

برای تعدیل این فشار و پیشگیری از تعمیق بحران، اتخاذ همزمان سیاست‌هایی در سطوح مختلف ضروری به نظر می‌رسد:

- توسعه بیمه‌های پایه و تکمیلی دندانپزشکی: ورود جدی‌تر سازمان‌های بیمه‌گر به پوشش خدمات پایه دندانپزشکی، تا از یک سو قدرت خرید بیماران حفظ شود و از سوی دیگر تقاضا در بازار خدمات دندانپزشکی پایدار بماند.
- تسهیلات هدفمند و کم‌بهره برای تجهیزات و راه‌اندازی مطب: اعطای وام‌های تخصصی بلندمدت با نرخ ترجیحی برای خرید تجهیزات ساخت داخل یا وارداتی، ویژه دندانپزشکان جوان و تازه‌فارغ‌التحصیل.
- بازنگری منظم و به‌روزتر تعرفه‌های خدمات دندانپزشکی، متناسب با نرخ واقعی تورم، تا فاصله میان تعرفه رسمی و هزینه واقعی ارائه خدمت کاهش یابد.
- ساماندهی روابط کار در کلینیک‌های خصوصی: تدوین ضوابط نظارتی شفاف برای قراردادهای به‌منظور تضمین حداقل استاندارد در سهم درآمدی، بیمه تأمین اجتماعی و امنیت شغلی نیروهای جوان.
- اصلاح الگوی توزیع جغرافیایی دندانپزشکان: ایجاد مشوق‌های واقعی اقتصادی و مسکونی برای جذب پایدار نیروهای تازه‌فارغ‌التحصیل در مناطق کم‌برخوردار، فراتر از دوره کوتاه‌مدت طرح تعهد خدمت.

بدون اجرای اصلاحاتی از این دست، روند کنونی به احتمال زیاد تداوم خواهد یافت: نسلی از متخصصان با استعداد که سال‌های طولانی برای کسب دانش و مهارت سرمایه‌گذاری کرده‌اند، در نقطه‌ای از مسیر حرفه‌ای خود میان تن دادن به شرایط دشوار داخلی یا جست‌وجوی فرصت‌های بهتر در خارج از کشور دست به انتخاب می‌زنند؛ انتخابی که هزینه نهایی آن را در نهایت، نظام سلامت و عموم بیماران ایرانی خواهند پرداخت.



منابع و مستندات

۱. مرکز آمار ایران، گزارش‌های دوره‌ای شاخص قیمت مصرف‌کننده (CPI) و نرخ بیکاری نیروی کار، ۱۴۰۴.
۲. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، گزارش شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری ایران، دی و اسفند ۱۴۰۴.
۳. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، بررسی سهم پرداخت از جیب (Out-of-Pocket) خانوارها در بخش سلامت و خدمات دندانپزشکی.
۴. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، گزارش‌های تحلیلی شورای عالی درباره چالش‌های شغلی و تجهیزاتی دندانپزشکان جوان.
۵. Okun, Arthur M., The Political Economy of Prosperity, ۱۹۷۰ Brookings Institution.





همکاران گرامی جهت عضویت در

[صفحه اینستاگرام](#)



[کانال واتساب](#)



[کانال تلگرام](#)



[کانال آپارات](#)



انجمن دندانپزشکان عمومی ایران (ایگدا)

کلیک نمایید.



۰۲۱۲۲۶۶۳۸۱۳-۱۵



۰۹۱۹۶۴۶۴۳۵۶

۰۹۱۹۶۴۶۴۳۵۸

۰۹۳۳۲۶۳۷۰۴۳

www.igda.ir





انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

**IRANIAN GENERAL
DENTISTS ASSOCIATION**