

מודל אופטימלי למערך רפואת השיניים בישראל

טוביה חורב ודב צ'רניחובסקי

1. מבוא וסיכום

מטרת העבודה לנתח את מערך בריאות השן בישראל ולהציע יעדים ומודל אופטימלי למדיניות בתחום מערך זה, כאמצעי לקידום בריאות הפה והשיניים של תושבי מדינת ישראל. במרבית המדינות המתועשות חלה בשני העשורים האחרונים ירידה דרסטית ברמת העששת. לעומת זאת, בישראל, כמו גם במדינות העולם השלישי, נמשכה עד שלהי שנות התשעים מגמת עלייה ברמת העששת.

מדינות שונות מתייחסות באופן שונה לשירותי הבריאות בכלל ולשירותי בריאות השן בפרט. בבריטניה רפואת השיניים כלולה בשירות הבריאות הממלכתי, במדינות סקנדינביה קיים ביטוח בריאות ממלכתי הכולל טיפולי שיניים חנם לילדים עד גיל 18, ובגרמניה קיים ביטוח חובה הכולל גם טיפולי שיניים.

המודל של מערך שירותי בריאות השן, המוצע בעבודה, מהווה זרז לחשיבה מחודשת בנושא, לאור עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי והמדיניות החברתית/פוליטית הנהוגה כיום במדינת ישראל. המודל מציע יעדים ומצביע על דרך אפשרית להגשמתם. אין ספק כי המצב כיום מחייב שינוי. על המדינה מוטלת האחריות לדאוג, גם בתחום חשוב זה, לבריאותם ורווחתם של כלל אזרחיה, תוך צמצום הפערים הקיימים כיום בתחום זה בחברה הישראלית. פעילות בתחום זה חיונית הן מההיבט החברתי-כלכלי והן מההיבט המוסרי.

ראוי להדגיש כי בישראל קיימת בתחום בריאות השן השקעה גבוהה יחסית, וקיים היצע גדול של ספקי שירות. מנתונים שפורסמו ב-1992 על-ידי ארגון הבריאות העולמי עולה, שמדינות שונות משקיעות נתח שונה מתקציב הבריאות שלהן בבריאות השן: בבריטניה היוותה ההוצאה הלאומית לבריאות השן 4.1 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, בגרמניה

7.4 אחוז, בנורבגיה - 8.5 אחוז ובארה"ב - 6.4 אחוז. באותה שנה היה השיעור מתוך ההוצאה הלאומית לתחום זה בישראל 12.2 אחוז.

מודד אחר מקובל בהשוואה בינלאומית הוא יחס רופאי שיניים לאוכלוסייה: היחס של רופאי השיניים לאוכלוסייה בישראל עמד (בשנת 1993) על 1:780, בהשוואה ל-1:1429 בגרמניה, 1:2500 בבריטניה, 1:840 בנורבגיה ו-1:1887 בארה"ב. כלומר ישראל נמצאה במקום הגבוה ביותר בתשומות כוח-האדם ביחס לאוכלוסייה (פירוט על כך בהמשך העבודה).

אפשר לחלק את מערכות הבריאות בעולם לארבעה דגמים בהתאם למידת המעורבות הממשלתית. הדגם הראשון, אלה המדינות הדוגלות במתן חופש פעולה לעובדים ומעסיקים בתחום הבריאות דוגמת ארה"ב; הדגם השני, אלה המדינות הדוגלות במדיניות רווחה בתחום הבריאות באמצעות קופות-חולים (כגון גרמניה); הדגם השלישי כולל את המדינות המתבססות על מערכת מקיפה ואוניברסלית בשירותי הבריאות (כגון מדינות סקנדינביה); והדגם הרביעי כולל את המדינות הדוגלות בסוציאליזציה מוחלטת של שירותים אלה, דוגמת המערכות שהיו נהוגות במדינות מזרח אירופה.

לכאורה, מערך רפואת השיניים בישראל דומה לקיים בארה"ב. שתי המערכות מתבססות בעיקר על המגזר הפרטי כנותן השירות, כשהתיגמול לספק ניתן בדרך כלל כתשלום ישיר על-ידי הצרכן בשיטת התשלום עבור שירות (fee for service). גם הטכנולוגיות ושיטות העבודה בישראל מתבססות על מערכות וידע אמריקאי. במדינות אירופה, לעומת זאת, מערכות הבריאות נוטות יותר למדיניות רווחה בשירותי הבריאות ובכלל זה כלולים גם שירותי בריאות השן (לקבוצות מוגדרות). אמנם בישראל מעוגנת בחוק זכותו של האזרח לשירותי בריאות, אך סל השירותים לו זכאי כל אזרח מכוח החוק, איננו כולל אף לא מרכיב אחד אשר עשוי לתרום לבריאות הפה והשיניים שלו.

מסתבר, לכאורה, כי על אף שישראל משקיעה ברפואת שיניים תשומות גבוהות יחסית, היא משיגה תוצאה בריאותית נמוכה יחסית. השאלה הנשאלת היא, האם מצב התחלואה הדנטלית הקיים בישראל קשור לבעיות בתחום המדיניות והארגון של המערכת? האם אפשר להסביר את התוצאות הבריאותיות הנמוכות, יחסית, המושגות בישראל, בהשקעה גבוהה יחסית של משאבים כספיים ואנושיים, בגורמי סיכון לתחלואת שיניים? המחקר הנוכחי נועד לבחון את ההיבט הכולל של סוגיה זו, תוך יישומו למציאות הישראלית.

22 מדינות שימשו אוכלוסיית מחקר בסיסית, נבדקו בהן התשומות המושקעות לתחום בריאות השן והקשר לרמות תחלואה. מתוך מדינות אלה בודדו 6 מדינות הנמנות על OECD, המתאפיינות בשירותי בריאות שן ייחודיים, ומערכות הבריאות שלהן משתייכות לקבוצות השתייכות שונות, על פי הטיפולוגיה שאופיינה לעיל – בריטניה, גרמניה, נורבגיה, דנמרק, ארה"ב וישראל. במדינות אלה בוצע ניתוח של שירותי בריאות השן ונבחן הקשר בין המדיניות ומבנה המערכת לבין התוצאה הבריאותית שהושגה בתחום בריאות השן.

נבחרו מספר מדדי תשומות: התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) לנפש, ההוצאה לרפואת שיניים לנפש במונחי כוח קנייה, ומספר רופאי השיניים לנפש. צריכת הסוכר לנפש ואחוז האוכלוסייה המקבל מים המכילים פלואוריד נבחרו כמדדים סביבתיים/התנהגותיים. מדד ה-DMFT המבטא את הניסיון המצטבר של הפרט/ האוכלוסייה בחשיפה לעששת, נבחר כמדד לתחלואת העששת בקרב ילדים בני 12¹. מדד זה מקובל לשימוש בספרות המקצועית ועל-ידי ארגון הבריאות העולמי.

כמה מדדי תחלואה נוספים נבחרו במדינות בהן בוצעה הבחינה המעמיקה יותר. אחוז הילדים בגיל 5-6, שלא נפגעו מעולם בעששת, שיעור האוכלוסייה בקבוצת גיל 35-44, שיש להם כיסים פרודונטלים בעומק של למעלה מ-5 מ"מ (מדד המבטא מחלת חניכיים בשלב מתקדם, הדורשת טיפול על-ידי רופא מומחה לחניכיים). מדד תחלואה נוסף היה שיעור הקשישים (בני 65 שנה ומעלה) אשר איבדו את כל שיניהם.

¹ לכל נבדק נספר מספר השיניים (T), בהן קיימת עששת פעילה (D), מספר השיניים החסרות (M) ומספר השיניים ללא עששת פעילה, שעברו שחזור (סתימה, כתר וכיו') בעקבות נזק עששתי בעבר (F). חיבור D+M+F מבטא את מידת החשיפה של האדם לעששת. ככל שממוצע ה-DMFT גבוה יותר באוכלוסייה, יותר שיניים נפגעו מעששת.

2. ממצאים עיקריים של השוואות בינלאומיות

מספר משתנים נבדקו ב-22 מדינות לצורך בחינת קיומו של קשר בין תשומות ואיתנות כלכלית של מדינה לבין תחלואת העששת. הנתונים עובדו ונותחו (בדיקת קורלציה וניתוח רגרסיה) במגמה לברר אם קיימים גורמים היכולים להסביר את השונות בתחלואה הדנטלית.

לוח 1. תשומות, התנהגות בריאותית ותחלואת עששת אצל ילדים בני 12

מדינה	רופאי שיניים ל-100,000 נפש	תמ"ג לנפש 1991 (PPP\$)	הוצאה לנפש לרפואת שיניים (PPP\$)	אוכלוסייה המקבלת מים מופלרים (%)	צריכת סוכר לנפש (ק"ג)	DMFT בגיל 12
אוסטריה	38	17,690	94.5	0	47.3	4.2
איטליה	19	17,040	—	0	30.7	4.0
איסלנד	90	17,480	92.7	0	51.6	3.4
אירלנד	34	11,430	—	65	48.6	2.7
ארה"ב	53	—	211.1	58	32.1	1.8
בולגריה	68	4,813	—	0	—	3.1
בלגיה	66	17,510	—	0	40.9	2.7
בריטניה	40	16,340	53.1	10	43.9	3.1
גרמניה	70	19,770	217.8	22	39.4	3.8
דנמרק	93	17,880	101.9	0	48.3	1.3
הולנד	53	16,820	89.0	0	53.5	1.7
הונגריה	41	6,080	—	0	49.0	4.3
יוון	101	7,680	—	0	33.3	4.4
ישראל	128	13,460	132.6	38	33.9	3.0
נורבגיה	119	17,170	112.4	0	41.3	2.7
ספרד	27	12,670	—	0	—	4.2
פולין	48	4,500	—	4	49.3	4.4
פורטוגל	12	9,450	—	0	33.5	4.4
פינלנד	91	16,130	82.2	2	42.0	1.2
צרפת	67	18,430	138.9	0	37.4	3.0
שוודיה	95	17,490	109.9	0	45.6	2.2
שוויץ	49	21,780	222.4	4	45.0	2.3

מקור: WHO, 1990; 1994, Woodward, M. & Walker, A. R., 1994

ממצאי בדיקת הקורלציה וניתוח הרגרסיה לא מעידים על קשר בין התשומות לתוצאה הבריאותית ולא נמצאו גורמים היכולים להסביר את הבדלי התחלואה הדנטלית בין המדינות. בדיקה מעמיקה יותר התבצעה לגבי 6 מדינות מפותחות, המתאפיינות בשירותי בריאות ייחודיים. לוח 2 מציג את המקורות המיועדים לבריאות השן באותן מדינות, לרבות שיעור המימון הציבורי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות השן. הממצאים מחזקים את הסברה שהתשומות המושקעות ברפואת שיניים בישראל גבוהות יחסית למדינות מפותחות אחרות. שיעור ההוצאה הלאומית לרפואת שיניים בישראל מהווה 12.2 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, לעומת ערכים הנעים בין 4.1 אחוזים בבריטניה ל-8.5 אחוזים בנורבגיה. גם כאשר הבדיקה נערכת על בסיס הוצאה לנפש במונחי כוח קנייה נמצאת ישראל במקום גבוה ביותר (\$132.6), כשמעליה רק ארה"ב (211.1 \$) וגרמניה (217.8 \$). בבריטניה, לדוגמא, ההוצאה הלאומית לנפש לרפואת שיניים מהווה כ-40 אחוז בלבד מההוצאה בישראל. יש להדגיש כי עיקר ההוצאה על רפואת שיניים בישראל מוטל על משקי הבית ורק 8 אחוזים מההוצאה ממומן על בסיס הציבורי. זאת לעומת מדינות אירופה, שבהן הערכים של שיעור המימון הציבורי נעים בין כ-33 אחוז בדנמרק ועד 92 אחוז בבריטניה. ישראל משקיעה רבות ברפואת שיניים גם בתשומות כוח אדם, דבר המשתקף בלוח בנתון על שיעור רופאי השיניים לאוכלוסייה. ישראל נמצאת כאן במקום הגבוה ביותר (רופא שיניים אחד לכל 780 נפש).

לוח 2. הקצאת מקורות לרפואת שיניים, 1991-1993

מדינה	בריאות השן כאחוז מההוצאה לבריאות	הוצאה לנפש לרפואת שיניים (PPP\$)	תמ"ג לנפש (PPP\$)	אחוז המימון הציבורי	יחס רופאי שיניים לאוכלוסייה
נורבגיה	8.5	112.4	17,170	72.4	1: 840
דנמרק	5.0	101.9	17,880	32.8	1: 1075
בריטניה	4.1	53.1	16,340	92.0	1: 2500
גרמניה	7.4	217.8	19,770	64.9	1: 1429
ארה"ב	6.4	211.1	22,130	2.5	1: 1887
ישראל	12.2	132.6	13,460	8.0	1: 780

מקור: WHO, 1992; 1994; OECD, 1993; משרד הבריאות, 1994.

תחלואה דנטלית מושפעת גם ממשתנים סביבתיים-התנהגותיים. לוח 3 מציג את מאפייני המדינות במספר משתנים סביבתיים התנהגותיים, לפיהם מסתבר כי ישראל אינה נבדלת לרעה משאר המדינות. ישראל דומה למדינות האחרות במספר שנות הלימוד הממוצע והיא נמצאת ביתרון מסוים מבחינת צריכת הסוכר לנפש (33.9 ק"ג לנפש לשנה, כשמתחתיה רק ארה"ב – 32.1 ק"ג). כמו במדינות אחרות, גם בישראל, מרבית (90 אחוז) משחות השיניים המשוקות מכילות פלואוריד. לעומת מרבית מדינות אירופה, שבהן אין הפלרה של מי שתייה, כ-42 אחוז מהאוכלוסייה בישראל מקבל מים המכילים פלואוריד, חומר שיעילותו במניעת עששת הוכחה זה מכבר.

לוח 3. משתנים סביבתיים-התנהגותיים הקשורים לתחלואה דנטלית

מדינה	אוכלוסייה המקבלת מים מופלרים (%)	משחות שיניים המכילות פלואוריד (%)	צריכת סוכר לנפש (ק"ג לשנה)
נורבגיה	0	90	41.3
דנמרק	0	95	48.3
בריטניה	10	95	43.9
גרמניה	0	95	39.4
ארה"ב	52	95	32.1
ישראל	42	90	33.9

מקור: WHO, 1990; 1992; 1994

מסתבר כי ישראל משקיעה תשומות גבוהות יחסית בבריאות השן והיא איננה נבדלת מהותית במאפיינים סביבתיים-התנהגותיים, הידועים בספרות המקצועית כמשפיעים על תחלואה דנטלית. יש מקום לבחון לכן את התוצאה הבריאותית הנמוכה המושגת בתחום זה.

לוח 4 מרכז נתונים על התחלואה הדנטלית באותן מדינות: נתונים על שכיחות העששת בקרב קבוצת גיל 5-6 שנים מצביעים על כך, שישראל נמצאה במקום החמישי מתוך שש המדינות. לגבי קבוצת גיל 12 נמצאה

ישראל במקום רביעי (כאשר הפער בינה לבין המדינה שאחריה הוא 0.1 שן בלבד). בדרוג של בעיות חניכיים בקרב קבוצת גיל 35-44, נמצאה ישראל במקום השישי והאחרון, ולגבי שיעור האנשים שהינם חסרי שיניים לחלוטין בגיל 65 ומעלה נמצאה ישראל במקום החמישי. בסך-הכל, בדרוג הממוצע לכל המדדים, ישראל נמצאת במקום האחרון. במקומות הראשונים היו נורבגיה ודנמרק עם דרוג ממוצע של 2.0, אחריהן, בפער ניכר, ארה"ב (3.25), לאחר מכן בריטניה (4.25), גרמניה (4.5) ובמקום האחרון ישראל (5.0).

לוח 4. מודדים של רמות תחלואה דנטלית בגילאים שונים

גיל	החופשיים מעששת (%)		שכיחות העששת (DMFT)		בעלי כיסים פריודונטלים עמוקים (%)		מחוסרי שיניים לחלוטין (%)	
	דרוג	ערך	דרוג	ערך	דרוג	ערך	דרוג	ערך
נורבגיה	2	58	3	2.7	1	8	2	31
דנמרק	1	60	1	1.3	2	11	4	50
בריטניה	3	49	5	3.1	3	12	6	67
גרמניה	6	26	5	3.8	5	15	1	27
ארה"ב	4	44	2	1.8	4	14	3	41
ישראל	5	41	4	3.0	6	17	5	60

מקור: WHO, 1992; 1994; Horev T., 1994; 1999, and Zadik et al., 1992

ההשוואה הבינלאומית מעמידה את ישראל, כאמור, ברמת תחלואה גבוהה יחסית. אולם יש לציין, כי הבעיה של נתוני התחלואה של כלל אוכלוסיית המדינה, בהשוואה למדינות מפותחות אחרות, איננה החמורה ביותר עימה יש להתמודד. סקר שנערך לאחרונה על-ידי מכון ברוקדייל (הוצג ביולי 99, אך טרם פורסם), גילה פערים רבים בשימוש בשירותים דנטליים בין שכבות ההכנסה השונות בישראל. הפערים נמצאו ברמת הידע, העמדות וההתנהגות הבריאותית הדנטלית. כך, נמצא, לדוגמא, כי בקרב מרואיינים הנמנים על החמישון התחתון, שיעור גבוה יחסית מצחצחים שיניים לעיתים נדירות – פחות מפעם ביום (19 אחוז בחמישון תחתון לעומת 7 אחוזים בשאר).

25 אחוז מהמרוואיינים בחמישון התחתון העריכו את מצב שיניהם כ"לא טוב" לעומת 9 אחוזים בלבד בשאר החמישונים. לכל מרוואיין מהחמישון התחתון חסרו בממוצע 10.1 שיניים לעומת 7.7 בשאר החמישונים. 16 אחוז בקרב החמישון התחתון דיווחו על קיומן של שיניים מתנדנדות לעומת 10 אחוז בלבד מקרב החמישונים האחרים.

שיעור המרוואיינים הנמנה על החמישון התחתון אשר דיווח כי במהלך השנה האחרונה ביקר אצל רופא שיניים היה נמוך (47 אחוז) בהשוואה לחמישונים האחרים (59 אחוז). 58 אחוז מהחמישון התחתון ציינו את המחיר כסיבה העיקרית לאי הגעה לטיפול שיניים, כשהיה צורך בכך, לעומת 19 אחוז בשאר החמישונים. רק 14 אחוז מהחמישון התחתון דיווחו כי הינם מגיעים ביוזמתם לביקורים מונעים לרופא שיניים לעומת 36 אחוז בשאר החמישונים.

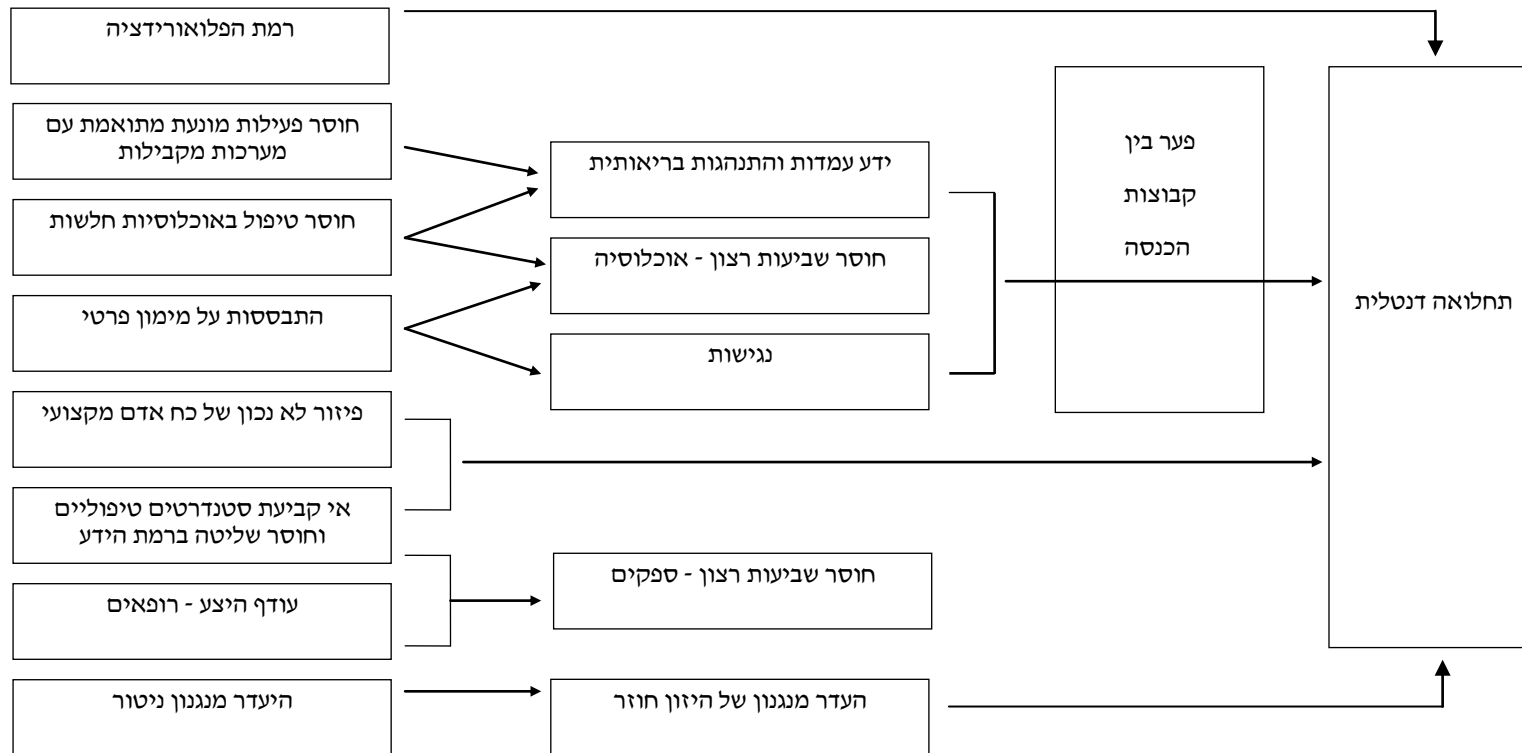
ניתן להסיק מהמצאים, שגם איכות הטיפול שמקבלים בני החמישון התחתון אינה אופטימלית. שיעור גבוה מביניהם דיווח שאינו מקבל הסבר על מהות הטיפול או הדרכה בהיגיינה אורלית. במרפאות המשרתות אותם נמצא שיעור נמוך יחסית של כוח עזר (סייעות, שינניות). הם ממתנינים זמן רב יותר במרפאת הרופא ושיעור גבוה מהם מתלונן על תותבות לקויות ועל בעיות בחניכיים. המסקנה היא כי התמונה הנכונה לגבי הליקוי איננה מתקבלת מהשוואת רמת התחלואה של האוכלוסייה בישראל לעומת מדינות אחרות, אלא קיימים פערים גדולים בתחום זה בין שכבות חברתיות שונות בישראל.

3. ניתוח וסיכום מאפייני השוואה

ישראל נבדלת מרוב המדינות באירופה במדיניות שונה הנהוגה בתחום רפואת השיניים. בניגוד למדינות אלה, לא כלול תחום רפואת השיניים בישראל בסל השירותים הבסיסי לו זכאי האזרח מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בנוסף, ניתוח המערכת הישראלית מלמד על מספר מוקדי אי-אפקטיביות של המערכת. לוח 5 מציג מוקדים אלה, בחלוקה לכאלה הקשורים לתשומות המושקעות במערכת, כאלה הקשורים לתהליך בו המערכת הופכת תשומות אלה לתפוקות וכאלה הקשורים בתפוקות.

התרשים והלוח בעמודים הבאים מדגימים באופן גרפי כיצד מוקדי אי האפקטיביות השונים משפיעים על ידע עמדות והתנהגות בריאותית, על

תרשים: השפעת מוקדי אי-אפקטיביות במערך בריאות השן בישראל על התוצאה הבריאותית



לוח 5. מוקדי אי-אפקטיביות במערך בריאות השן בישראל

תפוקות	תהליך	תשומות
	כללי	
	קידום בריאות ומניעה	
	רפואה קורטיבית	
<u>התנהגות בריאותית</u> הרגלי תזונה לקויים ידע ועמדות לקויים פערי ידע בין שכבות הכנסה	היעדר פעילות מונעת מוסדרת היעדר מערכת הסברה במוסדות חינוך ובקהילה	התייחסות שונה למערך ריאות השן בהשוואה למערכת הבריאות הכללית חוסר מנגנון מתאים לניטור ואיסוף מידע
<u>תחלואה</u> רמת תחלואה גבוהה יחסית, שכיחות גבוהה של עששת ושל מחלות חניכיים : שכיחות גבוהה יחסית של עששת בגיל 12 שיעור גבוה של מחוסרי שיניים בגיל +65 שיעור גבוה של תחלואת חניכיים	חוסר שליטה על רמת הידע של העוסקים במקצוע	כוח אדם יעודף היצע של רופאים חוסר תעסוקה - שינניות פיזור גיאוגרפי לא סימטרי חוסר כוח אדם ניהול מיומן במשרד הבריאות ובמרפאות שיניים ציבוריות גדולות
פערים ברמת התחלואה בין שכבות הכנסה	נגישות נמוכה לטיפול בדגש על השכבות החלשות	חוסר תיאום בין מערכות מקבילות ושותפים במערכת
<u>שביעות רצון</u> אי שביעות רצון של לקוחות חוסר סיפוק של הרופאים <u>ידע</u> חוסר מידע אפידמיולוגי <u>נגישות</u> נגישות נמוכה לטיפול דנטלי	היעדר פעילות לקידום בריאות השן במעונות יום לקשישים, בתי"ח לחולי נפש וכדומה טיפול לא מספיק ברמת הפלואורידציה בקרת איכות	סדרי קדימויות לקויים במחלקה לבריאות השן במשרד הבריאות היעדר מנגנון מוסדר לקידום בריאות השן של אוכלוסיות חלשות

מידת שביעות הרצון של האוכלוסייה וספקי השירות ועל רמת הנגישות של האוכלוסייה לטיפול דנטלי. התוצאה של השפעות אלה מביאה לפער הקיים בין קבוצות ההכנסה השונות במדינת ישראל ולרמת התחלואה הנוכחית.

רמת הפלואוריד במי השתייה משפיעה ישירות על רמת התחלואה ומונעת עששת ללא קשר לרמת הנגישות של הפרט למרפאות שיניים. חוסר פעילות מונעת, המתואמת בין מערכות החינוך והבריאות כמו גם חוסר טיפול מקיף באוכלוסיות החלשות משפיעים על רמת הידע, ועל העמדות כלפי טיפולי שיניים והתנהגות בריאותית. חוסר טיפול באוכלוסיות החלשות המשולב בכך, שהמימון בישראל מתבסס בעיקר על מימון פרטי, מביא לחוסר שביעות רצון של האוכלוסייה ולבעיית נגישות למרפאות שיניים. שלושת הגורמים – נגישות, חוסר טיפול ושביעות רצון נמוכה של אוכלוסיות חלשות וכן ידע עמדות והתנהגות בריאותית לקויה מביאים לידי פער בין שכבות ההכנסה השונות בישראל. עודף היצע של רופאי שיניים, פיזור לא מתאים של רופאי השיניים בישראל ואי קביעת סטנדרטים טיפוליים, מביאים לחוסר שביעות רצון של ספקי השירות ומשפיעים גם הם על התחלואה הדנטלית. היעדר מנגנון מסודר של ניטור רמות התחלואה ברמה הלאומית מונע אפשרות לתכנון מדיניות משכלת, תוך קביעת יעדים וקימום של משוב שיטתי לבחינת מגמות התחלואה והעמידה ביעדים שנקבעו. היעדר קביעת יעדי מדיניות ומערך נותני שירות שאיננו מבוקר תורמים גם הם לרמת התחלואה הדנטלית.

ההבדלים העיקריים בין המדינות בכל הקשור למבנה המערכות והמדיניות הננקטת בהן מוצגים בלוח 6. במדינות סקנדינביה קיים שוק פרטי המיועד לכלל האוכלוסייה, אך לצדו מערכות ציבוריות מאוד מפותחות המספקות שירותים לילדים ונוער. מקור המימון העיקרי במדינות אלה הוא ציבורי, כאשר קיימת מידה קטנה של השתתפות עצמית של המבוטח. גם בגרמניה רפואת שיניים כלולה בסל השירותים הבסיסי. במערכת הציבורית ניתנים שירותים לילדים ונוער וכן לאוכלוסיות חלשות כלכלית. מקור המימון העיקרי הוא הביטוח הלאומי ומיסוי כללי ולצד המערכת הציבורית קיימת גם כאן מערכת פרטית. בבריטניה רפואת שיניים הינה חלק משירות הבריאות הממלכתי. כלל האוכלוסייה זכאי לשירותים דנטליים במסגרת השירות הממלכתי. מקור המימון העיקרי הינו ציבורי, מתוך המיסוי הכללי וחלק מהשירותים

מחייבים השתתפות עצמית של המבוטח. קיימת אפשרות גם בבריטניה לקבל טיפולים דנטליים במערכת הפרטית. ארה"ב דומה לישראל בכך,

לוח 6. סיכום מאפייני מערך רפואת שיניים - השוואה בין מדינות

שיטת תיגמול		מקור מימון עיקרי				קבוצות עיקריות מכוסות			בעלות על מרפאות			
משכורת	FFS	השת"ע	ביטוח מסחרי	ביטוח לאומי	ממשלה	ילדים ונוער	חלשות כלכליות	כלל האוכל'	מגזר ציבורי	רופאים פרטיים		
	√	√			√			√		√	General Dental Serv.	דנמרק
√					√				√		Child Dent. Serv.	
	√	√	√			√		√		√	השוק הפרטי	
	√	√					√			√	Social Insurance	גרמניה
√				√	√				√		School Dent. Serv.	
	√	√	√			√		√		√	השוק הפרטי	
	√	√			√			√		√	General Dent.Serv.	בריטניה
√		√			√				√		Community Dent. Serv.	
	√	√				√		√		√	השוק הפרטי	
√					√				√		Public Dent. Serv.	נורבגיה
	√	√		√		√		√		√	השוק הפרטי	
√					√		√		√		Public Dent. Serv.	ארה"ב
	√	√	√					√		√	השוק הפרטי	
√		√							√		Public Dent. Serv.	ישראל
	√	√			√	√ ¹		√		√	השוק הפרטי	

¹ בדיקות ועזרה ראשונה - בחלק מבת-הספר על פי החלטת הרשות המקומית.

שמרבית המערך בנוי על המימון הפרטי. שיעור המימון הציבורי נמוך ביותר. אוכלוסיות חלשות מוגדרות זכאיות לסיוע מסוים מה-Medicaid, אולם במרבית המדינות סיוע זה לא ממומש מפאת קשיי תקציב.

בישראל פחות ממחצית מהרשויות המקומיות בחרו לספק שירותי בריאות השן לילדי הכיתות הנמוכות בבית-הספר, תמורת אגרה. רשויות אלה מקבלות סיוע מהממשלה. היקף הטיפול הניתן על-ידן משתנה ונע בין בדיקות וטיפול חירום בלבד ועד רשויות המבצעות באופן סדיר בדיקות סקר וכן טיפולים משמרים סדירים (רק רשויות בודדות נוהגות כך). סיוע מוגבל ניתן גם למימון טיפולי שיניים לאוכלוסיות חלשות כלכלית.

במרבית המדינות מתוגמלים ספקי השירות במערכות הציבוריות באמצעות משכורת, למעט דנמרק, גרמניה ובריטניה, שם מגורים מסוימים מתוגמלים בשיטת תיגמול לפי שירות: (fee for service). במערכות הפרטיות רופאי השיניים מתוגמלים בשיטת FFS.

מהממצאים לגבי 22 מדינות (ראה לוח 1 לעיל) אפשר לומר, כי לא נמצא קשר בין התשומות המושקעות בתחום רפואת שיניים והאיתנות הכלכלית של מדינה, לבין התוצאה הבריאותית המושגת בתחום רפואת שיניים. עוד אפשר לסכם כי הבדלי התחלואה הדנטלית אינם קשורים למאפייני גיל, או למאפיינים גנטיים ואפשר גם להסיק שתוספת משאבים בלבד לא תפתור את הבעיה. ההשוואה הבינלאומית מלמדת כי קיים יתרון למערכות בהן מערך בריאות השן משולב בביטוח הבריאות הממלכתי.

יתרון אחר הושג לדוגמא בארה"ב, שבה אמנם כמעט ולא קיימת מעורבות ממשלתית בשירותי הבריאות ככלל ובשירותי בריאות השן בפרט, אולם הושם דגש רב מאוד על פלואורידציה, על חינוך למניעה, על העלאת המודעות לבריאות השן ועל עידוד רכישת ביטוח דנטלי (ל57- אחוז מהאוכלוסייה הבוגרת בארצות-הברית יש ביטוח דנטלי לעומת 8 אחוזים בלבד בישראל).

4. יעדים מומלצים בתחום בריאות השן במדינת ישראל

כהקדמה להצגת מודל למדיניות ולמבנה מערך בריאות השן בישראל, מוצע לקבוע יעדים אליהם יש לשאוף. הכוונה היא לקבוע יעדים הניתנים

למדידה, כך שניתן יהיה לוודא לאורך הדרך האם המדיניות שנבחרה אכן תורמת להשגת היעדים. היעדים נקבעו על בסיס העקרונות אשר הותוו על-ידי ארגון הבריאות העולמי בהמלצותיו לגבי יעדים לשנת 2000 למדינות מפותחות.

ההצעה היא שהיעדים יהיו לטווח זמן של 5 שנים. היעדים מחולקים לפי קבוצות יעד, על פי קבוצות גיל ורמות הכנסה שונות ועל בסיס רמות התחלואה הידועות כיום.

לגבי ילדים בגילאי 5-6: מוצע להעלות את שיעור החופשיים מעששת מעבר ל-60 אחוז.

לגבי גילאי 12: מוצע להוריד את שכיחות העששת (על פי מדד DMFT) מתחת ל-3.0 (יעד ספציפי - 1.99, שהינו הממוצע הקיים בקרב השליש העליון של המדינות החברות ב-OECD).

לגבי קבוצת גילאי 35-44: היעד הינו הקטנת מספר השיניים החסרות בממוצע ב-50 אחוז לעומת המצב כיום (על פי דיווח עצמי חסרות כיום כ-3.3 שיניים לאדם, בקבוצת גיל זו).

לגבי קבוצת הגיל המבוגרת: מומלץ לקבוע יעד של הקטנת שיעור חסרי שיניים לחלוטין בקרב גילאי 65 ומעלה ל-45 אחוז.

בהתאם לכך שמוצע לשים דגש על אוכלוסיות חלשות כלכלית, מוצע לשאוף להקטנת הפער בין החמישון התחתון לשאר החמישונים, בכל הקשור לרמת הידע וההתנהגות הבריאותית ב-20 אחוז לעומת המצב הנוכחי. ממצאי סקר מכון ברוקדייל 1998 ייקבעו כנקודת ייחוס. בכל הקשור לפערים ברמות התחלואה הדנטלית מוצע יעד במסגרתו הפער בין חמישון תחתון לשאר החמישונים לא יעלה על 10 אחוז בכל מדדי התחלואה, תוך שאיפה לצמצם פער זה לכדי 5 אחוזים תוך פרק זמן של 10 שנים.

לגבי הפעילות בתחום המניעה: מוצע להציב את היעדים בתחום העלאת שיעור הנהנים ממם מופלרים ל-60 אחוז מקרב התושבים במדינת ישראל. כמו כן מוצע להרחיב את שיעורי החינוך לבריאות הפה והשיניים באופן שיכללו 85 אחוז מהילדים בכיתות ד'-ה' במדינה.

על מנת לנסות ולהגשים יעדים אלה, תוך סגירת פערים בין שכבות כלכליות שונות, יש להשכיל ולבחור מדיניות אשר תביא להגשמתם. המדיניות חייבת להדגיש את קבוצות הגיל הצעירות, את הקשישים ואת מעוטי ההכנסה. יעד נוסף אשר המדיניות חייבת לכלול הוא הקמה של מערך ניטור, שיאפשר מעקב מתמיד אחר רמות התחלואה הדנטלית

בישראל ויבדוק מגמות בהתנהגות הבריאותית של האוכלוסייה בתחום זה.

5. המודל המוצע

אנו מציעים שלא לאמץ בשלמותו מודל קיים, כיוון שאין וודאות שהמודלים הקיימים מתאימים למאפיינים של החברה הישראלית. ההצעה משלבת בין היתרונות של המודלים השונים ומנסה להגיע למודל אופטימלי שאינו מחייב שינוי דרסטי מידי. מדיניות מושכלת, היערכות מתאימה וניהול נכון, יוכלו לאפשר למערך בריאות השן בישראל להתמודד עם יעדים אלה בהצלחה. בעת יישום המודל מוצע לבוא בדברים עם ההסתדרות לרפואת שיניים ועם קופות-החולים במטרה לשתפם בשלבי התיכנון והיישום השונים.

עקרונות התכנית

תונהג מעורבות ממשלתית במערך שירותי בריאות השן בישראל, במתכונת ועל בסיס העקרונות הקיימים כיום בשאר שירותי הבריאות המסופקים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השירות יהיה מיועד רק לאוכלוסיות יעד מוגדרות וימומן רק בחלקו (כ-50 אחוז) במימון ציבורי (לגבי עקרונות המימון – ראה בהמשך). השירות יסופק באמצעות ספקי שירות פרטיים וציבוריים, על בסיס העיקרון של מימון ציבורי – אספקה פרטית. על בסיס זה מוצעות שתי חלופות: חלופה אחת מטילה את האחריות לאספקת השירות על קופות-החולים, תוך חלוקת הסיכון בין הקופות, המדינה וספקי השירות, באמצעות הסדרים קפיטציוניים. הקופות יתקצבו בהתאם והן תגענה להסדרים עם ספקי שירות פרטיים ואחרים (כגון רשויות מקומיות). חלופה שנייה מטילה את האחריות על הרשויות המקומיות. הקופות ו/או הרשויות המקומיות יתגמלו את הרופאים בגין שירותים שניתנו לאוכלוסיות היעד (אפשרי במרוכז על-ידי גוף שיוקם לצורך כך בהסתדרות לרפואת שיניים), על בסיס תעריף עליו יוסכם בין משרד הבריאות או המוסד לביטוח לאומי לבין ההסתדרות לרפואת שיניים.

המתכונת הנ"ל, שבמסגרתה ספקי השירות העיקריים ממשיכים להיות רופאי השיניים הפרטיים, מבטיחה שמירה על האינטרס של מערך זה תוך שילובו במערך הציבורי. על מנת להקטין עלויות ולאפשר רמת

מחירים סבירה ושירות רציף ואיכותי, מומלץ לעודד פתיחת מרפאות קבוצתיות (באמצעות הקלות מס). במטרה להגביר עוד את הנגישות לשירותי בריאות השן, יינתן עידוד באמצעות הקלות מס למעסיקים (בעיקר מפעלים גדולים בתחום התעשייה), ולארגונים גדולים אשר ירכשו לעובדיהם תכניות לביטוח דנטלי, כחלק מתנאי השכר. מומלץ לבדוק את האפשרות לחייב חברות ביטוח המספקות ביטוחים דנטליים להשתתף במימון תכניות מניעה המונהגות על-ידי המדינה ו/או לחייבן לפטור את מבוטחיהן מכל השתתפות עצמית בגין ביקורות תקופתיות ופעילות מניעה ברפואת שיניים.

מומלץ שהאוכלוסיות הזכאיות להשתתפות המדינה במימון הטיפול תהיינה ילדים עד גיל 16 (ניתן ליישום בשלבים), אזרחים ותיקים המקבלים השלמת הכנסה, מקבלי גימלה להבטחת/השלמת הכנסה לפי חוק הביטוח הלאומי, או כל חוק אחר וחולים אונקולוגים. האוכלוסיות הנ"ל תהיינה זכאיות לקבל טיפול שיניים מונע ומשמר **בהשתתפות עצמית** אשר תנוע בין 0 אחוז (בטיפול מניעה) ל-50 אחוז (טיפול חירום וטיפולים משמרים), **מתעריף מוסכם** שיפורסם על-ידי משרד הבריאות. השתתפות עצמית גבוהה יחסית, תקל על התקציב הציבורי ותהווה תמריץ למבוטחים לשמור על בריאותם הדנטלית ולהשתדל להימנע מלהגיע למצב בו יהיה צורך בטיפולים מורכבים. שיעור ההשתתפות העצמית של המבוטח יעלה ככל שהטיפול יהיה מורכב יותר. לגבי אוכלוסיות חלשות - **תקבע תקרת השתתפות עבורן עד לפטור מוחלט מהשתתפות עצמית (בסוגי טיפולים מסוימים)**.

בתחום המניעה מומלץ לפתח תכניות לחינוך וקידום בריאות השן בבתי-הספר ולהעסיק שינניות במסגרות הציבוריות ובמשרד החינוך להגברת הפעילות בתחום המניעה. כמו כן מומלץ להמשיך את פיתוח נושא הפלואורידציה של מי השתייה ולקבוע תקנות המחייבות את יצרני ויבואני ממתקים ומזונות עם תכולת סוכר גבוהה, לציין את ניזקו של הסוכר לבריאות בכלל ולבריאות השן בפרט, בדומה למקובל בקרב יצרני הסיגריות.

לאור קשיי התקציב, הקיימים כיום במערך הבריאות, מוצע שעקרונות המימון יתבססו על השתתפות עצמית של המבוטח, העברה תקציבית מסעיפים המתוקצבים כיום למימון טיפולים דומים בתקציבי משרד הבריאות והרשויות המקומיות ותוספת תקציבית הנדרשת, על פי תחשיב ראשוני, בסך של כ- 75-120 מיליון ש"ח לשנה.

מקורות

- Horev T., (1999), Optimal Policy in Dental Health. Analysis of Selected Dental Health Systems and Suggestion of a Model to the Israeli System. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy. Ben-Gurion University of the Negev, (Jan).
- Horev T., (1994), Dental Morbidity and Treatment Needs Among I.D.F. Personnel who visited the Military Institute for Periodic Medical Examinations at "SHIBA" Medical Center. MPH Thesis. School of Public Health and Community Medicine, Hadassah, Jerusalem.
- OECD (1993), **Health Data 1993** – Paris.
- WHO (1994), **Health for All. Statistical Database**, (Version September).
- WHO (1994), Periodontal Profiles: An Overview of CPITN data in the WHO Global Data Bank, for the age groups 15-19 years, 35-44 years. (Jan) WHO/ORH/EIS/CPITN/94).
- WHO (1992), **Oral Health for All 2000**, Country profiles on Oral Health in Europe 1991. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (1990), Financing of Dental Care in Europe. Part 2. World Health Organization, Regional Office for Europe. EUR/ICO/ORH 112.
- Woodward, M., Walker, AR., (1994), Sugar Consumption and Dental Caries: Evidence From 90 Countries. Br. **Dent. Journal**, (176: 297-302).
- Zadik, D., Zusman, SP., Kelman, A.M., (1992), Caries Prevalence in 5 and 12 Year Old Children in Israel. Community Dent. **Oral Epidemiol.** (20; 54-5).

משרד הבריאות (1994), רופאים, רופאי שיניים ורוקחים – 1993. האגף לשירותי מידע ומיחשוב והאגף למקצועות רפואיים. ירושלים, נובמבר.