

רפואת השן
נטל ההוצאה על משקי הבית
השלכות לביטוח בריאות ממלכתי

גיא נבון, דב צ'רניחובסקי

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

המרכז נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב, וארגון הגיוינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על-ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, גיין וגיון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף, וארגון הגיוינט האמריקאי.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים, ואת התומכים בפעולותיו.

עריכה : דלית נחשון-שרון
הכנה לדפוס : רותי לרנר

כתובת המרכז : רחוב האר"י 15, ירושלים
טלפון : 02-5671818
פקס : 02-5671919

דוא"ל : info@taubcenter.org.il
אתר האינטרנט : www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

רפואת השן

נטל ההוצאה על משקי הבית

השלכות לביטוח בריאות ממלכתי

גיא נבון*, דב צ'רניחובסקי**

תקציר

ההוצאה של משקי הבית על רפואת שיניים בישראל גרסיבית. משק הבית הישראלי עומד בפני החלטה לוותר על טיפול רפואי, ברוב המקרים של ילדים וקשישים או לחילופין – לוותר על צריכה אחרת, כדי לקבל טיפול רפואי נדרש לשיניים.

ההוצאה על ביטוח פרטי שכיחה בקרב אחוז נמוך ממשקי הבית, בעיקר בחמישוני ההכנסה הגבוהים, והיא משפרת את מצבם, תוך הרחבת פערים בנגישות לטיפול ובהתפלגות ההכנסות או הצריכה בכלל. חמישוני הכנסה הנמוכים מתמודדים עם ההוצאה לטיפולי שיניים מקובלים – אגב נגיסה של כ-7 אחוזים מסך התצרוכת שלהם בעת היזקקות לטיפול, בעיקר של ילדים – ואינם עומדים בהוצאה כאשר מדובר בטיפולים יקרים, הקשורים לניתוחים ולשיקום פה. שני חמישוני ההכנסה הנמוכים כמעט מוותרים על טיפולים אלה לחלוטין.

העבודה ממליצה על מהלך להחלת רפואת השן בביטוח בריאות ממלכתי, תוך גיבוי תקציבי מתאים למימושו. המהלך המוצע עשוי להביא לתשואה ממשית וניכרת בטווח הבינוני והארוך בצורת שיפור בריאות השן בישראל וחיסכון בהוצאה הלאומית עליה.

* ד"ר גיא נבון, חטיבת המחקר, בנק ישראל.

** פרופ' דב צ'רניחובסקי, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב.

רפואת השן
נטל ההוצאה על משקי הבית
השלכות לביטוח בריאות ממלכתי
גיא נבון, דב צ'רניחובסקי

תוכן העניינים

7	סיכום מנהלים והמלצות תכנית מדיניות הבריאות של מרכז טאוב
9	1. מבוא
10	2. ההוצאה של משקי הבית לרפואת השן
12	3. ההוצאה על ביטוח בריאות השן וההוצאה הישירה מהכיס
13	4. מבנה ההוצאה הישירה מהכיס
16	5. השפעת הביטוח על ההוצאה
18	6. סיכום
20	מקורות
21	נספח: הפרדת השפעות ביטוח והכנסה על ההוצאה של משקי הבית על רפואת השן

חברי תכנית מדיניות הבריאות מרכז טאוב

דוד חניניץ	דב צ'רניחובסקי, יו"ר
אורית יעקבסון	אורי אבירם
אבי ישראלי	מאיר אורן
שלמה מור-יוסף	אשר אלחיאני
יעקב מנצ'ל	ליאון אפשטיין
גיא נבון	גבי בן-נן
חיה פלטי	שי בריל
צבי פרנקל	יצחק ברלוביץ
ניר קידר	נחלה בשארה
רחל קיי	איריס גינצבורג
יוחנן שטסמן	קובי גלזר
אריה שירום	רוני גמזו
עמיר שמואלי	חיים דורון
יאיר שפירא	יונתן הלוי
מיקי שרף	ערן הלפרן
	טוביה חורב

סיכום מנהלים והמלצות תכנית מדיניות הבריאות של מרכז טאוב

ההוצאה המשפחתית הממוצעת לרפואת השן הינה כ-175 ש"ח לחודש, שהם 1.5 אחוז מההוצאה לתצרוכת. שליש ממשקי הבית דיווחו על הוצאה בסקר שנערך על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה – ההוצאה הממוצעת בקרבם הסתכמה בכ-540 ש"ח לחודש או בכ-6.4 אחוזים מסך ההוצאה לתצרוכת. סך ההוצאה השנתית הפרטית לרפואת השן מסתכם ב-4.5 מיליארד ש"ח. ההוצאה על טיפולי שיניים שכיחים (סתומות, עקירות וכו') מאפיינת משפחות עם ילדים ואנשים צעירים, אשר לרוב אינן מחזיקות בביטוח פרטי מתאים. הוצאה זו – של אלה המדווחים עליה – מגיעה לכ-530 ש"ח לחודש בממוצע, שהם כ-6.0 אחוזים מסך ההוצאה למשק הבית. מהמחקר עולה כי כאשר המשפחות נדרשות לממן את ההוצאה על הטיפולים השכיחים, הסכומים דומים בכל חמישוני ההכנסה. חמישוני ההכנסה הנמוכים, שאינם יכולים לעמוד בהוצאה בסדרי גודל אלה, נאלצים לוותר על הטיפול, לרוב טיפול הנוגע לילדים.

עוד עולה מהמחקר, כי ההוצאה על "ניתוחי פה ולסת", הנוגעת לשיקום הפה, מאפיינת משפחות בהן מבוגרים בני +45, הנוטים להחזיק תכניות פרטיות של ביטוחי שיניים. הוצאה לשיקום הפה גבוהה בהרבה ומגיעה לסכום של למעלה מ-2,000 ש"ח בממוצע לחודש, שהם 18.0 אחוז מסך ההוצאה החודשית של משקי הבית, המדווחים עליה. הוצאה זו מוגדרת כ"קטסטרופלית" והיא מחייבת פעמים רבות לוותר באופן מהותי על צריכה אחרת. הדיווח על הוצאה זו נמוך במיוחד בשני חמישוני ההכנסה הנמוכים. ההוצאה על ביטוח רפואת השן מדווחת על ידי 6.7 אחוזים בלבד מכלל משקי הבית בישראל – שיעור נמוך לפי כל קנה מידה בינלאומי בארצות המפותחות. ההוצאה לביטוח מאפיינת קבוצות הכנסה גבוהות, המשלמות פרמיות נמוכות יותר מקבוצות ההכנסה הנמוכות. כתוצאה מכך, הביטוח מסייע דווקא לקבוצות ההכנסה הגבוהות לעמוד בנטל ההוצאה לטיפולים הכרוכים בשיקום פה.

מאחר שרוב ההוצאה מיועד לטיפולים השכיחים וההוצאה קבועה על פני קבוצות הכנסה, ההוצאה לרפואת השן רגרסיבית בעליל – שיעור ההוצאה מההכנסה הולך ויורד עם עליית ההכנסות. בנוסף לכך, הביטוח, שהיקפו מזערי יחסית ברפואת השן, תורם להגדלת אי-השוויוניות, באפיינו את בעלי ההכנסות הגבוהות. מצד אחד, הנגישות שלהם לשירות גבוהה יותר ומצד שני, דווקא הם מוגנים יותר מפני הוצאה "קטטורופלית", בהיותם בעלי ביטוח.

לנוכח המצב הכללי בתחום בריאות השן, ובפרט בהקשר לממצאי סקירה זו, צוות הבריאות של מרכז טאוב ממליץ:

- א. לקיים את הוראת החוק בנושא מתן שירותי בריאות השן לתלמידים.
- ב. להבטיח לכל משקי הבית בישראל טיפולי שיניים בסיסיים, בהם ייכלל מרכיב של מניעה. כדי לאפשר את הסרת הנטל הזה לחלוטין ממשקי הבית, נדרשת הוצאה בהיקף של כ-3.3 מיליארד ש"ח לשנה, כ-5 אחוזים מסך ההוצאה הלאומית על שירותי רפואה בישראל. הציפייה היא, שהפגנת משאבים לתחום זה תביא תשואה ממשית וניכרת בטווח בינוני וארוך בצורת חיסכון בהוצאה הלאומית לבריאות השן, עם שיפור בבריאות הציבור.
- ג. לסייע למי שזקוקים לטיפולים הכרוכים בשיקום פה, לפי קריטריונים שייקבעו. הנטל הכרוך בהוצאה זו חושף מצב עגום במיוחד של קשישים רבים בישראל, שהם בעלי הכנסות נמוכות, שעליהם להתמודד עם בעיות תזונתיות ועם בעיות רפואיות אחרות, לרבות בעיות נפשיות. לנוכח גודל ההוצאה מוצע, שהשתתפות המדינה תהיה סלקטיבית, לפי מבחני אמצעים, ותתאפשר בחלופות שאינן יקרות (פרוטזות במקום השתלות, וכו').

לסיכום, מהלך מבורך אשר יחיל את בריאות השן בביטוח הבריאות הממלכתי, ויישם את ההמלצות לעיל – כפי שהוצע לאחרונה על-ידי סגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ולווח בהחלטת ממשלה – צריך להיות מגובה בתקצוב נכון לצורך מימושו.

1. מבוא

אי-שוויוניותה ואי-יעילותה של רפואת השן בישראל, בהקשר של חוסר הזכאות הציבורית לשירותי בריאות השן, זכו לבחינה ולדיון רחבים במשך השנים (ברג, זוסמן וחורב, 2000; חורב ומן, 2007; חורב וציריניחובסקי, 1999; מכנס, 2008). גם הזכאות הבסיסית המוקנית בחוק לתלמידים אינה מובטחת בצורה המכבדת מדינת חוק (ישראלי, 2009). המלצותיהן של ועדות ציבוריות – ועדת נתניהו (מדינת ישראל, 1990), ועדת טל (מדינת ישראל, 2000) וועדת אמוראי (מדינת ישראל, 2002) – לתיקון המצב לא יושמו. גם ניסיונות החקיקה, החל בגרסה המקורית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד), כשלו.

בניגוד לכל תחומי הרפואה האחרים, רפואת השן בישראל נותרה אפוא כמעט כולה במימון פרטי – 97.5 אחוז מסך ההוצאה הלאומית לרפואה זו. בהעדר ביטוח פרטי משמעותי, מרבית ההוצאה על רפואת השן היא הוצאה ישירה מהכיס (הלמ"ס, 2009).

בסקירה זו נבחנת המשמעות של נטל ההוצאה על רפואת השן של משקי הבית בישראל, בהקשר לדיון הציבורי על החלת ביטוח הבריאות הממלכתי ברפואת השן. הבחינה מבוססת על סקר הוצאות משקי הבית של שנת 2008, הסקר האחרון שפורסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המלצות צוות הבריאות של מרכז טאוב מבוססות על בחינה זו.

2. ההוצאה של משקי הבית לרפואת השן

ההוצאה הפרטית של משק הבית בשנת 2008, ללא מס בריאות, על שירותי רפואה הסתכמה ב-622 ש"ח לחודש – 5.2 אחוזים מסך ההוצאה לתצרוכת (לוח 1, סעיפים א' ו-ג'). ההוצאה על רפואת השן הסתכמה ב-176 ש"ח לחודש, שהם 1.5 אחוזים מסך ההוצאה לתצרוכת.

משקי הבית, שדיווחו על ההוצאה על רפואת השן, שהם כרבע מסך-כל משקי הבית, הוציאו בממוצע על רפואת השן 543 ש"ח לחודש, ששיעורם 6.4 אחוזים מסך ההוצאה הממוצעת של משק הבית. הנטייה להוצאה על רפואת השן ורמת ההוצאה עליה הושפעה בכל רמת הכנסה באופן חיובי משמעותי מההימצאות וממספרם של בני 6-15 מחד גיסא, ושל בני 54-64 מאידך גיסא (לוח נ-1 בנספח).

ההוצאה על רפואת השן, בפרט של משקי בית המדווחים על הוצאה כזו, היא השווה ביותר בין חמישוני הכנסה: ביחס לסך ההוצאה לתצרוכת וביחס לסך ההוצאה לשירותי רפואה, השונות בהוצאה על רפואת השן בין חמישוני ההכנסה קטנה יחסית לשונות בסך ההוצאה על תצרוכת ועל שירותי רפואה (לפי סטיית התקן חלקי ממוצע)¹.

היינו, ככלל, עם עליית ההכנסה הממוצעת, משקי הבית אינם מוציאים יותר בממוצע על טיפולי שיניים אך יותר משקי בית, היכולים להרשות לעצמם את הטיפול, מצטרפים למעגל המדווחים על הוצאה זו². כלומר, לרפואת השן יש מאפיין של "צורך" ולא של "מותרות" – בעלי הכנסות נמוכות ובעלי הכנסות גבוהות מוציאים על תחום זה ברמה דומה יחסית, כאשר בעלי הכנסות נמוכות מחליטים שיש בידם לממן את ההוצאה.

הוויתור של משקי הבית בשני החמישוניים הנמוכים על שירותי רפואת שיניים פוגע בעיקר בילדים, במיוחד משום שחלקם של ילדים עד גיל 18 מסך הנפשות במשקי הבית בחמישון התחתון מגיע ל-50 אחוז לעומת 20 אחוז בחמישון העליון.

¹ ממצא דומה התקבל גם כאשר השתמשנו במדדי אי-שוויון אחרים (Gini, Kakwani).

² להרחבה מושגית ואמפירית ראו Chernichovsky, 2010.

לוח 1. הוצאה של משקי בית לתצרוכת, לשירותי רפואה ולרפואת השן, לפי חמישוני הכנסה, 2008

ממוצע כללי	ממוצע	חמישוני הכנסה לנפש סטנדרטית*					סטיית תקן חלקי הממוצע
		5	4	3	2	1	
א. ממוצע הכנסה והוצאה (ש"ח)							
							הכנסה כוללת נטו מכל המקורות
–	13,195	24,542	15,718	11,923	8,464	5,328	הוצאה לתצרוכת
0.36	11,632	17,945	13,327	10,998	8,782	7,108	רפואה – סה"כ
0.43	622	1,002	761	557	455	333	רפואת השן
0.29	176	228	233	154	144	119	
ב. אחוז משקי בית המדווחים הוצאה (%)							
							רפואה – סה"כ
	31.9	38.7	37.6	30.9	27.2	25.0	רפואת השן
	27.0	30.1	29.4	25.9	25.4	24.4	
ג. אחוז מסך ההוצאה (%)							
							רפואה – סה"כ
	5.2	5.6	5.7	5.1	5.2	4.7	רפואת השן
	1.5	1.3	1.8	1.4	1.6	1.7	
ד. הוצאה ממוצעת של המדווחים (ש"ח)							
							רפואה – סה"כ
0.38	655	1,017	781	585	498	396	רפואת השן
0.11	543	588	620	499	531	475	
ה. אחוז מסך ההוצאה של המדווחים (%)							
							רפואה – סה"כ
	5.6	5.7	5.9	5.3	5.7	5.6	רפואת השן
	6.4	3.3	4.7	4.5	6.0	6.7	

* חמישוני ההכנסות חושבו על בסיס ההכנסה הכוללת נטו למשק הבית מכל המקורות לנפש סטנדרטית. ייתכן פער בהשוואה לפרסומי הלמ"ס, המשתמשים בהכנסה הכספית נטו.

מקור: הלמ"ס, 2008.

ההוצאה על בריאות השן הינה גרסיבית, כאשר אחוז ההוצאה עליה עולה עם רמת ההכנסה. מחקר קודם, המבוסס על נתונים לשנת 2005, הראה, כי 0.4 אחוז מבתי האב – כ-2,000 בתי אב – מצטרפים למעגל העוני (לפי הגדרת הביטוח הלאומי) עקב הכורח לממן הוצאות לבריאות השן (צ'רניחובסקי, 2007).³

3. ההוצאה על ביטוח בריאות השן וההוצאה הישירה מהכיס

רק חלק קטן (6.9 אחוזים) ממשקי הבית מדווח על החזקת ביטוחי שיניים.⁴ לביטוח בריאות השן בישראל פרופיל כלכלי מובהק. אחוז המשפחות המדווח על הוצאה על ביטוח עולה עם חמישוני הכנסה (לוח 2) – בעוד שבחמישון התחתון מדובר באחוז אחד בלבד ממשקי הבית, הרי בחמישון העליון מגיע חלקם של בעלי הביטוח ל-12 אחוז. לעומת זאת, רמת ההוצאה לביטוח יורדת עם חמישון הכנסה, כאשר הביטוח הינו יקר ביותר לחמישון התחתון.

ההסתברות להחזיק ביטוח – כאשר ההכנסה מוחזקת קבועה – מאפיינת את קבוצות הגיל 45 ומעלה; ולעומת זאת, לא נראית השפעה של הימצאות ילדים במשק הבית על הנטייה להחזיק ביטוח, כאשר הכנסה מוחזקת קבועה (לוח נ-2 נספח). מאפיינים אלה מיטיבים לשקף את המבנה המוסדי של ביטוחי בריאות השן בישראל, המוסדרים, בדרך-כלל, באמצעות מפעלים והסדרים קיבוציים, המעניקים גם פרמיות קבוצתיות נמוכות יחסית. לביטוח הפרטי בבריאות השן יש השפעה שלילית בעליל על השוויוניות: הביטוח מעניק לבעלי ההכנסה הגבוהה הגנה על ההכנסה מפני הוצאה גבוהה יחסית על רפואת השן וגם משפר את נגישותם לטיפול. בנוסף לכך, עלות הביטוח גרסיבית והיא פוגעת ביעילות והעדר הביטוח לילדים פוגם בנגישות לטיפולים מונעים יעילים.

³ עדכון הנתונים נתון בתהליך.

⁴ הכוונה לביטוחי שיניים ייעודיים שאינם כלולים במסגרת ביטוחי הבריאות המשלימים של קופות-החולים.

לוח 2. הוצאה ישירה מהכיס ולביטוח רפואת השן, חמישוני הכנסה, 2008

ממוצע כללי	חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית					סוג ההוצאה
	5	4	3	2	1	
	(%) אחוז משקי בית המדווחים על הוצאה חיובית					
27	30	29	26	25	24	הוצאה ישירה מהכיס
7	12	12	7	3	1	ביטוח רפואת השן
	(ש"ח) הוצאה חודשית ממוצעת של המדווחים על הוצאה					
611	708	751	567	553	479	הוצאה ישירה מהכיס
134	119	104	108	137	204	ביטוח רפואת השן

מקור: הלמ"ס, 2008.

4. מבנה ההוצאה הישירה מהכיס

מבין סעיפי ההוצאה הישירה לרפואת השן (ללא ביטוח שיניים), הסעיף המרכזי הוא "טיפול שיניים", והוא מתייחס, ככל הניתן להסיק מהנתונים, לטיפולים בסיסיים, כגון סתימות, עקירות וכדומה, הכוללים גם מניעה (לוח 3). ההוצאה החודשית הממוצעת למשק בית בישראל בסעיף זה היא כ-131 ש"ח והיא מדווחת כמעט על-ידי כל משקי הבית המדווחים על הוצאה. ההוצאה הממוצעת של משקי הבית הללו מסתכמת בכ-611 ש"ח⁵. הסעיף השני בגודלו הוא "ניתוחי פה ולסת", הכולל טיפול לשיקום הפה בהגדרתו הרפואית. הסעיף כולל הוצאות של משקי הבית על טיפולי פרוטטיקה, השתלות שיניים וכו' ואינו מתייחס לניתוחי פה מעבר לטיפולי שיניים, אך ייתכן שהם נכללים, בהיותם מסופקים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הסעיף מאופיין באחוז נמוך יחסית של משקי בית (1.2 אחוזים בממוצע), המדווח על ההוצאה גבוהה מאוד יחסית, 2,050 ש"ח בממוצע לחודש. שיעורי ההשתתפות גבוהים פי שישה בחמישון העליון מאשר בתחתון והשתתפות משקי הבית שבשני החמישוניים הנמוכים מזערית, יחסית. שילוב זה של דיווח נמוך מאוד יחסית עם הוצאה גבוהה בקרב אלה "המוציאים" תורם לממוצע הכללי הנמוך יחסית.

⁵ שינויים קטנים בממוצע נובעים מהבדלים בחלקי המדגם בסעיפי הוצאה שונים.

לוח 3. הוצאה לרפואת השן, לפי סעיפי הוצאה ולפי חמישונים, 2008

ממוצע כללי	ממוצע	חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית					סטיית תקן חלקי הממוצע
		5	4	3	2	1	
א. הוצאה חודשית ממוצעת (ש"ח) – כלל משקי הבית							
							רפואת השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים
0.28	168	213	221	147	141	117	
0.15	131	153	149	122	124	108	טיפול שיניים
0.18	7	8	8	9	6	6	אורתודנטיה
0.97	27	47	61	14	9	2	ניתוחי פה ולסת
0.50	2	4	3	2	1	1	צילום במכון לצילומי שיניים
ב. אחוז משקי בית המדווחים הוצאה (%)							
							רפואת השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים
27.0	30.1	29.4	25.9	25.4	24.4	24.4	
24.8	27.0	25.9	23.8	24.1	23.1	23.1	טיפול שיניים
1.1	1.5	1.3	0.6	0.9	1.0	1.0	אורתודנטיה
1.2	2.2	1.8	1.1	0.3	0.3	0.3	ניתוחי פה ולסת
3.0	3.9	4.6	3.0	1.7	2.0	2.0	צילום במכון לצילומי שיניים

← המשך

לוח 3. ההוצאה לרפואת השן, לפי סעיפי הוצאה ולפי חמישונים, 2008 (המשך...)

סטיית תקן חלקי הממוצע	ממוצע כללי	חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית				
		5	4	3	2	1
ג. הוצאה ממוצעת של המדווחים הוצאה (ש"ח)						
						רפואת השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים
0.19	612	708	751	566	553	479
0.09	528	569	577	512	514	465
0.51	788	557	642	1,501	643	599
0.54	2,050	2,091	3,401	1,250	2,824	684
						ניתוחי פה ולסת
0.26	75	103	60	73	84	53
ד. אחוז הוצאה מסך הצריכה של המדווחים הוצאה (%)						
						רפואת השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים
	5.6	3.9	5.6	5.2	6.3	6.7
	4.9	3.2	4.3	4.7	5.9	6.5
	7.5	3.1	4.8	13.6	7.3	8.4
	18.1	11.7	25.5	11.4	32.2	9.6
						ניתוחי פה ולסת
	0.7	0.6	0.5	0.7	1.0	0.8
						צילום במכון לצילומי שיניים

מקור: הלמ"ס, 2008.

הרגישות של ההשתתפות בהוצאה בשני הסעיפים של ההכנסה מבטאת את הבדלי המחירים או עלויות הטיפול. בסעיף ה"טיפולים", העלויות נמוכות יחסית, כ-5 אחוזים מסך ההוצאה הממוצעת של משק הבית. על כן, גם החמישונים הנמוכים נושאים בהוצאה⁶. בסעיף ה"ניתוחים", העלויות גבוהות יחסית, כ-18 אחוז מהוצאה זו. היינו, להוצאה בסעיף זה מאפיין של "הוצאה קטסטרופלית" ושני החמישונים הנמוכים אינם יכולים לשאת בה כלל. לפיכך, ההוצאה בסעיף זה היא "פרוגרסיבית" – אחוז ההוצאה בגינה עולה עם הכנסה, כי העניים אינם משתתפים בהוצאה זו. לקבוצות חלשות, בעיקר של מבוגרים, אין נגישות לרפואת שן בשיקום הפה.

5. השפעת הביטוח על ההוצאה

השוואת דפוס ההוצאה לרפואת השן בין מחזיקי ביטוח שיניים לבין כאלה שאינם מחזיקים בביטוח מצביעה על כך, שמבוטחים מוציאים בכל סעיף – להוציא טיפולי שיניים – יותר מבלתי מבוטחים (לוח 4)⁷. ביסוד ממצא "מפתיע" זה, לכאורה, עומדים הבדלי ההכנסות המהותיים בין שתי הקבוצות, ההשפעה של ההכנסה על הימצאות הביטוח, ושל הביטוח וההכנסה על דפוסי ההוצאה לרפואת השן, כמתואר באיור בעמוד הבא. כפי הנראה לעיל וכפי שנראה באיור 1 ובלוח 4, להכנסת משק הבית השפעה חיובית על ההוצאה על רפואת השן ועל הביטוח; כלומר, בעיקר על הנטייה של משק הבית להחזיק בביטוח שיניים פרטי. בתחום ביטוחי הבריאות במיוחד, השפעת הביטוח הפרטי על ההוצאה בלתי ברורה לנוכח שתי השפעות מנוגדות: הביטוח נועד לחסוך בהוצאה, כאשר נזקקים לה, אך גם חושף את המבוטח ל"ניצול" פוטנציאלי על-ידי נותן השירות, בפרט כאשר המבוטח בעל אמצעים. במקרה זה, הביטוח מכסה את ההוצאה הראשונית בלבד – בבחינת ביטוח השתתפות בתשלום. על הוצאה זו נוספים טיפולים מומלצים נוספים – ראויים יותר וראויים פחות – הנתמכים בהכנסה הגבוהה של בעלי הביטוח. בהיבט זה הביטוח תורם להוצאה.

⁶ היות שסעיף הוצאה זה מזוהה עם ילדים, ההוצאה גבוהה יחסית בכל משקי הבית.

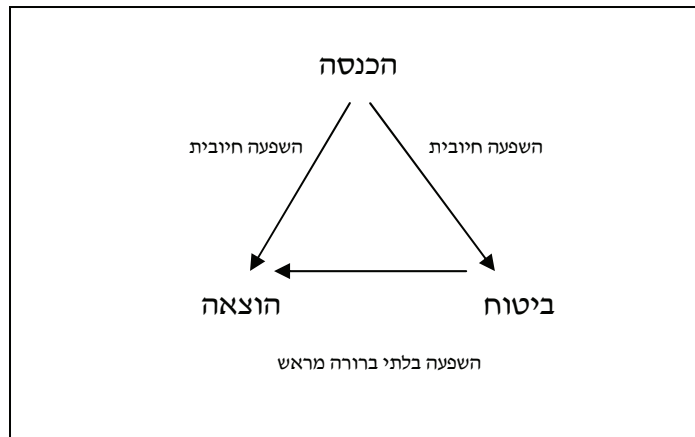
⁷ הניתוח בסעיף זה מתייחס לביטוחי שיניים פרטיים בלבד.

לוח 4. הוצאה לתצרוכת לשירותי רפואה ולרפואת השן, לפי החזקת ביטוח רפואת שן, 2008 (ש"ח)

בעלי ביטוח	חסרי ביטוח	
6.7%	93.3%	אחוז ממשקי הבית
		הוצאה ממוצעת על תצרוכת (ש"ח)
20,140	12,600	הכנסה פנויה מכל המקורות נטו
16,000	11,260	תצרוכת
332	164	רפואת השן
		מזה על:
122	132	טיפול שיניים
11	7	אורתודנטיה
81	22	ניתוחי פה ולסת
3	2	צילום במכון לצילומי שיניים
115	-	ביטוחי שיניים
217	164	רפואת השן, למעט הוצאה על ביטוח שיניים

מקור: הלמ"ס, 2008

איור 1. השפעות הדדיות של הכנסה וביטוח על הוצאה



בהתאם, בהיבט ביטוחי טהור, "חיסכון" הביטוח הוא 10 ש"ח למשק בית מבוטח כנגד 115 ש"ח תוספת הוצאות ביטוח (לוח 4). כלומר, 105 ש"ח הם תשלומי ביטוח שיש להם מאפיין של ביטוח co-payment לכיסוי הוצאה ראשונית.

ניסיון לבדד את השפעות הביטוח, ההכנסה וה"צורך", לפי המבנה הדמוגרפי של משק הבית, על סעיפי ההוצאה הישירה לרפואת השן, מעלה את הממצאים הבאים (ראה גם לוח נ-2 נספח):

- השפעת ההכנסה חיובית על כל סעיפי ההוצאה לרפואת השן, בנוסף להשפעתה החיובית על החזקת ביטוח. ההשפעה משמעותית במיוחד בניתוחים ובאורתודנטיה.
- השפעת הביטוח שלילית בכל הסעיפים ומשמעותית ביותר ב"ניתוחים" – שיקום פה.

6. סיכום

ההוצאה של משקי הבית על רפואת שיניים בישראל רגרסיבית. ההוצאה על ביטוח פרטי, המאפיין אחוז נמוך ממשקי הבית בעיקר בחמישוני ההכנסה הגבוהים, משפרת את מצבם של אלה, תוך הרחבת הפערים בנגישות לטיפול ובהתפלגות ההכנסות או הצריכה בכלל.

גם חמישוני הכנסה נמוכים מתמודדים עם ההוצאה לטיפולים מקובלים – אגב נגיסה של כ-7 אחוזים מסך התצרוכת שלהם כאשר הם נזקקים לטיפול, בעיקר של ילדים. משקי בית אלו אינם עומדים בהוצאה כאשר מדובר בטיפולים יקרים, הקשורים לניתוחים ולשיקום פה – בעיות של קשישים; שני חמישוני ההכנסה הנמוכים כמעט מוותרים על טיפולים אלה לחלוטין. המצב דומה – אך פחות חמור מבחינת ויתור על הוצאה או טיפול – באורתודנטיה, לגביה מאחר שמדובר בילדים, הנכונות לוותר קטנה יותר.

ברפואת השן משק הבית הישראלי עומד בפני החלטה לוותר על טיפול רפואי, ברוב המקרים של ילדים וקשישים, כדי להגן על צריכה שאינה כזו או לחילופין – לוותר על צריכה, גם בקרב קבוצות הכנסה נמוכה, כדי לקבל את הטיפול הרפואי הנדרש לשיניים.

חישוב פשוט של עלות ההכנסה של כל סעיפי טיפולי השיניים הבסיסיים לסל הבסיסי עומד על 3.3 מיליארדי ש"ח בשנה (2.1 מליון בתי אב X 132 ש"ח לחודש X 12). זאת על בסיס שכיחויות הטיפול הנוכחיות, כאשר רק רבע מהאוכלוסייה צורך את הטיפולים.

קשה לחשב את העלות של הכנסת סעיף הניתוחים ושיקום הפה, לנוכח מספר המוותרים הגבוה יחסית. אם נניח בסעיף זה, כי ההזדקקות של כל חמישוני ההכנסה לרמות הטיפול וההוצאה דומה לזו של החמישון העליון, כ-600 ש"ח לשנה למשק בית, מדובר בהוצאה שנתית של כ-1.2 מיליארדי ש"ח.

ראוי לציין, כי מבנה ההוצאה, המתאפיין ברמה יציבה (קבועה) על פני חמישוני ההכנסה השונים מהווה אינדיקציה לכך, שיש סיכון נמוך בביטוח הממלכתי ל"סיכון מוסרי" או לגידול בלתי מוצדק בביקושים או בניצול המערכת, בהעדר תשלום מלא עבור שירות, אלא אם אכן נזקקים לטיפול. בהיבט התקציבי, מבחינת ההוצאה הלאומית בתחום ועלייתה, הכללת סעיף הטיפולים הבסיסיים בסל הזכאות הציבורית עשויה בטווח הקצר אף להביא להורדת מחירי הטיפולים באמצעות ההסדרה שלה בשוק. בטווח הארוך צפוי חיסכון עקב מניעה, שהינה מרכיב חשוב במיוחד בבריאות השן. הכללה של ניתוחים ונושאים הקשורים לשיקום הפה בזכאות ציבורית עשויה לחסוך בהוצאות על טיפולים רפואיים ועל טיפולי חירום מורכבים, הנגרמים בשל העדר טיפול שוטף בצורכי בריאות השן, בעיקר בקרב קשישים.

מקורות

- ברג, א', זוסמן, ש' וחורב, ט' (2000). היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל.
- חורב, ט' ומן, י' (2007). רפואת הפה והשיניים – אחריות המדינה לתושביה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (יולי).
- חורב, ט' וצ'ריניחובסקי, ד' (1999). מודל אופטימלי למערך רפואת השיניים בישראל. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- ישראל, א' (2009). לספק את שירות בריאות השן לכל התלמידים בישראל ללא אפליה. אוסף מאמרים מן העיתונות, הקואליציה לרפואת שיניים. <http://info.org.il/teeth4all/?p=24>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) (2008). סקר הוצאות משקי הבית 2008. ירושלים.
- (2009). שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 60. ירושלים.
- מדינת ישראל (1990). דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו). ירושלים.
- (2000). דו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ועדת טל). ירושלים.
- (2002). דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי). ירושלים.
- מכנס, י' (2008). "אי-שוויון וחוסר יעילות בבריאות השן: ההיבט הכלכלי". בתוך: מן, י' ופישר, ר' (עורכים). רפואת שיניים מערכתית. הוצאת אופאל.
- צ'ריניחובסקי, ד' (2007). מימון מערכת הבריאות בישראל, 1995-2005 – היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (דצמבר).
- Chernichovsky, D. (2010). *Disaggregating Private Spending on Medical Care for Improving Policymaking*. Processed.

נספח: הפרדת השפעות ביטוח והכנסה על ההוצאה של משקי הבית על רפואת השן

כדי להתגבר סטטיסטית על העדר הוצאה בגין החזקת ביטוח נעשה אומדן בשני שלבים: בשלב הראשון אומדן של ההסתברות של משק הבית להחזיק ביטוח בריאות באמצעות מודל PROBIT, כאשר המשתנה התלוי הוא משתנה בינארי, המקבל ערך 1 אם למשק הבית יש הוצאה חיובית על ביטוח בריאות וערך 0 – אחרת. המשתנים המסבירים הם ההכנסה הכוללת נטו של משק הבית ומספר הנפשות לפי קבוצות גיל. בשלב השני אומדן של ההוצאה של משק הבית באמצעות מודל TOBIT, המתאים למצב בו אחוז נמוך של תצפיות מדווח על הוצאה. המשתנים המסבירים את ההוצאה ברגרסיה זו הם האומדן להסתברות להחזיק ביטוח בריאות (שהתקבל מאומדני השלב הראשון), ההכנסה הכוללת נטו של משק הבית ומספר הנפשות בכל קבוצות גיל. השימוש בהכנסה ובמספר הנפשות בכל קבוצת גיל במשוואת השלב השני מאפשר לבדוד את ההשפעה הישירה על ההוצאה, מעבר להשפעתם על ההסתברות להחזיק ביטוח. כל המשתנים בלוגריתם, כאשר לכל משתנה הוספנו את הערך 1 בכדי להימנע מאפסים. קבוצת הבסיס הם בני 16-24.

תוצאות האומדן הראשון (לוח נ-1 להלן) תומכות בתוצאות המובאות בגוף העבודה בדבר ההשפעה הגבוהה והמובהקת יחסית של הכנסה על ההסתברות להחזיק ביטוח. כמו כן מושפעת הסתברות זו מההימצאות של בני 65+ במשק הבית. יש היגיון בתוצאה, במובן שאלה הצפויים ל"הוצאה קטסטרופלית" אכן יבטחו את עצמם.

כאשר אומדים את משוואת ההוצאה לרפואת שיניים תוך התחשבות בהשפעות ההכנסה והצרכים על ביטוח (לוח נ-2) נמצא, שלהכנסה ולצורך הבריאותי יש השפעות מובהקות על ההוצאה על רפואת השן, מעבר להשפעתם על ההסתברות להחזיק ביטוח שיניים. בכל האומדנים נמצא, שההוצאה לרפואת השן עולה עם ההכנסה. ב"טיפולי שיניים" ("מקובלים") השפעת ההכנסה הנמוכה ביותר, ובניתוחי פה ולסת היא הגבוהה ביותר. ראוי לציין, כי השפעת ההכנסה על אורתודנטיה גם היא משמעותית יחסית. השפעת ביטוח שיניים על ההוצאה לרפואת שיניים שלילית ומובהקת. כלומר, לביטוח השפעה שלילית על הוצאה, במיוחד על "ניתוחים".

לוח נ-1. רגרסיה בשיטת PROBIT – החזקת ביטוח משתנה תלוי

מקדם	המשתנה
*0.78 (0.05)	לוג הכנסה פנויה מכל המקורות
-0.11 (0.10)	לוג מספר נפשות גילאי 0-5
-0.01 (0.06)	לוג מספר נפשות גילאי 6-15
-0.01 (0.08)	לוג מספר נפשות גילאי 25-44
0.10 (0.08)	לוג מספר נפשות גילאי 45-64
*-0.45 (0.10)	לוג מספר נפשות גילאי +65
*3.53 (0.10)	קבוע
6,178	מספר תצפיות
0.12	Pseudo R ²

* מצוין מובהקות ברמה של 1 אחוז.

הערות: המשתנה התלוי הוא משתנה בינארי – האם למשק הבית יש ביטוח שיניים פרטי. סטיות התקן הנאמדות מופיעות בסוגריים. קבוצת הבסיס, זו שהוצאה מהמשוואה, הם בני 16-24.

לוח נ-2. רגרסיה בשיטת TOBIT – הוצאה על סעיפים שונים ברפואת השן כמשתנים תלויים

משתנה מסביר	סך הוצאה על רפואת השן (למעט ביטוח)	סעיף ההוצאה		
		טיפולי שיניים	אורתודנטיה	ניתוחי פה ולסת
הסתברות נאמדת להחזיק ביטוח	** -8.72 (3.93)	** -9.91 (4.17)	-8.97 (24.31)	** -72.70 (33.19)
לוג הכנסה פנויה מכל המקורות	*** 2.55 (0.44)	*** 2.32 (0.46)	** 7.89 (3.65)	*** 15.20 (4.72)
לוג מספר נפשות גילאי 0-5	*** 1.03 (0.38)	** 1.02 (0.40)	-1.85 (2.72)	-1.08 (3.70)
לוג מספר נפשות גילאי 6-15	*** 1.44 (0.27)	*** 1.35 (0.28)	*** 5.28 (1.43)	-2.18 (2.32)
לוג מספר נפשות גילאי 16-25	*** 0.95 (0.35)	*** 1.24 (0.37)	0.50 (2.26)	-2.38 (2.27)
לוג מספר נפשות גילאי 25-64	*** 1.98 (0.34)	*** 1.95 (0.36)	2.84 (2.19)	*** 8.55 (2.50)
לוג מספר נפשות גילאי 65+	* -0.76 (0.45)	* -0.78 (0.47)	-4.03 (3.38)	-2.33 (3.43)
קבוע	*** -11.19 (0.85)	*** -11.32 (0.89)	*** -57.61 (9.89)	*** -75.85 (12.40)
תצפיות	6,178	6,178	6,178	6,178
Pseudo R ²	0.0172	0.0142	0.0822	0.0528
				0.0164

הערות: המשתנה התלוי הוא הוצאה כספית של משק הבית על סעיף ספציפי. כל המשתנים הם בלוגריתמים. סטיות התקן הנאמדות מופיעות בסוגריים. קבוצת הבסיס הם מספר הנפשות בני 16-24.
 * מציינ מובהקות ברמה של 10 אחוז,
 ** מציינ מובהקות ברמה של 5 אחוז,
 *** מציינ מובהקות ברמה של 1 אחוז.