

רפואת הפה והשיניים אחריות המדינה לתושביה

מאת: טוביה חורב, יונתן מן

רפואת הפה והשיניים אחריות המדינה לתושביה

מאת:
טוביה חורב, יונתן מן

ערכה והביאה לדפוס:
דלית נחשון-שרון

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

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il
כתובתנו באינטרנט: www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל הוא מוסד פרטי ללא כוונת רווח, בלתי תלוי, ולא פוליטי. מטרתו הן לסייע לעיצובה של המדיניות הציבורית לרווחתם של תושבי ישראל באמצעות מחקר וחינוך בנושאי מדיניות חברתית, ולתרום למעורבות הציבור בעיצוב המדיניות על-ידי העשרת הדיון הציבורי המתלווה, או צריך להתלוות, לתהליך קבלת ההחלטות במדינה. המרכז שואף לתרום גם להבהרת הבעיות החברתיות של ישראל לידידי ישראל בחו"ל. בעבודתו של המרכז מושם דגש מיוחד על שילוב אמיץ של הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. אין המרכז נוקט עמדה בסוגיות הנידונות על-ידי אלא מציג ומסביר את סוגיות המדיניות והשלכותיהם של הפתרונות המוצבים להן, ומעלה הצעות חלופיות לפתרון בעיות. 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.

חבר נאמנים

יושבת ראש: קרן וולף וכסלר

יושבי ראש כבוד: אפרים קציר, הנרי טאוב

היינץ אפלר, ריימונד אפשטיין, אלן בטקין, סטוארט בראון, רלף י. גולדמן, אלן מ. הלר, סילביה הסנפלד, ישראל כ"ץ, סטיבן ליברמן, אירווינג סמוקלר, גיונתן קולקר, יעקב קופ, ברט רבינוביץ, יוג'ין ריבקוף, סטיבן שוייגר, מיכאל שניידר

יועצים מחו"ל

האן אנצינגר (אוניברסיטת ארסמוס), סטוארט אייזנשטט (ווינגטון), הנרי ארון (ברוקינגס), מריו י. בלכר (בנק אוף אינגלנד), טסה בלקסטון (אוניברסיטת גריניץ), פיטר הלר (קרן המטבע הבינלאומית), ברטון א. וייסברוד (אוניברסיטת נורת' ווסטרן), רוברט לייטן (ברוקינגס), יואל פליישמן (אוניברסיטת דיוק), לורנס קליין (אוניברסיטת פנסילבניה), גינט רותנברג-פאק (וורטון), הרמן ד. שטיין (אוניברסיטת קייס ווסטרן)

מועצה

שמואל נ' אייזנשטדט, חיים אדלר, יגאל בן-שלום, אלי בן-רפאל, רבקה בר-יוסף, בנימין גדרון, יוסף גינת, גיוני גל, סרג'ו דלה-פרגולה, גיימי וינבלט, טוביה חורב, משה ליסק, יעקב ליפשיץ, שלמה מור-יוסף, ז'ק מישל, יעקב מנצ'ל, ריטה סבר, אלעד פלד, חוה פלטי, דב צירניחובסקי, יוסף קטן, דוד קליין, שמשון שושני, אריה שירום, יצחק שנל, גבי שפר, דן שרון, עמנואל שרון

סגל המרכז

יהודית אגסי (מזכירת המרכז), חיים אדלר (רכז חינוך), ליאון אפשטיין (חוקר), יואל בלקסט (רכז מחקר בסיסי), נחום בלס (חוקר), רוני בר-צורי (חוקרת), לורה ברס (קשרי חוץ), גיוני גל (רכז ביטחון סוציאלי), מרים גרינשטיין (חוקרת), טוביה חורב (סגן מנהל), אהרון כהן (תחזוקה), יעקב ליפשיץ (הקצאת משאבים), רותי לרנר (פרסומים), גיא מונדלק (חוקר), שלמה מור-יוסף (רכז בריאות), מיקי מלול (חוקר), דלית נחשון-שרון (רכזת הפרסומים), דב צירניחובסקי (רכז בינתחומי), יוליה קוגן (חוקרת), מרינה קונין (חוקרת), יוסף קטן (רכז רווחה), דן שרון (מרכז), יעקב קופ (מנהל).

רפואת הפה והשיניים אחריות המדינה לתושביה

טוביה חורב, יונתן מן

תוכן העניינים

5	פתח דבר
7	1. מבוא
10	2. תאור המצב הקיים
21	3. פערים בתחלואה ובמערך רפואת השיניים בישראל
30	4. סוגיות נוספות באחריות המדינה לבריאות הפה והשיניים
36	5. מסקנות והמלצות
45	מקורות

פתח דבר

רפואת השיניים היא במעמד של בת חורגת – אף כי לא יחידה – של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. ב-1994, כאשר נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הושאר התחום הזה מחוץ למסגרת היישומית של החוק. כך הונצח מצב, אשר שרר בפועל במערכת הבריאות הוותיקה, לאמור: קיימת בארץ מערכת ענפה ומפותחת של רפואת שיניים, הן מונעת והן קורטיבית, אך השירותים הללו אינם נחלת הכלל, וזוכים בה מי שיכולים ומוכנים לשלם עבור השירות.

התוצאה הברורה היא, כצפוי, אי-שוויון בנגישות לשירותי בריאות השן: מי שידו משגת קונה בכספו את השירות ככל שיידרש לו, והאחרים נמצאים מקופחים.

הבעיה הזאת נוגעת לכלל אזרחי ישראל, והיא הולכת וגוברת על פני השנים, במיוחד בקבוצות שונות של האוכלוסייה. לאחרונה נחשפנו לממצא, כי מרבית הקשישים בישראל הגיעו לגיל זיקנה, מבלי שנותרה בפיהם אף לא שן אחת. הדיוטות בתחום הרפואה יכולים לחשוב שבעיה זו נוגעת לאבר יחיד בגופו של האדם, אך למעשה היא כרוכה בחסר בריאותי מקיף. חסר כזה משפיע על התפקוד הכללי של אדם, אשר שינוי אינו מטופלות כראוי או לא טופלו כלל לאורך חייו.

מאמר זה בא להציג את הבעיה במלוא חריפותה, תוך בחינת המצב בארץ לעומת ארצות אחרות. החוקרים, ד"ר טוביה חורב ופרופ' יונתן מן מציינים, "שהמלצותיה של ועדת נתניהו בתחום בריאות השן לא באו לידי ביטוי בחוק ביטוח הבריאות, ועקב כך אזרחי המדינה נותרו כמעט ללא כיסוי ביטוחי לשירותי בריאות הפה והשיניים, בשונה מתחומי הבריאות האחרים. זאת, על אף ששכיחותן של מחלות דנטליות גבוהה מאוד והן פוגעות בבריאות של חלק ניכר מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל, גורמות לפגיעה משמעותית באיכות החיים ולעיתים אף עלולות להוות סכנת חיים לחולה".

אי-שוויון בנגישות לשירותי בריאות מביא לתחלואה רבה יותר אצל אנשים דלי אמצעים – זו אמירה שאינה צריכה ראייה, אך העדות

האמפירית מחזקת הן את האבחון והן את ההמלצות לתיקון המצב. מסתבר, כי "במדינות בהן קיימת מעורבות ממשלתית בשירותי בריאות השן, הפערים בתחום זה בין קבוצות האוכלוסייה קטנים יחסית. כך לדוגמא, באנגליה ובשבדיה הפערים קטנים יותר לעומת ארה"ב, בה המערכת מבוססת על מימון פרטי". בעיית אי-השוויון בשירותי הבריאות מעסיקה רבות ממדינות אירופה. גם בארה"ב גברה ההכרה בקיומה של בעיה לאומית עקב פערים עמוקים בין שכבות סוציו-אקונומיות, בכל הקשור לרפואת שיניים.

כצעד מינימאלי לשינוי המצב בישראל מתמקדים החוקרים במצבם של הילדים. לטענתם "הגיעה העת לממש את המחויבות הקיימת בחוק לגבי טיפולי שיניים לתלמידים..." וכן להגשים את כוונת המחוקק לכלול את שירותי בריאות השן לתלמיד בסל השירותים, שהחוק מחייב לספקו. עורכי המחקר ממליצים להרחיב את סל שירותי בריאות הפה והשיניים גם לאוכלוסיות נוספות, תוך הבטחת תקציב נאות; לפעול בדחיפות להקמת מאגר מידע אפידמיולוגי-דנטלי ולקיים ניטור מתמיד של מצבי החולי בתחום זה. במקביל הם מציעים לפעול בתחומי החינוך לבריאות, בתחומי התכנון והכשרת כוח האדם ולהרחבת ההפלרה של מי השתייה. צעדים אלה במשולב יתרמו לצמצום פערים ולהפחתת תחלואת הפה והשיניים וישפרו את איכות החיים של האוכלוסייה בישראל.

ההצעות הללו אינן תחליף להמלצה הכללית, והיא לפעול להכללת בריאות השן בתוך המסגרת הכללית של שירותי הבריאות המובטחים לכלל הציבור בישראל. וככל שנקדים כן ייטב.

יעקב קופ

ירושלים, אב תשס"ז, יולי 2007

רפואת הפה והשיניים אחריות המדינה לתושביה

טוביה חורב¹, יונתן מן²

1. מבוא

הרפואה בישראל על כל שלוחותיה הייתה במשך שנים רבות נושא לדיונים, ועדות בדיקה, ביקורות ורעיונות לשיפור וייעול בענפיה השונים. ועדת נתניהו³, אשר שימשה כזרז לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הדגישה את הצורך לכלול שירותים שונים, כגון רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים, בסל שירותי הבריאות הציבוריים. אמנם עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התייצבה מדינת ישראל לצד מדינות אירופה ומדינות מערביות מתקדמות אחרות, בהן אספקת שירותי בריאות בסיסיים נתפסת כחלק מאחריות המדינה לתושביה. אולם, מאחר שבסופו של דבר, המלצותיה של ועדת נתניהו בתחום בריאות השן לא באו לידי ביטוי בחוק ביטוח הבריאות, אשר הוחל בישראל, אזרחי המדינה נותרו כמעט ללא כיסוי ביטוחי לשירותי בריאות הפה והשיניים, בשונה מתחומי הבריאות האחרים. זאת, על אף ששכחותן של מחלות דנטליות גבוהה מאוד והן פוגעות בבריאות של חלק ניכר מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל, גורמות לפגיעה משמעותית באיכות החיים ולעיתים אף עלולות להוות סכנת חיים לחולה.

בתחום זה של המדיניות נבדלת ישראל ממדינות מפותחות אחרות. כך לדוגמא, במסגרת הסל הציבורי ניתנים בדנמרק ובנורבגיה טיפולי שיניים חינם לילדים עד גיל 18, במימון ציבורי, בעיקר, עם השתתפות עצמית קטנה יחסית של המבוטח. בגרמניה רפואת השיניים כלולה בסל השירותים הבסיסי וטיפול שיניים ניתנים מכוח החוק לילדים ולאוכלוסיות חלשות. גם בבריטניה טיפולי השיניים כלולים בסל

¹ ד"ר טוביה חורב, סגן מנהל, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

² פרופ' יונתן מן, מנהל המחלקה לרפואת שיניים קהילתית, בית-הספר לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

³ ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, (1990), כרך ראשון, עמודים 431-438.

הבריאות הממלכתית וממומנים בעיקר באמצעות מימון ציבורי, המשולב גם בהשתתפות עצמית של המבוטח. בארה"ב מערך בריאות השן דומה במובנים מסוימים לישראל, בהיותו מבוסס ברובו הגדול על ספקי שירות פרטיים. גם בארה"ב שיעור המימון הציבורי נמוך יחסית. אולם, אפילו בארה"ב, בה לכאורה אין שמים דגש רב על הצדק החברתי, קיים מנגנון תמיכה לאוכלוסיות חלשות ושירותי בריאות השן מסופקים להן באמצעות Medicaid – תכנית ביטוח בריאות במימון פדראלי למשפחות מעוטות הכנסה.

בישראל כ-95 אחוז מההוצאה על בריאות השן ממומן על-ידי משקי הבית. לא יפלא אפוא, שבסקר ארצי נמצא, כי 79 אחוז מן המרואיינים היו סבורים, שרמת המחירים של רופאי השיניים בישראל גבוהה. בנושא זה קיימת כמעט תמימות דעים בין מרואיינים בכל קבוצות ההכנסה⁴. מחירים גבוהים מהווים חסם עיקרי, אם כי לא יחיד, לנגישות לשירותי בריאות השן ויוצרים פערים בין קבוצות האוכלוסייה.

במחקרים משווים נמצא בעבר, כי במדינות בהן קיימת מעורבות ממשלתית בשירותי בריאות השן, הפערים בתחום זה בין קבוצות האוכלוסייה קטנים יחסית. כך לדוגמא, באנגליה ובשבדיה הפערים קטנים יותר לעומת ארה"ב, בה המערכת מבוססת על מימון פרטי⁵. עוד נמצא, במחקר בינלאומי אחר, כי ההבדלים ברוחב הפערים בין שכבות סוציו-אקונומיות במדינות שונות מרמזים על ההשפעה של התפיסה הפוליטית והחברתית-כלכלית את רמת השוויוניות. לדוגמא, באופן עקבי נמצאה רמה גבוהה ביותר של אי-שוויוניות במחקרים שנערכו בארה"ב, בהשוואה לשוויוניות רבה, שנמצאה במחקרים שנערכו בגרמניה, בבריטניה ובין⁶. כמו כן, נמצא, שבמדינות בהן מערך השירותים הדנטליים לילדים מאורגן, ההבדלים בין עשירוני ההכנסה, בכל הקשור לשיעורי הביקור אצל רופא שיניים בשנה החולפת, היו קטנים באופן מובהק בהשוואה למדינות בהן הונהגה תכנית כזו⁷. ממצאים אלה קיבלו חיזוק בשני מחקרים השוואתיים נפרדים^{8,9}.

⁴ ברג, זוסמן, חורב, 2001.

⁵ Chen, 1995.

⁶ WHO, 1997 – p. 249.

⁷ גם בקרב מבוגרים נמצא קשר ישיר בין היקף הביקורים במרפאות שיניים לבין המדיניות, המעמידה לרשות האזרח מערך נגיש של שירותי בריאות השן.

⁸ Arnljot, Barmes, Cohen, 1985.

⁹ Chen, Andersen, Barmes, 1997 – p. 240.

בעיית אי-השוויון בשירותי הבריאות מעסיקה רבות ממדינות אירופה, אולם בשנים האחרונות גברה ההכרה, גם בממשל הפדראלי בארה"ב, בקיומה של בעיה לאומית עקב פערים עמוקים בין שכבות סוציו-אקונומיות בכל הקשור לרפואת שיניים. כך לדוגמא, במסמך רשמי של הממשל נאמר, כי "ההוכחות המצביעות על כך, שלא כל האמריקאים נהנים מאותה רמה של בריאות הפה, מציבות בפנינו אתגר קשה, המחייב להקדיש לנושא זה מאמץ מרבי, הן מצד הגורמים הציבוריים, המופקדים על נושא זה והן מצד כל אחד מאיתנו כאינדיבידואל"¹⁰.

בישראל, עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתקופה שלאחריו, לא הוטלה על קופות-החולים האחריות לספק שירותים דנטליים למבוטחים, למעט לאוכלוסיות ייחודיות ובהיקף קטן, כגון אוכלוסיית החולים האונקולוגיים. אחת הסיבות לכך נעוצה בעובדה, שהחוק אימץ למעשה את הסל של קופת-חולים הכללית, אשר לא כלל את שירותי בריאות השן – כנראה עקב עלותם הגבוהה למבטח וייתכן שגם עקב לחצם של בעלי עניין. אולם נקודת המבט של המדינה בעניין מחויבותה לבריאותם של תושביה אמורה להיות שונה מזו של קופת-חולים, ששימשה עד אז כמבטח לכל דבר ועניין. למרות זאת, מאז אומץ סל השירותים של קופת-חולים כללית, המדינה לא ביצעה כל ניסיון לבצע ניתוחי עלות תועלת ו/או תיעדוף של השירותים הכלולים בסל זה. לפיכך נותרו לכאורה שירותי בריאות השן מחוץ לסל של קופות-החולים.

לאחר כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי אכן עלתה מעת לעת הבעיה של חוסר כיסוי הולם של שירותי בריאות השן במסגרת החוק. דוגמאות לכך ניתן למצוא בכתבי עת שונים¹¹, בפרסום של מרכז טאוב משנת 1999¹², בדו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי¹³ ובנייר העמדה של "כנס ים-המלח" משנת 2003¹⁴. גם מבקר המדינה¹⁵ הצביע על חוסר היעילות של מערכת רפואת השיניים בארץ, ועל ה"כשל" של המדינה בפתרון בעיית שירותי

¹⁰ Oral Health in America – A report of US Surgeon General.

¹¹ חורב, 1996.

¹² חורב, צ'רניחובסקי, 1999.

¹³ דו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בראשות ח"כ דוד טל, הכנסת, פברואר 2000 (ראה סעיף 15 בפרק "מסקנות הוועדה").

¹⁴ המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, 2003.

¹⁵ מבקר המדינה, 2004.

בריאות השן. בנייר עמדה שהגיש משרד הבריאות ביולי 2006 למשרד האוצר, אשר הוכן על בסיס מתווה תלת-שנתי¹⁶, לא הוזכר כלל נושא רפואת השיניים.

עד כה לא נראה כי נשקלת האפשרות לשינוי מדיניות בתחום זה. ייתכן, שהדבר נעוץ בהעדר חומר עדכני, המנתח באופן שיטתי את המצב הקיים ואת המשמעויות הנובעות ממנו ויכול לשמש בסיס לקבלת החלטות.

מטרת העבודה הנוכחית לנתח את מערך שירותי בריאות הפה והשיניים בישראל מההיבט של התשומות והתוצאה; לבדוק, האם קיימים פערים בין אוכלוסיות שונות; ולהעריך, האם יש מקום לשינוי המדיניות שנקטה עד כה על-ידי המדינה בתחום זה, ובמידה שכן – להציע מתווה למדיניות חלופית.

2. תאור המצב הקיים

א. שירותי בריאות הפה והשיניים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

הגם שהמלצות ועדת נתניהו לפתרון משמעותי כולל לבעיית בריאות השן לא נכללו בחוק, ניתן למצוא בו אזכור של מספר שירותים בתחום זה. אולם, גם אותם שירותים מעטים, שלכאורה נכללו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מפוצלים בין רשויות שונות – משרד הבריאות, קופות-חולים, רשויות מקומיות ועוד. כך, לדוגמא, על פי התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אחריות קופות-החולים מוגבלת בעיקר לאספקת שירותים דנטליים לחולים אונקולוגים (לפני ואחרי הקרנות), לחולים לאחר כריתות נרחבות באזור חלל הפה והלוע, לילדים בעלי חיך שסוע ולזקוקים לניתוחים אורתוגנטיים בלסתות עקב הפרעה תפקודית קשה. קופות-החולים מספקות שירותים אלה באמצעות מרפאות השיניים שלהן או באמצעות רשתות של מרפאות שיניים, הקשורות עמן בהסכם. משרד הבריאות, לעומת זאת, אמור לספק שירותי מעקב, הדרכה, בדיקה וטיפול דנטלי לתלמידים בבתי-הספר, מכוח התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בניגוד לשירותי בריאות אחרים, במקרה זה לא פירט החוק את סל הטיפולים שהתלמיד זכאי לקבל ואת התנאים

¹⁶ משרד הבריאות, "מתווה תלת-שנתי ודרישות משרד הבריאות לשנת 2007", יולי 2007 – הנייר הוגש לממונה על התקציבים באוצר (סימוכין 04856306).

לקבלתו. החוק הסתפק בהיגד כללי – "על פי הנהלים הנהוגים במשרד הבריאות" (בהמשך יתוארו הכללים לפיהם ניתן שירות זה).

ב. סדרי עדיפויות בסל השירותים

שאלת ההכללה של רפואת השיניים בסל שירותי הבריאות קשורה לדיון, אותו ראוי לקיים, בשאלת סדרי העדיפויות בשירותי הבריאות הכלולים כיום בסל. פרסום של הבנק העולמי הציג את הנטל של רפואת השיניים במושגים של שנות חיים אבודות – Disability Adjusted Life – DALYs – Years Lost¹⁷. לפי פרסום זה נמצא, כי במדינות המפותחות (שם היקף המחלות הדנטליות נמוך בהשוואה לישראל) עששת שיניים אחראית לכ- 40,000 שנות חיים אבודות, מחלות פריודונטליות לכ- 50,000 שנים וחסר שיניים מוחלט לכ- 480,000 שנים (במונחים של מאות אלפי שנים הערכים הם 0.4, 0.5, ו- 4.8 אצל נשים, בהתאמה, ואצל גברים 0.4, 0.5 ו- 4.1 בהתאמה). הנטל הכולל של מחלות הפה והשיניים היה 5.7 DALYs.

לשם השוואה, הנטל של מחלות חניכיים ועששת, שנמצא באותו פרסום, גבוה יותר מהנטל של מחלה זיהומית כגון צהבת (0.4 בגברים ו- 0.3 בנשים). נטל מחלות אלה נמצא דומה למחלה הכרונית גלאוקומה (0.4 בנשים ו- 0.1 בגברים), גבוה יותר מקטרקט (0.1 בשני המינים) והרבה יותר גבוה ממצבים כגון חוסר ויטמין A או יוד (0.01) וממחלות זיהומיות כגון חצבת (0.1) – כל אלה מצבי תחלואה, המטופלים כיום בצדק במסגרת סל הבריאות. יתר על כן, הנטל שבחוסר שיניים מוחלט משתווה ואף עולה בחומרנו על מצבים קיצוניים, כגון גידולים ממאירים בצוואר הרחם (2.3), בשחלות (4.0) ואפילו לאוקמיה (2.6 בנשים ו- 3.5 בגברים) ובחלק ממחלות הלב, לדוגמה ב- Peri-/Endo & Myocarditis ו- Cardiomyopathy (ערכי ה- DALYs שנמצאו שם היו 4.1 בגברים ו- 2.5 בנשים).

כמובן, אין בממצאים אלה, כדי לחלוק על הצורך להכליל את כל מצבי החולי שנמנו לעיל בסל השירותים הכלול, בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הנתונים נועדו להבהיר, כי הנטל של מחלות הפה והשיניים לא נופל ואף עולה על מצבי חולי אחרים ולכן קיימת חשיבות רבה בטיפול ובמניעת התחלואה גם בתחום זה. יש לזכור, שעם חקיקת החוק, אומץ בחיפזון סל שירותי הבריאות של קופת-חולים הכללית. סדר העדיפויות ותחושת

¹⁷ World Development Report, 1993.

המחויבות של קופת-חולים לחבריה איננו זהה בהכרח למידת המחויבות של מדינה לאזרחיה – אולם למרות זאת, מאז 1994 ועד היום לא ביצעה המדינה תיעודף של השירותים שנכללו מלכתחילה בחוק, אלא רק לגבי שירותים וטכנולוגיות שהוצעו מאז **כתוספת** לסל¹⁸. ראוי אם כן לשקול הצורך בחשיבה מחודשת לגבי סדרי עדיפויות בשירותים הכלולים כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וייתכן שרפואת שיניים היא רק דוגמא אחת הממחישה צורך זה.

ג. תשומות בתחום בריאות הפה והשיניים

1) ההוצאה הלאומית על בריאות הפה והשיניים

ההוצאה הלאומית על רפואת שיניים בישראל ב-2003 הייתה כ-4.1 מיליארד ש"ח, שהם כ-9.2 אחוזים מההוצאה הלאומית הכוללת לבריאות¹⁹. שיעור זה הוא מהגבוהים בעולם המערבי²⁰. לשם השוואה, ההוצאה הלאומית על שירותי רפואת השיניים בהולנד מהווה רק 3.8 אחוזים מההוצאה הלאומית הכוללת על בריאות, בצרפת ובאוסטרליה כ-5 אחוזים, בדנמרק 6.5 אחוזים, בקנדה 7.5 אחוזים ובגרמניה 7.8 אחוזים²¹.

ההוצאה על שירותי רפואת שיניים גבוהה יחסית גם במונחים של שווי כוח הקנייה. כך לדוגמא, בין השנים 2000-2001 הייתה ההוצאה לנפש על שירותים אלה בישראל 166 PPP\$ לעומת 84 בלוקסמבורג, 101 בהולנד, 118 בפינלנד, 131 בצרפת, 156 בדנמרק ו-121 באוסטרליה²²,²³. בכל המדינות הללו כלולים שירותי רפואת השיניים בצורה כזו או אחרת בסל

¹⁸ כדי להמחיש זאת, ניתן להציג שתי דוגמאות לשאלת סדרי העדיפויות, מבלי לקבוע עמדה בשאלה הנדונה: האם הנטל של מחלות הפה והשיניים גבוה יותר ממחלות עור שכוחות; האם הטיפול בעיות שיניים לתלמידים חשוב יותר או פחות מטיפולים בתחום הפרעות בתחום קשב וריכוז, וכדומה.

¹⁹ וכ-0.75 אחוזים מהתל"ג.

²⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006.

²¹ OECD, 2003.

²² ישראל – חושב על בסיס נתוני הלמ"ס, 2004; נתוני המדינות האחרות – OECD Health Data, 2003 (נתוני אוסטרליה ולוקסמבורג מתייחסים לשנת 2000 והשאר לשנת 2001).

²³ בכמה מדינות ההוצאה גבוהה יותר – ארה"ב (\$230), גרמניה (PPP\$ 223) וקנדה (206 PPP\$).

הבריאות הממלכתית, וכפי שניווכח בהמשך, בכולן התוצאה הבריאותית, במונחים של תחלואת העששת בילדים טובה יותר בהשוואה לישראל. המימון הציבורי לרפואת שיניים בישראל מכסה פחות מ-5 אחוזים מההוצאה הלאומית. נתון זה דומה לארה"ב (5.1 אחוזים) אך שונה בשיעור ניכר ממדינות כמו אוסטרליה (19 אחוז), הולנד (27.4 אחוז), צרפת (34.5 אחוז), דנמרק (37.6 אחוז), גרמניה (62.7 אחוז), יפן (78.3 אחוז) ולוקסמבורג (100 אחוז)²⁴. במונחים שווי קנייה של המטבע המקומי, ההוצאה הציבורית לנפש על רפואת שיניים בישראל היא כ-8.5 PPP\$²⁵ והיא ברמת הוצאה, הנמוכה ביותר בהשוואה לשאר המדינות המערביות המפותחות. לשם השוואה, ההוצאה הציבורית על שירותי רפואת שיניים בקנדה היא 12 PPP\$, באוסטרליה ובהולנד 27, בפינלנד 41, בצרפת 47, בדנמרק 59, בלוקסמבורג 84, ובגרמניה 138²⁶.

2) הוצאות משקי הבית על בריאות השן

משקי הבית נושאים בלמעלה מ-95 אחוז מההוצאה הלאומית על רפואת שיניים. זהו סעיף ההוצאה הכבד ביותר בהוצאות המשפחה על בריאות. מדובר בכך, שההוצאה על בריאות השן היוותה בשנת 2005 כ-26.7 אחוז מההוצאה הממוצעת של משק בית על בריאות וכ-1.4 אחוזים מההוצאה הכוללת לתצרוכת של משק הבית²⁷. אם נתרכז בהוצאות המשפחה על שירותי בריאות שסופקו (ללא התשלומים החודשיים בגין ביטוחי בריאות) ניווכח, כי ההוצאה על שירותי רפואת שיניים מגיעה לכדי 34 אחוז מכלל ההוצאה של משק הבית על שירותי בריאות.

בהוצאות משקי הבית על בריאות השן קיימים פערים משמעותיים בין קבוצות הכנסה. בשנת 2005 היה ממוצע ההוצאה על רפואת שיניים בחמישון ההכנסה העליון גבוה פי 2.2 מהחמישון התחתון²⁸. הפער בין קבוצות ההכנסה גדל במשך השנים – אם בשנת 1999 היוותה ההוצאה הממוצעת על רפואת שיניים של משק בית מחמישון ההכנסה התחתון כ-64 אחוז מההוצאה של משק בית הנמנה על אחד מארבעת חמישוני

²⁴ OECD, 2003 (data of 2000).

²⁵ חושב על בסיס השתתפות המדינה בכ-5 אחוזים מההוצאה לבריאות השן.

²⁶ ראה הערה מס' 22.

²⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משק הבית 2005, סיכומים כלליים.

²⁸ חושב על בסיס נתוני למ"ס, 2005.

ההכנסה הגבוהים יותר, הרי שבשנת 2002 היוותה ההוצאה של משק בית מהחמישון התחתון רק 54 אחוז מההוצאה של האחרים.²⁹

3) ביטוח דנטלי

לכאורה ביטוח שיניים מסחרי יכול לסייע למבוטח במימון טיפולי שיניים. אולם, אם בארה"ב כ-58 אחוז מהאוכלוסייה מכוסה בתכנית של ביטוח דנטלי³⁰, כך שחלק גדול מההוצאה שלהם על בריאות השן, שאינה מכוסה במסגרת המימון הציבורי, מכוסה על-ידי צד ג' ולא מטילה תשלום ישיר על משק הבית/המטופל³¹, הרי בישראל נמצא, כי שיעור רוכשי ביטוח דנטלי הוא נמוך ביותר – כ-8 אחוזים³². פוליסות אלה אינן נמצאות בעדיפות בחברות הביטוח, ככל הנראה, מאחר ששיעור הנזקים של פוליסות הפרט בביטוח שיניים הוא הגבוה ביותר מבין כל סוגי ביטוחי הבריאות³³. בשנת 2005 עמד שיעור הנזקים של פוליסות אלה על 82 אחוז לעומת 32 אחוז בלבד בפוליסות מסוג 'הוצאות רפואיות' ו-57 אחוז בימחלות קשות³⁴. גם מבחינת היקף הפרמיות מהווה ביטוח השיניים חלק קטן מתוך כלל ביטוחי הבריאות המסחריים (8 אחוזים מדמי הביטוח בשנת 2005).

יש לציין, כי היקף כיסוי כה נמוך של אוכלוסייה בביטוח דנטלי מסחרי מאפיין דווקא מדינות בהן קיים כיסוי ציבורי לשירותי בריאות השן.

4) תשומות כוח אדם

שיעור רופאי השיניים לנפש במדינת ישראל הוא מהגבוהים בעולם. שיעור רופאי שיניים³⁵ ל-100,000 נפש בישראל הוא 109.1 לעומת 84.7 בנורבגיה, 83.9 בדנמרק, 74.8 בגרמניה, 67.9 בצרפת, ו-48.4 בהולנד.

²⁹ המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, 2003.

³⁰ בין יתר התמריצים הנהוגים שם, ניתן להצביע על הקלות מס למעסיקים, הרוכשים פוליסת ביטוח דנטלית לעובדיהם.

³¹ חורב, צירניחובסקי, 1999; ורד, 2007.

³² ברג, זוסמן, חורב, 2001.

³³ שיעור הנזקים (loss ratio) מוגדר כיחס שבין תביעות ברוטו (תביעות שולמו והשינוי בתביעות התלויות) לבין דמי הביטוח שהורווחו (כולל השינוי בעתודות).

³⁴ משרד האוצר, דו"ח הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לשנת 2005.

³⁵ רופאי שיניים עד גיל 65.

ממוצע במדינות האיחוד האירופי הוא 61.0 רופאי שיניים ל-100,000 נפש³⁶.

ד. עלות תחלואת הפה והשיניים למשק

המחסומים הכלכליים והתרבותיים, המונעים כיום מילדים להגיע בזמן לטיפול שיניים, מביאים לצורך בטיפולים מורכבים ויקרים יותר בהמשך חייהם. בנוסף לפגיעה בבריאותם של הילדים גם נגרמת עלות כספית למדינה, הגדלה לאורך זמן בקצב מעריכי. במחקר שבדק נושא זה נמצא, שגם אם רק מחצית ממחזור של בני הנוער יתגייס בעתיד לצה"ל, עדיין ההשקעה ברפואת שיניים משמרת בקרב תלמידים בתקופת לימודיהם בבתי-הספר נושאת למשרד הביטחון תשואה כלכלית של 8.9 אחוזים צמודה לשכר הריאלי³⁷. לפי אותו מחקר, התשואה להשקעה בבריאות השן גבוהה משער הריבית שמשלמת ממשלת ישראל על אגרות חוב, שהיא מוכרת לעשר שנים, וכדאי לה למכור אגרות חוב צמודות מדד או דולר בריבית של 5 אחוזים ולהשקיע את הכסף בבריאות השן בקרב תלמידים, השקעה שתחסוך לה הוצאה לכשיתגייסו לצה"ל.

בחישובים הנ"ל לא הובאה בחשבון עלות נוספת למדינה, זו הנובעת מאובדן שעות עבודה בגין תחלואת שיניים וטיפולי שיניים, הן עקב התחלואה של אנשים הנמנים על כוח העבודה והן עקב הטיפול בילדיהם (המגיעים בדרך-כלל לטיפול בלווי אחד ההורים). על פי חישובינו, העלות למשק, הנובעת מאובדן שעות עבודה, מגיעה לכ-550 מיליון ש"ח לשנה. לכך ניתן להוסיף עוד כ-50 מיליון ש"ח אובדן הכנסות ממיסים בגין שעות טיפול בעוסקים עצמאיים. במובן זה, השקעה במניעת תחלואה דנטלית תביא לחיסכון ניכר. ירידה של אחוזים בודדים במספר השיניים הנגועות עשויה אם כן לחסוך למשק הישראלי מיליוני ש"ח לשנה.

ה. שיטת אספקת השירות

שירותי בריאות השן מבוססים בישראל על המגזר העסקי, כמשתקף בהתפלגות ההוצאה על שירותי בריאות השן לפי גורם מבצע – אם במערכת הבריאות כולה חלקו של המגזר העסקי בהוצאה הוא כ-48 אחוז, הרי שברפואת שיניים מדובר ב-97.7 אחוז מההוצאה, כאשר

³⁶ משרד הבריאות, 2007.

³⁷ מכנס, 2006.

המגזר הממשלתי אחראי רק על 1.5 אחוזים מן ההוצאה (והשאר מלכ"רים פרטיים)³⁸.

רופאי השיניים, השינניות והסייעות, כוח המשימה של נותני השירות הדנטלי לאוכלוסייה, עובדים במסגרת של כ-4,000 מרפאות שיניים בבעלות פרטית. בנוסף, קיימים 491 תאגידיים, המפעילים 694 מרפאות שיניים – מתוכם 221 מרפאות קיבוצים, 203 מרפאות השייכות לתאגידיים פרטיים-מסחריים, 151 מרפאות בבעלות קופות-החולים, 62 בבעלות רשויות מקומיות, ו-57 מרפאות השייכות לעמותות³⁹. עבודת מרפאות השיניים של תאגידיים מוסדרת באמצעות תיקון לפקודת רופאי השיניים משנת 1986⁴⁰. הקמת מרפאה של תאגידי מחייבת רישיון והיא פועלת בפקוח משרד הבריאות. המרפאות הפרטיות אינן בפקוח והקמתן אינה מחייבת רישיון ממשרד הבריאות⁴¹.

התשלום בגין השירות משולם בדרך-כלל לנותן השירות במעמד קבלת השירות. רובו הגדול של מערך נותני השירות בשוק זה מתוגמל על בסיס העיקרון של fee for service – דבר המשפיע על היקף הטיפולים הניתנים לאוכלוסייה המבקרת במרפאות השיניים⁴². יש לציין, כי השונות בתעריפים בין מרפאות השיניים הפרטיות גבוהה מאוד.

בהיבט של טיפול באוכלוסיות מיוחדות, האגף לטיפול באדם המפגר של משרד הרווחה מפעיל 13 מרפאות שיניים במעונות ברחבי הארץ, המטפלות באנשים עם פיגור שכלי, המוכרים על-ידי האגף וחוסים במוסדות. לאחרונה נפתחו שירותים אלה גם לאנשים עם פיגור שכלי הגרים בקהילה. הטיפולים ניתנים בתשלום על פי מחירון של אגף הרווחה.

בצה"ל ניתנים לחיילים בשירות חובה שירותי רפואת שיניים משמרת (סתומות, הסרת אבנית, טיפולי שורש ועקירות), ללא תשלום. חיילים שנפגעו בשיניהם עקב השירות זכאים גם לשיקום השיניים שנפגעו (לרבות כתרים, שתלים וכדומה). משרתי הקבע זכאים לטיפול שיניים משמר ומשקם ובני משפחותיהם זכאים לטיפול שיניים משקם.

³⁸ למ"ס, שנתון מס' 57

³⁹ וייסבלאי, 2005.

⁴⁰ ראה גם תקנות רופאי שיניים (מרפאות של תאגידיים), התשנ"ג-1993.

⁴¹ למעט אישור להפעלת מכשיר קרינה (רנטגן).

⁴² ורד, 2007.

יש לציין, כי קיימות גם מרפאות הממומנות על-ידי גורמים פילנתרופיים שונים והן מעניקות לאוכלוסיות חלשות טיפול ללא תשלום. הרשויות המקומיות מספקות לעיתים, באמצעות מחלקת הרווחה, סיוע כספי לנזקקים למימון טיפול שיניים, אולם התקציב לנושא זה דל ביותר ורק בודדים זוכים בסיוע.

ו. השירות הדנטלי לתלמיד

האחריות לאספקת שירות דנטלי לתלמידים הוטלה בחוק על משרד הבריאות והוא מבוצע באמצעות מרפאות שיניים של הרשויות מקומיות שבחרו להצטרף להסדר זה (החלטה משותפת של ועד ההורים היישובי בשיתוף פעולה עם הרשות המקומית). השירות לא ניתן בכל הרשויות המקומיות והוא מכסה רק מקצת מאוכלוסיית חינוך החובה בישראל. השירות יכול להינתן באחד משני המסלולים הבאים לפי החלטת הרשות – שירות בסיסי או שירות מקיף.

הסל **הבסיסי** לתלמיד כולל בדיקה שנתית (מכיתה א' עד ט'), המתבצעת במרבית המקרים בכיתות הלימוד ללא טיפול כלשהו. ממצאי הבדיקה מתועדים ומדווחים בכתב להורים, כהודעה על מצב שיני ילדיהם. כמו כן, מבוצעת חלוקה (חד-פעמית) של מברשת שיניים ומשחת שיניים לכל תלמיד (בכיתה א') וניתן חינוך לבריאות השן בכל הכיתות על-ידי רופא שיניים, שיננית או בעל מקצוע מתאים אחר, בהיקף של לפחות 3 שעות בשנה. קיים קושי לבצע בקרה על רמת הבדיקות המבוצעות (בתנאי תאורה לא מספיקים, ללא ציוד מתאים וללא צילומים) ועל הפעילות בתחום חינוך לבריאות המתבצעת במסגרת זו. על אף שפעילות זו מתבצעת זה שנים רבות, אין במשרד הבריאות נתונים על יעילותה.

הסל **המקיף** לתלמיד כולל, בנוסף לאמור לעיל, גם טיפולי עזרה ראשונה במקרה של כאבים לתלמידי כל הכיתות, וכן טיפול לתלמידי הכיתות הנמוכות (כיתות א' ו-ב'). טיפול זה מתבצע במרפאת שיניים, והוא כולל סתימות, כיפוי מוך, קיטועי מוך (טיפול שורש לשיניים נשירות), עקירות, ניקוי רובד ואבנית, כתרם טרומיים ואיטומי חריצים בשיניים קבועות⁴³.

⁴³ לפי דיווחי משרד הבריאות, עזרה ראשונה ואיטום חריצים מבוצעים גם לתלמידי כיתות ז' – שאר הטיפולים מוגבלים לתלמידי הכיתות הנמוכות.

הנחיות למתן שירות בריאות השן לתלמיד מופיעות בחוזר מנכ"ל משרד החינוך, המאשר גביית התשלום המיוחד מההורים, בכפוף להקמתה של ועדה מפקחת, המורכבת מנציג הרשות המקומית, נציג ועד ההורים היישובי ונציג משרד הבריאות⁴⁴. השירות ניתן על בסיס הוראות מקצועיות של האגף לבריאות השן במשרד הבריאות, באמצעות מרפאות שיניים של אותן רשויות מקומיות, שהחליטו לספק את השירות. עלות השירות כ-25 מיליון ש"ח בשנה, ממומנת בחלקה – כ-10 מיליון ש"ח – על-ידי משרד הבריאות והיתר ממומן על-ידי הרשויות המקומיות ואגרת רפואת שיניים, המוטלת על המשפחה⁴⁵. אגרה זו עומדת כיום על 30 ש"ח לתלמיד לשנה והיא בגדר תשלום חובה, המוטל על כל ההורים ברשות מקומית שבחרה לספק שירות מקיף. ברשויות המספקות רק את השירות הבסיסי לא גובים היום מההורים אגרה (עד לפני כ-7 שנים נגבתה אגרה גם בגין השירות הבסיסי)⁴⁶.

מאחר שהאחריות לאספקת השירות הועברה לרשויות המקומיות, האגף לבריאות השן במשרד הבריאות מתקשה לאסוף ממצאים לגבי היקף עמדות הטיפול, מספר הרופאים המועסק, ומספר הילדים שטופלו מידי שנה במסגרת שירות זה.

ז. נתוני תחלואה וצרכים דנטלים

האם ההשקעה במונחים של הוצאה לאומית ותשומות כוח אדם בישראל אכן מביאה לתוצאה בריאותית ראויה? מאגר הידע הנמצא בישראל לגבי היקף התחלואה והצרכים הדנטליים מוגבל ביותר ואין גורם ממלכתי המופקד על איסוף הנתונים. תמונה חלקית אודות התחלואה ניתן לקבל ממצאי סקרים לא רבים, אשר בוצעו בישראל במהלך השנים, שרק מיעוטם בוצע על מדגם מייצג.

נתונים אחרונים, המתבססים על מדגם מייצג, כלל-ארצי משנת 1989 של ילדים בגיל חמש⁴⁷ העלו, כי לילד בגיל זה היו בממוצע 2.7 שיניים

⁴⁴ סעיף 2.2-42 וכן סעיף 1-3.11 בחוזר הוראות הקבע סג/4(א) של מנכ"ל משרד החינוך.

⁴⁵ ניראל, חורב, זוסמן, רוזן, 2003.

⁴⁶ ראה לדוגמה סעיף 1-3.11 לחוזר מנכ"ל משרד החינוך בשנת הלימודים תש"ס (גובה האגרה עמד על 27 ש"ח לתלמיד לשנה בגין הסל הבסיסי ו-53 ש"ח בגין שירות מקיף). ערב החוק עמדו האגרות על 22 ש"ח ו-43 ש"ח בהתאמה.

⁴⁷ Zadik, Zusman, Kelman, 1992.

נשירות (שיני חלב), שנפגעו מעששת⁴⁸. לפי המדגם, כ-41 אחוז מהילדים בגיל זה לא נחשפו מעולם לעששת. מאז לא בוצע סקר ארצי נוסף בקרב בני גיל זה. בסקרים מקומיים על אוכלוסיות לא מייצגות נמצאו בממוצע 5.6 שיניים פגועות לילד בקריית-גת ו-7.4 אצל ילדים ממשפחות עולים חדשים, בני העדה האתיופית⁴⁹.

בסקר שבוצע ב-2002 על ילדים בגיל 12 נמצאו בממוצע 1.66 שיניים פגועות לילד (שיניים קבועות)⁵⁰ וכ-46 אחוז מהילדים היו חופשיים מעששת⁵¹. על אף שיש בכך כדי להעיד על מגמת ירידה בתחלואת העששת⁵², הממצאים עדיין גבוהים באורח ניכר לעומת מדינות מערביות אחרות – שם נמצאה שכיחות נמוכה יחסית של המחלה בגיל זה. כך לדוגמא, בבריטניה בממוצע לכל ילד בגיל זה נפגעו מעששת 1.1 שיניים ו-56 אחוז מהילדים היו חופשיים לחלוטין מעששת. גם במדינות נוספות היו ערכים נמוכים יותר: בדנמרק 0.8 שיניים פגועות בממוצע ו-64 אחוז חופשיים מעששת, בהולנד 0.8 שיניים פגועות ו-68 אחוז חופשיים מעששת, ובגרמניה 0.98 ו-61 אחוז בהתאמה⁵³.

בקרב גילאי 18 לא נערך בישראל מעולם סקר במדגם מייצג ארצי. הנתונים הרלבנטיים ביותר הינם מחיילי צה"ל וגם כאן הם אינם מייצגים את האוכלוסייה הכללית ולעיתים אף לא את כלל חיילי צה"ל. כך, לדוגמא, בסוף שנות ה-80 נמצאו בקרב טירונים ביחידה התנדבותית בצה"ל ממוצע של 12.1 שיניים פגועות לחייל. רק 1.8 אחוזים מהחיילים היו חופשיים מעששת⁵⁴. במחקר אחר, שנערך על מדגם מייצג של חיילי חובה שהשתחררו מצה"ל בשנת 1995 (גילאי 20-21)⁵⁵, נמצאו בממוצע 8.8

⁴⁸ dmft=2.72 – מדד זה מבטא את מספר השיניים (הנשירות) שנפגעו מעששת (ממוצע לנבדק) בקרב קבוצה נבדקת. ככל שהמספר גבוה יותר היקף המחלה רחב יותר.

⁴⁹ Kooby, 1992.

⁵⁰ DMFT=1.66.

⁵¹ Zusman, , Ramon, , Natapov, Kooby, 2005.

⁵² יש לציין, כי בעשורים האחרונים ידועה מגמה כלל עולמית של ירידה בתחלואת העששת, שסיבותיה אינן ברורות. מגמה זו לא פסחה גם על ישראל, אולם אין בה בהכרח כדי להעיד על תפקוד יעיל של מערכת הבריאות דווקא.

⁵³ WHO – Oral health country/area profile program.

⁵⁴ Gordon, Kats, 1990.

⁵⁵ Horev, Zilburg, Sgan Cohen, 1995.

שיניים נגועות לחייל⁵⁶. הגם שהטיפול בחיילים ניתן ללא תשלום, נראה, כי מצב התחלואה הגבוה בעת כניסתם לשירות, בעיות של נגישות למרפאות שיניים וחסמים תרבותיים מונעים כיסוי של כל הצרכים. גם לגבי אוכלוסיית הקשישים (בני 65 שנה ומעלה) רמת המידע מוגבלת ביותר. סקר שפורסם ב-1985 מצביע על כך, שבאוכלוסייה מעורבת של דרי מוסדות ומבקרים במרכזי יום 63 אחוז היו חסרי שיניים לחלוטין בלסת אחת ו-60 אחוז היו חסרי שיניים לחלוטין בשתי הלסתות⁵⁷. במחקר שבוצע מאוחר יותר⁵⁸ נמצא, כי כ-40 אחוז מקרב בני 65 ומעלה בקהילה (שאינם מאושפזים ואינם דרים במוסדות) היו חסרי שיניים לחלוטין ולאילו עם שיניים בגיל זה, נותרו בממוצע 14.1 שיניים לנבדק (מתוך 36 שיניים). אחוז מחוסרי השיניים לחלוטין הגבוה ביותר בגיל זה נמצא בקרב אוכלוסייה הערבית (67.2 אחוז). מסתבר, שגם בתחום זה התוצאה הבריאותית פחות טובה בהשוואה למדינות מערביות אחרות. כך לדוגמה נמצא באותו סקר, כי בישראל 32.3 אחוז מקבוצת הגיל 65-74 היו חסרי שיניים לחלוטין, לעומת 27 אחוז בדנמרק, 24.8 אחוז בגרמניה, ו-16.3 אחוז בצרפת.

בעוד שלגבי עששת השיניים קיימים נתונים כלשהם, גם אם חלקיים, הרי שבתחום תחלואת החניכיים כמעט שאין כל מידע – לא על המצב נוכחי ולא על המגמות לאורך שנים⁵⁹. מחלקי המידע הקיים נראה שגם בתחום זה שיעור התחלואה בישראל גבוה יותר מהקיים במדינות מערביות אחרות⁶⁰.

⁵⁶ בין 1994 ל-1997 נצפתה ירידה מסוימת בתחלואת העששת בקרב חיילי חובה – ראה: Sgan Cohen, Kats, Horev, Dinte, Eldad, 2000.

⁵⁷ Mann, Mersel, Gabai, 1985.

⁵⁸ Adut, Berkey, Sgan Cohen, Mann, 2002.

⁵⁹ בוצע סקר על משרתי קבע בצה"ל – אוכלוסייה שאינה מייצגת. לפרטים ראה – Katz, Peretz, Sgan-Cohen, Horev, Eldad, 2000.

⁶⁰ חורב, 1996.

3. פערים בתחלואה ובמערך רפואת השיניים בישראל

נתוני תחלואה מציגים תמונה שאינה מעודדת, אולם מעבר לכך יש לזכור שממוצע תחלואה כללי בקבוצת גיל כזו או אחרת לא משקף את הפערים הקיימים בין קבוצות שונות באוכלוסייה, הן בהיקף התחלואה והן באשר לגורמי הסיכון ולשימוש בשירותי הבריאות. במחקר שבדק נושאים אלה⁶¹ נמצאו פערים משמעותיים בין אנשים משכבות הכנסה שונות.

א. פערים במצב התחלואה

בסקר שנערך בנושא זה נמצא, כי שיעור המדווחים על כך שמצב בריאותם בשיניים ובחניכיים "לא טוב" גבוה (פי 3 ופי 2.4 בהתאמה) אצל מרואיינים מחמישון ההכנסה התחתון לעומת מרואיינים מקבוצות הכנסה גבוהות יותר. מעבר לפער בתחום זה בין קבוצות ההכנסה, יש לציין גם, שקיים פער גדול בקרב אנשים מקבוצות ההכנסה הנמוכות בין תפיסתם את מצב בריאות הפה והשיניים שלהם לעומת תפיסתם את מצב בריאותם הכללית. כך לדוגמא, בכל הקשור לעששת השיניים, כרבע מהנשאלים בחמישון התחתון תפסו את מצבם כ"לא טוב". שיעור זה גבוה בהרבה מהמדווח בקרב אנשים מקבוצות הכנסה נמוכות, אשר נשאלו אודות מצב בריאותם הכללי (ללא קשר לשיניים) במסגרת סקר הבריאות הלאומי. שם נמצא כי רק 1.7 אחוזים מהנשאלים, הנמנים על שכבות ההכנסה הנמוכות (משתכרים פחות מ-2,000 ש"ח לחודש), העריכו את מצב בריאותם (הכללית) כ"לא טוב"⁶².

ממצאי בדיקות קליניות מחזקים את המגמה המצטיירת מתפיסת מצב הבריאות הדנטלי בעיני המרואיינים. כך לדוגמא, בסקר קליני שבוצע על מדגם ארצי של בני 12⁶³, נמצא קשר בין הרמה החברתית-כלכלית של היישוב (לפי הסיווג החברתי-כלכלי של יישובים, הנערך על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) לבין מספר השיניים הפגועות מעששת. באותו סקר דווח, כי ביישובים שסווגו במקום נמוך יחסית (רמות 3 ו-4) המספר הממוצע של שיניים פגועות הוא 2.3 עד 3.8 לילד, לעומת 1 עד 1.6 אצל ילדים מיישובים שסווגו כבעלי רמה חברתית-

⁶¹ למשל, חורב, ברג-ורמן, זוסמן, 2004.

⁶² ראוי לציין, שלבד משאלה אודות ביקורים במרפאות שיניים לא כלל סקר בריאות לאומי זה שאלות על בריאות השן.

⁶³ Zusman, , Ramon, , Natapov, Kooby, 2005.

כלכלית גבוהה יחסית (רמות 7 עד 9). עוד יש להדגיש את ממצאיו של סקר, שהצביע על היקף דומה של תחלואה דנטלית של ילדים מתרבות שונה, המתגוררים ביישובים, הנמנים על אשכול חברתי-כלכלי דומה – לדוגמא רמה דומה של תחלואה דנטלית התגלתה בקרב ילדים באום-אל-פחם וילדים מאור עקיבא, וכן בקרב תושבים מתרבות שונה, המתגוררים באותה שכונה מעורבת, הנמנית על מדרג חברתי-כלכלי נמוך יחסית (שכונת חליסה בחיפה)⁶⁴.

גם בכל הקשור לחוסר שיניים מוחלט בקרב קשישים מגיל 65 ומעלה נמצאו פערים משמעותיים ורמות תחלואה גבוהות ביותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה⁶⁵. כך לדוגמא נמצא, כי כ-88 אחוז מהקשישים בעלי ההכנסה הנמוכה זיווחו שבפיהם יש שיניים תותבות לפחות בלסת אחת⁶⁶.

ניסיון להסביר את מצב בריאות השיניים, כפי שנתפס על-ידי הנשאלים (על-ידי גרסיה לוגיסטית) מתמקד בכמה גורמים חשובים: חמישון הכנסה – ככל שהכנסה לנפש נמוכה, מצב השיניים נתפס טוב פחות; התנהגות בריאותית – תדירות ביקורים לבדיקות מנע ותדירות הברשת שיניים, גיל – ככל שהגיל עולה מצב השיניים נתפס כפחות טוב, ושפה – מצב שיניהם של דוברי רוסית וערבית נתפס על-ידם כפחות טוב בהשוואה לדוברי עברית.

ב. נגישות ושימוש בשירותי בריאות השן

רפואת השיניים מהווה נתח נכבד משירותי הבריאות הניתנים במסגרת הקהילה. בשנת 2004 היוו הביקורים אצל רופאי השיניים בישראל, לרבות אורתודנט ורופא מומחה לחניכיים, כ-17 אחוז מכלל הביקורים שבוצעו אצל רופאים בקהילה⁶⁷. בשנת 2004 לבדה דווח על כ-11 מיליון ביקורים במרפאות שיניים. מדובר בנתח פעילות נכבד למדי, שרובו ככולו מבוצע במסגרת הפרטית.

⁶⁴ ממצאי בריאות השן במשרד הבריאות - מחוז חיפה, בהתבסס על סקר משותף של משרד הבריאות ובית-הספר לרפואת שיניים באוניברסיטת תל-אביב.

⁶⁵ Berg, Horev, Zusman, 2001.

⁶⁶ ברג-ורנר, חורב, זוסמן, 2004.

⁶⁷ כולל רופאים כלליים, רופאי משפחה, רופאים מומחים וכן רופאים במקצועות רפואת השיניים. משרד הבריאות, 2003/2004.

בסקר שהזכרנו, שנערך בישראל⁶⁸ נמצא, כי שיעור הביקורים אצל רופאי שיניים בקרב האוכלוסייה החלשה כלכלית נמוך יחסית. כך, לדוגמא, שיעור המדווחים על ביקור אצל רופא שיניים בשנה האחרונה בקרב מרואיינים מחמישון ההכנסה התחתון היה נמוך בכ-20 אחוז לעומת החמישונים האחרים. 58 אחוז מהנשאלים בחמישון התחתון דיווחו, שהסיבה העיקרית לאי-הגעתם לטיפול דנטלי, גם כאשר היה צורך בכך, הייתה המחיר (לעומת 19 אחוז בלבד בקרב החמישונים האחרים). גם לגבי בדיקות מנע נמצא פער גדול בין החמישונים – בחמישון התחתון 14 אחוז בלבד הצהירו כי הם פונים ביוזמתם לרופא השיניים לבדיקות מניעה לעומת 64 אחוז בחמישון ההכנסה האחרים. שיעורם של מי שלא הגיעו לבדיקות מניעה עקב המחיר היה כפול בקרב החמישון התחתון לעומת החמישונים האחרים. גם שיעורם של אלה שהגיעו לטיפול אך לא יכלו להשלימו עקב המחיר היה גבוה בקרב החמישון התחתון – כ-63 אחוז לעומת 41 אחוז בקרב שאר הנשאלים מחמישון ההכנסה האחרים. ממצאים אלה בולטים ביותר בהשוואה לטיפולים רפואיים אחרים, שם נמצא, בשנים 2003 ו-2005, כי שיעור הוויתור על טיפול רפואי עמד על 6 ו-8 אחוזים בהתאמה (לא כולל ויתור על תרופות)⁶⁹. בסקר נוסף, שעיקרו פורסמו לאחרונה⁷⁰, הסתבר, כי 30 אחוז מהנשאלים (ממוצע כללי) ויתרו על טיפול שיניים בגלל התשלום. עוד הסתבר, כי הפגיעה קשה יותר בקרב אוכלוסיות חלשות – כמחצית מבעלי ההכנסה הנמוכה וכשליש מהחולים הכרוניים ויתרו על טיפול שיניים עקב התשלום. כשליש מהקשישים ציינו שלא פנו לרופא שיניים למרות שהיו זקוקים לטיפול והסיבה השכיחה, שצוינה על-ידם, הייתה המחיר (27 אחוז). יש לציין, כי בכל הקשור לויתור על טיפול רפואי (שאינו קשור לשיניים) ותרופות, ישנם מצבים, בהם לרשות המוותרים עומדות חלופות שונות בתחום המחיר (לדוגמא: תרופה אחרת, ייעוץ על-ידי רופא משפחה במקום רופא מומחה), לא כך ברפואת שיניים – כאן אין חלופות לטיפול.

יש להדגיש, כי ההבדלים לפי מעמד חברתי-כלכלי עמדו בעינם בניתוחים רב-משתניים. כך לדוגמא, נמצא, שהסיכוי שאדם יבקר אצל רופא שיניים גבוה פי 1.2 ככל שהוא משתייך לחמישון הכנסה גבוה יותר.

⁶⁸ חורב, ברג-ורמן, זוסמן, 2004.

⁶⁹ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2006.

⁷⁰ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2006.

ממצאים דומים נמצאו גם באשר לסיכוי שאדם ישלים טיפול שיניים שהוחל בו. פער בין חמישוני ההכנסה נמצא גם בעמדות המרואיינים שנמנו על חמישוני הכנסה הנמוכים, כלפי סוגיות הקשורות לבריאות השן וכן בהתנהגות בריאותית מונעת, וברמת הידע של הנשאלים.

איכות השירות: מסתבר כי מרואיינים מהחמישון התחתון מקבלים שירות בסטנדרט נמוך יותר מאחרים. שיעור גבוה מתוכם מקבל אמנם טיפול דנטלי במרפאות שיניים פרטיות. אולם, פעמים רבות מדובר במרפאה בה חסר כוח עזר (סייעות, שינניות וכו'). ההמתנה לקבלת הטיפול קצרה יותר אמנם אך ההמתנה לרופא במרפאה ארוכה יותר. אחוז גבוה מתוכם איננו מקבל הסבר מרופא השיניים על הבעיה הרפואית ועל מהות הטיפול הניתן ושיעור גבוה דיווח על תותבת שאינה מתאימה. כמו כן, אחוז גבוה יחסית מקבוצה זו דיווח על הריחוק של המרפאה ממקום מגוריו.⁷¹

ביטוח דנטלי: כפי שהזכרנו, היקף הביטוח הדנטלי המסחרי בישראל קטן ביותר. בבדיקת המאפיינים של רוכשי הביטוח נמצא, כי בקרב אנשים הנמנים על חמישון ההכנסה התחתון רק ל-3 אחוזים יש ביטוח שיניים מסחרי לעומת 9 אחוזים בקרב חמישוני אחרים. הנטייה לרכוש ביטוח שיניים הייתה נמוכה ביותר בקרב דוברי רוסית ודוברי ערבית, בקרב הקשישים ובקרב בעלי הכנסה נמוכה.

משק הבית בחמישון ההכנסה העליון מוציא במוצע על ביטוח שיניים פי 7 בהשוואה למשק הבית בחמישון ההכנסה התחתון.⁷² כל האמור לעיל ממחיש את העובדה, שבמערך רפואת השיניים בישראל, המבוסס בעיקרו על מימון פרטי, קיימים פערים משמעותיים ביותר בין שכבות ההכנסה בכל התחומים – נגישות ושימוש בשירותי בריאות דנטלים, מצב התחלואה, ידע, עמדות, והתנהגות בריאותית.

גישות לשירותי בריאות השן לתלמידים: גם בשירותי בריאות השן המסופקים ברשויות מקומיות, באחריות משרד הבריאות, קיימים פערי נגישות גדולים ביותר. בשנת 2006 סיפקו את השירות האמור 67 רשויות מקומיות⁷³. רק כ-32 אחוז מהערים והמועצות המקומיות בישראל ו-7.5 אחוזים מהמועצות האזוריות בחרו לספק שירות זה לתושביהן. על אף שקיימת נטייה לספק את השירות ביישובים באשכולות חברתיים-

⁷¹ ברג, זוסמן, חורב, 2001.

⁷² למ"ס, סקר הוצאות משק הבית 2005.

⁷³ בנוסף קיימת גם מרפאת שיניים נידחת אחת.

כלכליים נמוכים יחסית (2-4)⁷⁴, בעיקר רשויות מהמגזר הערבי בצפון, נראה, כי בשנים האחרונות קיימת נטייה מצד יישובים הדחוקים כלכלית, לוותר על השירות (בהשוואה ל-2003 למשל). גם בראייה רטרוספקטיבית לטווח ארוך יותר נצפתה ירידה משמעותית במספר הרשויות המספקות את השירות. לדוגמא, בשנת 1991 תועדו 91 רשויות כמספקות שירותי בריאות השן לתלמיד⁷⁵.

מתוך 67 רשויות מקומיות, המפעילות כיום שירות דנטלי לתלמיד, 10 רשויות בחרו לספק רק שירות מניעה בסיסי, הכולל בדיקות ללא טיפול דנטלי. יש לציין, כי בין הרשויות שבחרו להסתפק בשירות הבסיסי, ניתן למצוא גם ערים גדולות יחסית, כגון אשדוד, חולון ובני-ברק. כמו כן יודגש שקיימות ערים גדולות, כגון חיפה, בהן לא קיים אפילו השירות הבסיסי.

מבדיקה שנערכה במסגרת המחקר הנוכחי, התברר כי בכל אחד מהאשכולות החברתיים-כלכליים הכיסוי כיום הוא חלקי ביותר. להלן היקף הכיסוי כאחוז מכלל היישובים בכל אחד מאשכולות היישובים⁷⁶.

לוח 1. התפלגות הכיסוי של שירותי בריאות השן לתלמיד לפי אשכול חברתי-כלכלי של היישובים, 2006

היקף הכיסוי כאחוז מכלל הרשויות באשכול (%)	אשכול חברתי כלכלי
12.5	1
37.5	2
55.2	3
38.2	4
28.6	5
25.0	6
15.0	7
19.4	8-10

מקור: חושב על בסיס נתוני למ"ס.

⁷⁴ אשכולות המאפיינים יישובים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך יחסית.

⁷⁵ נתוני משרד הבריאות.

⁷⁶ הטבלה כוללת נתונים אודות עיריות ומועצות מקומיות ולא מועצות אזוריות. העיריות והמועצות המקומיות מהוות 79 אחוז מכלל הרשויות המקומיות.

רק רשות מקומית אחת מהמידרג הנמוך ביותר בחרה לספק את השירות הדנטלי לתלמידים – ערערה אשר בנגב. ישנן רשויות מקומיות ועיריות רבות, המדורגות נמוך ברמתן החברתית-כלכלית, בהן השירות לא ניתן כלל – לדוגמא בית"ר עילית, רהט (אשכול 1), בסמת טבעון, עמנואל, אוס-אל-פחם (אשכול 2) וכן נתיבות וטייבה (רמה 3). מאידך, ברשויות מבוססות כגון הרצליה, קריית-טבעון ורמת-גן (אשכול 8) ניתנים לתלמידים שירותי בריאות השן.

בהתייחס לגודלם של הישובים (מבחינת מספר הנפשות), מצאנו, כי רק ביישוב אחד מהרמה הנמוכה ביותר (אשכול 1) ניתנים שירותי בריאות שן לתלמידים (ביישוב מתגוררים 10 אחוזים מכלל התושבים הכלולים באשכול חברתי-כלכלי זה). לעומת זאת, ב-6 יישובים, הנמנים על אשכול חברתי-כלכלי גבוה יחסית (אשכול 8), הוקמו מרפאות שיניים וניתנים שירותי בריאות השן (יישובים אלה כוללים יחדיו 63 אחוז מתושבי האשכול). אם נתמקד במועצות האזוריות המצב שם גרוע עוד יותר, כאשר רק ב-4 מתוכן הוקמו מרפאות שיניים לתלמידים. במועצות האזוריות ברמה 1-3 אין כלל מרפאות ולא ניתן שירות. מרפאה אחת הוקמה במועצה אזורית חבל יבנה (רמה 4)⁷⁷ ו-3 מרפאות נוספות במועצות אזוריות באשכולות 5 ו-6.

אחד הקריטריונים לחישוב ההיקף הנדרש של רופאי שיניים לטיפול בילדים מבוסס על מפתח של משרת רופא שיניים מלאה לכ-1,000 ילדים.⁷⁸ במציאות ניתנים שירותי בריאות השן ולעיתים מקימים מרפאות שיניים לתלמידים ברשויות מקומיות, שיש ביניהן שונות גדולה מאוד במספר המטופלים הפוטנציאלי – המספר נע בין 110 ילדים במטולה ל-81,236 ילדים בירושלים. בכ-20 מתוך 67 הרשויות, המפעילות שירות זה, פוטנציאל התלמידים בגילאים האמורים נמוך מ-1,000 לרופא. יש מקום להטיל ספק בכדאיות הקמת מרפאה ביישוב, שפוטנציאל התלמידים בו נמוך מ-500, או מרפאה המסתפקת במתן שירות בסיסי (של בדיקות בלבד), לעומת חלופה של רכישת השירות

⁷⁷ במועצה אזורית חבל יבנה גרים רק 344 ילדים בגיל 5-9 (קבוצה המהווה את פוטנציאל מקבלי הטיפול) ובסך-הכל היא כוללת רק 4.5 אחוזים ממספר התושבים הגרים במועצות אזוריות הנמנות על אשכול זה. כלומר, של-95 אחוז מהתושבים במועצות אזוריות מרמה חברתית-כלכלית זו אין שירותי בריאות שן לתלמידים.

⁷⁸ אולם, כנראה שלאור היענות נמוכה יחסית לשירותי בריאות השן לתלמידים, משרד הבריאות תיגמל רשויות מקומיות לפי שיעור של 0.5 תקן רופא שיניים ו-0.6 תקן סיעתת לרופא שיניים לכל 1,200 ילד – ראה גם ברק, 2001.

ממרפאת שיניים קיימת. גם בין הערים הגדולות קיימת שונות רבה בתשומות המופנות לתחום זה. בירושלים לדוגמה קיימות שלוש עמדות טיפול לכ-81,000 ילדים (עמדה אחת לכל 27,000 ילד) ואילו בתל-אביב 10 עמדות טיפול לכ-20,000 ילדים (עמדה לכל 2,000 ילד)⁷⁹.

אין וודאות שילד הרשום כאילו ביקר במרפאת שיניים לתלמיד אכן טופל בהיקף שהיה דרוש לו. קורה שתלמיד מקבל טיפול חלקי בלבד ולאורך השנים אין עקביות באספקת השירות, כיוון שחלק מהרשויות סגרו את השירות הדנטלי לתלמידים בשל קשיים כלכליים. עובדה שפוגעת לעיתים ברציפות הטיפול.

עוד יש לציין, כי חלק מהרשויות המקומיות מקבלות מימון ממפעל הפיס לשם הקמת המבנה של מרפאת השיניים לתלמידים, אך לא תמיד משמש המבנה (הגם שהוקם), כדי לספק את השירות המובטח והוא נשאר בידי הרשות לצרכים אחרים⁸⁰.

ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך, שהמדיניות הנוכחית יוצרת פערים עמוקים בנגישות, לא רק לגבי שירותים הממומנים על-ידי משקי הבית, אלא גם בשירותי בריאות השן המבוססים על מימון ציבורי וניתנים על-ידי ספקי שירות הפועלים במגזר הציבורי.

ג. התשתית החוקית לפעילות בתחום בריאות השן לתלמידים

הפערים שהוצגו לעיל וכן ממצאים חמורים בהשוואת התוצאה הבריאותית בין ילדי ישראל, לילדים במדינות מערביות אחרות, מחייבים בדיקה חוזרת של המדיניות הלאומית בתחום בריאות השן. אולם מעבר לשאלות המוסריות והמשמעויות הכלכליות, הנגזרות ממדיניות זו, גם קיימת לכאורה שאלה, הנוגעת לבסיס החוקי של המדיניות הנוכחית. שירותי הבריאות, שפורטו בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובהם שירותי בריאות השן לתלמיד, היו ונשארו באחריות המדינה והם ניתנים באחריות משרד הבריאות גם כיום⁸¹. שירותים אלה

⁷⁹ יש להדגיש, כי במצב הנוכחי, רשות מקומית בה אין פוטנציאל מספיק של ילדים, בכיתות א'-ב', רשאית להרחיב את השירות הטיפולי גם לילדי כיתות גבוהות יותר. מצב זה יוצר אי-שוויון גם בקרב הרשויות שברחו לספק את השירות הדנטלי לתלמידים. באחדות מהן השירות ניתן גם לילדי כיתות גבוהות בעוד שבאחרות הוא מוגבל ביותר או הופסק כליל.

⁸⁰ לדוגמה, זיכרון יעקב, עומר, מיתר, גית, ערד, נשר, חדרה ואורים. מקור: משרד הבריאות, 2004.

⁸¹ לדוגמה גם שירותי התחנות לאם ולילד (טיפות החלב לשעבר) ושירותי בריאות הנפש.

היו אמורים לעבור לאחריות קופות-החולים מכוח סעיף 69 לחוק, אולם בתיקונים מאוחרים יותר לחוק הובהר, כי חלק מהשירותים ימשיכו להינתן על-ידי משרד הבריאות. עדכונים אלה לא כללו את בריאות השן לתלמיד ובעניין זה הצהרת הכוונות שבטאה בסעיף 69 האמור נותרה בעינה – שירותים אלה אמורים לעבור לאחריות קופות-החולים. כל עוד הם לא הועברו, האחריות על אספקת שירותי "מעקב", "הדרכה" ו"טיפול" דנטלי לתלמידים חלה על משרד הבריאות. בסיפא של הסעיף הרלבנטי קיימת האמירה, "על פי הנהלים הנהוגים במשרד הבריאות", אולם, אמירה זו אמורה הייתה להתייחס לכאורה רק לאופן אספקת השירות ואולי אף לגובה ההשתתפות העצמית. ספק אם יש בה כדי לשלול מעיקרה את זכותם של חלק מהתלמידים לקבל את השירות הדנטלי, כפי שקורה כיום באותן עשרות רבות של רשויות מקומיות, שבחרו שלא לספק את השירות.

בהודעה שהפיץ שר הבריאות במרץ 1995 פורטו השירותים, התנאים והתשלומים, שהמדינה נתנה לפרט במועד הקובע ולפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא אמורה גם לספקם לאחר החלת החוק. בכל הקשור לשירותי בריאות השן, לפי נוסח ההודעה האמורה, ערב החלת החוק הייתה מקובלת בחירה בין שתי רמות של טיפול דנטלי לתלמידים (טיפול בסיסי וטיפול מקיף). אולם הנוסח שאומץ בתוספת השלישית לחוק מבטא רק את הרמה המקיפה ומטיל על משרד הבריאות לספק לתלמידים⁸². על אף האמור לעיל, כאז כן עתה, משרד הבריאות לא רואה עצמו מחויב לספק השירות לכלל התלמידים וודאי שלא מגביל עצמו לשירות המקיף. הוא ממשיך לספק את השירות לחלק קטן מהאוכלוסייה וזאת רק באותן רשויות מקומיות שהחליטו לספק את השירות האמור. ראוי גם להדגיש, כי התקציב המועבר לרשות המקומית, שבחרה לספק שירות זה, אינו "צבוע" ולמעשה היא יכולה להקים את השירות, לקבל את ההקצבה השנתית, ולהשתמש בה לפי צרכיה השוטפים⁸³.

עיקרון האוניברסליות של השירותים, הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוא מהחשובים בחוק ולמרות זאת הזכות לקבלתם מותנה היום בשיקול הדעת של הרשויות המקומיות – אלה כאמור יכולות בכל

⁸² הנוסח שבתוספת השלישית הוא: "בריאות השן- בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה על-ידי רופא שיניים ושיננית לתלמידים וטיפול על פי הנהלים הנהוגים במשרד הבריאות" (סעיף 5 לתוספת השלישית).

⁸³ נקודה זו של תקציב שאינו "צבוע" עלתה גם בדו"ח מבקר המדינה.

עת להחליט אם לספק את השירות אם לאו ואף לקבוע את היקף סל שירותי הבריאות שיקבלו התלמידים. לכאורה, מאחר שהאחריות חלה על משרד הבריאות, הרשויות המקומיות אמורות להוות רק קבוצה של ספקי שירות, באמצעותה מספק המשרד את השירותים הדנטלים. המשרד איננו חייב להיות קשור רק עם קבוצה אחת של ספקים, ובמקומות בהם לא קיים ספק שירות מאותה קבוצה, מחויב המשרד לכאורה להתקשר בהסכם עם ספק אחר, כדי להבטיח שתלמידים יקבלו את השירות שהם זכאים לו מכוח החוק.

גם בגובה תשלומי ההשתתפות של ההורים חלו שינויים ובמהלך השנים בוטלה ההשתתפות העצמית שלהם בגין שירות מניעתי ברמה הבסיסית והוקטן גובה האגרה הנגבית בגין השירות המקיף (30 ש"ח לתלמיד לשנה ב-2007). גובה האגרה נדון מעת לעת בוועדת החינוך של הכנסת, כאשר על פי הנחיית משרד החינוך, 'אגרת בריאות השן לתלמיד' מהווה תשלום חובה להורים ברשויות המקומיות, שבחרו לספק את השירות הדנטלי המקיף. גובה האגרה מתעדכן על בסיס חוזרי מנכ"ל משרד החינוך⁸⁴. בשונה מהשתתפויות כספיות אחרות, שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לגבי אגרה זו לא נקבעו פטור או הנחה לילדים משכבות מצוקה. מעורבותו של משרד החינוך באגרות אלה אינה ברורה, מאחר ולכאורה השירות ניתן מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולפי אותו חוק משרד הבריאות הוא המוסמך לשנות את גובה תשלומי ההשתתפות העצמית והאגרות, בגין שירותי בריאות הכלולים בחוק זה (לרבות אלה הכלולים בתוספת השלישית שלו). זאת, בהתאם לאמור בסעיף 8(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהקנה סמכות זו לשר הבריאות (בכפוף להסכמת שר האוצר ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת).

כתוצאה מהמדיניות הנוכחית נשללה, אפוא, ממרבית ילדי ישראל הזכות לקבל שירות בריאות חיוני שלכאורה כלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אם במהלך העשור האחרון המדינה הייתה אכן אמורה לספק את השירות ולכאורה נמנעה מכך באופן שיטתי, הרי שמעבר לשאלה המוסרית ולמשמעויות הכלכליות למשק כולו, קיימת גם השאלה של

⁸⁴ יש לציין, כי עד שנת הלימודים התשס"ד גבו אגרה גם בגין השירות הבסיסי (בדיקות שיניים ללא טיפולים). בחוזר מנכ"ל משרד החינוך מס' 1-3.11 'תשלומי חובה והרשות לשנת הלימודים התשס"ה עודכנו סכומי ההשתתפות ודווח כי השירות הבסיסי של רפואת השיניים ימומן על-ידי משרד הבריאות.

הפיצוי על הנזק לשיני הילדים באותן רשויות מקומיות, שעקב אילוצים כספיים ואחרים, החליטו שלא לספק את השירות הדנטלי (כגון נתיבות או אום-אל-פחם). אם לא ניתן לפצות על נזקי העבר, אולי ראוי שהמדינה תקבל עליה את האחריות מכאן ולהבא.

4. סוגיות נוספות באחריות המדינה לבריאות הפה והשיניים

א. הפלת מי השתייה

הפלת מי השתייה החלה בארה"ב כבר לפני כ-60 שנה. היא נחשבת כאחד מעשרת ההישגים הבולטים ביותר בתחום בריאות הציבור, לצד הישגים בתחום החיסונים, בטיחות כלי הרכב והכרה בסכנות הטבק. הפלת מי השתייה מוצגת כדוגמה קלאסית בהמחשת חשיבות בריאות הציבור – היא מתחילה בתצפית קלינית וממשיכה במחקר אפידמיולוגי, שבעקבותיו יוצאת לפועל תכנית התערבות יעילה להקטנת התחלואה^{85,86}. שיטה זו הוכחה בעשרות מחקרים כאמצעי זול, בטוח ויעיל ביותר למניעת עששת, המביאה להקטנת פערים בבריאות השן בין שכבות חברתיות-כלכליות^{87,88,89,90,91,92,93,94}.

על-פי התקנות, הנוגעות לאיכות מי השתייה בישראל⁹⁵, ספק המים ליישוב, בו מתגוררים מעל 5,000 תושבים, חייב להשלים את כמות הפלואוריד במי השתייה לרמה האופטימלית, על פי הריכוז שנקבע באותן תקנות⁹⁶. ביישובים קטנים יותר ההחלטה נתונה לשיקול דעתו של הספק. כיום פועלים בישראל 66 מתקני הפלרה ו-101 נוספים נמצאים בשלבי

⁸⁵ Center for Disease Control and Prevention (US), 1999.

⁸⁶ Center for Disease Control and Prevention, 1999.

⁸⁷ Slade, Spencer, Davies, Stewart, 1996.

⁸⁸ Provart SJ, Carmichael CL., 1995.

⁸⁹ Jones, Taylor, Whittle, Evans, Trotter, 1997.

⁹⁰ Graves, Bohannan, Disney, Stamm, Bader, Abernathy, 1986.

⁹¹ Clark, Hann, Williamson, Berkowitz, 1995.

⁹² Murray, Rugg-Gunn, 1982.

⁹³ Warner, Luce, 1982.

⁹⁴ Manski, Moeller, Maas, 1999.

⁹⁵ סעיף 5 לתקנות בריאות העם (איכותם התברואית של מי שתייה), תשל"ד-1974 (נוסח משולב-2001).

⁹⁶ בין 0.8 מג"ל ל-1.2 מג"ל, כפונקציה של הטמפרטורה הממוצעת השנתית של המקום.

תכנון בחברת מקורות. כ-80 אחוז מאוכלוסיית ישראל מקבלים מים מופלרים (כולל 5 אחוזים, שאצלם ההפלה קיימת במים באופן טבעי).⁹⁷ ברחבי העולם למעלה מ-300 מיליון איש נהנים מהיתרונות של הפלרת מים ברמה המיטבית ובארה"ב, כבר בראשית שנות ה-90, קיבלו יותר מ-144 מיליון נפש מים מופלרים, וקיימת כוונה להמשיך ולהרחיב את הכיסוי – נושא זה כלול במטרות של הממשל הפדרלי לשנת 2010.⁹⁸ השימוש בפלואוריד במי השתייה הוכר זה שנים כבטוח לשימוש, כידידותי לסביבה וכיעיל ביותר בהקטנת עששת השיניים אצל ילדים ומבוגרים ובצמצום פערי תחלואת העששת בקבוצות אוכלוסייה שונות^{103,102,101,100,99}. מחקרים שונים הוכיחו את היעילות הכלכלית שבשימוש בפלואוריד במי השתייה וחלקם אף חישבו את החיסכון הצפוי עד כ-54 אחוז בעלויות טיפולי שיניים בילדים בגיל 11-12 שנה,^{104, 105, 106} היקף הירידה בשיעור תחלואת העששת, הנזקף לשימוש בהפלה של מי השתייה נאמד בכ-56 אחוז. המרכז לבקרת ומניעת מחלות בארה"ב הכריז ב-1999, כי הפלרת מי השתייה היא הגורם הראשי לירידה, שהתרחשה במהלך המחצית השנייה של המאה שעברה, בשיעור תחלואת העששת בעולם וכי ההפלה נמצאת בין עשרת ההישגים הגדולים ביותר של המאה ועשרים בתחום בריאות הציבור. הגברת החשיפה לפלואוריד יכולה להתבצע גם באמצעות תכניות שיופיעלו בבתי-הספר, שבמסגרתן ילדים מבצעים שטיפות פה בתמיסות המכילות פלואוריד. כמו כן מקובלת הוספת פלואוריד למשחות השיניים ולמלח ומתבצעת אפליקציה של פלואוריד על-ידי רופא שיניים ו/או שיננית במרפאת השיניים. שיטות אלה הן המקובלות יותר במדינות אירופה.

⁹⁷ משרד הבריאות, נתוני מהנדס ההפלה הראשי של המשרד.

⁹⁸ US Department of Health and Human Services, 2000.

⁹⁹ FDI – World Dental Federation, 2006.

¹⁰⁰ Petersen. 2003.

¹⁰¹ Task Force on Community Preventive Services, 2002.

¹⁰² Center for Disease Control and Prevention, 2001.

¹⁰³ Pollick, 2004.

¹⁰⁴ Attwood, Blinkhorn, 1989.

¹⁰⁵ Burt (ed), 1989.

¹⁰⁶ Brown, Lazar, 1998.

בשנים האחרונות הועלתה בישראל התנגדות מצד ארגונים שונים לנושא ההפלרה של מי השתייה¹⁰⁷. משרד הבריאות תומך מאוד בשיטה¹⁰⁸. גם ועדת מומחים בראשות פרופ' עדין, אשר מונתה ב-2003 על-ידי מנכ"ל משרד הבריאות, לערוך בדיקה יסודית של הנושא לצורך עדכון תקנות איכות מי השתייה, תמכה בהפלרה. הוועדה המליצה להשאיר את ריכוז הפלואוריד המרבי המותר כיום בתקנות; לתמוך בהמשך חובת ההפלרה ביישובים המונים מעל 5,000 תושבים; לקיים דיון נוסף בעניין זה בתוך 5 שנים ולקיים מחקר ארוך טווח על השפעת ההפלרה על תופעת הפלואורוזיס בשיניים, במגמה לקיים דיון בממצאים בתוך 10 שנים¹⁰⁹.

מממצאי סקר, שנערך בשנת 2002, על יעילות הפלואוריד בישראל על ילדים בגיל 12 שנה עולה, כי לכל ילד בישראל היו בממוצע 1.66 שיניים פגועות מעששת. באזורים המופלרים רמת העששת הייתה נמוכה יותר (1.39 שיניים פגועות בממוצע לילד) לעומת הרמה באזורים הבלתי מופלרים (1.83 שיניים פגועות). גם שכוחות המחלה קטנה יותר באזורים בהם מי השתייה הופלרו – באזורים המופלרים כ-49 אחוז מהילדים היו חופשיים מעששת לעומת כ-42 אחוז מהילדים באזורים ללא הפלרה. מאותו מחקר עולה, כי 46 אחוז מהילדים בגיל 12 בישראל היו חופשיים מעששת – ממצא זה מעיד על שיפור ניכר לעומת 1989. חלק ניכר מהשיפור ניתן לייחס להרחבת ההפלרה של המים¹¹⁰.

¹⁰⁷ כגון "אדם, טבע ודין". ראה לדוגמה דיון שהתקיים בנושא זה בוועדת העבודה והרווחה של הכנסת ביום 21/6/2006, בו יצאה קריאה בשלב זה להקפיא את המצב הקיים, עד להשלמת הדיון במסגרת ועדת המומחים.

¹⁰⁸ ראה את נייר העמדה של אינג' ברנרדו גרינפלסט, מהנדס ההפלרה הראשי של משרד הבריאות (ניתן להורדה מאתר האינטרנט) וכן את עמדת האגף לבריאות השן במשרד.

¹⁰⁹ סעיף 17 לסיכום המלצות ביניים של הוועדה לצורך שימוע ציבורי. ראה אתר האיגוד הישראלי למים – http://www.israelwater.org.il/vaadat_adin/adin-sub-june06.pdf

¹¹⁰ Zusman, Ramon, Natapov, Kooby, 2005; Kooby, Zusman, Natapov, 1997; Ramon, Zusman, 1996.

ב. מניעה וחינוך לבריאות הפה והשיניים

עששת השיניים היא אחת המחלות הכרוניות הניתנות למניעה, בעיקר באמצעות שימוש בפלואוריד (במי השתייה, במשחות שיניים ובטבליות), בהקפדה על תזונה נכונה ועל ההיגיינה של הפה והשיניים. העלאת המודעות לכך חשובה ביותר והיא עשויה להפחית באופן ניכר את התחלואה. רכישת ההרגלים של התנהגות מונעת צריכה להתחיל כבר בגיל הינקות ויש חשיבות רבה לפעילות, המכוונת להגברת המודעות בקרב נשים במהלך ההיריון, אשר אין כמעט התייחסות אליה במסגרת "התחנות לבריאות המשפחה". גם בגני הילדים ובבתי-הספר אמור להתבצע חינוך לבריאות. קיימות ערכות הדרכה שניתן להשתמש בהן אולם אין נתונים על היקפי ההדרכה המתבצעת, אם בכלל¹¹¹. מכל מקום במוסדות החינוך אין צורך להפעיל כוח אדם יקר (רופאי שיניים) וניתן להסתפק בכוח אדם ייעודי, כגון שינניות וסייעות.

גם במסגרת מרפאות השיניים בקהילה אין אחידות ביחס לקידום הבריאות וחינוך להתנהגות מונעת של תחלואת שיניים וחיכיים. נושא זה קשור בעיקר לאסכולת הלימוד ממנה צמח נותן השירות. בשוק הפרטי לא קיים כמעט ביקוש לשירותי מניעה ברפואת שיניים, כאשר לנותן השירות לכאורה אין תמריץ לעודד ביקוש כזה. עקב תחושת תחרות, הקיימת לעיתים בין רופא לבין שיננית, לא ניתן לנצל באופן אופטימלי את כוח האדם הקיים כיום במקצוע השינניות, על אף היותן כוח אדם זול יחסית, שעיקר התמחותו ועיסוקו במניעת מחלות הפה והשיניים.

חינוך לבריאות הפה והשיניים לכלל האוכלוסייה יכול להתבצע באמצעות המדיה הכתובה והאלקטרונית וכן במסגרת הפעילות השוטפת של קופות-החולים, כחלק מפעילתן בתחום קידום בריאות. אולם במדיה אין פעילות כלל, למעט הפעילות היזומה על-ידי חברות מסחריות, לקידום מוצריהן ואין מידע אודות הפעילות בתחום החינוך לבריאות הפה והשיניים בקופות-החולים, אם קיימת כזו. קיימים עלונים שהופקו על-ידי המחלקה לחינוך לבריאות במשרד הבריאות, אולם כפי שעולה מעבודה אחרת המתבצעת במרכז טאוב¹¹², בכל הקשור למניעה ולחינוך לבריאות, יש צורך להתאים הן את חומרי ההסברה והן את הגישה

¹¹¹ לדומא ערכת "שינני" לגני הילדים וכתות א'-ב' והתכנית "הכי בריא להיות בריא" לכיתות הגבוהות יותר, אותן ניתן להשיג במחלקה לחינוך לבריאות במשרד הבריאות. לגני חובה קיימת גם התכנית של "שגב" ו"ילי ועומרי".

¹¹² אפשטיין, חורב, 2007 (טרם פורסם).

הטיפולית/המניעתית לאוכלוסיות, שמוצאן מתרבויות שונות, להכשיר מטפלים להתמודד עם שונות תרבותית, ולהתמיד בחינוך ובקידום בריאות במסגרת מאמץ מתמשך ולא כאקט חד-פעמי. צעדים אלה עשויים להשפיע על ההבנה וההיענות לאימוץ התנהגות מונעת גם במערך רפואת השיניים.

ג. תכנון והכשרה של כוח אדם ברפואת שיניים

היחס בין האוכלוסייה (מספר הנפשות) למספר רופאי השיניים בישראל הוא מן הגבוהים בעולם. מנתוני משרד הבריאות עולה¹¹³, כי בסוף 2004 היו בישראל 9,365 בעלי רישיון לעסוק ברפואת שיניים. 7,726 מתוכם עד גיל 65¹¹⁴ וכ-41 אחוז מהם מתחת לגיל 45. רוב בעלי הרישיון לעסוק ברפואת שיניים – 63 אחוז – גברים ו-37 אחוז נשים. אחוז הנשים מכלל רופאי השיניים עד גיל 45 עולה בהדרגה (נתון בעל חשיבות בעת חישוב אומדנים לצורכי כוח אדם, עקב ההבדלים בהיקף הממוצע של משרה בין גברים לנשים במקצוע רפואת שיניים). רק 25 אחוז מרופאי השיניים בישראל הינם בוגרי אוניברסיטאות בארץ, 52 אחוז במזרח אירופה 20 אחוז מערב אירופה ובארצות-הברית ו-4 אחוזים באסיה/אפריקה. כ-8 אחוזים מרופאי השיניים הם בעלי תואר מומחה (0.11 מומחים ל-1,000 נפש), שיעור המומחים נמצא במגמת גידול¹¹⁵.

בעלי מקצועות העוזר ברפואת שיניים כוללים 1,178 שינניות ו-3,733 טכנאי שיניים. כמו כן קיימות כ-5,588 סייעות, שקיבלו בזמנו תעודת הכרה על-ידי משרד הבריאות. אולם בהתאם להחלטת בית המשפט העליון מיום 29.4.2004 הופסקה הנפקת תעודת הכרה במעמד לבעלי מקצועות שאינם מוסדרים בחוק. בתחום רפואת השיניים הוראה זו חלה על הסייעות. יש להדגיש, כי עקב קשיים במעקב השוטף אחרי נותני השירות מרגע קבלת רישיון העבודה ואילך, קיימת בעיה של מידת עדכון הנתונים, הן לגבי עצם הפעילות במקצוע, הן באשר להיקף המשרה, והן

¹¹³ משרד הבריאות, 2007.

¹¹⁴ מספר רופאי השיניים במשרות מלאות (Full Time Equivalent – FTE) מוערך ב-4,300, וזאת כשמסכמים את שעות העבודה המשוערות של רופאי השיניים. מספר זה נמוך במעט מזה שפורסם בשנת 2000.

¹¹⁵ שיעור המומחים הגבוה ביותר הוא בשיקום פרוסתודונטי (20 אחוז מכלל המומחים), אחריו אורתודונטיה (18 אחוז) ולאחר מכן כירורגית פה ולסת (16 אחוז). קיים חסר במומחים מתחומים מסוימים, לדוגמה רפואת הפה ופתולוגיה אורלית.

באשר לפיזור הגיאוגרפי של נותני השירות. עובדה זו מקשה על תכנון תשתית עתידית של רופאי שיניים, של מומחים בתחומי ההתמחות השונים ושל בעלי מקצועות פרה-רפואיים בתחום זה.

לאורך השנים קיימת מגמה של גידול בשיעור רופאי השיניים לנפש¹¹⁶. כך לדוגמה בשנת 1986 היה השיעור רופא אחד ל-1,204 נפש הרי ששיעור בשנת 2006 עמד על רופא אחד ל-921 נפש. עבודה שבדקה, בין השאר, תחזית כוח-אדם דנטלי לשנת 2011¹¹⁷ מציגה תשקיף של יחס רופא שיניים לאוכלוסייה בשנה זו של 1:1,002. שיעור זה עדיין גבוה יחסית למדינות המערביות אחרות. ממצאים אלה מעוררים שאלה בדבר היקף הצורך בהכשרת רופאי שיניים במתכונת הקיימת, במיוחד בהתחשב בירידה במספר רופאי השיניים העולים ממדינות אחרות, במגמת ההתייצבות של מספר הלומדים רפואת שיניים בחו"ל ובגידול האוכלוסייה. העבודה לא התייחסה לגיל ולמין העוסקים במקצוע ולפיזור הגיאוגרפי. לא ידוע לנו על עבודה אחרת שבוצעה בתחום זה, שהכילה מסקנות אופרטיביות. זאת, בשונה למשל מעבודות שנעשו בישראל¹¹⁸ בנושא החוסר הכללי ברופאים, שבעקבותיהן נערכו שינויים במספר המתקבלים ללימודי רפואה בארץ, וכן עבודות המתבצעות בתדירות גבוהה בארה"ב, המנתחות את כוח העבודה בתחום רפואת השיניים, תוך התאמת החקיקה לשינויים המתחייבים¹¹⁹.

מחויבות המדינה בעניין זה אמורה לכלול תכנון הכשרה של כוח אדם עתידי (לאור צמצום ממדי העלייה של רופאי שיניים ממדינות חבר העמים); הכשרה מתמשכת של כוח אדם קיים לאור השונות ברקע המקצועי וריבוי האסכולות מהם הגיעו רופאי השיניים; הכשרת מומחים, שינניות, סיעות וטכנאי שיניים; ותמריצים לפיזור גיאוגרפי סביר של נותני השירות, בהתחשב בצרכים עתידיים של האוכלוסייה. כל אלו מחייבים גם מסד נתונים אמין, שלמיטב ידיעתנו, מצוי כיום.

ד. מידע

המידע הקיים כיום בנושא בריאות הפה והשיניים לוקה בחסר. מדובר בשלשה מישורים של מידע: זכויות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי,

¹¹⁶ רופא שיניים עד גיל 65.

¹¹⁷ Mann, Vered, 2003.

¹¹⁸ פזי ואחרים, 2002.

¹¹⁹ Adequacy of Current and Future Dental Workforce, Theory and Analysis.

מידע אודות התנהגות מונעת וחינוך לבריאות הפה והשיניים, ומידע אודות נותני השירות. סקר מכון מאיירס ג'וינט-ברוקדייל מגלה, כי רמת הידע, בהקשר לזכויות המבוטחים בנושאים הקשורים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נמוכה ביותר בקרב הנמנים על חמישון ההכנסה התחתון, בקרב אנשים עם קשיי שפה, וכן בקרב חסרי השכלה. המלצת חוקרי מרכז טאוב היא¹²⁰, שכל מידע שיוכן צריך להיות מותאם לאוכלוסיות מרקע תרבותי שונה. בהקשר זה ראוי להזכיר גם את הצורך בהכשרת כוח אדם במקצועות רפואת השיניים שיהיה מסוגל להתמודד עם אוכלוסיות מרקע שונה.

היבט אחר נוגע לחוסר במידע אפידמיולוגי דנטלי, העומד לרשות מקבלי ההחלטות במערכת הבריאות ישראל. מידע כזה חיוני, הן לשם הכנת תכניות התערבות בקהילה והן ברמה של המדיניות הלאומית; ואכן, חוסר בנתונים אפידמיולוגיים ואי-ניטור מתמשך מקשים על תכנון ארוך טווח ועל קבלת החלטות. נקודה זו הועלתה כבר בדו"ח ועדת נתניהו בשנת 1990, אולם עד עתה לא נעשה דבר. ראיה לכך היא הערה המופיעה לאחרונה בעניין זה בדו"ח מבקר המדינה¹²¹, שהזכיר, בין השאר, את העובדה שבמשרד הבריאות לא קיים אפילו מנגנון לניטור ואיסוף מידע על הצרכים הדנטלים בקרב אוכלוסיות שונות, אף לא בקרב האוכלוסיות החלשות.

5. מסקנות והמלצות

בפתיח לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הודגש, כי החוק מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. שכיחות העששת ומחלות החניכיים באוכלוסייה גבוהה יותר מכל מחלה כרונית אחרת. הטיפול במחלות אלו ובתוצאותיהן יקר ביותר והנטל הכלכלי במונחים של DALYs (שנות חיים אבודות) גבוה בהשוואה למחלות אחרות הכלולות בסל השירותים. נטל התשלום, הנופל רובו ככולו על הפרט וחוסר המעורבות הממשלתית, בכל הקשור לחינוך לבריאות בתחום זה, יוצרים מחסומים כלכליים ותרבותיים אשר, ככל הנראה, מונעים מחלק גדול

¹²⁰ אפשטיין, חורב, 2007.

¹²¹ דו"ח מבקר המדינה, 2004.

מהאוכלוסייה להגיע לשירותי בריאות השן ובכך נפגעים אותם עקרונית החשובים עליהם מושתת החוק. עורכי המחקר הנוכחי סבורים שיש לפעול בהקדם האפשרי לשינוי המדיניות הנוכחית. להלן המלצותינו בדבר כיווני פעולה אפשריים:

א. קבלת אחריות

המדינה, באמצעות משרד הבריאות, תקבע מדיניות מסודרת וברורה בכל הקשור למידת מחויבותה לבריאות הפה והשיניים של אזרחיה ותכליל באופן שוויוני ובמוצהר את רפואת השיניים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כצעד ראשון יש לממש בהקדם האפשרי את מחויבותה, כפי שהיא באה לידי ביטוי בנוסח הנוכחי של החוק, כך שבכל רשות מקומית בישראל תהא אפשרות לתלמידי כיתות א-ב, לקבל שירותים לבריאות השן, כמחויב מן התוספת השלישית לחוק. השירותים יינתנו באמצעות מרפאת השיניים של הרשות המקומית או באמצעות נותני שירות פרטיים או באמצעות תאגידי, הפועלים באותה רשות, עמם המשרד יגיע להסכם על מתן טיפולי מניעה וטיפול שיניים לתלמידים. מעבר להיבט המוסרי הקיים כאן, דחיית הטיפול במשך שנים גורמת לפגיעה בבריאותם של הילדים ולעלות כספית הגדלה לאורך זמן, הן למשקי הבית והן למדינה.

ב. היקף הכיסוי הביטוחי בשירותי בריאות השן

1) אוכלוסיית הזכאים: בראייה ארוכת טווח, הכוונה להגיע לטיפול שיניים מונע ומשמר, בהיקף שיוגדר להלן, לילדים ונוער עד גיל 18 וכן לטיפול שיניים משמר ומשקם לקשישים (בני 67 ומעלה, הזכאים להבטחת הכנסה)¹²².

מומלץ ליישם את הכיסוי הביטוחי הציבורי לילדים בשלושה שלבים: שלב מיידי ועד תום שנת 2009 – הזכאות תוגבל לילדים עד גיל 9. משנת 2010 עד תום שנת 2011 יורחב הטיפול לילדים עד גיל 12 ועד תום שנת 2012 יורחב הטיפול עד גיל 16.

¹²² נוסף לטיפולים הקיימים כיום במסגרת התוספת השנייה לחוק.

2) הרכב סל השירותים הדנטלי

טיפול מניעה :

- 1) חינוך לבריאות השן לנשים הרות ולאימהות לתינוקות, על-ידי אחיות במסגרת התחנות לבריאות המשפחה (טיפות החלב)¹²³.
- 2) חינוך לבריאות השן לתלמידים בגני-חובה ובבתי-ספר על-ידי שיננית/אחות בית-הספר או אחות בריאות הציבור.
- 3) הספקת מברשות שיניים בהנחה של 50 אחוז מהמחיר לצרכן, במסגרת סל השירותים של קופות-החולים (בדומה לאביזרים, כגון מקלונים לבדיקת רמת הסוכר ומכשירים למדידת לחץ דם).
- 4) הנהגת שטיפות פה אחת לשבוע עם תמיסת פלואוריד בגני-הילדים בהדרכת שיננית.
- 5) תרגול היגינה אורלית במרפאת הרופא.
- 6) ביקורת שנתית.
- 7) הסרת אבנית על-ידי שיננית אחת לשנה (לילדים ולקשישים).
- 8) איטום חריצים וחריצים לילדים בני שש-שמונה לפי אינדיקציות רפואיות בלבד¹²⁴.

טיפול רפואת שיניים משמרת:

- 1) שיחזורי אמלגם.
- 2) שיחזורים מרוכבים.
- 3) טיפולי שורש.
- 4) מבנים מידיים.
- 5) עקירות.
- 6) כיפוי מוך.
- 7) עזרה ראשונה במקרי חבלה בשיני חזית.
- 8) כתרים טרומיים.

הרדמה לצורך טיפולי שיניים: בהתאם לקריטריונים הקיימים כיום בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

¹²³ טיפות חלב יתפקדו בדומה למודל של Baby clinics.

¹²⁴ מומלץ לשקול איטום חריצים גם בגיל 12 לשיניים טוחנות שניות (בהתוויה רפואית).

טיפולים לקשישים :

תושבים בני 67 ומעלה, הזכאים להבטחת הכנסה, יהיו זכאים לקבל שירותי רפואת שיניים משמרת כהגדרתם לעיל ומשקמת (שחזורים ניידיים – שיניים תותבות ותותבות חלקיות).

ג. מימון

הרכב המימון : על פי האומדן, עלות השירותים לילדים בגיל 0-9 היא 230-250 מיליון ש"ח לשנה ושל הטיפול באוכלוסיית הקשישים כ-110 מיליון ש"ח נוספים. להלן הרכב המימון לפי מקורות מוצעים :

העלאה בת אחוז אחד במס הבריאות, הנגבה באמצעות המוסד לביטוח לאומי¹²⁵.

העברה תקציבית מהתקציב שהוקצה עד עתה למשרד הבריאות למימון שירותי בריאות השן לתלמיד.

העברה מהתקציב שהוקצה עד כה למשרד הביטחון לטיפול דנטלי במשרתי הקבע ובמשפחותיהם.

שיחלוף עם שירותי בריאות פחות נחוצים, הכלולים כיום בסל השירותים (או הגדרת מכסות לשירותים שעד כה לא הוגבלו בסל השירותים).

השלמת מימון מתקציב המדינה.

עקרונות ההשתתפות העצמית : לא תיקבע השתתפות עצמית בגין טיפולי מניעה, כגון בדיקת שיניים תקופתית (אחת לשנה, כולל צילומי נשך), הסרת אבנית, הדרכה להיגיינה אורלית ואיטום חריצים לילדים, לגביהם קיימת אינדיקציה רפואית לקבלת האיטום. טיפולי עזרה ראשונה יחויבו בתשלום השתתפות עצמית. מבוטחים מקבלי הבטחת הכנסה ואחרים, הפטורים על פי חוק מתשלום אגרות, יחויבו בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של עד 50 אחוז מהנהוג לגבי שאר האוכלוסייה. למשפחות בנות 3 ילדים עד גיל 12 תיקבע תקרת תשלום רבעונית בגין טיפולים משמרים.

הקלות מיסוי : מומלץ לבדוק את האפשרות להנהיג לאוכלוסיות שלא תהיינה זכאיות לקבל שירותי בריאות השן מכוח הסל שבחוק, הכרה בחלק מהוצאותיהן על ריפוי שיניים (בגין שירותי מניעה ורפואת שיניים משמרת בלבד – עד תקרת הוצאה שנתית שתיקבע) לצורך ניכוי/זיכוי

¹²⁵ או העלאת המס בשיעור נמוך יותר בשילוב עם העלאה של תקרת ההכנסה המקובלת כיום לעניין חישוב מס הבריאות.

במס הכנסה. כמו כן, מומלץ לשקול שימוש בכספי המע"מ בגין שירותי בריאות השן כחלק ממקורות המימון הציבורי.

ד. אופן אספקת השירות

במסגרת העבודה הנוכחית נבחנו 4 מודלים עיקריים: האחד, השארת האחריות לאספקת השירות בידי משרד הבריאות והעסקת הרשויות המקומיות כ'נותן השירות'. כל זאת בפריסה כלל ארצית ראויה. השני, העברת האחריות לאספקת השירות לקופות-החולים; השלישי, החלת ביטוח חובה באמצעות חברות ביטוח מסחריות; והרביעי, קביעת זכאות של תושבים לקבלת החזר כספי בגין שירות דנטלי הקיים בסל השירותים, ללא קשר לזהות נותן שירות, או לחילופין, תשלום ישיר לספקים באמצעות גוף שלישי (למשל, באחריות ההסתדרות לרפואת שיניים).

על ניגוד האינטרסים בין תפקידו של משרד הבריאות כנותן שירות לבין תפקידו כמיניסטרו, הקובע מדיניות ומפקח על ביצועה, נכתב רבות בעבר. זו אחת הסיבות העיקריות לכך, ששירותי הבריאות הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אמורים לעבור לאחריות קופות-החולים. המעבר יאפשר למשרד הבריאות להתפנות לעיסוקיו כמיניסטרו ולכן אין יתרון בהרחבת פעילותו של משרד הבריאות גם לנושא בריאות השן.

באשר לרשויות המקומיות – במצב הנוכחי הן אינן בנויות להתמודד עם שירות כגון זה, גם אם יחפצו בכך. הן לא התמחו באספקת שירות דומה לכלל האוכלוסייה ועליהן להקים לשם כך תשתיות פיזיות ומנגנונים (לרבות מנגנוני גבייה) ולכן אפשרות זו מועדפת פחות.

להערכתנו, מודל ביטוח חובה אינו ראוי, היות שמדובר בגופים מסחריים, הפועלים למטרות רווח, שממילא אין להם כיום תשתיות לאספקת השירות והם פועלים באמצעות מרפאות הסכם, ללא פיקוח ראוי על טיב השירות וללא מוטיבציה לקידום בריאותן של אוכלוסיות חלשות.

מודל ההחזרים הכספיים חסר את ההכוונה של המטופל ואת האחריות הציבורית על בריאותם הדנטלית של התושבים והוא איננו כולל פעילות מונעת ומקדמת בריאות. מודל זה מסתכם בהחזר עבור תשלום בגין הוצאה, ללא פעילות לאיתור אוכלוסיות חלשות, לקידום בריאות, חינוך לבריאות וכדומה, וללא בקרת איכות על הטיפול כמקובל ברפואה.

אנו רואים יתרון בחלופה של העברת האחריות לקופות-החולים על פני החלופות האחרות מהטעמים הבאים: מדובר בהטלת האחריות הכוללת לבריאותו של מבוטח על הקופה – הגוף שזהו עיקר עיסוקו והתמחותו, תוך ניצול תקורות קיימות וללא צורך בהקמת תשתיות חדשות. החינוך לבריאות השן וקידום הבריאות ישולבו בפעילות הקיימת כיום בקופות על-ידי אותם גורמים המופקדים על כך כיום. כמו כן, הקופות ערוכות לבצע בקרת איכות של שירותי הבריאות אותן הן מספקות; הזמינות של מידע רפואי אודות המבוטח והקשר עם יתר מערכות הרפואה נותנות לקופת החולים יתרון גם בהיבט השמירה על רציפות טיפולית; בידי הקופות מידע אודות אוכלוסיות פטורות/זכאיות להנחות בהשתתפות עצמית, בגין מצבן הכלכלי; לקופות קיימים כבר כיום מנגנוני גבייה של השתתפויות עצמיות.

שיטת אספקת השירות באחריות קופות-החולים: הקופות תהיינה מחויבות לספק את השירות באיכות סבירה וברמת נגישות כמקובל בשירותי בריאות אחרים. הן תספקנה את השירות באמצעות רשת מרפאות עצמית או כזו עמה הן קשורות כיום בהסכם וכן באמצעות רופאי שיניים עצמאיים בקהילה, בדומה למודל המקובל ביתר שירותי הבריאות¹²⁶. משרד הבריאות יפקח על איכות השירותים ועל ביצוע המדיניות.

מומלץ לשקול קביעת תקציב גלובלי שנתי, שיתורגם לתעריף דינמי לפי סוג טיפול והיקף הטיפולים שבוצע בכל המערכת בשנה קודמת (בדומה למערכת הגרמנית), תוך קביעת ועדה שתקבע מידי שנה את שווי הטיפולים השונים (בהשתתפות נציגי ההסתדרות לרפואת שיניים).

ה. שיטת הקצאת משאבים

המשאבים יוקצו לקופות במסגרת נוסחת קפיטציה ייחודית לתחום בריאות השן, מאחר שהמשקלות היחסיים של הנוסחה הנוכחית אינם מנבאים את ההוצאה על שירותי בריאות השן בגילאים הרלוונטיים. כספי הקפיטציה יהיו "צבועים" למטרה לה ייעדו.

איגום משאבים: המשאבים, העומדים כיום לטיפול דנטלי, ירוכזו, לרבות זה המיועד לטיפול באוכלוסיות החלשות וכן כלי הניהול והביצוע

¹²⁶ המרפאות של הרשויות המקומיות יוכלו להמשיך לפעול כ"קבלן" של אחת או יותר מקופות-החולים, הפועלות במסגרת הרשות המקומית.

המתחלקים בין מספר רשויות – משרד הבריאות, קופות-חולים, רשויות מקומיות, משרד הרווחה, משרד הביטחון וארגונים שונים. מודל זה אמור להביא ל"איגום המשאבים" שישאו יעול והקטנת תקורות. המלצה זו מופיעה גם בדו"ח מבקר המדינה.

ו. חינוך לבריאות

כבר מגיל צעיר ביותר יש לחינוך לבריאות הפה והשיניים תפקיד חשוב במניעת התחלואה. יש להכיר בתחנות לבריאות המשפחה (טיפות החלב) כמרכז חינוכי למניעה ברפואת שיניים לאישה ההרה ולנשים לאחר לידה. בנוסף, יש להקצות משאבים לחינוך לבריאות הפה והשיניים בגני-הילדים ולהעמיק את החינוך למניעה ולבריאות הפה והשיניים במסגרת בתי-הספר. לצורך כך יש להכשיר בתחום זה את אחיות התחנות לבריאות המשפחה, אחיות בריאות הציבור ואחיות בתי-הספר.

ז. איסוף מידע

יש לפעול בהקדם האפשרי להקמת מאגר מידע אודות בריאות השן בכל התחומים: תחלואה, התנהגות בריאות, שימוש בשירותים דנטליים וכן היקף העוסקים במקצועות רפואת השיניים. הנתונים ייאספו ברמה הלאומית וכן לפי אזורים גיאוגרפיים ולפי אוכלוסיות יעד. את איסוף המידע הראשוני ופעילות הניטור המתמשכת של התחלואה ניתן להפקיד באחריות ה-ICDC – המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות. בכל מקרה, אין להסתמך בעניין זה רק על סקרנותם המקצועית ותקציבם של חוקרים באקדמיה.

ח. הפלרת מי השתייה

הפלרת מי השתייה היא אמצעי מוכח, בטוח וזול למניעת עששת השיניים החל בגיל צעיר ביותר. זו אחת הדרכים, המפיקות את התועלת הגדולה ביותר ביחס לעלות, המביאה לשיפור בריאות השיניים והיא חשובה במיוחד לצמצום פערים ולהקטנת תחלואה בשכבות מעוטות יכולת. לפיכך, קיים צורך להרחיב את היקף ההפלרה של מי השתייה עד לכיסוי מרבית האוכלוסייה בישראל.

ט. תכנון והכשרת כוח אדם

אם יוחלט על הכללת מרכיבים של רפואת השיניים בסל השירותים שבחוק, צפויה עלייה בביקוש לשירותי רופאי שיניים באופן כללי ובמיוחד לשירותים לילדים ולשיקום מצבים של חוסר שניים בקרב האוכלוסייה המבוגרת. לאור האמור לעיל, ועקב הירידה בהיקף עליית רופאי שיניים ממדינות חבר העמים והיציבות בהכשרת בוגרי הארץ ובהיקף רופאי השיניים העולים ממדינות אחרות, ועל רקע העלייה בגיל הממוצע של העוסקים במקצוע, יש צורך בתכנון ארוך טווח של כוח האדם בתחום זה, הן רופאי השיניים הכלליים והן רופאי שיניים מומחים, בעיקר בתחום הפדודונטיה (רפואת שיניים לילדים) ובתחום שיקום פה ולסת לאוכלוסייה המבוגרת. עוד נדרשת קביעת מדיניות, הכוללת תמריצים לפיזור נכון יותר של העוסקים במקצועות רפואת השיניים.

בנוסף לאמור לעיל, יש לפעול להכשרת העוסקים במקצועות רפואת השיניים הן במסלולי ה-graduate והן ב-under-graduate לשם הקניית מיומנות שתאפשר גישור על פני פערים תרבותיים בין המטפל למטופל (cultural competence). כמו כן, יש לפעול באוניברסיטאות ובאמצעות קורסי המשך, המתקיימים לאחר תום הלימודים, לשם העמקת הידע של רופא המשפחה והאחיות בכל הקשור למניעת תחלואה ברפואת השיניים.

סיכום

התשומות המושקעות כיום בישראל ברפואת הפה והשיניים במונחים של הוצאה לאומית ותשומות כוח אדם גבוהות יחסית אולם התוצאה דלה. התחלואה גבוהה יחסית והפערים בין קבוצות האוכלוסייה גדולים. המימון הציבורי לרפואת שיניים הוא הקטן ביותר בהשוואה ליתר המדינות המפותחות. בריאות הפה והשיניים מהווה חלק בלתי נפרד מהבריאות הכללית והתחלואה בתחום זה מהווה נטל לפרט ולחברה כולה. מדינות אירופה הכירו במחויבותן ולכן הן כללו את רפואת שיניים בתכנית הבריאות הממלכתית ובסל השירותים, דבר המקל על הנגישות לקבלת שירותים אלה ומצמצם את הפערים בין קבוצות האוכלוסייה. מדינת ישראל לא קיבלה על עצמה עד כה אחריות בתחום זה וגם המטלה שהוטלה על משרד הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לספק שירותי בריאות השן לתלמידים ממומשת לכאורה באופן לא-שוויוני. הגיעה העת לממש את המחויבות הקיימת בחוק לגבי טיפולי שיניים לתלמידים, וכן

להגשים את כוונת המחקר להעביר את שירותי בריאות השן לתלמיד לסל השירותים שבתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. עורכי המחקר הנוכחי ממליצים אף להרחיב את סל השירותים הדנטלי לאוכלוסיות נוספות, תוך הבטחת תקציב נאות. במסגרת ההמלצה בדבר נטילת האחראיות מצד המדינה על מערך בריאות השן מומלץ גם לפעול בדחיפות להקמת מאגר מידע אפידמיולוגי דנטלי ולקיים ניטור מתמיד של מצבי חולי בתחום זה, ובמקביל לפעול בתחומי החינוך לבריאות (מותאם תרבותית), התכנון והכשרת כוח האדם והרחבת ההפלה של מי השתייה. צעדים אלה במשולב יתרמו לצמצום פערים ולהפחתת תחלואת הפה והשיניים וישפרו את איכות החיים של האוכלוסייה בישראל.

מקורות

אתר האיגוד הישראלי למים :

<http://www.israelwater.org.il/vaadat-adin/adin-sub-june06.pdf>

בן נון, ג', ברלוביץ, י', שני, מ' (2005). *מערכת הבריאות בישראל*, משרד הביטחון – הוצאה לאור.

ברג, א', זוסמן, ש' פ', חורב, ט' (2001). היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת שיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי. דמ--01-359, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

ברג-ורנר, א', חורב, ט', זוסמן, ש' פ' (2004). בריאות השן ושימוש בשירותי בריאות השן בקרב קשישים. *גרונטולוגיה*, 1131: 43-53.

אינג' ברנרדו גרינפלסט, מהנדס ההפלרה הראשי של משרד הבריאות (ניתן להורדה מאתר האינטרנט של המשרד).

גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש', מצליח ר' (2005). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות. דמ-455-05, מאייר-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.

דו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בראשות ח"כ דוד טל, הכנסת, פברואר 2000.

דו"ח הועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים. (2002). פזי, א' ואחרים, המועצה להשכלה גבוהה, הוועדה לתכנון ותקצוב. אוקטובר.

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. (2003). כנסים המלח הרביעי.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2006). *שנתון סטטיסטי מס' 57*.

ורד, י' (2007). מערך ביטוחי השיניים – דוגמאות מרחבי העולם. בתוך י' מן, ר' פישר (עורכים). *רפואת שיניים יישומית* (טרם פורסם).

וייסבלאי, א' (2005). מסמך רקע בנושא מרפאות שיניים של תאגידים בארץ ובעולם. מוגש לוועדות העבודה, הרווחה והבריאות, כנסת ישראל.

חורב ט' (1996). הקשר בין תחלואת שיניים למדיניות הננקטת בתחום זה. *ביטחון סוציאלי*, 47 : 104-112.

חורב, ט', ברג-ורמן, א', זוסמן, ש' פי (2004). פערים בין קבוצות אוכלוסייה במערך רפואת השיניים בישראל. *רפואת הפה והשיניים*. כ"א (1).

חורב, ט', צ'רניחובסקי, ד' (2000). מדיניות אופטימלית בבריאות השן. בתוך י' קופ (עורך). *הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1999*. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

חורב, ט', אפשטיין, ל'. (2007) פערים בבריאות ובמערכת הבריאות בישראל – מודל אבחוני והצעות לשינוי מדיניות. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (טרם פורסם).

מבקר המדינה. (2004). *דו"ח מבקר המדינה לשנת 2004 ולחשבונות שנת הכספים 2003, דו"ח שנתי 55ב' – פרק בריאות השן, אוגוסט*.

מכנס, י' (2006). מידת היעילות ואי-השוויון בבריאות השן. בתוך בן נון, ג' ועופר, ג' (עורכים). *עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005*. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

משרד האוצר. (2006). *דו"ח הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לשנת 2005*.

נירל, נ', חורב, ט', זוסמן, ש', רוזן ב' (2003). אי-שוויון בבריאות השן בישראל – מסמך רקע. מתוך הדוח הסופי של כנס ים המלח הרביעי, יולי.

תקנות רופאי שיניים (מרפאות של תאגידים) התשנ"ג-1993.

Adut, R., Berkey, D. B., Sgan Cohen, H. D., Mann, J. (2002). Edentulism and Oral Health in community dwelling in Israel. *IADR*, Abs. 253.

Arnljot, H. A., Barmes, D.E., Cohen, L.K., et al. (1985). Oral Health Care Systems: an International collaborative study, coordinated by the World Health Organization. Quintessence, London.

Attwood, D., Blinkhorn, A.S. (1989). Reassessment of the effect of fluoridation on cost of dental treatment among Scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*, 17: 79-82.

- Berg, A., Horev, T., Zusman, S. P. (2001). Patient satisfaction, quality indicators and utilization of dental services in Israel. *Harefuah*. 140(12) (Dec.): 1151-5, 1230. (Heb.)
- Brown, L. J., Lazar, V. (1998). Dental procedure fees 1975 through 1995: how much have they changed? *J. Am. Dent. Assoc.*, 129: 1291-5.
- Burt, B.A. (ed.) (1989). Proceedings for the workshop: Cost-effectiveness of caries prevention in dental public health, Ann Arbor, Michigan, May 17-19, 1989. *J. Public Health Dent*, 49 (special issue): 331-7.
- Call to action to promote dental health by using fluoride (2006). Global Consultation on Oral Health through Fluoride. World Health Organization; International Association for Dental Research; FDI World Dental Federation. Geneva (Switzerland), Ferney-Voltaire (France).
- Center for Disease Control and Prevention (1999). Ten Great Public Health Achievements – United States, 1900-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 48(RR50): 1141 (December).
- (1999). Achievements in Public Health, – United States, 1900-1999: Fluoridation of Drinking Water to Prevent Dental Caries. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 48(RR41): 933-940 (October).
- (2001). Recommendations for using Fluoride to prevent dental caries in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, in Recommendations and Reports, August: 50(RR14): 1-42; and November 30, Vol. 50(RR21).
- Chen, M. (1995). Oral health of disadvantaged population. In: Cohen, L., Gift, H. (Eds). *Oral Health Promotion: Socio-Dental Sciences in Action*. Copenhagen, Munksgaard.
- Chen, M., Andersen, R. M., Barmes, D.E., et al. (ICS II) (1997). Comparing Oral Health Care Systems. A Second International Collaborative Study. WHO in collaboration with Center for Health

- Administration Studies, the University of Chicago, Geneva, pp. 240.
- Clark, D. C., Hann, H. J., Williamson, M. F., Berkowitz, J. (1995). Effects of lifelong consumption of fluoridated water or use of fluoride supplements on dental caries prevalence. *Community Dent. Oral Epidemiol*, 23: 20-4.
- Gordon, M., Kats, J. (1990). Dental Caries experience in an 18 year old Israeli population. *Israel Journal Dental Sciences*, 2: 246-248.
- Graves, R. C., Bohannon, H. M., Disney, J. A., Stamm, J. W., Bader, J. D., Abernathy, J. R. (1986). Recent dental caries and treatment patterns in US children. *J. Public Health Dent*, 46: 23-9.
- Horev, T., Zilburg, I., Sgan Cohen, H. D. (1995). Caries prevalence among 20-21 years-old IDF soldiers. Presented at the IADR Israeli Division Annual Meeting.
- Jones, C. M., Taylor, G. O., Whittle, J. G., Evans, D., Trotter, D. P. (1997). Water fluoridation, tooth decay in 5 year olds, and social deprivation measured by the Jarman score: analysis of data from British dental surveys. *BMJ*, 315: 514-7.
- Katz, J., Peretz, B., Sgan-Cohen, H. D., Horev, T., Eldad, A. (2000). Periodontal status by CPITN, and associated variables in an Israeli permanent force military population. *J. Clin. Periodontol.* 27(5) (May): 319-24.
- Kooby, E., Zusman, S. P., Natapov, L. (1997). Caries prevalence in Kiryat Gat Children, 1996. Presented at the IADR Israeli division Annual Meeting. *Journal Dental Research*, 76 (5): 1166, abs. 56.
- Kooby, E. (2005). Caries prevalence in 4 year old Ethiopian origin in Israel. 1992. Isr. Assoc. Dent. Res. Abstract, in *J. Dent. Res.*: 36.
- Mann, J., Mersel, A., Gabai, E. (1985). Dental Status and dental needs of an elderly population in Israel. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13: 156-158.

- Mann, J., Vered, Y. (2003). Is there a need for an additional dental school in Israel 2002 status and future forecast. *J. Isr. Dent. Ass.*, 20(2): 27-34.
- Manski, R. J., Moeller, J. F., Maas, W. R. (1999). Dental services: use, expenditures and sources of payment, 1987. *J. Am. Dent. Assoc.*, 130: 500-8.
- Murray, J.J., Rugg-Gunn, A.J. (1982). *Fluorides in caries prevention*. 2nd ed. Boston, MA: Wright-PSG. (Dental practitioner handbook no. 20).
- OECD Health Data 2003 (data of 2000).
- OECD Health Data 2003 (data updated to 2001).
- Oral Health in America- A report of US Surgeon General.
- Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Program. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2003, 31 (Suppl. 1):3-24
- Pollick, H. F. (2004). Water Fluoridation and the Environment: Current Perspective in the United States. *Int. J. Occup. Environ. Health*, 10: 343-350.
- Provart, S. J., Carmichael, C. L. (1995). The relationship between caries, fluoridation, and material deprivation in five-year-old children in County Durham. *Community Dent Health*, 12: 200-3.
- Ramon, T., Zusman, S. P. (1997). Caries prevalence in Ramla Children, 1996. Presented at the IADR Israeli division Annual Meeting. *Journal Dental Research*, 76 (5), 1166, abs. 54.
- Sgan Cohen, H. D., Kats, J., Horev, T., Dinte, A., Eldad, A. (2000). Trends in caries and associated variables among young Israeli adults over 5 decades. *Community Dentistry and oral Epidemiology*, 28 (3): 234-240.
- Slade, G. D., Spencer, A. J., Davies, M. J., Stewart, J. F. (1996). Influence of exposure to fluoridated water on socioeconomic

- inequalities in children's caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*, 24: 89-100.
- Task Force on Community Preventive Services (2002). Recommendations on Selected Interventions to Prevent Dental Caries, Oral and Pharyngeal Cancers, and Sports-Related Craniofacial Injuries. *Am. J. Prev. Med.*, 23(IS): 16-54 (recommendations, evidence and findings).
- U.S Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010* (2nd edition). Washington D.C.: Government Printing Office.
- Warner, K. E., Luce, B. R. (1982). *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care: principles, practice, and potential*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- World Development Report 1993 (1993). Investing in Health. *World Development Indicators*. World Bank. NY.: Oxford University Press.
- Zadik, D., Zusman, S. P., kelman, A. M. (1992). Caries prevalence in 5 and 12 year old children in Israel. *Community Dent. Oral Epidemiology*, 20: 54-5.
- Zusman, S. P., Ramon, T., Natapov, L., Kooby, E. (2005). Dental Health of 12 year olds in Israel – 2002. *Community Dental Health*: 22: 175-179.