

הוספת טיפולי שיניים לילדים לסל הבריאות הציבורי

בישראל, שלא כמו במרבית המדינות המפותחות, שירותי בריאות השן מסופקים ברובם על ידי המגזר העסקי. התועלת מטיפולי שיניים בסיסיים לילדים גבוהה מאוד ועלותה נמוכה, ולכן יש חשוב להכניסם לסל הבריאות.

רפואת השיניים לא כלולה בסל שירותי הבריאות הממלכתי. במובן זה ישראל שונה מהמדינות המפותחות, שמרביתן מספקות רפואת שיניים מונעת ומשמרת¹ לילדים ולקבוצות נוספות, כגון קשישים ונשים הרות, במסגרת הסל הציבורי הבסיסי. בדצמבר 2009 החליטה הממשלה להקצות 65 מיליוני ש"ח מהתקציב שיועד להוספת טכנולוגיות רפואיות חדשות להכנסת טיפולי שיניים לילדים לסל הבריאות הציבורי. אומדן העלות התקציבית של הכנסת טיפולי שיניים לילדים לסל הבריאות נעה בין 250 ל-650 מיליוני ש"ח, כתלות בטיפולים שיינתנו, בקבוצות הגיל הזכאיות לטיפולים ובסכומי ההשתתפות העצמית שייגבו מהמטופלים². יתר התקציב צפוי להתקבל ממקורות עצמיים של משרד הבריאות ומתוספת תקציב שתתקבל ממשרד האוצר, כך שיישום המהלך יגדיל את תקציב הבריאות נטו.

לרפואת השן, ובמיוחד לטיפולי השיניים הבסיסיים, מאפיין של צורך: ההוצאות הכספיות לעניים ולעשירים דומות, אך רבים מהעניים נאלצים לוותר על טיפולים, כי אין ביכולתם לממן אותם (לוח 2). הוויתור של משקי הבית החלשים על שירותי רפואת שיניים פוגע בעיקר בילדים. להוספת רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים לסל הציבורי יש יתרונות נוספים רבים, בעלות תקציבית נמוכה יחסית: (1) תשואתה של הרפואה המונעת והמשמרת בתחום בריאות השן גבוהה מאוד; (2) הוספת השירות לסל הציבורי צפויה לשפר את הנגישות של טיפולי שיניים לאוכלוסיות החלשות, במיוחד לילדים שבאוכלוסיות אלו (חורב ומן, 2007); (3) הוספת השירותים המונעים לילדים לסל הבריאות הציבורי צפויה להוזיל את העלות של טיפולי השיניים לכלל הציבור; (4) חלק גדול מהילדים מקבלים את הטיפולים כבר היום במסגרת הביטוחים המשלימים, כך שהוספת השירות לסל הציבורי תפנה בביטוחים אלו תקציבים להוספת טכנולוגיות רפואיות.

בישראל, שלא כמו במרבית המדינות המפותחות, שירותי בריאות השן מסופקים ברובם (97.5 אחוזים) על ידי המגזר העסקי³. מרבית המדינות המפותחות מספקות חלק ניכר משירותי רפואת השן לילדים ולקשישים במסגרת הסל הציבורי. כך, בדנמרק ובנורבגיה, ניתנים במסגרת הסל הציבורי טיפולי שיניים חינם לילדים עד גיל 18, במימון ציבורי עם השתתפות עצמית קטנה יחסית של המבוטח. בגרמניה רפואת השיניים כלולה בסל השירותים הבסיסי וטיפולי שיניים ניתנים מכוח החוק לילדים ולאוכלוסיות חלשות. גם בבריטניה טיפולי השיניים כלולים בסל הבריאות הממלכתי וממומנים במימון ציבורי, עם השתתפות עצמית. בארה"ב, לעומת אלה, מערך בריאות השן דומה במובנים מסוימים למערך בישראל,

¹ חינוך והדרכה בהגיגית הפה, ביקורת שנתית שגרתית על ידי רופא שיניים, ביקורים חצי-שנתיים אצל שיננית, איטום חריצים וחריצים, אפליקציה מקומית בפלואור, הסרת אבנית וצילומי רנטגן בסיסיים לפי הצורך.

² האומדן הנמוך מבוסס על הוספת טיפולים מונעים ומשמרים לילדים עד גיל 10, והאומדן הגבוה מבוסס על הוספת הטיפולים לילדים עד גיל 18. שני האומדנים מניחים שתיגבה השתתפות עצמית.

³ מרבית קופות החולים מספקות טיפולי שיניים לילדים במחיר סמלי באמצעות הביטוחים המשלימים.

בהיותו מבוסס ברובו הגדול על ספקי שירות פרטיים, ושיעור המימון הציבורי נמוך יחסית. ואולם, אפילו בארה"ב קיים מנגנון תמיכה לאוכלוסיות חלשות: שירותי בריאות השן מסופקים באמצעות Medicaid⁴. העדר זכאות ציבורית לרפואת שיניים, במיוחד לאוכלוסייה החלשה, פוגע בשוויוניותה וביעילותה של רפואת השן בישראל (חורב וצ'רניחובסקי 1999; ברג, זוסמן וחורב 2000). המלצותיהן של ועדות ציבוריות - "נתניהו" (1990), "טל" (2000) ו"אמוראי" (2002) - לתיקון המצב לא יושמו^{5, 6, 7}. ניסיונות חקיקה, החל בגרסה המקורית של החוק לביטוח בריאות ממלכתי (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד), כשלו.

קופות החולים מספקות טיפולי שיניים בסיסיים לילדים במסגרת הביטוחים המשלימים (במרבית הקופות עד גיל 6 או 8), אולם מדובר ברובד העליון של הביטוח המשלים, שמרבית האוכלוסייה החלשה אינה מחזיקה בו. כתוצאה מכך, המימון הציבורי לרפואת שיניים בישראל מכסה פחות מ-5 אחוזים מההוצאה הלאומית בתחום זה - שיעור נמוך מאוד בהשוואה למרבית המדינות המפותחות ואפילו בהשוואה לארה"ב (5.1 אחוזים)⁸.

שירותי הבריאות הפרטיים יקרים יותר מהציבוריים. כתוצאה מכך ההוצאה הלאומית על רפואת שיניים בישראל הגיעה ב-2005 ל-8.6 אחוזים מההוצאה הלאומית לבריאות - שיעור גבוה משמעותית מאשר ב-OECD. לשם השוואה: ההוצאה הלאומית על שירותי רפואת שיניים בהולנד מהווה רק 3.8 אחוזים מההוצאה הלאומית הכוללת על בריאות, בצרפת ואוסטרליה כ-5 אחוזים, בדנמרק 6.5 אחוזים, בקנדה 7.5 אחוזים ובגרמניה 7.8 אחוזים.

התועלת מהרפואה המונעת (ובכלל זה רפואת השיניים המונעת והמשמרת) גבוהה מאוד לעומת עלותה הנמוכה יחסית, ולכן יש חשיבות להכנסתה לסל הבריאות - בדגש על ילדים. המרכז לבקרת מחלות בארה"ב מדווח⁹ כי טיפולי שיניים מונעים שגרתיים מפחיתים את עלויות הטיפול בחמש השנים העוקבות ב-40 אחוזים. טיפולים משמרים, כגון איטום וטיפול בפלואור, מפחיתים את התחלואה פי 3.5. בישראל מצאה מכנס (2008) שההוצאה של רפואת שיניים משמרת בקרב תלמידים בתקופת לימודיהם בבתי הספר היא 9 אחוזים לפחות¹⁰.

בישראל ההוצאה הכספית הישירה לנפש¹¹ על שירותי רפואה, להוציא מס בריאות, הסתכמה בשנת 2008 ב-255 שקלים לחודש - 5.6 אחוזים מסך ההוצאה לתצרוכת (לוח 1). ההוצאה על רפואת השן הייתה 26 אחוזים מסך ההוצאות של משקי הבית על שירותי רפואה - מרביתה על טיפולי שיניים בסיסיים. הפערים בהוצאה על רפואת השן בקרב כלל משקי הבית קטנים יחסית, בפרט בקרב אלה

⁴ Medicaid מספקת שירותי בריאות בסיסיים לנשים בהריון, למשפחות עם ילדים שהכנסתן הכוללת נמוכה מקו העוני הפדרלי, לנכים, לעיוורים ולאוכלוסיות נזקקות אחרות.

⁵ מדינת ישראל. (1990). דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו). ירושלים.

⁶ מדינת ישראל. (2000). דוח ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ועדת טל). ירושלים.

⁷ מדינת ישראל. (2002). דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי). ירושלים.

⁸ אוסטרליה (19 אחוזים), הולנד (27.4 אחוזים), צרפת (34.5 אחוזים), דנמרק (37.6 אחוזים), גרמניה (62.7 אחוזים), יפן (78.3 אחוזים) ולוקסמבורג (100 אחוזים).

⁹ Centers for Disease Control and Prevention (2005), "Preventive Dental Interventions Reduce Disease Burden and Save Money".

¹⁰ התשואה הנמוכה יחסית שנמדדה בישראל משקפת את פער הזמן הגדול בין התקופה שבה התלמידים קיבלו את שירותי המניעה והחינוך לבריאות השן ביחס לתקופת הביקורת - גיוסם לצבא.

¹¹ מכנס, י' (2008). "אי שוויון וחוסר יעילות בבריאות השן: ההיבט הכלכלי". בתוך: מן, י' ור' פישר (עורכים). רמאת שיניים מערכתית. הוצאת אופאל.

¹¹ התפלגות מספר הנפשות ומספר הילדים לפי חמישונים מוצגת בלוח 1.

המדווחים על הוצאה כזאת. עם עליית ההכנסה ההוצאה של משקי הבית עולה במתינות, אך שיעורם של משקי הבית שיכולים להרשות לעצמם לממן את הטיפול עולה בשיעורים חדים (לוח 2).

סעיף טיפולי השיניים – הטיפולים הבסיסיים שאת חלקם מוצע להכניס לסל הבריאות – הוא סעיף ההוצאה העיקרי של משקי הבית לשירותי רפואת שיניים. ההוצאה החודשית הממוצעת לנפש על טיפולי שיניים הסתכמה ב-2008 ב-49 שקלים (131 שקלים בממוצע לחודש למשק בית), ורבע ממשקי הבית דיווחו על הוצאה בסעיף זה. גם בסעיף זה, ההוצאה של משקי הבית המדווחים קבועה יחסית: הפער בין ההוצאה הממוצעת של החמישון העליון לזו של החמישון התחתון קטן יחסית. מכאן שהכנסת טיפולי השיניים לסל הבריאות הציבורי היא מהלך פרוגרסיבי מאוד. הוספת טיפולי השיניים הבסיסיים לסל הבריאות לכלל האוכלוסייה תעלה כ-3.3 מיליארדי ש"ח לשנה (על בסיס שכיחויות הטיפול הנוכחיות).

הוויתור של משקי הבית החלשים על שירותי רפואת שיניים פוגע בעיקר בילדים. חלקם של הילדים עד גיל 18 מסך הנפשות במשקי הבית מהחמישון התחתון מגיע ל-50 אחוזים, לעומת 20 אחוזים בחמישון העליון (לוח 2).

ביטוחי השיניים הפרטיים אינם תחליף לביטוח הציבורי. רק שבעה אחוזים מבתי האב מדווחים על ביטוח רפואת השן. צ'רניחובסקי ונבון (2010) מוצאים שלביטוח הפרטי השפעה שלילית על השוויוניות גם מהיבט הנגישות וגם מההיבט של הגנה על הכנסה. לבעלי ההכנסה הגבוהה הביטוח מעניק הגנה על ההכנסה מפני הוצאה על רפואת השן (בעיקר שיקום הפה) וגם משפר את נגישות השירות. מבנה הביטוח הפרטי מכסה בעיקר מבוגרים.

החלטת הממשלה עוררה התנגדות רחבה בהסתדרות הרפואית ובארגוני החולים, מתוך חשש כי המהלך ישמש תקדים לקיצוץ התקציב שנועד להרחבת סל התרופות. ההתנגדות להכללת טיפולי השיניים המשמרים בסל הבריאות הבסיסי מדגישה את החוסר בניתוח עלות-תועלת מובנה (cost-effectiveness) בדיוני ועדת סל שירותי הבריאות¹². זאת על רקע תועלת גבוהה מאוד מרפואת השיניים המונעת שמתקבלת בעלות נמוכה יחסית.

¹² להרחבה בנושא ראו דוח בנק ישראל לשנת 2006, פרק ח'.

לוח 1: ההוצאה הכספית הממוצעת לנפש על שירותי רפואת שיניים (בשקלים)

ההוצאה הממוצעת	1	2	3	4	5	חמישוני הכנסה לנפש סטנדרטית
ההכנסה הכוללת נטו מכל המקורות (אלפי שקלים)	1.6	3.0	4.4	6.2	11.6	
תצרוכת (אלפי שקלים)	2.1	3.2	4.1	5.3	8.3	
בריאות	101	166	211	312	508	
בריאות השן	27	38	57	68	144	
בריאות השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים	27	38	55	64	136	
טיפול שיניים	24	34	47	52	91	
אורתודנטיה	1.5	1.2	3.4	3.6	5.1	
ניתוחי פה ולסת	0.5	1.6	3.6	8.1	38.1	
צילום במכון לצילומי שיניים	0.2	0.5	0.8	0.6	1.2	
ביטוח שיניים	0.2	0.7	2.2	3.9	8.0	
אחוז המבוטחים בביטוח שיניים (אחוזים)	0.9	2.9	7.0	10.1	16.0	
מספר הנפשות במשק הבית	4.1	3.5	3.2	3.0	2.7	
מספר הילדים עד גיל 18 במשק הבית	2.0	1.3	0.9	0.7	0.5	

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משק הבית לשנת 2008 ועיבודי בנק ישראל. נתונים מנופחים לפי משקלות האוכלוסייה. חמישוני ההכנסה חושבו לפי ההכנסה הכוללת נטו למשק בית מכל המקורות - לנפש סטנדרטית.

לוח 2: אחוז משקי בית המדווחים על הוצאה וההוצאה הממוצעת לנפש, לפי סעיפי ההוצאה לשירותי בריאות השן ולפי חמישוני ההכנסות

היחס 5/1 ¹	1	2	3	4	5	חמישוני הכנסה לנפש סטנדרטית	הממוצע	שיעור המדווחים על הוצאה
								בריאות השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים
								טיפול שיניים
								אורתודנטיה
								שיקום הפה ^x
								צילום במכון לצילומי שיניים
								ההוצאה הממוצעת של המדווחים על הוצאה (שקלים)
								בריאות השן למעט הוצאה על ביטוח שיניים
								טיפול שיניים
								אורתודנטיה
								ניתוחי פה ולסת
								צילום במכון לצילומי שיניים

1 הנתון הממוצע לחמישון החמישי (העליון) חלקי הנתון הממוצע לחמישון הראשון - אינדיקטור למידת אי-השוויוניות. המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משק הבית לשנת 2008 ועיבודי בנק ישראל. נתונים מנופחים לפי משקלות האוכלוסייה. חמישוני ההכנסה חושבו לפי ההכנסה הכוללת נטו למשק הבית מכל המקורות לנפש סטנדרטית.

מקורות

ברג, א', ש' זוסמן, וט' וחורב (2000). **היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי**. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

חורב, ט' וי' מן (2007). **רפואת הפה והשיניים אחריות המדינה לתושביה**, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

חורב, ט' וד' צ'רניחובסקי (1999). **מודל אופטימלי למערך רפואת השיניים בישראל**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

צ'רניחובסקי, ד' וג' נבון (2010). **ההוצאה הפרטית על רפואת השן והשלכותיה לגבי ביטוח ממלכתי ברפואה זו**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.