

בית הספר למדיניות ציבורית  
סדנה מתקדמת בניתוח מדיניות

נייר עמדה בנושא:

**בחינת חלופות  
לאספקת שירותי  
בריאות השן בישראל**

## תקציר

על אף שישראל משקיעה ברפואת שיניים תשומות גבוהות מאוד בקנה מידה בין לאומי, אשר עומדות על כ-12% מההוצאה הלאומית לבריאות, ולמרות שיעור רופאי שיניים לנפש הגבוה מבכל מדינות אירופה וארה"ב, מצב התחלואה הדנטאלית הקיים בישראל גבוה יחסית למדינות אחרות והפערים במצב בריאות השן בין שכבות האוכלוסייה גדולים.

בשיטה הקיימת, מערכת בריאות השן בישראל מתבססת בעיקר על המגזר הפרטי כנותן השירות, כך שעיקר ההוצאה על רפואת שיניים בישראל מוטל על משקי הבית, זאת לעומת מדינות אירופה, שבהן הערכים של שיעור המימון הציבורי נעים בין 33% בדנמרק ועד 92% בבריטניה. למרות שגם בארה"ב המערכת היא פרטית, מבוטחים בה 57% מהמועסקים בביטוח שיניים דרך מקום עבודתם, מה שהופך את ישראל למדינה בה שיעור האוכלוסייה שאינה מבוטחת על ידי גורם שלישי כלשהו (פרטי או ממשלתי) הוא הגבוה בעולם.

נבחנו שתי קבוצות של חלופות לאספקת שירותי בריאות השן. הראשונה, חלופות למסגרת הארגונית של אספקת השירותים. השנייה, חלופות לסוג והיקף השירותים שיסופקו ע"י המדינה. החלופות נבחנו באמצעות קריטריונים שכללו את מידת ההשפעה על ההוצאה הלאומית לבריאות, על תקציב המדינה, על התפוקות הרפואיות, על השוויוניות בנגישות לשירותים וכן את יכולת היישום.

המסקנה היא כי נדרשת רפורמה בשירותי בריאות השן אשר במסגרתה יוכנס סל שירותים לסל הבריאות שבאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. סל זה יכלול רפואה מונעת ומשמרת וכן טיפולים בעששת שאינם כוללים פגיעה במוך השן עבור אוכלוסיות מוגדרות וחלשות. החלופה אינה כרוכה בהוצאה תקציבית גדולה מדי ולכן קיים סיכוי לא רע ליישום. במקביל, מקדמת החלופה את השוויוניות בנגישות, מסייעת בסגירת פערים בין שכבות האוכלוסייה השונות ובכך מקדמת את התפוקות הבריאותיות בתחום בריאות השן. בנוסף, תורמת החלופה תרומה מסוימת לריסון התשומות המושקעות ברפואת שיניים ע"י שליטה כלשהי בכשלי השוק הקיימים במערכת. בכדי להקטין את העלות התקציבית של החלופה ולרסן ביקושים, מומלץ לגבות השתתפות עצמית מהמבוטחים, אשר תגביר גם את התמריץ למבוטחים לשמור על בריאותם הדנטאלית. כשנייה בסדר העדיפויות, נבחרה חלופה לעידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים, וסבסודם לאוכלוסיות חלשות. שילוב שתי החלופות ישפר עוד יותר את תפוקות המערכת.

בשל חשיבותו ורגישותו הרבה של ההיבט הכספי נדון בקצרה גם נושא מימון הרפורמה. המסקנה העולה היא כי תוספת משאבים ציבוריים והעמקת נטל המס, אינה עולה בקנה אחד עם מדיניותה הנוכחית של הממשלה ולכן קשה ליישום. משום כך מומלץ לממן את הרפורמה על ידי "שחלוף" שירותים ותרופות בסל הבריאות, או להמתין לשעת כושר כלכלית ופוליטית שתאפשר הגדלת מקורות המימון הציבוריים.

טיפול שיניים בישראל אינו מכוסה במסגרת סל שירותי הבריאות לו זכאי אזרח מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. בכך, נבדלת ישראל מרוב מדינות אירופה אשר בהן ממומנים בשיעורים שונים שירותי בריאות השן במימון ציבורי. מאז הקמת המדינה ניתן השירות, רובו ככולו, על ידי רופאי שיניים פרטיים בעבור תשלום ישיר של האזרח לרופא בשיטת Fee for service (תשלום לפי שירות). בשנים האחרונות החלו לצמוח שירותי בריאות השן גם במגזר הציבורי ובראש ובראשונה בקופות החולים המעניקות למבוטחיהם טיפולי שיניים תמורת תשלום מלא או עם הנחה כלשהי למבוטחים בביטוח המשלים (שב"ן). שיעור המבקרים במרפאות השיניים של קופות החולים עמד בשנת 2001 על 21% מכלל הביקורים במרפאות שיניים.

עיקר ההוצאה על רפואת שיניים בישראל מוטל על משקי הבית, ורק 8% מההוצאה ממומן על בסיס ציבורי, זאת לעומת מדינות אירופה, שבהן הערכים של שיעור המימון הציבורי נעים בין 33% בדנמרק ועד 92% בבריטניה. בישראל כמחצית מהרשויות המקומיות בחרו לספק שירותי בריאות השן לילדי הכיתות הנמוכות בבית הספר תמורת אגרה. רשויות אלה מקבלות עבור כך סיוע מהממשלה. היקף הטיפול הניתן על ידן משתנה ונע בין בדיקות וטיפולי חירום בלבד ועד רשויות המבצעות באופן סדיר בדיקות סקר וטיפולים משמרים סדירים. סיוע מוגבל למימון טיפולי שיניים ניתן גם לאוכלוסיות חלשות כלכלית.

#### **התשומות המושקעות בישראל ברפואת שיניים (ההוצאה הלאומית לרפואת שיניים)**

התשומות המושקעות בישראל ברפואת שיניים גבוהות יחסית למדינות מפותחות אחרות. שיעור ההוצאה הלאומית לרפואת שיניים מהווה כ- 12% מההוצאה הלאומית לבריאות, לעומת ערכים הנעים בין 4% בבריטניה ל-8.5% בנורווגיה. גם כאשר הבדיקה נערכת על בסיס הוצאה לנפש במונחי כוח הקניה, נמצאת ישראל במקום גבוה ביותר, כאשר מעליה רק ארה"ב וגרמניה. בבריטניה, בה 92% ממימון בריאות השן הוא ציבורי, עומדת ההוצאה לנפש לרפואת שיניים במונחי כוח הקניה על כ- 40% בלבד מההוצאה בישראל.

#### **← היצע רופאי השיניים בישראל**

ישראל משקיעה רבות ברפואת שיניים גם בתשומות כוח אדם, דבר המשתקף בנתון על שיעור רופאי השיניים לאוכלוסייה. ישראל נמצאת כאן במקום הגבוה ביותר במדינות המערב, כאשר היצע רופאי השיניים עומד על 128 לאלף נפש לעומת 70 בגרמניה, 67 בצרפת, 53 בארה"ב, ו-40 בבריטניה (נתוני 1999).

#### **← א- סימטריה של אינפורמציה והיצע יוצר ביקוש**

רפואת שיניים המושתתת על שוק חופשי ללא הכתבת תעריפים וללא גורם מתווך בין החולה לרופא, ואשר בה ספקי השירות קובעים את גובה התגמול, מביאה בדרך כלל להתבדרות כלפי מעלה של תעריפים. תופעת הא-סימטריה של אינפורמציה המאפיינת שירותי בריאות, בה כל

המידע על מצבו של החולה נמצא בידי הרופא, כאשר לחולה אין את הידע הדרוש לאמוד נכונה את מצבו, יוצרת מצב של כשל שוק בו המחירים אינם נקבעים ע"י מפגש הרצונות של הקונים והמוכרים, אלא ע"י צד ההיצע, קרי הרופא בלבד, כאשר הביקוש גמיש לחלוטין. תופעה זו, הנקראת Supplier induced demand (היצע יוצר ביקוש) ידועה בכלכלת בריאות והיא הנותנת את ההצדקה המרכזית להתערבות המדינה בתחום הבריאות. מחקר שנערך בנורבגיה (Grytten and Holst, 1993) הוכיח את קיומה של תופעת ה"היצע יוצר ביקוש" גם ברפואת השיניים, עובדה היכולה להסביר את השפעת היצע הרופאים הגדול על גידול בצריכת שירותים דנטאליים, ובכך את עליית ההוצאה לרפואת שיניים.

### **תפוקות מערכת בריאות השן בישראל**

על אף שישראל משקיעה ברפואת שיניים תשומות גבוהות יחסית, מצב התחלואה הדנטאלית הקיים בישראל גבוה יחסית למדינות אחרות. שכיחות העששת בקרב ילדים בגילאים 5-12 בישראל היא מן הגבוהות בעולם המערבי, כמו גם שיעור בעלי כיסים פריודונטלים עמוקים בגילאי 35-44. שיעור מחוסרי השיניים לחלוטין בגילאי 65+ בישראל גבוה מאוד גם הוא. בבחינה של מאפיינים סביבתיים-התנהגותיים, הידועים בספרות המקצועית כמשפיעים על תחלואה דנטאלית (אוכלוסייה המקבלת מים מופלרים, משחות שיניים המכילות פלואוריד וכו'), עולה כי ישראל אינה נבדלת ממדינות מערביות אחרות. ישראל דומה למדינות אחרות גם במספר שנות הלימוד הממוצע והיא נמצאת ביתרון מסוים מבחינת צריכת הסוכר לנפש ובשיעור האוכלוסייה המקבלת מים מופלרים.

כפי שיוצג להלן, את הסיבות לתפוקות הנמוכות של שירותי בריאות השן בישראל ניתן להסביר בחוסר יעילות של מערכת בריאות השן, בהתנהגות מזניחה, בחוסר ידע ובפערים גדולים בין שכבות ההכנסה השונות בישראל:

### **← תחלואה בקרב השכבות החלשות**

סקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2001, גילה פערים רבים בשימוש בשירותים דנטאליים בין שכבות ההכנסה השונות בישראל, דבר היכול להסביר חלק מהסיבות לתפוקות הנמוכות יחסית של רפואת השן בישראל. התגלו פערים ברמת הידע, העמדות וההתנהגות הבריאותית הדנטאלית. 25% בקרב החמישון התחתון העריכו את מצב שיניהם כ"לא טוב", לעומת 9% בשאר החמישונים. לכל מרואיין מהחמישון התחתון חסרו בממוצע 10.1 שיניים לעומת 7.7 בשאר החמישונים. כמו כן, שיעור המרואיינים הנמנה על החמישון התחתון אשר דיווח כי במהלך השנה האחרונה ביקר אצל רופא שיניים היה נמוך (47%) בהשוואה לחמישונים האחרים (59%). גם מספר הביקורים לנפש היה נמוך בחמישון זה. 58% מהחמישון התחתון ציינו את המחיר כסיבה העיקרית לאי הגעה לטיפול שיניים, לעומת 19% בשאר החמישונים. ניתן להסיק מכך כי עלות הטיפול היא חסם למעוטי הכנסה. גם בדפוסי ההתנהגות הבריאותית נמצאו הבדלים בין החמישונים. כך נמצא לדוגמא, כי בקרב מרואיינים הנמנים על החמישון התחתון, 21% אינם מצחצחים כלל את שיניהם לעומת 5% בלבד אצל האחרים. רק 14% בקרב החמישון התחתון ציינו כי הם נוהגים לפנות לבדיקות מנע במרפאות שיניים, לעומת 64% בחמישונים האחרים.

גם איכות הטיפול שמקבלים בני החמישון התחתון נופלת מהאיכות אותה מקבלים בני שאר החמישונים. במרפאות המשרתות את החמישון התחתון נמצא שיעור נמוך יחסית של כוח עזר (סייעות, שינייות), זמן ההמתנה במרפאות ארוך יותר ושיעור המתלוננים על טיפול לקוי גבוה. אישוש לנתונים אלו נמצא בסקר הבריאות שערך הלמ"ס (2000), ממנו עולה קשר ישיר בין צפיפות דיור, גודל משק הבית, שנות לימוד ומשלח יד, לבין מספר הביקורים אצל רופא שיניים.

יש לציין כי בסקר השוואתי שנערך בין מדינות ביוזמת ארגון הבריאות העולמי, נמצא שבמדינות שבהן נהוגה תוכנית ממלכתית לאספקת שירותי מניעה ורפואת שיניים משמרת לתלמידים בגיל בית הספר, חוסלו פערים בין שכבות סוציו-אקונומיות בכל הקשור לנגישות השירותים הדנטאליים. ככלל, נמצא שפערים בין שכבות סוציו-אקונומיות בכל הקשור לשימוש בשירותים דנטאליים קשור למדיניות המערכת.

#### ← בריאות השן בקרב קשישים

מצב בריאות השן של קשישים הוא בעייתי. המחקרים המעטים שנערכו בנושא מגלים שימוש נמוך מאוד בשירותים של רופאי שיניים, בעיקר מחמת קשיים כספיים, זמינות נמוכה ונגישות קשה, קרי, מגבלות פיסיות של הקשישים המונעות מהם להגיע לרופאי השיניים. הנתונים מעידים לא רק על אחוז גבוה של שיניים חסרות, אלא במקרים רבים על מצב תותבות בלתי משביע רצון.

בריאות שן לקויה בקרב קשישים בהשוואה לממצא במדינות מערביות אחרות יכול להוות משתנה משלים נוסף להסבר התפוקות הנמוכות בתחום בריאות השן בישראל.

#### ← ידע, עמדות והתנהגות

הסבר נוסף לתפוקות הנמוכות בתחום רפואת השן בישראל הוא רמה נמוכה יותר של מניעה, הנובעת בין השאר בשל התנהגות מזניחה של האוכלוסייה. ממצאים על כך עולים בסקר של מכון ברוקדייל שהוזכר לעיל, בו נמצא כי בכל הקשור לצחצוח שיניים ולתדירות השימוש בחוט דנטאלי, המצב בישראל עדיין גרוע מהמצב במדינות אחרות. עוד נמצא חוסר ידע רב בנוגע להשפעות הפלואוריד שבמשחת השיניים על מניעת עששת. כמחצית מהמרואיינים דווחו על אכילת ממתקים לעיתים קרובות או מדי פעם. רבים מהמרואיינים לא היו מודעים לנזקי אכילת ממתקים בין הארוחות לשיניהם.

35% בלבד מהנשאלים בסקר מכון ברוקדייל ציינו כי הם נוהגים לפנות לרופא השיניים לצורך בדיקות מנע. הסיבה השכיחה לאי פנייה לבדיקת מנע שגרתית היא חוסר מודעות לחשיבות הטיפול המונע ברפואת שיניים (38% מהמרואיינים). עוד נמצא כי 24% מהמרואיינים דיווחו על אי השלמת הטיפולים שנקבעו להם בהמלצת הרופא במהלך שלוש השנים שחלפו.

#### **ביטוח דנטאלי**

בישראל מבוטחים רק 8% מבתי האב בביטוח שיניים. אחוז זה נמוך יחסית לארה"ב, שם נמצא בסקר כי 57% מהמועסקים מבוטחים בביטוח דנטאלי פרטי. מאחר שבמדינות מערב אירופה קיים שירות בריאות ממלכתי או חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הכולל בתוכו גם טיפולים דנטאליים מקיפים לאוכלוסיות מוגדרות, כגון ילדים, קשישים וכו', משתמע

שבישראל היקף הכיסוי הביטוחי באמצעות צד שלישי כלשהו (בין אם זה המדינה או גוף מסחרי), נמוך לאין ערוך מאשר במדינות מערביות אחרות. למרות שהביטוח המשלים של קופות החולים כולל רפואת שיניים, מעניק ביטוח זה הנחה לא משמעותית על מחירי השירות, זאת מעבר לכך שהשירות ניתן אך ורק במרפאות קופות החולים ולא במרפאות הפרטיות.

### **דגמים לאספקת שירותי בריאות השן הנהוגים בעולם**

מדינות שונות מתייחסות באופן שונה לשירותי הבריאות בכלל ולשירותי בריאות השן בפרט. במדינות סקנדינביה קיים שוק פרטי המיועד לכלל האוכלוסייה, אך לצדו מערכות ציבוריות מאוד מפותחות המספקות שירותים לילדים ונוער עד גיל 18. מקור המימון העיקרי במדינות אלו הוא ציבורי, כאשר קיימת מידה קטנה של השתתפות עצמית של המבוטח. גם בגרמניה רפואת שיניים כלולה בסל השירותים הבסיסי. במערכת הציבורית ניתנים שירותים לילדים ונוער וכן לאוכלוסיות חלשות כלכלית. מקור המימון העיקרי הוא הביטוח הלאומי ומיסוי כללי, ולצד המערכת הציבורית קיימת גם מערכת פרטית. בבריטניה רפואת השיניים הינה חלק משירות הבריאות הממלכתי. כלל האוכלוסייה זכאי לשירותים דנטאליים במסגרת השירות הממשלתי. מקור המימון העיקרי הינו ציבורי, מתוך המיסוי הכללי, וחלק מהשירותים מחייבים השתתפות עצמית של המבוטח. קיימת אפשרות גם בבריטניה לקבל טיפולים דנטאליים במערכת הפרטית. ארה"ב דומה לישראל בכך, שמרבית המערך בנוי על המימון הפרטי. שיעור המימון הציבורי נמוך ביותר. אוכלוסיות חלשות מוגדרות זכאיות לסיוע מסוים מה-Medicaid, אולם במרבית המדינות סיוע זה לא ממומש מפאת קשיי תקציב.

אפשר לחלק את מערכות הבריאות בעולם לארבעה דגמים בהתאם למידת המעורבות הממשלתית:

1. המדינות הדוגלות במתן חופש פעולה לעובדים ולמעסיקים בתחום הבריאות דוגמת ארה"ב.
2. המדינות הדוגלות במדיניות רווחה בתחום הבריאות באמצעות קופות החולים כגון גרמניה.
3. המדינות המתבססות על מערכת מקיפה ואוניברסאלית בשירותי הבריאות כגון מדינות סקנדינביה.
4. המדינות הדוגלות בסוציאליזציה מוחלטת של שירותים אלה, דוגמת המערכות שהיו נהוגות במזרח אירופה.

לכאורה, מערך רפואת השיניים בישראל דומה לקיים בארה"ב. שתי המערכות מתבססות בעיקר על המגזר הפרטי כנותן השירות, כשהתגמול לספק ניתן בדרך כלל כתשלום ישיר על ידי הצרכן בשיטת התשלום עבור שירות (fee for service). גם הטכנולוגיות ושיטות העבודה בישראל מתבססות על מערכות וידע אמריקאי. יחד עם זאת, בארה"ב מבוטחים 57% מהמועסקים בביטוח שיניים דרך מקום עבודתם מה שמשנה את התמונה. אמנם בישראל

מעוגנת בחוק זכותו של האזרח לשירותי בריאות, אך סל השירותים לו זכאי כל אזרח מכוח החוק, אינו כולל אף לא מרכיב אחד אשר עשוי לתרום לבריאות השן שלו. עולה מכך כי בישראל שיעור האוכלוסייה שאינה מבוטחת על ידי גורם שלישי כלשהו (פרטי או ממשלתי) הוא הגבוה בעולם המערבי.

דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו) מ-1990, אשר לאור המלצותיו חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המליץ לכלול בסל השירותים הבסיסי מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי שירותי רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים בני 5-18, וכן את המגוון המלא של שירותי רפואת שיניים לקשישים. המלצות אלו לא התקבלו ושירותי בריאות השן נשארו מחוץ לסל הבריאות כשחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994.

## **ב. הגדרת הבעיה והמטרה**

על אף שהמשק הישראלי משקיע ברפואת שיניים תשומות גבוהות יחסית (כשיעור מהתמ"ג), הוא משיג תוצאות בריאותיות נמוכות יחסית. מן הניתוח בפרק המבוא לעיל עולה כי מצב התחלואה הדנטאלית הקיים בישראל וההוצאות הגבוהות יחסית קשורים בעיקר לבעיות בתחום המדיניות והארגון של המערכת.

מטרת עבודה זו היא איתור חלופה מועדפת לארגון מערכת בריאות השן בישראל, אשר תגדיל את התפוקות הבריאותיות של המערכת ותעמיד את תשומותיה על רמה סבירה ביחס למקובל בעולם, תוך התחשבות במגבלת התקציב ותוך ניצול אופטימאלי של המשאבים.

יש לציין כי בנוסף על הסדרת המסגרת הארגונית והביטוחית לאספקת שירותי בריאות השן לאזרחים, ישנם עוד אמצעים להגדלת תפוקות המערכת, כגון הפלרה של כל מי השתייה בארץ, חינוך להיגיינה דנטאלית במסגרת בתי הספר ואמצעי התקשורת וכו'. נייר זה לא יעסוק בנושאים אלו ויתמקד במציאת חלופה להסדרה הארגונית של רפואת השן.

בחינת החלופות תעשה כאשר השאלה העומדת לנגד עיננו היא מהי החלופה שתשיג שיפור באיכות רפואית, יעילות כלכלית, ריסון ההוצאה הלאומית לרפואת השן ושוויוניות בנגישות לשירותים. שאלה נוספת שאסור להתעלם ממנה היא שאלת ישימות החלופה.

למרות שהשאלה של אופן מימון החלופה המועדפת אינה קשורה ישירות לבחירת החלופה המועדפת ומהווה שאלה בפני עצמה, יוקדש דיון קצר לשאלה זו, במטרה לפרוס את חלופות המימון האפשריות ולנתח בקצרה את אפשרות יישומן והשפעתם על המשק.

## ג. מיפוי החלופות האפשריות

תוצגנה שתי קבוצות של חלופות, כאשר הקבוצה הראשונה עוסקת בפאן הארגוני ובאוניברסאליות של שירותי בריאות השן, בעוד קבוצת החלופות השנייה תעסוק בסל השירותים שיינתן.

### קבוצת חלופות ראשונה (א'): חלופות למסגרת הארגונית של אספקת השירותים:

קיימות חלופות רבות לארגון מערכת בריאות השן. להלן תוצגנה מספר חלופות מרכזיות. כמובן שבמציאת החלופה המועדפת ניתן לשלב מספר חלופות מהחלופות שיוצגו להלן.

#### 1. הכנסת סל אוניברסאלי של שירותי בריאות השן לסל הבריאות שבאחריות קופות

##### החולים במסגרת הרחבת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

סל השירותים שיוגדר בחוק יינתן לכל אזרח ישראלי באופן שוויוני ובנגישות סבירה, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. שירותי בריאות השן יסופקו ע"י קופות החולים בדומה לשירותי הרפואה האורגנית (הרגילה) המסופקת כיום ע"י הקופות בהשתתפות עצמית שתוגדר בחוק. עלות סל שירותי בריאות השן תתווסף לעלות הסל שבאחריות קופות החולים ותחולק בין הקופות לפי קריטריונים של גיל שישולבו בנוסחת הקפיטציה הקיימת.

#### 2. הכנסת סל שירותי בריאות לאוכלוסיות מוגדרות לסל הבריאות שבאחריות קופות

##### החולים במסגרת הרחבת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

סל השירותים שיוגדר בחוק יינתן לאזרחים העונים לתנאי זכאות שייקבעו בחוק בלבד. ניתן לקבוע את תנאי הזכאות לאוכלוסיות חלשות, ילדים ונוער, קשישים וכו', לפי סדר עדיפויות שיקבע ע"י משרד הבריאות ובהתאם להיקף עלות הסל שיקבע. שירותי בריאות השן לאוכלוסיה המוגדרת יסופקו ע"י קופות החולים בהשתתפות עצמית שתוגדר בחוק. עלות סל שירותי בריאות השן תתווסף לעלות הסל שבאחריות קופות החולים ותחולק בין הקופות לפי קריטריונים של גיל שישולבו בנוסחת הקפיטציה הקיימת.

#### 3. הרחבת השתתפות המדינה בטיפול שיניים לאוכלוסיות מוגדרות הניתנת היום

##### במסגרות שונות של הרשויות המקומיות, בתי הספר ומשרד הבריאות.

הרחבת תקציב האגף לבריאות השן במשרד הבריאות באופן שיכסה את סל השירותים שיוגדר, כך שכל אזרח העונה לתנאי זכאות שיקבעו, זכאי לטיפול שיניים במסגרת מרפאות ציבוריות או בתי הספר מהם ירכוש משרד הבריאות שירותים. את הזכאות ניתן היה לתת לאוכלוסיות חלשות, ילדים ונוער, קשישים וכו' לפי סדר עדיפויות שיקבע בהתאם לתקציב שיוקצה לנושא.

#### 4. עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים

הגדלה ניכרת בכמות האזרחים שיכוסו בביטוחי שיניים פרטיים על ידי עידוד רכישת פוליסות ביטוח וסבסודן עבור אוכלוסיות חלשות. עידוד הרכישה יכול להתבצע ע"י זיכויי מס הכנסה או עידוד מקומות עבודה להשתתף במימון הביטוח ע"י זיכוי במס מעסיקים ומס שכר.

#### 5. השארת המצב הקיים

השארת האחריות על שירותי בריאות השן מחוץ לסל הבריאות. מימון הטיפול בעיקר באופן פרטי וכמעט ללא מעורבות ממשלתית באספקת ומימון השירות.

#### קבוצת חלופות שנייה (ב'): חלופות לסוג והיקף השירותים שיסופקו ע"י המדינה

למרות שנייר זה לא מתיימר להעמיק בפאן הרפואי של טיפולי בריאות השן שיינתנו לאזרחים, מצאתי לנכון להציג שלוש חלופות אפשריות לתכולת סל השירותים שיינתנו, זאת לאור ההשפעה שיש לתכולת הסל על הקריטריונים שברצוננו לבחון, כגון גודל התשומות המושקעות, התפוקות הרפואיות המושגות, העלות התקציבית ורמת השוויוניות של השירות.

#### 1. סל מוגבל שיכלול רפואה מונעת ומשמרת בלבד

הסל יכלול בדיקות של מצב הפה, ניקוי שיניים ואבן ע"י שיננית וכן תוכניות חינוך לבריאות השן.

#### 2. סל שיכלול רפואה מונעת ומשמרת וכן טיפולים בעששת שאינם כוללים פגיעה במוך השן

בנוסף לסל בחלופה 1, ייכללו בסל סתימות ושאר טיפולים שאינם כוללים פגיעה במוך השן, אך לא סתימות שורש וטיפולים מורכבים בעששת הכוללים פגיעה במוך השן.

#### 3. סל רחב שיכלול רפואה מונעת ומשמרת, טיפולים בעששת מכל הסוגים, הרכבת כתרים וגשרים, טיפול אורתודנטי וניתוחי פה ולסת.

בסל זה יכללו רובם הגדול של טיפולי השיניים, כולל רפואה מונעת ומשמרת, סתימות, טיפולי שורש וטיפולי שיניים מורכבים נוספים שאינם נובעים מעששת כגון כתרים, גשרים, טיפולים אורתודנטיים וכירורגיים.

#### 4. המצב הקיים – לא קיים סל שירותים

כיום אין המדינה מחויבת לספק שירותי רפואת שן. השירות שניתן במספר רשויות מקומיות או על ידי מרפאות ממשלתיות הוא וולונטארי ומשתנה מישוב ליישוב.

## ד. קריטריונים לבחינת החלופות

החלופות שהוצגו תיבחנה לפי הקריטריונים הבאים :

**1. השפעה על תשומות המשק הישראלי בתחום בריאות השן (ההוצאה הלאומית לבריאות)**  
ההשפעה על שעור ההוצאה של המשק הישראלי (הוצאה ציבורית + פרטית) על רפואת שיניים מהתמ"ג. קריטריון זה אינו מבחין בין הוצאה ציבורית (תקציבית) לבין הוצאה פרטית ובוחר את החלופה מבחינת השפעתה על כלל ההוצאות של המשק וההוצאה הלאומית לבריאות.

**2. השפעה על התפוקות הרפואיות של בריאות השן**  
השפעת החלופה על הקטנת התחלואה בקרב כלל הציבור. קריטריון זה אינו עושה הבחנה בין קבוצות שונות בתוך האוכלוסייה, אלא מתייחס לכלל ההישגים הבריאותיים הממוצעים בתחום בריאות השן בכלל האוכלוסייה.

**3. עלות תקציבית**  
קריטריון זה עוסק בהשפעת החלופה על תקציב המדינה. ככל שהחלופה אוניברסאלית יותר ותכולת הסל גדולה יותר, תידרש הוצאה תקציבית גבוהה יותר. יש להניח כי ככל שההוצאה הציבורית לבריאות השן תגדל, כך תקטן ההוצאה הפרטית. יחד עם זאת לא צפוי כי הגדלת ההוצאה הציבורית תהיה זהה להקטנת ההוצאה הפרטית. יש לציין כי קריטריון זה אינו עוסק בדרכים למימון העלות התקציבית. לשם כך יוקדש פרק ז' בנייר זה.

**4. שוויוניות בנגישות לשירותים**  
כפי שראינו בפרק א', אחת הבעיות של השיטה הקיימת כיום בישראל היא הפערים הגדולים בנגישות וברמת שירותי בריאות השן בין שכבות האוכלוסייה השונות. קריטריון זה יבדוק באיזו מידה אנשים בעלי צורך בטיפול רפואי אכן מקבלים אותו ועד כמה תורמת החלופה לצמצום הפערים ולשוויוניות בין שכבות האוכלוסייה השונות.

**5. יכולת יישום החלופה**  
עד כמה ניתנת החלופה ליישום מבחינת הגורמים השונים המעורבים. הגורמים המעורבים הם הממשלה (במיוחד משרדי הבריאות והאוצר), הכנסת (במקרה של הוספת בריאות השן לחוק ביטוח בריאות ממלכתי), קופות החולים (במקרה של הטלת האחריות על שירותי בריאות השן עליהן), הסתדרות רופאי ישראל (הר"י), ארגון צרכני הבריאות (צב"י) וחברות הביטוח (במקרה של עידוד ביטוחי שיניים).

## ה. בחינת החלופות לפי הקריטריונים

ראשית, תיבחנה החלופות בקבוצת החלופות הראשונה (חלופות למסגרת הארגונית של אספקת השירותים) לפי הקריטריונים לעיל, כאשר כל חלופה תדורג מ-1 עד 5 לפי רמת תרומתה להשגת היעד שמציב הקריטריון. 1- תרומה נמוכה, 5- תרומה גבוהה מאוד.

חלופה/ קריטריון	השפעה על תשומות המשק	השפעה על תפוקות	עלות תקציבית	שווינות בנגישות	יכולת יישום
1א	הכנסת סל אוניברסאלי לסל הבריאות שבאחריות קופו"ח במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי	3	5	1	2
2א	הכנסת סל לאוכלוסיות מוגדרות לסל הבריאות שבאחריות קופו"ח במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.	2	4	3	3
3א	הרחבת השתתפות המדינה בטיפול שיניים	1	4	3	2
4א	עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים	2	3	4	4
5א	השאת המצב הקיים	1	1	5	5

כעת, נבחן את קבוצת החלופות השנייה (חלופות לסוג והיקף השירותים שיסופקו ע"י המדינה), לפי הקריטריונים בפרק ד'. גם כאן תדורגנה החלופות מ-1 עד 5 לפי רמת תרומתה להשגת היעד שמציב הקריטריון. 1- תרומה נמוכה, 5- תרומה גבוהה מאוד.

חלופות/קריטריונים	השפעה על תשומות המשק	השפעה על תפוקות	עלות תקציבית	שווינות בנגישות	יכולת יישום		
						ב1	ב2
סל מוגבל שיכלול רפואה מונעת ומשמרת בלבד	2 מעבר להגדלה תקציבית יתרום אך מעט לפתרון בעיית הא-סימטריה של אינפורמציה ובעיית ה"היצע יוצר ביקושי".	2 שיפור קטן בתפוקות לעומת המצב הקיים שכן יותר אוכלוסיות יחשפו לרפואה מונעת ומשמרת.	4 עלות תקציבית נמוכה למדי הנובעת מטיפולים זולים יחסית.	2 מלבד רפואה מונעת ומשמרת לא יכללו בסל מרבית טיפולי השיניים, מה שיפגע מאוד בשווינות.	2 חוסר התלהבות של משרד הבריאות, התנגדות של האוצר (חלשה יותר מאשר בשתי החלופות הבאות). קשה ליישום טכני במידה ויכלול בסל הבריאות שכן הקופות לא תפתחנה מרפאות שיניים שיעניקו רפואה מונעת ומשמרת בלבד.	ב1	
סל שיכלול רפואה מונעת ומשמרת וכן טיפולים בעששת שאינם כוללים פגיעה במוך השן	3 יתרום יותר להחלשת תופעת הא-סימטריה באינפורמציה. מאידך, יגדיל את ההוצאה לרפואת שיניים בגלל גידול ביקושים.	4 שיפור מהותי בתפוקות שכן אוכלוסיות בחשיפה נמוכה כיום לשירותי בריאות השן תקבלנה את מרבית הטיפולים להם הן נזקקות.	2 עלות תקציבית גבוהה, שכן הסל מכסה את מרבית טיפולי השיניים להם זקוקה האוכלוסייה.	4 אי מתן טיפולים מורכבים יפגע במידה מסוימת בשווינות. יחד עם זאת, מכסה סל זה את מרבית הטיפולים.	2 התנגדות של האוצר בשל עלויות תקציביות גבוהות.	ב2	
סל רחב שיכלול רפואה מונעת ומשמרת, טיפולים בעששת מכל הסוגים, הרכבת כתרים וגשרים, טיפול אורטודנטי וניתוחי פה ולסת	2 יתרום הרבה להחלשת תופעת הא-סימטריה באינפורמציה. מאידך, יגדיל מאוד את ההוצאה לרפואת שיניים בגלל גידול ביקושים.	5 שיפור מקסימאלי בתפוקות שכן אוכלוסיות שכיום אינן מטופלות כראוי תטופלנה באופן מלא.	1 עלות תקציבית גבוהה מאוד, במיוחד לאור הוספת טיפולים יקרים מאוד לסל.	5 רמת שווינות גבוהה ביותר שכן כל מגוון טיפולי השיניים יינתן במסגרת הסל.	1 התנגדות חריפה של משרד האוצר בשל העלויות הגבוהות מאוד לתקציב המדינה.	ב3	
המצב הקיים – לא קיים סל שירותים	1 חוסר התמודדות עם בעיית הא-סימטריה באינפורמציה ובעיית ה"היצע יוצר ביקושי". מביא להתבדרות כלפי מעלה של הוצאות בשל היעדר שליטה על עלויות הטיפולים.	1 תפוקות נמוכות בינלאומית.	5 עלות תקציבית מינימאלית.	1 אין שווינות שכן כמעט כל רפואת השן ממומנת במימון פרטי.	5 השארית המצב הקיים היא הפתרון הישים ביותר...	ב4	

מכיוון שהחלופה המועדפת תורכב מחיבור חלופה אחת מכל אחת משתי קבוצות החלופות שדורגו לעיל, נבנה כעת טבלה שתשלב את הדירוג שניתן בשתי הטבלאות לעיל לחלופות השונות. הדירוג שינתן עתה לשילוב כל שתי חלופות יהיה סכום דירוגי שתי החלופות. לדוגמה

הדירוג שינתן לשילוב של חלופה 2 עם חלופה 3 עבור קריטריון השוויוניות בנגישות יהיה 9 (דירוג חלופה 2: 4 + דירוג חלופה 3: 5). באופן זה ידורגו החלופות מ-2 עד 10, כאשר 2- תרומה נמוכה, 10- תרומה גבוהה מאוד. יש לציין כי לצורך העניין חושבו שתי קבוצות החלופות כבעלות משקל שווה, אך ניתן לעשות שימוש במידת הצורך במתודולוגיה לעיל גם במשקל שונה. הסימן – מסמן חלופה בלתי אפשרית.

חלופה מקבוצה א'	חלופה מקבוצה ב'	השפעה על תשומות המשק	השפעה על תפוקות	עלות תקציבית	שווינות בנגישות	יכולת יישום
1א- סל אוניברסאלי, אחריות קופו"ח	ב1- רפואה מונעת ומשמרת בלבד	5	7	5	7	4
1א- סל אוניברסאלי, אחריות קופו"ח	ב2- כולל טיפולים בעששת ללא פ. מוך	6	9	3	9	4
1א- סל אוניברסאלי, אחריות קופו"ח	ב3- סל רחב כולל כתרם, גשרים, אורטו	5	10	2	10	3
1א- סל אוניברסאלי, אחריות קופו"ח	ב4- המצב הקיים, אין סל	-	-	-	-	-
2א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות קופו"ח	ב1- רפואה מונעת ומשמרת בלבד	4	6	7	6	5
2א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות קופו"ח	ב2- כולל טיפולים בעששת ללא פ. מוך	5	8	5	8	5
2א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות קופו"ח	ב3- סל רחב כולל כתרם, גשרים, אורטו	4	9	4	9	4
2א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות קופו"ח	ב4- המצב הקיים, אין סל	-	-	-	-	-
3א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות המדינה	ב1- רפואה מונעת ומשמרת בלבד	3	6	7	5	4
3א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות המדינה	ב2- כולל טיפולים בעששת ללא פ. מוך	4	8	5	7	4
3א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות המדינה	ב3- סל רחב כולל כתרם, גשרים, אורטו	3	9	4	8	3
3א- סל לאוכ' מוגדרת, אחריות המדינה	ב4- המצב הקיים, אין סל	-	-	-	-	-
4א- עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים	ב1- רפואה מונעת ומשמרת בלבד	4	5	8	4	6
4א- עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים	ב2- כולל טיפולים בעששת ללא פ. מוך	5	7	6	6	6
4א- עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים	ב3- סל רחב כולל כתרם, גשרים, אורטו	4	8	5	7	5
4א- עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים	ב4- המצב הקיים, אין סל	-	-	-	-	-
5א- השארת המצב הקיים	ב1- רפואה מונעת ומשמרת בלבד	-	-	-	-	-
5א- השארת המצב הקיים	ב2- כולל טיפולים בעששת ללא פ. מוך	-	-	-	-	-
5א- השארת המצב הקיים	ב3- סל רחב כולל כתרם, גשרים, אורטו	-	-	-	-	-
5א- השארת המצב הקיים	ב4- המצב הקיים, אין סל	2	2	10	2	10

## 1. המלצות

אין ביכולתה של המלצה בעניין רמת ההתערבות הנדרשת מצד המדינה ברפואה בכלל וברפואת השן בפרט להיות מנותקת מתפיסת עולם כלכלית-חברתית סובייקטיבית לגבי רמת המעורבות של המדינה והשוויון החברתי הרצוי. למרות הניסיון שנעשה בנייר זה לבחון את החלופה המועדפת בפרמטרים כלכליים, עדיין יש מקום לדיון אידיאולוגי בדבר מידת הצורך בשיפור השוויון בנגישות לשירותי בריאות השן על חשבון גידול עלויות תקציביות שיצריכו גביית מיסים נוספת.

כפי שראינו בטבלה המסכמת שבפרק הקודם, ישנו ניגוד אינטרסים בולט בין חלופות שתשגנה שוויוניות בנגישות, תפוקות רפואיות והשפעה חיובית על התשומות לבין חלופות שעלותן התקציבית נמוכה וחלופות שהסיכויים ליישמן גבוהים יותר.

ניגוד אינטרסים בולט וחשוב העולה מן הטבלה הוא בין ההשפעה על תשומות המשק, קרי ההוצאה הלאומית לבריאות לבין העלות התקציבית, קרי ההוצאה הציבורית לבריאות. בגלל כשלי השוק המאפיינים את מערכת הבריאות שנידונו בפרק הרקע, יוצרת מערכת בריאות המבוססת על שוק פרטי התבדרות עלויות כלפי מעלה, מה שמעלה את תשומות המשק ואת ההוצאה הלאומית לבריאות. למערכת בריאות ציבורית היכולת לרסן במידה מסוימת את כשלי השוק ובכך לבלום במידה רבה את ההוצאה הלאומית. יחד עם זאת, קשה לדעת בבירור האם ריסון ההיצע במערכת הציבורית יעלה על הגידול בביקושים שינבע מהענקת סל בריאות לאוכלוסייה. בנוסף, יש לזכור כי מערכת בריאות ציבורית מצריכה מימון ציבורי וגביית מס הפוגע ביעילות המשק. דילמה זו מלווה את מקבלי החלטות בתחום הבריאות מזה שנים רבות והיא נמצאת במרכז ההתחבטות בשאלה הנידונה בנייר זה לגבי בריאות השן.

אין עוררין על כי המצב הנוכחי בו נמצאים שירותי בריאות השן בקצה הימני ביותר של סקאלת החלופות (חלופות א 5 ו-4ב), קרי במימון פרטי ללא התערבות המדינה אינה רצויה מבחינת מרבית הקריטריונים. כמו כן ברור כי הקצה השמאלי ביותר של סקאלת החלופות (חלופות א 1 ו-ב-3), קרי סל שירותים רחב ואוניברסאלי לכלל אזרחי המדינה, אינה ישימה כיום ואינה אפשרית מבחינה תקציבית. לכן, בבואנו לבחור את החלופה המועדפת, נתמקד בחלופות הביניים שהסיכויים ליישמן סבירים ואשר ביכולתן לשפר את המצב הקיים.

החלופות המומלצות לפי סדר עדיפויות:

מספרי החלופה	החלופה	נימוקים להמלצה
א 2 ו-ב 2	הכנסת סל שיכלול רפואה מונעת ומשמרת וכן טיפולים בעששת שאינם כוללים פגיעה במוך השן עבור אוכלוסיות מוגדרות וחלשות לסל הבריאות שבאחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.	החלופה אינה כרוכה בהוצאה תקציבית גדולה מדי ולכן קיים סיכוי לא רע ליישום. במקביל, מקדמת החלופה את השוויוניות בנגישות, מסייעת בסגירת פערים בין שכבות האוכלוסייה השונות ובכך מקדמת את התפוקות הבריאותיות בתחום בריאות השן. בנוסף, תורמת החלופה תרומה מסוימת לריסון התשומות המושקעות ברפואת שיניים ע"י שליטה כלשהי בכשלי השוק.
א 4 ו-ב 2	עידוד רכישת ביטוחי שיניים פרטיים, וסבסודם לאוכלוסיות חלשות, אשר יכללו רפואה מונעת ומשמרת וכן טיפולים בעששת שאינם כוללים פגיעה במוך השן	החלופה אינה כרוכה בהוצאה תקציבית גדולה ולכן קיים סיכוי לקדמה. לחלופה תרומה לריסון ההוצאה הלאומית לבריאות השן בשל תפקוד חברות הביטוח כגורם מתווך בין הרופא לחולה והחלשת השפעת תופעת הא-סימטריה של אינפורמציה. כמו כן, היא משפרת את תפוקות שירותי בריאות השן ואף משפרת במידה קטנה את השוויוניות. כמוכן, שרמת השוויוניות בנגישות שתושג תלויה בעומק הסובסידיות והתמריצים שינתנו לאוכלוסיות החלשות.

בכל אחת מן החלופות מומלץ לגבות השתתפות עצמית מהמבוטחים אשר תנוע בין השתתפות עצמית מינימאלית בטיפולי מניעה לשיעור השתתפות גבוה בטיפולים מורכבים יותר. ההשתתפות העצמית תסייע בהקטנת העלות התקציבית של החלופה, בריסון ביקושים ותגדיל את התמריץ למבוטחים לשמור על בריאותם הדנטאלית.

שילוב שתי החלופות המומלצות, קרי סל לאוכלוסיות חלשות ועידוד רכישת ביטוחי שיניים בקרב יתרת האוכלוסייה ישפרו באופן ניכר את תפוקות המערכת ועשויים להשפיע חיובית על ריסון ההוצאה הלאומית לרפואת שיניים.

## ז. בחינת דרכים למימון החלופה המועדפת

אופן מימון החלופה שתבחר הינה שאלת מפתח ביכולת ליישם רפורמה בבריאות השן. קיימות מספר אפשרויות למימון הרפורמה:

1. תוספת תקציבית שתמומן מגביית המס הכללית – קשה ליישום שכן נוגד את המגמה הכללית להפחתת נטל המס והקטנת ההוצאה הציבורית. צפויה התנגדות קשה של שר האוצר ופקידי האוצר.
2. מס ייעודי - הגדלת מס בריאות – בדומה לאפשרות הקודמת, נוגד גם כן את מגמת הפחתת נטל המס. יחד עם זאת בעל סיכויים מעט גדולים יותר ליישום בגין המס הייעודי שקל יותר להצדיקו ציבורית.
3. מימון ממקורותיו הפנימיים של משרד הבריאות- אפשרות שתתקבל בברכה על ידי משרד האוצר שכן אינה כרוכה בגידול העוגה הציבורית. אינה ריאלית בשל הרזרבות המדולדלות וגירעונותיו הגדולים של משרד הבריאות, אשר לא יוכל לעמוד בנטל ההוצאה הגדולה.
4. מימון על ידי התייעלות בסל התרופות והשירותים – אפשרות שתביא להגדלת התועלת החברתית משימוש במשאבי סל התרופות והשירותים. הוצאת תרופות ושירותים אשר תרומתם לבריאות הציבור נמוכה והחלפתם בהספקת סל שירותי בריאות השן לאוכלוסיות נזקקות, ללא צורך בתוספות תקציביות. אפשרות זו עשויה להיות שנויה במחלוקת בגין הויכוח על התרופות והשירותים שיגרעו מהסל. למרות שעשויה לעורר התנגדות במשרד הבריאות ובכנסת, תתקבל בברכה במשרד האוצר ותביא ליעול השימוש במשאבים הציבוריים.

נראה כי קשה יהיה מאוד להעביר את חלופה 1 ו-2. למרות שחלופה 2 יותר מציאותית מחלופה 1, לא נראה כי הגדלת מס מכל סוג שהוא ריאלית בתקופה הנוכחית בה מצהיר שר האוצר השכם וערב על כוונותיו להפחית את נטל המס. מכיוון שחלופה 3 אינה מציאותית, נראה כי הדרך היחידה לממן רפורמה בבריאות השן בתקופה הנוכחית היא בחירת חלופה 4. יש לציין כי בחירת חלופה 4 דורשת תעוזה רבה מצד שר הבריאות שצפוי שיאלץ להתמודד עם לחצים רבים. במידה ואין ביכולתו או ברצונו של משרד הבריאות לקדם חלופה זו, מומלץ להמתין עד לשעת כושר פוליטית וכלכלית שתאפשר לקדם את חלופה 1 או 2.

שאלת מידת הצורך בהתערבות המדינה בהספקת שירותים לאזרח בכלל, ומידת הצורך באספקת שירותי בריאות בפרט, הינה שאלה המעסיקה את הוגי הדעות מזה דורות רבים. שירותי בריאות הינם מוצר פרטי שלא חלים עליו כשלי השוק החלים על מוצר ציבורי טהור. עם זאת, חלים בתחום הבריאות כשלי שוק אחרים כגון א-סימטריה של אינפורמציה הגורמת לתופעת ה"היצע יוצר ביקוש" הידוע בתחום הבריאות. כשלי שוק אלו יחד עם השאיפה לצמצום פערים חברתיים בכל הקשור לאספקת שירותים אלמנטאריים כבריאות וחינוך הם המביאים את מרבית מדינות המערב לספק לאזרחיהן שירותי בריאות. שירותי בריאות השן אינם נבדלים משאר שירותי הבריאות בהשפעת כשלי השוק עליהם. משום כך, בחרו מרבית מדינות המערב לספק רמה כזו או אחרת של שירותי בריאות השן.

כמנכ"ל משרד הבריאות, קידום רפורמה בשירותי בריאות השן יצריך בעיקר דיונים עם האוצר, זאת לאור העלויות התקציביות הכרוכות בכל אחת מן החלופות האפשריות לרפורמה. למרות שמשד האוצר אמון על שמירת תקציב המדינה ובכלל זה על ההוצאה הציבורית לבריאות, יש לו אינטרס רב בריסון ההוצאה הלאומית לבריאות. בכל משא ומתן והדינות בנושא זה, כדאי מאוד להציג את התרומה הפוטנציאלית של הרפורמה לריסון ההוצאה הלאומית לבריאות.

ממיפוי החלופות ובדיקת הקריטריונים עלה כי כל חלופה שהיא אופטימאלית מבחינת תרומתה לתפוקות ולשווינויות מערכת בריאות השן, כרוכה בעלות תקציבית גבוהה, ומשום כך סיכויי יישומה מועטים. במצב דברים זה נוצר הצורך למצוא את "שביל הזהב" ולבחור חלופות שתהנה כרוכות בעלות תקציבית מתונה ובכל זאת תתרומנה לשיפור תפוקות רפואת השן בישראל ולשווינויות השירות.

החלופה שנבחרה בעדיפות הראשונה, הכנסת סל הכולל רפואה מונעת ומשמרת וכן טיפולים בעששת שאינם כוללים פגיעה במוך השן עבור אוכלוסיות מוגדרות וחלשות לסל הבריאות שבאחריות קופות החולים, עונה במידה רבה על המגבלות הקיימות, ובכל זאת תורמת תרומה משמעותית לשיפור הנגישות, השוויוניות והאיכות של שירותי בריאות השן לאוכלוסיות שבמצב הנוכחי סובלות מהזנחה בתחום זה. בהעדר יכולת לקדם רפורמה שתגדיל את היקף הספקת השירות על ידי המדינה או קופות החולים, מומלץ לקדם עידוד ממשלתי לרכישת ביטוחי שיניים פרטיים, וסבסודם לאוכלוסיות חלשות. חלופה זו, הכרוכה בעלויות תקציביות ניתנות לעיכול, תקדם גם היא את בריאות השן של תושבי ישראל והאוכלוסיות החלשות ותשפרה לעומת המצב הנוכחי. כמובן, ששילוב שתי החלופות לעיל הנו האפשרות הטובה ביותר. בכל אחת מן החלופות יש להטיל השתתפות עצמית, שמעבר לריסון ביקושים והפחתת עלויות תקציביות, תהווה תמריץ לשמירה על הגיינה דנטאלית.

בהיותו גוזר דינה של הרפורמה להיות או לחדול, אין להתעלם מנושא המימון. נושא זה בעייתי מאוד כיום על רקע המדיניות המאקרו כלכלית של ממשלת ישראל, מותר את הבריה לממן את הרפורמה על ידי "שחלוף" שירותים ותרופות בסל הבריאות או המתנה לשעת כושר כלכלית ופוליטית שתאפשר הגדלת מקורות מימון ציבוריים.

## ט. מקורות

1. ברג, א, רוזן, ב, סגן-כהן, ה, חורב. ט, (1996), **הוצאות משקי הבית על רפואת שיניים: דו"ח מחקר**, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
2. ברג, א, זוסמן, ש, חורב. ט, (2001), **היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי: דו"ח מחקר**, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, (2001), סקר בריאות אוקטובר 1999 – ספטמבר 2000: ממצאים כלליים, פרסום מס' 1200, ירושלים.
4. ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון, (1990), פרק ט"ו: בריאות השן, כרך ראשון, דעת הרוב, 431-438.
5. צ'רניחובסקי, ד, חורב. ט, (1999), "מודל אופטימלי למערך רפואת השן בישראל", מתוך: קופ יעקב (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, 279-295.
6. שיחות עם מספר רופאי שיניים.