

חוות-דעת – הסדרת טיפולי שיניים משקמים לקשישים

מוגש לחבר-הכנסת איציק שמולי

1. מבוא

מטרתו של מסמך זה היא לבחון משפטית ונורמטיבית את אופן ההסדרה של טיפולי השיניים המשקמים הניתנים לקשישים בישראל. באמצעות בחינה ההוראות הקיימות בחוק, לרבות הצעות חוק קודמות שהוצעו בעבר, דרך כתיבה של אנשי מקצוע בתחום ובחינת הנעשה במדינות המשפט המשווה, גיבשנו מספר המלצות אשר יש בהן לשפר את מצבם של הקשישים. ההמלצות נחלקות לשני מישורים: האחד, מודעות והנגשה של זכויות; השני, תקצוב והגדלת סל הטיפולים הניתנים. נקודת המוצא של חוות-דעת זו היא מתן **טיפול שיניים משקמים בלבד**, לקשישים הזקוקים לכך ואין באפשרותם לממן טיפולים מסוג זה. בד בבד, התייחסות להליך התבגרותה של האוכלוסייה ברחבי העולם כולו, וכן בישראל, סוגיה המצריכה היערכות כוללת בהיבטי התעסוקה והפנסיות, מוסדות רפואיים ותרבותיים וכן בהקשר להצעה זו – טיפולי השיניים הניתנים לקשישים.

2. עיקרי הדברים ומבנה חוות-הדעת

- (א) הדין המצוי: סקירת המצב החקיקתי הקיים לרבות כתיבה בספרות המקצועית אודות הסדרת זכויותיהם של הקשישים בכל הנוגע לטיפול השיניים המשקמים.
- (ב) משפט משווה: בחינת המודלים המוצעים במדינות המשפט המשווה.
- (ג) הדין הרצוי: הצגת מסקנות מסקירת הנושא והמלצות ליישום בחקיקה ובדרכים אלטרנטיביות נוספות.

3. הדין המצוי

א. המצב החקיקתי בישראל

החל משנת 2011 הוגשו מספר הצעות חוק המבקשות כי המדינה תתקצב את טיפולי השיניים לקשישים – לרוב, הוצע לתקצב את הטיפולים לכל אזרח שמלאו לו 65 שנים (להלן: "קשישים"). כך, למשל, **הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – רפואת שיניים לאנשים בגיל 65 ואילך)**, **התשע"א-2011 (פ/18/3534)** הונחה על שולחן הכנסת באוגוסט 2011 על-ידי יו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, ח"כ חיים כץ ו-57 ח"כים נוספים – הצעה זו נדחתה בוועדת השרים לחקיקה בתאריך ה-22.1.2012 (הצעה זו הונחה פעם נוספת גם במהלך הכנסת ה-19). ההצעה הונחה על שולחן הכנסת במרץ 2013 על-ידי ח"כ חיים כץ וחתמו עליה ח"כים מכל סיעות הבית. כמו כן, הקואליציה לבריאות שיניים ציבורית, המאגדת ארגונים חברתיים, ובהם האגודה לזכויות אזרח, בשיתוף עם אנשי אקדמיה ואנשי רפואה, הגישה ב-23.1.2014 פניה נוספת במטרה להשפיע ולקדם הצעת חוק זו. עם זאת, ההצעה נדחתה בוועדת השרים לענייני חקיקה ב-26.1.2014. בהמשך ישיר לכך, ההצעה הוגשה פעם נוספת – בחודש פברואר 2014. במסגרת דברי ההסבר להצעת החוק, כך נאמר:

"אוכלוסיית הקשישים בעולם עולה בהתמדה. לאוכלוסייה זו **צרכים מיוחדים מבחינת בריאות הפה**, הדורשים התייחסות מיוחדת מצד מקצועות הבריאות בכלל ובריאות השיניים בפרט. מאפייני בריאות הפה של אוכלוסיית

הקשישים כוללים: ריבוי מחלות כלליות, שבחלקן קשורות גם לפה או מקשות על טיפולים (סכרת, יתר לחץ דם, בעיות לב), ריבוי תרופות הגורמות ליובש פה, תזונה לקויה הנגרמת מסיבות הקשורות בשיניים (חוסר שיניים, תותבות לקויות) והן מסיבות אחרות... וכתוצאה מכך נוצרות בעיות חניכיים, עששת ועששת שורשים שלא טופלו מבעוד מועד, מחלות חניכיים שהסיכון שנגרם מהן הוא אובדן שיניים, בנוסף אדם שיש לו תותבות לקויות, חשוף לנזקים מצטברים ברקמות הפה וירידה ביכולת האכילה. זאת ועוד, הסיכון לחלות בסרטן הפה והלוע עולה עם הגיל."

כמו כן, הוגשה הצעה ביוזמתו של ח"כ איציק שמואלי (הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – רפואת שיניים לאנשים שמלאו להם 65 שנים), התשע"ה–2015 (פ/20/1249)), במסגרתה נטען כי אחד מכל ארבעה קשישים מוותר על טיפול השיניים, בשל עלות גבוהה, אך גם ניסיון זה עלה בתוהו.¹ הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – רפואת שיניים לאנשים שמלאו להם 60 שנים), התשע"ו–2015 (פ/20/2305), היא ההצעה האחרונה שהוגשה בנושא זה, בדצמבר 2015 וביוזמתם של ארבעה ח"כים ממפלגת ישראל ביתנו, וגם היא כקודמותיה לא צלחה את הליך החקיקה. מעניין לראות כי בהצעה זו, ולמרות שהצעות קודמות בנושא אשר תמכו בהענקת טיפולי שיניים לקשישים החל מגיל 65 לא אושרו בחקיקה, כאן בחרו המציעים להרחיב את היקף הזכאים לגיל 60 ומעלה.

חשיבות הענקת טיפולי השיניים לאוכלוסיות ספציפיות, עלה לדיון ציבורי כבר לפני כ-20 שנים בוועדת נתניהו, אשר יצרה את הבסיס לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובתוך כך המליצה שהחוק יכלול רפואת שיניים לילדים ולקשישים. לאחרונה, החל מתאריך ה-8.1.2017 ילדים עד גיל 15 זכאים לקבלת טיפולי שיניים, במסגרת שירותי סל הבריאות בקופות-החולים, ועד שנת 2020 גיל הזכאות יועלה בהדרגה לגיל 18.

אשר לזכאות הקשישים לטיפול שיניים, בדצמבר 2015 החלה עבודת מטה של משרד הבריאות, יחד עם המשרד לשוויון חברתי. המתווה שהוצע הוא תקצוב ממשלתי של טיפולי השיניים המשמרים והפרותטיקה (תותבות) לקשישים, וזאת במסגרת יישום הדרגתי, כמו שנעשה לגבי הילדים, לראשונה בדצמבר 2009. ראוי לציין כי במסגרת הדיון החקיקתי אודות טיפולי השיניים עבור ילדים, הועלה נושא הקשישים על-ידי ח"כ רחל אדטו. כאמור לעיל, כיום טרם הוסדר נושא הקשישים בדבר חקיקה, ומרבית הסיוע לקשישים ניתן באמצעות ארגונים חברתיים. ארגונים אלה מממנים ומסבסדים טיפולי שיניים עבור קשישים, ללא מטרות רווח, ואף נותנים מענה למוגבלים ולמרותקים לביתם באמצעות ניידת טיפולי שיניים.

למען הצגת שלמות התמונה, נציין כי עמדת הקואליציה לבריאות שיניים ציבורית בהקשר לטיפול השיניים לקשישים, היא כדלקמן: הקואליציה הציעה כבר בשנת 2010 לכלול את טיפולי השיניים לקשישים בסל הבריאות. נציגיה סבורים כי נדרש להתמקד בבדיקות לאיתור מוקדם של מחלות פה ושיניים, באמצעות רתימת רופאי משפחה המטפלים בקשישים כדרך קבע. כמו כן, הומלץ לשפר את ההיגיינה באמצעות הכשרה בסיסית של אחיות ושינניות כמטפלי בית.

¹ אלכסנדרה לוקש "ח"כ שמולי: רק שרים קהי חושים נגד טיפולי שיניים לקשישים" ynet 22.2.2016 www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4769241,00.html

יתרה מכך, יש לפעול להנגשת המידע אודות הזכויות והמודעות לטיפול שיניים לקשישים ולקרוביהם – באמצעות רופאי המשפחה וגורמי הרווחה.²

ב. הרציונל בבסיס החקיקה המוצעת

בהתאם לדברי ההסבר בהצעת-החוק האחרונה שהוגשה מטעם ח"כ איציק שמולי, כמו גם הצעות-חוק דומות מהשנים האחרונות, ההנמקות המרכזיות לחקיקה זו מתמקדות בהיותם של אנשים בגילאי 65 ומעלה אוכלוסייה בעלת מאפיינים ייחודיים המצדיקים מימון טיפולי שיניים בעבורם, כאשר מודגש בכל הצעות-החוק כי שמירה על בריאות הפה והשיניים היא בעלת משמעויות רבות גם לבריאות הכללית במובנה הרחב וגם בהיבטים הנפשיים והחברתיים.

מכלל האמור, ניתן להסיק כי אין בריאות כללית ללא בריאות הפה. כך, למשל, נמצא קשר בין מחלות פריו-דנטליות לבין מחלות לב וסכרת.³ נוסף לכך, ישנם נתונים מובהקים הנוגעים בעיקרם לפערי הבריאות על רקע כלכלי-חברתי:

1. אוכלוסיית הקשישים בישראל ובעולם עולה בהתמדה. תוחלת החיים של כלל האוכלוסייה בישראל במוצע בין 2005–2009 עמדה על 80.7 שנים, 82.6 לנשים, 78.8 לגברים.⁴ בקרב 40% מהמשפחות הרשומות במחלקות לשירותים חברתיים יש לפחות קשיש אחד בן 65 ומעלה וב-29% מהמשפחות לפחות קשיש אחד בן 75 ומעלה.⁵
2. הנזקות המשפחתית השכיחה ביותר בקרב משפחות המטופלות במחלקות לשירותים חברתיים היא "זקנה", 33% מהמקרים, כאשר מתוכן 75% הם משקי בית של נפש אחת.⁶ בסוף שנת 2014 מנתה אוכלוסיית הקשישים בישראל כ-900 אלף נפש.⁷ מנתונים נוספים עולה כי 38% מתוכם עברו בדיקה או טיפול שיניים בשנה החולפת ו-29% עברו ניקוי שיניים. לפי הסקר שנערך בשנת 2013, 43% דיווחו על כך שוויתרו על טיפול שיניים חרף העובדה שהיו זקוקים לו.⁸ נכון לשנת 2014, רשומים כ-275,200 קשישים במחלקות לשירותים חברתיים. במחקר נוסף שנערך בשנת 2002 נמצא כי 54% מהקשישים שאינם מאושפזים ושאינם נמצאים במוסדות, היו חסרי שיניים לחלוטין, ולאלו שיש שיניים בגיל זה נותרו במוצע 4.1 שיניים. בהשוואה לאירופה, נראה כי מדובר באחוז גבוה של קשישים "מחוסרי שיניים" בישראל.
3. פערים בשירותים רפואיים על רקע פערים חברתיים-כלכליים: נמצא ש-88% מאוכלוסיית הקשישים בעלי הכנסה נמוכה, דיווחו שבפיהם יש שיניים תותבות בלסת אחת לפחות, לעומת 63% מכלל אוכלוסיית הקשישים בישראל (פער של 25%!!).⁹
4. הסתדרות הרופאים ערכה בשנת 2010 מחקר בנושא עמדת הציבור לגבי צריכת שירותים במערכת הרפואה הציבורית. המחקר בדק את היקף הוויתור על שירותים רפואיים,

² "בריאות הפה והשיניים באוכלוסיית הקשישים בישראל הצעה לשינויי דו"ח הקואליציה לבריאות שיניים ציבורית (2012).

³ שם, בעמ' 7.

⁴ "פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2005-2009" – הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (25.11.2013).

⁵ משפחות ומשקי בית בישראל – נתונים לרגל "יום המשפחה" – הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 7 (6.2.2013).

⁶ שם, בעמ' 8.

⁷ קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 4 (מאיירס, ג'וינט-ברוקדייל, 2015).

⁸ שם, בעמ' 158.

⁹ "בריאות הפה והשיניים בישראל – יעדים לשנת 2020" משרד הבריאות (2016) www.health.gov.il/publicationsfiles/2020_18052016.pdf (להלן: דו"ח וועדת מן).

שנדרשים קשישים לבצע בתחומים השונים, מפאת עלותם הכספית ומצבם הכלכלי. המחקר מצביע כי 8% מהקשישים נאלצו לוותר על שירותים רפואיים בשל עלותם.

5. בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, נמצאו **פערים משמעותיים בין פרטים משכבות הכנסה שונות**, בהיבט היקף התחלואה, שיעור הימצאותם של גורמי הסיכון לתחלואה והשימוש בשירותי הבריאות. נמצא כי לגורמים הבאים ישנה השפעה רבה על בריאות השיניים: **רמת ההכנסה, התנהגות בריאותית** – תדירות הביקורים המניעתיים במרפאת השיניים והברשת השיניים, **גיל** – ככל שהגיל עולה, טיב מצב השיניים פוחת.¹⁰ מהנתונים שהוצגו לעיל, **עולה תמונת מצב עגומה לפיה הפערים גדולים ביותר** – כך, קשיש בעל רקע סוציו-אקונומי נמוך, מצבו גרוע בהשוואה לקשיש בעל בסיס כלכלי טוב יותר, מצב הקשישים בפריפריה ירוד בהשוואה לערי המרכז. כמו כן, האחוז הגבוה ביותר של מחוסרי השיניים נמצא בקרב האוכלוסייה הערבית (67%).

6. **עלות הטיפול** באוכלוסיית הקשישים תהא כ-260 מיליון ש"ח בשנה, בהתבסס על החישוב הבא: בקבוצה זו נמנים כ-3.1 מיליון קשישים. מתוכם יוכלו לקבל טיפול רפואי או יזדקקו לו כ-40% שהם מהווים כ-1,240,000 קשישים. עלות טיפול ממוצעת לאדם היא כ-5,000 ש"ח לעשר שנים. לכן, העלויות לעשר שנים נאמדות בסך של 2.6 מיליארד ש"ח, וההוצאה השנתית היא 260 מיליון ש"ח.¹¹ כמו כן, יש לזכור כי רפואה **מניעתית** תחסוך עלויות רבות, כיוון שברפואת השיניים המניעה הראשונית נחשבת הזולה ביותר והישגיה מרשימים.¹²

במאמר מוסגר, נציין כי רווחת הגישה **שהפרטת חלק משירותי הבריאות** פוגעת באוכלוסיות חלשות וביניהם קשישים רבים. המשמעות בהעברת חלק מהמימון מהמגזר הציבורי לפרטי היא הגברה של **אי-השוויון** בנגישות לשירותי הבריאות בישראל. **לאור העובדה שאחוז העניים בקרב קשישים הוא גבוה יחסית, ושהאוכלוסייה מעוטת היכולת היא אוכלוסייה חולה יותר, תוצאה מרכזית של תהליך הפרטה היא שהנגישות לשירותים והקצאת המשאבים אינם עונים על הצרכים הבריאותיים של האוכלוסייה, דה פקטו, אלא מתנהלים בהתאם ליכולת הכלכלית לעמוד בתשלום עבורם.**¹³

ג. פילוח התקציבים למתן שירותים רפואיים

חלוקת ההוצאה הלאומית לבריאות, לתרופות ולשירותים רפואיים (רופאים, מרפאות, רופאי שיניים) – בשנת 2015 היא כדלקמן: 38% במימון פרטי, 36% במימון תקציב המדינה, 24% מס בריאות ו-2% תרומות מחו"ל.

ייצוג בוועדת סל הבריאות:

אחת הבעיות המרכזיות בישראל, בהקשר להליך החקיקה הנוגע לטיפול השיניים לקשישים, נוגע לכך שחברי וועדת סל הבריאות אינם כוללים ייצוג של אוכלוסיות מוחלשות כגון קשישים והדבר משפיע על החלטותיהם. עובדה זו מבטאת את חשיבות הצעת החוק וכי נדרש לערוך את הרפורמה בחוק **וללא תלות בוועדה**:¹⁴ "אחת הביקורות המרכזיות הינה נגד הרכב הוועדה. מרבית חברי הוועדה הינם נציגי מערכת הבריאות, ולגבי חלקם מתקיים חשש לניגוד

¹⁰ דו"ח וועדת מן, שם, בעמ' 11.

¹¹ דו"ח וועדת מן, שם, בעמ' 32.

¹² דו"ח וועדת מן, שם, בעמ' 7.

¹³ דני פילק "השפעת המשפט על מסחורם של שירותי הבריאות בישראל" **מעשי משפט** כרך ב' 167 (2009).

¹⁴ נרי ברנר "פרסום ראשון: רפואת שיניים חינם גם לקשישים" **ynet** 11.1.2012

www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4174229,00.html

עניינים... צוין גם שהוועדה אינה כוללת ייצוג ישיר של אוכלוסיות מוחלשות, כגון: עניים, קשישים, נכים, ערבים, עולים חדשים ואפילו נשים. לנוכח אופי עבודתה של הוועדה ותפקידה המרכזי בהחלטות על הרכב הסל, נראה כי המחסור בייצוג ואופי הייצוג משפיעים על שיקוליה. נציגי הציבור בוועדה, אשר אמורים היו להעשיר את דיוני הוועדה בשיקולים מוסריים, חברתיים ומשפטיים, נכבלים באופן כמעט מוחלט על ידי הנתונים וההערכות שמציגים להם בעלי המקצוע. לפיכך קיים חשש שנציגי הציבור לא מביאים לידי ביטוי באופן מלא את עמדתם ותפקידם מתמצה בבקרה על חדירת שיקולים זרים לדיוני הוועדה".

4. משפט משווה

א. כללי:

שירותי רפואת השיניים מהווים כ-5% מסך הוצאות הרפואה במדינות ה-OECD. באיחוד האירופי, אנו רואים מגמת עלייה בתקציב המוקצה לשירותי רפואת השיניים, עלייה של כמעט 100% ב-20 השנים האחרונות. כך, למשל, בשנת 2000 התקציב עמד על כ-5.4 מיליארד יורו ואילו בשנת 2012 התקציב עמד על כ-7.9 מיליארד יורו, כאשר הצפי לשנת 2020 הוא השקעה בסך של 9.3 מיליארד. שתי הסיבות לעלייה בתקצוב הן: הזדקנות אוכלוסיית האיחוד; החמרה בבריאות הפה בקרב האוכלוסייה כולה ושל הקשישים בפרט. הזדקנות משמעותית של האוכלוסייה באירופה, בין היתר, בשל שיעור ילודה נמוך כחלק מהתרבות האירופית, מצריך מהממשלות התייחסות בדמות מתן מענה רפואי רחב לאוכלוסייה. הקשישים באירופה נמנים לרוב עם האוכלוסייה הכפרית אשר נמצאת בפרברי הערים המפנה מקומה לצעירים העובדים. על כן, נדרש להעניק שירותים במקומות מרוחקים, נוכח הקושי של קשישים להגיע למרכזים הרפואיים לטיפול שיניים.

ב. דוגמאות לתכניות לאומיות ולמודלים שהונהגו במדינות האיחוד האירופי:

1. הונגריה: ערכה בדיקות יזומות לאוכלוסייה שנמצאת בסיכון גבוה לסרטן הפה והשיניים, אשר הקשישים נמנים עמה. מטרתו של הטיפול היא מניעת המחלה טרם התפתחותה.
2. המודל הנורדי (דנמרק, פינלנד, נורבגיה ושוודיה): שירותי רפואת שיניים ממומנים על-ידי הממשל הלאומי או המקומי (גישה סוציאליסטית יחסית). השירותים ניתנים בחינם למרבית האוכלוסייה, בעיקר ילדים וקשישים, וממומנים על-ידי הכנסות המדינה ממיסים. רפואת שיניים במגזר הפרטי מטפלת לרוב במבוגרים שהמדינה משתתפת בתשלום הטיפול שלהם.
3. המודל הביסמארקי (אוסטריה, בלגיה, צרפת, גרמניה, לוקסמבורג והולנד): מבוסס על ביטוח בריאות שמשולם על-ידי אדם פרטי או מטעם המעסיק. מעורבות ממשלתית מינימלית ככל האפשר ועל כן מוצעת רפואת שיניים באפיק ציבורי מינימלי (מודל רפואה מופרטת).
4. המודל הבריטי: משלב בין השניים הראשונים – מימון פרטי וממשלתי. טיפולים ניתנים בחינם לילדים מתחת לגיל 18 או לקבוצות מיוחדות ומעט מרפאות ממומנות בידי המדינה.
5. המודל הדרום אירופי (קפריסין, יוון, איטליה, מלטה, פורטוגל וספרד): מודל פרטי לחלוטין ללא כל התערבות ממשלתית ברפואת שיניים (מעט מקומות נותנים רפואה בחינם, עד גיל 18).

ג. מסקנות הסקירה המשווה:

מערכות הבריאות ברחבי העולם נערכות כדי להתאים עצמן לשינוי בהרכב האוכלוסייה. כאמור לעיל, שיעור המבוגרים באוכלוסייה הולך ועולה, מגמה שתלך ותתעצם לפחות עד אמצע

המאה ה-21. מדינות ה-OECD מציגות שינוי בתפיסה הכוללת של בריאות ורווחה בהקשר לאוכלוסיית הקשישים – "גישה אקטיבית" המבוססת על רפואה מונעת, יוזמות, טיפולים ביתיים וניסיונות להיערך לבניית צוותים טיפוליים המגיעים אל בית המטופל (מערך טיפולי בית עבור קשישים אשר ימנע הגעה לבית-החולים); **מערך שירותי בריאות ביתי** קיים בדנמרק, בהולנד, באנגליה, באוסטרליה ובארצות-הברית. השירות האמור, הניתן בבית הקשיש, מאורגן וניתן בכמה מדינות בידי ארגוני בריאות שונים או גורמים פרטיים המועסקים על-ידי רשויות מקומיות ובמסגרתו מוכשרים רופאים רבים כדי להעניק טיפול ביתי ונגיש. בשל החשש מביקוש רב לשירות זה, בחלק ממדינות אירופה נדרשת **השתתפות עצמית** ונקבעו תנאי-סף ברורים לשם קבלת הזכאות. ניתן לראות את הקשר בין עיבוי תקציבים לבריאות הגיל השלישי לבין יישום בפועל של הממשלות האירופיות.

5. סיכום ומסקנות

א. **הבחנה בין הזכאות הניתנת לילדים לבין קשישים**: כפי האמור לעיל, ילדים עד גיל 15 זכאים לקבלת טיפולי שיניים בחינם. אוכלוסיית הילדים זכאית לטיפולים הרפואיים מעצם היותה עומדת בקריטריון אחד בלעדי – **קריטריון גיל** (בהיקש לכך, גם בהקשר לחוק הכשרות המשפטית והאפורטרופסות, התשכ"ב-1962, נקבעו כללים אשר לפעולות שילדים אינם רשאים לבצע משום גילם וללא קשר למצבם הקונקרטי). להבדיל מאוכלוסייה זו, אנו סבורים כי בהקשר לאוכלוסיית הקשישים, יש ליצור דיפרנציאציה בין אוכלוסיית הקשישים הרחבה לבין **אוכלוסיית הקשישים הנזקקת**. כדי להעביר את הצעת-החוק העומדת בבסיס חוות-דעת זו, יש **להתמקד בשני קריטריונים** אשר הם נדרשים להנחות את הבחינה האם יש להעניק הזכאות לטיפול שיניים: האחד, גיל (גיל 65 ומעלה) – יש להתאים **לגיל הפרישה המקובל**; השני, מצב סוציאקונומי (נזקק או במצב רווחתי קשה) – רק עמידה בשני התנאים המצטברים תזכה בקבלת טיפולי השיניים **המשקמים** בלבד. לחלופין, ניתן ליצור **מדרגת זכאות** בהתאם לרמות השכר והמצב הכלכלי של הקשיש (מבחן הכנסה) – כך אנו מעניקים זכאות רחבה לכלל אוכלוסיית הקשישים לצד יצירת התאמה **וצדק מתקן** עבור קשישים הזקוקים **לטיפולים משקמים** מורכבים ואין באפשרותם למממןם. וכפי שהיטיבו לקבוע:

"נוכח העובדה שקשישים ונזקקים רבים אינם יכולים להרשות לעצמם לעבור טיפולי שיניים בגלל מחירם, הם מסתובבים ללא שיניים, והדבר גורם לעיוות של הפה והפנים. הדבר פוגם ביכולתם לאכול ופוגע בכבודם. (א) קשישים: ראוי שהממשלה תשקול את האפשרות למתן טיפולי שיניים לקשישים ואת היקפם. (ב) נזקקים: על משרד הרווחה להוביל את ביצועה של עבודת מטה משותפת עם משרד הבריאות, קופות החולים והרשויות המקומיות, לגיבוש מתכונת למתן סיוע בטיפולי שיניים לנזקקים. מדובר לא רק בבריאות הציבור, אלא גם בשמירה על כבודו של האדם."¹⁵

¹⁵ "שירותי בריאות השן" **משרד הבריאות** 667, 712-709 (2015) www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_290/c5fef5ed-f9e1-4848-bda0-5fa05d618487/65C-211-ver-3.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1

- ב. **הקמת ועדת היגוי בין-משרדית**: הקמת וועדה אשר תורכב מנציגי משרד הבריאות והביטוח הלאומי, לטובת העלאת אחוז המימוש של טיפולי השיניים וגיבוש נוהל סדור לעניין זה. בתוך כך, הוועדה נדרשת לגבש קריטריונים ברורים המהווים תנאי למימוש הזכאות ובמסגרת זו לזמן אנשי מקצוע המתמחים בטיפול שיניים משקמים ובהשלכות הרחבות שיש לקביעת אמות המידה. לבסוף ייווצר נוהל סדור שיופץ באמצעות המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות לאוכלוסיית היעד, זו שתיקבע כזכאית לטיפולים המשקמים.¹⁶
- ג. **המרחב הטיפולי**: אחת המסקנות הבולטות מהסקירה שערכנו, מעלה כי המרחב הטיפולי הרפואי המתאים לקשישים עובר במרוצת השנים מטיפול בבתי-החולים לטיפולים בבית המטופל. בהתאם לכך, יש להידרש לפתרונות בדמות הכשרה ומתן אפשרויות רפואיות אשר יוצרים הנגשה לטיפולי שיניים רפואיים עבור אוכלוסיית הקשישים בישראל – אשר בחלקה הארי בעלת קשיי נגישות למוסדות רפואיים. לפיכך, נמליץ לייעד תקציבים לשם הקמת תשתית ייעודית להענקת הטיפולים הביתיים, לרבות הכשרת מטפלים ביתיים – בדרך זו נתגבר על מכשול ההגעה למרכז הרפואי, המונע ממטופלים רבים לקבל טיפול בזמן, ובהמשך נגרמת החמרה במצבם הרפואי וקושי לשיקום.¹⁷
- ד. **פרסום הסיוע בקופות-החולים ובמוסדות רפואיים**: בהנחה שבתקציב לשנים הקרובות תוכנס מחדש הקצבה של טיפולי שיניים לקשישים, נמליץ כי קופות החולים ומוסדות רפואיים ציבוריים יהיו אמונים על פרסום והנגשה של המידע למטופלים שמגיעים אליהם כדרך אגב לטיפולים ולבדיקות בתחומים אחרים; ובאמצעות חוזרים שישלחו לבתי המבוטחים. כך, למשל, רופא המשפחה יודיע כי בהגיעך לגיל 65 הנך זכאי לטיפול שיניים ובהתאם יפנה אותך למרפאות שניתן לקבל בהם את השירות בחינם או בסבסוד. בדרך זו נמנע את המצב לפיו תקציבים של מיליונים לא מומשו, כשנוצלו אך 9% מהתקציב ל-2015.
- ה. **מעורבות המוסד לביטוח לאומי**: המוסד לביטוח לאומי נדרש למפות את כל הקשישים בישראל אשר מוגדרים כ"מעוטי יכולת" – דהיינו, כל הקשישים הזכאים לקצבת השלמת הכנסה/ נכות. בהנחה שיהא תקציב ייעודי עבור טיפולים לאוכלוסיית קשישים נזקקים, באמצעות הביטוח הלאומי נוכל לשלוח מכתבים אישיים לכל זכאי המבשרים אודות הזכאות לטיפול שיניים ומשקם – הפרוצדורה, עלויות משוערות ומרכזי הטיפול הרפואיים הסמוכים ופרטים ליצירת קשר – בדרך זו נוודא כי רק קשישים העומדים בקריטריונים שנבחנו ובהתאם זיכו בהשלמת הכנסה, יקבלו את הזכאות החדשה.
- ו. **מעורבות גורמי הרווחה ברשויות המקומיות**: בדומה למוסד לביטוח לאומי, כשם שהמוסד מעלה את המודעות של קשישים לזכאותם, כך גם במקרים שמגיעים לפתחם של העובדים הסוציאליים ברשויות המקומיות, יש להורות כי באחריות משרד הרווחה לבנות נוהל לפיו הן יוכלו להפנות את מטופלי הרווחה הזכאים לכך, בהתבסס על גיל ומצב כלכלי קשה, לקבלת הזכאות הרפואית דנן.

¹⁶ "בקרוב: טיפולי שיניים מסובסדים גם לקשישים" משרד הבריאות 16.12.2015 www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/16122015_1.aspx

¹⁷ נעמה רון, פמלה הורוביץ, ניר קידר ושגית ארבל אלון "הבית כמרחב טיפול מועדף עבור קשישים: מענה ראשוני לבעיה שלישונית" מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי – משרד הבריאות (2016) www.health.gov.il/PublicationsFiles/HOUSE_2016.pdf

נספח – ההוצאה הלאומית על בריאות לפי מגזר וסוג השירות

בשנת 2013 – מימון בתי-החולים על-ידי הממשלה היווה 66.2% מסך המימון הממשלתי. המימון הפרטי מכיל בתוכו תשלומים ישירים של משקי בית לתרופות ולשירותים רפואיים מגוונים, ביטוחים וכיוצא באלה. 35% מסך המימון הפרטי ו-45.5% מסך המימון של קופות-החולים הגיע למרפאות ציבוריות ולרופאים הפרטיים.

בשנת 2014 – ההוצאה על בריאות לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה בישראל, דומה להוצאה בסלובקיה, בצ'כיה ובסלובניה, ונמוכה ממרבית מדינות ה-OECD. עם זאת, בהשוואה הבינלאומית לא מובאים בחשבון הבדלים בגורמים שעשויים להשפיע על ההוצאה כמו הרכב הגילים, מבנה מערכת הבריאות, מבנה התעסוקה. כשמחשבים הוצאה לבריאות משוקללת, לפי גיל, מתקבלת הוצאה לאומית לנפש גבוהה יותר בישראל.

בשנת 2015 – סיפקו קופות-החולים 32% משירותי הבריאות לעומת 33% בשנים 2008–2014. "יצרני השוק" – בתי-חולים הכלליים, רופאי השיניים, רופאים פרטיים ויצרני תרופות – אלו סיפקו 57% מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות בשנת 2015. החלק שסופק על-ידי מוסדות ממשלתיים היה 6% בלבד. בבחינת ההוצאה השוטפת על בריאות – 35% שימשו לבתי-החולים והמחקר, 44% לרפואה הציבורית והרפואה המונעת ו-13% עבור רופאים פרטיים ורופאי שיניים. ההוצאה הלאומית על בריאות הייתה **7.5% בלבד מהתמ"ג**, אשר נמוך בהשוואה לחציון ההוצאה על בריאות במדינות ה-OECD הנאמד בכ-9.4%.¹⁸

מסמך זה נכתב על-ידי: מיה אטינגר, שיר עובדיה, דרור לוי, טל עזריאל, נועם מוניס ומתן סטמרי
נבדק על-ידי עידן סגר ואושר לפרסום.



בברכה,

מרכז 'עומק' – עיצוב מדיניות וחקיקה

¹⁸ "בשנת 2015: ההוצאה הלאומית לבריאות – 7.5% מהתמ"ג" הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 16.8.2016
www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201608253