

היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת השיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי

איילת ברג¹ שלמה פ' זוסמן² טוביה חורב³



המחקר נערך במסגרת התוכנית לחקר מדיניות הבריאות,
המשותפת לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברוקדייל,
ומומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹ ג'וינט-מכון ברוקדייל
² אגף בריאות השן, משרד הבריאות
³ אוניברסיטת בן גוריון בנגב

פברואר 2001

ירושלים

שבט תשס"א

00 37763 601 003

BR-RR-359-01

C-3

BR-RR-359-01

היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת

ברג, איילת



0037763001003

ג'וינט-מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם
ורוחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל
בשיתוף עם הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם
למחקר יישומי בסוגיות חברתיות
בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה שנטלה על עצמה מחויבות
לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים
בתכנון וביישום תכניות רווחה.

המחקר במכון מתבסס על גישה בין-תחומית.
במכון חמש יחידות עיקריות:

- ♦ זיקנה
- ♦ מדיניות בריאות
- ♦ קליטת עלייה
- ♦ מוגבלות
- ♦ המרכז לילדים ולנוער





פרסומים נוספים של מכון ברוקדייל בנושא זה

ברג, א'; רוזן, ב'; סגן-כהן, ה'; חורב, ט'. 1996. הוצאות משקי בית על רפואת שיניים. דמ-255-96.

גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'. 1996. ביטוחי בריאות בישראל 1996: סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחינת חלופות מדיניות. דמ-272-96.

להזמנת פרסומים אלה ניתן לפנות לגיוינט-מכון ברוקדייל, ת.ד. 13087, ירושלים 91130, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391; אתר אינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale.

גיוינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-5612391

כתובת באינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale

תקציר

שירותי בריאות השן לא היו מעולם חלק ממערכת הבריאות הציבורית במדינת ישראל. גם כיום הם עדיין אינם חלק מסל השירותים הבסיסי, שלו זכאים מבוטחי קופות-החולים השונות מכוח החוק. תפוצתן של מחלות הפה והשיניים באוכלוסייה גבוהה, ולכן יש משמעות רבה להעדר שירות חשוב זה מסל שירותי הבריאות.

ועדת נתניהו, אשר הוקמה במגמה לבדוק את תפקודה של מערכת הבריאות בישראל ואת יעילותה, ציינה בדוח שהגישה בשנת 1990 כי יש מחסור חמור בנתונים אפידמיולוגיים דנטליים. הוועדה המליצה להקצות משאבים למחקר בתחום בריאות הפה והשיניים ולהקים מאגר מידע בתחום זה. כמו-כן, היא המליצה לכלול בסל השירותים, המסופק במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים בני 5-18, וכן שירותי רפואת שיניים משמרת ומשקמת לקשישים. המלצות אלה לא קיבלו ביטוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, ולפיכך הגישה לשירותי רפואת שיניים, בעיקר של אוכלוסיות פגיעות, נשארת סוגיה בעייתית. מטרתו של מחקר זה היא לספק נתונים מקיפים ומעודכנים על בריאות הפה ועל מאפייניה של התנהגות הבריאות בתחום זה בישראל. אחד הנושאים העיקריים הוא מידת קיומו של פער בין תת-קבוצות באוכלוסייה, מבחינת דפוס התנהגות בריאות, שיעור השימוש בשירותי הבריאות ומצב בריאות הפה.

מתודולוגיה

אוכלוסיית המחקר כללה את תושבי ישראל בני 22 ומעלה, שהם כ-4.5 מיליון נפש. מדגם אקראי של מספרי טלפון נלקח מספר הטלפונים הממוחשב של בזק, ובתוך כל משק בית, העונה על אמות המידה של אוכלוסיית הסקר, נדגם אקראית בן משפחה מבוגר אחד. בראיונות שנערכו בטלפון באביב 1998, נכללו כאלף מרואיינים. השאלון כלל את הנושאים הבאים: מצב בריאות נתפס של הפה, ידע (חשיבות התנהגות מונעת לבריאות הפה), עמדות (חשיבות מראה השיניים לחיי היום-יום), התנהגות מונעת (כמו צחצוח שיניים, ביקורי מנע תקופתיים, שימוש בחוט דנטלי), שימוש בשירותים, נגישות השירות (משך המתנה לתור, חסמים כלכליים), אובדן ימי עבודה בגין בעיות דנטליות, שביעות-רצון מהשירות, צורכי טיפול דנטלי אשר לא קיבלו מענה וכיסוי ביטוחי.

הממצאים מוצגים בעזרת ממוצעים לכלל האוכלוסייה ולקבוצות אוכלוסייה, תוך השוואות למדינות אחרות. כדי להבין את השפעתם הסגולית של מאפיינים שונים על נושאים מסוימים, הרצנו גם מודלים רב-משתניים בשלבים. הממצאים שלהלן מתייחסים לניתוח הדו-משתני, אלא אם צוין אחרת.

מצב בריאות על פי דיווח המרואיינים

ככל שגיל המרואיין צעיר יותר, וככל שמעמדו החברתי-כלכלי גבוה יותר, מצב הבריאות המדווח טוב יותר. כמו כן הוא טוב יותר בקרב דוברי עברית, בהשוואה לדוברי רוסית וערבית, ובקרב גברים ובקרב נשאלים המתגוררים במרכז הארץ.

שבעים ותשעה אחוזים מאוכלוסיית הסקר איבדו שן אחת לפחות ו-12% איבדו את כולן. עשרים וחמישה אחוזים מבין המשיבים, אשר דיווחו כי בפייה יש שיניים, העריכו את מצבן כטוב מאוד, 43% כטוב ו-32% כבינוני או לא טוב. הערכת מצב החניכיים הייתה מעט טובה יותר.

ממצאי המחקר מצביעים על נחיתות בכל הקשור לשיעור מחוסרי השיניים בקבוצת גיל 65 ומעלה (52%), בהשוואה למרבית המדינות המערביות (ארה"ב, שבדיה, איטליה, שווייץ, גרמניה, יפן, נורבגיה ודנמרק). הממצא גבוה גם בהשוואה למדינות כמו פולין והונגריה, שאינן נחשבות למובילות בתחום הבריאות הדנטלית. ממוצע השיניים החסרות לאדם בגיל 35-44 בסקר הנוכחי הגיע ל-3.6 שיניים. ממצא זה גבוה יחסית למדינות כמו צרפת ונורבגיה, אך נמוך מהממוצע במדינות כגון הולנד ודנמרק.

בתחום שביעות-הרצון של המרואייין ממצב השיניים שלו, ממצאי הסקר פחות טובים בהשוואה לארה"ב וניו זילנד, אך טובים יותר מגרמניה.

ידע, עמדות והתנהגות

כעשרה אחוזים מהמרואיינים ענו שאכילת ממתקים בין הארוחות אינה פוגעת (או פוגעת במידה מעטה) בבריאות השיניים.

לדעת מרבית המרואיינים מראה השיניים הוא גורם חשוב במציאת בן זוג (79%) או בהשגת מקום עבודה (59%), אך למרות זאת, נמצאה בעייתיות בהתנהגות הבריאות ובמת הידע שלהם בכל הקשור לשמירת בריאותם הדנטלית.

מדדי התנהגות הבריאות העיקריים שנבדקו הם: צחצוח שיניים, שימוש בחוט דנטלי, פנייה לרופא לצורך בדיקות-מנע תקופתיות והשלמת טיפול. שישים ושמונה אחוזים נוהגים לצחצח את שיניהם לפחות פעמיים ביום, 25% - פעם ביום ו-7% מצחצחים שיניים פחות מפעם ביום או בכלל לא. ניתוח רב-משתני מראה שתדירות צחצוח נמוכה יחסית מושפעת באופן מובהק מהגורמים הבאים: השתייכות לקבוצת מעוטי הכנסה, גברים, דוברי ערבית ומי שאינם פונים בדרך כלל לבדיקות-מנע.

שבעים וארבעה אחוזים נוהגים לאכול ממתקים בין הארוחות. נטייה זו יורדת עם הגיל (כזכור, המדגם לא כלל ילדים), יורדת עם העלייה בהכנסה, וגבוהה בקרב המתגוררים בנפת הצפון.

בכל הקשור לצחצוח שיניים ולתדירות השימוש בחוט דנטלי המצב בישראל גרוע יותר מהמצב במדינות מסוימות, וטוב מהמצב במדינות אחרות (לדוגמה, שיעור המדווחים על כך שהם מצחצחים שיניהם לפחות פעמיים ביום בקרב בני 35-44 הגיע בסקר זה לכ-70%, לעומת 85% בגרמניה ו-76% בארה"ב. שיעור הנשאלים אשר דיווחו שאינם מצחצחים כלל את שיניהם היה בישראל 4% לעומת 0% בגרמניה, יפן וארה"ב ו-2% בניו זילנד). גם תדירות השימוש בחוט דנטלי נמצאה בישראל נמוכה, בהשוואה למדינות שלגביהן היו לנו נתונים השוואתיים - ארה"ב, יפן, ניו זילנד וגרמניה.

שלושים וחמישה אחוזים מהנשאלים ציינו כי הם נוהגים לפנות לרופא השיניים לצורך בדיקות-מנע. אחוז הפונים לבדיקות אלה נמוך בקרב מעוטי הכנסה (14%), דוברי ערבית (21%), דוברי רוסית (24%),

בקרב גברים (31%) ובנפת הצפון (25%). הסיבה השכיחה לאי-פנייה לביצוע בדיקות-מנע שגרתיות היא חוסר מודעות לחשיבות הטיפול המונע ברפואת שיניים (38% מהמרואיינים). סיבות נוספות שצוינו: עצלות או שכחה (21%), חוסר זמן (16%), המחיר (14%), פחד (8%) וריחוק המרפאה (1%). שיעור גבוה יותר של נשאלים הנמנים עם בעלי הכנסה נמוכה ציינו את המחיר כסיבה העיקרית להימנעות מביקורי מנע, לעומת נשאלים בעלי הכנסה בינונית או גבוהה. מניתוח רב-משתני עלה שהשתייכות לחמישון התחתון מביאה לפחות פניות לבדיקות-מנע גם לאחר נטרול גורמים סוציודמוגרפיים אחרים. עוד נמצא שהמודעות להתנהגות-בריאות מונעת ולחשיבותה הגבירה את הסיכוי לפנות לבדיקות-מנע. מתברר גם שידע לגבי חשיבותה של ההתנהגות המונעת והקפדה על צחצוח שיניים מסבירים חלק מהפערים בין דוברי רוסית לדוברי עברית בנטייה לפנות לבדיקות-מנע תקופתיות.

ממצאי הסקר הראו גם שבקרב דוברי ערבית, ובקרב תושבי צפון הארץ, רמת הידע הקשורה לבריאות הפה וכן העמדות כלפי חשיבות מראה שיניים, הן הנמוכות ביותר.

שימוש בשירותים דנטליים ואיכותם

תדירות הביקורים אצל רופאי שיניים

הממצאים מראים שכ-59% מהאוכלוסייה הבוגרת ביקרו אצל רופא השיניים בשנה האחרונה. 21% ביקרו לאחרונה לפני למעלה משנתיים; 16% ביקרו לאחרונה בין שנה לשנתיים לפני הסקר וחמישה אחוזים מעולם לא ביקרו במרפאת שיניים; נתון אחרון זה דומה לתוצאות שנמצאו בארה"ב. שיעור המרואיינים אשר לא ביקרו בשנה האחרונה במרפאות שיניים (41%) גבוה בהשוואה למדינות כמו ארה"ב וגרמניה.

מספר הביקורים הממוצע בשנה עומד על 2.2 והוא נמוך יותר אצל גברים (1.8), אצל הקשישים (1.2), בחמישון התחתון (1.6) ובנפת ירושלים (1.9). מניתוח רב-משתני נמצא שמספר הביקורים גבוה יותר, ככל שהאדם פחות שבע-רצון ממצב שיניו, וככל שההתנהגות הבריאותית הדנטלית שלו תואמת את המקובל בספרות ובקרב אנשי המקצוע. למשתנים הדמוגרפיים, למעט רמה סוציאקונומית, לא הייתה השפעה מובהקת על מספר הביקורים אצל רופא השיניים בשנה שחלפה. הממצא העולה מהניתוח הדו-משתני, שלפיו נשים משתמשות יותר בשירותי בריאות דנטליים, מתיישב עם התוצאות שהתקבלו בסקרים במדינות אחרות.

סוג ספקי השירותים

שבעים אחוזים מבין המבקרים במרפאות שיניים טופלו בביקורם האחרון במרפאה פרטית; 21% במרפאה של אחת מקופות החולים; 3% במסגרת מרפאת שיניים של חברה/תאגיד מסחרי; 2% במרפאה ציבורית או של אחד הקיבוצים ו-2% במרפאות אחרות. שבעים ושבעה אחוזים מהנשאלים דיווחו על סיעת במרפאת השיניים שבה ביקרו לאחרונה. במרפאות השיניים של קופות-החולים נמצא שיעור המדווחים הגבוה ביותר על הימצאות סיעת (98%), וכן השיעור הגבוה ביותר של מי שדיווחו כי בעת הביקור במרפאת השיניים קיבלו הדרכה בהיגיינה אורלית והסבר על מהות הבעיה הרפואית והטיפול בה (93%). ממצאי הסקר הראו כי קיימת נטייה לקבל טיפול דנטלי במרפאות פרטיות בקרב בעלי הכנסה נמוכה, בני 45 ויותר ותושבי הצפון וחיפה.

רמת שביעות הרצון

חמישים ותשעה אחוזים דירגו את רופא השיניים שלהם כטוב מאוד, 36% כטוב, ועוד 4% כלא כל-כך טוב או כלא טוב. שביעות רצון גבוהה יחסית נמצאה מהסדר והניקיון של המרפאה ומיחס הרופא. שביעות רצון נמוכה יחסית נמצאה מרמת המחירים ומקרבת המרפאה. מניתוח רב-משטני להסבר שביעות הרצון הכללית מרופא השיניים מתברר שהשפעת מקצועיות הרופא ומחיר השירות היא הגדולה ביותר. שביעות רצון נמוכה נמצאה בעיקר בקרב בעלי הכנסה גבוהה, אצל גברים ובמרפאות הציבוריות.

הסברים של רופאי השיניים

שמונים ואחד אחוזים מהמרואיינים ציינו שרופא השיניים נוהג להסביר להם את מהות הבעיה הרפואית והטיפול בה. הנטייה לדווח על קבלת הסבר מרופא השיניים נמוכה בקרב מעוטי הכנסה, קשישים ואצל גברים.

אובדן ימי עבודה

שנים-עשר אחוזים מהנשאלים דיווחו שהחסירו שעות עבודה עקב בעיות בתחום הפה והשיניים. בממוצע איבדו נשאלים אלה כתשע שעות עבודה במהלך השנה האחרונה עקב בעיות בתחום זה.

נגישות השירות

לשבעים ושמונה אחוזים מהאוכלוסייה הבוגרת יש רופא שיניים קבוע המטפל בהם. השיעור נמוך יותר בקרב האוכלוסייה הקשישה, בקרב מעוטי הכנסה, אצל גברים ואצל תושבי דרום הארץ והצפון.

שבעים ושבעה אחוזים מהמרואיינים המתווכים ממועד הזמנת התור עד לפגישה עם רופא השיניים פרק זמן שלא עלה על שבוע ועוד 17% - בין שבוע לשבועיים. מעוטי הכנסה ממתנינים פחות לתור, אך הם נדרשים להמתין זמן רב יותר במרפאת הרופא עד לקבלת הטיפול, בהשוואה לבעלי הכנסה גבוהה ובינונית. ייתכן שתופעות אלו קשורות לסגנון העבודה של ספקי השירות המטפלים בקבוצות מעוטות הכנסה, אך ייתכן גם שהדבר קשור לסוג הטיפול הדנטלי הנדרש על-ידי קבוצות אלה (עזרה ראשונה ושירותי חירום).

כשליש מהמרואיינים דיווחו שלפחות פעם אחת לא פנו לטיפול כשחשו צורך. מתוכם 56% לא פנו בגלל חוסר זמן, עצלות או שכחה, 23% בגלל המחיר, 13% בגלל פחד, והיתר מסיבות אחרות. יצוין ששיעור המדווחים על המחיר כסיבה עיקרית הגיע בחמישון התחתון ל-58%, לעומת 19% בלבד בשאר החמישונים.

כרבע מכלל המרואיינים לא השלימו טיפול שהרופא המליץ עליו, והסיבה העיקרית השכיחה ביותר הייתה המחיר (41% מהמרואיינים). שיעור גבוה של נשאלים אשר נימקו זאת במחיר, נמצא בקרב מעוטי הכנסה וקשישים. שבעים ותשעה אחוזים מכלל הנשאלים ציינו כי מחירי טיפול השיניים גבוהים. דוברי רוסית (87%), ומבקרים במרפאות של קופ"ח (87%) ציינו בשכיחות גבוהה יותר כי המחירים גבוהים.

ביטוח דנטלי

מתוך ממצאי הסקר משתמע כי היקף הכיסוי בביטוחי שיניים באמצעות צד שלישי כלשהו (בין אם זה המדינה או גוף מסחרי) נמוך בישראל לאין ערוך בהשוואה למדינות מערביות אחרות. כשמונה אחוזים בלבד מהמרואיינים דיווחו כי יש להם ביטוח דנטלי פרטי אשר נרכש מחברת ביטוח מסחרית. כ-9% מהאוכלוסייה ציינו כי יש להם כיסוי לביטוח שיניים באמצעות הביטוח המשלים.

מסקנות

בסקר הנוכחי נמצא שקיימות בעיות במצב בריאות הפה בקרב האוכלוסייה הבוגרת ובהתנהגות הבריאות המונעת שלה, כגון ביקורים לצורך ביקורת תקופתית וצחצוח שיניים. במרבית הנושאים שנבדקו בסקר הסתמנו פערים משמעותיים בין קבוצות אוכלוסייה בתחומים של ידע ועמדות כלפי טיפולי שיניים, התנהגות מונעת, תדירות הביקור במרפאת שיניים ומצב התחלואה כפי שנתפס בעיני המרואיין. מהסקר עולה כי האוכלוסיות הפגיעות בנושאים אלה הן אוכלוסיות מעוטי הכנסה, דוברי ערבית ורוסית.

ממצאים אלה מעלים את הצורך במסע הסברה להגברת מודעות הציבור לחשיבותו של טיפול המנע לשמירת בריאות השן ולשינוי התנהגותו היומיומית של הציבור. עם זאת, ברור כי אף מאמצי ההסברה והחינוך המקיפים ביותר אינם יכולים לפתור את כל הבעיות בתחום בריאות השן בישראל. כפי שמלמדים ממצאי מחקר זה, מרואיינים רבים מעוטי הכנסה לא השלימו טיפולי שיניים הכרחיים בגלל שיקולים כספיים. לפיכך, יש לפעול בסוגיית סל הסרת המחסומים הכספיים. האופציות להתערבות כוללות: הרחבת סל הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כדי שיכלול את טיפול השיניים באופן חלקי לפחות; הגדלת רשת מרפאות השיניים הציבוריות, המעניקות הנחה למעוטי הכנסה; ואולי גם מתן עידוד לרופאי שיניים פרטיים לתת הנחות למעוטי הכנסה. נראה שאין צורך להגדיל את מספר רופאי השיניים, מאחר שמספר רופאי השיניים ביחס לאוכלוסייה בישראל הוא מבין הגבוהים בעולם.

המידע אשר נאסף, לרבות ידע באשר לפערים הקיימים בין קבוצות האוכלוסייה השונות בכל הקשור לנגישות לשירותי בריאות השן, יסייע לקובעי המדיניות לכוון את מאמצי ההתערבות בהתאם.

תודות

אנו מודים לצוות המומחים: הרולד סגן-כהן (האוניברסיטה העברית), שוקי גרינלנד, חנה פלג, תרצה רמון (משרד הבריאות), שלמה ברק, דן אלגיסר, ירון ברנשטיין ויורם לוונברג (קופת חולים מכבי) וגוידו סיגל (ג'רוסלם פוסט) על הערותיהם והצעותיהם המועילות. תודה מיוחדת לחיה רובין על הייעוץ המועיל.

תודותינו נתונות גם לברוך רוזן ולגיק חביב על הערותיהם המלמדות. לאביגיל דובני שריכזה את עבודת השדה, לסימה זלצברג ולרחל גולדווג על העיבודים הסטטיסטיים, לחנה גולדשמידט על פיתוח ותמיכה של המערכת הממוחשבת, לענת ברבריאן שערכה את הדוח ולענבל יוניוב שסייעה בהדפסה. תודות גם לכל עמיתינו במכון שסייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות.

תוכן העניינים

1	1. רקע.....
1	1.1 סקירת מערכת שירותי בריאות הפה בישראל.....
2	1.2 מחקרים על בעיות בבריאות השן בישראל.....
5	2. מטרות.....
5	3. נושאים עיקריים במחקר.....
6	4. שיטות.....
6	4.1 אוכלוסייה, מדגם ושיטות לאיסוף הנתונים.....
6	4.2 השאלון.....
6	4.3 ניתוח הנתונים.....
8	5. ממצאים.....
8	5.1 מצב בריאות נתפס.....
14	5.2 ידע ועמדות.....
15	5.3 התנהגות בריאות.....
23	5.4 שימוש בשירותים דנטליים - היבטים נבחרים.....
36	6. סיכום ודיון.....
36	6.1 ידע, עמדות והתנהגות.....
37	6.2 מחיר הטיפול והכיסוי הביטוחי.....
38	6.3 סוג ספק השירות.....
38	6.4 היצע רופאי השיניים.....
39	6.5 תמהיל השירותים.....
39	6.6 בחירת רופא שיניים.....
39	6.7 פערים בין קבוצות הכנסה.....
41	6.8 הבדלים בין המינים לבין קבוצות הגיל.....
41	6.9 פערים בין קבוצות אוכלוסייה - תמונה מסכמת.....
42	7. כיוונים להמשך מחקר.....
43	ביבליוגרפיה.....
47	נספח א': תוצאות עבודת השדה.....
48	נספח ב': מאפייני האוכלוסייה, לפי חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית.....
49	נספח ג' - לוחות דו-משתניים.....

רשימת לוחות

- לוח 1: התפלגות מרואיינים שאיבדו את שיניהם, לפי גיל 9
- לוח 2: הערכת מצב הבריאות של השיניים, לפי גיל 9
- לוח 3: סיבה עיקרית לאי שביעות רצון ממצב השיניים, לפי גיל 10
- לוח 4: בעיות בחניכיים, לפי גיל 10
- לוח 5: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר מצב בריאות נתפס של השיניים 12
- לוח 6: מידת חשיבות מראה השיניים במציאת בן זוג, לפי גיל 14
- לוח 7: השפעת מראה השיניים על סיכויי קבלה למקום עבודה, לפי גיל 15
- לוח 8: תדירות ביקור אצל רופא שיניים לבדיקות-מנע, לפי גיל 15
- לוח 9: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר בדיקות מנע 16
- לוח 10: סיבה עיקרית לאי פנייה לבדיקות-מנע, לפי גיל 17
- לוח 11: אי השלמת כל הטיפולים שנקבעו בהמלצת הרופא 17
- לוח 12: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי גיל 18
- לוח 13: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר אי-השלמת טיפול מסיבה כלכלית 18
- לוח 14: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי גיל 19
- לוח 15: תדירות צחצוח שיניים, לפי גיל 20
- לוח 16: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר תדירות צחצוח שיניים ביום 21
- לוח 17: תדירות שימוש במשחת שיניים המכילה פלואוריד, לפי גיל 21
- לוח 18: תדירות שימוש בחוט דנטלי, לפי גיל 22
- לוח 19: תדירות אכילת ממתקים בין הארוחות, לפי גיל 22
- לוח 20: מועד ביקור אחרון אצל רופא שיניים, לפי גיל 24
- לוח 21: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר ביקור אצל רופא שיניים בשנה האחרונה 24
- לוח 22: סוג מרפאה, לפי גיל 26
- לוח 23: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי גיל 28
- לוח 24: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי סוג מרפאה 28
- לוח 25: הערכת מחירי רופאי השיניים, לפי גיל 29
- לוח 26: הערכת מחירי רופאי השיניים, לפי סוג מרפאה 29
- לוח 27: מידת קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי גיל 30
- לוח 28: מידת קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי סוג מרפאה 30
- לוח 29: שביעות רצון ממרכיבי השירות, לפי גיל 31
- לוח 30: תוצאות רגרסיה לינארית להסבר שביעות הרצון הכללית 31

- לוח 31: תוצאות רגרסיה לינארית להסבר הוצאה לרופא שיניים ב-3 החודשים שקדמו לסקר 32
- לוח 32: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר טיפול פרוטטי בשנה שלפני הסקר 33
- לוח 33: הגורמים בעלי השפעה רבה מאוד בבחירת רופא שיניים, לפי גיל 35
- לוח 34: המבוטחים בביטוח שיניים, לפי גיל 35
- לוח 35: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח שיניים 36
- לוח 36: לוח מסכם של קיום פערים בנושאים שהוזכרו בדוח 42

לוחות בנספחים

- לוח א1: תוצאות עבודת השדה 47
- לוח ב1: מאפייני האוכלוסייה, לפי חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית 48
- לוח ג1: אחוז שאיבדו את שיניהם, לפי מין, שפה וחמישון 49
- לוח ג2: אחוז שאיבדו את שיניהם, לפי נפה 49
- לוח ג3: הערכת מצב הבריאות של השיניים, לפי מין, שפה וחמישון 49
- לוח ג4: הערכת מצב הבריאות של השיניים, לפי נפה 49
- לוח ג5: סיבה עיקרית לאי שביעות רצון ממצב השיניים, לפי מין, שפה וחמישון 50
- לוח ג6: סיבה עיקרית לאי שביעות רצון ממצב השיניים, לפי נפה 50
- לוח ג7: בעיות בחניכיים, לפי מין, שפה וחמישון 50
- לוח ג8: בעיות בחניכיים, לפי נפה 51
- לוח ג9: מידת חשיבות מראה השיניים במציאת בן זוג, לפי מין, שפה וחמישון 51
- לוח ג10: מידת חשיבות מראה השיניים במציאת בן זוג, לפי נפה 51
- לוח ג11: השפעת מראה השיניים על הסיכויים להתקבל למקום עבודה, לפי מין, שפה וחמישון 51
- לוח ג12: השפעת מראה השיניים על הסיכויים להתקבל למקום עבודה, לפי נפה 52
- לוח ג13: תדירות ביקור אצל רופא שיניים לבדיקות-מנע, לפי מין, שפה וחמישון 52
- לוח ג14: תדירות ביקור אצל רופא שיניים לבדיקות-מנע, לפי נפה 52
- לוח ג15: סיבה עיקרית לאי פנייה לבדיקות-מנע, לפי מין, שפה וחמישון 52
- לוח ג16: סיבה עיקרית לאי פנייה לבדיקות-מנע, לפי נפה 53
- לוח ג17: לא השלימו את כל הטיפולים שהרופא המליץ עליהם, לפי מין, שפה וחמישון 53
- לוח ג18: לא השלימו את כל הטיפולים שהרופא המליץ עליהם, לפי נפה 53
- לוח ג19: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי מין, שפה וחמישון 53
- לוח ג20: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי נפה 54
- לוח ג21: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי מין, שפה וחמישון 54

1. רקע

בעקבות לחצי התקציב הגדלים והולכים במערך שירותי הבריאות, גורמים שונים קוראים לצמצם את סל השירותים הבסיסי, המובטח לכל תושבי ישראל במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובו בזמן, הצרכנים קוראים להרחבת סל השירותים. אחת הדרכים ללמוד על השפעת הוספת שירותים לסל או של הוצאתם היא לבחון את תחום בריאות הפה בישראל; שהוא אולי הדוגמה הבולטת ביותר של שירותי בריאות, שעד היום טרם נכללו בסל הבריאות, וממומנים, רובם ככולם, על ידי משקי הבית.

1.1 סקירת מערכת שירותי בריאות הפה בישראל

עד היום לא היו שירותי בריאות השן חלק מכלל שירותי הבריאות המוצעים על-ידי מערכת הבריאות הציבורית בישראל או על-ידי קופות-החולים. מאז הקמת המדינה, ניתן השירות, רובו ככולו, על-ידי רופאי שיניים פרטיים, שבדרך כלל עובדים במרפאותיהם הפרטיות. בשנים האחרונות החלו לצמוח שירותי בריאות הפה גם במגזר הציבורי ובמגזר העסקי. מספר עמדות הטיפול במרפאות השיניים של קופות החולים גדל פי 3.6 ומעלה מאז 1970; בשנות השמונים החלו לקום גם תאגידיים של מרפאות שיניים (סגן-כהן ואחרים, 1994). כיום רשומים בישראל כ-7,000 רופאי שיניים (כ-1.2 רופאים לאלף נפש).

כמחצית מהרשויות המקומיות בישראל מספקות את שירותי בריאות הפה לתלמידי בתי-ספר כרשות (לא כחובה), על-פי מדיניות משרד הבריאות. שאר הרשויות אינן מספקות שירותים כאלה כלל, או שהן מספקות אותם, שלא לפי מדיניות משרד הבריאות (Zadic, et al., 1992). שירותים אלה ממומנים בעיקר באמצעות אגרת שירותים, הנגבית מההורים. חלק קטן יחסית מהקשישים (כאלפיים) מקבלים שירותי בריאות הפה במרפאות קהילתיות, המופעלות על-ידי הרשויות המקומיות ובמרפאות מיוחדות בתוך בתי אבות ובמרכזי יום. שירותי בריאות הפה מסופקים לנוקקים ולחולים במרפאות של הרשויות המקומיות ושל קופות-החולים במימון משרד העבודה והרווחה.

על פי נתונים מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס, 1998), הייתה ב-1996 ההוצאה הלאומית על בריאות הפה כ-12% מההוצאה הלאומית על בריאות. תשעים אחוזים מההוצאות על בריאות הפה מומנו בידי משקי-הבית (למ"ס, 1992). סקר הוצאות המשפחה 1992/93 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס, 1993) הראה שהוצאות משקי-הבית על בריאות הפה היו כ-21% מהוצאות משקי-הבית על בריאות וכ-2% מהתל"ג. לשם השוואה, בארצות-הברית, שגם בה ממומנים השירותים הדנטליים על ידי המגזר הפרטי, הייתה ההוצאה הלאומית על שירותי בריאות הפה 5% מההוצאה הלאומית על בריאות (Block, 1993), 5% מהוצאות משקי-הבית על בריאות (White, 1994) וכ-13% מהתל"ג.

דוח ועדת החקירה הממלכתית על תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל מ-1990 המליץ לכלול בסל השירותים הבסיסי שירותי רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים בני 5-18 וכן את המגוון המלא של שירותי רפואת שיניים לקשישים. בנוסף, ציינה הוועדה את הצורך להקפיד על מניעה ראשונית (כגון

לוח ג22: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי נפה	54
לוח ג23: תדירות צחצוח שיניים, לפי מין, שפה וחמישון	55
לוח ג24: תדירות צחצוח שיניים, לפי נפה	55
לוח ג25: תדירות שימוש במשחת שיניים עם פלואוריד, לפי מין, שפה וחמישון	55
לוח ג26: תדירות שימוש במשחת שיניים עם פלואוריד, לפי נפה	55
לוח ג27: תדירות שימוש בחוט דנטלי, לפי מין, שפה וחמישון	56
לוח ג28: תדירות שימוש בחוט דנטלי, לפי נפה	56
לוח ג29: תדירות אכילת ממתקים בין הארוחות, לפי מין, שפה וחמישון	56
לוח ג30: תדירות אכילת ממתקים בין הארוחות, לפי נפה	56
לוח ג31: מועד ביקור אחרון אצל רופא שיניים, לפי מין, שפה וחמישון	57
לוח ג32: מועד ביקור אחרון אצל רופא שיניים, לפי נפה	57
לוח ג33: סוג מרפאה שבה ביקרו, לפי מין, שפה וחמישון	57
לוח ג34: סוג מרפאה שבה ביקרו, לפי נפה	58
לוח ג35: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי מין, שפה וחמישון	58
לוח ג36: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי נפה	58
לוח ג37: הערכת המחיר שגובים רופאי השיניים, לפי מין, שפה וחמישון	58
לוח ג38: הערכת המחיר שגובים רופאי השיניים, לפי נפה	58
לוח ג39: קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי מין, שפה וחמישון	59
לוח ג40: קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי נפה	59
לוח ג41: שביעות רצון ממרכיבי השירות, לפי מין, שפה וחמישון	59
לוח ג42: שביעות רצון ממרכיבי השירות, לפי נפה	59
לוח ג43: גורמים בעלי השפעה רבה מאוד בבחירת רופא שיניים, לפי מין, שפה וחמישון	60
לוח ג44: גורמים בעלי השפעה רבה מאוד בבחירת רופא שיניים, לפי נפה	60
לוח ג45: מבוטחים בביטוח שיניים, לפי מין, שפה וחמישון	60
לוח ג46: מבוטחים בביטוח שיניים, לפי נפה	61

תזונה נכונה וטיפול עצמי) וכן לקדם את נושא בריאות הפה באמצעי התקשורת ובמסגרות החינוך הפורמלי והלא פורמלי. לאור המחסור בנתונים על מצב התחלואה בתחום זה, מצאה הוועדה לנכון להמליץ גם על הקצאת משאבים למחקר בנושאים אלה (State of Israel, 1990).

1.2 מחקרים על בעיות בבריאות השן בישראל

עד היום טרם נערכה בדיקה על בסיס ארצי של מצב בריאות השן והחניכיים בקרב כלל האוכלוסייה הבוגרת. תוצאותיו של סקר אשר נערך בקרב אנשי צבא קבע בני 35 ומעלה (Horev, 1991) מעלות שרק ל-1% מהם לא היו כל סימנים של מחלות חניכיים (CPITN = 0) ול-22% היו כיסים פריודנטליים עמוקים (CPITN = 4).¹ מאחר שקבוצה זו בריאה יחסית ויכולה לקבל טיפולי שיניים ללא תשלום, סביר להניח שהמצב בקרב האוכלוסייה הכללית גרוע אף יותר. חיזוק לכך ניתן לראות בממצאי סקר (Sgan-Cohen et al., 1992) אשר נערך בירושלים. נתונים השוואתיים מארגון הבריאות העולמי (World Health Organization Oral Health Program, 1990) על 54 מדינות באירופה מורים שמצב החניכיים בקרב האוכלוסייה הכללית ב-41 מדינות היה טוב יותר מהמצב בקרב משרתי הקבע בישראל, כפי שהשתקף מנתוני הסקר של חורב (Horev, 1991); (כלומר, פחות מ-22% מבני 35-44 סבלו מכיסים פריודנטליים עמוקים). מסקר אוכלוסיית המועסקים בארצות-הברית עולה שאחוז הסובלים מכיסים פריודנטליים בינוניים או עמוקים (4 מ"מ לפחות) קטן בשליש לעומת המצב בישראל.

הסקר הארצי (והאחרון) על בריאות השן בקרב ילדים נערך בשנת 1989 (Zadic, 1992). מכיוון שהיה זה הסקר הארצי היחיד שנעשה עד אז, לא היה ביכולתו להצביע על מגמות שכיחות של עששת בקרב הילדים בישראל. בהסתמך על ממצאי סקר זה, קבע ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization Oral Health Program, 1995), שילדים בני 12 בישראל היו בעלי רמה ממוצעת של תחלואה דנטלית, ודירג את ישראל במקום ה-17 מתוך 45 מדינות באירופה (ב-28 מדינות היו רמות תחלואה גבוהות יותר וב-16 מדינות היו רמות תחלואה נמוכות מאשר בישראל). תוצאותיהם של סקרים אורכיים אשר נערכו באשקלון (Zusman, and Crawford, 1995) ובירושלים (Zadic et al., 1991) מצביעות על מגמת שיפור במצב בריאות הפה של ילדים באותן ערים. כאמור, בנושא זה אין נתונים על מדגם מייצג של כלל אוכלוסיית הילדים בישראל.

1.2.1 המחסור בנתונים בסיסיים עדכניים בישראל

בניגוד למדינות אחרות, שבהן נערכים מחקרים נרחבים של בריאות הפה על בסיס שוטף, לא נערכו בישראל בעשור האחרון מחקרים ארציים כלשהם על התנהגות בריאות של האוכלוסייה או על ידע ועמדות כלפי בריאות הפה. הממצאים של מחקרים במדינות אירופה (World Health Organization, 1980; OPCS, 1980; United States Department of Health and Human Services, 1987; ועמדות כלפי בריאות הפה, לבין התנהגות הפרט בתחום הרפואה המונעת ושימוש בשירותי רפואת שיניים; מה שמשפיע על מצב בריאות הפה של הפרט. לדוגמה, יש מתאם חיובי בין מודעותו של הפרט לחשיבות צחצוח שיניים סדיר לבין שכיחות נמוכה יותר של עששת.

¹ העדר נתונים משנים קודמות אינו מאפשר להצביע על מגמות בתחלואה פריודנטלית של אנשי צבא הקבע.

בישראל נערכו מספר סקרים בקרב הקשישים. מסקר קשישים ארצי שנערך ב-1985 עולה כי 80% מבני 65 ומעלה מרכיבים שיניים תותבות וכשליש מהם מתקשים ללעוס (למ"ס, 1989). במספר מחקרים מקומיים מצאו פליישמן ואחרים (פליישמן, 1985) של-54% מבני 65-74 לא היו שיניים כלל. מן ואחרים מצאו של-60% מהאנשים בקבוצת גיל זו לא היו שיניים (Mann, Mersel and Gabai, 1985). מרבית חסרי השיניים (98%) מרכיבים שיניים תותבות וכמחציתם מרוצים מהן. ככלל, קשישים משתמשים מעט יחסית בשירותי בריאות הפה. פליישמן ואחרים (1985) מצאו שמחצית המרואיינים שלהם לא ביקרו אצל רופא שיניים בחמש השנים שחלפו: 43% מהם בגלל המחיר, 26% מפני שלא היו שירותים זמינים ו-13% בשל קשיים בהליכה. לעומת זאת, בסקר שנערך בארצות-הברית (United States Department of Health and Human Services, 1987) נמצא שרק 26% מהקשישים שם לא ביקרו אצל רופא שיניים בחמש השנים שחלפו.

חשוב לציין שמחקרים אלה, שנעשו בישראל, אינם מספקים נתונים על מצבם החברתי-כלכלי ועל אזור מגוריהם של המרואיינים. לכן, לא ניתן לקבל מידע השוואתי על בריאות הפה, על ידע ועמדות בקרב קבוצות חברתיות-כלכליות שונות או בין אזורים שונים.

הנתונים הזמינים על דפוסי השימוש בשירותי בריאות הפה מצביעים על הבדלים משמעותיים בין בעלי הכנסה גבוהה לבין מעוטי הכנסה, בתכיפות השימוש וברמת ההוצאה על שירותי בריאות הפה. בספרות המקצועית בעולם מדווח על תחלואה גבוהה יותר בתחום בריאות הפה, וכן על צרכים דנטליים גבוהים יותר בקרב השכבות החברתיות-כלכליות הנמוכות יותר (Zadic et al., 1992). סקר הוצאות המשפחה 1992/93 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל מדווח על פער של פי חמישה בהוצאות לנפש על שירותי בריאות הפה בין משקי-בית בעשירוני ההכנסה הגבוהים ביותר לבין אלה הנמנים עם העשירוניים הנמוכים ביותר (למ"ס, 1993). ארבעים אחוזים מהמרואיינים משני העשירוניים העליונים דיווחו שהיו להם הוצאות על שירותי בריאות הפה במהלך שלושת החודשים לפני הריאיון, לעומת 25% בלבד מבין המרואיינים בעשירון הנמוך ביותר. עם זאת, בהשוואה ל-1986/87, חל שיפור במצב זה: הפער בין העשירוניים הצטמצם, עקב הגדלת ההוצאות על שירותי בריאות הפה בקרב העשירוניים הנמוכים, בשילוב עם גידול נמוך יחסית בקרב העשירוניים העליונים (ברג, 1996). לשם הדגמה, בסקר הוצאות המשפחה 1986/87 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הסתמן פער של פי 14 בהוצאות לנפש על שירותי בריאות הפה בין משקי-בית מהעשירוניים העליונים לנמוכים. במילים אחרות, במהלך שש שנים קטן הפער בהוצאות - מפער של פי 14 לפער של פי חמישה.

ביטוח שיניים, אשר היה יכול להקטין את ממדי בעיית הנגישות הנובעת מעלויות גבוהות, אינו שכיח בישראל. מסקר הוצאות המשפחה 1992/93 עולה שרק ל-8% ממשקי-הבית בישראל היו הוצאות על ביטוח שיניים בשלושת החודשים שקדמו לריאיון. כצפוי, היו למשקי-הבית הישראלים בעשירוניים העליונים הוצאות גדולות יותר על ביטוח, אף שצרכיהם בתחום זה נמוכים יחסית (United States Department of Health and Human Services, 1987). כך, לדוגמה, דיווחו כ-18% ממשקי-הבית בעשירון התשיעי על הוצאות לביטוח שיניים, בהשוואה ל-0% ממשקי-בית בעשירון הנמוך ביותר, ול-3%-4% ממשקי-הבית בשני העשירוניים שמעליו. בארצות-הברית, בניגוד לישראל, ביטוח שיניים מסחרי נפוץ למדי (Kovar et al., 1988); שם ל-57% מכל המועסקים יש ביטוח שיניים.

על פי ממצאים מסקר שימוש בשירותי בריאות 1993 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס, 1993), השיבו 6% מהמרוויינים בחיוב על השאלה "האם ביקרת במרפאה של רופא שיניים בשבועיים האחרונים?". מהסקר הסתמנו הבדלים בין יהודים ללא-יהודים במספר הביקורים במרפאת רופא השיניים לנפש בשנה. היהודים דיווחו על כ-2.6 ביקורים לנפש בשנה, והלא יהודים דיווחו על 1.9 ביקורים לנפש בשנה. הבדלים נמצאו גם על פי קבוצות גיל. כך, למשל, שיעור הביקורים לנפש היה הגבוה ביותר בקרב בני 45-54 - 3.4 ביקורים לנפש לשנה, 2.0 ביקורים בלבד לנפש בשנה בקרב בני 5-14. מרוויינים בעלי השכלה על-תיכונית נטו לבקר אצל רופא השיניים יותר ממרוויינים בעלי השכלה יסודית בלבד. הבדלים נמצאו גם על פי אזור המגורים: לדוגמה, תושבי תל אביב הם בעלי השיעור הגבוה ביותר של ביקורים לנפש אצל רופא השיניים (2.8), ותושבי ירושלים - בעלי שיעור נמוך יחסית (2.0). לרוע המזל, לא כלל הסקר שאלות על רמת הכנסה; כך שבישראל אין כיום נתונים היכולים להצביע על קשר בין הכנסה לבין שימוש בשירותי בריאות הפה (אף שהממצאים על הקשר בין הכנסה לבין הוצאות על בריאות הפה, מצד אחד, ועל השכלה ושימוש, מצד אחר, מרמזים על כך במידה רבה).

בסקר של ג'וינט-מכון ברוקדייל בקרב אוכלוסיית עולי ברית-המועצות לשעבר (ניראל ואחרים, 1996) נמצא שבשנת 1995 דיווחו 40% מהעולים שהם היו זקוקים לשירותיו של רופא שיניים אבל לא פנו אליו, בעיקר בגלל קשיים במימון הטיפול.

1.2.2 נתונים נוספים הנחוצים לשם פיתוח מדיניות לאומית בתחום בריאות הפה

אף שניתן לצייר תמונה כלשהי של רמת השימוש בשירותי בריאות הפה בקרב אוכלוסיות שונות, עדיין אין לנו די נתונים להסבר הפערים בהיקף צריכת השירות בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות. לדוגמה, עדיין לא ידוע האם הבדלים בין-אזוריים בשימוש בשירותי רפואת שיניים נובעים מהבדלים בזמינות רופאי השיניים; מהבדלים במצב בריאות הפה, שיכולים להשפיע על הביקוש לשירותים דנטליים; מהבדלים תרבותיים, מהבדלים ברמות הכנסה, המשפיעים על הביקוש לשירותי בריאות הפה; או מגורמים אחרים. מחקרים אמפיריים רבים עוסקים בגורמים המשפיעים על השימוש בשירותי בריאות הפה (Hiya, 1993; Ettlinger, 1992; Pavi et al., 1995; Yule, 1979), וחשיבותם היחסית של הגורמים שנמנו לעיל משתנה בהתאם למקום ולקבוצות גיל. מחקר זה מיישם לראשונה מודלים מקיפים מעין אלה לגבי ישראל.

בשל מחסור בנתונים יש חוסר בהירות באשר להתפלגות ספקי השירות בין מסגרות הטיפול השונות בישראל (לדוגמה, המסגרת הפרטית, הציבורית). הידע בדבר מגמות בתחום זה חשוב במיוחד, בהתחשב בגידול שהתרחש במספר התאגידיים המספקים שירותי רפואת שיניים לאוכלוסייה. בנוסף, חשוב גם לבחון הבדלים בין מרפאות השיניים שבקהילה, לרבות אלה המגישות שירותים למעוטי הכנסה, באמצעות מדדי איכות, כדי להעריך את תרומתן להעלאת נגישות הטיפול הדנטלי לאוכלוסיות חלשות.

המחסור בנתונים חיוניים הוביל הן את משרד הבריאות והן את ג'וינט-מכון ברוקדייל למסקנה שבישראל צריך לערוך סקר טלפוני ארצי בנושא בריאות הפה. יתר על כן, מנכ"ל משרד הבריאות ציין שנתונים מסוג זה הם כיום בעדיפות עליונה למשרד.

2. מטרות

מטרותיו העיקריות של מחקר זה הן:

1. לספק סקירה כוללת על ידע, עמדות, התנהגויות ועל שימוש וכיסוי ביטוחי בתחום בריאות הפה במדינת ישראל.
2. לאתר הבדלים בין תת-קבוצות האוכלוסייה העיקריות המוזכרות לעיל, המוגדרות לפי גיל, מין, מוצא אתני, אזור גאוגרפי ומעמד חברתי-כלכלי.
3. להעריך האם ההבדלים בשיעורי ביקורים אצל רופאי שיניים בין קבוצות חברתיות-כלכליות נובעים בעיקרם מהבדלים ביכולת לשלם בעבור השירותים, מהבדלים בזמינות המקומית של רופאי שיניים, או מהבדלים בידע, בעמדות ובמודעות.
4. להשוות בין הממצאים מישראל לממצאים ממדינות אחרות.
5. לספק לקובעי המדיניות את המידע הנחוץ כדי שיוכלו לפתח אסטרטגיה לצמצום פערים ברמת בריאות הפה בין קבוצות חברתיות-כלכליות, כולל הערכת חלופות שונות, כגון הרחבת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; כך שיכלול את בריאות הפה, מתן עידוד לתוכניות ביטוח משלים בבריאות הפה, ופיתוח וייעוד התערבויות שונות לקידום בריאות הפה.
6. להעריך את צורכי האוכלוסייה שלא קיבלו מענה בתחום בריאות הפה; כדי לסייע לאמוד את עלות הוספת שירותי בריאות הפה לסל השירותים שבמסגרת ביטוח בריאות ממלכתי.
7. לעמוד על מקורות אי-השוויון בשירותי בריאות הפה, לשם קבלת החלטות מדיניות בעתיד על הוספת שירותים אחרים לסל הבריאות, או על הוצאתם ממנו.

3. נושאים עיקריים במחקר

- בהתחשב במחסור בנתונים על בריאות הפה, ניסינו במחקר זה לאסוף נתונים על הנושאים הבאים:
- ♦ ידע ועמדות כלפי חשיבות שמירת בריאות הפה
 - ♦ ידע ועמדות כלפי טיפול שיניים
 - ♦ התנהגות בריאות (כגון ביקורי מנע במרפאת שיניים, צחצוח שיניים, אכילת ממתקים וכו')
 - ♦ מספר שיניים חסרות והשימוש בשיניים תותבות
 - ♦ המצב הנתפס של בריאות השיניים והחניכיים
 - ♦ הצורך הנתפס בטיפול דנטלי
 - ♦ רכישת ביטוח שיניים
 - ♦ סיבות לפנייה או לאי-פנייה לשירותי בריאות הפה
 - ♦ זמינות רופאי שיניים בכל אזורי הארץ
 - ♦ שכיחותם של ביקורים אצל רופא שיניים
 - ♦ סוג ספק השירות הדנטלי

- ♦ הוצאות על טיפולים דנטליים
- ♦ העדרות מהעבודה בגין טיפולי שיניים
- ♦ רקע חברתי-כלכלי של המרואיינים

4. שיטות

4.1 אוכלוסייה, מדגם ושיטת איסוף הנתונים

אוכלוסיית הסקר כללה את כל המבוגרים בני 22 ומעלה הגרים בקהילה - שהם כ-4.5 מיליון נפש. הראיונות נערכו באמצעות הטלפון על פי מדגם מספרי טלפון אשר נבחרו מתוך ספרי הטלפונים הממוחשבים של בזק. מספרי טלפון השייכים לבתי עסק או לדירות ריקות נגרעו מהמדגם, מפני שאינם רלוונטיים לאוכלוסיית המחקר. שיעור ההיענות הגיע ל-82%, שהם 1,067 שאלונים שנענו במלואם (פירוט תוצאות עבודת השדה מופיע בנספח א'). הנתונים שוקללו על פי המשתנים גיל, מין וצורת יישוב (יהודי או לא יהודי) כדי להתגבר על בעיית הנפל הדיפרנציאלי, במטרה לייצג טוב יותר את אוכלוסיית המחקר (מאפייני האוכלוסייה, ראה בנספח ב').

4.2 השאלון

שאלון הסקר פותח על פי שאלות מתוך סקר השוואתי בין לאומי ICS I-II של ארגון הבריאות העולמי (Chen et al., 1997) ושל FDI בארצות-הברית ובאירופה (National Institute of Dental Research, 1989; United States Department of Health and Human Services, 1987); (על הנושאים שנבדקו בשאלון, ראה סעיף 4.3).

אף, שכאמור, רוב השאלות נלקחו משאלוני ICS, אשר פותחו, נבדקו ותוקפו בדייקנות לשם שימוש במדינות רבות, החליט צוות הפרויקט לתקף גם הוא את השאלון באמצעות ראיונות מקדימים עם כ-40 מרואיינים. מהימנות התשובות הוערכה כחודש לאחר הראיון הראשוני בעזרת ראיון חוזר של 5% מהמדגם (כ-50 מרואיינים) בסדרת משנה של שאלות, ונמצאה טובה.

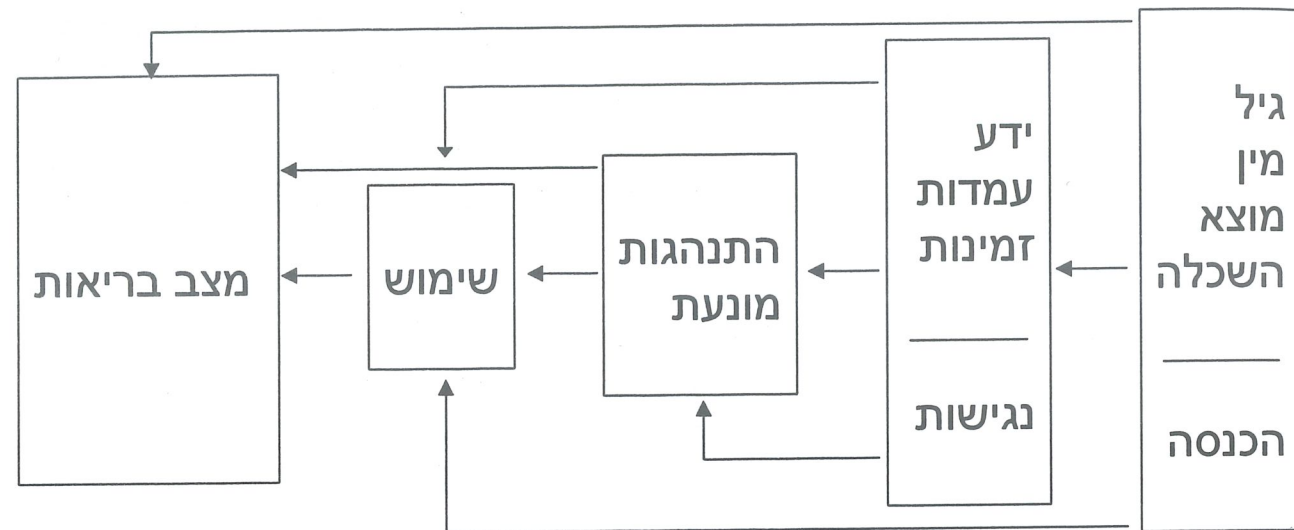
4.3 ניתוח הנתונים

הממצאים מתארים את התפלגות הנבדקים בכל אחד מנושאי המחקר, על פי גיל, מוצא אתני, אזור גאוגרפי, מעמד חברתי-כלכלי ומין. בלוחות מופיעים ניתוחים דו-משתניים, אשר נערכו תוך השוואה בין קבוצות הגיל השונות, ובנספח מופיעים הלוחות על פי המאפיינים: מעמד חברתי-כלכלי, מין, שפת ראיון ונפה. הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה נבדקו תוך שימוש ב-t-test וב-chi-square.

בנוסף לניתוחים הדו-משתניים, נערך ניתוח על פי מודלים רב-משתניים. זאת, כדי להעריך את ההשפעה העצמאית הספציפית של כל אחד מהמשתנים הדמוגרפיים והמשתנים של ידע ועמדות והיצע רופאי השיניים באזור המגורים, על משתני מפתח, כגון מצב בריאות נתפס, תדירות הביקור אצל רופאי שיניים,

רכישת ביטוח דנטלי והתנהגויות בריאות נבחרות. המודל הקונספטואלי המוצג בתרשים 1, עומד בבסיס הניתוח שלנו.

תרשים 1: מודל קונספטואלי להסבר מצב בריאות השן



לפי המודל, מצב בריאות הפה מושפע הן מהתנהגות מונעת ומטיפול שיניים והן מתכונות אישיות ותורשתיות. היקף השימוש בשירותי רפואת שיניים מושפע מזמינות רופאי השיניים, מנגישות השירות (מעלות הטיפול שהוא פועל יוצא ממחירי השוק ומהכיסוי הביטוחי), מהיכולת לשלם (שעל פי רוב תלויה בהכנסה), ידע על חשיבות הטיפול בשיניים ומעמדות כלפי חשיבות בריאות הפה. יש לציין, כי המודל הוא רקורסיבי, כלומר, מצב בריאות הפה מושפע מהיקף השימוש בטיפולי שיניים, שמושפע מהתנהגות בריאות מונעת; והתנהגות הבריאות המונעת מתבטאת בכך שבעקבות התעוררות בעיות-שיניים, אנשים נוטים לריסון ולאיפוק בצריכת ממתקים ולצחצוח שיניים תכוף יותר. התנהגות בריאות מונעת מושפעת מידע על חשיבות התנהגות הבריאות לשמירה על מצב הפה ומעמדות כלפי חשיבות מראה השיניים לחיי היום-יום. נגישות השירות משפיעה על ההתנהגות המונעת (בעיקר ביקורי-מנע) והתנהגות בריאות (טיפולי שיניים).

ידע ועמדות תלויים במשתנים רבים, ובכללם מקדמי בריאות ספציפיים, כמו גם מגוון משתנים סוציו-דמוגרפיים, כמין, גיל, מוצא, הכנסה והשכלה. למשתנים סוציו-דמוגרפיים אלה יכולה להיות גם השפעה ישירה על בריאות הפה, על התנהגות בריאות ועל שימוש בשירותי רפואת שיניים, בנוסף להשפעה עקיפה דרך ידע ועמדות. קיימים גם קשרים סימולטניים בין חלק מהמשתנים, כמו היקף שימוש בשירותים ומצב הבריאות, אך אנו מניחים שההטיות שהם מכניסים באומדני הרגרסיה אינן משמעותיות.

בין הנפות נמצאו הבדלים. בנפת הדרום אחוז המדווחים שאיבדו שיניים הוא הגבוה ביותר (85%), בנפות תל אביב והצפון התקבל האחוז הנמוך ביותר (73% בכל אחת). אחוז המדווחים שאיבדו את כל שיניהם היה גבוה בנפות חיפה, הדרום ותל אביב (16%, 13%, 13%, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים לגברים (לוחות ג1 ו-ג2 בנספח ג').

לוח 1: התפלגות מרואיינים שאיבדו את שיניהם, לפי גיל* (באחוזים)

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22	סה"כ
100	100	100	100	100	איבדו את חלקן
67	45	77	71	63	איבדו את כולן
12	52	10	1	--	לא איבדו
21	3	12	28	37	מספר שיניים שאיבדו בממוצע*
7.6	21.7	8.4	3.6	1.7	

* p<0.05

עשרה אחוזים מהמרואיינים ציינו שיש בפייהם שיניים מתנדנדות. בין המדווחים על כך לא היו כלל נשאלים בגיל נמוך מ-45. בקבוצת גיל 64-45 דיווחו 12% על שיניים מתנדנדות ובקבוצת גיל 65 ומעלה - 16%. בחמישון ההכנסה התחתון ל-16% שיניים מתנדנדות, לעומת 10% בשאר החמישונים.

עשרים וחמישה אחוזים מהמרואיינים העריכו את בריאות שיניהם כ"טובה מאוד", 43% כטובה, 21% כבינונית ו-11% כלא טובה. מלוח 2 ניתן לראות שהערכת מצב הבריאות הנתפס יורדת עם הגיל. יש לציין ש-68% העריכו את מצב שיניהם כ"טוב" או כ"טוב מאוד", ו-65% ענו לשאלה על שביעות רצונם ממצב שיניהם שהם "מרוצים", 15% "לא כל כך" ו-20% לא היו מרוצים.

לוח 2: הערכת מצב הבריאות של השיניים, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22	סה"כ
100	100	100	100	100	טוב מאוד
25	16	20	26	32	טוב
43	38	48	36	45	בינוני
21	38	22	25	14	לא טוב
11	9	11	13	10	

* p<0.05

הסיבה השכיחה לאי שביעות הרצון ממצב השיניים הייתה מה שהוגדר כבעיות מתמשכות בשיניים (32%). סיבות נוספות היו כאבים 29%, ו"לא מרוצים מהמראה שלהן" 15% ו-11% נימקו זאת בבעיות בסתימות, בכתרים או בשחזורים אחרים בשיניים (לוח 3).

מצב השיניים הנתפס של מרואיינים הנמנים עם חמישון ההכנסה התחתון פחות טוב בהשוואה לחמישונים האחרים (46% מחמישון זה העריכו מצבם כטוב מאוד או טוב, 20% - בינוני ו-25% - לא טוב, בהשוואה 68%, 23% ו-9% בהתאמה בקרב החמישונים האחרים). לשאלה על שביעות הרצון ממצב השיניים, 57% מהחמישון התחתון ענו שהם מרוצים, לעומת 65% בשאר החמישונים.

בניתוחים השתמשנו בעיקר ברגרסיות לוגיסטיות. חישוב המשתנים ברגרסיות אלה נעשה באופן הבא: היצע רופאי השיניים הוא מספר רופאי השיניים לאלף נפש בנפה (תל אביב ונפת המרכז שבהן יש מעל 2 רופאים לאלף נפש, בהשוואה לשאר הנפות); ההשתייכות לחמישוני הכנסה הוכנסה על ידי המשתתפים לחמישוניים 2-5 בהשוואה לחמישון התחתון; גיל המרואיין הוכנס כמשתנה דמה (הבסיס הוא בני 34-22); המין כמשתנה דיכוטומי (גברים כבסיס); שפת הריאיון כמשתנה-דמה (בהשוואה לדוברי עברית); ביטוח שיניים כמשתנה דיכוטומי (בהשוואה לחסרי ביטוח);² מחירים כמשתנה דיכוטומי (מי שתופס את מחירי רופאי השיניים כגבוהים, בהשוואה ליתר); הגורמים ידע, עמדות ומצב בריאות נתפס חושבו כממוצע משוקלל של כל התשובות הרלוונטיות לאותו נושא. בנושא "ידע דנטלי" נכללו התשובות בנושא ההשפעה המונעת של צחצוח שיניים ואי אכילת ממתקים. בנושא "עמדות" נכללו תשובות המרואיין, שבהן הוצגו עמדותיו בנושא חשיבות מראה השיניים לבחירת בן/בת זוג ולסיכויי קבלתו למקום עבודה חדש.

ממצאים מהמחקר הושו עם ממצאים מסקרים שנערכו באירופה ובמדינות-הברית (World Health Organization, 1985). במקום שבו לא נמצאו נתונים ברי-השוואה יהיו נתוני הסקר הנוכחי נקודת ייחוס אליה ניתן יהיה לחזור במחקרים בעתיד, דבר שיאפשר לעקוב אחר מגמות בהתנהגות בריאות ודפוסי שימוש בשירותים דנטליים בישראל.

5. ממצאים

5.1 מצב בריאות נתפס

המרואיינים השיבו על שאלות הנוגעות להערכת מצב הבריאות של השיניים והחניכיים שלהם. היו שאלות על מצב עובדתי, לדוגמה מספר השיניים החסרות, והיו שאלות על מצב הבריאות, מנקודת מבטו של הנשאל.

שבעים ותשעה אחוזים מהמרואיינים ציינו כי איבדו שן אחת לפחות; 12% מהם איבדו את כל השיניים (לוח 1). חמישים ושניים אחוזים מבני 65 ומעלה (הקשישים) דיווחו שאיבדו את כל שיניהם. בממוצע דיווחו המרואיינים על 8 שיניים חסרות לאדם. בני 34-22 איבדו בממוצע 2 שיניים לאדם; בני 44-34 איבדו 4 שיניים בממוצע; בני 64-45 - 8 שיניים, והקשישים - 22 שיניים.

שמונים וחמישה אחוזים מהמרואיינים בחמישון ההכנסה התחתון דיווחו שאיבדו 10 שיניים בממוצע, לעומת 76% בלבד מקרב הנשאלים הנמנים עם החמישונים האחרים שדיווחו על 8 שיניים חסרות בממוצע לאדם.

² המשתנה השכלה לא הוכנס כמשתנה מסביר ברגרסיות, בשל היותו מתואם עם משתנה ההכנסה. המשתנה מצב משפחתי לא הוכנס לרגרסיות מאחר שמקדמי הרגרסיה לא היו מובהקים בכל הרגרסיות ותרומתו להסבר השונות הכללית של המודל היתה שולית.

לא נמצא הבדל מובהק בתפיסת מצב הבריאות של השיניים בין נשים לגברים. נמצאו הבדלים בין הנפות. בנפת הדרום שיעור המדווחים שמצב שיניהם טוב מאוד היה 58% ובנפות תל אביב וירושלים הגיע ל-76% ו-74%, בהתאמה (לוחות ג3 ו-ג4 בנספח ג').

לוח 3: סיבה עיקרית לאי שביעות רצון ממצב השיניים, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
כאב	38	31	22	24	29
מראה לא יפה	14	13	17	19	15
בעיות מתמשכות	35	29	32	31	32
בעיות באכילה	6	10	9	10	9
מצב השיניים (סתיומות, גשרים וכו')	6	17	14	2	11
אחרת	1	--	6	14	4

* p<0.05

מהנתונים עולה גם ש-83% מבין המגדירים את מצב שיניהם כטוב מאוד, נוהגים לצחצח שיניים פעמיים ביום לפחות ואף לא אחד בתדירות של פחות מפעם בשבוע. לעומת זאת, רק 53% מבין אלה המגדירים את מצב שיניהם כ"לא טוב", מצחצחים את שיניהם פעמיים ביום לפחות ו-12% בתדירות של פחות מפעם בשבוע.

שאלות דומות נשאלו על הערכת מצב החניכיים, לדעת הנשאל. תשעה אחוזים הגדירו את מצב החניכיים שלהם כלא טוב, 19% כבינוני, 38% כטוב ו-34% כטוב מאוד. לשאלה על שביעות הרצון ממצב החניכיים, ענו 17% כי אינם מרוצים מהן כלל, 14% לא כל כך מרוצים ו-70% מרוצים. הבעיה השכיחה שדווחה בהקשר לחניכיים היא שהן כואבות (28%), לכרבע מהאוכלוסייה חניכיים מדממות ול-12% נפוחות (לוח 4). בדיקת שיעור המדווחים על בעיה אחת לפחות בחניכיים מראה ש-37% מהנשאלים דיווחו על כך.

לוח 4: בעיות בחניכיים, לפי גיל (באחוזים)

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
25	25	27	25	24	25
כואבות*	28	23	27	34	33
נפוחות*	12	9	15	13	11

* p<0.05

תשעה-עשר אחוזים מהמרוואיינים בחמישון ההכנסה התחתון ציינו כי מצב החניכיים שלהם לא טוב (לעומת 8% ביתר החמישונים), 16% במצב בינוני (לעומת 20% ביתר) ו-66% במצב טוב או טוב מאוד (72% ביתר).

שלושים ותשעה אחוזים מהמרוואיינים מהחמישון התחתון התלוננו על חניכיים מדממות וכואבות (לעומת 24% בשאר החמישונים) ו-21% מהחמישון התחתון התלוננו על חניכיים נפוחות (לעומת 11% משאר המרוואיינים); (לוח ג7 בנספח ג'). ארבעים ושישה אחוזים מהמרוואיינים בחמישון התחתון התלוננו על בעיה אחת לפחות בחניכיים, לעומת 34% בקרב שאר המרוואיינים.

בסקר בדקנו גם את מצב הבריאות הנתפס והשוונו בין שביעות הרצון ממצב השיניים והחניכיים: אחד עשר אחוזים מהנשים סבורות שמצב החניכיים שלהם לא טוב לעומת 6% מהגברים. עשרים אחוזים לא שבעות רצון ממצב הנוכחי של החניכיים שלהן, לעומת 14% מהגברים. החניכיים של 21% מהגברים מדממות וכואבות לעומת החניכיים של 30% מהנשים. שמונה אחוזים מהגברים התלוננו על חניכיים נפוחות לעומת 15% בקרב הנשים.

מהנתונים עולה גם שמבין המגדירים את מצב החניכיים שלהם כטוב מאוד, 81% נוהגים לצחצח שיניים לפחות פעמיים ביום ואחוז אחד בתדירות של פחות מפעם בשבוע. רק 71% ממי שהגדירו את מצב החניכיים שלהם כלא טוב מצחצחים את שיניהם פעמיים ביום לפחות ו-7% בתדירות של פחות מפעם בשבוע.

עשרים ואחד אחוזים מהמרוואיינים ציינו שיש להם תותבת אחת לפחות, ול-54% מתוכם יש תותבת שלמה.³ לשבעים ושלושה אחוזים מהקשישים יש תותבת (ל-66% מהם היא שלמה), ול-26% מבני 45-64 יש תותבת (ל-37% שלמה). רק אחוזים בודדים מקבוצות הגיל הצעירות יותר דיווחו שיש להם תותבת. רוב בעלי התותבות מרכיבים אותן במשך מרבית שעות היום. חמישה אחוזים מהקשישים נוהגים להשתמש בתותבת רק בחברה, 3% מהם משתמשים בה רק לאכילה ו-2% מהקשישים לא משתמשים בהן בכלל.

התפלגות התלונות על תותבת עליונה הייתה כדלקמן: כ-15% מבעלי תותבת עליונה דיווחו שאינה נוחה ומכאיבה, ל-10% היא גורמת לפצעים, ל-22% היא מפריעה באכילה ובדיבור, ו-19% דיווחו שהיא אינה יפה. יותר מרואיינים התלוננו על התותבת התחתונה שלהם: כ-30% מהם דיווחו שהתותבת לא נוחה ומכאיבה, ל-27% היא מפריעה באכילה ובדיבור, ל-23% היא אינה אסתטית.

בחמישון ההכנסה התחתון 27% דיווחו שיש להם תותבת, לעומת 21% בשאר החמישונים. בחמישון זה נמצא גם שיעור גבוה יחסית של תלונות על תותבות שאינן מתאימות (פחות נוחות, גורמות לכאבים ולפצעים, מפריעות באכילה ולא יפות).

בנושא התותבות לא נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים לגברים ובין הנפות השונות.

הניתוח הדו-משטני מראה שיש קשרים סטטיסטיים חזקים בין מצב הבריאות הנתפס לבין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים חמישון הכנסה, גיל ושפה, ואין קשר סטטיסטי בין מצב הבריאות הנתפס לבין מין.

³ תותבת שלמה מורכבת בפה במצב שבו חסרות כל השיניים הטבעיות בלסת.

לוח ג1, נספח ג1). מאחר שיש קשרים חזקים בין כמה ממשתנים אלה, מהניתוחים הדו-משתניים אי אפשר ללמוד על ההשפעה הסגולית על מצב בריאות נתפס של השיניים. כדי להבין את ההשפעה הסגולית של כל אחד מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הרצנו רגרסיה לוגיסטית (לוח 5). המקדמים המובהקים הם (מודל 1): חמישון הכנסה (OR=1.2), קבוצת גיל 35-44 בהשוואה לבני 22-34 (OR=0.5), קבוצת גיל 64-45 (OR=0.4), קבוצת גיל 65+ (OR=0.1), ודוברי רוסית בהשוואה לדוברי עברית (OR=0.3). כלומר, מצב הבריאות נתפס כפחות טוב ככל שההכנסה יורדת, הגיל עולה ובקרב דוברי רוסית.

לוח 5: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר מצב בריאות נתפס של השיניים

	מודל 1	מודל 2	מודל 3
חמישון הכנסה	*1.193	*1.193	1.081
גיל (בהשוואה לקבוצת 22-34)			
קבוצת גיל 35-44	*0.496	*0.496	*0.475
קבוצת גיל 45-64	*0.375	*0.393	*0.395
קבוצת גיל 65+	*0.087	*0.085	*0.092
מין (נשים)	0.881	0.901	0.756
שפה (בהשוואה לעברית)			
רוסית	*0.273	*0.293	*0.214
ערבית	0.753	0.787	0.779
גורם ידע	-	1.005	1.095
מספר רופאי שיניים לאלף נפש בנפה	-	1.084	1.053
ביטוח	-	1.445	1.166
מחירים	-	1.493	1.467
תדירות צחצוח שיניים	-	-	1.330
בדיקות מנע	-	-	*3.193

* p<0.05

היינו מעוניינים לדעת האם אפשר להסביר את הפערים בין קבוצות האוכלוסייה דרך הבדלים בידע ובנגישות. מהתוצאות עולה שהוספת משתנים של ידע ונגישות (היצע רופאי שיניים לאלף נפש בנפת מגורים, ביטוח ותפיסת מחירי טיפולי השיניים) למודל לא שינתה את מובהקות מקדמי המשתנים הסוציו-דמוגרפיים. למשתנים אלה עצמם לא נמצאה השפעה סטטיסטית עצמאית על תפיסת מצב בריאות השיניים (מודל 2).

הוספת המשתנים תדירות צחצוח שיניים ובדיקות מנע לרגרסיה (מודל 3) הפכה את מקדם ההכנסה ממובהק ללא-מובהק, אך הוא עדיין גבוה מאחד. יצוין גם שהגורם בדיקות מנע היה מובהק בצורה עצמאית; כנראה מי שנבדקים בבדיקות-מנע תופסים את מצב הבריאות שלהם כטוב יותר. בנוסף, מתברר שלנגישות השירותים אין השפעה עצמאית משמעותית בהסבר מצב הבריאות הנתפס של השיניים.

מסקנה חשובה שעולה מהניתוח בשלבים היא שהתנהגות בריאות מונעת מקטינה את הפערים בין בעלי הכנסה נמוכה לבעלי הכנסה בינונית וגבוהה בכל הקשור למצב הבריאות הנתפס של שיניהם, והיא אינה

משפיעה על הפערים לפי גיל וותק בארץ (דוברי רוסית). עם זאת, בדיקות המנע מסבירות רק חלק מהפערים בין הקבוצות וכנראה גורמים נוספים משפיעים על מצב הבריאות הנתפס של השיניים.

5.1.1 תחלואה דנטלית ומצב בריאות נתפס - השוואה בינלאומית

חמישים ושניים אחוזים מבין המרואיינים בני 65 ומעלה דיווחו כי איבדו את כל שיניהם.⁴ ממצא זה גבוה, בהשוואה למצב במרבית המדינות המערביות, לדוגמה, ארה"ב (United States Department of Health and Human Services, 1987) 29.7%, וכן (Statistical Data-base version, 1994) שבדיה 20%, איטליה 18%, שווייץ 25%, גרמניה 29.2%, יפן 20.4%, נורבגיה 31% ודנמרק 50%. הממצא גבוה גם לעומת המצב במדינות כמו פולין והונגריה, שאינן מהמובילות בתחום הבריאות הדנטלית.

מספר השיניים החסרות לאדם בגיל 35-44 היה 3.3 (לא כולל את חסרי השיניים לחלוטין בקבוצת גיל זו). ממצא זה גבוה יחסית לעומת הממצאים ממדינות כמו צרפת (1.4) ונורבגיה (3.0), אך נמוך מהממצאים במדינות כגון הולנד (4.6) ודנמרק (4.5). יש להדגיש שהסקר הנוכחי מתבסס על דיווח עצמי, לעומת הסקרים שהוזכרו לעיל; שמבטאים בדרך כלל ממצאי בדיקה קלינית; אולם סביר להניח, שאם קיימת הטיה בדיווח עצמי על מספר שיניים חסרות, היא תהיה לכיוון הערכת-חסר (בדומה למשקל גוף), ולכן ייתכן שבמציאות הפער בין ישראל למדינות האחרות אף גבוה יותר.

כשלושה עשר אחוזים מבין המרואיינים אשר דיווחו שיש בפייהם שיניים והמשתייכים לקבוצת גיל 35-44 אמרו ששיניהם במצב לא טוב. מצב זה טוב בהשוואה לגרמניה, שם כ-17% מהנשאלים בקבוצת גיל זו דיווחו על חוסר שביעות רצון ממצב השיניים, אך פחות טוב מארה"ב (8%) וניו זילנד. בקרב בני 65-74 פחות נשאלים דיווחו על חוסר שביעות רצון ממצב השיניים (9%), גם כאן המצב טוב בהשוואה לגרמניה (15%), דומה לארה"ב (9%) ופחות טוב מניו זילנד (4%). ככלל, הצעירים (22-34) נטו יותר להערכה טובה-טובה מאוד (75%) לעומת הקשישים (54%).

בסקר הנוכחי נמצא בניתוח הרב-משתני כי מצב הבריאות הדנטלית הנתפס אצל נשים אינו שונה מזה של הגברים. נתון זה דומה לתוצאות סקר אחר שנערך במספר מדינות ואשר הראה כי מין, הכנסה והשכלה אינם קשורים לתפיסה עצמית של בריאות דנטלית. קשר מובהק נמצא שם בין תפיסת בריאות כללית לתפיסת בריאות דנטלית. בחלק מהמדינות נמצא קשר בין מי שדיווחו על חסמים בנגישות (מחיר, תור וכו') לבין תפיסת הבריאות הדנטלית. הסקר הנוכחי לא חיזק ממצאים אלה. משתנים מסבירים נוספים שנמצאו בסקר הנוכחי למצב השיניים הנתפס היו התנהגות בריאות, גיל, שפה ובדיקות מנע תקופתיות.

⁴ יצוין שחלק הארי של הקשישים נולדו בחו"ל, וייתכן שחלק מבעיותיהם הדנטליות נבעו מליקויים שמקורם בארץ המוצא.

5.2 ידע ועמדות

כדי לעמוד על מידת הידע של המרואיינים על בריאות הפה שאלנו אותם על השפעת אכילת ממתקים וצחצוח שיניים על בריאות השיניים.

שישים ושישה אחוזים מהמרואיינים ציינו שאכילת ממתקים פוגעת בבריאות השיניים במידה רבה, 23% - במידה בינונית, 5% - במידה מעטה ו-6% טענו שכלל לא. אחוז גבוה מהקשישים סברו שאכילת ממתקים אינה פוגעת בבריאות השיניים (13% לעומת כ-5% בקבוצת הגיל האחרות). שבעים ושבעה אחוזים מהנשאלים סברו שלצחצוח שיניים יש השפעה רבה על מניעת בעיות בפה, 16% הגדירו את מידת ההשפעה של הצחצוח כבינונית, 3% מעטה ו-4% סברו שאין השפעה כלל.

המודעות לנושאים אלה בחמישון ההכנסה התחתון נמוכה יחסית, על פי הידע של המרואיינים מקבוצת הכנסה זו. חמישים ושישה אחוזים מהם ציינו שממתקים פוגעים בשיניים במידה רבה, לעומת 67% בשאר החמישונים. בחמישון התחתון ציינו 65% שלצחצוח השיניים השפעה מונעת על השיניים במידה רבה, לעומת 77% בשאר החמישונים. בנושא זה לא נמצא הבדל מובהק בין גברים לנשים.

בין הנפות נמצאו הבדלים. בנפת הדרום נמצא השיעור הגבוה ביותר של נשאלים הסבורים שאכילת ממתקים פוגעת בשיניים במידה רבה (71%) ובנפת הצפון הנמוך ביותר (56%). בנפת תל אביב 85% סבורים שלצחצוח שיניים השפעה מונעת רבה על השיניים, לעומת 58% בנפת הצפון, שבה גם בנושא זה נרשם השיעור הנמוך ביותר מבין הנפות. המרואיינים נשאלו גם על עמדותיהם בדבר חשיבותו של מראה השיניים להשגת מטרות בחיים, כמו מציאת בן/בת זוג או קבלה למקום עבודה חדש. לוח 6 מציג את התפלגות תשובות הנשאלים, באשר לחשיבות שהם מייחסים למראה השיניים במציאת בן/בת זוג. ארבעים ותשעה אחוזים מהמרואיינים סברו שלמראה השיניים חשיבות רבה במציאת בן/בת זוג, 30% ייחסו לכך חשיבות במידה בינונית ו-21% סברו שמראה השיניים לא משפיע כלל, או משפיע במידה מעטה.

בנושא זה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות הגיל, החמישונים או הנפות (לוחות ג' ו-10, בנספח ג').

לוח 6: מידת חשיבות מראה השיניים למציאת בן זוג, לפי גיל (באחוזים)

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
רבה	43	52	53	50	49
בינונית	33	33	28	18	30
מעטה	13	6	9	16	10
לא משפיע	11	10	10	16	11

בלוח 7 מוצגת החשיבות שייחסו המרואיינים למראה השיניים, על פי דעתם על השפעת מראה השיניים על סיכוייהם להתקבל למקום עבודה. עשרים ושישה אחוזים ציינו שלהערכתם, למראה השיניים השפעה

רבה מאוד על הסיכוי להתקבל למקום עבודה חדש; 33% העריכו את ההשפעה כבינונית ו-41% העריכו את ההשפעה כמעטה או לדעתם אין השפעה כלל. גם בנושא זה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות הגיל, החמישונים או הנפות (לוחות ג' ו-11, בנספח ג').

לוח 7: השפעת מראה השיניים על סיכויי הקבלה למקום עבודה, לפי גיל (באחוזים)

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
משפיע מאוד	20	29		26	26
משפיע	32	33	19	30	33
לא כל כך משפיע	23	18	36	18	20
לא משפיע	25	20	28	26	21

5.3 התנהגות בריאות

התנהגות הבריאות נבדקה באמצעות כמה מדדים, והם: תדירות פנייה לצורך בדיקות-מנע, תדירות צחצוח שיניים, תדירות אכילת ממתקים בין הארוחות, מידת שימוש במשחת שיניים שמכילה פלואוריד, מידת שימוש בחוט דנטלי ודיווח של הנשאל על אי השלמת טיפול דנטלי שרופא השיניים המליץ עליו.

5.3.1 בדיקות-מנע

שלושים וחמישה אחוזים מבין הנשאלים ציינו כי הם נוהגים לפנות לרופא השיניים לבדיקות-מנע (לוח 8). תשעה-עשר אחוזים השיבו כי הם עושים זאת מדי חצי שנה, 14% - פעם בשנה ו-2% בתדירות פחותה מזו. מתברר שיש פערים גדולים בהתנהגותם של הנמנים עם חמישון ההכנסה התחתון לבין הנמנים עם יתר החמישונים. רק 14% מהנשאלים הנמנים עם חמישון זה פונים ביוזמתם לבדיקות-מנע, לעומת 36% בשאר החמישונים (לוח ג'13, בנספח ג').

לוח 8: תדירות ביקור אצל רופא שיניים לבדיקות-מנע, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
אחת לחצי שנה	19	23	21	11	19
אחת לשנה	17	13	13	9	14
פחות מפעם בשנה	4	2	1	1	2
לא נוהג לפנות	60	63	64	79	65

* p<0.05

הניתוח הדו-משתני (ראה לוחות ג' ו-13, בנספח ג') מראה שיש קשרים סטטיסטיים חזקים בין תדירות הפנייה לרופא השיניים לצורך בדיקות-מנע תקופתיות לבין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים הבאים: גיל, שפה, הכנסה וזמינות גאוגרפית של רופאי שיניים. אין ספק שיש קשרים חזקים בין כמה ממשתנים אלה (לדוגמה: בין הכנסות לבין שפה ולבין זמינות רופאי שיניים באזור המגורים), ולכן מהניתוחים הדו-משתניים אי-אפשר ללמוד על השפעתם הסגולית של משתנים אלה על ביצוע בדיקות-מנע. כדי להבין את ההשפעה הסגולית של כל אחד מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הרצנו

רגרסיה לוגיסטית (מודל 1, לוח 9). המקדמים המובהקים הם חמישון הכנסה (OR=1.4), קבוצת גיל 65+ בהשוואה לבני 22-34 (OR=0.5), מין בהשוואת נשים לגברים (OR=1.6) ודוברי רוסית לעומת דוברי עברית (OR=1.6).

רצינו לדעת האם ניתן להסביר את הפערים בין קבוצות אוכלוסייה דרך הבדלים בידע, בעמדות, בהתנהגות ובנגישות השירותים, בכל הקשור לרפואת שיניים. מודל 2 מוסיף את המשתנים ידע, עמדות, נגישות (היצע, ביטוח, המתנה לתור, תפיסת המחירים) וצחצוח שיניים לרגרסיה. התוצאות מראות שהוספת משתנים אלה למודל לא גרמה להבדל משמעותי במקדם ההכנסה, והוא נשאר מובהק סטטיסטית. הוספת המשתנים במודל 2 הפכה את מקדמי המשתנים קבוצת גיל, מין ודוברי רוסית ממובהקים ללא-מובהקים. עוד יצוין שגם הגורם ידע, ביטוח וצחצוח שיניים היו מובהקים. ייתכן שההסבר לכך הוא שהתנהגות הבריאות של אנשים, שבדיקות המנע שלהם חשובות להם, נוהגים על פיה גם בבית וגם מחוצה לו. בנוסף לזה, נראה שהפערים בין המגזרים מצטמצמים עם הוספת ידע, צחצוח שיניים וביטוח דנטלי. כלומר, העלאת המודעות לחשיבות ההתנהגות המונעת ולהורדת חלק מהמחסומים הכלכליים עשויה לשפר את תדירות ביקורי המנע בקרב דוברי עברית ורוסית ובקרב קשישים וגברים.

לוח 9: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר בדיקות מנע

חמישון הכנסה	מודל 1	מודל 2
גיל (בהשוואה לקבוצת 22-34)	*1.446	*1.477
קבוצת גיל 35-44	1.113	0.963
קבוצת גיל 45-64	0.805	0.831
קבוצת גיל 65+	*0.478	0.623
מין (נשים)	*1.648	1.473
שפה (בהשוואה לעברית)		
רוסית	*1.565	0.992
ערבית	0.753	1.063
גורם ידע	-	*0.652
גורם עמדות	-	1.065
מספר רופאי שיניים לאלף נפש בנפה	-	1.142
ביטוח	-	*1.165
המתנה לתור	-	0.772
הערכת המחירים	-	1.159
תדירות צחצוח שיניים	-	*2.707

* p<0.05

המרואיינים אשר דיווחו שאינם נוהגים לפנות לרופא שיניים לצורך בדיקות-מנע שגרתיות נשאלו מדוע אינם עושים זאת. הסיבה העיקרית שצינו לכך הייתה חוסר מודעות לחשיבות הבדיקה (38%), 21% ציינו כי הם אינם נוהגים לפנות לבדיקות-מנע, בגלל עצלות או שכחה, 16% בגלל חוסר זמן ו-14% בגלל מחיר הטיפול, 8% בגלל פחד ואחוז אחד בגלל המרחק למרפאה. ככל שעולה הגיל, עולה אחוז מי שחושבים שאין צורך בבדיקות-מנע. הסיבה של חוסר זמן יורדת עם הגיל (לוח 10).

חוסר המודעות לצורך בבדיקות-מנע בולט עוד יותר בקרב נשאלים הנמנים עם החמישון התחתון. ארבעים ושלושה אחוזים מהם ציינו שלדעתם אין צורך בבדיקות-מנע (לעומת 38% בשאר החמישונים). סיבה נוספת שצינו אחוז גבוה מהשייכים לחמישון התחתון כגורם לאי ביצוע בדיקות-מנע הייתה המחיר (23% לעומת 12% ביתר). בנושא זה לא נמצא הבדל מובהק בין נשים וגברים ולא בין הנפות (לוחות 15 ו-16, בנספח ג').

לוח 10: סיבה עיקרית לאי פנייה לבדיקות-מנע, לפי גיל (באחוזים) * (n=378)

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
פחד	8	2	5	13
חוסר זמן	16	4	12	23
מחיר	14	8	15	19
מרחק	1	5	1	1
לא חושב שצריך	38	61	43	25
עצלות/שכחה	21	19	23	17
אחרת	2	2	1	2

* p<0.05

5.3.2 אי השלמת טיפולים

עשרים וארבעה אחוזים מהמרואיינים דיווחו על אי השלמת הטיפולים שנקבעו להם בהמלצת הרופא במהלך שלוש השנים שחלפו (לוח 11). כמחציתם דיווחו שזה קרה יותר מפעם אחת. שיעור הצעירים (עד גיל 44) שדיווחו על כך גבוה בהשוואה למבוגרים יותר. ההבדל בין החמישונים בנושא זה אינו מובהק, בחמישון התחתון דיווחו 17% שיותר מפעם אחת לא השלימו את הטיפול ו-11% דיווחו שזה קרה להם פעם אחת. זאת, לעומת 12% ו-11%, בהתאמה, ביתר החמישונים. בנושא זה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הנפות (לוחות 17 ו-18, בנספח ג').

לוח 11: אי השלמת כל הטיפולים שנקבעו בהמלצת הרופא, לפי גיל (באחוזים) *

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
יותר מפעם אחת	13	1	12	20
פעם אחת	11	6	7	16
לא קרה	76	94	81	65

* p<0.05

המרואיינים אשר דיווחו על אי השלמת טיפול שיניים שנקבע להם בהמלצת רופא השיניים, נשאלו על הסיבה העיקרית לכך. אחוז גבוה מהם ציינו את המחיר (41%) כסיבה העיקרית לכך; 20% - בגלל חוסר זמן; 16% בגלל עצלות או שכחה; 12% בגלל פחד; 5% משום שאינם מרוצים מרופא השיניים ואחוז אחד בגלל המרחק (לוח 11).

שישים ושלושה אחוזים מהמרואיינים מהחמישון התחתון לא השלימו טיפול בגלל מחירו, לעומת 41% בשאר החמישונים. 13% מהנמנים עם החמישון התחתון נימקו זאת בחוסר זמן ו-8% בעצלות; לעומת

18% בכל אחת מהסיבות, בשאר החמישונים. בקרב דוברי רוסית, 67% לא השלימו טיפול בגלל מחירו, בהשוואה ל-35% מדוברי עברית ו-50% מדוברי ערבית. אין הבדלים מובהקים בין נשים לגברים (לוח 19, בנספח ג'). ראה דיון בנושא זה גם בסעיף 5.4.2.

לוח 12: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי גיל (באחוזים)* (n=240)

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
פחד	11	10	17	11
חוסר זמן	25	18	18	25
מחיר	36	44	42	36
מרחק	--	3	--	--
עצלות/שכחה	21	12	16	21
לא מרוצה מהרופא	5	5	5	5
אחרת	2	9	2	2

* p<0.05

אין ספק שיש קשרים חזקים בין כמה ממשתנים אלה, ולכן מהניתוחים הדו-משתניים אי אפשר ללמוד על ההשפעה הסגולית שלהם על אי השלמת טיפול מסיבה כלכלית (ראה לוח 19, נספח ג'). כדי להבין את ההשפעה הסגולית של כל אחד מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הרצנו רגרסיה לוגיסטית (לוח 13). המקדמים המובהקים הם (מודל 1): חמישון הכנסה (OR=1.5) ודוברי רוסית לעומת דוברי עברית (OR=1.3).

לוח 13 יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר אי-השלמת טיפול מסיבה כלכלית

חמישון הכנסה	מודל 1	מודל 2	מודל 3
גיל (בהשוואה לקבוצת 22-34)	*1.532	*1.674	*1.554
קבוצת גיל 44-35	0.695	*0.408	0.479
קבוצת גיל 64-45	1.315	1.039	1.273
קבוצת גיל 65+	2.506	0.888	1.301
מין (נשים)	1.146	1.245	1.116
שפה (בהשוואה לעברית)			
רוסית	*1.348	0.807	0.990
ערבית	0.835	1.302	1.364
גורם ידע	-	*0.600	0.637
גורם עמדות	-	1.103	1.087
מספר רופאי שיניים לאלף נפש בנפה	-	1.235	1.556
ביטוח	-	2.623	2.325
מחירים	-	*10.108	*9.259
מצב בריאות נתפס	-	-	*2.813
תדירות צחצוח שיניים	-	-	1.896

* p<0.05

היינו מעוניינים לדעת האם ניתן להסביר את הפערים בין קבוצות האוכלוסייה דרך הבדלים בידע, בעמדות, בנגישות, במצב בריאות נתפס ובהתנהגות מונעת. התוצאות מראות שהוספת משתנים

שמייצגים ידע, עמדות ונגישות (היצע, ביטוח ומחירים) למודל הפכה את המקדם של המשתנה קבוצת גיל 44-35 מלא-מובהק למובהק (OR=0.4) ושל דוברי רוסית ממובהק ללא-מובהק סטטיסטית. הוספת המשתנים הנוספים לא גרמה לשינויים במובהקות מקדמי המשתנים הסוציו-דמוגרפיים האחרים. למשתנים ידע (OR=0.6) ותפיסת המחירים כגבוהים (OR=10.1) נמצאה השפעה סטטיסטית עצמאית מובהקת על אי-השלמת הטיפול מסיבה כלכלית (מודל 2). הוספת המשתנים מצב בריאות נתפס ותדירות צחצוח השיניים לרגרסיה (מודל 3) הפכה את מקדמי המשתנים דוברי רוסית וידע ממובהקים ללא-מובהקים. יצוין שגם הגורם מצב בריאות נתפס עצמו היה מובהק.

כנראה, הגורמים המסבירים פערים בין דוברי רוסית לדוברי עברית באי-השלמת טיפולי שיניים מסיבות כלכליות הם תפיסת מחירי הטיפול ומצב הבריאות הנתפס. יש לשים לב שגורמים אלה לא מצמצמים פערים בין קבוצות הכנסה ולא בין דוברי ערבית ועברית (ככל הנראה, מאחר שמחירי הטיפולים במגזר הערבי נמוכים יחסית).

5.3.3 אי הגעה לטיפול שיניים

המרוואיינים התבקשו לציין האם מלכתחילה נמנעו להגיע לרופא השיניים, גם כאשר חשו שיש צורך בכך. כשליש מהם השיבו בחיוב, ו-40% מהם נימקו זאת בחוסר זמן, 23% בגלל המחיר, 16% בגלל עצלות או שכחה ו-13% בגלל פחד מהטיפול. שיעור המנמקים אי הגעה לטיפול עקב חוסר זמן יורד ככל שגיל המרוואיין גבוה יותר ואחוז המנמקים זאת במחיר הטיפול, בעצלות או בשכחה - עולה עם הגיל (לוח 14).

חמישים ושמונה אחוזים מהמרוואיינים מהחמישון התחתון ציינו שהסיבה העיקרית לכך שלא הגיעו לרופא השיניים, גם כאשר היה צורך בכך הוא המחיר (לעומת 19% בלבד בשאר החמישונים), ורק 22% ציינו שהסיבה לכך היא חוסר זמן (לעומת 35% בשאר החמישונים).

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים לגברים ובין הנפות השונות (לוחות ג' ו-22, בנספח ג').

לוח 14: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי גיל (באחוזים)* (n=332)

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
פחד	8	14	16	8
חוסר זמן	54	33	40	54
מחיר	20	24	24	20
מרחק	3	1	1	3
עצלות/שכחה	9	22	17	9
לא מרוצה מהרופא	--	1	1	--
אחרת	5	4	2	5

* p<0.05

5.3.4 תדירות צחצוח שיניים, שימוש בחוט דנטלי, אכילת ממתקים

שישים ושמונה אחוזים מהמרווינים דיווחו שהם נוהגים לצחצח שיניים פעמיים ביום לפחות, 25% - פעם ביום, 5% - בתדירות נמוכה יותר ו-2% לא נוהגים לצחצח שיניים כלל. תדירות צחצוח השיניים של הקשישים נמוכה בהשוואה ליתר (לוח 15).

תדירות צחצוח השיניים בקרב מרווינים מחמישון ההכנסה התחתון נמוכה לעומת תדירות צחצוח השיניים בקרב יתר החמישונים. תשעה-עשר אחוזים מהם מצחצחים שיניים פחות מפעם ביום (כולל אלה שלא מצחצחים כלל), לעומת 7% ביתר החמישונים. רק 49% מהחמישון התחתון דיווחו שהם מצחצחים שיניים פעמיים ביום לפחות, לעומת 71% מהחמישונים האחרים.

תדירות צחצוח השיניים בקרב גברים קטנה יותר מתדירות הצחצוח בקרב הנשים. אחד עשר אחוזים מהגברים נוהגים לצחצח שיניים פחות מפעם ביום לעומת 4% מהנשים. חמישים ותשעה אחוזים מהגברים מצחצחים לפחות פעמיים ביום, לעומת 76% מהנשים (לוח 23, בנספח ג').

לוח 15 : תדירות צחצוח שיניים, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
2+ פעמים ביום	68	61	68	70
פעם ביום	25	31	26	21
פחות מפעם ביום	5	4	5	7
לא מצחצחים	2	4	1	1

* p<0.05

יש קשרים חזקים בין כמה מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים (לוחות 23 ו-24, בנספח ג'), ולכן מהניתוחים הדו-משתניים קשה ללמוד על השפעתם הסגולית של משתנים אלה על תדירות צחצוח שיניים ביום. כדי לבדוד את השפעתו הסגולית של כל אחד מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הרצנו רגרסיה לוגיסטית להסבר תדירות צחצוח (לוח 16). המקדמים המובהקים הם (מודל 1): חמישון הכנסה (OR=1.3), מין, נשים בהשוואה לגברים (OR=2.4), ודוברי ערבית בהשוואה לדוברי עברית (OR=0.5).

היינו מעוניינים לדעת אם אפשר להסביר את הפערים בין קבוצות האוכלוסייה דרך הבדלים בידע, בעמדות, בנגישות, בבדיקות-מנע ובמצב בריאות נתפס. מהתוצאות עולה שהוספת משתנים המייצגים ידע, עמדות והיצע רופאי שיניים למודל גרמה לכך שהמקדם של דוברי ערבית, שהיה מובהק במודל 1 הפך ללא-מובהק במודל 2, אבל לא גרמה לשינויים במובהקותם של המקדמים האחרים. נמצאה השפעה מובהקת סטטיסטית עצמאית למשתנה בדיקות-מנע על תדירות צחצוח (OR=1.9); (מודל 2). ברגרסיות נוספות לא נמצאה השפעה סטטיסטית של ארבעת משתנים אלו (ידע, עמדות, היצע ובדיקות-מנע) על תדירות צחצוח שיניים.

לוח 16: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר תדירות צחצוח שיניים ביום

מודל 1	מודל 2	מודל 3
1.335*	1.260*	1.256*
1.156	1.101	1.142
1.005	1.048	1.091
0.650	0.742	0.811
2.426*	2.229*	2.259*
0.660	0.719	0.761
0.476*	0.608	0.610
-	0.788	0.789
-	1.078	1.078
-	1.126	1.122
-	1.880*	1.785*
-	-	1.235

* p<0.05

הוספת המשתנה מצב בריאות נתפס של השיניים והחניכיים לרגרסיה (מודל 3) לא גרמה לשינויים במובהקות המשתנים האחרים וגם לא נמצא שהמקדם מובהק עצמאית. המסקנה היא שככל הנראה, בעלי מודעות לבריאות מונעת נוהגים לצחצח את שיניהם ולפנות לבדיקות-מנע. הדבר בולט בעיקר במגזר הערבי. יש שתי אפשרויות להסביר תופעה זו. יכול להיות שמי שהולכים לבדיקות-מנע מקבלים מרופא השיניים או מהשיננית הדרכה והסברים על התנהגות לבריאות מונעת, ולכן הם מצחצחים שיניים יותר. עוד ייתכן כי מי שמודעים יותר גם הולכים לבדיקות-מנע יותר וגם מצחצחים את שיניהם בתדירות גבוהה יותר. בכל אופן, המשתנה בדיקות-מנע מסביר רק חלק מהפער בין דוברי ערבית לדוברי עברית ורוסית, ויש השפעות אחרות שלא נמצאו דרך הרגרסיות הללו.

שיעור המדווחים על שימוש במשחת שיניים המכילה פלואוריד מגיע ל-62%. היקף השימוש נמוך יותר בקרב הקשישים (53% לעומת מעל 60% ביתר הגילים); (לוח 17). שלושים אחוזים מהמרווינים לא ידעו כלל אם משחת השיניים שהם משתמשים בה מכילה פלואוריד.

רק 36% מהחמישון התחתון דיווחו שהם משתמשים במשחת שיניים המכילה פלואוריד, לעומת 64% בחמישונים האחרים. 64% בקרב הנשים משתמשות במשחה עם פלואוריד לעומת 60% מהגברים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הנפות (לוחות 25 ו-26, בנספח ג').

לוח 17: תדירות שימוש במשחת שיניים המכילה פלואוריד, לפי גיל (באחוזים)

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
בדרך כלל	60	48	59	64
לפעמים	2	5	2	1
לא	9	7	10	7
לא יודע אם יש פלואוריד	30	41	30	29

רק כרבע מהאוכלוסייה נוהגת להשתמש בחוט דנטלי, וכמחצית האוכלוסייה לא משתמשת בו באופן סדיר. מטבע הדברים, היקף השימוש בקרב הקשישים נמוך (15% לעומת 25% בקבוצות הגיל האחרות (לוח 18)). שישה-עשר אחוזים בחמישון התחתון משתמשים בחוט דנטלי, לעומת 24% בשאר החמישונים. שלושים ושניים אחוזים מהנשים משתמשות בחוט דנטלי לעומת 18% מהגברים (לוח 27, בנספח ג').

לוח 18 : תדירות שימוש בחוט דנטלי, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
בדרך כלל	12	19	14	9	14
לפעמים	13	13	10	6	11
לא משתמש	75	69	76	86	75

p<0.05 *

שמונה-עשר אחוזים מהאוכלוסייה נוהגים, לעתים קרובות, לאכול ממתקים בין הארוחות. עשרים ושישה אחוזים דיווחו שאינם נוהגים לאכול ממתקים. הנטייה לאכילת ממתקים יורדת עם הגיל (לוח 19). מתברר שאחוז גבוה מהשייכים לחמישון התחתון (24%) נוהגים לאכול ממתקים לעתים קרובות, לעומת יתר החמישונים (17%). לא נמצא הבדל מובהק בהתנהגות זו בין גברים לנשים (לוח 29, בנספח ג').

שלושים ושניים אחוזים מנפת הצפון דיווחו שהם נוהגים לאכול ממתקים, לעומת 13% בנפת המרכז. בכל יתר הנפות שיעור המדווחים שנוהגים לאכול ממתקים בין הארוחות נע בין 15%-18% (לוח 30, בנספח ג').

לוח 19 : תדירות אכילת ממתקים בין הארוחות, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
לעתים קרובות	27	17	13	9	18
מדי פעם	30	28	27	20	27
לעתים רחוקות	24	33	30	24	28
לא נוהג לאכול ממתקים	19	22	30	47	26

p<0.05 *

5.3.5 התנהגות בריאות - השוואות בינלאומיות

מנתוני סקר שנערך באוכלוסייה היהודית ב-1982 מסתמנת, ככל הנראה, עלייה בתדירות הביקור לצורך בדיקות-מנע, או בדיקות תקופתיות, בדיווח על ביקור של אחת לחצי שנה (מ-11% מהאוכלוסייה היהודית ל-22% מדוברי עברית בסקר הנוכחי) וכן בדיווח על אחת לשנה (16% לעומת 11% ב-1982). המחיר והפחד כסיבות לאי הגעה לטיפול שיניים נשארו בדומה ל-1982.

בנושא השמירה על בריאות הפה, המצב בישראל פחות טוב מהמצב במדינות אחרות. כך, לדוגמה, אחוז המדווחים בגיל 44-35 על צחצוח שיניים פעמיים ביום לפחות נמצא בסקר זה כ-70%, לעומת 85% בגרמניה ו-76% בארה"ב (WHO, 1997). שיעור המרואיינים אשר דיווחו שאינם מצחצחים כלל את

שיניהם היה 4% בישראל לעומת 0% בגרמניה, יפן וארה"ב ו-2% בניו זילנד (WHO, 1985). גם תדירות השימוש בחוט דנטלי בישראל נמוכה. שישים ותשעה אחוזים מהנשאלים בקבוצת הגיל הנייל דיווחו שאינם משתמשים בחוט דנטלי לעומת 26% בארה"ב וביפן; 51% בניו זילנד ו-61% בגרמניה. יש להדגיש שהממצאים בקבוצות הגיל האחרות בישראל אף חמורים מכך, ואחוז המרואיינים שאינם משתמשים בחוט דנטלי עומד על 75% מכלל האוכלוסייה.

ממצאי הסקר הנוכחי תואמים לממצאיו של סקר השוואתי של ארגון הבריאות העולמי שלפיהם נשים ובעלי הכנסה גבוהה נטו יותר להתנהגות בריאות מונעת (צחצוח ושימוש בחוט דנטלי). שם נמצא גם כי תדירות הצחצוח קשורה לתפיסת בריאות דנטלית (תדירות נמוכה - תפיסת בריאות דנטלית נמוכה). גם שם לא נמצא קשר בין קיומו של רופא שיניים קבוע לבין תכיפות הביקורים המונעים.

5.4 שימוש בשירותים דנטליים - היבטים נבחרים

5.4.1 דפוסי ביקור

תדירות ביקורים

אחת ממטרות הסקר הייתה לבדוק את דפוסי השימוש בשירותי רפואת השיניים. חמישים ותשעה אחוזים מהאוכלוסייה הבוגרת ביקרו אצל רופא השיניים בשנה האחרונה. שישה-עשר אחוזים ביקרו אצלו בשנה-שנתיים שחלפו ו-21% ביקרו לפני שנתיים ויותר. חמישה אחוזים לא ביקרו אף פעם אצל רופא שיניים (לוח 20). מספר הביקורים הממוצע לאדם במהלך השנה האחרונה היה 2.2. מספר הביקורים הנמוך ביותר נמצא בקרב הקשישים (1.2). בשאר קבוצות הגיל היה מספר הביקורים הממוצע גבוה יותר - 2.1 ביקורים לשנה בקבוצת גיל 34-22, 2.3 בקבוצת גיל 44-35, ו-2.8 ביקורים בקרב קבוצת גיל 64-45.

מהשוואה בין תשובות המרואיינים מהחמישון התחתון לתשובות האחרים עולה ששיעור המבקרים אצל רופא השיניים בשנה האחרונה היה נמוך בחמישון התחתון (47%) לעומת שאר החמישונים (59%). אחוז המדווחים על כך שמועד הביקור האחרון אצל רופא השיניים היה לפני למעלה משנתיים גבוה בחמישון התחתון (34%), לעומת היתר (20%). מספר הביקורים הממוצע בשנה האחרונה, נמוך יותר אצל השייכים לחמישון התחתון (1.6 בממוצע לאדם) בהשוואה ליתר החמישונים (2.2), אך ההבדל אינו מובהק. מספר הביקורים של נשים גבוה יותר (2.5) משל הגברים (1.8); נמצא שדוברי עברית מבקרים יותר במרפאת רופא השיניים. שישים ושלושה אחוזים מהם דיווחו כי במהלך השנה שחלפה ביקרו אצל רופא שיניים. בקבוצה זו מספר הביקורים הממוצע לנפש היה 2.4 בשנה. זאת, בהשוואה לדוברי רוסית - 47% ביקרו (1.7 ביקורים לנפש לשנה) ודוברי ערבית - 50% ביקרו (1.6 ביקורים לנפש לשנה); (לוח 31, בנספח ג').

בנפות המרכז, חיפה וירושלים, שיעור המבקרים בשנה האחרונה אצל רופא שיניים הוא הגבוה ביותר (60%-63%) ובנפות הדרום (53%) ותל אביב (54%) הוא הנמוך ביותר. לא נמצא הבדל מובהק בין הנפות במספר הביקורים הממוצע בשנה האחרונה (לוח 32, בנספח ג').

ממוצע ביקורים גבוה יחסית נמצא בקרב מרואיינים אשר דיווחו כי ברשותם ביטוח שיניים. בקבוצה זו היה מספר הביקורים לנפש בשנה האחרונה 2.8, לעומת 2.1 אצל חסרי ביטוח.

לוח 20 : מועד ביקור אחרון אצל רופא שיניים, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
43	44	49	25	42	לפני עד חצי שנה
19	14	18	15	17	בין חצי שנה לשנה
19	18	12	16	16	בין שנה לשנתיים
16	19	18	37	21	יותר משנתיים
4	5	3	7	5	לא ביקרו אף פעם

* p<0.05

מהניתוחים הדו-משותפים (לוחות ג1 ו-ג2, 32, בנספח ג') קשה ללמוד על השפעתם הסגולית של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים על ביקור אצל רופא שיניים בשנה האחרונה, מאחר שיש קשרים חזקים בין כמה ממשתנים אלה. כדי להבין את השפעתם הסגולית של כל אחד מהמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הרצנו רגרסיה לוגיסטית (לוח 21). המקדמים המובהקים הם (מודל 1): חמישון הכנסה (OR=1.2) ומין - נשים בהשוואה לגברים (OR=1.6).

לוח 21 : יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר ביקור אצל רופא שיניים בשנה האחרונה

חמישון הכנסה	מודל 1	מודל 2	מודל 3
גיל (בהשוואה לקבוצת 22-34)	1.197*	1.171*	1.176*
קבוצת גיל 44-35	1.236	1.121	1.097
קבוצת גיל 64-45	1.093	1.101	1.073
קבוצת גיל 65+	0.640	0.704	0.670
מין (נשים)	1.600*	1.508*	1.500*
שפה (בהשוואה לעברית)			
רוסית	0.825	1.046	1.011
ערבית	0.640	0.916	0.910
גורם ידע	-	0.710*	0.709*
גורם עמדות	-	1.081	1.081
מספר רופאי שיניים לאלף נפש	-	1.000	1.003
ביטוח	-	1.716*	1.737*
המתנה לתור	-	1.094	1.092
מחירים	-	0.682	0.694
צחצוח שיניים	-	1.074	1.084
מצב בריאות שיניים וחניכיים נתפס	-	-	0.871

* p<0.05

היינו מעוניינים לדעת אם ניתן להסביר את הפערים בין קבוצות האוכלוסייה דרך הבדלים בידע, בעמדות, בנגישות, במצב בריאות נתפס ובהתנהגות בריאות. התוצאות מראות שהוספת משתנים שמייצגים ידע, עמדות, התנהגות ונגישות (היצע, ביטוח, המתנה לתור ומחירים) למודל לא שינתה את מובהקותם של מקדמי המשתנים הסוציו-דמוגרפיים. למשתנים גורם ידע (OR=0.7) וביטוח (OR=1.7) נמצאה השפעה סטטיסטית עצמאית על ביקור אצל רופא שיניים בשנה האחרונה (מודל 2).

הוספת המשתנה מצב בריאות נתפס לרגרסיה (מודל 3) לא גרמה לשינויים במובהקות המשתנים האחרים וגם הוא לא נמצא מובהק באופן עצמאי. הקשרים בין מין והכנסה לביקורים בשנה האחרונה לא הוסברו דרך מודלים אלה. ייתכן, שיש גורמים נוספים שמשפיעים על תדירות הביקורים.

תדירות ביקורים - השוואות בינלאומיות

דפוסי הביקור אצל רופא השיניים בישראל לא השתנו ב-15 השנים האחרונות. נתונים מ-1982 מצביעים על 60% מהאוכלוסייה היהודית אשר ביקרו אצל רופא השיניים בשנה שקדמה לריאיון (1982). בסקר הנוכחי, 62% מדוברי העברית דיווחו על ביקור אצל רופא שיניים בשנה שקדמה לריאיון. ב-1996 נמצא ש-62% מבני 13-18 ביקרו אצל רופא השיניים בשנה שלפני הריאיון (דגני ודגני, 1996). בארה"ב 63.3% מהאזרחים שמעל גיל 25 ביקרו אצל רופא השיניים בשנה שקדמה לריאיון (Brown and Lazar, 1999).

ממצאי הסקר הנוכחי עולה, שנשים משתמשות יותר בשירותי בריאות דנטליים. ממצא זה דומה לתוצאות שהתקבלו בסקרים אחרים, שהשוו התנהגות מונעת בתחום בריאות השן במספר מדינות. במרבית המדינות נמצא בקרב הנשים שיעור גבוה יחסית של ביקורים בשנה החולפת במרפאות שיניים.

מנתוני הסקר עולה כי כ-41% מקרב הנשאלים לא ביקרו בשנה שלפני הסקר אצל רופא שיניים. ההתפלגות בין קבוצות הגיל הייתה דומה, למעט שכבת גיל 65 ומעלה, אשר נטתה להשתמש פחות בשירותים דנטליים. בשכבת הגיל 44-35 נמצא ש-42% לא ביקרו אצל רופא שיניים בשנה שקדמה לריאיון. ממצא זה תואם ממצאי סקר שנערך על משרתי הקבע בצה"ל (חורב, 1994), שלפיו בקרב שכבת גיל 44-35 כ-45% לא ביקרו בשנה האחרונה במרפאת שיניים.

אחוז הלא-משתמשים בשירותי רופא שיניים בשנה החולפת דומה לממצא בארה"ב - 40%, אך נמוך בהרבה מהממצא בגרמניה, ששם רק 20% לא ביקרו אצל רופא שיניים בשנה שקדמה לריאיון. יש לציין שבקרב בני 65 ומעלה לא ביקרו 60% בשנה שלפני הריאיון במרפאת שיניים. ההבדל בין קבוצות הגיל דומה לממצא בסקר שימוש בשירותי הבריאות בישראל בשנת 1993 (למיס, 1993). בסקר זה נמצא שמספר הביקורים במרפאת שיניים בקרב קבוצות הגיל שבין 25-74 הוא כ-850 לאלף נפש לרבעון. ירידה דרמטית במספר הביקורים נמצאה שם בקרב בני 75 ומעלה (461 ביקורים לאלף נפש לרבעון). בקרב כלל האוכלוסייה נמצאו באותו סקר 624 ביקורים ל-1,000 נפש לרבעון - 2.5 ביקורים לנפש לשנה. ממצאי הסקר הנוכחי (2.2 ביקורים לנפש לשנה) נמוכים יחסית לממצאי 1993 בישראל, אך דומים לאלה שנמצאו בארה"ב (2.1 ביקורים).

ממישה אחוזים מאוכלוסיית המדגם לא ביקרה מעולם במרפאת שיניים, גם ממצא זה דומה לתוצאות בארה"ב (5.1%). אחוז זה גבוה בהשוואה לממצאי סקר שנערך בישראל בקרב משרתי צבא קבע. שם רק 2.5% דיווחו שלא ביקרו מעולם במרפאת שיניים (לעומת 5%-4% בגילים המקבילים, בסקר הנוכחי). ייתכן שהסיבה לכך היא שבמרפאות השיניים הצבאיות טיפול השיניים ניתן ללא תשלום. יכול גם להיות שמודעותם של משרתי הקבע לחשיבות הביקור אצל רופאי שיניים גבוהה יחסית.

סוג ספק השירות

מבין המבקרים אצל רופא שיניים, טופלו בביקור האחרון: 70% במרפאה פרטית, 21% - במרפאות קופות החולים, 3% - במרפאה של חברה-תאגיד מסחרי, 2% במרפאה ציבורית⁵ ו-2% במרפאה אחרת.⁶

זהו ממצא מעניין, לאור העובדה שהתפלגות עמדות הטיפול בישראל על פי נתון שפורסם ב-1994, נמצאה כדלקמן - 84% בשוק הפרטי, 10% מרפאות ציבוריות (לא כולל צה"ל) ו-6% בבעלות קופות החולים - משתמע שקופות החולים מטפלות בשיעור מבוטחים גבוה יחסית למספר עמדות הטיפול שבעלותן, לעומת המרפאות הפרטיות, שבהן שיעור המטופלים נמוך, בהשוואה לשיעורן בשוק.

רמז נוסף לביקוש גבוה יחסית לשירותי מרפאות השיניים של קופות החולים היא העובדה שההמתנה לתור במרפאות השיניים של קופות החולים ממושכת יותר מאשר במרפאות האחרות. ייתכן כי הביקוש הגבוה יחסית למרפאות אלה נובע מכך שבמספר מדדי איכות נמצאו מרפאות אלה במיקום גבוה.

מהתוצאות המוצגות בלוח 22 עולה שהצעירים נוטים לבקר יותר במרפאות קופות החולים, בהשוואה לקבוצות הגיל הגבוהות מ-44, הנוטות יותר לבקר במרפאות שיניים פרטיות.

שבעים ותשעה אחוזים מהמרוואיינים מהחמישון התחתון ביקרו במרפאה פרטית ו-8% במרפאת קופות החולים, לעומת 70% ו-25%, בהתאמה, בשאר האוכלוסייה (לוח 33, בנספח ג'). שישים ואחד אחוזים מהחמישון העליון ביקרו במרפאת שיניים פרטית ו-34% במרפאת שיניים של אחת מקופות החולים.

בנפות תל אביב והדרום שיעור הביקורים במרפאה פרטית הוא הנמוך ביותר (61% ו-62%, בהתאמה) ובנפות הצפון וחיפה הוא הגבוה ביותר (82% ו-76%, בהתאמה). הבדלים נמצאו גם בשיעור המבקרים במרפאות שיניים של קופות החולים: 10% בנפת הצפון ו-12% בנפת חיפה, לעומת 33% בנפת תל אביב ו-31% בנפת הדרום (לוח 34, בנספח ג'). אחת הסיבות להבדלים בין הנפות היא, ככל הנראה, הפריסה הגאוגרפית של סוגי המרפאות.

לוח 22: סוג המרפאה, לפי גיל (באחוזים)

סוג	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
פרטית	100	100	100	100	100
קופת חולים	65	66	75	74	70
חברה/תאגיד מסחרי	25	26	15	20	21
ציבורית	5	2	3	2	3
אחרת	2	3	1	2	2
	2	2	5	3	4

⁵ מרפאת שיניים הממומנת על-ידי מועצה מקומית או שירותי רווחה.
⁶ מרפאת שיניים של קיבוץ, של בית חולים או מרפאה בחו"ל.

סוגי טיפולים

נבדקה גם שאלת יוזם הביקור וסיבת הביקור האחרון במרפאת השיניים. שנים-עשר אחוזים ממי שביקרו במהלך השנה האחרונה במרפאת שיניים פנו למרפאה ביוזמתם לצורך בדיקה תקופתית, 5% פנו לצורך קבלת עזרה ראשונה, עוד 4% נקראו לביקורת תקופתית על ידי רופא השיניים, והיתר (79%) ביקרו לצורך טיפול שוטף בתחומים הבאים: 28% טיפול פרוטטי (כתרים, גשרים תותבות וכדו'), 26% סתימה, 18% טיפול שורש, 15% עקירת שן, 5% טיפול חניכיים (כולל ניתוח), 4% טיפול/הדרכה על ידי שיננית ו-3% ניקוי אבנית בידי רופא שיניים.

הסיבה השכיחה לביקור האחרון אצל רופא השיניים, בקרב קשישים בקבוצת גיל 65 ומעלה וכן בקרב בני 45-64, הייתה לצורך טיפול פרוטטי (כשני שלישים וכשליש בכל אחת מקבוצות הגיל בהתאמה). הסיבה השכיחה בקרב הצעירים יותר הייתה סתימה (כשליש).

שיעור המבקרים שפנו ביוזמתם לבדיקה תקופתית בחמישוני 2-5 היה גבוה (12%), בהשוואה לחמישון התחתון (5% בלבד). שיעורי המבקרים לצורך קבלת עזרה ראשונה היו דומים (5% בחמישון התחתון ובחמישוני 2-5). התפלגות הסיבות לפנייה (לא לעזרה ראשונה או לבדיקה תקופתית) מראה שהסיבה השכיחה בחמישון התחתון הייתה טיפול פרוטטי (26%) ועקירה (23%) ובשאר החמישוני טיפול פרוטטי (30%) וסתימה (26%). בנפת ירושלים והדרום שיעור המבקרים לצורך קבלת טיפול עזרה ראשונה היה הגבוה ביותר (9% ו-6%, בהתאמה), שיעור המבקרים שפנו ביוזמתם לבדיקה תקופתית היה הגבוה ביותר בירושלים (17%) והנמוך ביותר בצפון (10%). סיבת הביקור האחרון השכיחה בירושלים ובדרום הייתה סתימה (31% ו-27%, בהתאמה), במרכז הארץ, בתל אביב ובחיפה - טיפול פרוטטי (כ-30% בכל נפה), בצפון - סתימה ועקירה (25%, בכל אחת).

5.4.2 נגישות השירות

רופא קבוע

שבעים ושמונה אחוזים מהמרוואיינים ציינו שיש להם רופא שיניים קבוע. בקרב הקשישים שיעור זה היה נמוך יחסית (70% לעומת כשמונים אחוזים בקבוצות הגיל האחרות).

רק 69% מהמרוואיינים בחמישון התחתון דיווחו שיש להם רופא שיניים קבוע, בשאר החמישוני דיווחו על כך 79%. אחוז הנשים אשר דיווחו על רופא שיניים קבוע גבוה יותר מאחוז הגברים (83% לעומת 72%). בהשוואה בין הנפות מתברר שבנפת ירושלים נמצא השיעור הגבוה ביותר של מרוואיינים שיש להם רופא שיניים קבוע (86%); בנפות הצפון והדרום נמצא השיעור הנמוך ביותר (72% ו-73%, בהתאמה).

המתנה

שבעים ושבעה אחוזים מהמרוואיינים דיווחו כי בביקורם האחרון אצל רופא השיניים, הם המתינו ממועד קביעת התור עד הפגישה עם הרופא, פרק זמן שלא עלה על שבוע. שבעה עשר אחוזים המתינו בין שבוע לשבועיים, 5% - בין שבועיים לחודש ו-2% יותר מחודש.

המרואיינים נשאלו גם על משך ההמתנה בתחום מרפאת השיניים (ממועד הגעתם למרפאה עד לקבלת הטיפול). שישים ושמונה אחוזים המתונו במרפאת רופא השיניים עד רבע שעה; עוד 20% - בין רבע שעה לחצי שעה; 4% - בין חצי שעה לשלוש-רבעי שעה ו-3% המתונו יותר. בכל הקשור להמתנה לתור ולקבלת הטיפול לא נמצאו הבדלים בין קבוצות הגיל (לוח 23).

מהשוואה בין חמישון ההכנסה התחתון לשאר האוכלוסייה, מתברר שמרואיינים מהחמישון התחתון המתונו פחות מהאחרים, ממועד הזמנת התור ועד למועד הפגישה עם הרופא (85% המתונו פחות משבוע, 12% המתונו בין שבוע לשבועיים ו-3% המתונו יותר משבועיים). זאת, לעומת 75%, 18%, ו-7% בהתאמה בחמישונים האחרים). בתחומי המרפאה ממתונו מי ששייכים לחמישון התחתון זמן רב יותר עד לקבלת הטיפול (72% המתונו פחות מחצי שעה לעומת 92% בקרב החמישונים האחרים); (לוח 35, בנספח ג').

בנפת הצפון שיעור המדווחים על משך המתנה קצר עד למועד הפגישה היה הגבוה ביותר (85% המתונו פחות משבוע עד מועד הביקור). לשם השוואה, בנפות חיפה והדרום שיעור המדווחים על כך היה רק 72%. לגבי משך ההמתנה במרפאת השיניים, בנפות המרכז והדרום נמצא שיעור הגבוה ביותר של נשאלים אשר דיווחו כי המתונו פחות מרבע שעה (73%), בשאר הנפות נמצא שיעור המדווחים בין 65% - 69% (לוח 36, בנספח ג').

לוח 23: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי גיל (באחוזים)

המתנה לתור עד שבוע*	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
75	72	79	83	77	
המתנה במרפאה עד חצי שעה	88	88	89	96	89

p<0.05*

מלוח 24 ניתן לראות שההמתנה ממועד קביעת התור עד לפגישה עם הרופא, ארוכה יותר במרפאות קופות החולים מאשר במרפאות האחרות. לעומת זאת, במרפאות קופות החולים משך ההמתנה בתוך תחומי המרפאה עד לקבלת הטיפול הוא הקצר ביותר. שיעור המדווחים על המתנה ממושכת בתור במרפאה נמצא בקרב המטופלים במרפאות ציבוריות.

לוח 24: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי סוג מרפאה (באחוזים)

המתנה לתור עד שבוע*	פרטית	קופת חולים	ציבורית	אחרת	סה"כ
85	46	81	80	77	
המתנה במרפאה עד חצי שעה*	87	96	71	93	89

p<0.05*

מחיר טיפולי השיניים

ממצאי המחקר מחזקים לכאורה את ההנחה שמחיר הטיפול הוא מרכיב חשוב בטיפול השיניים ושהוא יכול למעשה לשמש חסם ולהקטין את נגישות טיפולי השיניים. כאמור, המחיר היה הסיבה העיקרית שציינו 41% מהנשאלים לאי-השלמת טיפול השיניים שנקבע בהמלצת רופא השיניים (כ-24% מהנשאלים

דיווחו שאירוע כזה אכן התרחש במהלך 3 השנים האחרונות, ראה סעיף 5.3.2); בכל אחת מקבוצות הגיל היו מי שדיווחו שהמחיר הוא הסיבה העיקרית לאי השלמת הטיפול. שבעים ותשעה אחוזים מהמרואיינים סברו שמחירי טיפול השיניים גבוהים; 20% אמרו שהמחירים סבירים ואחוז אחד בלבד אמרו שהם נמוכים: שבעים ושישה אחוזים מבני 22-35 הביעו עמדה זו ו-81% מהמרואיינים בקבוצות הגיל הגבוהות יותר נקטו עמדה זו (לוח 25). בנושא זה לא נמצא הבדל מובהק בין חמישוני ההכנסה (לוח 37).

לוח 25: הערכת מחירי רופאי השיניים, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	34-22	44-35	64-45	65+	סה"כ
100	100	100	100	100	100
גבוהים	76	81	81	83	79
סבירים	23	18	19	14	20
נמוכים	1	1	1	3	1

p<0.05*

בלוח 26 מובאת הערכתם של המרואיינים על המחיר שגובים רופאי השיניים, לפי סוג המרפאה שבה טופלו בביקורם האחרון. מתברר כי שיעור הנמוך ביותר של הסבורים כי מחירי רופאי השיניים הם גבוהים (76%) נמצא בקרב המטופלים במרפאות השיניים הפרטיות. זאת, לעומת 94% בקרב מרואיינים המטופלים במרפאות שיניים של חברה/תאגיד או קיבוצים ו-87% מקרב מרואיינים אשר טופלו במרפאת שיניים של קופת חולים או במרפאת שיניים ציבוריות.

לוח 26: הערכת מחירי רופאי השיניים, לפי סוג מרפאה (באחוזים)*

סה"כ	פרטית	קופת חולים	ציבורית	אחרת	סה"כ
100	100	100	100	100	100
גבוהים	76	87	87	94	79
סבירים	23	12	13	6	20
נמוכים	1	1	--	--	1

p<0.05*

למרות האמור לעיל, יש להדגיש שעל פי ממצאי המחקר, מחיר הטיפול אינו הגורם הראשון במעלה בכל הקשור להחלטתו של הפרט להגיע או לא להגיע לטיפול שיניים. הסיבה העיקרית, על פי דיווחם של הנשאלים, שביניה נמנעו, מלכתחילה, להגיע לטיפול הייתה חוסר זמן (40%). היא נמצאה קשורה לגיל, ושיעור המציינים אותה יורד עם הגיל. המחיר היה סיבה משנית. כאן שיעור המדווחים היה דומה בכל קבוצות הגיל (כ-23%). סיבות נוספות שדווחו היו עצלות ושכחה (16%), פחד (13%), מרחק (2%) וחוסר שביעות רצון מהרופא (1%); (ראה לוח 14 לעיל).

5.4.3 איכות השירות

המרואיינים נשאלו על דעתם על איכות הטיפול. במדדים שנבחרו כמדדי איכות כללנו דיווח על קבלת הסבר מרופא השיניים על הבעיה ועל הטיפול בה; הדרכה לצחצוח שיניים נכון; שביעות רצון מהטיפול ומהאלמנטים המנהליים במרפאת השיניים.

שמונים ואחד אחוזים מהמרואיינים ציינו שהם מקבלים מרופא השיניים שלהם הסבר מלא על בעייתם ועל הטיפול בה; 5% דיווחו שקיבלו רק הסבר חלקי ו-14% לא קיבלו הסבר כלל. הנטייה לדווח על קבלת הסבר נמוכה יותר בקרב הקשישים (לוח 27). גם השייכים לחמישון התחתון דיווחו פחות על קבלת הסברים, 19% מהחמישון התחתון לא קיבלו הסבר, לעומת 14% ביתר החמישונים. שיעור הגברים אשר דיווחו על קבלת הסבר נמוך בהשוואה לנשים. אצל הנשים רק 11% לא קיבלו כלל הסבר, לעומת 17% אצל הגברים. בנושא זה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הנפות (לוחות 39 ו-40, בנספח ג').

לוח 27: מידת קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
סה"כ	100	100	100	100
מלא	81	66	85	84
חלקי	5	5	4	3
לא קיבלו הסבר	14	28	11	13

p < 0.05*

מלוח 28 ניתן לראות שאחוז נמוך יותר מקרב המבקרים במרפאות הציבוריות דיווח שקיבל הסבר מרופא השיניים על בעייתם הרפואית והטיפול בה (64% לעומת 80% ויותר בשאר המרפאות). בקרב המטופלים במרפאות שיניים של קופות החולים נמצא שיעור הגבוה ביותר של מרואיינים אשר דיווחו על קבלת הסבר מהרופא (87%).

לוח 28: מידת קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי סוג מרפאה (באחוזים)*

סה"כ	פרטית	קופת חולים	ציבורית	אחרת
סה"כ	100	100	100	100
מלא	81	87	64	81
חלקי	5	6	6	7
לא קיבלו הסבר	14	7	29	13

p < 0.05*

שיעור המדווחים שצינו כי בעת ביקורם במרפאה קיבלו הדרכה בצחצוח שיניים⁷ דומה בין הגילים השונים, ובממוצע 42% מכלל האוכלוסייה קיבלו הדרכה. לא נמצא הבדל מובהק בין החמישונים (לוח 39, בנספח ג'). שיעור גבוה יותר מהנשים קיבלו הדרכה (47%) לעומת הגברים (36%).

⁷ הדרכה בהיגיינה אורלית.

המרואיינים התבקשו לדרג מרכיבי שירות נבחרים הקשורים לפעילותו המקצועית של הרופא ולסביבת מרפאת השיניים שלו. ניתנה הערכה על פי סולם בן 4 דרגות, מטוב מאוד ועד לא טוב (לוח 29). חמישים ותשעה אחוזים דירגו את רופא השיניים שלהם באופן כללי כ"טוב מאוד", 36% כ"טוב" ועוד 4% כ"לא כל-כך" או "לא טוב". שביעות הרצון הגבוהה ביותר הייתה מהסדר והניקיון במרפאה ומיחס הרופא. ציונים נמוכים ניתנו לסבירות המחיר ולקרבת המרפאה.

לוח 29: שביעות רצון ממרכיבי השירות, לפי גיל (אחוז עם ציון "טוב מאוד")

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22
ציון כללי	59	58	63	55
סדר וניקיון במרפאה*	80	65	83	81
יחס למטופל*	78	75	83	72
מקצועיות הרופא	74	72	77	71
השגת תור תוך זמן סביר	65	60	69	60
קרבת המרפאה	48	44	49	50
סבירות מחיר השירות	18	15	16	18

p < 0.05*

השוואה בין החמישונים מלמדת שפערים מובהקים נמצאו במספר תחומים: קרבת המרפאה (34% בחמישון התחתון דירגו אותה כטובה מאוד לעומת 49% ביתר), המחיר (25% בחמישון התחתון, 16% ביתר) ובשביעות הרצון הכללית (64% בחמישון התחתון, 58% ביתר). נשים מרוצות יותר מיחס הרופא (82% לעומת גברים (73%) ומהרופא באופן כללי (64% לעומת 53% מהגברים); (לוח ג1, בנספח ג').

מניתוח רב משתני להסבר שביעות רצון כללית מרופא השיניים בעזרת מרכיבי השירות, מתברר שלמקצועיות הרופא ולמחיר יש חשיבות גדולה ביותר ולקרבת המרפאה אין חשיבות מובהקת בהסבר שביעות הרצון הכללית (לוח 30). למשתנים הדמוגרפיים לא נמצאה השפעה מובהקת על שביעות הרצון הכללית ותרומתם להסבר אחוז השונות המוסברת של מודל הרגרסיה שתוצאותיו מופיעות בלוח 30 הסתכמה ב-0.2% בלבד.

לוח 30: תוצאות רגרסיה לינארית להסבר שביעות הרצון הכללית

T	Beta	B
13.8	0.478	0.561
6.0	0.178	0.120
3.6	0.122	0.161
3.3	0.103	0.103
2.9	0.097	0.135
1.0	0.029	0.023

p < 0.05*

שבעים ושבעה אחוזים מהמרואיינים אשר דיווחו כי ביקרו במרפאת שיניים ציינו שיש שם סייעת, כ-53% מהנשאלים דיווחו שיש במרפאה שיננית ו-45% ציינו שבמרפאת השיניים עובד רופא נוסף.

בתחום זה נמצאו הבדלים בין חמישוני ההכנסה. בקרב מרואיינים מהחמישון התחתון שיעור המבקרים במרפאות שיניים בעלות כוח עזר ו/או נותני שירותים נוספים נמוך בהשוואה לשאר החמישונים.

במרפאות קופת החולים נמצא האחוז הגבוה ביותר של מרואיינים שדיווחו על נוכחותה של סייעת (98%) ושיננית (94%), במרפאות הפרטיות (70%-38%, בהתאמה) ובציבוריות (67%-67%, בהתאמה). תשעים ואחד אחוזים מהמבקרים במרפאות השיניים של קופות החולים ציינו כי עובדים שם רופאים נוספים, זאת לעומת 30% במרפאות הפרטיות ו-59% במרפאות הציבוריות.

5.4.4 היבטים כלכליים

הוצאות לרופא שיניים

בממוצע הוציאה משפחה לרופא שיניים 417 ש"ח ב-3 החודשים שקדמו לסקר (שהם כ-139 ש"ח בממוצע לחודש). שליש מהמרואיינים דיווחו כי למשפחתם הייתה הוצאה כלשהי הקשורה לטיפול שיניים. ההוצאה הממוצעת בקרב המשפחות שדיווחו על הוצאה כלשהי הייתה כ-420 ש"ח בחודש.

בקרב מרואיינים מהחמישון התחתון הסתכמה ההוצאה ב-156 ש"ח בממוצע לחודש. ל-38% הייתה הוצאה הקשורה לטיפול שיניים. בשאר החמישונים גובה ההוצאה הגיע ל-129 ש"ח בממוצע לחודש וכ-33% דיווחו על הוצאה כלשהי. מאחר שבחמישון התחתון מספר הנפשות למשפחה גדול יותר, יוצא שההוצאה לנפש לשירותי רפואת שיניים בקרב החמישונים 2-5 גבוהה פי 1.4 לעומת החמישון התחתון.

סקר הוצאות המשפחה שנערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-1997 (למ"ס, 1997) מאשש את הממצא שלשליש מהמשפחות הייתה הוצאה כלשהי לריפוי שיניים. בסקר נמצא גם שהפערים בין החמישונים בנוגע לממצא זה היו קטנים. בסקר הוצאות משקי הבית ההוצאה הממוצעת למשפחה הגיעה ל-122 ש"ח לחודש; בחמישון התחתון ל-71 ש"ח לחודש ובשאר החמישונים לכ-135 ש"ח (בהשוואה ל-156 ש"ח בחמישון התחתון ו-129 ש"ח לחודש בשאר החמישונים בסקר הנוכחי).

ההוצאה הממוצעת למשפחה בקרב דוברי עברית הייתה גבוהה פי 1.9 בהשוואה לדוברי רוסית ופי 1.6 לעומת דוברי ערבית (158 ש"ח לחודש לעומת 82 ש"ח ו-100 ש"ח בהתאמה). לעומת זאת בקרב דוברי ערבית נמצא השיעור הגבוה ביותר אשר דיווחו על הוצאה כלשהי לרפואת שיניים בשלושת החודשים שקדמו לסקר (38%) לעומת 34% מקרב המרואיינים דוברי העברית ו-27% מדוברי הרוסית. לעומת זאת ההוצאה לנפש אצל דוברי עברית הייתה פי 2.7 מאשר ההוצאה בקרב דוברי ערבית ופי 1.8 מההוצאה בקרב דוברי רוסית.

לוח 31: תוצאות רגרסיה להסבר הוצאה לרופא שיניים ב-3 החודשים שקדמו לסקר

	מקדם רגרסיה	T
יש ביטוח שיניים	-287	-1.15
מין (נשים)*	353	1.99
חמישון הכנסה	-45	-0.64
גיל	-9	-1.68
שפה (בהשוואה לעברית)		
רוסית*	-716	-2.77
ערבית*	-617	-2.30
מס' רופאי שיניים לאלף נפש	-54	-0.49
קבוע	1008	1.95

* p<0.05
RR=0.025

לוח 31 מציג תוצאות של מודל רגרסיה להסבר הוצאה לרופא שיניים. ממנו עולה שההוצאה לרופא שיניים (למרואיין שדיווח על הוצאה) גבוהה יותר אצל דוברי עברית ואצל נשים. ליתר המשתנים לא נמצאה השפעה מובהקת על התשלומים המשפחתיים לרופא השיניים בשלושת החודשים האחרונים.

נעשה ניסיון למצוא הסבר להוצאה על טיפולי שיניים יקרים יחסית. לוח 32 מציג תוצאות בדיקה רב משתנית להסבר הנטייה לפנות לרופא השיניים לצורך טיפול פרוטטי, אשר נחשב לטיפול יקר יחסית.

על מנת להבין מי פונה לטיפול פרוטטי בנטרול קשרים הקיימים בין המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הרצנו רגרסיה לוגיסטית (לוח 32, מודל 1). המקדמים המובהקים הם: קבוצת גיל 35-44 בהשוואה לגילאי 22-34 (OR=2.9), קבוצת גיל 46-64 (OR=10.5), קבוצת גיל +65 (OR=23.5) ודוברי ערבית בהשוואה לדוברי עברית (OR=0.4).

היינו מעוניינים לדעת האם אפשר להסביר את הפערים בין קבוצות האוכלוסייה בהבדלים בידע, בעמדות, בנגישות (היצע, ביטוח, מחירים) ובמצב בריאות נתפס. מהתוצאות עולה שהוספת המשתנים ידע, עמדות ונגישות למודל לא שינתה בהרבה את מקדמי הרגרסיה של המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים. גם לא נמצאה השפעה סטטיסטית עצמאית של משתנים אלה על ביקור אצל רופא שיניים לטיפול פרוטטי (מודל 2).

לוח 32: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר טיפול פרוטטי בשנה שלפני הסקר

	מודל 1	מודל 2	מודל 3
חמישון הכנסה	0.996	1.012	1.053
גיל (בהשוואה לקבוצת 22-34)			
קבוצת גיל 35-44	*2.866	*2.969	*2.641
קבוצת גיל 45-64	*10.528	*10.583	*9.217
קבוצת גיל +65	*23.466	*22.232	*16.055
מין (נשים)	0.800	0.813	0.787
שפה (בהשוואה לעברית)			
רוסית	*0.424	*0.397	*0.327
ערבית	1.394	1.303	1.248
גורם ידע	-	0.981	0.963
גורם עמדות	-	0.966	0.955
מספר רופאי שיניים לאלף נפש	-	1.033	1.042
ביטוח	-	0.590	0.634
מחירים	-	0.913	0.999
בריאות שיניים וחניכיים נתפס	-	-	*0.412

* p<0.05

הוספת המשתנה מצב בריאות נתפס לרגרסיה (מודל 3) לא שינתה את מובהקות המשתנים האחרים, אך הייתה לו השפעה עצמאית (OR=0.4) על ביקור אצל רופא שיניים לטיפול פרוטטי. המסקנה העולה מניתוח זה היא שהביקור לצורך טיפול פרוטטי מושפע בעיקר מהגיל (ככל שאדם מבוגר יותר הוא פונה יותר לטיפולים פרוטטיים) ומצב בריאות השיניים (ככל שהוא נתפס כפחות טוב הנטייה לפנות לטיפול פרוטטי גדולה). כמו כן, דוברי רוסית ממעטים לפנות לטיפולים יקרים אלה, מעניין לראות שלהכנסת

המרואיין ולתפיסת המחירים של רופא השיניים אין השפעה. בסיכום, יש הבדלים בין הגילים והקבוצות האתניות, והרגרסיות שלנו לא לגמרי הסבירו את הפערים.

אובדן ימי עבודה בשל בעיות שיניים

בשנה שלפני הסקר נעדרו מעבודתם 12% מאוכלוסיית המחקר, שהם כשליש מהמרואיניים בגיל העבודה (22-64), עקב בעיות בשיניים או בחניכיים. בממוצע, הוחסרו 9 שעות עבודה לאדם. מנתון זה עולה, לכאורה, כי לבעיות בתחום בריאות הפה והשיניים יש משמעות כלכלית כבדה למשק. על פי נתוני הלמ"ס (למ"ס, 1996), 33% מגילאי העבודה הם כ-870,000 נפש. על פי גובה השכר הממוצע במשק, יוצא שבחישוב שנתי, בעיות בריאות שיניים גורמות באופן ישיר לאובדן הכנסה של כ-266 מיליון ש"ח לשנה.

בהמשך יהיה חשוב לבדוק את העלות הכוללת למשק, אשר מביאה בחשבון גם שעות עבודה שאבדו להורים עקב טיפול בילדיהם, ואת המשמעות הכלכלית של הזמן אשר הוקדש על ידי עקרות בית לטיפולם דנטליים.

אחוז המדווחים על היעדרות מעבודה בגין בעיות שיניים היה כדלקמן: בקרב בני 22-34 - 12% נעדרו מהעבודה (ממוצע שעות היעדרות לאדם - 6 שעות), בקרב בני 35-44 16% נעדרו מהעבודה (ממוצע 13 שעות לאדם), בבני 45-64 13% נעדרו (ממוצע לאדם - 8 שעות) ובקרב הקשישים - 1% נעדרו מהעבודה (שיעור נמוך של מועסקים נמצא בקבוצת גיל זו).

שיעור גבוה יותר של מדווחים על היעדרות נמצא בקרב גברים (15% לעומת 9% אצל נשים). גם ממוצע שעות ההיעדרות היה גבוה יותר בקרב הגברים (10 שעות בממוצע לגבר לעומת 9 שעות בממוצע לאישה). לא נמצאו הבדלים בין חמישוני ההכנסה בנושא זה.

5.4.5 בחירת רופא שיניים

במערכת הבריאות בישראל מייחסים חשיבות רבה לבחירת נותני השירות. ניסינו לבדוק מה מידת החשיבות שמייחס המטופל לגורמים שונים כאשר הוא בוחר ברופא השיניים שלו.

ממצאי המחקר מלמדים שמקצועיות הרופא היא הגורם החשוב ביותר בבחירת רופא שיניים (לוח 33). שמונים ואחד אחוזים ציינו שגורם זה משפיע מאוד על הבחירה. שישים ושבעה אחוזים מהמרואיניים ציינו שהסדר והניקיון במרפאה משפיעים מאוד ו-64% ציינו את יחסו של הרופא כלפיהם כמשפיע מאוד בבחירה. שיעור מרואיניים נמוך יחסית ציינו שקרבת המרפאה למקום מגוריהם משפיעה מאוד על הבחירה (26%). מלוח 33 ניתן לראות גם שהאוכלוסייה הקשישה מושפעת פחות ממאפייני השירות בעת הבחירה, אך מייחסת חשיבות רבה יותר למחיר, לקרבת המרפאה למקום מגוריהם ולהמלצת מכרים.

מהשוואה בין החמישוניים מתברר שבמרבית הגורמים לא נמצא גורם מובהק, פרט ליחס הרופא (55% בחמישון התחתון לעומת 68% ביתר החמישוניים), מחיר השירות (54% לעומת 42%, בהתאמה), ניקיון המרפאה (59% לעומת 69%, בהתאמה) והשגת תור תוך זמן סביר (25% לעומת 40%, בהתאמה).

נשים מייחסות חשיבות רבה יותר ל"ידיים קלות" של הרופא (62% לעומת 46%), ליחס (66% לעומת 60%), לקרבת המרפאה (29% לעומת 22%) ולניקיון המרפאה (72% לעומת 61%). ליתר הגורמים מייחסים גברים ונשים מידת חשיבות דומה בבחירת רופא השיניים (לוח 33, בנספח ג').

לוח 33: גורמים בעלי השפעה רבה מאוד בבחירת רופא שיניים, לפי גיל (באחוזים)

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22	
81	70	82	83	85	מקצועיות הרופא*
67	57	72	67	67	סדר וניקיון במרפאה*
64	52	68	63	65	יחס למטופל*
55	42	57	58	57	ידיים קלות*
41	43	41	42	41	מחיר השירות
39	28	39	40	38	השגת תור תוך זמן סביר*
35	25	36	35	36	משך המתנה במרפאה*
30	30	29	25	33	המלצת מכרים
26	21	29	21	29	קרבת המרפאה*

* p<0.05

5.4.6 כיסוי ביטוחי

שמונה אחוזים מהמרואיניים דיווחו כי יש להם ביטוח דנטלי פרטי מתברת ביטוח מסחרית. תשעה אחוזים ציינו כי ברשותם ביטוח דנטלי, אשר נכלל במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים. בגילי הביניים (35-64) שיעור המבוטחים בביטוח מסחרי הוא הגבוה ביותר ושיעור המבוטחים בביטוח משלים יורד עם הגיל (לוח 34).

לוח 34: המבוטחים בביטוח שיניים, לפי גיל (באחוזים)*

סה"כ	65+	64-45	44-35	34-22	
6	1	8	10	5	ביטוח מסחרי מהעבודה
2	--	3	2	2	ביטוח מסחרי פרטי
9	3	7	11	13	ביטוח משלים

* p<0.05

רק לשלושה אחוזים מהחמישון התחתון יש ביטוח שיניים מסחרי, לעומת 9% ביתר החמישוניים. לא נמצא הבדל מובהק בין נשים לגברים בהיקף המבוטחים. בנפת ירושלים שיעור בעלי הביטוח המסחרי הוא הגבוה ביותר (13%) ובנפת תל אביב הוא הנמוך ביותר (5%); (לוחות 45 ו-46, בנספח ג').

מניתוח רב-משתני (לוח 35) להסבר היקף רכישת ביטוח שיניים, בעזרת משתני רקע עולה כי השפה, הגיל, רמת ההכנסה ושביעות הרצון ממצב בריאות הפה הם המנבאים החשובים ביותר. בקרב דוברי רוסית ודוברי ערבית, בקרב הקשישים, בקרב בעלי הכנסה נמוכה ובקרב מי שפחות שבעי רצון ממצב בריאות הפה שלהם, הנטייה לרכוש ביטוח בריאות היא הנמוכה ביותר.

לוח 35: יחסים צולבים (OR) ברגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח שיניים

חמישון הכנסה*	1.001
גיל (בהשוואה ל-65+)	
קבוצת גיל 22-34*	1.170
קבוצת גיל 35-44*	1.904
קבוצת גיל 45-64*	1.522
מין (נשים)	0.358
שפה (בהשוואה לעברית)	
רוסית*	-2.007
ערבית*	-3.271
שביעות רצון ממצב בריאות הפה*	0.788
* p < 0.05	

מתוצאות סקר הוצאות משקי הבית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1997) מתקבלים ממצאים דומים. לכ-9% ממשקי הבית יש ביטוח שיניים מסחרי, לכ-2% בחמישון התחתון ולכ-10% בחמישונים 2-5.

ניסוי ביטוחי - השוואה בינלאומית

לחמישים ושבעה אחוזים מהאוכלוסייה בארצות הברית יש ביטוח דנטלי (Kovar et al., 1988). רק 8% מהמרוואיינים בסקר שלנו ציינו כי הם מבוטחים בביטוח מסחרי דנטלי (ממצא זה עולה בקנה אחד עם נתוני מחקר שנערך בישראל ואשר גם בו דווח על כ-8% ממשקי הבית המוציאים הוצאה למימון ביטוח דנטלי). יש לזכור שבמדינות מערב אירופה קיים שירות בריאות ממלכתי או חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הכולל בתוכו גם טיפולים דנטליים מקיפים לאוכלוסיות, כגון ילדים, קשישים, נשים הרות ועוד. מכאן משתמע שבישראל היקף הכיסוי הביטוחי באמצעות צד שלישי כלשהו (בין אם זה המדינה או גוף מסחרי) נמוך לאין ערוך בהשוואה למדינות מערביות אחרות.

עוד בדקנו בסקר גם את אחוז המבוטחים בביטוח דנטלי באמצעות תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים. כאן נמצא שרק 9% מהמרוואיינים דיווחו על כך. מכיוון שסקר אחר (Kovar et al., 1988), אשר בדק את שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים בקופות החולים מצא ערכים אשר מתקרבים לכ-35%, ומכיוון שבמרבית תוכניות הביטוח המשלים של הקופות קיים מרכיב דנטלי, מסתמן כאן תת-דיווח, הנובע מאי-הכרת פרטי תוכניות הביטוח המשלים בכלל ואת ההטבה הניתנת בתחום רפואת השיניים בפרט.

6. סיכום ודיון

6.1 ידע, עמדות והתנהגות

על אף שמרבית המרוואיינים ציינו כי לדעתם השיניים הן גורם חשוב בחיי היומיום, כגון במציאת בן זוג (79%), או בהשגת מקום עבודה (59%), מצאנו בסקר שלנו, שבתחום ההתנהגות המונעת, בכל הקשור

לצחצוח שיניים ולתדירות השימוש בחוט דנטלי, המצב בישראל עדיין גרוע מהמצב במדינות אחרות. שישים ושניים אחוזים מהמרוואיינים ציינו כי הם יודעים שהם מצחצחים את שיניהם במשחה המכילה פלואוריד, ו-30% ציינו כי אינם יודעים אם היא מכילה פלואוריד. היות שרוב משחות השיניים מכילות פלואוריד, אפשר להניח שרוב המרוואיינים שענו שאינם יודעים, כן משתמשים במשחה המכילה פלואוריד, אך אינם יודעים מהי חשיבותו במניעת עששת. מנתון זה ניתן להסיק מהי רמת הידע של האוכלוסייה בכל הקשור למניעה ברפואת שיניים. כיום, מחצית מאוכלוסיית ישראל נהנית ממים המכילים רמה אופטימלית של פלואוריד. עם יישום התקנות בחוק, המחייבות את הפלרת המים, המתרחש בימים אלה, צפוי שבתוך שנה 80%-85% מהאוכלוסייה ייהנו ממי שתייה מופלרים; ולפיכך, במצב שבו נפוץ שימוש במשחת שיניים המכילה פלואוריד, מומלץ לשקול מחדש את הכדאיות שבמתן תוספי פלואוריד לילדים.

כמחצית מהמרוואיינים דיווחו על אכילת ממתקים לעתים קרובות או מדי פעם. צריכת הממתקים גבוהה יותר בקרב החמישון התחתון. היות שיש מתאם חיובי בין צריכת ממתקים עתירי סוכר לעששת השיניים, צריך להעלות את המודעות בקרב המעמד החברתי-כלכלי הנמוך לחשיבות שבהורדת צריכת הסוכרים. צריך גם להביא לכך שתחליפי סוכר יהיו בהישג ידו של כל אחד, הן מבחינת ההיצע והן מבחינת העלות.

למרות חוק זכויות החולה, דיווחו ארבעה-עשר אחוזים מהמרוואיינים שלא קיבלו הסבר מרופא השיניים על הטיפול. קשישים דיווחו פחות מאחרים על קבלת הסברים. ממצאים אלה נובעים מהפרקטיקה של הרופאים ומציפיות המטופלים. יש, אפוא, לפעול בקרב הרופאים כדי לשנות את הרגליהם; שכן כל מטופל זכאי להסבר. עוד נמצא שרופאי השיניים ממעטים ללמד את מטופליהם כיצד לצחצח שיניים.

6.2 מחיר הטיפול והכיסוי הביטוחי

ממצאי המחקר משקפים את הנטל הרובץ כיום על אזרחי המדינה בכל הקשור למימון טיפול שיניים. כשמונים אחוזים מהמרוואיינים ציינו כי, לדעתם, המחיר שגובים רופאי השיניים גבוה, ו-41% מהמרוואיינים ציינו כי המחיר הוא הסיבה העיקרית לאי-השלמת הטיפול הדנטלי שעליו המליץ להם רופא השיניים. זאת ועוד, תוצאות הניתוח הרב-משטני הראו שהמשתנים מקצועיות הרופא והמחיר הם המשתנים החשובים ביותר בהסבר שביעות הרצון מרופא השיניים. ממצאי הסקר מחזקים את הטענה בדבר המחיר כחסם לנגישות טובה של שירותי בריאות השן וכגורם להגדלת הפערים בין שכבות ההכנסה השונות.

ממצאי הסקר מאפשרים גם להעריך את המחיר שמשלם המשק הישראלי בגין אובדן ימי עבודה עקב תחלואת שיניים וחניכיים. מתברר שלבעיות בתחום בריאות הפה והשיניים יש משמעות כלכלית כבדה למשק. מתוצאות הסקר משתמע שבאומדן זהיר, בעיות בתחום הפה והשיניים גורמות באופן ישיר לאובדן הכנסה של כרבע מיליון ש"ח בשנה לפחות, עקב אובדן ימי עבודה.

לעומת ארה"ב, שבה נמצא כי כ-57% מהאוכלוסייה מבוטחת בביטוח דנטלי, על פי ממצאי הסקר הנוכחי בישראל אחוז המבוטחים בביטוח מסחרי דנטלי עומד על 8% בלבד. ממצא זה מתיישב עם ממצאי סקר הוצאות משקי הבית שנערך ב-1997, שממנו עולה כי ל-9% ממשקי הבית היה ביטוח שיניים. כלומר לא חל שינוי מאז 1992/93 בהיקף בעלי ביטוח. מאחר שבמדינות מערב אירופה קיים שירות בריאות ממלכתי או חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הכולל בתוכו גם טיפולים דנטליים מקיפים לאוכלוסיות, כגון ילדים, קשישים, ונשים הרות, משתמע שבישראל היקף הכיסוי הביטוחי באמצעות צד שלישי כלשהו (בין אם זה המדינה או גוף מסחרי) נמוך לאין ערוך מאשר במדינות מערביות אחרות.

סביר להניח שהממצא, שלפיו כ-9% רכשו ביטוח משלים בקופות החולים, מוטא כלפי מטה, וגם לא ברור עד כמה מבוטחים אלה אכן יודעים מה הן זכויותיהם. יש הבדל בין תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים לבין הביטוח הדנטלי המסחרי, שכן בעלי הביטוח המסחרי יכולים לפנות לכל רופא שיניים בישראל, אך מבוטחי הביטוח המשלים יכולים לקבל את השירות רק ברשת של הקופה.

6.3 סוג ספק השירות

ממצאי המחקר עולה כי 70% מהמרוויינים ביקרו במרפאות שיניים פרטיות, 21% - במרפאות של קופות החולים, 4% - במרפאות של גופים ציבוריים ו-2% - במרפאות שיניים אחרות. התפלגות זו מרמזת על ביקוש גבוה יחסית למרפאות קופות החולים. הסבר לכך ניתן למצוא בעובדה שבמספר מדדי איכות נמצאו מרפאות אלה במיקום גבוה.

לדוגמה, אחוז גבוה של מרוויינים שטופלו במסגרת מרפאת שיניים של אחת מקופות החולים דיווחו שקיבלו הסבר מפורט מרופא השיניים על הבעיה הרפואית ועל הטיפול הדרוש. במרפאות אלה היה גם שיעור המדווחים הגבוה ביותר על שימוש בשירותי כוח עזר כמו סייעות (98%) ושינניות (94%), לעומת 70% ו-38% בהתאמה במרפאות הפרטיות. יש לציין כי נוכחותה של סייעת במרפאת השיניים חשובה מאוד לאיכות הטיפול. אינדיקציה לכך ניתן לראות בעובדה שהנחיות משרד הבריאות למרפאות שיניים של תאגידים מחייבות להעסיק סייעת כתנאי לקבלת רשיון. במרפאות שיניים פרטיות (שאינן של תאגידים) אין הנחיה המחייבת נוכחות סייעת. נראה כי לעובדה ש-23% מהמרוויינים דיווחו שבמרפאת השיניים שטופלו בה לא מועסקת סייעת יש משמעות מבחינת איכות הטיפול הנתפסת על ידי הצרכן.

6.4 היצע רופאי השיניים

ניתוחי הרגרסיה במחקר הנוכחי לא הראו שהיצע רופאי השיניים מסביר את השימוש בשירותי רפואת שיניים, או את ההוצאה על טיפול שיניים ב-3 החודשים האחרונים (בכלל זה גם הוצאות על טיפולים פרוטטיים יקרים, שהבחירה בהם יכולה להיות מושפעת מתוכנית הטיפול שמתווה הרופא). ממצא זה לא מסייע לחיזוק טענת ה-Supplier induced demand, אשר מועלית לעתים בעת ניתוח מערכות בריאות. עם זאת יש להדגיש כי הוא עומד בסתירה למחקר אחר, אשר נערך בנורבגיה והוכיח את קיומה של התופעה הזו גם ברפואת שיניים (Grytten and Holst, 1993).

6.5 תמהיל השירותים

ממצאי המחקר מאפשרים לקבל נקודת ייחוס טובה לשם ביצוע השוואות בעתיד במטרה לבחון מגמות בתמהיל השירותים הדנטליים הניתנים לאוכלוסייה. כך, לדוגמה, בארה"ב נמצא שינוי משמעותי ביותר במרכיבי ההוצאה לרפואת שיניים בשנים 1977-1991. גידול במרכיב הטיפולים הדיאגנוסטיים והמניעתיים מ-15.7% ב-77' ל-28.6% ב-91'. ירידה בטיפולים הפרוטטיים מ-34.5% ל-22.9% וכן עלייה בטיפולי חניכיים מ-0.8% ל-9.7%.

בסקר הנוכחי דיווחו 28% שבביקור האחרון טופלו בתחום הפרוטטי, 26% קיבלו טיפול שיניים משמר (סתומות), 15% עקירה, 16% בדיקה שגרתית, 8% טיפול חניכיים ע"י רופא ו-4% הדרכה ו/או טיפול חניכיים ע"י שיננית. מכיוון שאין בנמצא נתונים לאומיים משנים קודמות לא ניתן במסגרת סקר זה לבחון מגמות שהיו בתמהיל השירותים הדנטליים בישראל. כאמור, עצם קיומם של נתוני הסקר הנוכחי מבטיחים שאפשרות כזו תתקיים בעתיד.

6.6 בחירת רופא שיניים

כאשר מטופל בוחר את רופא השיניים שלו, ככל הנראה הוא מייחס חשיבות רבה יותר למקצועיותו מאשר היה נהוג לפני 17 שנה (85% מדוברי עברית לעומת 62% מהאוכלוסייה היהודית ב-1982). כמו כן, עלתה החשיבות של היחס למטופל (מ-46% מהאוכלוסייה היהודית ל-70% מדוברי עברית), של "ידיים קלות" ושל והמתנה בתור. באופן כללי, הציפיות מרמת השירות עלו, כנראה, וחשיבות גורם המחר לא השתנתה בשני העשורים האחרונים. נותני השירות צריכים להתחשב בשינויים אלה, בעת הקמת המרפאות ובעת תכנון התורים.

6.7 פערים בין קבוצות הכנסה

ייחדנו בסקר תשומת לב לבדיקת הפער בין חמישוני הכנסה. במרבית הנושאים שנבדקו מצאנו פערים בין שכבות הכנסה. עשרים וחמישה אחוזים מהנמנים עם החמישון התחתון דיווחו שמצב בריאות השיניים שלהם לא-טוב, לעומת 9% בלבד שדיווחו כך משכבות הכנסה גבוהות יותר. תשעה עשר אחוזים דיווחו על מצב חניכיים לא-טוב בהשוואה ל-8% בלבד בקרב שכבות הכנסה האחרות.

בקרב החמישון התחתון דיווחו 85% על אובדן שיניים לעומת 76% בשאר החמישוני. גם מספר השיניים החסרות בממוצע למדווח היה גדול יותר בקרב החמישון התחתון (7 שיניים לאדם), לעומת שאר החמישוני (5 שיניים).

בדפוסי השימוש בשירותים ובהתנהגות הבריאות נמצאו גם כן הבדלים בין חמישוני הכנסה. בקרב אלה הנמנים עם החמישון התחתון, רק 14% ציינו כי הם נוהגים לפנות לבדיקות-מנע במרפאת שיניים, לעומת 64% בחמישוני האחרים. עשרים ואחד אחוזים מהחמישון התחתון דיווחו שאינם מצחצחים כלל את שיניהם, לעומת 5% בלבד אצל האחרים. עשרים וארבעה אחוזים מהם נוהגים לאכול ממתקים בין

הארוחות לעתים קרובות לעומת 17% בקרב האחרים ורק 16% משתמשים בחוט דנטלי לעומת 24% בקרב החמישונים האחרים.

בקרב מרואיינים מהחמישון התחתון היה שיעור המבקרים אצל רופא השיניים בשנה האחרונה נמוך יחסית (47% לעומת 59% בחמישונים האחרים). גם מספר הביקורים לנפש היה נמוך בחמישון זה (1.6 לנפש לשנה לעומת 2.2 בשאר החמישונים). השימוש הנמוך יכול לרמוז על צרכים לא מסופקים בחמישון התחתון, שכן מצב שיניהם פחות טוב.

חמישים ושמונה אחוזים מהמרואיינים בחמישון התחתון דיווחו שהסיבה העיקרית שבגללה לא הגיעו לטיפול שיניים הייתה המחיר (לעומת 19% בלבד בחמישונים האחרים). כלומר, עלות הטיפול היא חסם למעוטי הכנסה. ייתכן שעלויות טיפול השיניים גבוהות בעבורם, גם משום שמצב שיניהם מחייב יותר טיפולים, אך ייתכן גם שהדבר מבטא סדרי עדיפות שונים שיש למעוטי הכנסה ולבעלי הכנסה בינונית וגבוהה.

ביטוח השיניים יכול לסייע להגדיל את נגישות טיפולי השיניים לשכבות מעוטות הכנסה, אולם ממצאי הסקר מעידים שדווקא בקרב החמישון התחתון דיווחו מעטים (3%) על אחזקת ביטוח דנטלי כלשהו, לעומת שיעור גבוה בהרבה (20%) בחמישונים האחרים. ההבדל נובע, בין היתר, מהעובדה שהביטוחים המסחריים הם קיבוציים ברובם וקשורים למקום עבודה גדול.

מדיווחם של מרואיינים מהחמישון התחתון ניתן לאפיין את ספקי השירות שלהם. שיעור גבוה מהם אמנם מקבלים טיפול במרפאות שיניים פרטיות, אך ממצאי המחקר עולה כי איכותו אינה גבוהה - פעמים רבות במרפאה שטופלו בה לא היה כוח עזר (סייעות, שינניות וכו'). הם מחכים אמנם זמן קצר ממועד קביעת הפגישה עד לקבלת הטיפול, אך הם ממתנים בתוך מרפאת הרופא זמן רב יותר עד לתורם. אחוז גבוה מהם לא מקבלים הסבר מרופא השיניים על הבעיה ועל הטיפול הניתן. אחוז גבוה מהם דיווחו על תותבת שאינה מתאימה. כמו כן, אחוז גבוה יחסית מקבוצה זו דיווחו על ריחוקה של המרפאה ממקום מגוריהם.⁸

יש להדגיש כי בסקר השוואתי בין מדינות, אשר נערך ביוזמת ארגון הבריאות העולמי, נמצא שבמדינות שבהן נהוגה תוכנית ממלכתית מקיפה לאספקת שירותי מניעה ורפואת שיניים משמרת לתלמידים בגיל בית ספר, חוסלו פערים בין שכבות סוציו-אקונומיות בכל הקשור לנגישות השירותים הדנטליים. ככלל נמצא שפערים בין שכבות סוציו-אקונומיות בכל הקשור לשימוש בשירותים דנטליים קשור למדיניות המערכת.

⁸ ייתכן שיש לקשור מאפיינים אלה לחשיבות הגבוהה יחסית המיוחסת ע"י חמישון זה לעלות הטיפול.

6.8 הבדלים בין המינים ובין קבוצות הגיל

ממצאי הסקר הנוכחי תואמים לתוצאותיהם של סקרים שנעשו בחו"ל בכל הקשור לביקורי-מנע במרפאות שיניים. במחקרים שלעיל נמצא כי נשים ובעלי השכלה והכנסה גבוהה נטו יותר לביקורי מנע. שם לא נמצא קשר בין קיומו של רופא שיניים קבוע לבין תכיפות ביקורי-מנע.

בסקר הנוכחי נמצא בניתוח רב-משתני כי מצב הבריאות הנתפס אצל נשים, אינו שונה מזה של הגברים וגם לפי הכנסה. נתון זה דומה לממצאים מסקרים שנערכו במספר מדינות ואשר הראה כי המשתנים מין, הכנסה והשכלה אינם כקשורים לתפיסה עצמית של בריאות דנטלית. קשר מובהק נמצא בסקר ההוא בין תפיסת בריאות כללית לתפיסת בריאות דנטלית. בחלק מהמדינות נמצא קשר בין אנשים שדיווחו על חסמים בנגישות (מחיר, תור וכו') לבין תפיסת הבריאות הדנטלית; הסקר הנוכחי לא חיזק ממצאים אלה. משתנים מסבירים נוספים שנמצאו בסקר הנוכחי למצב בריאות נתפס היו התנהגות בריאות, גיל ודוברי רוסית.

ממצאי הסקר הנוכחי הראו שנשים משתמשות יותר בשירותי בריאות דנטליים; זאת בדומה לתוצאות שהתקבלו בסקרים אחרים בחו"ל, אשר השוו התנהגות מונעת בתחום בריאות השן בין מספר מדינות. במרבית המדינות נמצא בקרב הנשים שיעור גבוה יחסית של ביקורים בשנה החולפת במרפאות שיניים.

שיעור גבוה (52%) מבין הקשישים דיווחו כי איבדו את כל שיניהם. ממצא זה גבוה בהשוואה לממצא במדינות מערביות אחרות. מרבית בעלי התותבות התלוננו על בעיות הקשורות לאיכות התותבת, כגון כאבים, אי נוחות או חוסר התאמה. גם אחוז לא מבוטל של מרואיינים, שבפיהם עדיין יש שיניים טבעיות, ציינו כי מצב בריאות שיניהם אינו טוב.

מנתוני הסקר עולה כי כ-41% מקרב הנשאלים לא ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא שיניים. ההתפלגות בין קבוצות הגיל הייתה דומה, למעט שכבת גיל 65 ומעלה, אשר נטתה להשתמש פחות בשירותים דנטליים. בשכבת גיל 35-44 נמצא ש-42% לא ביקרו אצל רופא שיניים בשנה האחרונה. ממצא זה שנמצא בקרב אוכלוסיית הסקר תואם ממצאי סקר שנערך בקרב משרתי הקבע בצה"ל לפיו בקרב שכבת גיל 35-44 כ-45% לא ביקרו בשנה האחרונה במרפאת שיניים. תוצאות אלה לא מעודדות שכן ממצאים שנמצאו במדינות אחרות הדגימו מצב טוב יותר.

6.9 פערים בין קבוצות אוכלוסייה - תמונה מסכמת

בפרקים הקודמים הצגנו את ממצאי המחקר על בריאות השן באוכלוסייה הבוגרת. במחקר הסתמנו בעיות במצב בריאות הפה ובהתנהגות הבריאות המונעת של האוכלוסייה הבוגרת; למשל, ביקורים לצורך ביקורת תקופתית וצחצוח שיניים. במרבית הנושאים שנבדקו במחקר נמצאו פערים בין קבוצות אוכלוסייה, בתחומי הידע והעמדות כלפי טיפולי שיניים, כלפי התנהגות מונעת, כלפי תדירות הביקור במרפאת שיניים, כלפי מצב התחלואה כפי שנתפס בעיני המרואיין וכן במאפיינים הקשורים לספקי השירות הדנטלי. האוכלוסיות שנמצאו פגיעות בנושאים אלה הן מעוטי הכנסה, דוברי ערבית ורוסית. סיכום הפערים מוצג בלוח 36.

לוח 36: פערים בנושאים הקשורים לרפואת שיניים - לוח מסכם

מין גברים	הכנסה חמישון תחתון	שפה	
		ערבית	רוסית
		--	--
	--	--	--
	--	--	--
	--	--	--
--	--	--	--
--	--	--	--
+	+	+	+
--	--	--	--
--	+		
+	+	+	
--	--	--	--

-- שיעור נמוך יותר או מצב פחות טוב מיתר האוכלוסייה.
+ שיעור גבוה יותר או מצב טוב יותר מיתר האוכלוסייה.

הממצאים מלמדים שהגורמים החשובים המשפיעים על מצב הבריאות הנתפס של הפה הם התנהגות-בריאות-מונעת; גיל (ככל שהגיל גבוה, מצב הבריאות פחות טוב); הכנסה ושפה (דוברי רוסית מדווחים על מצב בריאות פחות טוב בהשוואה לדוברי עברית וערבית). מודל הרגרסיה בשלבים מלמד שהתנהגות-הבריאות-המונעת מסבירה חלק מהפערים במצב הבריאות בין מעוטי הכנסה לשאר האוכלוסייה. למשל, תדירות הצחצוח נמצאה גבוהה יותר בקרב המודעים לחשיבות פעולות המניעה, בקרב נשים, דוברי עברית, בעלי הכנסה גבוהה ובקרב גילאי הביניים. מרואיניים שהיו מרוצים ממצב שיניהם נטו לצחצח אותן בתדירות גבוהה יותר מאשר הלא-מרוצים. כלומר, אחת הדרכים לשפר את מצב השיניים היא על-ידי הגברת המודעות לחשיבות התנהגות-הבריאות-המונעת (ביקורי מנע תקופתיים, צחצוח שיניים ושימוש בחוט דנטלי), בייחוד בקרב מעוטי הכנסה ובקרב האוכלוסייה שאינה דוברת עברית.

7. כיוונים להמשך מחקר

ממצאי הסקר הנוכחי השלימו נדבך מידע אשר חסר עד כה. אנו מקווים כי ממצאים אלה ישמשו מנוף לקביעת מדיניות לקידום בריאות השיניים של אזרחי המדינה ולהגברת השוויוניות בשירותי הרפואה.

השנה השנייה של המחקר תתרכז באומדן העלות של הוספת שירותי בריאות הפה לסל השירותים, המתחייב על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך הצגת מספר חלופות. בנוסף, נמשיך לנתח את ממצאי הסקר שהוצגו כאן, תוך העמקה בנושאים של תמהיל השירותים הדנטליים, תעריפי הטיפול, ומאפיינים של ספקי השירות.

ביבליוגרפיה

ברג, א'; רוזן, ב'; סגן כהן, ה'; חורב, ט'. 1996. הוצאת משקי-הבית על רפואת-שיניים. גוינט-מכון ברוקדייל, דמ-255-96.

ברג, א'; רוזן, ב'; גרוס, ר'; חניניץ, ד'. 1996. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: לקט ממצאים ראשוניים. גוינט-מכון ברוקדייל, תמ-12-96.

ברנע, ת'; כהן, מ'. 1996. "העיקר הבריאות": מדריך לבחירת הסדר ביטוח בריאות המתאים לצרכים. 1996.

דגני, א'; דגני, ר'. 1996. הרגלי טיפול בשיניים בקרב בני-נוער. גיאוקרטוגרפיה ד 2622/21.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1989. סקר בני 60 ומעלה במשקי בית. סדרת פרסומים מיוחדים, #840, ירושלים.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1992. סקר הוצאות משקי בית ב-1991 ואומדנים מוקדמים ל-1992, ירושלים.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1993. סקר שימוש בשירותי בריאות.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1993. סקר הוצאות משקי בית 1992/1995.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1994. סקר הוצאות משפחה 1992/93, חלק ג': תקציב משקי הבית לפי רמת הכנסה, 985.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996. השנתון הסטטיסטי.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1999. סקר הוצאות משקי הבית 1997. ממצאים ראשוניים. למ"ס, 1999/21.

המכון הישראלי למחקר שימושי במדעי החברה. 1982. רפואת שיניים בעיני הציבור: שימוש, מחיר ותוצאות. ירושלים.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. 1990. כרך א' וכרך ב', דין וחשבון. ירושלים.

חורב, ט'. 1994. תחלואה וצורכי טיפול דנטליים בקרב משרתי קבע בצה"ל. עבודת מסטר במסגרת בית הספר לבריאות הציבור, הדסה ירושלים.

מן, י'. פישר, ר'. 1994. רפואת שיניים: תכנון, ניהול, שיווק ויישום. המחלקה לרפואת שיניים קהילתית, הפקולטה לרפואת שיניים, בית הספר לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה.

ניראל, נ'. 1996. עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים. גוינט-מכון ברוקדייל, דמ-269-96.

- National Institute of Dental Research. 1989. **Oral Health of United States Children: The National Survey of Dental Caries in United States School Children: 1986-1987**. NIH Publication No. 89-2247. Epidemiology and Oral Disease Prevention Program, NIDR, Bethesda, Maryland.
- OPCS. 1980. **Adult Dental Health, England and Wales 1968-1978**. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Pavi, E.; Kay, E.J.; Stephen, K.W. 1995. "The Effect of Social and Personal Factors on the Utilisation of Dental Services in Glasgow, Scotland". **Community Dental Health** 12(4): 208-15.
- United States Department of Health and Human Services. 1987. **Oral Health of United States Adults: The National Survey of Oral Health in United States Employed Adults and Seniors: 1985-1986**. NIH Publication No. 87-2868. National Institute of Health, USDHHS, Washington, D.C.
- Vital Health Statistics. 1986. **Use of Dental Services and Dental Health. United States**. Data from the National Health Survey Series 10, No. 165. DHHS Publication No. (PHS) 88-1593.
- White, B.A. 1994. "An Overview of Oral Health Status, Resources and Care Delivery". **Journal of Dental Education** 58(4):285-290.
- World Health Organization. 1997. **Comparing Oral Health Care Systems. A Second International Collaborative Study**.
- World Health Organization Statistical Database ver. Sep. 1994. **Health for All 2000**.
- World Health Organization. 1980. **International Collaborative Study of Dental Manpower Systems**. Interim Report. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. 1985. **Oral Health Care Systems**. An International Collaborative Study, Coordinated by the World Health Organization. Quintessence Publishing Co. Ltd. London.
- World Health Organization Oral Health Program. 1990. **Periodontal Profiles**. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 1994. **Health for All Statistical Data Base**. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization Oral Health Program. 1995. "DMFT Levels at 12 Years". World Health Organization, Geneva.
- Yule, B. and Parkin, D. 1979. "The Demand for Dental Care". **Social Science and Medicine** 21(7): 753-60.

- Block, L.E. 1993. **Dental Public Health: An Overview of Community Dental Health**. Third Edition. Jong A.W. Mosby. Community Dental Health. Mosby. 1993.
- Brown L. J; Lazar V. 1999. "Dental Care Utilization: How Saturated is the Patient Market?". **JADA** 130
- Chen M.; Andersen, R.M.; Barmes, D.E.; et al. 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, p. 152.
- Central Bureau of Statistics. 1998. **Current Briefings in Statistics, National Expenditure on Health 1995**. Central Bureau of Statistics, Jerusalem.
- Douglass C.W. and Cole, E.O. 1979. "Utilization of Dental Services in the United States". **Journal of Dental Education** 43(4)223-38.
- Ettinger, R.L. 1992. "Attitudes and Values Concerning Oral Health and Utilization of Services among the Elderly". **International Journal of Dentistry** 42(5): 373-84.
- Fleishman, R.; Peles, D.; and Pisanti, S. 1985. "Oral Mucosal among the Elderly in Israel" **Journal of Dental Education** 64:831-836.
- Gordon, M.; and Katz, J. 1990. "Dental Caries Experience in an 18-Year-Old Israeli Population". **Israel Journal of Science** 2:246-248.
- Groves, R. and R. Kahn. 1979. **Surveys by Telephone: A National Comparison with Personal Interviews**. Academic Press. New York.
- Grytten, J.; Holst, D. 1990. Supplier Inducement, Its Effect on Dental Services in Norway. **J. of Health Economics** 9: 483-91.
- Grytten, J.; Holst, D. and Laake, P. 1993. "Accessibility of Dental Services According to Family Income in Non-Insured Populations". **Social Science and Medicine** 37(12):1501-8.
- Hiya, H.A. 1993. "Age and Culture: Influences on Oral Health Behavior". **International Journal of Dentistry** 43(1) 9-16.
- Kovar, M.G.; Jack, S.; and Bloom, B. 1988. "Dental Care and Dental Health: NHIS". **American Journal of Public Health** 11:1496-1497.
- Mann, J.; Mersel, A.; and Gabai, E. 1985. "Dental Status and Dental Needs of an Elderly Population in Israel". **Community Dental Oral Epidemiology** 13:156-158.

נספחים

נספח א': תוצאות עבודת השדה

לוח א'1: תוצאות עבודת השדה		
	סה"כ נדגמו	%
	1,600	
	96	
עסקים ומוסדות	153	
דירה ריקה	37	
פקס	17	
תושבים זרים	303	
סה"כ לא שייכים לאוכלוסייה		100
	1,297	
סה"כ שייכים לאוכלוסייה	1,067	82
רואיינו	128	10
סרוב	35	3
הנדגם לא אותר	43	3
לא רואיינו בגלל קשיי שפה	24	2
לא רואיינו בגלל בעיות מנטליות		

Zadic, D.; Deitsch, A.; Tamir, D.; and Kelman, A.M. 1991. "Trends in the Prevalence of Dental Caries in Israel". *ASCD Journal of Dent Child* 58(6):464-466.

Zadic, D.; Zusman, S.P.; and Kelman, A.M. 1992. "Caries Prevalence in 5- and 12-Year Old Children in Israel". *Community Dental Oral Epidemiology* 20:54-55.

Zusman, S.P.; and Crawford, A.N. 1995. "Changes in Caries Prevalence in Ashkelon Children 1980-1984". *Community Dental Health* 12:35-38.

נספח ב': מאפייני האוכלוסייה, לפי חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית

לוח ב1: מאפייני האוכלוסייה, לפי חמישון הכנסה לנפש סטנדרטית

גיל	סה"כ	חמישון תחתון	חמישונים 5-2
22-34	28	28	30
35-44	24	26	22
45-64	31	32	29
65+	17	15	19
שפה*			
עברית	71	40	72
רוסית	13	11	16
ערבית	16	49	12
% הנשים	51	56	52
נפה*			
ירושלים	10	20	6
מרכז	24	15	25
תל אביב	18	10	21
צפון	16	28	14
חיפה	18	18	18
דרום	14	9	17

נספח ג': לוחות דו-משתניים

לוח ג1: אחוז שאיבדו את שיניהם, לפי מין, שפה וחמישון

מס' שיניים שאיבדו בממוצע	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
7.1	65	68	67	69	61	67
8.1	11	13	11	13	14	18
7.0	25	19	22	18	24	15
7.7	7.1	8.1	7.0	11.5	7.2	10.1

p < 0.05 *

לוח ג2: אחוז שאיבדו את שיניהם, לפי נפה**

מס' שיניים שאיבדו בממוצע	ירושלים		מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
	גברים	נשים					
6.2	69	72	60	63	67	71	
6.6	9	9	13	10	16	13	
7.6	22	19	27	27	18	15	
8.3	6.2	6.6	7.6	6.7	8.9	8.3	

** p < 0.10

לוח ג3: הערכת מצב הבריאות של השיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)*

טוב מאוד	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
27	24	28	3	28	28	18
44	42	45	38	45	36	38
20	23	19	47	19	14	20
9	12	8	12	8	22	25

p < 0.05 *

לוח ג4: הערכת מצב הבריאות של השיניים, לפי נפה (באחוזים)*

טוב מאוד	ירושלים		מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
	גברים	נשים					
29	23	25	24	28	21		
45	4	51	47	38	37		
16	26	16	13	21	34		
10	10	8	16	13	8		

p < 0.05 *

לוח ג8: בעיות בחניכיים, לפי נפה (באחוזים)

דרום	חיפה	צפון	תל אביב	מרכז	ירושלים	
30	22	33	23	22	32	מדממות**
31	30	29	24	29	26	כואבות
10	9	20	9	14	12	נפוחות*

p<0.05 *
p<0.10 **

לוח ג9: מידת חשיבות מראה השיניים במציאת בן זוג, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

דרום	חיפה	שפה*			מין		
		תחתון 5-2	ערבית	רוסית	נשים	גברים	
48	49	44	30	54	52	47	רבה
30	23	28	37	29	29	30	בינונית
11	16	14	22	7	10	10	מעטה
12	11	15	11	10	9	13	לא משפיע

p<0.05 *

לוח ג10: מידת חשיבות מראה השיניים במציאת בן זוג, לפי נפה (באחוזים)

דרום	חיפה	צפון	תל אביב	מרכז	ירושלים	
52	48	46	49	55	45	רבה
29	28	29	31	28	35	בינונית
10	12	12	10	8	11	מעטה
9	12	14	10	10	9	לא משפיע

לוח ג11: השפעת מראה השיניים על הסיכויים להתקבל למקום עבודה, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

דרום	חיפה	שפה*			מין		
		תחתון 5-2	ערבית	רוסית	נשים	גברים	
25	23	17	24	28	29	23	משפיע מאוד
33	27	28	43	33	36	31	משפיע
22	23	19	23	20	18	23	לא כל כך משפיע
20	27	36	9	18	17	23	לא משפיע

p<0.05 *

לוח ג5: סיבה עיקרית לאי שביעות רצון ממצב השיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

כאב	מראה לא יפה	בעיות מתמשכות	בעיות באכילה	מצב השיניים (סתומות, גשרים וכו')	אחרת	מין		שפה*			חמישון*	
						גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2	
29	12	33	10	12	4	29	17	29	22	37	32	29
14	12	33	10	12	4	14	17	15	18	13	15	14
29	33	10	12	4	4	29	32	23	26	23	25	29
10	10	7	10	11	12	10	7	10	10	10	16	10
13	12	11	12	11	12	13	11	8	18	15	6	6
5	4	4	4	4	4	5	4	3	6	2	6	5

p<0.05 *

לוח ג6: סיבה עיקרית לאי שביעות רצון ממצב השיניים, לפי נפה (באחוזים)

כאב	מראה לא יפה	בעיות מתמשכות	בעיות באכילה	מצב השיניים (סתומות, גשרים וכו')	אחרת	דרום	חיפה	צפון	תל אביב	מרכז	ירושלים
18	15	47	6	6	8	23	39	33	29	29	18
15	15	47	6	6	8	22	13	7	15	16	15
47	6	6	6	6	8	29	27	24	36	39	47
6	6	6	6	6	8	6	7	14	10	9	6
6	6	6	6	6	8	15	7	19	7	5	6
8	8	8	8	8	8	5	7	3	3	2	8

לוח ג7: בעיות בחניכיים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

מדממות ^{1,2,3}	כואבות ^{3,2,1}	נפוחות ^{3,2,1}	מין		שפה			חמישון	
			גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2	
21	21	8	21	30	20	39	38	39	24
21	21	8	21	35	27	38	39	25	25
8	8	8	8	15	8	21	12	15	11

¹ p < 0.05 בהשוואה לפי מין
² p < 0.05 בהשוואה לפי שפה
³ p < 0.05 בהשוואה לפי חמישון

לוח ג12: השפעת מראה השיניים על הסיכויים להתקבל למקום עבודה, לפי נפה (באחוזים)

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום	
18	31	26	22	28	25	משפיע מאוד
29	31	37	28	39	36	משפיע
30	18	19	26	13	22	לא כל כך משפיע
24	20	18	25	20	17	לא משפיע

לוח ג13: תדירות ביקור אצל רופא שיניים לבדיקות-מנע, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	
אחת לחצי שנה	15	24	22	9	1	12
אחת לשנה	14	14	16	14	1	2
פחות מפעם בשנה	3	1	2	2	4	--
לא נוהג לפנות	69	62	61	76	79	86

p<0.05 *

לוח ג14: תדירות ביקור אצל רופא שיניים לבדיקות-מנע, לפי נפה (באחוזים)

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום	
22	24	21	17	20	11	אחת לחצי שנה
18	12	17	5	13	20	אחת לשנה
2	2	2	3	2	--	פחות מפעם בשנה
58	62	61	75	65	70	לא נוהג לפנות

p<0.05 *

לוח ג15: סיבה עיקרית לאי פנייה לבדיקות-מנע, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	
פחד	5	10	10	2	4	4
חוסר זמן	18	15	16	24	11	13
מחיר	12	16	11	29	17	23
מרחק	1	2	1	4	0	1
לא חושב שצריך	40	35	38	27	45	44
עצלנות/שכחה	22	20	23	8	22	14
אחרת	2	2	1	6	1	1

p<0.05 *

לוח ג16: סיבה עיקרית לאי פנייה לבדיקות-מנע, לפי נפה (באחוזים)

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום	
7	9	7	7	11	4	פחד
23	17	15	12	10	28	חוסר זמן
11	16	16	17	11	12	מחיר
--	4	--	--	3	1	מרחק
50	34	42	42	33	30	לא חושב שצריך
9	19	20	20	27	22	עצלנות/שכחה
--	1	--	2	5	3	אחרת

p<0.05 *

לוח ג17: לא השלימו את כל הטיפולים שהרופא המליץ עליהם, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	
פעם אחת	10	13	11	13	10	11
יותר מפעם אחת	11	14	13	12	11	17
לא קרה	80	73	76	74	79	72

p<0.05 *

לוח ג18: לא השלימו את כל הטיפולים שהרופא המליץ עליהם, לפי נפה (באחוזים)

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום	
14	11	14	7	12	14	פעם אחת
11	15	10	17	10	12	יותר מפעם אחת
75	74	76	75	78	74	לא קרה

לוח ג19: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	
פחד	10	14	16	--	6	6
חוסר זמן	24	16	21	19	15	13
מחיר	40	42	35	67	50	63
מרחק	--	2	1	--	6	4
עצלנות/שכחה	20	14	18	18	18	8
לא מרוצה מהרופא	5	4	5	7	--	2
אחרת	1	8	5	7	6	4

p<0.05 *

p<0.10 **

לוח 20: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי נפה (באחוזים)

	לוח 20: סיבה עיקרית לאי השלמת טיפול, לפי נפה (באחוזים)					
	ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
פחד	13	15	12	6	16	9
חוסר זמן	39	25	17	17	3	26
מחיר	30	41	31	56	45	40
מרחק	--	--	2	--	5	--
עצלות/שכחה	9	12	26	11	24	17
לא מרוצה מהרופא	9	5	2		3	9
אחרת	--	3	10	11	5	--

לוח 21: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	לוח 21: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)					
	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
פחד	8	16	13	8	14	6
חוסר זמן	45	36	44	28	33	22
מחיר	20	25	15	48	37	58
מרחק	1	2	3	--	--	4
עצלות/שכחה	21	12	19	3	18	4
לא מרוצה מהרופא	1	1	1	3	--	2
אחרת	4	8	6	13	--	4

p < 0.05 *

לוח 22: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי נפה (באחוזים)

	לוח 22: סיבה עיקרית לאי הגעה לרופא שיניים לצורך טיפול, לפי נפה (באחוזים)					
	ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
פחד	6	14	17	18	8	8
חוסר זמן	40	44	40	39	35	36
מחיר	26	22	14	28	17	32
מרחק	3	1	--	--	2	6
עצלות/שכחה	17	15	23	14	23	9
לא מרוצה מהרופא	3	--	--	--	--	2
אחרת	5	4	6	1	15	7

לוח 23: תדירות צחצוח שיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	לוח 23: תדירות צחצוח שיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)					
	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
2+ פעמים ביום	57	76	74	63	46	49
פעם ביום	30	20	22	34	31	30
פחות מפעם ביום	9	3	3	1	15	16
לא מצחצחים	4	1	1	2	8	3

p < 0.05 *

לוח 24: תדירות צחצוח שיניים, לפי נפה (באחוזים)*

	לוח 24: תדירות צחצוח שיניים, לפי נפה (באחוזים)*					
	ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
2+ פעמים ביום	52	76	71	55	72	66
פעם ביום	25	19	26	31	23	32
פחות מפעם ביום	18	4	3	11	4	1
לא מצחצחים	5	1	1	4	2	2

p < 0.05 *

לוח 25: תדירות שימוש במשחת שיניים עם פלואוריד, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	לוח 25: תדירות שימוש במשחת שיניים עם פלואוריד, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)					
	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	עברית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
בדרך כלל	59	63	68	34	47	35
לפעמים	2	2	2	5	1	2
לא	10	5	6	11	15	18
לא יודע אם יש פלואוריד	29	30	24	51	37	44

p < 0.05 *

לוח 26: תדירות שימוש במשחת שיניים עם פלואוריד, לפי נפה (באחוזים)

	לוח 26: תדירות שימוש במשחת שיניים עם פלואוריד, לפי נפה (באחוזים)					
	ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
בדרך כלל	69	61	64	58	53	60
לפעמים	3	3	1	1	3	1
לא	7	5	8	10	8	7
לא יודע אם יש פלואוריד	21	31	27	31	35	32

לוח ג34: סוג מרפאה שבה ביקרו, לפי נפה (באחוזים)*

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
66	69	62	76	82	61
20	22	33	10	12	31
5	--	1	5	1	1
9	9	4	9	5	7

לוח ג35: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

מתנה לתור עד שבוע	מין		שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
78	76	71	90	89	85	75
88	90	92	98	70	72	92

לוח ג36: המתנה לתור ובמרפאת רופא השיניים, לפי נפה (באחוזים)

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
72	79	73	85	78	72
68	73	65	69	66	73

לוח ג37: הערכת המחיר שגובים רופאי השיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

גבוהים	מין		שפה*			חמישון
	גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון 5-2
77	82	83	87	65	74	80
22	17	17	13	34	24	18
1	1	1	--	1	1	1

לוח ג38: הערכת המחיר שגובים רופאי השיניים, לפי נפה (באחוזים)**

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
68	80	77	81	79	89
31	19	22	19	20	11
1	1	1	1	1	--

לוח ג39: קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

מין	שפה*			חמישון*
	גברים	נשים	ערבית	
36	47	41	43	46
83	88	89	72	75

לוח ג40: קבלת הסבר על הבעיה הרפואית והטיפול בה, לפי נפה (באחוזים)

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
40	41	42	49	42	38
82	83	84	82	78	83

לוח ג41: שביעות רצון ממרכיבי השירות, לפי מין, שפה וחמישון (אחוז עם ציון "טוב מאוד")

מין	שפה			חמישון
	גברים	נשים	ערבית	
53	64	61	41	64
71	77	77	44	78
77	82	83	56	74
73	83	80	68	77
60	69	68	45	57
48	48	53	30	34
19	18	18	13	25

¹ p < 0.05 בהשוואה לפי מין
² p < 0.05 בהשוואה לפי שפה
³ p < 0.05 בהשוואה לפי חמישון

לוח ג42: שביעות רצון ממרכיבי השירות, לפי נפה (אחוז עם ציון "טוב מאוד")

ירושלים	מרכז	תל אביב	צפון	חיפה	דרום
64	44	48	43	47	40
84	71	79	74	70	71
77	82	86	77	74	81
77	82	80	71	74	83
67	69	69	65	64	55
48	46	51	49	42	53
25	15	19	24	19	16

p < 0.05 *

לוח ג43: גורמים בעלי השפעה רבה מאוד בבחירת רופא שיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	מין		שפה			חמישון	
	גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון	5-2
מקצועיות הרופא	80	83	81	59	85	75	81
סדר וניקיון במרפאה ^{3,2,1}	62	73	61	35	74	59	69
יחס למטופל ^{3,2,1}	61	67	61	33	70	55	67
ידיים קלות ¹	47	63	55	20	61	52	54
מחיר השירות ¹	44	39	44	37	42	54	42
השגת תור תוך זמן סביר ²	38	37	61	35	74	25	39
משך המתנה במרפאה ³	33	36	24	13	41	29	33
המלצת מכרים ^{3,1}	25	33	25	6	35	27	30
קרבת המרפאה ^{3,2,1}	22	29	20	8	30	24	28

¹ p < 0.05 בהשוואה לפי מין
² p < 0.05 בהשוואה לפי שפה
³ p < 0.05 בהשוואה לפי חמישון

לוח ג44: הגורמים בעלי השפעה רבה מאוד בבחירת רופא שיניים, לפי נפה (באחוזים)

	דרום	חיפה	צפון	תל אביב	מרכז	ירושלים
מקצועיות הרופא	80	73	79	83	84	82
סדר וניקיון במרפאה*	75	67	59	71	67	63
יחס למטופל	66	62	58	66	65	66
ידיים קלות**	53	53	50	59	52	64
מחיר השירות*	52	31	38	43	39	50
השגת תור תוך זמן סביר	41	36	28	43	38	38
משך המתנה במרפאה	36	37	23	40	34	38
המלצת מכרים	29	28	24	30	29	37
קרבת המרפאה**	29	23	20	31	27	24

* p < 0.05
 ** p < 0.10

לוח ג45: מבוטחים בביטוח שיניים, לפי מין, שפה וחמישון (באחוזים)

	מין		שפה			חמישון*	
	גברים	נשים	ערבית	רוסית	ערבית	תחתון	5-2
מסחרי מהעבודה	5	8	1	3	8	2	7
מסחרי מקופ"ח	2	2	--	--	3	1	2
משלים	9	9	1	12	7	--	11

* p < 0.05

לוח ג46: מבוטחים בביטוח שיניים, לפי נפה (באחוזים)*

	דרום	חיפה	צפון	תל אביב	מרכז	ירושלים
מסחרי מהעבודה	7	8	5	4	9	5
מסחרי מקופ"ח	1	2	1	1	3	8
משלים	10	5	4	15	11	3

* p < 0.05

Table C35: Waiting Time for Dentist Appointment, and Time Spent in Waiting Room, by Gender, Language and Quintile	58
Table C36: Waiting Time for Dentist Appointment, and Time Spent in Waiting Room, by District	58
Table C37: Assessment of Dentist Fees, by Gender, Language and Quintile	58
Table C38: Assessment of Dentist Fees, by District	58
Table C39: Explanation Provided of Problem and Treatment, by Gender, Language and Quintile	59
Table C40: Explanation Provided of Problem and Treatment, by District	59
Table C41: Satisfaction with Service Components, by Gender, Language and Quintile	59
Table C42: Satisfaction with Service Components, by District	59
Table C43: Factors Greatly Impacting on Choice of Dentist, by Gender, Language and Quintile	60
Table C44: Factors Greatly Impacting on Choice of Dentist, by District	60
Table C45: Respondents with Dental Insurance, by Gender, Language and Quintile	60
Table C46: Respondents with Dental Insurance, by District	61

List of Tables in the Appendices

Table A1: Outcomes of Field Work	47	Table C16: Primary Reason for Not Having Routine Checkups, by District	53
Table B1: Characteristics of Population, by Quintile of Standardized Per-person Income	48	Table C17: Did Not Complete Treatment Recommended by Dentist, by Gender, Language and Quintile	53
Table C1: Percentage Who Lost their Teeth, by Age, Language and Quintile	49	Table C18: Did Not Complete Treatment Recommended by Dentist, by District	53
Table C2: Percentage Who Lost their Teeth, by District	49	Table C19: Primary Reason for Not Completing Treatment, by Gender, Language and Quintile	53
Table C3: Self-perceived Dental Health, by Gender, Language and Quintile	49	Table C20: Primary Reason for Not Completing Treatment, by District	54
Table C4: Self-perceived Dental Health, by District	49	Table C21: Primary Reason for Not Visiting Dentist, by Gender, Language and Quintile	54
Table C5: Primary Factor in Dissatisfaction with Status of Teeth, by Gender, Language and Quintile	50	Table C22: Primary Reason for Not Visiting Dentist, by District	54
Table C6: Primary Factor in Dissatisfaction with Status of Teeth, by District	50	Table C23: Frequency of Tooth Brushing, by Gender, Language and Quintile	55
Table C7: Gum Problems, by Gender, Language and Quintile	50	Table C24: Frequency of Tooth Brushing, by District	55
Table C8: Gum Problems, by District	51	Table C25: Frequency of Use of Toothpaste with Fluoride, by Gender, Language and Quintile	55
Table C9: Importance of Dental Aesthetics in Finding a Life Partner, by Gender, Language and Quintile	51	Table C26: Frequency of Use of Toothpaste with Fluoride, by District	55
Table C10: Importance of Dental Aesthetics in Finding a Life Partner, by District	51	Table C27: Frequency of Use of Dental Floss, by Gender, Language and Quintile	56
Table C11: Impact of Dental Aesthetics on Chances for Finding Employment, by Gender, Language and Quintile	51	Table C28: Frequency of Use of Dental Floss, by District	56
Table C12: Impact of Dental Aesthetics on Chances for Finding Employment, by Gender, Language and Quintile	52	Table C29: Frequency of Eating Sweets between Meals, by Gender, Language and Quintile	56
Table C13: Frequency of Routine Dental Checkups, by Gender, Language and Quintile	52	Table C30: Frequency of Eating Sweets between Meals, by District	56
Table C14: Frequency of Routine Dental Checkups, by District	52	Table C31: Last Visit to Dentist, by Gender, Language and Quintile	57
Table C15: Primary Reason for Not Having Routine Checkups, by Gender, Language and Quintile	52	Table C32: Last Visit to Dentist, by District	57
		Table C33: Type of Clinic, by Gender, Language and Quintile	57
		Table C34: Type of Clinic, by District	58

List of Tables

Table 1: Distribution of Interviewees who Lost their Teeth, by Age	9	Table 20: Last Visit to Dentist, by Age	24
Table 2: Self-perceived Dental Health Status, by Age	9	Table 21: Odds Ratio in a Logistic Regression Analysis Explaining Visits to the Dentist During the Previous Year	24
Table 3: Primary Factor in Dissatisfaction with Status of Teeth, by Age	10	Table 22: Type of Clinic, by Age	26
Table 4: Gum Problems, by Age	10	Table 23: Waiting Time for Dentist Appointment, and Time Spent in Waiting Room, by Age	28
Table 5: Odds Ratio in a Logistic Regression Analysis Explaining Self-perceived Dental Health Status	12	Table 24: Waiting Time for Dentist Appointment, and Time Spent in Waiting Room, by Type of Clinic	28
Table 6: Importance of Dental Aesthetics in Finding a Life Partner, by Age	14	Table 25: Assessment of Dentist Fees, by Age	29
Table 7: Impact of Dental Aesthetics on Chances of Finding Employment, by Age	15	Table 26: Assessment Dentist Fees, by Clinic	29
Table 8: Frequency of Routine Dental Checkups, by Age	15	Table 27: Explanation Provided of Problem and Treatment, by Age	30
Table 9: Odds Ratio in a Logistic Regression Analysis Explaining Regular Checkups	16	Table 28: Explanation Provided of Problem and Treatment, by Type of Clinic	30
Table 10: Primary Reason for Not Having Routine Checkups, by Age	17	Table 29: Satisfaction with Service Components, by Age	31
Table 11: Failure to Complete All Treatments Prescribed by Dentist, by Age	17	Table 30: Outcomes of Linear Regression Analysis Explaining General Satisfaction	31
Table 12: Primary Reason for Not Completing Treatment, by Age	18	Table 31: Outcomes of Linear Regression Analysis Explaining Dental Expenditures in Previous Three Months	32
Table 13: Odds Ratio in a Logistic Regression Analysis Explaining Incomplete Dental Treatment for Economic Reasons	18	Table 32: Odds Ratio in a Logistic Regression Analysis Explaining Treatment Involving the Use of Prosthetics During the Previous Year	33
Table 14: Primary Reason for Visiting the Dentist, by Age	19	Table 33: Factors Greatly Impacting on Choice of Dentist, by Age	35
Table 15: Frequency of Tooth Brushing, by Age	20	Table 34: Respondents with Dental Insurance, by Age	35
Table 16: Odds Ratio in a Logistic Regression Analysis Explaining Frequency of Daily Tooth Brushing	21	Table 35: Outcomes of Linear Regression Analysis Explaining Purchase of Dental Insurance	36
Table 17: Frequency of Use of Toothpaste with Fluoride, by Age	21	Table 36: Gaps in Areas Related to Dental Health - Summary Table	42
Table 18: Frequency of Use of Dental Floss, by Age	22		
Table 19: Frequency of Eating Sweets between Meals, by Age	22		

Acknowledgments

We wish to thank the staff of experts - Harold Sgan-Cohen (Hebrew University); Chana Peleg and Tirza Ramon (Ministry of Health); Shlomo Barak, Dan Oelgiesser, Yaron Bernstein and Yoram Levinberg (Maccabi Healthcare Services), and Judy Siegel (Jerusalem Post) - for their helpful comments and suggestions. A special thanks to Haya Rubin for her useful advice.

We also wish to thank Bruce Rosen and Jack Habib for their insightful comments; Avigail Dubani, for coordinating the field work; Sima Zalberg and Rachel Goldwag for their statistical analysis; Chana Goldschmidt for her development and support of the computer program; Anat Berberian for editing the report; and Inbal Yonayov, for typesetting it. We are also grateful to our colleagues at the JDC-Brookdale Institute for their suggestions and comments.

Table of Contents

1. Background	1
1.1 Overview of the Dental Health Services System in Israel	1
1.2 Studies of Dental Health Problems in Israel	2
2. Goals	5
3. Primary Study Areas	5
4. Methodology	6
4.1 Population, Sample and Data Gathering Methods	6
4.2 Questionnaire	6
4.3 Data Analysis	6
5. Findings	8
5.1 Perceived Health Status	8
5.2 Knowledge and Attitudes	14
5.3 Health Behaviors	15
5.4 Use of Dental Services	23
6. Discussion	36
6.1 Knowledge, Attitudes and Behavior	36
6.2 Cost of Care and Insurance Coverage	37
6.3 Type of Service Provided	38
6.4 Supply of Dentists	38
6.5 Service Mix	39
6.6 Choosing a Dentist	39
6.7 Gaps Among Income Groups	39
6.8 Differences by Gender in Age Groups	41
6.9 Differences between Genders and among Age Groups – Summary	41
7. Future Directions	42
Bibliography	43
Appendices	
Appendix A: Field Work Outcomes	47
Appendix B: Characteristics of the Population, by Quintile of Standardized Per-person Income	48
Appendix C: Bivariate Tables	49

instructions in dental hygiene and an explanation of the nature of a problem and its care (93%). The study findings showed a tendency among those in low income groups, those aged 45+, and those residing in the north and in Haifa to seek dental treatment at private clinics.

Satisfaction with Dental Care

Fifty-nine percent ranked their dentist as "very good," 36% as "good," and 4% as "not very good" or "not good." Low levels of satisfaction were found primarily among those in high income groups, among men, and among those who had been treated in a public clinic. Satisfaction was relatively high concerning order and cleanliness at the clinic, and the dentist's attitude toward the patient. Satisfaction was relatively low concerning costs and distances. A multivariate analysis explaining general satisfaction with a dentist shows that a dentist's professionalism and fee levels have the greatest affect.

Explanations from the Dentist

Eighty-one percent of the respondents said the dentist usually explains the nature of the medical problem and its treatment. There was less of a tendency to report having received explanations from the dentist among those from low income groups, the elderly and men.

Days of Work Lost

Twelve percent of the respondents reported that they had missed work due to oral health problems; on average, they lost nine work hours during the past year.

Service Accessibility

Ongoing Relationship with a Particular Dentist

Seventy-eight percent of Israel's adult population has a regular dentist. The proportion is lower among the elderly, those in low income groups, men, and residents of the north and south.

Waiting Times

Seventy-seven percent of the respondents waited a week or less for their appointment, and 17% waited between one and two weeks. Members of low income groups waited less time for an appointment, but spent more time in the clinic waiting room, than did members of high and medium income groups. These phenomena are apparently related to the modes of operation of those service providers caring for low income groups, although they may also be related to the type of dental care sought by these groups (first aid and emergency services).

Perceived Need, Price and Treatment

About one-third of the respondents said that, at least once, they did not seek dental care for what they perceived to be necessary treatment. Of these, 56% cited a lack of time, laziness or forgetfulness; 23% cited the cost; 13% cited fear; and the rest cited other reasons. It should be noted that the proportion citing cost as a primary factor reached 58% in the lowest socio-economic quintile, compared to an average of just 19% in the remaining quintiles.

Treatments Recommended by the Dentist That were Not Completed

About one-quarter of the respondents said they did not complete the treatment recommended by the dentist. The reason given most often was cost (41% of these respondents). A large proportion of those citing cost were elderly or belonged to low income groups. Seventy-nine percent of all of the respondents said that the costs of dental care are high. Russian speakers (87%), women (82%) and those who use health plan clinics (87%) most frequently said that dentist fees were high.

Dental Insurance

The study findings indicate that the extent of dental insurance coverage (whether by the government or a commercial entity) is low in Israel compared to other Western countries. Only 8% of the respondents said they have private dental insurance obtained from a commercial firm. Some 9% have dental insurance through their HMO's supplementary insurance.

Conclusions

This survey found that there are problems in the dental health status of the country's adult population, and in its preventive health behaviors, such as regular checkups and brushing. In most areas examined, there were significant gaps among various population groups regarding awareness of, and attitudes toward, dental care, preventive behaviors, the frequency of visits to the dentist, and self-perceived morbidity. The survey shows that particularly vulnerable populations include those with low income, and Russian speakers and Arabic speakers.

These findings indicate the need for an information campaign to increase public awareness of the importance of preventative care in maintaining dental health, and to change the public's routine behaviors. Nevertheless, it is clear that even the most comprehensive information and educational efforts cannot solve all of the problems in the area of dental health in Israel. As confirmed by the findings of this study, cost considerations have led many low-income persons to forego medically-necessary treatments. Accordingly, the economic barriers to the receipt of dental services must also be addressed. Options for intervention in this area include enlarging the basket of services stipulated under NHI so that it includes at least some aspects of dental care; expanding the network of public dental clinics, which provide discounts to those from low income groups; and perhaps encouraging private dentists to provide such discounts. Increasing the number of dentists is apparently unnecessary, as the per capita rate of dentists in Israel is already among the highest in the world.

The information gathered, including knowledge about existing gaps among various population groups related to the accessibility of dental health services, will assist policymakers to direct intervention measures accordingly.

Seventy-nine percent of the study population had **lost at least one tooth**, and 12% had lost all of their teeth. Twenty-five percent of those respondents who said they had their natural teeth assessed the condition of their teeth as very good; 43% as good, and 32% as fair to poor. An evaluation of periodontal health was slightly better.

The study's findings indicate an inferior standing in the loss of teeth among those aged 65+ (52%), compared to most of the Western countries (U.S., Sweden, Italy, Switzerland, Germany, Japan, Norway and Denmark). This proportion is also high in comparison to such countries as Poland and Hungary, which are not considered to be among the leaders in dental health. The average number of missing teeth among respondents aged 35-44 reached 3.6, which is relatively high in comparison to such countries as France and Norway, though low when compared to such countries as the Netherlands and Denmark.

Regarding the respondents' satisfaction with their teeth's condition, satisfaction was lower than in the U.S. and New Zealand, but higher than in Germany.

Knowledge, Attitudes and Behaviors

Contrary to scientific evidence, 10% of the respondents indicated a belief that eating sweets between meals is not harmful or only slightly harmful to dental health.

Most respondents said that their teeth's appearance is an important factor in finding a spouse (79%) or in obtaining employment (59%). Nonetheless, the study found substantial problems in dental health behaviors.

The primary indices of health behavior that were examined were: brushing, the use of dental floss, visiting the dentist for regular checkups, and the completion of treatment. Sixty-eight percent of the respondents brushed their teeth at least twice a day, 25% brushed once a day, and 7% brushed less than once a day or not at all. A multivariate analysis shows that a relatively low frequency of brushing is significantly influenced by the following factors: belonging to a low income group, being male, being an Arabic speaker, and not having regular checkups.

Seventy-four percent tend to eat sweets between meals. This tendency declines with age (note that the sample did not include children) and as income rises, and is relatively high among those residing in the north.

As for brushing and the use of dental floss, Israel lags behind some countries, and is ahead of others. For example, some 70% of those aged 35-44 said they brush at least twice a day, compared to 85% in Germany and 76% in the U.S. The proportion of respondents who said they don't brush at all was 4%, compared to 0% in Germany, the U.S. and Japan, and 2% in New Zealand. The frequency of dental floss use was low in Israel, compared to countries for which we had comparative data - the U.S., Japan, New Zealand and Germany.

Thirty-five percent of the respondents said they tend to have regular checkups. The proportion was low among those in low income groups (14%), Arabic speakers (21%), Russian speakers (24%), males (31%), and residents of the north (25%). The most common reason cited for not having regular checkups was the lack of knowledge of the importance of preventive dentistry (38% of those respondents who said they rarely go or do not go at all for checkups). Additional reasons were forgetfulness or laziness (21%), lack of time (16%), the cost of the treatment (14%), fear (8%) and distance (1%). A higher proportion of respondents in low income groups cited cost as the principal reason for not having regular checkups compared to respondents from medium and high income groups. A multivariate analysis shows that belonging to the lowest socio-economic quintile results in fewer regular checkups, even after controlling for other socio-demographic characteristics. It was also found that awareness of preventive health behaviors and their importance increased the likelihood of going for such care. It also appears that knowledge of the importance of preventive behaviors and consistency in brushing explain some of the gaps in the proportion of Russian speakers and Hebrew speakers who go for regular checkups.

The findings also show that the level of knowledge concerning dental health, and attitudes toward the importance of the teeth's appearance, were lowest among Arabic speakers and residents of the north.

The Use and Quality of Dental Services

Frequency of Visits to the Dentist

The study findings show that 59% of the adult population went to a dentist during the past year; 16% last went one to two years ago, 21% last went more than two years ago, and 5% have never been to a dentist. These findings are similar to findings in the U.S. The proportion of interviewees who had not visited a dentist in the past year (41%) was higher than in the U.S. and Germany.

The average number of visits to the dentist per year is 2.2; it is lower among men (1.8), the elderly (1.2), the lowest income quintile (1.6), and those residing in the Jerusalem area (1.9). A multivariate analysis found that the number of visits rises as dental health behavior conforms with accepted behaviors in the literature and among professionals. Demographic variables, with the exception of socio-economic level, had no significant impact on the number of visits to the dentist in the past year. The finding from a bivariate analysis, according to which women make more use of dental health services, conforms to findings from surveys in other countries.

Types of Providers

Seventy percent of those who had visited a dentist were treated in a private clinic during their last visit; 21% were treated in a clinic belonging to a health plan, 3% were treated in the framework of a commercial clinic, 2% were treated in a public clinic or a kibbutz clinic, and 2% were treated in other clinics. Seventy-seven percent of these respondents said there had been a dental assistant in the clinic; the proportion was highest among those who had visited a clinic belonging to a health plan (98%), as was the proportion of those who said that during their visit they had received

Abstract

Dental health services have never been an integral part of the general system of public medicine in Israel. Even today, they remain outside the basic basket of services to which all of the country's residents are entitled under the National Health Insurance (NHI) Law. Given that the incidence of oral health problems is high in Israel, there is great significance to the absence of this important service from the basket.

The Netanyahu Commission, established to examine the functioning and effectiveness of the Israeli health system, noted in its 1990 report the glaring lack of data on dental health. It recommended the allocation of resources for research in this area and the creation of a database. It also recommended that the basket of services provided under NHI include maintenance and preventive dental care for children aged 5-18, and maintenance and rehabilitative dental care for the elderly. These recommendations were not included in the 1994 law (and, as such, serious concerns remain regarding access to care, particularly for vulnerable populations). The goal of this study is to provide comprehensive, up-to-date data on dental health in Israel, and on the characteristics of health behaviors in this area. One of the major issues is the extent to which differences exist among key population sub-groups with regard to oral health behaviors, service utilization, and health status.

Methodology

The study population consisted of permanent residents of Israel aged 22 and up, some 4.5 million persons in all. A random sample of telephone numbers was taken from the computerized directory of Bezeq, Israel's domestic telephone company. For each listing sampled, one adult member of the household was randomly chosen. Some 1,000 persons were interviewed by telephone in 1998. The questionnaire included the following subjects: perceived dental health, knowledge (importance of preventive dental health behavior), attitudes (importance of teeth's appearance in daily life), preventive behaviors (e.g., brushing, regular checkups, the use of dental floss), the use of services, service accessibility (waiting time for appointments, financial barriers), the loss of work days due to dental problems, satisfaction with services, unmet dental needs, and insurance coverage.

The findings are presented as averages for the entire population and for various population sub-groups, with selected comparisons to other countries. In order to understand the specific effect of various characteristics on certain subjects, we enhanced multivariate staged models. The findings presented in this abstract are related to the bivariate analysis unless otherwise noted.

Self-reported Dental Health

The younger the respondent and the higher his socio-economic status, the better his self-reported dental health. Self-reported dental health was also better among Hebrew speakers, compared to Russian or Arabic speakers, among men, and among respondents residing in the center of the country.



Related JDC-Brookdale Publications

Berg, A.; Rosen, B.; Sgan-Cohen, H.; Horev, T. 1996. *Household Expenditure on Dental Health*. RR-255-96.

Gross, R.; Brammli-Greenberg, S. 1996. *Medical Insurance in Israel 1996*. RR-272-96.

Berg, A.; Rosen, B.; Morginstin, B. (forthcoming) *Gaps between Low Income and Middle to High Income Individuals following the Implementation of the National Health Insurance Law*. RR-342-00.

To order these publications, please contact the JDC-Brookdale Institute, P.O.B. 13087, Jerusalem 91130, Tel: (02) 655-7400, Fax: (02) 561-2391, Web site: www.jdc.org.il/brookdale.

JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130 Israel

Tel: (02) 655-7400
Fax: (02) 561-2391

Web Site: www.jdc.org.il/brookdale



WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization, operating in partnership with the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

A center for professional exchanges, collaborative research and special forums in the international arena.

The Institute's research involves an interdisciplinary approach. The Institute has five major divisions:

- ◆ Aging
- ◆ Health Policy
- ◆ Immigrant Absorption
- ◆ Disability
- ◆ Center for Children and Youth

Social and Economic Aspects of Dental Care in Israel in the Era of National Health Insurance

Ayelet Berg¹ Shlomo P. Zusman² Tuvia Horev³

This report was prepared in the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute. The study was funded in part by the National Institute for Health Policy and Health Services Research.

¹ JDC-Brookdale Institute

² Department of Dental Health, Ministry of Health

³ Ben Gurion University of the Negev