

האוניברסיטה העברית ירושלים

**בית הספר למדיניות ציבורית
קורס בכלכלה ציבורית**

תעדוף סל הבריאות

מוגש לד"ר דורון לביא

**רבקה פריאור
נעמי שכטר
אסתר סיוון**

יולי 2006

תקציר מנהלים

התעודף לגבי הכללתן של תרופות בסל הבריאות נעשה מעת לעת על סמך קריטריונים שקובעת ועדת סל הבריאות: ועדת מומחים אינטר-דיסציפלינארית שהופקדה על מתן המלצות בנדון לממשלה, על בסיס המלצותיה של ועדת משנה המורכבת מגורמים מקצועיים במשרד הבריאות. מדי שנה, בהתקרב מועד עדכון סל התרופות גוברים הלחצים המופעלים על מקבלי ההחלטות (ובכלל זה על ועדת הסל) מצד קבוצות אינטרס. דרישות של אזרחים אשר אינם מקבלים את מבוקשם בקופות החולים כי התרופות שנרשמו להם אינן כלולות בסל הבריאות או כלולות בו אך מוגבלות למחלות מסוימות או למצבים שאינם תואמים את מצבם הרפואי של החולים מתגברות.

הבעיה – סל הבריאות לא נותן מענה מספק לצרכי בריאות אזרחי ישראל.

המטרה – מתן מענה באמצעות סל הבריאות לצרכים של מספר מרבי של אנשים יחד עם שיפור איכות חייהם.

המצב הקיים: האוסטיין – תרופה לחולי סרטן המעי הגס שהכללתה אושרה בימים אלה במסגרת הרחבת סל הבריאות (על רקע לחצים פוליטיים כאמור). התרופה מסייעת, בהתוויות מסוימות העומדות על הפרק, להצלת חייהם של 550 אנשים בשנה ומאריכה את חייהם ב-4.7 חודשים (חציונית). עלותה השנתית של התרופה היא כ-93.3 מליון ₪. הנזק הכלכלי הצפוי מהכללתה בחישובי עלות תועלת המתבססים על תוספת משך חיי האדם המתקבלת, בהשוואה לעלות המושקעת, הינו כ-1.5 מיליארד ₪ (בהיוון לאינסוף).

משעלה הנושא על סדר היום למדנו כי קביעת סדר עדיפויות שונה יאפשר, **באותה עלות**, לכלול בסל תרופות וטכנולוגיות מצילות חיים, משפרות איכות חיים, מפחיתות תחלואה למספר גדול יותר של אנשים. לחילופין, ניתן לנצל את אותו סכום (93.3 מיליון ₪) ולייחד מקום בסל הבריאות לתרופות וטיפולים מניעתיים, טרום מחלה, ולהפחית בכך משמעותית את שיעור התחלואה והתמותה בעתיד, ובצידן את שיעור האשפוזים החוזרים וטיפולים שונים.

החלופה הראשונה שנבדקה הייתה הכללת מגוון טכנולוגיות טיפוליות ל 8,680 איש בנסגרת של **טכנולוגיות שירותי שיקום לחולי לב, תומך עורקי מצופה בתרופה, טקסוטיר** – תכשיר אנטי סרטני לטיפול קו ראשון בסרטן השד, **מאבטרה** – תכשיר משלים לכימותרפיה לחולי סרטן בלוטות הלימפה, **פגאינטרון ופגאסיס** – טיפול בדלקת ובשחמת כבד נגיפית. התועלת מחלופה זו מסתכמת ב-1.7 מיליארד ₪ (בהיוון לאינסוף), כתוצאה מחיסכון בטיפולים, אשפוזים, ניתוחים וחיסכון בחיי אדם.

החלופה השנייה היא הנהגת **תכנית טיפול מניעתית להפחתת גורמי סיכון למחלות לב בקרב האוכלוסייה הסובלת מיתר לחץ דם**. תכנית זו תקיף כ-320,000 איש ותפעל ביעילות על מחציתם. התכנית תפחית כ-2,240 מקרי מוות והתערבויות רפואיות שונות ובטווח הארוך (20 שנה) תביא לחסכון של כ-7.3 מיליארד ₪ (בהיוון לאינסוף).

המלצה

אנו ממליצות על חלופה ב', אשר מבחינה כלכלית עדיפותה לטווח הארוך עולה על המצב הקיים ועל החלופה הראשונה, בעוד ההשקעה התקציבית בשנה הראשונה זהה בשתי החלופות. זאת ועוד, ככל שינקפו השנים התועלת מהנהגת חלופה זו תעלה על העלות וניתן יהיה למצוא מנגנון אשר יפנה חלק מהתקציבים שייחסכו להשקעה בתרופות וטכנולוגיות מהחלופה הראשונה (או אחרות שיעמדו על הפרק).

רקע

בינואר 1995 נכנס לתקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במסגרתו הוסדרו השירותים להם זכאים המבוטחים, מקורות המימון לשירותים אלה ומנגנוני העדכון של תקציב הבריאות. בעשור שחלף מאז חוק החוק חלו תמורות ניכרות בתרופות, בטכנולוגיות ובשירותים הרפואיים. אולם, עדכון של שירותי הבריאות בכלל, והתרופות והטכנולוגיות שבו בפרט, על-פי המנגנונים שנקבעו במשרד הבריאות¹ אין בו די כדי לכסות ולהקיף את כלל התמורות והחידושים בשוק התרופות ובכך אין בו כדי לענות על מכלול הצרכים.

את כלל התרופות ניתן לסווג על פי מהותן: מאריכות חיים, מצילות חיים, משפרות איכות חיים, תרופות שמהותן מניעה ועוד.

התעדוף לגבי הכללתן של תרופות בסל נעשה מעת לעת על סמך קריטריונים² שקובעת ועדת הסל (ועדת מומחים אינטרדיסציפלינרית, שהופקדה על מתן המלצות בנדון לממשלה), על בסיס המלצותיה של ועדת משנה המורכבת מגורמים מקצועיים במשרד הבריאות. (לרשימת המדדים המכוונים להכנסת טכנולוגיות חדשות – ראו **נספח א'**). ההחלטות מתקבלות בעיקר בהתאם להשלכות התרופה על המטופל (מצילה חיים, מאריכה, משפרת איכות חיים וכיו"ב). מדד QALY (Quality Adjusted Life Year), יחידות מדידה של תועלת, המשלבות שנות חיים שהתווספו כתוצאה מהתערבויות רפואיות או תכניות טיפוליות רפואיות, עם הערכה לגבי איכותן של אותן שנות חיים³. ה-QALY אינו משמש את ועדת הסל, למרות שזהו כלי נפוץ למדידה במדינות אחרות, בכל הנוגע לבריאות הציבור. ישנה מודעות גוברת במשרד הבריאות למדד זה, אולם כאמור אין יישום בפועל של שיטת המדידה באמצעותו.

סך ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2003 היה 46 מיליארד ₪. ההוצאה לתרופות הגיעה לכדי 17% מכלל ההוצאה לבריאות, דהיינו 7.8 מיליארד ₪. 62% מהם, 4.85 מיליארד ₪, הינם הוצאה ציבורית, והשאר, כ-3 מיליארד, הינם בגדר הוצאה פרטית. סל הבריאות, עד להרחבה האחרונה בשנת 2006 היה בגובה 4 מיליארד ₪ לתרופות וטכנולוגיות (ו-24 מיליארד לכלל שירותי הבריאות). בחודש מאי 2006 הורחב הסל ב-165 מליון ₪ וישנה החלטת ממשלה להרחיבו ב-233 מיליון ₪ נוספים עד סוף שנת 2006.

מדי שנה, בהתקרב מועד עדכון סל התרופות גוברים הלחצים המופעלים על מקבלי ההחלטות (ובכלל זה על ועדת הסל) מצד קבוצות אינטרס. דרישות של אזרחים אשר אינם מקבלים את מבוקשם בקופות החולים כי התרופות שנרשמו להם אינן כלולות בסל הבריאות או כלולות בו אך מוגבלות למחלות מסוימות או למצבים שאינם תואמים את מצבם הרפואי של החולים מתגברות.

המצב הקיים: האוסטיין – תרופה לחולי סרטן המעי הגס מוצעת להיכלל בהרחבה הקרובה של סל הבריאות (על רקע לחצים פוליטיים כאמור). התרופה מסייעת, בהתוויות מסוימות העומדות על הפרק, להצלת חייהם של 550 אנשים בשנה ומאריכה את חייהם ב-4.7 חודשים (חציונית). עלותה השנתית של התרופה היא כ-93.3 מליון ₪. באותם 93.3 מליון ₪ ניתן היה לכלול בסל תרופות וטכנולוגיות מצילות חיים, משפרות איכות חיים, מפחיתות תחלואה למספר גדול יותר של אנשים. לחילופין, ניתן היה ליחד מקום בסל הבריאות לתרופות וטיפולים

¹ ראו: שמר, מורגנשטיין, המרמן, לוקסנבורג ושני, קידום טכנולוגיות רפואיות בסל שירותי הבריאות בישראל: 1995-2000, הרפואה כרך 142, חוברת ב' (פברואר 2003), עמ' 82.

² לפירוט המדדים ראו **נספח א'**.

³ לפירוט נוסף לגבי מדד ה-QALY ראו **נספח ב'**. לפירוט חישובי עלות-תועלת על פי מדד ה-QALY ראו **נספח ד'**.

מניעתיים, טרום מחלה, ולהפחית בכך משמעותית את שיעור התחלואה והתמותה בעתיד, ובצידן את שיעור האשפוזים החוזרים וטיפולם שונים.

התופעה השלילית: למרות קיומה של ועדה מקצועית שתפקידה לייעד תרופות לסל, הקריטריונים שהשתמשה בהם אינם בהכרח אלה העונים לצרכים של מספר מרבי של מטופלים פוטנציאליים ואינם בהכרח משפרים את איכות החיים של האוכלוסייה. יתרה מכך, ההחלטות המקצועיות של ועדה זו נתונות ללחצים ולהשפעות פוליטיות, דבר המשבש עוד יותר את ההחלטות המתקבלות. כתוצאה מכך עשויות להיכלל בסל תרופות המשרתות מספר נמוך יחסית של מטופלים פוטנציאליים, בעלות גבוהה מאוד, ואשר אינן משפרות די את איכות החיים בתמורה.

הבעיה – סל הבריאות לא נותן מענה מספק לצרכי בריאות אזרחי ישראל.

המטרה – מתן מענה באמצעות סל הבריאות לצרכים של מספר מרבי של אנשים יחד עם שיפור איכות החיים.

החלופות

חלופה א'⁴:

מוצע להמיר את תרופת האוסטין, בעלות 93.3 מליון ₪, הנמצאת בסל, במספר תרופות וטכנולוגיות המשפיעות על מספר גדול יותר של אנשים, מצילות חיים, או משפרות את איכות החיים, **בעלות זהה בחישוב שנתי**. התרופות והטכנולוגיות המוצעות⁵:

א. **טכנולוגיות שירותי שיקום לחולי לב**

ב. **תומך עורקי מצופה בתרופה** נועד למנוע היצרות חוזרת בחולים עם חסימת עורקים.

ג. **טקסוטיר** – תכשיר אנטי סרטני לטיפול קו ראשון בסרטן השד.

ד. **מאבטרה** – תכשיר משלים לכימותרפיה לחולי סרטן בלוטות הלימפה.

ה. **פגאינטרון ופגאסיס** – תרופות לטיפול בדלקת ובשחמת כבד נגיפית.

עלות כוללת במיליוני ₪

תרופה / טיפול	מס' מקרים	במחירי 2006
שירותי שיקום לחולי לב	4,600	12.80
תומך עורקי מצופה בתרופה	3,000	34.68
טקסוטיר	400	4.51
מבתרה	180	19.20
פגאסיס ופגאינטרון	500	22.11
סה"כ	8,680	93.30

4 לפירוט מורחב בדבר מרכיבי התועלת של התרופות בחלופה א' ראו נספח ג'.

⁵ התרופות, עלותן ותועלתן מבוססות על ספר הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2003, משרד הבריאות – המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות. נאלצנו להסתפק בנתונים שעמדו בפני ועדת הסל בשנת 2003 בשל איפול מוחלט שהוטל על נתוני ועדת הסל בשנת 2006 (כנראה לאור ההתעניינות וההתערבות הפוליטית ההולכת וגוברת). לפיכך ייתכן ומספר תרופות נמצאות כבר בפועל בתוך סל הבריאות, אולם עשינו בהן שימוש לצורך התרגיל.

חלופה ב' :

חלופה ב' מציעה לבחון את הכללתם של טיפולים ותרופות מניעתיים בסל, דוגמת **תכנית הטיפול המניעתית להפחתת גורמי סיכון למחלות לב בקרב האוכלוסייה, במקום תרופת האוסטין ובעלות זהה.**

התכנית, המבוססת על מחקר מקדים שנערך בישראל⁶, אמורה להפחית את שיעורי יתר לחץ הדם והתחלואה באוכלוסיית הסיכון באמצעות טיפול, ודרכו למנוע, בטווח של 20 שנה: אירועים קרדיו-וסקולאריים הנגרמים בשל תעוקת חזה (הפחתת 6,765 אירועים, ו-145 מקרי מוות – סה"כ הפחתת תמותה ב-16%), התקפי לב (הפחתת תמותה ב-16%, הנגרמת בשל הפחתה של 8,749 התקפי לב, שיחסכו חייהם של 543 אנשים), שבץ מוחי (הפחתת תמותה ב-41.2%, לאור מניעה של 8,074 מקרי שבץ מוחי, שיחסכו 1,114 מקרי מוות), מחלת כליות סופנית (ב-50%, דהיינו מניעה של 440 מקרי מוות) ומחלה בכלי הדם ההיקפיים (ב-42.6%, להפחית את מספר אירועי המחלה ב-8,134, לא חוסך מקרי מוות). סה"כ חסכון של 2,242 מקרי מוות ב-20 שנה, כ-35,100 שנות חיים, והפחתה בכ-34,000 אירועים לבביים. הטיפול יינתן ל-320,000 איש ויהיה אפקטיבי לגבי 50% מהם.

מספר מקרי מוות מופחתים	מס' מקרים	
145	6,765	אירועים קרדיו-וסקולאריים
543	8,749	התקפי לב
1,114	8,074	שבץ מוחי
440	880	חלת כליות סופנית
	8,174	כלי דם היקפיים
2,242	32,642	סה"כ

עלות הטיפול המניעתי מגיעה לכדי 352 מליון דולר ל-20 שנה, במונחי שנת 2006, שהם 1.584 מיליארד ₪ (ל-20 שנה). בשל ההשקעה הגבוהה בשנת ההפעלה הראשונה, ייערך יישום הדרגתי של החלופה שימשך 5 שנים, על פי חלוקת הארץ לחמישה אזורים.

לחלופה זו, הדורשת מערך הסברה משמעותי כדי לקדמה, להגביר ישימותה ולהפיץ את חשיבותה בציבור, תרופות מניעתיות כמעט ואינן נמצאות כיום בסל הבריאות, והכנסתן של תרופות וטיפולי מנע כחלק ממדיניות הבריאות של מדינת ישראל דורשת שינוי תפיסות עולם, ושינוי סדרי עדיפויות חברתיים⁷. לאור זאת, הוספה עלות קמפיין ציבורי בגובה של כ-8 מליון ₪ בחמש השנים הראשונות.

6 Cost-Utility Analysis of a National Project to Reduce Hypertension in Israel. Chaim Yosefy MD1, Ginsberg G.M DrPH2, J.Reuven Viskoper MD1, Dror Dicker MD3, Dov Gavish MD4 (טרם פורסם).

חישובי העלות והתועלת של חלופה זו מבוססים על ממצאי המחקר.

⁷ כנס ים המלח לנושאי בריאות שנערך ביוני שנה זו הוקדש לנושא, והפופולאריות של הנושא המניעתי בביטאונים הרפואיים הולכת וגוברת.

קריטריונים לבחינת החלופות

1. מידת השגת המטרה הגדלת מספר הנהנים הבטחת איכות חייהם ברמה סבירה 2. עלויות עלות תקציבית עלות כלכלית 3. לוחות זמנים אימוץ ההמלצות על ידי הממשלה תחילת ההשפעה 4. ישימות לחצים של קבוצות אינטרס טווח הראיה של הפוליטיקאים.	5. השפעות רוחב פעילות יצרנית למשק הוצאות בריאות, לרבות קצבאות הביטוח הלאומי השפעה על איכות חיי התא המשפחתי, ועל המצב הנפשי של החולים טיפול רפואיים נלווים שיתוף פעולה בינ-איזורי 6. גמישות לעתיד גידול אוכלוסייה שיפורים טכנולוגיים 7. חלוקת הנטל
--	---

ניתוח החלופות

חלופה א':

1. מידת השגת המטרה

מידת השגת המטרה נחלקת למעשה ל-2 פרמטרים עיקריים: המספר המרבי של החולים הזכאים לטיפול במימון ציבורי, והבטחת איכות חיים סבירה לאותם חולים.

חלופה א' משיגה את המטרה של הגדלת מספר הזכאים לטיפול במסגרת הסל, שכן היא מסייעת לכ-8,700 חולים, פי 16 ממספר המטופלים במצב הקיים, אך לא מגדילה את מספרם באופן מרבי.

לצורך בחינת מידת השגת המטרה של איכות חיים נבחן את שיעור השפעת התרופה על המטופלים, ונבדוק לכמה מהם, באחוזים, הועילה התרופה ובכך שפרה את איכות החיים הנחתנו היא כי במצב של תגובה חיובית לתרופות, נחסכים טיפולים, אשפוזים ומקרי מוות, כפי שיודגם להלן, ובכך ישנו שיפור באיכות החיים. אפשרות נוספת לבחינת איכות החיים היא מדד ה-QALY המבוסס במהותו על בדיקתה ושקלולה של איכות החיים (ראו **נספח ב' וד')**.

אם נשקלל את שני חלקי המטרה (מספר אנשים ואיכות חיים) לגבי חלופה זו נראה שב-50% מן המטרה (הגדלת הכמות) היא הושגה ב-70%. בחלקה השני (50% הנוספים), המטרה הושגה ב-71%, שכן 6,135 מטופלים נהנו אכן משיפור איכות החיים.

סה"כ השגת מטרה בחלופה א': 70%.

2. עלות מול תועלת⁸

2.1 עלות כלכלית

חלופה א' כוללת תרופות שעלותן היא 93.3 מיליון ₪ בשנה [1.87 מיליארד ₪ בהיוון לאינסוף. עלות זו זהה לזו של האווסטין (המצב הקיים)]. הכנסת תרופות אלה למסגרת סל הבריאות תחסוך טיפולים בעלות מהוונת של 732 מיליון ₪ וערך חיי אדם בעלות מהוונת של 2.8 מיליארד ₪. בשקלול של כל ההשלכות, המשמעות נטו של חלופה א' היא שיפור של 3.2 מיליארד ₪, לעומת המצב הקיים (ראו טבלת עלויות-תועלות בנספח ד').

2.2 עלות תקציבית

ההשקעה הכספית כולה היא השקעה של המדינה אך היא זהה בהיקפה להשקעה במצב הקיים. כלומר אין המדובר על תוספת תקציבית בהשוואה למצב הקיים.

3. לוחות זמנים

3.1 תחילת היישום

עם החלטת ממשלה המאמצת את המלצות ועדת הסל היישום הוא פחות או יותר מיידי.

3.2 תחילת ההשפעה

תחילת ההשפעה של חלופה זו הינה מיידי, מהשנה הראשונה להפעלתה.

מידת השגת קריטריון זה: 100%

4. ישימות

4.1 לחצים של קבוצות אינטרס

בחלופה א' הכוונה היא לא להכניס לסל את האווסטין אלא סדרה של תרופות הנותנות מענה למחלות אחרות. ההפגנות שאירעו בחודש מאי 2006 מטות את כף המאזניים לטובת החולים האמורים להשתמש באווסטין ולכן אנו מעריכות שישירותה של חלופה א' נמוכה יחסית.

4.2 טווח הראיה של הפוליטיקאים

טווח ה'הישרדות הפוליטית' הוא קצר יחסית ולכן מידת הישימות של חלופה תלויה בפרק הזמן שחולף בין קבלת ההחלטה לבין מועד יישומה. בחלופה זו טווח היישום מקביל פחות או יותר לטווח ההישרדות של הפוליטיקאי ולכן הישימות בהקשר זה היא גבוהה יחסית 80%.

להערכתנו, מידת הישימות של חלופה זו היא 65%.

⁸ משום שהעלות בנייר זה שווה בהשוואה בין החלופות לבין עצמן ובהשוואה למצב הקיים, נדרשנו דווקא לסוגיית התועלת כפרמטר להשוואה, ובדקנו את התועלת נטו.

5. השפעות רוחב

5.1 פעילות יצרנית למשק:

שינוי באיכות החיים ובאורך החיים משפיע על התרומה של האדם לכלכלת המשק. בעבודה זו לא כומתה השפעת רוחב זו (למעט הצמצום בשעורי התמותה, חסכון ערך חיי אדם, שכומת במסגרת התועלת הישירה). זוהי השפעת רוחב חיובית.

5.2 קצבאות הביטוח הלאומי:

שיפור איכות חיים יכול להביא לאי תשלום קצבאות נכות או סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. הארכת החיים תגרום ככל הנראה לתשלום בפרק זמן ארוך יותר של קצבאות זקנה ופרק זמן קצר יותר של קצבאות שאירים. לא ערכנו תחשיב של השפעות אלה. בהעדר תחשיב קשה לקבוע אם השפעה זו תהיה חיובית או שלילית.

5.3 השפעות רוחב בלתי כמיתות נוספות:

איכות החיים של המשפחה, מצב נפשי של החולה. אין חולקין על כך שאיכות ואורך החיים של אדם חולה משפיעה על כל משפחתו. השפעה זו היא חיובית ואף היא לא כומתה.

5.4 טיפולים רפואיים נלווים נוספים:

חלק מהטיפולים הרפואיים הנלווים הובאו בחשבון בחישוב העלויות נטו (אלה שנחסכים כתוצאה מהשימוש בתרופות המומלצות. לא תומחרו העלויות של הטיפולים אותם ימשיך החולה לקבל. זוהי השפעת רוחב שלילית.

סה"כ התרומה של השפעות הרוחב: נוטה לחיובי.

6. גמישות לעתיד

6.1 גידול אוכלוסייה

החלופה גמישה לגידול באוכלוסייה, משום שסל הבריאות מתעדכן בהתאמה לשיעורי גידול האוכלוסייה (סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי).

6.2 שיפורים טכנולוגיים ומידע חדש

כלל בלתי כתוב הוא שתרופות הנכנסות לסל הבריאות אינן מוצאות ממנו. אולם שיפור טכנולוגי עתידי יכול בהחלט להביא לטכנולוגיות ותרופות לאותן מחלות שבחלופה זו, והמשפרות את התועלת או איכות החיים, או תופעות הלווי ולכן יכולות להחליף בפועל את אלו שנבחרו בחלופה זו, ויעמדו מחדש למבחן ועדת הסל.

גם מידע רפואי חדש, במיוחד בהתייחס לתרופות חדשות שאין לגביהן ניסיון והיסטוריה מצטברת עשוי לשנות את מאזן התועלת של התרופה.

7. חלוקת הנטל

נטל העלות כולו מתקציב המדינה, אך אין כאן תוספת עלות מן המצב הקיים. לעומת זאת, החסכון שיהיה בטיפולים ובחיי אדם ייטיב לא רק עם תקציב המדינה אלא עם נותני השירות הרפואי: קופות החולים ובתי החולים, שיחסכו הוצאות עלות טיפולים ואשפוזים.

כדאיות כלכלית (שיפור לעומת המצב הקיים) של חלופה א': 2,083 מיליוני ₪

חלופה ב':

1. מידת השגת המטרה

כאמור מידת השגת המטרה נחלקת למעשה ל-2 פרמטרים עיקריים: מספר החולים הזכאים לטיפול במימון ציבורי, והבטחת איכות חיים סבירה לאותם חולים.

1.1 הגדלת מספר הנהנים

חלופה זו מגדילה את מספר הנהנים מן הסל בצורה משמעותית, ל-320,000 איש.

1.2 הבטחת איכות חיים סבירה

על פי הנחה מחקרית⁹ הטיפול יועיל ל-50% מתוך אוכלוסיית הסיכון הרלבנטית: כלומר יסייע בפועל ל-160,000 איש, במשך 20 שנה. יש לציין כי איכות החיים משתפרת בצורה משמעותית ל-50% אלה, שכן היא מפחיתה סיכונים, תחלואה, טיפולים רפואיים וכיוצא באלה.

אם נשקלל את שתי תת המטרות (מספר האנשים ואיכות חיים) לגבי חלופה זו נראה שב-50% מן המטרה (הגדלת המספר) היא הושגה ב-90% (ישנן תרופות העשויות לפעול על מספר גבוה יותר של אנשים). בחלקה השני, המטרה הושגה רק ב-50%, שכן רק 160,000 מן החולים המטופלים נהנו אכן משיפור איכות החיים.

סה"כ השגת מטרה בחלופה ב': 70%.

2. עלות מול תועלת¹⁰

2.1 עלות כלכלית

חלופה ב' כוללת תרופות שעלותן היא 93.3 מיליון ש"ח בשנה (2.025 מיליארד ש"ח בהיוון לאינסוף). הכנסת תרופות חלופה ב' למסגרת סל הבריאות תחסוך טיפולים בעלות מהוונת של 3.088 מיליארד ש"ח וערך חיי אדם בעלות מהוונת של 6.245 מיליארד ש"ח. בשקלול של כל ההשלכות, המשמעות נטו של חלופה ב' היא שיפור של 8.8 מיליארד ש"ח, לעומת המצב הקיים (ראו טבלת עלויות-תועלות בנספח ד').

2.2 עלות תקציבית

ההשקעה הכספית כולה היא השקעה של המדינה אך זהה בהיקפה להשקעה במצב הקיים. כלומר אין המדובר על תוספת תקציבית בהשוואה למצב הקיים.

3. לוחות זמנים

3.1 אימוץ ההמלצות על ידי הממשלה

ראו חלופה א'.

3.2 תחילת ההשפעה

⁹ ראו המחקר בהערת שוליים 6 לעיל.
¹⁰ כאמור משום שהעלות שווה בהשוואה בין החלופות לבין עצמן ובהשוואה למצב הקיים, נדרשנו דווקא לסוגיית התועלת כפרמטר להשוואה, ובדקנו את התועלת נטו.

ההשפעה של חלופה זו היא מדורגת. ב-5 השנים הראשונות תחל התכנית לפעול באופן מדורג על פי מחוזות והחל מן השנה ה-6 תפעל בכל רחבי הארץ. תוך 20 שנה יגיע התהליך כולו להבשלה מלאה (והתועלות ימוקסמו).

4. ישימות

4.1 לחצים של קבוצות אינטרס

כפי שצינו, השפעת ההפגנות בחודש מאי 2006, מטה את כף המאזניים לטובת החולים הזקוקים לאוסטין ולכן אנו מעריכות שמהיבט זה ישימותה של חלופה ב' נמוכה יחסית. לכך מתווספת העובדה כי האתגר ביישום חלופה ב' הוא הכנסת חידוש מהפכני במדיניות הבריאות של מדינת ישראל, ובמדיניות ההעדפות של ועדת הסל. יש לזכור כי בנושא המניעה עשויות להתעורר גם קבוצות אינטרס התומכות בקידום הנושא. מכל מקום, בכדי להגביר את סיכויי הישימות, אנו ממליצות לערוך מסע הסברה שידגיש את התועלת של חלופה זו ואת השלכותיה ארוכות הטווח. ההסברה תיועד לקהל הרחב, ובשנה הראשונה למקבלי ההחלטות במשרד הבריאות ובממשלה.

4.2 טווח הראיה של הפוליטיקאים

טווח ההישרדות של הפוליטיקאים הוא קצר יחסית ולכן מידת הישימות של חלופה תלויה בפרק הזמן שחולף בין קבלת ההחלטה לבין מועד השפעתה. בחלופה זו טווח היישום ארוך פי כמה מטווח ה"חיים" של פוליטיקאי. מצד שני יש לזכור כי שיקול הדעת של ועדת הסל על גווניה הוא שיקול מקצועי בעיקרו, ועל כן משקלו של קריטריון זה אינו מחסום בלתי עביר.

לאור זאת, להערכתנו, מידת הישימות של חלופה זו בליווי הקמפיין היא 40%.

5. השפעות רוחב:

5.1 פעילות יצרנית למשק

השיפור באיכות החיים אצל האנשים שיושפעו מהטיפולים הוא משמעותי מאוד ועם השלמת הטיפול הם יתפקדו ככל האדם ויתרמו ליצרנות המשקית במלוא ההיקף.

5.2 צמצום קצבאות הביטוח הלאומי

צמצום קצבאות (נכות) והגדלת מספר הזכאים לקצבת זקנה – בדומה לחלופה א'.

5.3 השפעות רוחב בלתי כמיתות נוספות

איכות החיים של המשפחה (תשתפר), מצב נפשי של החולה (ישתפר).

5.4 שיתוף פעולה בין אזורי

כחלק מיישום התכנית המניעתית בקנה מידה רחב, קיימת שאיפה מחקרית ויישומית לשתף מדינות נוספות במזה"ת בהוצאתה לפועל¹¹. זוהי השפעת רוחב חיובית.

סה"כ התרומה של השפעות הרוחב: חיובית.

¹¹ מסקנות החוקרים במחקר, הערה 6 לעיל.

6. גמישות לעתיד

6.1 גידול אוכלוסייה

החלופה גמישה לגידול באוכלוסייה, משום שסל הבריאות מתעדכן בהתאמה לשיעורי גידול האוכלוסייה (סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי).

6.2 שיפורים טכנולוגיים ומידע חדש

בדומה לחלופה א' – ר' שם.

7. חלוקת הנטל

בדומה לחלופה א' – ר' שם.

כדאיות כלכלית (שיפור לעומת המצב הקיים) של חלופה ב': 3,520 מיליוני ₪

טבלה מסכמת של השוואת חלופות

הקריטריון	חלופה א'		חלופה ב'	
	מילולי	מספרי	מילולי	מספרי
השגת המטרה	70%		70%	
עלות במיליוני ₪		93.3		93.3
לוחות זמנים	א. מיידי לביצוע	-1,712	א. מיידי לביצוע	-7,307
	ב. השפעה מיידיית		ב. השפעה מדורגת	
ישימות באחוזים ובמיליוני ש"ח	65%	-591	40%	-2,028
השפעות רוחב	נוטות לחיובי	לא כומתו	חיוביות	לא כומתו
גמישות לעתיד	רבה למדי		רבה למדי	
חלוקת נטל	העלות מתקציב המדינה. התועלת נחלקת.		העלות מתקציב המדינה. התועלת נחלקת.	
כדאיות כוללת במיליוני ש"ח	שיפור של	2,083	שיפור של	3,520

המלצה:

אנו ממליצות על חלופה ב':

1. מידת השגת המטרה, חלוקת הנטל, והגמישות לעתיד זהה בשתי החלופות ועל כן אין העדפה במימדים אלה לאחת מהן.
2. לוח הזמנים הינו מיידי לביצוע בשתי החלופות. בחלופה ב' ההשפעה תתבטא במלואה רק בטווח הארוך יותר, אולם עובדה זו נובעת מטיב החלופה (טיפול מניעתי נותן אותותיו רק בטווח הזמן הארוך). אנו סברנו כי למרות טווח הזמן הארוך ואולי בזכותו, יש עדיין לתת עדיפות גם במימד זה לחלופה ב'.
3. העלות נשארת קבועה בשתי החלופות, כפי שהיא במצב הקיים, ועל כן קריטריון זה אינו משפיע על בחירת החלופה.
4. הישימות היא אבן הנגף של חלופה ב'. בהיבט זה עדיפה חלופה א'. אולם כאשר אנו משקללים את הישימות בתועלת הכלכלית, עדיין הכדאיות הכלכלית של חלופה ב' גבוהה יותר.
5. השפעות הרוחב: חיוביות בחלופה ב', למעט גידול צפוי בקצבאות הזקנה של הביטוח"ל אך לא ניתן לתת לכך משקל שלילי בהתחשב בכך שמטרת סל הבריאות היא לשפר את בריאות האוכלוסיה.
6. **הכדאיות הכוללת מראה על שיפור של 3,520 מיליוני ₪ ביחס למצב הקיים, הגבוה ב- 1,437 מיליון ₪ ביחס לחלופה א';**

ניתוח על פי מדד ה-QALY והשוואה בין החלופות על פי מדד זה אף הוא מצביע על עדיפותה של חלופה ב' – ראו **נספח ד'** (לגבי חישובי עלות תועלת) ו**נספח ב'** לגבי מהות המדד.

נספח א'

מדדים מכוונים להכנסת טכנולוגיות חדשות (לא לפי סדר חשיבות)¹

- * הצלת חיים עם הבראה מלאה, או מניעת המחלה / התמותה
- * הצלת חיים לאורך זמן רב עם חולי מוגדר
- * נטל כלכלי לחברה
- * מספר החולים הנהנים מהתרופה
- * משקל תועלתה בהפחתת תחלואה גבוה ממשקלה בשיפור איכות חיים
- * טכנולוגיה חדשה לחלוטין למחלה קלה שאין לה חלופה טיפולית
- * טכנולוגיה חדשה לחלוטין למחלה קשה שאין לה חלופה טיפולית
- * ביטוח הדדי חברתי לתרופה שעלותה גבוהה מאוד (שהוכחה יעילותה) כשעלותה לפרט גבוהה לעומת זאת לחברה סבירה
- * הארכת חיים יחד עם שיפור איכות חיים
- * הארכת חיים עם הפחתת תחלואה
- * הארכת חיים עם סבל רב לחולה
- * מספר החולים הצפוי – ידוע
- * טכנולוגיה שהרווח הכלכלי הישיר למערכת הבריאות מהכנסתה בטווח הקצר (שנה, שנתיים) גבוה מעלותה
- * טכנולוגיה שהרווח הכלכלי הישיר למערכת הבריאות מהכנסתה בטווח הארוך (גבוה משנתיים) גבוה מעלותה
- * הכנסת טכנולוגיה לטיפול בקבוצת גיל צעירה למניעת תחלואה / תמותה או מוגבלויות
- * טכנולוגיה שמלבד בטיחותה ויעילותה נצבר נסיון רב בהפעלתה בישראל ובעולם בשלב הטרם שיווקי (post marketing phase).
- * התייחסות לאיכות חיים בעיקר בהיבט של תפקוד עצמאי

¹ מתוך: שמר, מורגנשטיין, המרמן, לוקסנבורג ושני, קידום טכנולוגיות רפואיות בסל שירותי הבריאות בישראל: 1995-2000, הרפואה, כרך 142, חוברת ב' (פברואר 2003), עמ' 82.

נספח ב'

כמו במרבית המדינות המפותחות, מחלות לב, לחץ דם ושבץ מוחי מהוות נטל כלכלי מן הגבוהים בתחום הבריאות.

תכנית להפחתת לחץ דם בעלות של 352.7 מליון דולר כוללת: 9.8 מיליון דולר לחינוך צוותי הרפואה, 19.2 מיליון דולר לניתוחים, צנתורים והתערבות רפואית דומה, 70 מיליון דולר לחינוך המטופלים במהלך השנה הראשונה (בשל מגבלות תקציב החלטנו לפרוס את היישום ל-5 שנים הראשונות) ו-66.8 מיליון דולר לטיפולים שוטפים ("תחזוקת" המטופלים) ו-186.2 מיליון דולר לתוספת תרופות וטכנולוגיות. חיסכון ברוטו בגובה של 537.6 מיליון דולר נגרם מהפחתה בטיפולים רפואיים (3.444 מיליון דולר), הפחתה בשימוש בתרופות (3.93 מיליון דולר) כתוצאה מהפחתת תחלואה. החיסכון נטו הינו: 185 מיליון דולר.

מדד QALY (Quality Adjusted Life Year), יחידות מדידה של תועלת, המשלבות שנות חיים שהתווספו כתוצאה מהתערבויות רפואיות או תכניות טיפוליות רפואיות, עם הערכה לגבי איכותן של אותן שנות חיים. בכדי לבדוק אם תרופה/טיפול/טכנולוגיה הם אפקטיביים מחשבים את העלות נטו פר QALY ומשווים בין התוצאה לבין התל"ג לנפש.

מדד האפקטיביות:

אם:	העלות פר QALY $0 >$	אז: אפקטיביות מרבית לטכנולוגיה;
אם:	$0 >$ עלות פר QALY $>$ תל"ג לנפש	אז: הטכנולוגיה אפקטיבית מאוד;
אם:	תל"ג לנפש $>$ עלות פר QALY $>$ תל"ג לנפש כפול 3	אז: הטכנולוגיה אפקטיבית;
אם:	העלות פר QALY גבוהה מ-3 פעמים התל"ג לנפש	אז: הטכנולוגיה לא אפקטיבית.

נספח ג'

פירוט תחשיבי העלות והחסכון בחלופה א', על פי מחלה²

1. שירותי שיקום לחולי לב

טכנולוגיות שירותי שיקום לחולי לב המיועדת לסייע ל-4,600 אנשים הנמצאים כבר בקבוצת סיכון למחלות לב, עלותה 12.8 מליון ₪. שירותי השיקום מפחיתים את אחוז הצנתורים החוזרים מ-29% ל-13%, דהיינו חסכון של 16%. החסכון חושב על פי הנחה של עלות 4 ימי אשפוז הנחסכים בכל צנתור (עלות ממוצעת ליום אשפוז היא 1,788 ₪). רמת התמותה כתוצאה מבעיות לב חוזרות מופחתת באמצעות שירותי השיקום, ב-21%, דהיינו חסכון בחייהם של 955 איש בשנה. חסכון זה חושב על סמך הנחה של שנת חיים נוספת והשתכרות על פי השכר הממוצע במשק (7,250 ₪). הנחנו הפחתת תחלואה כוללת של כ-10%.

2. תומך עורקי מצופה בתרופה

אשר נועד למנוע היצרות חוזרת בחולים עם חסימת עורקים, יסייע לכ-3,000 איש ועלותו כ-35 מליון ₪. כתוצאה מן השימוש בתומך (סטנט) ייחסכו 28.6% צנתורים חוזרים וניתוחי מעקפים. בהעדר מידע על החלוקה ביניהם, הנחנו הנחה ששני שלישים מהם הינם צנתורים ושליש ניתוחי מעקפים. החסכון בצנתורים חושב על פי ימי האשפוז הנחסכים ועלותם (לעיל), ולצורך ניתוח המעקפים לקחנו בחשבון סכום כולל של 55,000 ₪ לניתוח.

3. טקסוטר

תכשיר אנטי סרטני לטיפול קו ראשון בסרטן השד, יסייע ל-400 חולות ועלותו כ-4.5 מליון ₪. זמן התקדמות המחלה מתארך מ-31.9 שבועות ל-37.7, דהיינו התכשיר מוסיף לחולה כ-6 שבועות חיים (שחושבו על פי השכר הממוצע במשק כאמור, לתקופה הרלבנטית).

4. מאבטרה

תכשיר משלים לכימותרפיה לחולי סרטן בלוטות הלימפה, יסייע בהתוויות מסויימות של המחלה ל-400 חולים, ועלותו השנתית הינה כ-19 ₪. שיעור התמותה מן המחלה מופחת ב-37% לשנה. ועל סמך הנחה זו חושבה התועלת של ערך חיי האדם (על בסיס השכר הממוצע כאמור). שיעור התחלואה הופחת גם הוא: הסיכון לאירוע פחת ב-55% (חושב על בסיס עלות של 35,000 ₪ לאירוע) וכן פחת מספר הטיפולים ב-42% (שעלותם מונחת על ידינו בכ-23,300 ₪).

5. פגאינטרון ופגאסיס

טיפול בדלקת ובשחמת כבד נגיפית, תרופות שעלותן כ-22 מליון ₪ ותסייענה לכ-500 חולים. התרופות יפחיתו את מספר האשפוזים עד לאומדן של 42% פחות מן האשפוזים אלמלא התרופות (עלות יום אשפוז 1,788 ₪ מוכפלת במספר ימי אשפוז ממוצע במח' פנימית: 4.3, יחסית למספר החולים), ויפחיתו 67% מן הטיפולים שעלותם חושבה על בסיס כ-12,000 ₪ פר טיפול; כן יוסיפו התרופות למטופלים 1.14 שנות חיים באיכות מלאה.

² הבסיס לחישובים על פי ספר סל הבריאות לשנת 2003 ומחירון משרד הבריאות לשירותי אשפוז

רשימת מקורות

1. פגישות עם ד"ר גרי גינסברג, מנהל תחום הערכת טכנולוגיות, משרד הבריאות, ח' יוני-יולי 2006.
2. פגישה עם ד"ר ברוך רוזן, מנהל תחום בריאות, מאירס-ג'וינט- מכון ברוקדייל, יוני 2006
3. פגישה עם גב' רות רלב"ג, סמנכ"ל כספים, משרד הבריאות, יוני 2006.
4. פגישה עם ד"ר דוד חניניץ, האוניברסיטה העברית, יוני 2006.
5. שמר, מורגנשטיין, המרמן, לוקסנבורג ושני, **קידום טכנולוגיות רפואיות בסל שירותי הבריאות בישראל: 1995-2000**, הרפואה, כרך 142, חוברת ב' (פברואר 2003).
6. ספר הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2003, משרד הבריאות – המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות.
7. **אתר אינטרנט של נעמי לקוואלי**
8. **מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ופעולות דיפרנציאליות**, תאריך תחולה: 1/6/06.
9. **Cost-Utility Analysis of a National Project to Reduce Hypertension in Israel.** Chaim Yosefy MD1, Ginsberg G.M DrPH2 , J.Reuven Viskoper MD1, Dror Dicker MD3, Dov Gavish MD4 (טרם פורסם).