

תוכן עניינים

1.	רקע.....	3
2.	המצב בישראל.....	4
3.	תהליך וועדת הסל.....	7
4.	ניתוח 10 מהקריטריונים המכוונים לבחינת קדימויות.....	9



רקע

ככל שחולף הזמן, כך גדלות העלויות במערכת הבריאות בעולם בכלל ובישראל בפרט. שיעור הזקנים מן האוכלוסייה הולך וגדל ומלווה בעלייה בעומס על המערכות של הבריאות, טכנולוגיות רפואיות משתכללות ומתייקרות והעלייה ברמת החיים מעלה דרישה לבריאות מצוינת לכל אזרח, מה שגם דורש עלויות גבוהות. טכנולוגיות רפואיות כוללות מכשירים רפואיים, תרופות, חיסונים, כלי אבחון וכו'. מכיוון שתקציבן של רוב המדינות הינו מוגבל, הרי שהעלויות הגבוהות מולידות באופן טבעי מחסור תקציבי. המחסור התקציבי מוביל לכדי הצורך בהקצאת משאבים שתמקסם את התועלות מהכסף המושקע במערכות הבריאות. אחד מהתהליכים המשמשים לצורך הקצאת משאבים יעילים, הינו הערכת טכנולוגיות רפואיות.

הערכת טכנולוגיות ברפואה כוללת חיזוי של תוצאות השימוש בטכנולוגיות בעתיד הקרוב ובטווח הרחוק, כאשר החיזוי ברמה הרפואית וברמה הכלכלית. ההערכה שלהן מאפשרת לנו להבין אם רצוי להכניס טכנולוגיה חדשה מסוימת והאם כדאי להמשיך להשתמש בטכנולוגיה קיימת. ההערכה נסובה בין היתר לגבי טיב הטכנולוגיה עבור המטופלים, זמינותה ונגישותה במערכות הבריאות, רמת האתיקה שהיא עומדת בה, האם עומדת במגבלות התקציב הלאומי ועוד. במידה שרצוי להשתמש בטכנולוגיה, ההערכה גם מאפשרת לנו לנסות ולהקצות אותה במקסימום אפקטיביות למטופלים השונים, בהתבסס על מגבלות התקציב ובהתבסס על הצרכים המגוונים של האוכלוסיות השונות.

אחד הכלים המשמעותיים שיש בידינו לשם הקצאת משאבים יעילה נקרא השמת קדימויות. כלי זה כולל בחירתן של אוכלוסיות להן מגיעה קדימות בסל השירותים לצורך הקיצוב. זאת מתוך קבלה של ההבנה כי בלתי אפשרי לממן שירותי בריאות לכל התושבים. כך שנותרות בפנינו 2 אפשרויות עיקריות לחלוקה – כל הקודם זוכה, או צדק חלוקתי (חלוקה הוגנת של המשאבים). ברור כי מערכת הבריאות בחרה בצדק חלוקתי. לפי החלטת המערכת, זכות היסוד של הפרט לבריאות אינה מוחלטת אלא יחסית לכמות המשאבים המוגבלת של משרד הבריאות. העיקרון המנחה האתי הוא הצדק החלוקתי, לפיו טובת הכלל גוברת על פני טובת הפרט. פירוש כי אוכלוסיות עם מחלות יותר שכיחות נוטות להיות בעלות קדימות גבוהה יותר בהקצאת המשאבים, ובמילים אחרות, יש נטייה להעדיף לממן טכנולוגיות רפואיות מהם נהנים כמה שיותר אנשים. הדבר גורר כמובן בעייתיות מסוימת וסוגיות שכואבות לציבור, כמו השאלה מה עולה בגורל של אנשים עם מחלות יתומות ו/או נדירות יחסית שהן קשות ויקרות, אך לא נכנסות לסל הבריאות מתוך עקרון טובת הכלל. לאור המשאבים המוגבלים, לאנשים עם מחלות כאלה אין פתרון נגיש כלכלית, ולכן קיימת סבירות גבוהה לפיה הם לא זוכים לממש את זכותם לחיים בריאים יותר.

אם כן התקציב המוגבל מחייב הקצאת משאבים שנעשית דרך השמת קדימויות. על השאלה אילו טכנולוגיות יכללו במימון, כלומר אילו טכנולוגיות יתווספו או יוחסרו במערכת הבריאות, עונה הפרטיקה של הערכה כלכלית, המחשבת את הערך הבריאותי המקסימלי שנותנת ההשקעה בטכנולוגיה, כאשר הערך הבריאותי הוא למעשה ההשפעה הקלינית של השימוש בטכנולוגיה. הערך הבריאותי מתורגם לשנות חיים מתוקנות באיכות (QALYs) או מוכנות לשלם (WTP). הערכה כלכלית בעלת תועלות מרובות המהוות את הנימוק לשימוש בה. תועלותיה הן, הגדרת אוכלוסיות לפי מאפיינים דמוגרפיים / בריאותיים כגון חומרת מחלה, גיל, מגדר וכו', הגדרת תדירות הטיפול ומהי המנה הטיפולית, התחשבות בצרכי וערכי אוכלוסיות שונות בקבלת ההחלטות, אפשרות לכימות נתונים ולניתוחי רגישות, איתור הטכנולוגיה שמומלץ להוסיף או להחסיר, ואף קביעת קדימויות של היעילות הטכנולוגית דרך שימוש בערך רף. לרוב מחשבים, דרך השוואה של התוצא הקליני ושל העלות בין 2 חלופות (2 טכנולוגיות שונות או טכנולוגיה והיעדר טכנולוגיה), את התוספת המצטברת של יחס עלות-תועלת, ICER – הפרשי העלות בין הטכנולוגיות שנובעים משיפור ביחידה אחת בתועלת הקלינית, כאשר יחידה אחת היא הפרש התועלות בין שתי החלופות. ההערכה הכלכלית מאפשרת לנו למקסם תועלות תוך מגבלה תקציבית: נבחר בטכנולוגיה שמספקת מירב התועלת או מינימום עלות להשגת יחידת תועלת מצטברת.

כאמור, ההערכה הכלכלית מאפשר לבחון האם טכנולוגיות חדשות וקיימות יעילות כלכלית. בפרט, הערכה כלכלית יכולה למעשה לבחון יחס עלות-מועילות או עלות-יעילות. יחס עלות מועילות מודד במונחי כסף, כאשר שנת חיים ומצב בריאותי מתורגמים לכסף (WTP, מוכנות לשלם). קשה תפיסתית להכיל מחשבות על בריאות

במונחי כסף, לכן זהו ניתוח יחסית נדיר. ניתוח יותר נפוץ של הערכה כלכלית הינו בחינת יחס עלות יעילות המודד תוצא במונחי יעילות קלינית, לדוגמא תוספת שנות חיים, כמה מקרי מוות או חולי נמנעו וכדומה. יחס עלות יעילות יכול למדוד את העלות המינימלית (אם יש תוצא קליני זהה, שקול, לכל חלופה, ואז בוחרים בחלופה עם העלות הכי קטנה) או עלות תועלת (תוצא שלרוב נמדד במדדי איכות חיים וכמובן בוחרים את החלופה הכי מועילה). בחינת עלות-יעילות יכולה להשוות טכנולוגיות עם תוצאים שונים והחלטות בתחומים שונים, אף מעבר לבריאות. בנוסף היא גם מתחשבת בערכים בלתי מדידים לעומת ניתוח עלות מועילות, כגון ערכים, מוסר, אושר, רווחה ועוד.

המצב בישראל

בישראל, חוק בריאות ממלכתי משנת 1994 הינו החוק שמנסה לקדם שוויון במתן שירותי הבריאות דרך קופות החולים, לספק סל בריאות אוניברסלי שמתאים לכיסוי ביטוח רפואי לכלל האזרחים, להבטיח את קיומה הכלכלית של מערכת הבריאות, להגדיל את חופש הבחירה של האזרחים בין הקופות, ולשפר רגולציה על הקופות. לפני כן, כל קופה קבעה לעצמה את הרף המינימלי של השירות שנותנת למבוטחיה דבר שיצר חוסר שוויון בין המבוטחים. החוק הזה בא להסדיר את אי השוויון וקבע שארבע קופה"ח בישראל מחויבות לספק למבוטחים שלהן סל בריאות אחיד. החוק מגדיר אילו שירותי בריאות בסיסיים כולל הסל ומערכת הבריאות הציבורית מחויבת לספקו דרך קופה"ח. החוק קובע כי ביטוח הבריאות הממלכתי מבוסס על עקרונות צדק, שוויון ועזרה הדדית. כברירת מחדל, כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה. מימון סל הבריאות הינו על כתפי המדינה, ועיקר מקורות המימון הם מדמי ביטוח הבריאות, תקציב משרד הבריאות, תקבולי הקופ"ח ועוד. מס הבריאות נגבה ע"י ביטוח לאומי בגובה משתנה לפי הכנסתו של הפרט. למעשה בחוק ביטוח ממלכתי מוגדרים שני סלי בריאות, אחד באחריות הקופות ואחר באחריות משרד הבריאות. לכל אחד תקציב שונה שקובע משרד הבריאות מדי שנה. מחקרים מראים שמבחינת תרופות, סל הבריאות הישראלי מתקדם למדי לעומת מדינות אחרות: תרופות לסרטן נגישות יחסית, אימוץ תרופות חדשות הינו מהיר, רבות מהתרופות בסל בהשתתפות עצמית נמוכה עד אפסית ועוד.

כמו כן, כל אזרח חייב לשלם ביטוח בריאות חובה לשם קבלת שירותי הסל, אך בנוסף משרד הבריאות גם מספק שירותי בריאות מסוגים אחרים כמו בריאות הנפש, בריאות הציבור, אשפוז סיעודי, ביטוחים "משלימים" ועוד. כמובן שגם כל קופה רשאית להציע שירותי בריאות מעבר לקבוע בסל, אבל זה כבר יהיה ללא מימון ממשלתי. לעתים מקיימת הקופה "ועדת חריגים" שבה