

סדרת ניירות מדיניות

**מצב הבריאות ותקצוב המערכת
בישראל בראי שיטת ה-DALYs
דב צ'רניחובסקי וליאורה בוורס**

נייר מדיניות מס' 2014.18

HEALTH STATUS AND HEALTHCARE SYSTEM BUDGETING IN ISRAEL IN THE CONTEXT OF DISABILITY-ADJUSTED LIFE YEARS (DALYs)

Dov Chernichovsky and Liora Bowers

Policy Paper No. 2014.18

* * *

הדעות המובאות להלן הן של המחברים ואינן בהכרח משקפות את דעות מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

מותר לצטט קטעי טקסט קצרים – שאינם עולים על שתי פסקאות – ללא הסכמה מפורשת, ובלבד שיינתן אזכור מלא למקור הציטוט.

המרכז נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סונגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על-ידי קרן הנרי ומרילין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המרכז www.taubcenter.org.il או בדוא"ל info@taubcenter.org.il.

מצב הבריאות ותקצוב המערכת בישראל בראי שיטת ה-DALYS

דב צ'רניחובסקי וליאורה בוורס*

תקציר

פרק זה מציג בקצרה את מערכת הבריאות בישראל בהיבט של מדד ה-DALYS – Disability-Adjusted Life Years, ובעברית: שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד. בעוד המדדים המקובלים במערכת הבריאות בישראל ובכלל מבוססים לרוב על שיעורי תמותה, מדד ה-DALYS מבוסס על נטל תחלואה שנגרם הן ממוות בטרם עת והן מתחלואה ונכות, ועל כן יכול להעניק תמונה שלמה יותר של מצב הבריאות. מבדיקת מצב הבריאות בישראל עולה כי בעוד שמחלות לב וכלי דם ומחלות ממאירות אחראיות ל-42 אחוז מהתמותה, תרומתן לנטל התחלואה הכולל (כפי שהוא נמדד במדד DALYS) עומדת על 18 אחוז בלבד. לעומת זאת, בעיות אורתופדיות ודיכאון, הגורמים ל-19 אחוז מנטל התחלואה הכולל, כמעט אינם קיימים במניין גורמי המוות. בהיבט של תקציב מערכת הבריאות הציבורית, ההקצאה של המנגנון הנוכחי לקבוצות הגיל 15–54, שמשקלן בתפקוד במשק הבית ובשוק העבודה רב, נמוכה יחסית להקצאה לפי נטל התחלואה. עוד נמצא כי ועדת סל הבריאות מקצה מחצית מתקציבה השנתי לטיפול במחלות ממאירות, שהן מגורמי התמותה העיקריים. לעומת זאת מתווסף לתקציב זה רק מימון מועט לטיפול בהפרעות אורתופדיות ונפשיות, שהן מגורמי נטל התחלואה העיקריים, בין השאר עקב המנדט הצר של הוועדה.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; ליאורה בוורס, מנהלת תחום מדיניות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

1. מדד שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד (DALYs)

המדדים המסורתיים לבחינת רמת הבריאות ואיכות הרפואה במדינות שונות מתבססים על שיעורי תמותה. לרפואה המודרנית יש אפשרויות מרחיקות לכת להאריך את ימיהם של חולים, בעיקר עקב ההתפתחויות הטכנולוגיות, אולם לא תמיד הישגים אלו מבטאים יכולת תפקוד ואיכות חיים. לאור זאת, מאז שנות התשעים של המאה שעברה התפתחו מדדים המנסים לשקול שנת חיים לפי "איכותה". מדדים אלו מנסים לכמת את היכולת לתפקד ולחוש הנאה, בין השאר כדי לקבל תמונה רחבה יותר על הפוטנציאל של הרפואה לתרום לרווחה חברתית. שיטה מקובלת אחת למדידת נטל התחלואה הכולל ואיכות החיים היא שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד (DALYs – Disability-Adjusted Life Years). ציון דרך חשוב בבחינת הנטל היה הדוח השנתי של הבנק העולמי (World Bank, 1993), אשר בחן את נטל החולי על האוכלוסייה. כיום מנוהל הפרויקט הבין-לאומי בארגון IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), היושב באוניברסיטת וושינגטון ומרכזו כ-500 חוקרים מ-300 מוסדות ב-50 מדינות.

שנת חיים מתוקננת לאי תפקוד (DALY) מודדת הן את מספר שנות החיים שאבדו באופן מלא עקב מוות בטרם עת,¹ והן שנים שאבדו באופן חלקי עקב מחלה או אובדן תפקוד.² הסכום של שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד בקרב האוכלוסייה הוא נטל התחלואה (Burden of Disease) המוטל על האוכלוסייה. בפשטות, נטל זה יכול להיחשב כהפרש בין מצב הבריאות הנוכחי של האוכלוסייה ובין מצב שבו האוכלוסייה ממצה את מלוא פוטנציאל החיים שלה, והיא חופשיה מאי תפקוד הנובע ממוות בטרם עת או מחולי ומנכות. בהתאם לכך, שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד מוגדרות כסכום של שנות החיים שאבדו עקב מוות בטרם עת (YLL – Years of Life Lost) בתוספת המשקל החלקי שניתן לשנות החיים בחוסר תפקוד מסוים (YLD – Years Lost due to Disability), כלומר:

$$DALYs = YLL + YLD$$

¹ קבוצת המחקר אשר עוסקת ב-DALYs במכון Health Metrics and Evaluation קבעה כנקודת התייחסות לצורכי ניתוח תוחלת חיים ממוצעת של 86 שנים – גיל מבוגר ביחס לתוחלת החיים הממוצעת גם במדינות מפותחות, המשתווה רק לתוחלת החיים בקרב הקבוצה המובילה בעולם בתחום זה (נשים יפניות). גיל זה מבטא את פוטנציאל תוחלת החיים המרבי כיום, וכל מוות בגיל צעיר יותר נחשב למוות בטרם עת.

² ארגון הבריאות העולמי משתמש במונח disability, שתרגומו המילולי הוא "נכות". לדעת מחברי הפרק תרגום זה אינו תואם את הכוונה המקורית, לכן המונח שישמש בפרק זה הוא "אובדן תפקוד" או "אי תפקוד". ראו הרחבה אצל צ'רניחובסקי (עמיד להתפרסם).

DALYs היא שיטה אחת במשפחה הידועה בשם HALYs – Health Adjusted Life Years, שמטרתה לכמת את איכותה של כל שנת חיים בהתאם לאפשרות ליהנות ממנה ולתפקד בה באופן מלא (צירניחובסקי, עתיד להתפרסם; Gold et al., 2002). כל השיטות הללו, כולל הניסיון ליישמן בישראל, מבוססות על מודלים מתפתחים ונתונים מתעדכנים של היארעות מחלות, כמו גם על הערכות בדבר משמעותה של מחלה, פגיעה או נכות כזו או אחרת לגבי יכולת התפקוד. יתרונה הבסיסי של ה-DALYs ביחס לשיטות דומות טמון בכך שהיא מאפשרת להשוות נתונים בין מדינות ואזורים שונים.³

משמעות השימוש בשיטה הנמצאת בתהליכי פיתוח ועדכון היא שאומדני ה-DALYs בישראל עלולים להשתנות. עם זאת, סביר להניח שהתמונה הכללית לא תשתנה באופן מהותי, מאחר שהנקודה המשמעותית היא שבשיטת מדידה זו יש התייחסות לגורמי סיכון, מחלות ופגיעות הפוגעים בתפקוד. גורמים אלו אינם מקבלים ביטוי מפורש בשיטות הקיימות למדידת מצב הבריאות, המבוססות לחלוטין על תמותה, לכן הן עשויות להיות בלתי מספקות. היינו, הממצאים המוצגים בפרק אינם מושפעים כל כך מדיוקם של נתונים כאלה או אחרים, אלא מהשיטה עצמה.

נתונים⁴

הנתונים בנושא תמותה לקוחים מרישומי נתוני התמותה והילודה של ישראל. הערכות בדבר תחלואה – כולל שכיחותן והיארעותן של מחלות ופגיעות רפואיות, משכן וההפוגות בהן – מבוססות על מטא-רגרסיה לנתונים ממקורות שונים, לרבות סקרי משקי בית, רישומי מחלה ונתוני מעקב, אשפוזים ורשומות במרפאות חוץ, עבור 21 אזורים בעולם (ישראל נכללת באזור מערב אירופה). למצבי חולי או פגיעה שונים ניתנו משקל או דרגת נכות יחסיים בהתבסס על סקרים שנערכו בקרב הציבור הרחב בחמש מדינות (Murray et al., 2010). סקרים אלו בחנו את תפיסתו של הציבור בעניין נטל התחלואה בעקבות בעיות רפואיות שונות, ונמצא שהתוצאות במדינות השונות – כלומר דעת הציבור לגבי רמת פגיעתם של מצבי תחלואה ונכות שונים בתפקוד – היו דומות יחסית.

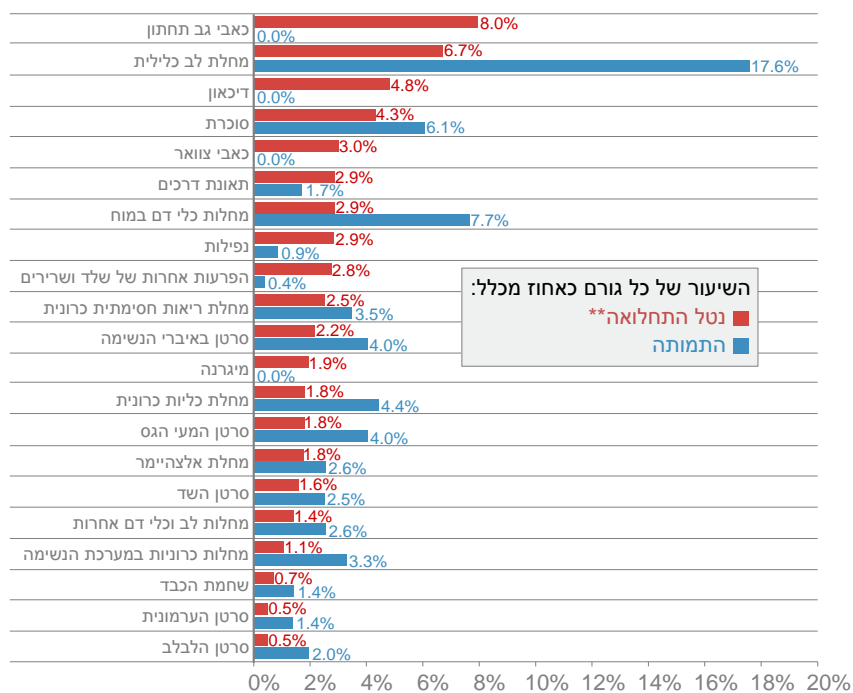
³ ניתוח השוואתי בין ישראל למדינות אחרות לאורך זמן יובא בפרסום עתידי בנושא.

⁴ הפרק מתבסס על מידע מהמכון Health Metrics and Evaluation.

2. הגורמים למוות ולנטל תחלואה בישראל

הנתונים המוצגים בתרשים 1 מצביעים על הבדלים ניכרים בין 15 גורמי התמותה המובילים ובין 15 הגורמים המובילים בכלל נטל התחלואה, כפי שהם נמדדים במדד DALYs (כאחוז מ-21 גורמים בסך הכל – כלל הגורמים המובילים בניכוי חפיפה בין גורמי תמותה לגורמי נטל תחלואה). גורמי התמותה המרכזיים בישראל הם מחלות לב וכלי דם ומחלות ממאירות, ואילו הגורמים המרכזיים לנטל תחלואה שאינם גורמים לתמותה הם כאבי גב תחתון, דיכאון ומיגרנות.

תרשים 1
הגורמים העיקריים* לתמותה ולנטל תחלואה, 2010**



* 15 הגורמים המובילים במניין התמותה ו-15 הגורמים המובילים במניין נטל התחלואה (חלק מהגורמים חופפים).

** נטל התחלואה נמדד במדד שנות חיים מתוקנות לאי תפקוד (DALYs), המביא בחשבון תמותה ואובדן תפקוד.

מקור: דב צ'רניחובסקי וליאורה בוורס, מרכז טאוב
 Institute of Health Metrics and Evaluation, נתונים:
 Global Burden of Disease collaboration

גורמי התמותה העיקריים – מחלות לב וכלי דם (המהוות יחד 28 אחוז מגורמי התמותה) ומחלות ממאירות (14 אחוז מכלל גורמי התמותה) – תורמים רק 11 אחוז ו-7 אחוזים לנטל התחלואה הכולל, בהתאמה. בעיות אורתופדיות ודיכאון אחראים יחד לכ-19 אחוז מכלל הגורמים לנטל תחלואה, אך כמעט אינם נחשבים במניין התרומה למוות.

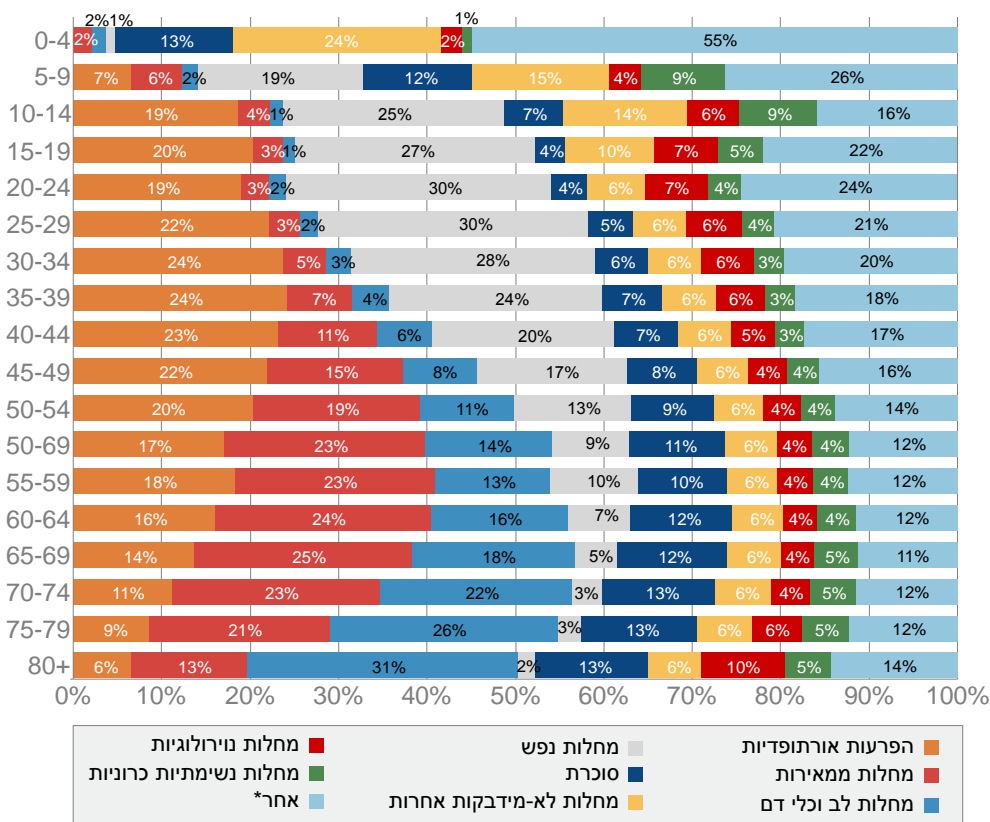
הגורמים לתמותה ולנטל תחלואה בקבוצות גיל שונות

תרשים 2 מציג את התפלגות גורמי אובדן התפקוד בקבוצות גיל שונות. אפשר לראות, כמצופה, כי בקבוצות הגיל המבוגרות גורמי נטל התחלואה העיקריים הם גם גורמי תמותה, כמו מחלות ממאירות ומחלות כלי דם. לעומת זאת, בקבוצות הגיל הצעירות יותר מרוכזים יותר גורמי נטל תחלואה שאינם קטלניים, למשל הפרעות אורתופדיות ומחלות נפש.

כמו כן, בגילים צעירים נטל התחלואה עקב תאונות גבוה יותר. כלומר, מעצם הגדרתה מעניקה שיטת ה-DALYs משקל רב יותר – ביחס לשיטה הקיימת, המבוססת על שיעורי תמותה – לנטל התחלואה בקרב קבוצות גיל צעירות.

תרשים 2
התפלגות הגורמים לנטל התחלואה*

לפי קבוצת גיל, 2010



* נטל התחלואה נמדד במדד שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד (DALYs), המביא בחשבון תמותה ואובדן תפקוד.

**הקטגוריה "אחר" כוללת (בסוגריים – האחוזים מכלל נטל התחלואה בקרב קבוצות הגיל השונות): פציעות כתוצאה מתאונות (6%-3); תאונות דרכים (9%-1); מחלות ילדים (38%-0); מחלות זיהומיות (9%-1); פציעות מכוונות (7%-0); מחלות של מערכת העיכול (1%-2); חסרים תזונתיים (5%-0) וכל הגורמים האחרים (2%-0).

מקור: דב צ'ריחובסקי וליאורה בוורס, מרכז טאוב
Institute of Health Metrics and Evaluation, תונוים;
Global Burden of Disease collaboration

3. הקצאת משאבים למערכת הבריאות בהיבט של DALYs

בישראל קיימים שלושה מנגנונים להקצאת משאבים למערכת הבריאות הציבורית, המשולבים זה בזה:

- א. **הקצאה באמצעות מנגנון הקפיטציה.** הקצאה זו נועדה למימון הרפואה הכללית שמספקות קופות החולים. המרכיב העיקרי במנגנון הוא נוסחת הקפיטציה, הקובעת משקל יחסי לכל אדם על פי גילו ומינו, בתוספת עבור מגורים בפריפריה, ובהתאם לכך מעבירה תקציבים לקופות החולים עבור כל מבוטח (צ'רניחובסקי, 2011). כ-72 אחוז מסך ההקצאה הציבורית לשירותי רפואה – כ-34 מיליארד שקלים בשנת 2010 – מועברים באמצעות מנגנון זה.
- ב. **הקצאה באמצעות תקציב המדינה.** הקצאה זו נועדה למימון פעילות משרד הבריאות ובעיקר לרפואה מונעת, רפואת נפש וטיפול ממושך. חלקה של ההקצאה הוא כ-28 אחוז מסך ההוצאה הציבורית על רפואה.⁵
- ג. **הקצאה באמצעות ועדת סל הבריאות.** הקצאה זו מיועדת למימון טכנולוגיות חדשות, כגון תרופות וציוד רפואי.⁶ למנגנון הסל יש חשיבות מיוחדת למרות הסכום הנמוך המוקצה לו (300 מיליון שקלים בתקציב האחרון) מפני שבאמצעות התקציב שלו, המתווסף מדי שנה לשתי ההקצאות האחרות, הוא מכתיב את כיווני התפתחות המערכת בהיבט של טכנולוגיה.

מעניין לבחון כיצד מתיישבת מערכת ההקצאה הישראלית עם מדדי הבריאות הנוכחיים במדינה מצד אחד, ועם המדדים המעריכים את נטל התחלואה הכולל מצד אחר. בסעיף זה ייערכו שתי השוואות: השוואה בין נוסחת הקפיטציה המתוקנת ובין התפלגות הגורמים לנטל תחלואה לפי קבוצות גיל, והשוואה בין התפלגות הגורמים לנטל תחלואה ובין הקצאת ועדת סל הבריאות לפי גורמים רפואיים.

⁵ סעיף זה כולל גם מימון יולדות וטיפול בפגיעות בעבודה באמצעות מסי הביטוח הלאומי. בהקשר זה חשוב לציין שאין הלימה בין החלטות ועדת סל הבריאות לשינויים במנגנון הקפיטציה; צפוי היה שמנגנון הקפיטציה יתוקן לפי החלטות ועדת הסל, אך לא כך הוא. אילו היו נכללים בו למשל התייחסות למחלות, צריכת תרופות ואשפוז, כמו במנגנונים במדינות מערב אירופה, התיקון היה בחלקו אוטומטי (צ'רניחובסקי, 2011).

⁶

הקצאה לפי נוסחת הקפיטציה לעומת התפלגות גורמי נטל התחלואה

לצורך השוואה בין חלוקת המשאבים במנגנוני ההקצאה הבסיסיים לפי נוסחת הקפיטציה ותקציב המדינה ובין ההתפלגות של נטל התחלואה לפי מדד שנות חיים מתוקנות לאי תפקוד, חושבה נוסחת הקפיטציה מחדש כך שתכלול את כל הקצאת המדינה עבור השירותים שהיא אחראית להם באופן ישיר עבור כל קבוצת גיל, גם אם במקור הם מוענקים דרך תקציב משרד הבריאות ולא דרך קופות החולים. כך למשל שויכה כל ההקצאה לבריאות הילד – הכסף המועבר דרך נוסחת הקפיטציה ודרך תקציב הבריאות – לקבוצות הגיל 0–4, וכלל ההקצאה לטיפול ממושך שויכה לקבוצות הגיל 65 ומעלה.

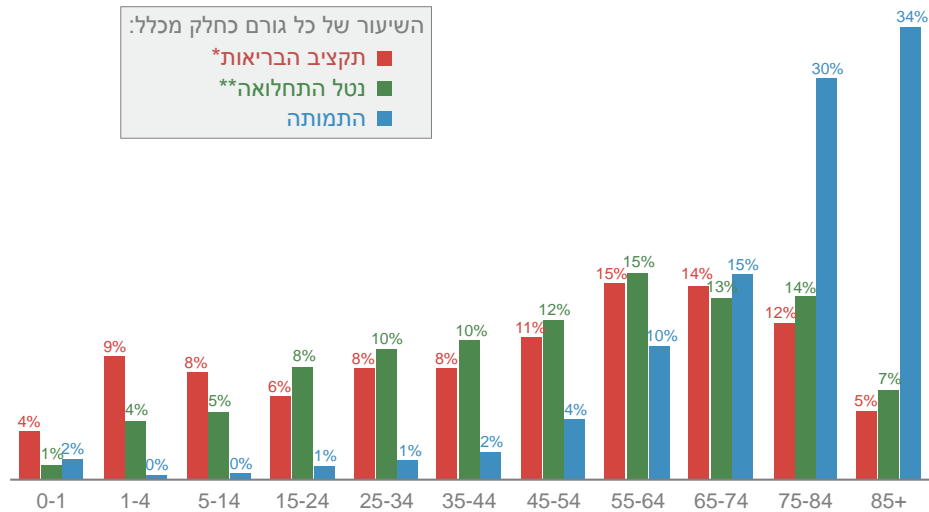
ראוי להזכיר כי נוסחת הקפיטציה בנויה על היחס בין ההוצאה הצפויה לאזרח בקבוצת גיל מסוימת ובין ההוצאה הצפויה לאזרח בקבוצת הגיל המהווה את בסיס החישוב (בדרך כלל 35–44). ההנחה היא שההוצאה בפועל בכל קבוצות הגיל תהיה מותאמת להקצאה המוקצבת מראש בהתבסס על נוסחת הקפיטציה. הנוסחה מבטאת אפוא הן את הערכת המערכת בדבר עלותם של צרכים רפואיים, והן העדפות חברתיות בנושא גובה ההקצאה לקבוצות הגיל השונות.

תרשים 3 מציג את שיעורי התמותה, את התפלגות הגורמים לנטל תחלואה על פי מדד DALYs ואת התקציב על פי נוסחת הקפיטציה המורחבת עבור כל קבוצת גיל. כך למשל חלקם של בני 85 ומעלה בתמותה הוא כ-34 אחוז, ובנטל התחלואה הכולל – כ-7 אחוזים. שיעור התקציב המוקצה להם על פי הקפיטציה הוא 5 אחוזים. לעומתם, חלקם של בני 1–4 בתמותה הוא אפסי, אך חלקם בנטל התחלואה הוא 4 אחוזים, ובתקציב על פי נוסחת הקפיטציה הם זוכים ל-9 אחוזים. תרשים 4 מראה את היחס בין ההקצאה לפי נוסחת הקפיטציה (כולל כל הוצאות המדינה על קבוצות הגיל השונות) ובין נטל התחלואה (על בסיס מדד DALYs). מקדם המתאם בין חלוקה תקציבית מבוססת נוסחת קפיטציה ובין התפלגות גורמי נטל התחלואה לפי קבוצות גיל הוא 0.84, והמתאם בין הקצאה מבוססת נוסחת קפיטציה להתפלגות שיעורי התמותה בין קבוצות הגיל עומד על 0.16 (הנתונים אינם מוצגים בתרשים). פירוש הדבר הוא שנוסחת הקפיטציה בישראל מבטאת הקצאה קרובה יותר להתפלגות נטל התחלואה מאשר למדד על פי שיעורי התמותה. היינו, מערכת ההקצאה הנוכחית מותאמת טוב יחסית לצורכי הציבור גם במונחי נטל התחלואה.

תרשים 3

התפלגות תקציב הבריאות*, נטל התחלואה** והתמותה

לפי קבוצת גיל, 2010



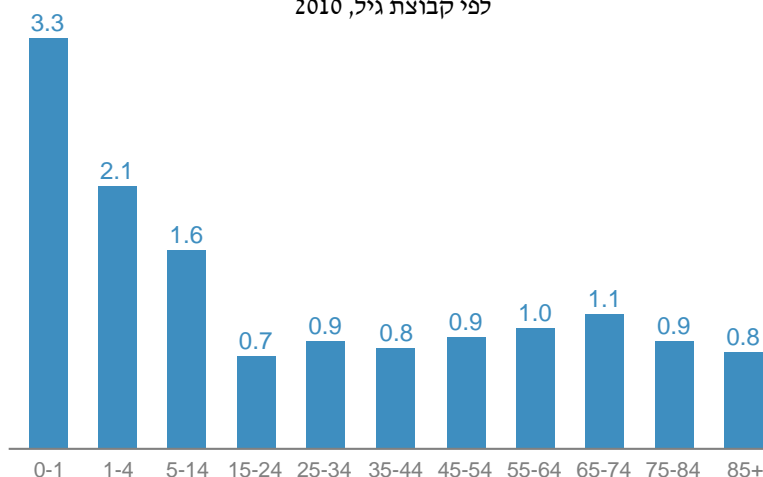
* תקציב הבריאות המוצג בתרשים מבוסס על נוסחת הקפיטציה וכולל את כלל ההוצאות הציבוריות לכל קבוצת גיל.

** נטל התחלואה נמדד במדד שנות חיים מתוקנות לאי תפקוד (DALYs), המביא בחשבון תמותה ואובדן תפקוד.

מקור: דב צ'רניחובסקי וליאורה בוורס, מרכז טאוב
Institute of Health Metrics and Evaluation,
Global Burden of Disease collaboration

עם זאת, הנתונים בתרשימים 3 ו-4 מצביעים על כך שחלקן של קבוצות גיל צעירות (0-15) בתקציב הנוכחי גדול מחלקן בהתפלגות הגורמים לנטל התחלואה (מיחס של 3.3 בגילי 0-1 עד יחס של 1.6 בגילי 5-14), ואילו חלקן של כל קבוצות הגיל האחרות בתקציב – להוציא בני 55-74 – נמוך יותר מאשר שיעורן בהתפלגות גורמי נטל התחלואה. ראוייה לציון ההקצאה הנמוכה יחסית של מנגנון נוסחת הקפיטציה לקבוצות הגיל 15-54 בהשוואה לחלקן בהתפלגות גורמי נטל התחלואה, בשל חשיבותן לשוק העבודה ולתפקוד משקי הבית.

תרשים 4
היחס בין החלק בתקציב הבריאות לחלק בנטל התחלואה*
 לפי קבוצת גיל, 2010



* הסכום המוקצה לכל קבוצת גיל כאחוז מכלל תקציב הבריאות (לפי נוסחת הקפיטציה המתוקנת) ביחס לחלקה של כל קבוצה בנטל התחלואה הכללי. למשל, הנתון 1.0 משמעותו שהקצאת התקציב לקבוצת הגיל (כאחוז מכלל התקציב) זהה בדיוק לחלקה של הקבוצה בנטל התחלואה הכולל בישראל. נטל התחלואה נמדד במדד שנות חיים מתוקנות לאי תפקוד (DALYs), המביא בחשבון תמותה בטרם עת ואובדן תפקוד.

מקור: דב צ'ריניחובסקי וליאורה בוורס, מרכז טאוב
 Institute of Health Metrics and Evaluation, : נתונים
 Global Burden of Disease collaboration

ההבדלים בין ההקצאה מבוססת נוסחת הקפיטציה ובין ההתפלגות של הגורמים לנטל תחלואה שופכת אור על סדר העדיפויות של הממשלה, גם אם הוא בלתי מפורש, כמו גם על מגבלות שיטת ה-DALYs בהיבט של קביעת מדיניות. כך למשל ההקצאה הגבוהה יחסית לילדים על פי נוסחת הקפיטציה מבטאת את החלטתם של קובעי מדיניות להשקיע משאבים רבים יחסית במניעה, ושיטת ה-DALYs אינה לוקחת בחשבון את פירות המניעה בכל עת. עם זאת, אפשר שראיית המערכת בהיבט של שנות חיים מתוקנות לאי תפקוד עשויה לעודד מדיניות מניעה שונה מזו המקובלת כיום. כך למשל ייתכן שבמערכת הרואה חשיבות מרכזית בטיפול בבעיות המובילות לנטל תחלואה היו משקיעים משאבים רבים יותר מאשר כיום במניעת בעיות שלד ובעיות נפשיות כבר בתקופת הילדות.

ההקצאה הנמוכה יחסית לבני 85 ומעלה מייצגת מדיניות, מן הסתם בלתי מפורשת בחלקה, המכירה במגבלות ההתמודדות עם המוות, וחוסר נכונות להשקיע את מלוא הסכומים שעלולים להתבקש בניסיון להתמודד עם תמותה בקרב קשישים. עם זאת, יש לציין שאמנם חלקם של בני 85 ומעלה בשיעור התמותה בישראל גבוה מאוד יחסית, אולם חלקם בנטל התחלואה נמוך בהרבה. לפיכך, ההקצאה המוקצבת לקבוצה זו על בסיס נוסחת הקפיטציה נמוכה במיוחד בהשוואה לחלקם בשיעורי התמותה, אולם ביחס לחלקם בנטל התחלואה היא דומה לזו שניתנת לכל קבוצות הגיל שבין 15 ל-54.

ראויה לציין מיוחדת ההשקעה המעטה יחסית על פי נוסחת הקפיטציה בקבוצות הגיל בטווח 15–54, ובפרט בצעירות שבהן. קבוצות אלו חשופות במיוחד לבעיות רפואיות שאינן קשורות לתמותה, ויש מקום לחשוב על הקצאה מתקנת עבורן – בעיקר מפני שמשקלן בתפקוד במשק הבית ובשוק העבודה גדול יחסית.

הקצאת ועדת סל הבריאות לעומת התפלגות נטל התחלואה

כאמור, החלטותיה של ועדת סל הבריאות מייצגות מרכיב חלקי בלבד של תקציב מערכת הבריאות (תוספת שנתית לתקציב הקיים). עם זאת, יש למרכיב זה משמעות רבה באשר הוא משקף תוספות טכנולוגיות חדשות למערכת, ובכוחן של אלה להכתיב ציוני דרך שהשפעתם המצטברת קובעת את אופי המערכת בטווח הארוך.

ההשוואה בין הקצאת ועדת סל הבריאות ובין התפלגות גורמי נטל התחלואה (כפי שמשקפת במדד DALYs) מחייבת זהירות, מפני ששיטת ה-DALYs היא סטטית: היא מציירת תמונה של מצב בריאות האוכלוסייה כיום, אולם אין מידע לגבי הגורמים המביאים לשינויים בנטל התחלואה. לקיחה בחשבון של הגורמים הללו עלולה לצייר תמונת מצב שונה ממה שמציג המדד לבדו. כך למשל, אף שלמחלות נפש יש חלק גדול יחסית במדד נטל התחלואה כיום, חשיבותן עשויה לפחות אם מתחשבים בעובדה שבעיות אלו מזוהות במידה רבה יותר עם קבוצות גיל צעירות, ואילו האוכלוסייה דווקא הולכת ומזדקנת בשל המגמות הדמוגרפיות. עם זאת, יש ערך להשוואה בין הקצאת ועדת סל הבריאות ובין שיעורי התמותה בכל קבוצת גיל מצד אחד, ונטל התחלואה מצד אחר, כדי לראות עם אילו משני המדדים הקצאת ועדת הסל מתיישבת טוב יותר, ובהתאם לכך – אילו כיווני התפתחות היא יכולה להכתיב לטווח הארוך. במונחים של שיפור יעילות המימון למערכת הבריאות, ובהתחשב בכך שהעולם מתקדם לעבר מדדים כמו DALYs, אפשר לצפות שוועדת הסל תקצה כסף לטכנולוגיות שתמורת אותם המשאבים תשיג את מרב ההשפעה על נטל התחלואה, ולא דווקא על מניעת תמותה.

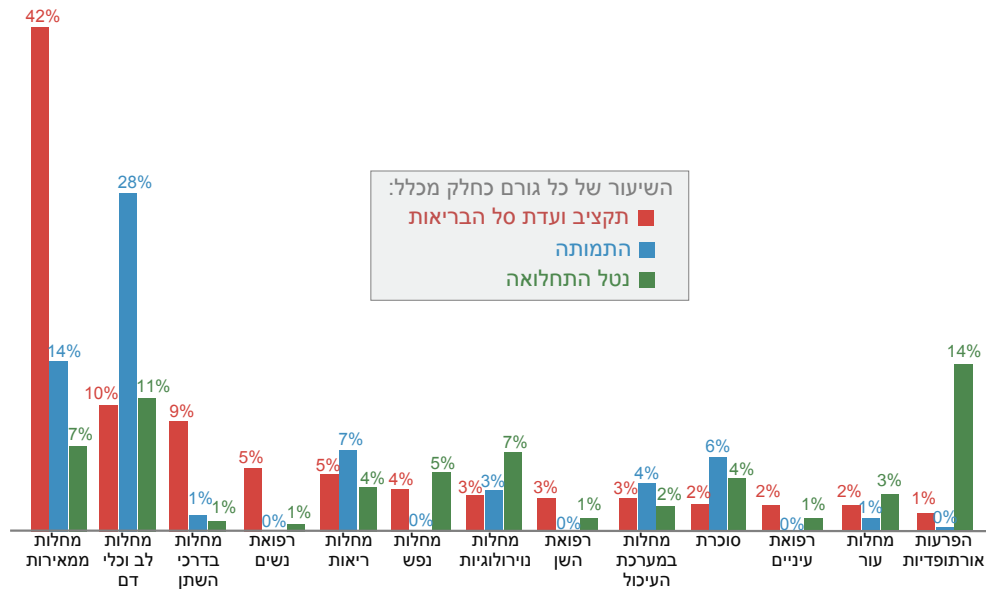
תרשים 5 מציג השוואה בין שיעור המימון למגוון מצבים רפואיים בהקצאת ועדת סל הבריאות בשנת 2014 ובין משקלם בכלל גורמי התמותה ונטל התחלואה (לפי מדד DALYs) (משרד הבריאות, 2014). כמעט מחצית מהקצאת הוועדה מוקדשת לטיפול מחלות ממאירות, שכאמור הן מגורמי התמותה העיקריים. לעומת זאת הפרעות אורתופדיות ונפשיות, שתרומתן לנטל התחלואה רבה מאוד, זוכות לתוספת תקציבית מינימלית בלבד במסגרת ועדת הסל.

בממצאים אלו יש משום תמיכה בהשערה שוועדת סל הבריאות מוטיב למניעת תמותה, מתמקדת בראייה צרה יחסית של תרופות מצילות חיים, ואינה מייחסת משקל רב למניעת נטל תחלואה עקב בריאות לקויה. מצב הדברים נובע מהמנדט המצומצם של ועדת הסל, המוגבל להגדרה צרה של אימוץ טכנולוגיות חדשות – הגדרה שאינה מתיישבת בהכרח עם הגישה שלפיה כל שקל נוסף אמור להשיג שיפור מרבי בבריאות לפי מדד DALYs. כך למשל, ועדת הסל אינה יכולה להמליץ להשתמש בתקציב המועמד לרשותה להרחבת טיפולים קיימים לאוכלוסיות שאינן מקבלות אותם כיום, כגון הרחבת הזכאות לרפואת שיניים מסובסדת לאוכלוסייה מעבר לגיל 11. יתרה מזאת, הוועדה אינה יכולה להקצות סכום גדול יותר לטיפול בבעיות אורתופדיות בשיטות יעילות וחדשניות המהוות אלטרנטיבה לטיפול הקיים, אך אינן מבוססות על טכנולוגיה חדשה, היינו, לוועדה אין מנדט לעודד גישות טיפוליות חדשות אלא אם כן הן מבוססות על טכנולוגיה חדשה, שלעתים אינה מוכחת לחלוטין.

תרשים 5

התפלגות ההקצאה של ועדת סל הבריאות

בהשוואה להתפלגות התמותה ונטל התחלואה*, עבור גורמים נבחרים**, 2010



* נטל התחלואה נמדד במדד שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד (DALYs), המביא בחשבון תמותה בטרם עת ואובדן תפקוד.

** הגורמים המופיעים בתרשים הם אלו המקבלים את ההקצאה הגבוהה ביותר בתקציב ועדת סל הבריאות; חלק מהבעיות הרפואיות המתוקצבות בוועדה אינן מוצגות בתרשים.

מקור: דב צ'רניחובסקי וליאורה בוורס, מרכז טאוב
 נתונים: Institute of Health Metrics and Evaluation,
 Global Burden of Disease collaboration

4. סיכום

מדד DALYs (שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד) מציב אלטרנטיבה למדדים המבוססים על תמותה או תוחלת חיים בלבד. כאשר בוחנים את מצב הבריאות בישראל, מתגלה כי יש הבדלים ניכרים בין תרומתן של בעיות רפואיות שונות לשיעורי התמותה ובין תרומתן לנטל התחלואה, כפי שהיא משתקפת במדד DALYs.

הקצאת התקציב למערכת לפי נוסחת הקפיטציה (המביאה בחשבון את גילו ומינו של האדם, ומקצה יותר משאבים לתושבי הפריפריה) מגלה מדיניות הקרובה יותר באופייה להתמודדות עם נטל התחלואה מאשר להתמקדות במניעת תמותה. כלומר, מערכת ההקצאה הנוכחית מותאמת בצורה טובה יחסית לצורכי הציבור במונחי נטל התחלואה.

לצד זאת, בתקציב בפועל חלקן של קבוצות הגיל הצעירות (0–15) גדול מהחלק שהיו מקבלות לו התבסס התקציב על נטל התחלואה (מדד DALYs), ואילו חלקן של כל קבוצות הגיל האחרות – להוציא בני 74–55 – נמוך מאשר יכול היה להיות בהקצאה לפי נטל התחלואה. במיוחד ראויה לציון ההקצאה הנמוכה יחסית של מנגנון הקפיטציה לקבוצות הגיל 54–15, שחשיבותן למשקי הבית ולשוק העבודה רבה.

בחינת ההקצאה של ועדת סל הבריאות לעומת התפלגות נטל התחלואה מגלה כי כמעט מחצית מהקצאת הוועדה מוקדשת לטיפול בגורמי תמותה (בעיקר מחלות ממאירות). לעומת זאת הטיפול בגורמים מרכזיים לנטל תחלואה, כגון בעיות אורתופדיות, כמעט אינו זוכה לתוספת תקציבים חדשים. יש בכך משום תמיכה בהשערה שהוועדה מתרכזת בראייה צרה יחסית של תרופות מצילות חיים, ולא בעידוד גישות חדשות אשר בכוחן למנוע נטל תחלואה שאינו מוביל למוות.

מעבר להצעה של גישה חדשנית ומעוררת מחשבה לבחינת מצב הבריאות של האוכלוסייה, הדיון מציב כמה שאלות בפני מעצבי המדיניות במערכת הבריאות. ראשית, ראוי לבחון את סוגיית ההשקעה הרבה בילדים על פי נוסחת הקפיטציה, שאינה תואמת את הערכת נטל התחלואה על פי מדד שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד. שנית, יש לבדוק כיצד אפשר להשלים את ההשקעה בקבוצות הגיל הפרודוקטיביות יחסית 54–15, לאור זאת שעל פי התפלגות נטל התחלואה ההשקעה בהן מתגלה כחסרה. שלישית, יש לבחון את האפשרות לשנות את המנדט הניתן לוועדת סל הבריאות, כך שתוכל לראות את המערכת בהיבט של נטל התחלואה, ולא רק בהיבט של מניעת תמותה. כמו כן, ראוי לבדוק האם אפשר לתת לה מנדט רחב יותר להקצות משאבים נוספים למערכת (כדי להרחיב זכאות קיימת, למשל לטיפולי שיניים, לקבוצות גיל נוספות שאינן זכאיות לטיפול כיום), וליישם שיטות וגישות טיפול חדשניות שאינן מיועדות להצלת חיים.

מקורות

- משרד הבריאות (2014), המלצות הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות – עדכון 2014.
<http://www.health.gov.il/Services/Committee/vsal/HBS2014/Pages/default.aspx>
- צ'רניחובסקי, דב (2011), שינויים בהקצאה במערכת הבריאות לקידום שוויון בין המרכז לפריפריה – האמנם? נייר מדיניות מס' 04.2011, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, דב ואיתן רגב (2014), "סוגיות מימון וכוח אדם במערכת הבריאות בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), "דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2014", מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 427–438.
- צ'רניחובסקי, דב (עתיד להתפרסם), יסודות בכלכלת בריאות ושירותי רפואה.
- Gold, R. Marthe, David Stevenson, and Dennis G. Fryback (2002), "HALYs and QALYs and DALYs, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health," *Annual Review of Public Health*, 23, pp. 115-134.
- Murray, Christopher J.L., Majid Ezzati, Abraham D. Flaxman, Stephen Lim, Rafael Lozano, Catherine Michaud, Mohsen Naghavi, Joshua A. Salomon, Kenji Shibuya, Theo Vos, Daniel Wikler, Alan D. Lopez (2012), "GBD 2010: Design, Definitions, and Metrics," *The Lancet*, 380, No. 9859, pp. 2063-2066.
- World Bank (1993), *World Development Report: Investing in Health*.