

הערכה מאקרו כלכלית במשק בהכנסת טכנולוגיה חדשה לסל שירותי הבריאות

לאור העובדה שלבריאות הציבור יש השפעה ישירה ועקיפה על כלל המשק וההון הלאומי, יש חשיבות להכיר בהשפעות מאקרו כלכליות שמקורן בהחלטות שמתקבלות במערכת הבריאות בכלל ובעדכון סל השירותים הציבורי בפרט

די"ר עדי ניב-יגודה

עו"ד; מומחה למשפט רפואי ומדיניות בריאות; מרצה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב ובפקולטות למשפטים ובמנהל מערכות בריאות



ורמים רבים משפיעים על בריאות הציבור, ולהפך – בריאות הציבור משפיעה על מימדים רבים בחיי הפרט, החברה והמדינה. כבר שנים רבות שהספרות המקצועית מכירה ומסמנת את ההשפעות שיש למאפיינים האישיים והקבוצתיים (חינוך, הון חברתי, עוני, תנאי מחיה סביבתיים, תנאי עבודה ועוד) על מצב בריאותו של הפרט⁽¹⁾. כך למשל, מעמד סוציאקונומי נמוך שמגדיל את הסיכון לתחלואה פיזית ונפשית. במקביל, מחקרים מעידים כי בריאות ירודה, גופנית ו/או נפשית, קשורה גם עם הכנסה נמוכה ברמת הפרט, ופגיעה בפריזון המשק ברמה הלאומית. מכאן, וככל שהפריזון במשק תלוי בהון האנושי וכוח העבודה (שיעור העובדים, ימי עבודה, שעות עבודה וכיו"ב), ראוי להכיר במצב בריאות הציבור כשיקול מהותי ומשמעותי בדיונים על הכנסת שירותים וטכנולוגיות חדשות לסל השירותים הבריאותיים.

להדגיש, מצב בריאות הציבור מושפע ישירות מהיקף, מאיכות ומנגישות האזרחים לשירותי בריאות וטכנולוגיות בסל הבריאות הציבורי, כאשר גם הפערים החברתיים ואי השוויון בתחום הבריאות משפיעים במישרין ובעקיפין על בריאות המשק ועל כושר הפריזון. לכן, על רקע ההכרה בקשר שבין בריאות הציבור לבין בריאות המשק ופוטנציאל הפריזון, בשלה העת להכיר במשמעותיות הרחבות שגלויות להכנסה של טכנולוגיות חדשות לסל הבריאות.

ראוי להכיר בהשפעות חיוביות וחינוניות למערכת הבריאות שיש בהנגשה של שירותים חיוניים וטכנולוגיות במימון ציבורי, הכרה שמתבססת על מחקרים ונתונים המעידים כי למדד בריאות הציבור יש השלכות ישירות ועקיפות על כושר העבודה ופריזון המשק, וכפועל יוצא גם על פוטנציאל הצמיחה הכלכלית ברמת הלאומית. השפעה שעוצמתה על המשק עשויה להשתנות לחיוב או לשלילה בהתאם ליכולתה של מערכת הבריאות לתת מענה ראוי והולם למצבי תחלואה שונים, על אחת כמה וכמה כשמדובר בתחלואה כרונית או כוז בעלת השפעה נרחבת (מספר חולים או משך זמן מחלה) על הציבור.

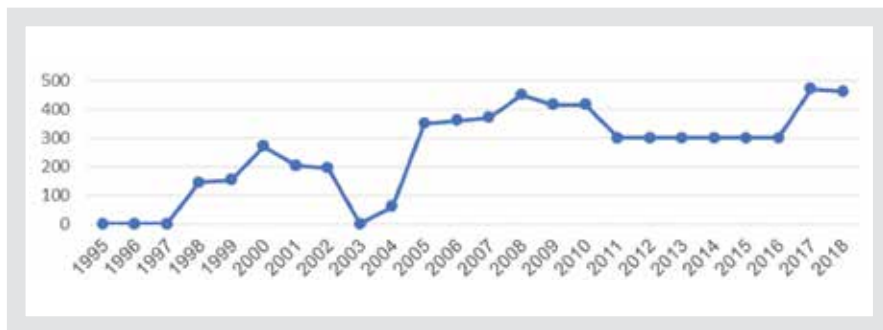
דוגמה לכך ניתן למצוא במגוון מחקרים שבחנו את ההשפעות הכלכליות של אי ספיקת לב על ההוצאה הלאומית. במחקר⁽²⁾ שפורסם בשנת 2011

מצאו החוקרים כי בקרב המדינות המתועשות הולך וגדל הנטל הכלכלי עקב תחלואה של אי ספיקת לב. עוד טוענים החוקרים כי לפי ההתפתחויות הדמוגרפיות, הנטל הכלכלי שנגרם מאי ספיקת לב צפוי להוסיף ולגדול בצורה דרמטית, דבר שמחייב גיבוש אסטרטגיה שתאפשר למדינות שליטה וצמצום של הנטל הכלכלי. במחקר⁽³⁾ שהתפרסם בשנת 2013 נחשפו העלויות הכלכליות שנגרמו למשק בכ-197 מדינות בעולם עקב תחלואה של אי ספיקת לב. מהמחקר עולה כי בשנת 2012 העלות הכלכלית הכוללת שמקורה בהשלכות של אי ספיקת לב עמדה על 108 מיליארד דולר; 65 מיליארד דולר עלויות ישירות (טיפולים רפואיים, ימי אשפוז, תרופות וכיו"ב) ו-43 מיליארד דולר עלויות עקיפות (פגיעה בפריזון המשק עקב ימי מחלה, תמותה מתחת לגיל פרישה וכיו"ב).

בהתייחס לישראל אשר נמצאת בקבוצת המדינות בעלות הכנסה גבוהה, High-income, ממצאי המחקר מעידים כי הנטל הכלכלי שנובע מהטיפול באי ספיקת לב מגיע ל-2.2% מההוצאה הלאומית לבריאות, כשהעלויות הישירות בישראל נאמדות בכ-267 מיליון דולר והעלויות העקיפות נאמדות בכ-146 מיליון דולר⁽⁴⁾.

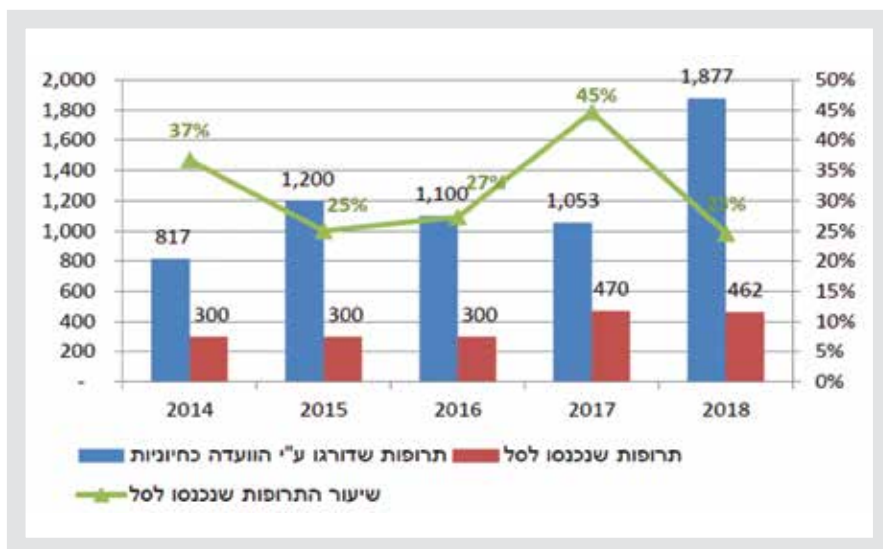
מכאן ולנוכח הנתונים מתעצמת החשיבות לבחון האם ניתן לצמצם את העלויות הכלכליות והחברתיות של אי ספיקת לב באמצעות הכנסה

גרף 1. תקציב (במיליוני שקלים) ועדת הסל לפי שנים



מקור: האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות; קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2016, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

גרף 2. הפער התקציבי (במיליוני שקלים) בין הרצוי (תרופות שדורגו כחיוניות, A8-9) לבין המצוי (תקציב ועדת הסל)



מקור: מכתב פארמה ישראל לוועדת לבחינת תכניות השב"ן, מאי 2018

ניתן לראות בגרף מס' 2. נוכח התמונה המצטיירת לעיל נרמזה כי בהעדר מנגנון אוטומטי לעדכון סל השירותים והטכנולוגיות, דה פקטו היקף השירותים בסל הציבורי ואיכותם נקבעים בניגוד לכללי מינהל תקין ובמנותק מצורכי האוכלוסיה. מכאן ולאור החשיבות הרבה שיש בעדכון ריאלי של סל השירותים והטכנולוגיות במערכת הבריאות הציבורית, ראוי להסדיר בחוק מנגנון עדכון אוטומטי, מנגנון שייתן ביטוי ממשי למאפיינים הייחודיים של תחום הבריאות. אולם, ואולי בניגוד גמור לכל מה שמאפיין את קביעת התקציב השנתי לעדכון סל השירותים (חוסר יציבות, היעדר קריטריונים ברורים, העדר

ללא קריטריונים ברורים, ללא אמות מידה וללא שקיפות (גרף מס' 1). הלכה למעשה, עדכון שירותי בריאות בישראל נעשה בהתאם להחלטה פוליטית על היקף התקציב השנתי ולא על פי צורכי האוכלוסיה או הכרה בהתפתחות הרפואית והטכנולוגית. מכאן, המציאות מלמדת כי מדי שנה טכנולוגיות רפואיות רבות שמוזוהות ומסומנות על ידי ועדה ייעודית (להלן "ועדת הסל") כחיוניות או חשובות, נותרות מחוץ לסל הבריאות הציבורי עקב מגבלת התקציב הנתונה לאותה שנה, תקציב שהוא כאמור פרי החלטה פוליטית, ותו לא. ביטוי לפער התקציבי (במיליוני שקלים) בין הרצוי (תרופות שדורגו כחיוניות, A8-9) לבין המצוי (תקציב ועדת הסל)

לסל השירותים הציבורי עוד טיפולים מוגעים ו/או טיפולים שבכוחם לצמצום ימי אשפוז, תמותה, ימי היעדרות מהעבודה וכיו"ב - מהלך שבטווח המיידית יכול אמנם יגדיל את הוצאה הציבורית לבריאות, אך בראייה רחבה נכוחו לצמצם עלויות לאומיות גבוהות הרבה יותר בעתיד.

מאמר זה מבקש להציע כי ככל שניתן וכחלק מהערכת הטכנולוגיה שמתבצעת כיום, תצורף בחלק הכלכלי גם התייחסות ספציפית וניתוח גורמי המקצוע את ההשפעות המאקרו כלכליות שנובעות מהכללה או מאי הכללה של הטכנולוגיה בסל השירותים הציבורי על כלל המשק. הכרה בהערכה מאקרו כלכלית במשק כשיקול רלוונטי, ובכך שבמצבים מסוימים יכולה הנגשה של שירותים וטכנולוגיות בסל השירותים לקבל ביטוי במישרין או בעקיפין בעלייה בפריון במשק, כמו גם בצמצום הוצאה הלאומית בטווח הבינוני והארוך לקופות החולים, לבתי החולים, למוסד לביטוח לאומי, למוסדות רווחה ועוד. עם זאת, ולצד ההכרה בשיקולי מאקרו כלכלה כשיקול רלוונטי בהליך קבלת ההחלטות, מאמר זה מבקש להציג בסופו גם הערת אזהרה. אזהרה שמקורה בחשש מפיחות בסולידריות החברתית ובאחריות המדינה על בריאות כלל האוכלוסיה.

מנגנון עדכון סל הבריאות בישראל - תקציבים, שיקולים ואמות מידה

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 נקבע כי המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13 לחוק (מס בריאות, השתתפות עצמית וכיו"ב). עוד נקבע בחוק כי תקציב סל הבריאות הציבורי יהיה בהתאם להוצאה שהיתה לקופות החולים בשנת 1993. אולם, מעצם טיבם וטבעם, שירותי הבריאות והטכנולוגיות רפואיות מתפתחים כל העת, משתנים ומתקדמים בקצב מהיר. עם זאת, על רקע התקדמות מתמדת במדע הרפואה מצד אחד, והתחייבות המדינה לממן את סל שירותי הבריאות מצד שני, לא הוסדר בחוק מנגנון עדכון אוטומטי, יציב, שקוף והולם לשירותים בסל הבריאות הציבורי. הגם שלאור ההתפתחות הטבעית עדכון תקופתי של שירותים וטכנולוגיות רפואיות בסל השירותים מתחייב במציאות. בפועל, ובהעדר הסדרה מובנית בחוק לעדכון אוטומטי וריאלי, עדכון סל השירותים תלוי בגובה התקציב השנתי או התלת שנתי שנקבע בהסכמות פוליטיות בין שרי הבריאות והאוצר. היקף תוספת התקציב לעדכון הסל נקבע



ראוי שלצד החומרים שמוגשים לחברי ועדת הסל תצורף גם חוות דעת שתציג נתונים כיצד הכרה בטכנולוגיה רפואית חדשה במסגרת הסל הציבורי תשביע מבחינה כלכלית על כלל המשק, ובכלל זאת: שוק העבודה (פריון עבודה), ביטוח לאומי (קיצבאות, גמלאות וכיו"ב), ייבוא וייצוא, הוצאות רפואיות לעתיד ועוד



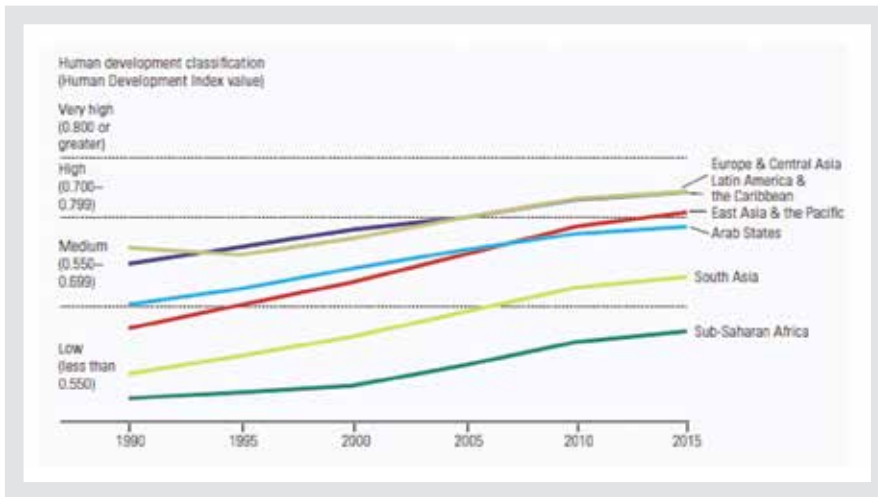
בריא. עוד הוסיף משרד הבריאות כי במסגרת הערכת התרומה לכל ערך בריאות יש להכיר במגוון היבטים נוספים כגון: מספר החולים הצפויים להשתמש בטכנולוגיה, החלופות הקיימות, היקף הניסיון בארץ ובעולם ועוד. לבסוף, צריכה הוועדה לגבש את המלצותיה הסופיות ביחס לטכנולוגיות שראוי להכניס לסל הציבורי במסגרת מגבלת התקציב הקיים באותה שנה. המלצותיה של הוועדה צריכות לשקף אופטימיזציה של הקצאת המשאבים, לצד מקסום התועלת החברתית לבריאות וגילום ערכים חברתיים. מעצם היותה "ועדה מייעצת", המלצות חברי ועדת הסל מוגשות לאישור מועצת

(ציון נמוך ביותר). בשלב שני מתבצע תערוף סופי בין הטכנולוגיות השונות, תוך התייחסות השוואתית ביניהן. להרגיש, חרף העובדה שמנגנון העדכון באמצעות ועדת הסל החל לפעול בשנת 1998, רק בפברואר 2010 פרסם משרד הבריאות נוהל מסודר לעדכון סל שירותי הבריאות⁸. נוהל אשר מעגן את השיטה ושכבמסגרתו אף מפורטים השיקולים והקריטריונים לבחינת תרומתה של הטכנולוגיה להשגת ערכי בריאות, ובהם: מניעת תמותה, תחלואה ונכות; הצלת חיים; הארכת חיים; איכות חיים (הפחתת סבל, שיפור תפקודי ועצמאות תפקודית); מניעה וקיום אורח חיים

שקיפות ועוד), ניצב מנגנון עדכון הטכנולוגיות בסל. בכל הנוגע לקביעת זהות השירותים והטכנולוגיות החדשות שיוכנסו לסל הבריאות, קיים מנגנון מקצועי, רב-שלבי ושקוף. מנגנון משוכלל שראשיתו בפרסום קול קורא להגשת בקשות להכללת טכנולוגיות רפואיות חדשות (תרופות, אביזרים, פרוצדורות, בדיקות ועוד) ושיאו בסיום עבודתה של ועדת הסל ופרסום המלצותיה. הליך רב שלבי שכולל עבודה מקצועית של המינהל להערכת טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות, במסגרתו פועל המינהל לאסוף, לרכז ולעבד את הנתונים ביחס לטכנולוגיות שהוגשו באותה השנה לסל. כך לדוגמה, כל טכנולוגיה שמוגשת נבחנת במספר מידמים: בטיחות (Safety), יעילות גם (Efficacy) ואיכות (Quality). בנוסף, מתקיימת גם הערכה אפידמיולוגית של היקפי החולים והערכת צרכים; סקירת הניסיון הקיים בשימוש בטכנולוגיה בהסתמכות על גישה הנקראת "רפואה מבוססת ראיות" (Evidence Based Medicine); הערכה תקציבית של הוספת הטכנולוגיה לסל; איסוף חוות דעת לגבי הטכנולוגיות המועמדות לסל ממומחים בכירים בתחומי הרפואה השונים (בהתאם למאפייני הטכנולוגיה).

לצד עבודת מינהל הטכנולוגיות במשרד הבריאות פועלות על רצף הזמן גם שתי ועדות: ועדת משנה (נציגי משרד הבריאות, האוצר וקופות החולים)⁶ – ועדה שתפקידה לבחון את המשמעויות הכלכליות של כל אחת מהטכנולוגיות (העלות של הוספת הטכנולוגיה לסל, לרבות פוטנציאל החיסכון); הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות – ועדה ציבורית, רב מקצועית ותחומית שהחלה לפעול לראשונה בשנת 1998, ושזהות חבריה נקבעת משנה לשנה. בהחלטת ממשלה משנת 2007 נעשה שינוי בתמהיל השיוך המוסדי של חברי הוועדה, ונקבע שלצד יו"ר ועדה ומרכזת, הרכב הוועדה יכלול ארבעה רופאים, ארבעה כלכלנים, ארבעה נציגי קופות חולים וארבעה נציגי ציבור {לציון, סטייה מהחלטת הממשלה הובילה לכך שבשנה החולפת מונו לוועדה יותר נציגי ציבור (שבעה) ופחות כלכלן (שלושה)}⁷. עקרונות עבודת הוועדה מתבססים על קבלת החלטות בהסכמה ועל שקיפות ומשימתה המרכזית היא לתעדף במסגרת תקציב מוגבל בין מאות ואלפי הבקשות שהוגשו באותה השנה לסל. בשלב ראשון נדרשת הוועדה לדרג את הטכנולוגיות בהתבסס על החומרים שגיבשה ועדת המשנה, ולהעניק לכל אחת מהטכנולוגיות ציון בסקאלה שבין A10 (ציון גבוה ביותר) לבין C1

3. Regional trends in Human Development Index Values

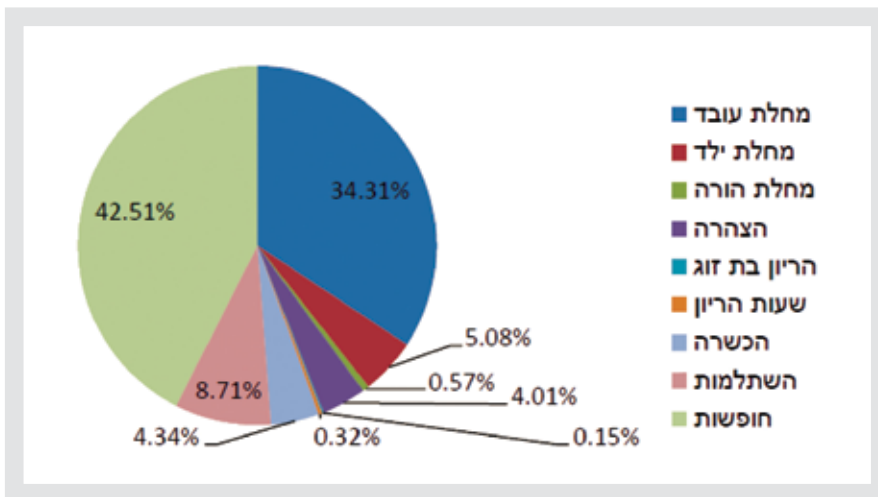


Human Development Report 2016: תור: 1707

הבריאות ושר הבריאות.

כעת, ולאור הנחיות משרד הבריאות משנת 2010, אבקש להתמקד באחד השיקולים אליו נדרשת הוועדה להתייחס בריגור וחסר אהבה המלצותיה. שיקול שלמרות חשיבותו הרבה ברמה הלאומית, נדמה כי כיום הוא אינו מקבל ביטוי הולם – לא בחומרים שמוגשים לוועדה ולא בהמלצותיה. בנוהל ערכון של השירותים נאמר כי כבואה לבחון טכנולוגיה חדשה נדרשת הוועדה להביא בחשבון, בין היתר, גם את הקטנת הנטל הכלכלי לחברה (החזרת חולים למעגל העבודה, הקטנת הוצאות ציבורית הנובעות מתחלואה). שיקול שמבקש להכיר בהשפעות הרחבות – פרטניות וחברתיות – שעשויות להתלוות עם כניסתה של טכנולוגיה חדשה לסל הציבורי, כמו גם השפעות מאקרו כלכליות שחוצות את תחומי מערכת הבריאות. מההכרה בעובדה שלבריאות הציבור יש השפעה ישירה ועקיפה על כלל המשק וההון הלאומי, צומחת חשיבות ההכרה בהשפעות מאקרו כלכליות שמקורן בהחלטות שמתקבלות במערכת הבריאות בכלל ובערכון של השירותים הציבוריים בפרט.

4. גרף



מקור: נציבות שירות המדינה, המטה ליישום הרפורמה, אגף תורה וניהול ידע, 2015

טיפול רפואי במימון ציבורי ככלי להגדלת הפרייון במשק

כל מדינה מכירה בצמיחה כלכלית כיעד מרכזי של המשק, בין היתר כדרך להגדלת המשאבים וההון הלאומי – צמיחה כלכלית שמושגת במדינות שונות באמצעות מגוון כלים פסיקאליים, משפטיים, טכנולוגיים ועוד, רובם ככולם נועדו לעודד את גורמי הצמיחה, ובכלל זאת להגדיל את שיעור ההשתתפות בכוח העבודה מקרב האוכלוסיה, כמו גם להעלות את הפרייון העבודה של הפרט במשק. כביטוי להקשרים הרחבים ולחיבור שבין בריאות הציבור למצב המשק, בשנת 1994 הכיר האו"ם בתמונת הרווחה הלאומית הנוהגת במדינות השונות כגורם שמשפיע על צמיחת הכלכלה. הכרה שהובילה לגיבוש "מדד ההתפתחות האנושי, (Human Development Index), מדד ממוצע של שמונה פרמטרים, בהם: תוצר מקומי גולמי לנפש; תוחלת החיים בעת הלידה וחנינוך⁽⁹⁾ (גרף 3).

בפועל, קשה להפריד בין בריאות, רווחה וחנינוך, וראוי להכיר בתועלת הכלכלית שצומחת למשק כולו מהשקעות לאומיות בכל אחד מהמימדים הללו. ברם ולמרות הקשר ההדוק, בהתייחס לתחום הבריאות, עולה מהספרות המקצועית תמונה בהירה

וברורה, לפיה תחלואה עודפת או ממושכת משפיעה לשלילה על שיעור ההשתתפות בשוק העבודה. מנגד, ככל שמצב בריאות האוכלוסיה טוב יותר, כך פרייון העבודה במשק עולה, מה שמשפיע לחיוב על קצב הצמיחה הכלכלית וכפועל יוצא גם ההון הלאומי גדל⁽¹⁰⁾. לנוכח ההכרה הגוברת בהשפעות שיש לבריאות הפרט על כלל תחומי החיים והמשק, בשלה העת להכיר בהשפעות הפסיקליות הרחבות שעשויות להיות להכנסה ולהנגשה של טכנולוגיה רפואית חדשה לסל שירותי הבריאות הציבוריים על החברה והכלכלה הישראלית. מעבר להשפעתה החיובית

של טכנולוגיה רפואית על המטופל המסוים או על קבוצת חולים מזוהה, ראוי לאמוד את המשמעויות של הנגשה של שירות או טכנולוגיה במימון ציבורי בראיה מאקרו-כלכלית לאומית. זאת, כיוון שלא אחת, הנגשה של שירות רפואי או טכנולוגיה חדשה מגלמת השפעות פסיקליות חיוביות למשק כולו, השפעות חיצוניות למערכת הבריאות שכיום הן נעלמות מעיני חברי ועדת הסל, וכפועל יוצא אינן מקבלות ביטוי הולם בהליך קבלת ההחלטות על הרחבת סל שירותי הבריאות. כך לדוגמה, אם בכוחה של טכנולוגיה מסוימת להשפיע לחיוב על איכות החיים, עד כדי החזרת חולים למעגל

העבודה בצורה חלקית או מלאה – נתון כלכלי זה הינו בגדר נעלם בתוך מנגנון עדכון הסל. זאת הגם שיכול להנגשה של הטכנולוגיה הרפואית בסל הציבורי פוטנציאל ממשי להשפיע באופן חיובי על שוק העבודה ועל המשק כולו.

לצייין, נעלם נוסף במשוואה הם הנתונים אודות השפעות החברתיות והכלכליות שיש למחלה על המעגלים שסובבים את המטופל – בני המשפחה וסביבתו הקרובה. שהרי מעבר לחולה עצמו, למחלה או לפגיעה באיכות חייו של החולה (כפרט כשמדובר בקטינים וקשישים) יש השפעה במישורן ובעקיפין גם על התנהלות הסביבה בשוק העבודה. בני משפחה נאלצים להיעדר מעבודתם לעתים תכופות על מנת לסייע, ללוות או לסעוד את המטופל. כך לדוגמה, בחוקי העבודה ובתקנות נקבע כי עובד זכאי לזקוף עד 6 ימי היעדרות על חשבון ימי מחלה בגין מחלת בן זוג (עד 60 ימים אם מדובר במחלה ממארת)⁽¹¹⁾; עד 6 ימי היעדרות בגין מחלת הורה⁽¹²⁾; עד 8 ימי היעדרות בגין מחלת ילד עד גיל 16, או עד 16 ימים אם מדובר בעובד שהוא הורה יחיד (בהתאמה, כ"90/110 ימי היעדרות אם מדובר במחלה ממארת); עד 18 ימי היעדרות וכן 52 שעות עובד שהוא הורה לאדם עם מוגבלות⁽¹³⁾ ועוד. במסמך שגיבשה בשנת 2015 נציבות שירות המדינה בנושא "היעדרויות עובדים", שמבוסס על בדיקה בקרב עובדים מ"24 משרדי ממשלה (8,170 עובדים – 5,146 נשים ו-3,014 גברים) נמצא כי ימי מחלה היו אחוז ניכר מסך ימי היעדרות⁽¹⁴⁾. (גרף 4) כאמור, היעדרויות ממקום העבודה פוגעות בפרייון העבודה, פגיעה שניתן לצמצם את היקפה או תדירותה אם הכנסה של שירות או טכנולוגיה פלונית לסל שירותי הבריאות הציבורי תשפר את מצבו של המטופל או תפחית את תלותו באחר.

ברו"ח שהוגש בשנת 2016 למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, בהתבסס

על מודלים כלכליים ונתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נחשפו מימדי ההשפעה הכלכלית שיש לבריאות הציבור על המשק. כך, על פי הערכות, בשנת 2014 העלות המצרפית למשק בשל תמותה מוקדמת (לפני גיל פרישה), היעדרויות ממקום עבודה עקב מחלה והפסקת עבודה טרם גיל פרישה עקב מצב רפואי, הגיעה לסך של 5.5 מיליארד שקל בשנה. זאת, לצד עלויות נוספות למשק הישראלי כמו לדוגמה ההוצאה העודפת של המוסד לביטוח לאומי בגובה 1.5 מיליארד שקל בגין קיצבאות נכות⁽¹⁵⁾.

נוכח הנתונים הנ"ל וכחיוק לעמדה המבקשת להכיר בהשפעה המאקרו כלכלית כשיקול רלוונטי להכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות, ראוי להבחין, בין היתר, גם בהתייחסות החוקרים לכך ש"מצב בריאות ירוד של קבוצת אוכלוסיה רחבה יכול לגרום עלויות למשק ולשחקנים הפועלים בו (ביחס לתרחיש דמיוני שבו פערי הבריאות נעלמים). בין העלויות האפשריות: א) פגיעה ברווחת האזרחים ובני משפחותיהם עקב תמותה מוקדמת וחיים בבריאות ירודה. ב) פגיעה בתוצר ובפרייון במשק עקב תמותה של עובדים בגיל העבודה, וכן עקב תחלואה עודפת בגיל זה, הגורמת לפגיעה בתעסוקה, להיעדרות מעבודה ולצבירה פחותה של הון אנושי. ג) עלויות של טיפול רפואי נוסף עקב התחלואה העודפת, במימון הממשלה או הפרטים (עלויות אלו עשויות להיות קטנות (האם צל גדולות????) אם פערי הבריאות נובעים מאספקה חסרה של שירותי בריאות. ד) תשלום נוסף של קיצבאות נכות עקב התחלואה העודפת (וכנגד זאת חיסכון בתשלום קיצבאות זקנה עקב התמותה המוקדמת)⁽¹⁶⁾.

לפיכך, זיהוי המתאם בין מצב בריאות האוכלוסיה לבין המצב המאקרו כלכלי עשוי להשפיע על מקבלי ההחלטות בבואם לקבוע

את מדיניות הבריאות, כמו גם על חברי ועדת הסל. מכאן, ככל שניתן, ראוי שלצד החומרים שמוגשים לחברי ועדת הסל תצורף גם חוות דעת שתציג נתונים כיצד הכרה בטכנולוגיה רפואית חדשה במסגרת הסל הציבורי תשפיע מבחינה כלכלית על כלל המשק, ובכלל זאת: שוק העבודה (השפעה על פרייון עבודה), ביטוח לאומי (קיצבאות, גמלאות וכיו"ב), ייבוא וייצוא, הוצאות רפואיות לעתיד ועוד.

הערת אזהרה

עם זאת, כל סוגיית השיקול הכלכלי בבריאות בכלל, ובתחום הערכת שירותי בריאות וטכנולוגיות חדשות בפרט, חייבת לבוא עם הערת אזהרה. לא אחת הדיון בשיקולים כלכליים ובפוטנציאל התרומה הפורמלית של השקעה בבריאות על פרייון המשק טומנים בחובם בעיות אתיות ומשפטיות. חשש ממשי הוא כי בשם שיקולי כדאיות כלכלית למשק כקריטריון מובהק, ההחלטות על הכנסת שירותים או טכנולוגיות לסל הציבורי יקבלו אופי רגריסיבי. בפועל, עלולה להיווצר הטיה מכוונת להשקעה עודפת באוכלוסיות שנמצאות בטווח גילאי מעגל העבודה (18-67), לעתים על חשבון אוכלוסיות לא עובדות או אוכלוסיות קצה אחרות. לכן, ולצד החשיבות בהכרה שבכוחה של השקעה בבריאות כדי להגביר את הפרייון במשק, חייבים להיזהר מהטיות מעין אלו. לדוגמה, אסור להפוך את הגידול בתמ"ג לאינדיקטור פורמלי, דומיננטי ומהותי להשקעה בבריאות. לצייין, דרך אפשרית לצמצם את החשש להטיה שתוצאתה פגיעה בקבוצות גיל שחורגות מגילאי העבודה היא לעשות שימוש במגוון אינדיקטורים – גם אינדיקטורים שכוללים גם את פרייון המשק אבל גם אינדיקטורים נוספים מתחום רווחה, מדדי אושר אישי וחברתי וכיו"ב. ●

ספרות

11. Jaffe DH, Neumark YD, Eisenbach Z, et al. Educational inequalities in mortality among Israeli Jews: changes over time in a dynamic population, Health Place, 2008, vol. 14 2(pg. 287-298); Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, N Engl J Med, 2008, vol. 358 23(pg. 2468-2481); Avendano M, Kunst AE, Huisman M, et al. Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s, (Heart, 2006, vol. 92 4(pg. 461-467

12. Bundkirchen A, Schwinger RHG. Epidemiology and economic burden of chronic heart failure. European Heart Journal, Supplement. 2004;6(D):D57-60; Moher D, Altman DG, Liberati A, Tetzlaff J. PRISMA statement. Epidemiology (Cambridge, Mass). 2011;22(1):128

13. Wladimir Lesyuk, et al. (2018). Cost-of-illness studies

14. in heart failure: a systematic review 2004-2016, BMC Cardiovascular Disorders 2018, 18:74

15. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. Int J Cardiol. 2014;171(3):368-76

16. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.

17. החלטת ממשלה (מס' 4111) מיום 9.8.2005.

18. החלטת ממשלה (מס' 2207) מיום 12.8.2007.

19. משרד הבריאות (2010) נוהל עדכון סל שירותי הבריאות. Human Development Report 2016

20. WHO (2001). Commission on Macroeconomics and Health & World Health Organization. Geneva

21. חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת בן זוג), תשנ"ח-1998; תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת בן

12. חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), תשנ"ד-1993; תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה), תשנ"ד-1994.

13. חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), תשנ"ג-1993; תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד), תשנ"ד-1993.

14. נציבות שירות המדינה (2015). היעדרויות עובדים, המטה ליישום הרפורמה, אגף תורה וניהול ידע, נובמבר 2015.

15. ע' פוליצר, ע' שמואלי, ש' אבני (2016). הנטל הכלכלי של פערים בבריאות הקשורים לפערים חברתיים-כלכליים בישראל, דו"ח למכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

16. ע' פוליצר, ע' שמואלי, ש' אבני (2016). הנטל הכלכלי של פערים בבריאות הקשורים לפערים חברתיים-כלכליים בישראל, דו"ח למכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.