

## תקציר מנהלים

נתבקשנו, ביוזמת האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם (ISNH) בשיתוף העמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות (INKE)<sup>1</sup>, לחקור את המשמעות הכלכלית של מחלת הכליות הכרונית (CKD - Chronic Kidney Disease) בהווה עם פרספקטיבה לעתיד. לאור שכיחותה והעלויות המשמעותיות הכרוכות בטיפול, מחלת הכליות הכרונית משיתה נטל כלכלי עצום על מערכת הבריאות ועל המשק. שכיחות המחלה בישראל ובעולם גוברת בקצב מהיר, דבר המביא מומחים בתחום לכנות את ה-CKD בכינויים "מגיפה" ו-"מגיפה שקטה". על פי הערכות שונות, קרוב ל-10% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל – 400 אלפי אנשים – חולה במחלה. מבין 21 מדינות המערב, ישראל מדורגת במקום הראשון בשיעורי התמותה ממחלות כליה לכל 1,000 נפש.

ה-CKD היא מחלה בלתי הפיכה ומסווגת לפי חמישה שלבים (שלב 1, שלב 2 ועד שלב 5). כל שלב מהווה אינדיקציה למידת הפגיעה בתפקוד הכליות. השלב הסופי של המחלה (שלב 5) נקרא, על פי רוב<sup>2</sup>, כשל כליות סופני (ESRD - End Stage Renal Disease). החולה הנתון לכשל כליתי חייב, על מנת לחיות, לקבל טיפול כליתי חליפי, קרי דיאליזה או השתלת כליה. טיפולי דיאליזה והשתלות כליה מביאים להרעה משמעותית באיכות חיי המטופל ולעלות כבדה למערכת הבריאות הציבורית. בישראל כ-5,500 מטופלי דיאליזה וכ-3,000 מושתלי כליה. כיום, עלות טיפולי דיאליזה לחולה לשנה מסתכמת בכ-207 אלפי שקלים, ועלות הניתוח להשתלת כליה עומדת על כ-203 אלפי שקלים.

### ניהול ה-CKD בישראל ועלותה הישירה

קיים הבדל משמעותי בין הטיפול של מערכת הבריאות הציבורית בישראל לחולים בכשל כליות סופני (מטופלי דיאליזה בעיקר) לבין הטיפול בחולים בשלבים המוקדמים יותר של המחלה. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (1995) קובעות שמטופלי דיאליזה יימנו על קבוצת

- CKD היא מחלה בלתי הפיכה הנושאת עימה נטל עצום על מערכת הבריאות והמשק.
- כ-10% מהאוכלוסייה הבוגרת חולה ב-CKD על שלביה השונים.
- בישראל כ-5,500 מטופלי דיאליזה וכ-3,000 מושתלי כליה מתפקדת.
- כיום, עלות טיפולי דיאליזה לחולה לשנה מסתכמת לכ-207 אלפי שקלים. עלות ניתוח להשתלת כליה: כ-203 אלפי שקלים.
- עלות טיפולי הדיאליזה בישראל ב-2010: 1.118 מיליארדי שקלים.
- עלות הטיפול בחולה ESRD גדולה פי 20-15 מעלות הטיפול בחולה בשלבים 3-4, ופי 2,000 מעלות הטיפול בשלבים 1-2.
- עלות המחלה השנתית למשק מגיעה ל-2.48 מיליארדי שקלים.

המחלות הקשות (לצד איידס, גושה, המופיליה וטלסמיה) ועל כן הטיפולים מתוקצבים בנפרד ממנגנון הקפיטציה. מקור המימון לטיפול היקר במחלה הקשה הוא מס הבריאות הממלכתי, המועבר לקופות החולים לצורך מתן טיפולי הדיאליזה. התשלום אותו מקבלות הקופות מועבר אליהן לפי מכפלת מספר החולים (מטופלי דיאליזה) המבוטחים בשנה נתונה בסכום שנקבע מראש (הוא הסכום המוערך לטיפול דיאליזה). מספר החולים במחלות קשות מדווח על ידי הקופות מידי חצי שנה.

<sup>1</sup> מקור המימון לעבודה ניתן כמענק מחקרי בלתי מותנה מטעם החברות: Bristol-Myers Squibb ו-Abbott.

<sup>2</sup> קיימים מצבים של שלב 5 לפני דיאליזה, אך שלבים אלו קצרים ומובילים לעיתים קרובות ותוך זמן קצר לכשל כליות סופני.

**לעומת זאת, חולים בשלבים מוקדמים של המחלה מכוסים תחת מנגנון הקפיטציה הקבוע בחוק בריאות ממלכתי, ולא קיימת מדידה מדויקת של העלויות הישירות שמשיתים חולים אלו על מערכת הבריאות הציבורית.**

ב-2010 עמד הסכום המצרפי אותו קיבלו קופות החולים עבור מטופלי הדיאליזה המבוטחים על ידן על כ-1.1 מיליארדי שקלים (5,500 חולים). כ-70% מהמטופלים (כ-4,000 חולים) מבוטחים על ידי שירותי בריאות כללית, שהיא הקופה הגדולה בישראל. לצד טיפולי הדיאליזה, ב-2010 בוצעו 180 השתלות כליות, 140 מתוכם בישראל ו-40 נוספים בחו"ל. בשנת 2010, מספר החולים הממתינים להשתלה עמד על 730. 36 חולים נוספים נפטרו במהלך ההמתנה. עלות השתלות הכליות לאותה שנה הסתכמה בכ-40 מיליוני שקלים. עלות שלבי המחלה המוקדמים (1 עד 4) מוערכת על ידינו בכ-965 מיליוני שקלים. לאור האמור, סך העלות הישירה הנובעת מ-CKD על שלביה השונים מוערכת ב-2.19 מיליארדי שקלים, רובה ככולה מושתת על מערכת הבריאות הציבורית. **עלות הטיפול בחולה ESRD גדולה פי 20-15 מעלות הטיפול בחולה בשלבים 3-4, ועד פי 2,000 מעלות הטיפול בשלבים 1-2.**

הסכום הרב המועבר על ידי המערכת הציבורית לצורך הטיפול בשלב הסופי של המחלה, לא תואם את משאבי הניהול המועטים (יחסית) המושקעים בניהול, בתיעוד ובטיפול במחלה בשלביה המוקדמים. למרות החשיבות הרבה לאיסוף שיטתי וסדור של נתונים לגבי התפתחות המחלה לשלביה השונים עקב העלויות הכבדות, מאגר

מתוך דוח מבקר המדינה 2012: "על משרד הבריאות ועל הקופות לנקוט את הצעדים הדרושים לצורך זיהוי מוקדם ככל האפשר של בעיית כליות בקרב החולים והפנייתם המיידית לרופא נפרולוג."

נתונים שכזה אינו קיים בישראל. מתוך מאות אלפי בוגרים הסובלים מ-CKD, רק אלו הסובלים מכשל כלייתי סופני - 8,500 אנשים - נמצאים תחת מעקב סדור ומנוהל (קרי, 2.1% בלבד מכלל החולים במחלה).

דוח מבקר המדינה לשנת 2012 כולל פרק נכבד על אודות מחלת הכליות הכרונית, הטיפול בדיאליזה ומושתלי הכליות. בין השאר, הדוח מבקר את משרד הבריאות על כך שאינו עושה די לצורך מעקב אחר חולים, בעדכון מאגרי המידע וכי הוא אינו מאפשר טיפול התואם את חומרת המחלה. אחת ממסקנותיו העיקריות היא כי נדרש פרוטוקול לגילוי וטיפול בשלבי המחלה הראשוניים ושינוי בגישת ניהול המחלה.

### עלות המחלה בכללה

העלויות הכלכליות הנגרמות למשק מ-CKD נחלקות לשני סוגים עיקריים, עלויות ישירות ועלויות עקיפות: **עלויות ישירות** הן עלויות הנוצרות כתוצאה מהטיפול במחלה. כאמור, סך העלות הישירה בגין הטיפול במחלה מגיע לכ-2.19 מיליארדי שקלים.

**עלויות עקיפות** הן עלויות הנובעות כתוצאה מהמחלה, אך אינן לצורך טיפול במחלה. עלויות אלו משפיעות על מעגלים רחבים סביב החולה: מעסיקים, קרובים מטפלים (Caregivers) והמשק הישראלי כמכלול. להלן פירוט העלויות העקיפות שכומתו במסגרת עבודה זו:

- **אי השתתפות בכח העבודה:** עיקר העלות העקיפה נובע מאי השתתפות בכח העבודה של החולים, ומהיעדרות מעבודה כתוצאה מהמחלה. מעטים מבין מטופלי הדיאליזה בישראל עובדים לפרנסתם, מאחר והטיפול "שואב" כוחות פיזיים ונפשיים אשר במקרה רבים אינם מאפשרים עבודה. איבוד הפריזון למשק כתוצאה מאי-ההשתתפות של מטופלי הדיאליזה והחולים בשלבים המוקדמים נאמד בכ-332 מיליוני שקלים בשנה.

- **היעדרות מעבודה:** מטופלי הדיאליזה העובדים, נאלצים להיעדר תכופות ממקום עבודתם לצרכי התמודדות עם המחלה (תופעה המוכרת בספרות המקצועית כ-Absenteeism). אובדן התפוקות למשק כתוצאה מהיעדרויות אלו, הוערך בכ-14 מיליוני שקלים. סכום זה נמוך יחסית מאחר ומעטים מהמטופלים מסוגלים לעבוד כלל (כ-230 בלבד). למעלה מכך, מטופלי הדיאליזה זקוקים במקרים רבים גם לקרוב מטפל (Caregiver) שיסייע בהתמודדותם עם המחלה. שווי הטיפול אותו מעניקים הקרובים המטפלים מוערך בעשרות עד מאות מיליוני שקלים בשנה.

**סך העלות הנגרמת בשל המחלה (ישירה ועקיפה) מוערכת ב-2.48 מיליארדי שקלים בשנה.**

#### הוצאות נוספות בגין המחלה

נוסף על עלות המחלה, למחלת הכליות הכרונית השפעה פיסקאלית בעלת משמעות רחבה. חולי הכליות בשלבים המתקדמים של המחלה נחשבים אל מול המוסד לביטוח לאומי כנכים ברמה זו או אחרת, ולפיכך מקבלים קצבאות ייעודיות והטבות מס מהממשלה. הכלכלה אינה מונה תשלומים אלו (תשלומי העברה) כעלות כלכלית (אובדן תפוקה), אך אף על פי כן חשוב לציין אותם ולהתחשב בהם בעת קבלת החלטות. תשלומי העברה אלו מאוצר המדינה מוערכים על ידינו ב-171 מיליוני שקלים, נכון לשנת 2011.

#### מגמות בשכיחות ועלות המחלה

הנטל על כלכלת ישראל כתוצאה מ-CKD צפוי להמשיך ולגדול. ישראל היא מדינה "צעירה" אך הולכת ומזדקנת. עובדה זו מקטינה, לעת עתה, את שיעור הסובלים מ-CKD (באופן אבסולוטי), ביחס למדינות אחרות. השלב הסופי והיקר ביותר של המחלה, כשל כליתי סופני, שכיח יותר בקרה האוכלוסייה המבוגרת. נכון ל-2010, כ-46% ממטופלי הדיאליזה בישראל הם מעל גיל 65. על הסיבה לעיל מצטרפת גם הצמיחה הלא רצויה בשיעור חולי הסכרת ויתר לחץ הדם בישראל המהווים גורמי סיכון מרכזיים לחלות ב-CKD. שכיחות הסוכרת באוכלוסייה צפויה לגדול באופן משמעותי, ומספר החולים בסוכרת צפוי לעלות ל-1.2-1 מיליוני נפשות (בהשוואה לחצי מיליון כיום) עד 2030. מספר הסובלים מיתר לחץ דם בישראל מוערך בעד 2 מיליוני נפשות, כאשר ההערכות הן כי הרגלים התנהגותיים כגון חוסר פעילות ספורטיבית יביאו לגידול בשיעור הסובלים מעודף משקל ומשם לגידול במספר החולים ביתר לחץ דם וב-CKD. על סיבות אלו מצטרף גם השיפור המתמשך של הטיפול בכשל כליתי סופני. הסברה הרווחת היא כי אורך החיים הממוצע של חולה CKD מרגע שהחל בטיפול הדיאליזה יתארך עם התקדמות הטיפול ב-ESRD. מגמה זו תביא עימה להארכת תקופת הטיפול בחולי ESRD, המשיטה עלויות ישירות ועקיפות גבוהות.

**המסקנה העיקרית מעבודתנו היא שאופן ההתמודדות מול CKD בשלביה המוקדמים, אינו תואם את עלותה האדירה למשק. המשאבים המופנים לטיפול בכ-5,500 מטופלי הדיאליזה לבדם מהווים 78% מעלותן של חמש המחלות הקשות בישראל ושווים ל-3.04% מסך ההוצאה הציבורית על בריאות ב-2010. סך זה גדול בהרבה מהמשאבים המוקצים לטיפול ולמניעת המחלה בשלביה המוקדמים. הגורמים הקליניים אותם תשאלנו מעריכים כי הקצאת משאבים לטיפול בשלבים המוקדמים של המחלה, יכולה למנוע הידרדרות לשלב הכשל הכליתי הסופני, שלב בו נזקקים החולים לטיפול הדיאליזה היקרים כל כך.**

יתרה מכך, עלות ה-CKD למשק צפויה רק לעלות. הזדקנות האוכלוסייה בישראל והעלייה בתוחלת החיים מצביעות על כך שמספר הסובלים מ-CKD יעלה בקצב מהיר בהרבה מקצב גידול האוכלוסייה. על כן ניתן לצפות כי הנטל הנובע מהמחלה רק יגדל, בעוד שיעור האוכלוסייה התומכת והנושאת בנטל יקטן. לדעתנו, הערכות אלו דורשות היערכות מחודשת באופן הקצאת המשאבים הקשורים במחלה.