

במבט חד

גיליון מס' 6 – פברואר 2004, שבט תשס"ד

רח' סוקולוב 87 רמת השרון טל. 03-5472751 פקס. 03-5477648

Namag-amd@012.net.il

חבר ב: MEMBER OF : AMD ALLIANCE INTERNATIONAL

תוכן העניינים

עמוד

משולחן היו"ר
פרידה ממינה ליבן
"במבט חד" אל קוראינו

מוקד הגיליון: **דילמת הממברנה "האוקולטית-קלאסית"**

- על הטיפול הפוטודינמי
- ראיונות עם מסורבי טיפול פוטודינמי
- פתיחה לדיון: ד"ר ל. שני
- עמדות מומחי רשתית: הפרופסורים י. מויסייב, ע.לבנשטיין, י. יסעור ש. מרין,

- עמדת משרד הבריאות: ד"ר א. לוקסנבורג
- הודעות קופות החולים כיצד הן מטפלות בערעורים
- קצת מן הנעשה בנושא במדינות אחרות
- הערות סיכום מפי יו"ר העמותה
- עצות והצעות למסורבי טיפול פוטודינמי

סיפור התמודדות אישי/שולמית כהן
על ספרים מוקלטים/פרופ' זאב לוז
הופעות העמותה בפני קהלי יעד
הודעות "במבט חד"
חדשות "במבט חד"
פינת המתנדבים וציון תורמים

משולחן היו"ר

"במבט חד" אל קוראינו

גיליון זה כשני קודמיו- מס' 4 בתוסף המזון ומס' 5 באופטומטריה ומשקפי שמש - ממוקד סביב סוגיה אחת המעסיקה מאוד את חברינו. הפעם באלה הלוקים בנמ"ג ה"רטוב" (אך בעצם בכולנו, מפני האפשרות של מעבר מסוג "יבש" לסוג "רטוב"). מדובר במצב שבו **מטופל** בעל דלף (שטף דם ונוזלים מתחת לרשתית) מומלץ ע"י רופאו לעבור טיפול פוטודינמי (PDT) – היחידי האמור לעצור התדרדרות הראייה - ומתבשר בו זמנית, כי לא יוכל לזכות בהחזר כספי מקופ"ח

שלו עבור הטיפול היקר, היות והמקרה שלו אינו בקריטריונים שקבע משרד הבריאות כמזכי הכללה ב"סל הבריאות". בפני מטופל כזה מתייצבת הדילמה: לשמוע בעצת רופאו ולבצע הטיפול היקר (סביב 10,000 ש"ח) שעלול להשקיעו בחובות או תרומות, או - גרוע מזה - להימנע מהטיפול ולהסתכן בהתדרדרות ראייתו לקראת תעודת עיוור?

הסוגיה תתואר קודם כל מצד **חולי נמ"ג** שמצאו עצמם במצב זה. **המבט הרפואי** הכולל **יוצג בכתבת-פתיחה** לדיון הפרופסורים הבולטים שבין **מומחי הרשתית**, הן מנקודת מבטם הרפואית-מחקרית והן כעומדים מול החולה הנפעם, בניסיונם לספק היבטים שונים לשיקוליו לקבלת החלטה. **משרד הבריאות** יעלה שיקוליו לאי הכללת הממברנה "החבויה" בסל. **קופות החולים יציגו עמדתם** ואת מנגנוני הערעורים שעומדים לרשות החולה, כמו גם אופן ואורך הליך קבלת ההחלטות לטיפולים המומלצים כדחופים. נציין הקורה בארה"ב **ובמדינות אחרות**, נסכם **בהערות כלליות משלנו** ונסיים **בעצות מעשיות** למסורבים.

המדורים הקבועים "חדשות בתחום המחקר", "מאמר רפואי" ו"עצות והצעות" משולבים הפעם בנושא המרכזי, כאמור.

הנושא המרכזי: דילמת "הממברנה האוקולטית-קלאסית"

על הטיפול הפוטודינמי (PDT) (עם התמונה)

אחד הטיפולים שאמור לתת מענה לחלק מהמקרים של הנמ"ג ה"רטוב" הוא הטיפול הפוטודינמי – לייזר קר- הנמצא בשימוש כבר 3 שנים. **ייחודו** בהרס סלקטיבי של כלי הדם החולים, מבלי לפגוע ברשתית עצמה, כפי שעשה קודמו הלייזר "החם".

אופן הטיפול: בתחילה מוזרק לוריד חומר "רגיש לאור" המתרכז בכלי הדם הפגועים. כעבור זמן קצר מאירים את העין באור לייזר נמוך עוצמה, הגורם לשפעול החומר שהוזרק, ובעקבותיו להרס וחסמת כלי הדם הפתולוגיים שצמחו מתחת לרשתית.

הדבר דומה לפעולתה של "פצצה חכמה" שיודעת לכוון את עצמה אל המטרה ולגרום לנזק ממוקד, תוך פגיעה מינימלית ככל האפשר, באתרים שכנים.

אצל חלק מהמטופלים הטיפול עשוי למנוע התדרדרות המחלה ובמקרים מסוימים אף לשמר את הראייה, בהשוואה לחולים שלא טופלו.

הצגת הדילמה

במדינת ישראל, נכון להיום, ייהנו מטיפול פוטודינמי (PDT) על חשבון סל הבריאות, חולים הסובלים מ-AMD "רטוב" עם ממברנה נאו-וסקולרית (כלי דם

צומחי פרא) סובפוביאלית (מתחת למרכז הראייה) עם מרכיב "קלאסי" בעיקרו. לעומת זאת, אלה שאובחנו כבעלי ממברנות מהסוג הגדל לאט, ה"חבוי" (אוקולט), לא יכללו בקטגוריה זו אי-קבלת החזר כספי במקרים אלה היא מכה קשה לאלפי החולים בסוג זה של המחלה. יתר על כן, כשהרופאים מציעים טיפולי PDT גם לסוג זה, ועוד בדחיפות, מוצא עצמו החולה נתון בדילמה בין ויתור על הטיפול (שאינו לו תחליף בינתיים) כי ידו אינה משגת לשלמו, לבין כניסה לחובות כבדים כדי לעשותו.

ראיונות עם חברים שנתקלו בסירוב קופ"ח לאשר להם "טופס 17", למרות המלצת הרופא שטיפול פי די טי נחוץ!

דליה פ. (67)

מחלת ניוון הרשתית נתגלתה אצל דליה פ., אלמנת צה"ל, לפני כשנתיים בביקור מקרי אצל אופטומטריסט. יצוין, כי שנה קודם כשפנתה לרופא עיניים על רקע ירידה בראייה, הוא ייחס זאת להתחלת התפתחות קטרקט. דליה הנוטלת תרופות נוירולוגיות, עקב ניתוח מוח שעברה, סברה לתומה כי הסימפטומים נובעים מהעייפות ומהתרופות שהיא מקבלת. כשפנתה שוב לבדיקה אצל רופא העיניים, הוא ציין כי המצב משונה מעט, אך לא עשה מאום בנדון. כשמצבה התדרדר עד כדי ירידה משמעותית בראייה, נשלחה לבדיקה אצל רופא נוסף וזה שלחה לצילום. בעקבותיו נאמר לה: "כן, יש לך משהו, אך אין מה לעשות. יש טיפול אך הוא אינו מתאים למצב הניוון שלך".

דליה פנתה לרופא פרטי שציין בפניה, כי המקסימום שהוא יכול לעשות הוא לשלוח אותה לקבל חוות דעת נוספת במרפאת העיניים איכילוב. שם התבשרה כי היא חייבת לעבור טיפול פי.די.טי, אותו עליה לממן מכיסה כיוון שבתקופה הנ"ל הוא לא נכלל בסל התרופות. בירוריה העלו כי עלות טיפול באיכילוב כ- 11,000 ₪, בעוד שבתל השומר כ- 8,000 ₪. לאחר דיון משפחתי קבלה את הטיפול בתל השומר.

כיוון שסמוך לתקופה זו הוכנס הטיפול לסל התרופות ולאור מצב כלכלי לא קל פנתה לבקשת החזר. רופא המשפחה התגייס לעזרתה במילוי והעברת הטופס לאחראי על מתן אישורי טיפולי פי.די.טי. ואכן האישור התקבל וכספה הוחזר.

אולם לכשהגיע תור הטיפול השני, הודיע לה רופא המשפחה כי אין באפשרותה לקבל ט' 17 פעם נוספת.

את הטיפול השני בסך 8,200 ₪ + 180 ₪ עבור הבדיקה שילמה דליה הפעם מכיסה הפרטי. היא פנתה לוועדה המאשרת את הטיפולים, צירפה צילומים (שעד שהוחזרו לה, כדבריה, נשמתה פרוחה) אך התשובה שקבלה הייתה כי בעיון במסמכים נמצא שאינה עונה לקריטריונים על פיהם מאשרים טיפול.

בתה שלא ויתרה, ואח"כ דליה, שלחו מכתב נוסף לוועדת הערעורים, עליהם לא קבלו תשובה עד כה. נכון להיום מצבה יציב, אולם היא חיה בחשש מתמיד, שמא יורע מצבה. "אני אישה לא בריאה. מאור העיניים הוא הנכס היקר ביותר שיש לי, במיוחד אחרי שעברתי ניתוח מוח ואני משתדלת בכל כוחי להיעזר בעזרים כמחשב כף יד על מנת לשמור על זכרוני, מה גם שאני מתפקדת לבד. מדוע שלא יסייעו בידי לשמור על מאור עיני? היא שואלת.

עליזה ב. (80)

לכשנתגלתה מחלת ניוון הרשתית בעינה השמאלית של עליזה ב. לפני כשלוש שנים במקרה, המצב היה כבר חמור. לדבריה, טיפול שעברה אצל רופא מומחה רשתית נכשל והחמיר עוד יותר את מצבה. הרופא המומחה המליץ בפניה לנסות לטפל בעין אצל מומחית עמיתה. עינה נותחה והיא נאלצה לשהות בבית החולים כ- 10 ימים. למרבה הצער נתגלתה המחלה גם בעין השנייה (הימנית) ועם החמרת מצבה (ינואר 2002) המליצה הרופאה המומחית על טיפול פי.די.טי. עליזה חששה לעכב את הטיפול מחשש להתדרדרות, עברה את הטיפול באיכילוב ושילמה עבורו ועבור הצילומים מכיסה הפרטי. כך ארע גם בשני הטיפולים הנוספים שעברה, (לפני כל טיפול היא הוחתמה על טופס בו היא מתחייבת שלא תתבע את הקופה על החזר הסכום) נאמר לה ע"י הרופאה המומחית כי היא סובלת משילוב של הסוג הקלאסי והחבוי ובסה"כ שילמה 32,000 ₪.

"איש לא טרח לעדכן אותנו כי הטיפול נכנס לסל" מספרת בתה שלוותה את האם בכל התהליך הממושך. הבת פנתה במכתב לשר הבריאות ולמנהל פניות הציבור, אולם עד היום טרם נענתה.

למכתב נוסף שכתבה עליזה נענתה, כי התיק יועבר לעיונו של ראש וועדת הפי.די.טי, המוסמך לקבוע אם המקרה עומד בקריטריונים של ההתוויה בסל הבריאות. מאוחר יותר התברר כי סוג הממברנה שלה אינו עומד בקריטריונים של הסל.

"אמא התייאשה, הרימה ידיים ואין בכוחה לבקש את הכסף חזרה" מדגישה בתה "כל הנושא הזה גורם לה להתרגשות רבה שאינה בריאה לגילה. היא גם חוששת להוציא כספים נוספים". בינתיים מצב העיניים יציב.

אלה היו רק שני ראיונות אותנטיים מתוך עשרות מסורבי קבלת "טופס 17" לטיפול פי די טי, שפניותיהם למשרדנו הולכות ונערמות.

למ. ב. (73) סוג חבוי שלא אושר. הוא שילם הטיפול מכספו, הממברנה הפכה לקלאסית ואושרה בפעם השניה בלבד.

- לג. נ. (81) סוג חבוי שפעמיים לא אושר ולכן נאלצה לשלם הטיפול מכספה. עומדת לפני טיפול שלישי ללא אמצעים. כגמלאית אינה רוצה

לבקש עוד כסף מהילדים.
- ז.ב. (67), נדחה, פנה לבית כנסת לתרומות וגמ"חים. הסכום שנאסף לא הספיק ולכן הטיפול לא בוצע. המצב ממשיך להתדרדר.
- ל.א. (87) הטיפול לא אושר, למרות המלצה רפואית בכתב לבצוע דחוף. הוא פנה לבית-הכנסת לקבלת גמ"ח.
- א.ו. (75), עברה שני טיפולים – ביולי ואוקטובר 2003- נענתה כי "אינה בקריטריונים" ולכן שלמה מכספה מעל 7,000 ש"ח לכל טיפול.
בדצמבר אותה שנה המליץ הרופא על טיפול נוסף דחוף והציע לפנות לרופא המחוזי עם חומר רקע. אולם שוב נדחתה. לא רוצה לבקש כסף מהילדים והחליטה לא לבצע הטיפול. ראייתה מתדרדרת.

כתבת-פתיחה לדין

ד"ר ל. שני/מנהלת מרפאת עיניים רמת-גן, כללית שירותי בריאות

עם העלייה בתוחלת החיים בעולם המערבי, עולה גם שכיחות הופעת מחלת הנמ"ג באוכלוסייה מעל גיל 55.
המחלה מופיעה בצורתה ה"יבשה" האיטית ב- 90%-85% מהסובלים ממנה, ואילו השאר 15%-10% נפגעים מהצורה "הרטובה" הגוררת בעקבותיה ירידה קשה בתפקודי הראייה.
קיים היום מחקר מואץ בנושא של טיפול בנמ"ג ובעיקר בצורתו ה"רטובה" האחראית לרוב מקרי אובדן ראייה קשה הקשור למחלה זו.
מאחר ועדיין אין שום טיפול יעיל המרפא את המצב, אנו הרופאים עדיין עוסקים בטכניקות אשר מסוגלות לייצב את מצב החולים בנמ"ג וע"י כך למנוע התדרדרות עד לאובדן ראייה חמור יותר.
מחלת הנמ"ג בצורתה ה"רטובה" מתחלקת לשתי קבוצות עיקריות הקלסית והחבויה (אוקולטית). בשני מצבים אלה קיימת צמיחה של כלי דם חדשים ודולפים אל מתחת לרשתית במקולה (אזור ברשתית האחראי לראייה מרכזית).
האבחון בין שתי ההופעות האלה נעשה בעזרת בדיקת קרקעית העין ע"י רופא עיניים מומחה ובסיוע צילומי אנגיוגרפיה של הרשתית והדמית (כורואיד).
מאחר והיום אנו מסוגלים לטפל רק בצורה "הרטובה" ע"י טיפולי לייזר (לייזר תרמי ירוק או טיפול פוטודינמי PTD) יש חשיבות עליונה בגילוי מוקדם של המחלה וקביעת צורתה המדויקת, על מנת לבחור בטיפול המועדף ביותר לכל חולה וחולה.
עיקר הטיפול המעסיק אותנו, רופאי רשתית כיום, הוא הטיפול הפוטודינמי שיתרונו לעומת הלייזר התרמי הוא בפגיעה סלקטיבית בכלי הדם הפתולוגיים הדולפים ושמירה יחסית על תקינות הרשתית

שמעליהם. חסרונות ה-PTD הם: הצורך לחזור עליו כל מספר חודשים עד להשגת התוצאה הרצויה; מחירו הגבוה. כאן המקום להדגיש, כי טיפול פוטודינמי הוכנס ל"סל הבריאות" של מדינת ישראל לפני כ-3 שנים ואישורו אז הסתמך על המלצות מחקר ה-TAP שהראה תוצאות טובות בחולים עם נמ"ג "רטוב" בצורה ה"קלאסית" ברובה וחדות ראייה לא פחות מ-6/60 לפי לוח סנלן.

שנתיים לאחר מכן פורסם מחקר נוסף, ה-VIP, אשר הראה בין היתר גם חלק מהחולים הסובלים מצורת ה"חבויה" של נמ"ג עשויים להנות מטיפול פוטודינמי ובעזרתו לא להתדרדר לאובדן ראייה חמור. (הדגשת המערכת)

המלצות מחקר זה לא נכללו עדיין ב"סל הבריאות", ולכן קופו"ח אינן מממנות אותו עבור מבוטחיהן. אנו, רופאי העיניים, נמצאים כאן בדילמה קשה. מצד אחד חובה עלינו ליידיע את הפציינטים שלנו על כל אפשרות טיפולית הקיימת למחלתם, ובו זמנית אנו יודעים, כי אחוז לא מבוטל של החולים לא יוכל לעבור את הטיפול הפוטודינמי במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי. לכן עצתי לכל חולה נמ"ג הנמצא "על פרשת דרכים" בנושא הטיפול במחלתו היא, להיוועץ ברופא מומחה למחלות רשתית, לעבור אבחון מדוייק של מחלתו ולקבל מידע מעודכן על אפשרויות הטיפול. כדאי לברר מה סכויי ההצלחה של טיפולי הלייזר השונים ומה הסיבוכים האפשריים.

כדאי לדעת, כי חלק מחולי נמ"ג אשר עבורם לא נמצא טיפול מתאים במסגרת קופו"ח, יוכלו להשתלב בטיפולים ניסיוניים המבוצעים בבתי חולים, תחת פיקוח משרד הבריאות.

לסיכום, המפתח לטיפול יעיל ונכון במחלת הנמ"ג הוא עדיין **גילוי-מוקדם** במסגרת בדיקות תקופתיות, בעיקר אצל אוכלוסיית הסיכון.

עמדות מומחי רשתית

פרופ' יוסף מויסייב יו"ר איגוד רופאי העיניים בישראל

- המחקרים שבדקו את יעילות הטיפול הפוטודינמי בסוגים שונים של AMD אקסודטיבי (רטוב) העלו את הממצאים הבאים:
1. הטיפול נמצא יעיל בצמצום אובדן ראייה בעיניים בהן הסוג הקלאסי היה המרכיב העיקרי
 2. הטיפול נמצא יעיל גם בעיניים עם ממברנה חבויה בלבד, ובמיוחד בעיניים עם ממברנה בשטח קטן מ 4 שטחי דיסקה או עם ראייה גרועה מ 6/15
 3. עיבוד נוסף של הנתונים הראה שבעיניים עם ממברנה חבויה בלבד, או ממברנה שהיא בעיקרה חבויה אך יש בה גם מרכיב קלאסי קטן,

הפרמטר העיקרי הקובע את התגובה לטיפול הפוטודינמי הוא גודל המברנה. בעיניים עם מברנה קטנה יותר משני סוגים אלה, הטיפול היה יעיל באופן משמעותי בהשוואה לקבוצת הביקורת.

4. כאשר מברנה חבויה היא גדולה יותר וגם מלווה בחדות ראייה טובה יחסית, הטיפול הפוטודינמי אינו יעיל בהשוואה לקבוצת הביקורת בה נבדק המהלך הטבעי של המחלה.

המלצה הראשונה של המחקרים שפורסמו הייתה לטפל במברנות שהן בעיקרן קלאסיות, ובמקרים אלה הטיפול נמצא יעיל ללא קשר לגודל המברנה. תוצאות המחקר שעסק במברנות אלה (TAP STUDY) היו פריצת דרך בטיפול במברנות נאו-וסקולריות מ-AMD, ולכן לאחר פעילות נמרצת של איגוד רופאי העיניים בישראל שוכנעו מקבלי ההחלטות בועדה הציבורית לסל הבריאות לכלול את הטיפול בתוספות לסל.

כאשר התפרסמו התוצאות הראשונות של הטיפול הפוטודינמי במברנות חבויות הן היו די מאכזבות, כיוון שהודגם שבשנה הראשונה לטיפול לא היה הבדל בין המטופלים ללא מטופלים. רק תוצאות השנתיים הראו שלטיפול יש יתרון, אך הוא לא היה מרשים במיוחד למרות שהיה משמעותי סטטיסטית.

מדינות רבות בעולם המערבי לא מהרו להכניס את הטיפול לסל, וגם בישראל לא הצלחנו להכניס את הטיפול במברנות חבויות לסל. **מידע שהתקבל מעיבודים סטטיסטיים נוספים הראה כאמור שהטיפול במברנות חבויות קטנות הוא יעיל בהרבה מטיפול במברנות גדולות. בעקבות מידע זה הגיש איגוד רופאי העיניים הצעה לכלול את הטיפול במברנות "חבויות" קטנות בסל הבריאות, ואנו מקווים שההצעה תידון ב-2004. לצערנו, נכון לעכשיו כלל לא ברור האם יהיו תוספות לסל ב-2004, כפי שקרה גם ב-2003. (הדגשות המערכת)**

חשוב שהקוראים יבינו שהקופות אינן רשאיות, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לממן טיפולים שאינם בסל, ולכן הן אינן מאשרות טיפולים למברנות שאינן בעיקרן "קלאסיות". מה צריך לעשות מטופל שמציעים לו טיפול שאינו כלול בסל הבריאות אך יכול להועיל לו? זו לא רק שאלה שמתייחסת לחולים עם AMD, והיא נוגעת לאין ספור תחומים ברפואה – מהשתלת קוצבי לב טובים יותר שאינם בסל, דרך טיפול בתרופות לסרטן שאינן בסל, ועד שימוש במפרקים מלאכותיים טובים יותר שאינם בסל. זו שאלה שאין לה תשובה אחת. המדינה לא לקחה על עצמה לדאוג לכל בעיות הבריאות של אזרחיה מבלי להתחשב בעלויות, ואינה נוהגת כאילו יש לה אחריות טוטאלית לבריאות אזרחיה. אין אחריות כזו בשום מדינה בעולם. הבריאות הפכה לעוד נושא שממשלות בישראל מחליטות על מידת ההשקעה בו, על פי סדרי עדיפות שלא פעם נובעים משיקולים פוליטיים וכלכליים. חלק מהואקום שנוצר בין צרכי הבריאות של האזרחים לבין מה שהמדינה מממנת התמלא על ידי ביטוחי בריאות שונים, מביטוחים משלימים של הקופות ועד ביטוחים יקרים המכסים כמעט כל צורך רפואי. ועדיין, אזרחים רבים נמצאים במצב בו הם נדרשים להחליט האם הם יכולים להוציא מכיסם סכומי כסף גדולים על מנת לטפל בחולייהם שונים.

כאשר מציעים למטופל לעבור טיפול פוטודינמי שאינו נכלל בסל הבריאות עליו לברר עד כמה ההמלצה מבוססת על המידע הקיים בנושא, באיזו קבוצה בדיוק הוא נופל מבחינת סוג הממברנה וגודלה, ואיזה סיכוי מעניק לו הטיפול בהשוואה למהלך הטבעי לפי המחקרים בנושא. במידה ומסתבר לו, שאכן הוא נכלל בקבוצה שלגביה נמצא שיש לטיפול יתרון ברור (בעיקר מדובר בממברנות חבויות או חבויות עם מרכיב קלאסי קטן שהן קטנות בשטחן מ 4 שטחי דיסקה) אני חושב שעליו להתאמץ ולמצוא מימון לטיפול. לעומת זאת, במקרים רבים כגון בממברנות חבויות גדולות או בעיניים עם PED או בעיניים שכבר החלה בהן הצטלקות, או בעיניים עם דימום משמעותי – בכל המקרים האלה אין כל הוכחה שהטיפול מועיל או שהנושא כלל לא נבדק, וספק אם יש טעם להיכנס להוצאות גדולות ולעבור את הטיפול. יש לזכור שלא פעם ההמלצה לטפל נובעת מהיאוש המאחד את הרופא והמטופל בעומדם מול מחלה מעוורת שאין לה טיפול בדוק, בבחינת "אם לא יועיל לא יזיק, מה כבר יש להפסיד?". תפיסה זו מתעלמת מכך שבכל זאת גם בטיפול הפוטודינמי יש סיכון מסוים, וששימוש בזבזני במשאבים הדלים של מערכת הבריאות אינו פעולה הגונה. יתרה מזו, כיוון שלאחר כל טיפול קיימת גם שאלת הצורך בטיפולים נוספים, שהם יקרים בדיוק באותה מידה – רצוי לברר במה יועיל טיפול נוסף, האם הרופא באמת סבור שיש טעם אמיתי בטיפול הנוסף, ושאינו מדובר בהמלצה בעלת אופי טכני בלבד עקב קיום מעט דלף בצילום הפלואורסצאין. בסופו של דבר, כל זמן שהעלות נופלת על המטופל עליו לקבל מידע מפורט ומנומק מדוע כדאי לו לעבור את הטיפול. באותה מידה גם הרופא צריך לתת למטופל ולעצמו הסבר האם מוצדק לבצע את הטיפול היקר, בין אם הוא בסל ובין אם הוא ממומן מכיס המטופל.

פרופ' ענת לבנשטיין **מנהלת מחלקת עיניים/המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי**

ההבדל בין כלי דם פתולוגיים מתחת הרשתית (CHOROIDAL NEOVASCULARISATION) מהסוג ה"חבוי" (Occult) לסוג ה"קלאסי", הינו הבדל שעיקרו בבדיקה הקלינית ובצילום הפלואורסצאין. הסיבה לכך שבקרב מומחי הרשתית בעולם הוטבע הבדל זה, היא שבין שני סוגי המחלות יש, ככל הנראה, הבדל משמעותי במהלך הטבעי וכמו כן בפרוגנוזה.

בפלואורסצאין ה-CNV הקלאסי דולף בדרך כלל יותר מוקדם ובמידה רבה יותר מאשר ה-CNV החבוי. לעיתים 2 הצורות, ה"קלאסית" וה"חבויה", מופיעות בשילובים שונים באותה עין.

לגבי הסוג ה"קלאסי" (למעשה כשבעין יש יותר מ-50% קלאסי) אנו יודעים כבר מזה מס' שנים (משנת 1999) כי הטיפול הפוטודינמי יעיל יותר מאשר מעקב בלבד. גם אחרי שנתיים (כאשר 69% מהלא-מטופלים לעומת 41% מהמטופלים אבדו 3 שורות או יותר בראייה) גם אחרי 5 שנים נשמרה יעילות זו במידה דומה.

כאשר התפרסמו תוצאות אלה, פנינו (רופאי הרשתית) למשרד הבריאות וביקשנו להכניס טיפול זה לסל-הבריאות במקרים של הסוג הקלאסי ואכן ה-PDT הוכנס לסל הבריאות כטיפול במקרים אלה. לגבי הסוג החבוי, התוצאות בספרות התקבלו מאוחר יותר (בשנת 2001) והראו גם כאן יעילות לטיפול אחרי שנתיים- 68% מהלא-מטופלים לעומת 55% מהמטופלים אבדו 3 שורות או יותר. יש לציין שבמקרה של CNV חבוי התוצאות פחות מרשימות מאשר במקרה של CNV קלאסי.

(למשל במקרה של הסוג החבוי, אחרי שנה לא נצפתה יעילות לטיפול והיא הופיעה רק אחרי שנתיים). כמו כן, היעילות נבדקה והוכחה רק לגבי מקרים שבהם הייתה עדות להתקדמות של המחלה החבויה ב-3 החודשים האחרונים. כלומר, היעילות פחות מרשימה מאשר לגבי CNV קלאסי. יחד עם זאת פנינו שוב למשרד הבריאות בבקשה להוסיף את הטיפול ב-CNV חבוי לסל הבריאות ונענינו בשלילה.

בשנה שעברה וגם השנה הגשנו שוב בקשה להכניס טיפול PDT ב-CNV חבוי לסל הבריאות. **אחד הנימוקים הנוספים שלנו הוא ש-CNV חבוי הופך ב-40% מהמקרים לקלאסי תוך שנה. (הדגשות המערכת)** יש לציין כי היום נמצא שיש חשיבות גדולה במקרה של CNV חבוי לגודל הלזיה. במקרי הקלאסי הטיפול יעיל בכל גודל של לזיה שנבדק (עד 9 שטחי דיסקה) הרי שבסוג החבוי יעילות הטיפול יותר גדולה אם ה-CNV קטן מ-4 שטחי דיסקה וייתכן שמעל 6 שטחי דיסקה אין יעילות לטיפול. מהי הגישה שלנו היום?

- אם לפני חולה עם הסוג הקלאסי אני ממליצה על PDT במסגרת סל הבריאות
- אם לפני חולה עם הסוג החבוי, ללא עדות להתקדמות ב-3 חודשים אחרונים, אמליץ בד"כ על מעקב בלבד.
- אם יש לפני חולה עם הסוג החבוי ועם עדות להתקדמות ב-3 חודשים האחרונים, אמליץ על טיפול פוטודינמי ובמיוחד עם גודל הלזיה קטן מ-4 שטחי דיסקה, למרות שהטיפול אינו בסל הבריאות. אני מסבירה לחולה שמבחינה רפואית יש יותר סיכוי לשמור על ראייה יציבה עם טיפול מאשר בלעדיו.

ושוב אנו עושים, גם כיום, את כל המאמצים להכניס את הטיפול ב-CNV חבוי לסל הבריאות.

פרופ' יובל יסעור/מנהלה לרפואה יועצת שירותי בריאות כללית

שוב ושוב נוכחים אנו כי לעיתים ישנם פערים בין הוכחות חותכות ליעילותם של טיפולים רפואיים לבין הכללתם בסל הבריאות. אחד מהם הוא הטיפול ב-PDT במחלת ה-AMD. כזכור, בצורה ה"רטובה" של המחלה נגרמת הירידה בראייה ע"י כלי דם

פתולוגיים במקולה ובפוביאה (מרכז הראייה שברשתית).
כל דם פתולוגיים אלה מופיעים או כ"קלאסיים" או כ"אוקולטיים"
(חבויים), כאשר ההבדל ביניהם מתבטא בבדיקת הפלורסצאין ובקצב הופעת
האובדן בראייה.

שתי הצורות גם יחד מסוכנות לגרימת "עיוורון חוקי" או לגרימת ראייה ירודה.
עד כה אישר משרד הבריאות להכניס לסל את הטיפול ב-PDT
רק בממברנות שבעיקרן הן קלאסיות והן תת-פוביאליות, וזאת לאור מחקרים
מבוקרים שנעשו בשנים האחרונות, אך הוא לא אישר להכניס לסל טיפול
בממברנות קלאסיות הסמוכות לפוביאה.

לאחרונה הוכח מעל לכל ספק, במחקרים מבוקרים גדולים, כי בסוג מסויים
של ממברנות "אוקולטיות" ישנה השפעה חיובית לטיפול הפוטודינמי במניעת
עיוורון וירידה בראייה, אך סל הבריאות מסיבות שונות לא אימץ עדיין את
מסקנות המחקרים הללו.

**כיום אנו יודעים כבר היטב, כי 40% של ממברנות "אוקולטיות" הופכות
תוך שנה לממברנות "קלאסיות", שהן יותר ארסיות לאובדן הראייה,
ושהן כן בסל הבריאות, ואם זה קורה נותר אז רק להצטער על שהן לא
טופלו קודם לכן. (הדגשת המערכת)**

איגוד רופאי העיניים ובכירים מבין רופאי העיניים המומחים למחלות רשתית פנו
למשרד הבריאות בבקשה נמרצת להכנסת אלה מן הממברנות ה"אוקולטיות"
המתאימות לתוצאות המחקרים לתוך סל הבריאות לשם טיפול ב-PDT, ואנו
ממתינים עדיין לתשובה.

היות וטיפול ה-PDT שאינם נכללית בסל הם יקרים מאד לחולה, הרי עד אשר
תתקבל החלטת משרד הבריאות, אני ממליץ בפני החולים, כדלקמן:

1. חולה עם CNV "קלאסי" תת פוביאלי (דהיום, המתאים לאינדיקציות
והטיפול של סל הבריאות) יפנה לטיפול פוטודינמי ללא דחוי, וזה מכוסה
ע"י קופ"ח.
2. חולה עם הסוג "החבוי" תת-פוביאלי אשר לא התקדם ב-3 חודשים
האחרונים, רצוי שיטופל ב-PDT אם הוא יכול להרשות לעצמו את
ההוצאה. אם אינו יכול – לפחות שיהיה במעקב צמוד (כולל צילומים) כל
3 חודשים.
3. חולה עם ממברנה "חבויה" תת פוביאלית אשר מתאים למסקנות
המחקר, ואשר הממברנה אצלו כן התקדמה - ב-3 החודשים האחרונים -
כדאי מאד שיעבור טיפול PDT אך עליו להבין היטב כי
ההוצאה הכספית לא תאושר ע"י קופות החולים כל זמן שאין הכללה
בסל.
4. בחולים בעלי ממברנות "קלאסיות" או "אוקולטיות" אשר אינן ממש
תת פוביאליות, כלומר שלא אושרו לטיפול ע"י הסל, אך שאם
יודעים כי טיפול בלייזר תרמי (ארגון) יכול להזיק לראייתם – אני
ממליץ כי יבצעו את טיפול ה-PDT אך שוב – עליהם להבין היטב כי
ההוצאה עבור טיפול זה לא תאושר ע"י קופות החולים כל זמן שאין
שינוי בהחלטות סל הבריאות.

פרופ' שאול מרין המרכז הרפואי הדסה עין-כרם

השמות (1,2,3) VIP , TAP (1,2,3) , VIP+TAP , VIM ,VOH , הם שמות שאינם אומרים דבר לקהל הרחב, אך מוכרים היטב לרופאי עיניים העוסקים בטיפול בניוון המקולה בהקשר לגיל. יתכן וחלק מהשמות מוכרים גם לקוראי עלון זה.

ה-V בשמות אלה מתייחס לויזודיין (VISUDYNE) החומר העיקרי המוזרק לצורך הטיפול הפוטודינמי.

ה-P בשמות אלה מתייחס לטיפול הפוטודינמי (PHOTODYNAMIC) השמות מתייחסים למחקרים הקליניים הגדולים שנעשו כדי לקבוע יעילות טיפול PDT גם במקרים של כלי-דם סמויים שהתפתחו מתחת לרשתית במקולה. הרופאים קוראים להם "ממברנות" (MEMBRANES) ומוסיפים את המילה "סמויה" כשלא ניתן להגדיר את הגבולות של הממברנה המסוימת. בכתבות אחרות בעלון מוסבר, כי יש יעילות מסוימת בטיפול פוטודינמי גם במקרים של ממברנה "חבויה", כפי שהוכיחו המחקרים הקליניים לאחר שנתיים של מעקב. למרות התוצאות, שהן יחסית ברורות, כאשר באים לטפל בחולה ספציפי, הדברים לעיתים קרובות, אינם ברורים כלל. מקרים לא מעטים הם גבוליים ולא חד-משמעיים. כאן הרופא צריך להפעיל שיקול דעת. לעיתים לא ניתן לקבוע את היחס המדויק בין האזור התפוס של ממברנה "קלאסית" לבין האזור של ממברנה סמויה - OCCULT. רופאים שונים שיבדקו את אותה עין יקבעו אחוזים שונים.

מאידך, המחקרים מאד חדים בקביעתם ומתייחסים אחרת לממברנה סמויה התופסת פחות מ-50% מהשטח לעומת ממברנה אחרת התופסת יותר מ-50% מהשטח הנגוע. המחקרים שהביאו תוצאות חדות גרמו לכך שגם סל-הבריאות במדינת ישראל הוא חד ולא גמיש לחלוטין.

ממברנה סמויה של פחות מ-50% מהשטח (וקלאסית יותר מ-50%) כלולה בסל ומטופלת ע"י ביטוח הבריאות. אם היא יותר מ-50% היא לא כלולה. 51% ומעלה פוסל את החולה מלקבל את תמיכת קופ"ח בה הוא מבוטח. זה לא רציני!

כדי לפתור את "הקשר הגורדי" הזה לדעתי עלינו, הרופאים המומחים למחלות המקולה, לפעול בנושא הזה כפי שלמדנו לפעול כל חיינו המקצועיים. יש להתייחס ספציפית לכל חולה ולכל עין. רופא חייב להתבסס בהחלטותיו על המחקרים, כי הם מחקרים מצוינים שקידמו אותנו מאד, אך להתחשב גם בממצאים אחרים המשפיעים על תוצאות הטיפול בעין אינדבידואלית.

שורה של גורמים אחרים, ההיסטוריה של החולה, הממצאים בעיניים שאינם כלולים בתוצאות המחקר, קובעים במידה רבה את הסיכויים של הטיפול. אזכיר כאן אחדים מהם:

ראשית, **הגיל של החולה**: תוצאות הטיפול טובות יותר בגיל 60 וגרועות יותר סטטיסטית בגיל 90.

שנית, **ההיסטוריה של העין השניה**: אם העין הראשונה המשיכה להידרדר למרות הטיפול, הסיכון שגם העין השנייה תתנהג כך, גבוה. שלישית, **גודל המברנה**: ככל שהיא גדולה יותר הסיכויים של הטיפול קטנים יותר.

רביעית, **המצב הבריאותי של האפיתיליום הפיגמנטי של הרשתית**: ככל שהוא יותר חולה (איבוד תאים, ניוון של איזורים קטנים או גבוליים, יתר-פיגמנטציה, יתר-שקיפות, יותר כתמים צהובים-דרוזן) כך הסיכויים פחות טובים.

חמישית, **ממצאים באזור המקולה מסוג דימומים ונוזל מתחת לרשתית**.

ככל שאלה רבים יותר ובעיקר עבים יותר, הסיכויים נמוכים יותר. ששית, במקרים של טיפול חוזר יש להתחשב **בתוצאות של הטיפול הקודם**. אם חולה עובר פעם או פעמיים טיפול PDT שאינו עושה כלום, מה הטעם להמשיך ולחזור על הטיפול כל 3 חודשים? לסיכום, כבודם של המחקרים במקומם מונח, אך המחקרים לא מיועדים להחליף את הרופא בעבודתו. את זה לא הבינו כשהכינו את הכללים עבור סל הבריאות. אני הייתי רוצה לראות שקופות החולים יתחשבו בדעה של הרופא המומחה לגבי כל מקרה ומקרה. כמובן שעל הרופא לנמק החלטתו. כשהמברנה הסמויה תופסת 55% מהשטח אך יש גורמים אחרים המעידים על סיכוי טוב, יש להתייחס לעין כמקרה האמור להיות כלול בסל הבריאות. המספרים יתקזזו עם כאלה שאולי פורמלית נופלים לתוך סל הבריאות אך סיכוייהם כל כך לא טובים שעדיף לוותר על הטיפול.

עמדת משרד הבריאות

ד"ר אסנת לוקסנבורג/ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות ומרכזת הועדה להרחבת סל שירותי הבריאות

כפי הידוע העולם הרפואי הולך ומתפתח בארץ ובעולם כולו. הטכנולוגיות הרפואיות הקיימות כיום מסוגלות לתת מענה לבעיות רפואיות שלא ניתן היה להתמודד איתן בעבר, אך בצד בשורה טובה זו מצויה העובדה, כי עלותן של יכולות רפואיות אלו גבוהה מאד.

על מנת לשמר את רמת הרפואה הגבוהה הקיימת בישראל יחד עם עקרונות חוק בטוח בריאות ממלכתי של צדק ושוויון, יש צורך בתוספת של לפחות כ-440 מיליוני ₪ שיתווספו כל שנה לסל שירותי הבריאות. בפועל, בשל מצבה הכלכלי של המדינה, ב"שנים הטובות" (בהן מועבר תקציב כלשהו) קטן התקציב המוקדש לנושא ממחצית הסכום הנדרש.

בשנת 2003 לדוגמא, לא הקצה משרד האוצר תקציב לצורך הרחבת סל השירותים.
תוצאה ישירה של מצב זה הוא שבמשך השנים מצטברות תרופות וטכנולוגיות רבות אחרות, שאין עוררין על חשיבותן או יעילותן, מחוץ לסל.

מנגנוני ההחלטה של קופות החולים וכיצד הן מטפלות בערעורים?

בעיצומו של עריכת הנושא לעלון, התבשרנו בתקשורת בתאריך 13/1/04 על ידיעה מהפכנית

"מכבי שירותי בריאות" מרחיבה את ההתוויות של הטיפול הפוטודינמי המיועד לטיפול בנמ"ג AMD מעבר לכלול בסל הממלכתי. מדובר בחולים אשר עבורם ימנע הטיפול עיוורון ויציל את ראייתם.
עד עתה היה הטיפול מוגבל לחולים הסובלים מניוון מרכז הראייה ברשתית מהסוג "הקלאסי" בלבד. מעתה יוכלו ליהנות מהטכנולוגיה גם חולים הסובלים מניוון מרכז הראייה מהסוג "החבוי" (מרבייתם מעל גיל 60) וכך חולים הסובלים מקוצר ראייה חמור עם פגיעה תת-רשתית, אשר מרביתם צעירים. העלות המוערכת ל"מכבי" עומדת על כ-3.6 מליון ש"ח לשנה

להלן מכתב התגובה ששוגר להנהלת מכבי שירותי בריאות:

18.1.04

לכבוד
פרופ' יהושע שמר
מנהל כללי
מכבי שירותי בריאות

פרופ' שמר הנכבד!

שלוש פעמים קראתי הודעתכם לעיתונות כדי להאמין שאמנם זה קורה לנו...!
הרחבת טיפולי ה-PDT על-חשבונכם, מעבר לכלול ב"סל"- גם לממברנות חבויות של חולי נמ"ג (AMD) הרטוב והסוג המיופי – הם החלטה נבונה ואמיצה. הרשה לי בשם הנהלת העמותה, ובדאי בשם למעלה מאלף חבריה ומועמדיה, להביע שמחה, תודה והערכה.

גילית רגישות וקשב לדילמה טרגית המעסיקה אותנו מדי יום ובה עומדים רבים מחברינו – לשלם ולפשוט יד או רגל, או פשוט לא לטפל ולהתדרדר לקראת עיוורון.
נתתם להם אור ותקווה.

אדווה על מעשיכם האמיץ להנהלה העולמית של ארגון AMD – AMD ALLIANCE INTERNATIONAL ואישית אתגאה בכך כישראלי בישיבתה הקרובה של הנהלת הפלג האירופי של הארגון ברומא.

ברכות ותודה לך ולפרופ' טרייסטר.

בהוקרה רבה ובברכה,
ד"ר גדעון נאור
יו"ר עמותת נמ"ג בישראל

מצ"ב:

העתק מכתבנו למנהלי כל יתר קופות החולים
בארץ ולמנכ"ל משרד הבריאות.

העתק:

פרופ' גיורא טרייסטר – מנהל תחום עיניים בקופה ומנהל מכון עיניים ר"א
ד"ר יוסי בריקמן, מנהל רפואי - מנהלת הגריאטריה בקופה
ד"ר יונתן למברגר, מנהל אדמניסטרטיבי - מנהלת הגריאטריה בקופה

*אין ספק כי "מכבי שירותי בריאות" מביאה בכך תקווה ואור גם למאות חולי
הסוג הזה של הניוון המקולרי ואנו מפצירים בפני שאר הקופות ללכת בעקבות
המעשה הגדול שלהם.
אנו מצפים שאם כל קופות-החולים תלכנה בדרך זו, יוכנס בסופו של דבר
הטיפול גם לסל הבריאות ע"י הממשלה, כפי שנעשה זה מכבר ע"י כמה
מארצות אירופה, קנדה, שוויץ, ניו זילנד ואוסטרליה.*

שירותי בריאות כללית

ד"ר נ. ליברמן/מנהל אגף רפואה

שירותי בריאות כללית מקיימת את הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואת
הוראות הסל. אנו מממנים אך ורק טיפולים במסגרת הסל. מאחר שבית הדין
קבע כי כל החלטה חריגה מהווה כלל חדש, אין הקופה מאשרת חריגה מהסל
גם בנושא זה. קיימת ועדת חריגים אליה ניתן לפנות אך היא שופטת את
המקרה על פי מספר נקודות מבחן שהוצגו לבית הדין והתקבלו. אחת מהן היא
בחינת המקרה מול הכלל והמשמעויות הכלכליות עבור הקופה.

קופ"ח מאוחדת

ד"ר ז. אהרונסון/מנהל אגף רפואה

קופ"ח מאוחדת מספקת השרות הרפואי לחבריה, ובכלל זה לחולים
הסובלים מניוון מקולרי, עפ"י הנחיות משרד הבריאות וסל השירותים
הרפואיים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כאשר אנו נדרשים למתן טיפול
רפואי שאינו נכלל בסל, אנו דנים בכך לגופו של מקרה. אנו שוקלים את
ההיבטים השונים של המקרה הייחודי המובא לפנינו ומחליטים בהתאם.

במקרים רפואיים דחופים, שיקולי הקופה וההחלטות נעשים אף הם בלוח זמנים קצר ביותר.

קופ"ח לאומית **ד"ר א. גרובר/מנהל מח' אשפוז ושירותים אמבולטוריים**

משרד הבריאות הכניס לסל טיפולי PDT לחולים במחלת AMD, בעלי ממברנה כורואידלית שעיקרה קלאסית.

בהתוויות לטיפול לא הוכנסה התוויה של "ממברנה חבויה" (OCCULT CNV). והסיבה העיקרית לכך, למיטב ידיעתי, נעוצה בתוצאות שתי עבודות מחקר (VIP;TAP) לפיהן לא היתה עדות סטטיסטית מובהקת להצלחת טיפולים פוטודינמיים בחולים בהם קיימת ממברנה חבויה.

משיחותינו הרבות ומביקור ד"ר נאור בעבר באגף הרפואי, עפ"י הזמנתי, ידועה מדיניות הקופה בטיפול בבקשות המופנות אלינו לטיפול PDT.

עיקרי תהליך הטיפול בבקשה:

1. בקשה לאישור טיפול מועברת אל האגף הרפואי, ע"י המחוזות, או דרך המערכת הממוחשבת (שירות למסופי המחשב באגף), או דרך הפקס.
2. עפ"י הוראותינו, יש לצרף מכתב ההפניה / בקשה מרופא עיניים מומחה לרשתית על הצורך הקיים בטיפול PDT, וכן מסמכים נלווים: העתקי בדיקות פלואורסצאין או ICG – הכל בהתאם להנחייתנו, בטופס ייעודי שבנינו לצורך טיפול בבקשה. (האם הטיפול ראשון/מס' טיפולים בעבר. האם הממברנה חבויה או קלאסית ומהי חדות הראייה)
3. אם כל הפרטים הרפואיים אכן מאשרים את הצורך בביצוע הטיפול, הן רפואית והן מנהלית, נשלח אישור אגף רפואי אל מוקד שרות מחוזי, ומשם מועבר האישור למרפאה בה רשום המבוטח, לשם הפקת התחייבות לטיפול.
4. אם לא נשלחו אלינו נתונים רפואיים מספקים, האישור עלול להתעכב עד קבלת הפרטים הדרושים.
5. אם המבוטח הזמן לטיפול דחוף, אנו מתקשרים מיוזמתנו אל רופאי העיניים שהמליצו על הטיפול ומבקשים הסבר או מסמך על הצורך בו, והאישור נשלח ישירות לבה"ח.

אני חוזר ומדגיש את "המערכת המשומנת" לפיה עם קבלת מלוא הפרטים הרפואיים הנדרשים, האישור להפקת התחייבות, ניתן מיידית וללא דיחוי.

ומה קורה בארה"ב ובמדינות אחרות?

ג'ודי דלגדו/מנהלת MACULAR DEGENERATION PARTNERSHIP

לוס אנג'לס, קליפורניה, ארה"ב

THE MACULAR DEGENERATION PARTNERSHIP IS A PATIENT OUTREACH PROGRAM OF THE NON-PROFIT DISCOVERY FUND FOR EYE RESEARCH.

בדיווח הלפני אחרון שהתקבל מרשימה זו בארה"ב, עוד דובר על כך ש"רוב אלה המבוטחים במסגרת תוכנית "מדיקייר" ו "מדיקאייד" אינם זוכים בהחזר עבור הטיפול הפוטודינמי מהסוג "החבוי". המחקר בנושא טרם הסתיים, ואין עדיין ממצאים סטטיסטיים מלאים באשר לתועלת שבשיטה."

אולם בעודנו עורכים את הכתבה התבשרנו במערכת, משלושה מקורות מהימנים שונים בו זמנית, כי מרכז חברות הבטוח הבריאותיות הפדרליות לקשישים בארה"ב – CMS - פרסמו כי יש ראיות מספיקות כדי לקבוע, כי הטיפול הפוטודינמי סביר ונחוץ לטיפול גם 1) בסוג "החבוי" של מחלת הנמ"ג. 2) בממברנות שהחלק ה"קלאסי" בהן הוא מינימלי. האינדיקציות הנ"ל תאושרנה רק כאשר: 1) גודל הלזיה קטן מ-4 שטחי דיסקה. 2) יש עדות להתקדמות הממברנה ב-3 חודשים אחרונים.

יש לצפות שבזמן הקרוב ימליצו על אישור קביעת כיסוי לאומי שירחיב את הכיסוי הכספי גם במצבים הנ"ל.

בנוסף, הודיעו לנו מהפלג האירופאי של אי אמ די אליאנס, כי **שירות הבריאות הלאומי הבריטי (NHS)** אמנם טרם הכניס רשמית הטיפול ל"סל" שלו, אולם מעשית, כל בעל ממברנה חבויה הזקוק לטיפול, מוכנס על חשבון השירות לכעין קבוצת סקר ומקבל את הטיפול הדרוש.

מערכת "במבט חד" מודה להיענות המהירה והמקיפה של: הרופאים-מומחי הרשתית, הנהלת משרד הבריאות, הנהלות קופו"ח, נציגת הארגון העמית בארה"ב ו-2 חברות עמותה, ובטוחים שכל הקוראים מצטרפים מקרב לב לתודותינו.

הערות סיכום מפי יו"ר העמותה

מכתבות הרופאים לעיל עולה בבירור שהממצאים המחקריים המצטברים עם עבור הזמן, מקעקעים בהדרגה הטיעונים שהגבילו, בראשית הדרך, את אפקטיביות טיפולי הפי די טי לממברנות שהן קלאסיות ברובן. יותר ויותר ברור היום שהטיפול בממברנות החבויות הוא יעיל לא פחות. מה גם אם נוסף הנימוק, כי 40% מהממברנות החבויות הופכות **כעבור שנה** לקלאסיות, והימנעות מהטפול, כאשר הן עדין היו חבויות, מדרבן את התפתחות המחלה ומדרדר הראייה. (ראה יסעור ולבנשטיין)

אם נוסיף לכך את חוסר האפשרות לקבוע חד משמעית, את אחוזי תפיסת שטחי הממברנות (ראה מרין) וכיצד אין אחדות דעות בין רופאים שונים לגבי אותה ממברנה ולפעמים גם של אותו רופא עצמו, הרי מזדקרת תמונה עגומה של חוסר משמעותיות של הקריטריונים הקובעים היום **לשבת ולחסד** מי מהחולים יזכה להחזר כספי עבור הטיפול היקר.

אלה שאינם זוכים לכך מתרוצצים, מבולבלים ומתוסכלים, בין רופאם לוועדות והליכי ערעור, תוך הפסד זמן יקר לראייתם המתדרדרת ומבלי להבין מדוע הופלו לרעה לעומת הזוכים להיכלל בסל. וגרוע מזה, הם נדונו במקרים רבים לפשיטת יד או רגל אם בצוע הטיפול היקר, כעצת רופאם, או לחלופין צעידה לקראת תעודת העיוור, אם ימנעו ממנו.

אוסטרליה, ניו זילנד ומדינות בקנדה, כבר מזמן, רוב מדינות באיחוד האירופי ומעשית גם שירות הבריאות הלאומי הבריטי, ובימים אלה ממש גם שני מבטחי בריאות הגדולים לקשישים בארה"ב – כל אלה הבינו והכניסו או מכניסים כעת הטפולים לסל שלהם.

אם נוסיף לכך, מארצנו הקטנה, את צעדה האמיץ והמהפכני של קופ"ח "מכבי" לאחרונה, לא נותר אלא לקוות שיתר קופות החולים יצעדו זמנית בעקבותיה, עד שגם משרד הבריאות סוף סוף ידביק את המאה ה-21 גם במובן זה ויפסיק ההפליה הבלתי צודקת של חולי הממברנה האוקולטית – ומוטב שעה אחת

קודם!

ג.ג.

עצות והצעות

ועד שזה יקרה, שתי עצות מעשית לכל המוצאים עצמם בדילמה הנדונה:

א. שימו לב לתיאורים הבהירים בכתבות הרופאים שלעיל, לגבי שיקוליהם וזכרו עצותיהם לחולים העומדים במצבים המתוארים.

ב. מצו ונצלו עד תום את הליכי הערעור - בטרם וגם לאחר הטיפולים - לגבי ההחזר הכספי, כדלקמן:

1. לא לדחות את הטיפול הדחוף. במקביל להגיש ערעור לקופ"ח.
2. רצוי לשלם עבור הטיפול- בשיק פיקדון- תוך בקשה לא להפקידו עד

- סיום הליכי הערעור.
3. אם הטיפול הוא בבחינת "טיפול חוזר" לאותו דלף בעין שבעבר אושר הטיפול עבורו, יש לאזכר זאת ולציין במפורש!
 4. אם טיפול מסוים שולם בעבר מכספי החבר (בנימוק ש"לא התאים לקריטריוני הסל") וטיפול נוסף **באותו דלף** משולם הפעם מהסל, **יש להגיש תביעה להחזר הכסף** גם עבור **הטיפול הקודם!!**
 5. על חבר קופ"ח **כללית** שסורב (גם אחרי ערעור) להפנות תלונתו לועדה המחוזית לפניות הציבור במקום מגוריו, תוך צירוף הסבר/המלצה רפואית ומסמכים נדרשים. מומלץ כי העתק הפנייה יישלח **לגב' שרה בוגן**, מהיחידה הארצית לפניות הציבור שליד מרכז שירותי בריאות כללית, רח' ארלזורוב 101, ת"א
 6. לא קיבלת מענה לשביעות רצונך?
פנה לד"ר קרני רובין, משרד הבריאות, נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, רח' רבקה 29, ירושלים 93461

מומלץ לתעד ולשמור העתקי כל הפניות והערעורים.
במקביל שלחו גם למשרד העמותה העתק למעקב ולייעוץ.
זכרו כי מהירות ודיוק הודעתכם תסייע לכולנו

הופעות העמותה בפני קהלי יעד

העמותה ממשיכה בפעילותה בקרב קהלי יעד שונים וחושפת חומריה ושירותיה בפני שלושה קהלי יעד:

א. דיירי בתי האבות, "הדיור המוגן" ומועדוני קשישים בקהילה הפתוחה

- 27.10.03 ביום בריאות לגיל הזהב במגזר החרדי ב"בית טובי העיר" ירושלים, בחסות עיריית ירושלים ומשגב לקשיש. בהשתתפות 800 משתתפים
- 25.11.03 ביום עיון בנושא "תזונה והזדקנות" במועדון אשכול פיס בנס ציונה, בחסות אשל ועיריית נס ציונה ובהשתתפות 200 קשישים
- 5.1.04 במועדון קשישים סניף קופ"ח כללית, רמת אביב, בשילוב הרצאת נציג עמותה בפני 22 משתתפים
- 26.1.04 בדיור המוגן "גן בעיר" ברמת גן, בהשתתפות 50 דיירים.

ב. הקהל הרחב

- 9.11.03-11.11.03 בקונגרס גמלאים שנתי שני, מרכז הירידים בת"א, בהשתתפות **אלפי** גמלאים
- 24.11.03 בבית ארגון עולי מרכז אירופה, ת"א, בפני **20** יוצאי קהילת ברסלאו ובשילוב הרצאת יו"ר העמותה

ג. משתתפי פורומים מקצועיים

- 10.12.03 בכינוס השנתי השני של **המגזר השלישי** בישראל בכפר המכבייה.
- 10.12.03 **בכנס איגוד רופאי משפחה/מלון דיוד אינטרקונטיננטל**, ת"א בפנל "רופאי העיניים" השתתפו **200 רופאים** להם חולקו חומרינו. יו"ר העמותה נתן הסבר בע"פ על שירותי העמותה ויצא בקריאה להפנות חולים לרופאי רשתית.
- 22.12.03-23.12.03 בכינוס הדו-שנתי ה-15 של **האגודה הישראלית לגרונטולוגיה**, מלון דיוד אינטרקונטיננטל ת"א, בהשתתפות **מאות** גורמים מטפלים בקהילה ואנשי אקדמיה.
- 26.12.03 **בכנס "חוג רשתית"**, מרכז זרעאלי, ת"א בהשתתפות 300 רופאי עיניים

הודעות "במבט חד"

• התערבות העמותה הביאה לחידוש טיפולי PDT בצפון

בתחילת חודש דצמבר 2003 הזעיקו אותנו מספר חברי עמותה, עקב **סירוב גורף** של קופ"ח כללית/מחוז הצפון לאשר טיפולי PDT עד סוף השנה, למרות שהופנו לטיפול דחוף ע"י הרופאים המטפלים. הנהלת העמותה פנתה מיידית ל: הנהלה המרכזית בקופ"ח כללית; לרופא המחוז; וליועץ המשפטי של משרד הבריאות (לגבי הפרת חוק בריאות), והעמידה על סדר היום

2 שאלות:

(1) האם מותר חוקית לשירות בריאות לדחות טיפול הכלול בסל הבריאות כחוק ומומלץ כ"דחוף" ע"י הרופא המטפל?

(2) היעלה על הדעת כי ניתן להפלות חולה במחוז אחד של אותה קופה לעומת חולה במחוז אחר של אותה קופה באותו טיפול?

עקב התערבות העמותה חודשו הטיפולים במחוז!

אי לכך מתבקשים החברים למסור ולהודיע על התקלות בסירובים לטיפולים שהומצלו ע"ע הרופאים.

- **תכשיר פורמולת "AREDS פלוס" (OPTI-SAFE) של 'ד"ר פישר' הוכנס לסל הבריאות של 3 קופו"ח**
אריזת הפורמולה, מכילה 120 כמוסות ומיועדת ל*לא-מעשנים* בלבד.
ניתן לרוכשה ישירות ב-3 קופו"ח:
מאוחדת (למבוטחי מאוחדת עדיף) במחיר 135 ש"ח
מכבי (בבתי המרקחת של הקופות בלבד) במחיר 126 ₪
לאומית במחיר 135 ₪

אנו מזכירים כי בטרם נטילת תוסף התזונה **שעליו המליץ רופא העיניים יש**
חשיבות רבה להתייעץ
גם עם רופא המשפחה. כן מומלץ לקרוא ההרכב בקופסא שקנית ולהשוותו
לתמהיל המקורי של מחקר "ארדס", כמצוין בטבלאות שפרסמנו ב"מבט חד"
מס' 4.