

דוח מדעי לקראת מפגש וועדת ההיגוי

נגישות השירות ברפואת עיניים:

חקר חסמים והמלצה על כיווני התערבות

לקיצור זמני המתנה

חוקר ראשי אחראי: ד"ר רחלי ווילף-מירון

מרכזת המחקר: ד"ר ויקי מאיירס-גמליאל

יועצת מקצועית: פרופ' חני ורבין-לבקוביץ'

10.10.2021

תקציר מנהלים

רקע

זמני המתנה ארוכים במערכת הבריאות עשויים לפגוע בבריאות המטופלים, להקטין את שביעות רצונם מהשירות הרפואי ולהגדיל פנייה לרפואה הפרטית. המיקוד ברפואת עיניים נבחר לאחר שהודגמו פערים גיאוגרפיים ניכרים בזמני המתנה לרופאי עיניים יועצים בקהילה. המחקר נועד לבחון את תהליך קביעת התור וזמני ההמתנה למגוון שירותי רפואת עיניים, על פני הרצף קהילה-בי"ח.

מטרות המחקר

1. אפיון פערים וחסמים בתהליכי קביעת תור לרופאי עיניים יועצים בקהילה מנקודת מבט של רופאים, מנהלים ומטופלים, לאבחון וטיפול במקרה בוחן של ניוון מקולרי תלוי גיל (נמ"ג), ולניתוח קטרקט;
2. המלצה על מתודולוגיה למדידת זמני המתנה לניתוח קטרקט (במקביל לניתוחים אלקטיביים נוספים);
3. המלצה על כיווני התערבות לקיצור זמני המתנה ברפואת עיניים בראייה לאומית, על בסיס התובנות שנאספו במהלך המחקר.

שיטות

צוות המחקר שילב שיטות כמותיות ואיכותניות. בוצעו ניתוח ראיונות עומק עם רופאים ומנהלים העובדים בשתי קופות חולים בקהילה ובעשרה בתי חולים; ניתוח נתוני סקר מטופלים שנערך בשנים 2019-2020 במיקוד רפואת עיניים וניתוח נתונים אדמיניסטרטיביים שנאספו מכלל מרפאות רופאי העיניים היועצים בקהילה.

ממצאים

מופו המסלולים השונים שמטופלים בקהילה עוברים עד למפגש עם רופא עיניים, ואותרו סיבות ל"נשירה" של מטופלים מהתהליך; אותרו קבוצות אוכלוסיה שהדגימו זמן המתנה ארוך יותר לשירותי ברפואת עיניים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. שורטט מתווה התהליך עבור קביעת תורים לרפואה יועצת בקהילה, לטיפול בנמ"ג ולניתוח הוצאת קטרקט, בהתבסס על אב טיפוס שנבנה לכלל הניתוחים האלקטיביים במערכת הציבורית.

זמני המתנה לרופא עיניים בקהילה

- בסקר שנועד לבחון את חווית המטופלים שנזקקו לייעוץ רופא עיניים, דיווח על צורך במפגש עם רופא עיניים היה נמוך באופן ניכר בקרב משיבים תושבי מחוז הדרום בהשוואה למחוזות אחרים ובאוכלוסייה הערבית בהשוואה לכלל האוכלוסייה.
- נמצא קשר ישיר בין גיל לזמן המתנה לרופא עיניים, כלומר זמן ההמתנה עלה ככל שהגיל עלה. בני 75+ דיווחו על זמן המתנה חציוני הארוך ביותר.
- 69% מהנשאלים בסקר, העריכו את הזמן שחיכו בפועל לביקור אצל רופא עיניים כ"סביר" או "סביר מאוד". זאת בהשוואה ל-51% בקרב המשיבים שחיכו למפגש עם רופא יועץ בכלל ההתמחויות.
- בניתוח סטטיסטי הודגם קשר שלילי בין שעות רופא ל-1000 נפש לזמן המתנה, כאשר הקשר החזק ביותר נמצא במחוז דרום, שם הוספת שעות רופא הניבה את הקיצור המשמעותי ביותר בזמני המתנה.

אבחון וטיפול בנמ"ג

- באזורי הפריפריה הגיאוגרפית, בעיקר במחוז צפון, תואר מחסור במומחי רשתית, שגורם לזמני המתנה ארוכים ועיכוב בתחילת הזרקות תוך עיניות במטופלים שאובחנו כסובלים מנמ"ג בשלב ה"רטוב".
- במקרים בהם זמני ההמתנה למרפאות חוץ בביה"ח הכלליים ארוכים, הרופאים מפנים את המטופלים לחדר מיון במטרה לקצר את משך הזמן לאבחון ותחילת טיפול (מסלול "עוקף מרפאות חוץ").
- מטופלים ללא ביטוח משלים, הסובלים מנמ"ג ונזקקים לתרופות "קו שני", מתקשים לממן את התרופות. לקופות מנגנונים שונים המיועדים לסייע במקרים כאלו, אך לא ברור אם הם נותנים מענה לכלל המטופלים הזקוקים לסיוע.

ניתוחי קטרקט

- מתוך הראיונות עולה כי, בביה"ח הציבוריים מנותחים מקרים מורכבים יותר, בהשוואה לביה"ח הפרטיים.
- גורמים שתורמים ל"צווארי בקבוק" בהמתנה לניתוח הוצאת קטרקט קשורים הן במשך ההמתנה לתור במרפאות חוץ והן בקיבולת לא מספקת של חדרי הניתוח.

- למרות פערים ניכרים בין בתי החולים בזמני המתנה לניתוח קטרקט, קיים קושי בוויסות הביקושים עקב העדפות המטופלים וקיומם של הסדרים כלכליים ומנהלתיים בין קופות החולים לביה"ח.
- במרבית ביה"ח קיים תיעוד של נקודות הזמן שנדרשים למדידת זמני המתנה לניתוח קטרקט, קיים.
- התעריף שנקבע לניתוח קטרקט במסגרת קבוצות אבחנה (DRG) הוא יחסית נמוך, ולכן מקשה לתגמל את הצוות במסגרת פעילות אחרי שעות העבודה ("ססיות"), שהיתה עשויה לקצר זמני המתנה.

המלצות

1. לאחר סיום גיבוש המתודולוגיה הלאומית האחידה למדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים כולל ניתוח קטרקט, יש לבחון באמצעותה את תהליכי קביעת התור במערכת הציבורית ובמערכת הפרטית ולבדוק האם יש פערים בזמני המתנה לפי אזורים גיאוגרפיים (של מיקום ביה"ח), לפי בעלות על ביה"ח, לפי מקור המימון (סל, ביטוח משלים, ביטוח מסחרי) ועוד, ולגבש המלצות בהתאם.
2. להוסיף הערכה פונקציונלית למכלול השיקולים בקביעת תורים לניתוח הוצאת קטרקט, במטרה לאתר ולקדם בתור מטופלים שראויים לתיעדוף מסיבות אלו. המלצה להתייחסות איגוד רופאי העיניים.
3. מתוך הראיונות עלה כי ראוי לקבוע, בשיתוף עם האיגוד לרפואת עיניים, יעד (target) למשך המתנה מירבי לניתוח הוצאת קטרקט.
4. לבחון את הסיבות לתתשימוש (under-use) של מטופלים ערבים ושל תושבי הדרום ביעוץ רופאי עיניים בקהילה.
5. לגבש מענה לאוכלוסיית הקשישים שנדרשים להמתין זמן ארוך יותר לרופא עיניים בקהילה.
6. לבחון עם ביטוח לאומי הקצאת משאבים באבחון וטיפול מוקדם בבעיות עיניים דוגמת נמ"ג, במטרה למנוע /לדחות אובדן ראייה וכך לחסוך עלויות של קצבאות נכות.
7. לבדוק את מנגנוני הסיוע שמעמידות הקופות לעזרת מטופלים שאין בבעלותם ביטוח משלים, הסובלים מנמ"ג וזקוקים לתרופות המוגדרות "קו שני" במטרה להנגיש תרופות אלו לאוכלוסיה זו.
8. להשתמש בשיטות תמרוץ ותגמול על מנת לצמצם את הפער ולקדם פריסה שיויונית של רופאי עיניים בכלל ומומחי רשתית בפרט, באזורי הפריפריה הגיאוגרפית.

9. להעריך את היקף השימוש בחדר מיון לצורך קידום תחילת הטפול בנמ"ג, והאם קיים הבדל בין פריפריה גיאוגרפית ומרכז. לבחון פתרונות נוספים לקיצור זמן המתנה להתחלת טיפול בנמ"ג, שאינה דורשת שימוש במשאבי הרפואה הדחופה.
10. מוצע למשרד הבריאות לקדם אבחון מוקדם של נמ"ג תוך הגברת שיתוף הפעולה של המטופלים עצמם בהליך האבחון, באמצעות קמפיין המכוון לאוכלוסייה מבוגרת, בשיתוף איגוד רופאי העיניים.

רקע מדעי

זמני המתנה ארוכים במערכת הבריאות עשויים לפגוע בבריאות המטופלים, להקטין את שביעות רצונם מהשירות הרפואי ולהגדיל פנייה לרפואה הפרטית. משרד הבריאות פיתח בשנת 2018-2019 מתודולוגיה לאומית ייחודית למדידת זמני המתנה ברפואה יועצת בקהילה. נבנה אלגוריתם שמאפשר למדוד את זמני ההמתנה שהקופות מציעות למבוטחיהן להמתין, לפי התמחות ואזור גיאוגרפי (1).

מדידת זמני המתנה לפי מתודולוגיה זו הדגימה כי, רפואת עיניים יועצת בקהילה מדגימה פערים גיאוגרפיים ניכרים. כך למשל זמן ההמתנה החציוני שהקופות הציעו למבוטחים במחוז הדרום בחודש דצמבר 2018 היה ארוך פי 3.25 מזה של מחוז תל אביב ופי 2.2 מהערך הממוצע הארצי. ברבעון השני (אפריל-יוני) של 2019, זמני המתנה במחוז הדרום היו כפולים מאלו של מחוז תל אביב ומחוז הצפון (16 ו-8 ימי המתנה לרופא מסוים (נבחר), בהתאמה). הפערים בין מחוז יהודה ושומרון לבין מחוזות תל אביב /צפון היו אף גדולים יותר – 2.25 (18 ו-8 ימים בהתאמה). ברבעון השלישי של 2019 הפער לרעת יהודה ושומרון בהשוואה לתל אביב/צפון עמד על 2.0 (16 ו-8 בהתאמה) ומחוז הדרום הדגים פער של זמנים ארוכים פי 1.5 בהשוואה לתל אביב/צפון.

ניתוח הוצאת קטרקט (Cataract extraction) (להלן ניתוח קטרקט) הוא הניתוח האלקטיבי השכיח ביותר בישראל, בה התבצעו כ-65,000 פרוצדורות בשנת 2017, שליש מתוכן במימון פרטי. לניתוח הזה נזקקת בעיקר אוכלוסייה מבוגרת, שמימון פרטי מטיל עליה עומס כלכלי. דחיית הניתוח משפיעה על איכות החיים: הדרדרות הראיה משפיעה על תפקוד המטופל המבוגר בזמן ההמתנה, והוכחה כקשורה לסיכוי מוגבר לנפילות, שברים ותאונות דרכים(2).

מדינות שונות קבעו יעדים שונים לזמן המתנה מירבי לניתוח קטרקט, לדוגמא בקנדה נקבע יעד של 16 שבועות, בצ'כיה 30 שבועות, באסטוניה שנה וחצי, (3,4).

ניוון מקולרי תלוי גיל (נמ"ג) או Age-related Macular Degeneration - AMD, מהווה כיום את הסיבה המובילה לעיוורון בארצות המפותחות, בעיקר בקרב בני 60+. גלובלית, היא מהווה 8.7% מכלל מקרי העיוורון (5). מדובר במחלה פרוגרסיבית של מרכז הרשתית. בשלבים המאוחרים שלה מתרחש תהליך של יצירת כלי דם חדשים (neovascularization) שנקרא גם השלב ה"רטוב" שבו דולפים נוזלים, ליפידים ודם מהכורואיד (choroid) לרשתית וגורמים להצטלקותה. ללא טיפול, תהליך זה עשוי לגרום תוך מספר חדשים לירידה קשה בראיה.

הזרקות עיתיות של חומר המעכב גדילת כלי דם פתולוגיים (anti-vascular endothelial growth factor =anti VEGF) בשלב ה"רטוב" של המחלה מאיטות הדרדרות בראייה (6).
National Institute of Health and Care Excellence הבריטי קבע לאחרונה יעד מרבי של 14 ימים מהפנייה של מטופל עם שלב מתקדם של AMD למרפאה ייעודית, ועד לתחילת הטיפול בהזרקות anti-VEGF (7).

נמ"ג נבחרה בהמלצת וועדת ההיגוי של המכון הלאומי, כאב טיפוס לחסמים שעומדים בפני אוכלוסייה מבוגרת המבקשת לקבל טיפול במועד במרפאות חוץ של בתי החולים.
המחקר הנוכחי בא לאפיין ולנתח פערים בזמינות של רפואת עיניים בישראל, בדגש על שלוש "זירות" שקשורות לרצף קהילה-בית חולים: (1) רפואה יועצת בקהילה; (2) מרפאות חוץ של בתי החולים – כאן בחרנו לחקור את התהליך במיקוד על הטיפול בחולים שמופנים בחשד לאבחנה של שלב רטוב של נמ"ג (3-ו) ניתוחים אלקטיביים - מיקוד בניתוח הוצאת קטרקט. הבנת הפערים והחסמים למתן טיפול במועד נעשו על בסיס מיפוי עמדות של רופאים ומטופלים לגבי נגישות וזמינות השירותים ועל בסיס ניתוח נתונים אדמיניסטרטיביים. המחקר גיבש המלצות הן לגבי שיטת מדידה לאומית אחידה של זמני המתנה לשירותים בתחום רפואת עיניים והן לגבי קיצור זמני המתנה לצמצום פערים באותם זמנים.

מטרות המחקר

1. אפיין פערים וחסמים בזמינות רפואת העיניים יועצת בקהילה מנקודת מבט של רופאים, מנהלים ומטופלים.
2. אפיין תהליך קביעת התור לאבחון וטיפול במקרה בוחן של חשד לנמ"ג.
3. פיתוח מתודולוגיה למדידת זמני המתנה במקרה בוחן של ניתוח הוצאת קטרקט.
4. אפיין כיווני התערבות לקיצור זמני המתנה ברפואת עיניים בראייה לאומית.

שיטות העבודה

המחקר התבסס על שלוש שיטות מחקר שונות, תוך שילוב שיטות כמותניות ואיכותניות:

1. ראיונות עומק עם רופאים ומנהלים

- 1א. ראיונות עם רופאים ומנהלים במחלקות רפואת עיניים בעשרה בתי חולים כלליים, במטרה להבין את הממשק קהילה-אשפוז בכלל, ובהקשר להזרקות למטופלי נמ"ג ותהליך קביעת התור לניתוח קטרקט בפרט.
- 1ב. ראיונות עם רופאים ומנהלים בשתי קופות חולים במטרה למפות ולתחקר את תהליך קביעת התורים וזמני המתנה ברפואה יועצת בקהילה.

2. ניתוח נתוני סקר מטופלים

סקר ארצי אשר נועד להבין את חווית המטופל מתהליך קביעת התור לרופא יועץ בקהילה. במחקר הנוכחי נערך ניתוח נתונים ייעודי ברפואת עיניים.

3. ניתוח נתונים אדמיניסטרטיביים

הניתוח נועד למפות ולתחקר פערים, גיאוגרפיים ואחרים, בזמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה במחקר הנוכחי נעשה ניתוח נתונים ייעודי ברפואת עיניים).

פירוט תהליך המחקר

א. ראיונות עומק עם רופאי עיניים ומנהלים במחלקות ומרפאות עיניים, ורופאים ומנהלים בקופות החולים, כדי להבין לעומק את הסוגיות הקשורות לזמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה ואת המסלול שעוברים מטופלים המופנים לטיפולים כמו נמ"ג או לניתוחים כמו ניתוח קטרקט, וכדי להעמיק בהבנת המקטעים השונים של תהליכי קביעת התורים והחסמים שמאפיינים מקטעים אלו.

הכנת הראיונות

1. בשלב ראשון התקיימו מספר מפגשים עם היועצת לתחום רפואת העיניים של התכנית הלאומית למדידת זמני המתנה ברפואה, פרופ' חני ורבין-לבקוביץ, במטרה להכיר את המתווה הכללי של תהליך קביעת התור לאבחון וטיפול ברפואת עיניים וללמוד מהן הסוגיות שראוי לבחון במסגרת המחקר.
2. גובש פורמט לראיון מובנה למחצה עם רופאי עיניים בקהילה ומנהלי מחלקות אשפוז (הפורמט מצ"ב כנספח מספר 1).
3. התקבל פטור מצורך באישור הלסינקי ממנהלת המחלקה לניסויים קליניים במשרד הבריאות.

4. התקבל אישור משתי קופות לראיין רופאי עיניים ומנהלים.

ביצוע הראיונות

החל מחודש יולי 2020 ועד יולי 2021 התקיימו ראיונות מובנים למחצה עם רופאי עיניים ומנהלי מחלקות/יחידות במספר בתי חולים כלליים וכן עם רופאי עיניים שעובדים בקהילה. **בקהילה** רואיינו במהלך הרבעון השני של 2021, 12 רופאי עיניים משתי קופות חולים, שעובדים במרפאות ביישובים הבאים: רעננה, אשקלון, קרית אנו, באר שבע, גבעת שמואל, כפר קאסם, כפר קרע, שגב שלום, אריאל, עכו, נהרייה, פתח תקווה ובני ברק. נבחרו רופאי עיניים מתחומי עיסוק שונים: רופאי עיניים כלליים (לעתים מדובר ברופאים שיש להם גם תת-התמחות) מומחי רשתית ומומחי קטרקט. בנוסף, רואיינו רופא מחוז דרום ואחראי תחום רפואת עיניים, שניהם מאותה קופת חולים. **בבתי חולים כלליים** רואיינו מנהלי מחלקות עיניים/מנהלי תחום רשתית/מנהלי תחום קטרקט ב-10 מרכזים רפואיים, לגבי מסלולי קביעת תורים לפרוצדורות בכלל וטיפול ב-AMD ומסלול קביעת התור לניתוח קטרקט בפרט. הושם דגש על הבנת תמונת הפערים בין מרכז ופריפריה. רואיינו ממלאי תפקידים בבתי החולים הבאים: **מחוז הצפון** – המרכז הרפואי זיו צפת, הקריה הרפואית רמב"ם, המרכז הרפואי פוריה ע"ש פדה, בית החולים לגליל בנהרייה. **מחוז המרכז/ירושלים** – המרכז הרפואי שיבא, המרכז הרפואי סוראסקי, ביה"ח שערי צדק, מרכז רפואי הדסה עין כרם, ביה"ח בילינסון. **מחוז הדרום** – המרכז הרפואי סורוקה.

ב. ניתוח נתוני סקר שנועד לחקור את חווית המטופל בהקשר לזמני המתנה ברפואה יועצת בקהילה

סקר המטופלים תוכנן ע"י צוות התכנית הלאומית למדידת זמני המתנה ברפואה, צוות מכון גרטנר וצוות מכון ברוקדייל ובוצע ע"י צוות מכון ברוקדייל, בין החדשים אוגוסט 2019 עד פברואר 2020.

אוכלוסיית הסקר והמדגם: אוכלוסיית היעד כללה את תושבי ישראל בני 22 ומעלה בעת הסקר. הדגימה בוצעה באמצעות חברת דגימה חיצונית ('מידע-טופ'). על מנת להבטיח ייצוגיות של כל קבוצות האוכלוסייה במדינה, בוצע מדגם שכבתי-היררכי לפי מוצא: ערבים ויהודים, עם דגימת יתר של 28% נדגמים ערבים. גודל המדגם נקבע, בין היתר, כדי שלכל שכבה במדגם יהיה ייצוג מספק.

כלי המחקר: שאלון ייחודי פותח לצורך הסקר ע"י צוות התכנית למדידת זמני המתנה ברפואה וצוות מכון ברוקדייל. השאלון נועד לבחון את חווית המטופל בנוגע לתהליך קביעת תורים לרפואה יועצת בקהילה. השאלון התייחס למכלול התהליך, החל מזיהוי הצורך של המטופל בהתייעצות מומחה, דרך ניסיון לקבוע תור, קביעת התור והביקור אצל הרופא היועץ. נבחן זמן ההמתנה

הנתפס ועד כמה הוא נחוות כסביר, וכן נבדקה קבלת ההחלטות של המטופל והגורמים המשפיעים עליה, לאורך התהליך. בוצע תיקוף של השאלון ב-4 שפות הסקר (עברית, רוסית, ערבית ואנגלית) באמצעות מחקר חלוץ.

ראיונות טלפוניים: כל ראיון ארך כ-20 דקות בממוצע. הראיונות נערכו בשפות עברית, ערבית, ורוסית, על מנת לראיין גם תת-קבוצות שאינן דוברות עברית או שולטות בה ברמה מספקת לביצוע הראיון. שיעור ההיענות (שאלונים מלאים) עמד על 55%. לצורך התאמת מאפייני המראיינים למאפייני האוכלוסייה בוצע שקלול לפי קבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים), גיל, ומחוז מגורים.

ניתוח הנתונים: בוצע ניתוח נתונים ייעודי ברפואת עיניים.

ג. איתור ואפיון פערים גיאוגרפיים בזמינות שירותי רפואת עיניים בקהילה; ניתוח וסיווג חסמים מתוך נתונים אדמיניסטרטיביים (תקופת הדיווח – אפריל-יוני 2019)

תהליך העבודה כלל את השלבים הבאים:

1. איפיון פערים בזמני המתנה לפי אזורים גיאוגרפיים (מחוז, אזור טבעי, ערים בינוניות וגדולות).
 2. ניתוח הגורמים המשפיעים על זמני ההמתנה ברמת אזורים טבעיים ($N=52$), כולל: שעות רופא ל-1000 נפש (היצע רופאים) ומאפיינים סוציודמוגרפיים של האוכלוסייה. ניתוח זה נועד להבין את התרומה היחסית של כ"א מהגורמים, כבסיס לתכנון התערבות לצמצום הפערים.
- הניתוח כלל רגרסיה לינארית עם random effect של אזור טבעי. נבדקו הגורמים המשפיעים הבאים: גודל האוכלוסייה הכוללת באותו אזור, גודל האוכלוסייה שעשויה להזדקק לרופא עיניים בקופה הנבחנת באזור (כלומר גודל האוכלוסייה של מבטחי אותה קופה באזור הרלוונטי), שעות רופא ל-1000 נפש באזור, שיעור מבוגרים מעל גיל 65, שיעור ילדים עד 14, מגזר (שיעור ערבים באותו אזור), רמת דתיות (שיעור חרדים ושיעור דתיים באזור). דירוג סוציאקונומי של האזור אופין בסולם 1-10. מגזר, דתיות/חרדיות ודירוג סוציאקונומי באזור חושבו לפי דירוג POINTS (Points Location Intelligence) של האזורים הגיאוגרפיים הסטטיסטיים. **משתנה התוצאה** ברגרסיה הלוגיסטית היה חציון (median) זמן המתנה לפי אזור טבעי.

ממצאי המחקר

ממצאים ותובנות מתוך הראיונות

במהלך הראיונות מופו המסלולים השונים שמטופלים עוברים עד לקבלת טיפול, אותרו חסמים, ואותרו קבוצות אוכלוסיה עם זמן המתנה ארוך יותר מאחרות. שורטט מתווה התהליך עבור קביעת תורים לרפואה יועצת בקהילה, לטיפול בנמ"ג ולפרוצדורות אלקטיביות בדגש על ניתוח קטרקט.

ראיונות עם רופאי עיניים העובדים בבתי חולים כלליים

מיפוי השלבים שעובר מטופל החל מחשד לנמ"ג ועד לתחילת טיפול בהזרקות

1. מטופל שסובל מירידה בראיה נבדק ע"י רופא עיניים, בדיקה הכוללת הרחבת אישונים. לעתים רופא עיניים כללי יפנה אותו לרופא רשתית ולעתים אחרות יפנה ישירות לבדיקת הדמיה (OCT=Optical Coherence Tomography) לאישור האבחון. בראיונות עלה שזמני המתנה לרופא עיניים עם מומחיות ספציפית, כמו מומחיות ברשתית, ארוכים יותר בהשוואה לאלו של רופאי עיניים כלליים.
2. רוב הרופאים שראיינו גרסו שהמתנה ל-OCT לרוב איננה ארוכה ואינה גורם המעכב תחילת טיפול. מיעוט הרופאים ציין המתנה ארוכה לביצוע ופענוח ההדמיה שגורמת לאיבוד זמן יקר.
3. מסלול מרפאות חוץ - רוב רופאי העיניים בקהילה אשר מנפיקים הפניה למרפאות חוץ יצינו בהפניה שמדובר ב- "חשד" לשלב רטוב של נמ"ג. ציון כזה יזרז לרוב את הטיפול בהפניה במרפאות חוץ שבהן נעשה טריאז'.
4. המטופל קובע תור לביקור במרפאת רשתית בבית"ח, ביקור המהווה שלב הכרחי לאבחון וקביעת הצורך בהזרקות לשלב ה"רטוב" של נמ"ג. בחלק מבתי החולים יש תור של מספר חודשים למומחה רשתית. בבתי חולים אחרים התור קצר יותר. חלק מבית"ח מקיימים תהליך טריאז' ע"י רופא בכיר שמאתר את המקרים החשודים לנמ"ג בשלב הרטוב ומקדם אותם בתור לאבחון ותחילת טיפול במרפאות החוץ.
5. מסלול "עוקף מרפאות חוץ" – חלק מהמראיינים ציינו כי במקרים של זמני המתנה ארוכים למרפאות רשתית בבית"ח, הרופא המפנה עושה שימוש בחדר מיון כדי לאפשר אבחנה מהירה. שימוש במיון תואר בעיקר ע"י מראיינים ממחוז הצפון.
6. לאחר אישור אבחנת נמ"ג בשלב הרטוב, נקבע תור לתחילת הזרקות תוך עיניות. יש חשיבות קלינית להתחיל הזרקות תוך 7-10 ימים מהאבחון. רוב מנהלי מרפאות רשתית ציינו כי זמן ההמתנה מאבחון לתחילת טיפול עומד בבית"ח שלהם על מספר ימים בודדים.

7. הזרקות: תרופת הקו הראשון היא Avastin, אשר כלולה בסל שירותי הבריאות. חלק מהמטופלים שלא מגיבים לאווסטין יזדקקו לתרופה קו שני - Lucentis שאיננו כלולה בסל שירותי הבריאות, עם עלות רכישה גבוהה מאד באופן פרטי. בכל קופות החולים לוסנטיס כלולה בביטוחים המשלימים בהשתתפות עצמית צנועה יחסית. המטופל צריך לדאוג לאישורים תקופתיים (אחת לחודש) של התרופה, מהלך שדורש התמצאות בהליך הבירוקרטי ואיננו קל למבוטחים מבוגרים מאד או כאלו שאינם שולטים בעברית.
8. בבתי החולים הכלליים, הזרקות מתבצעות בדרך כלל במסגרת הנקראת "ססיות" ומתקיימת בשעות אחה"צ והערב (לאחר תום שעות הפעילות הרגילות של בית החולים).

חסמים ואתגרים שעלו בראיונות

שונויות בין מחוזות

בבתי חולים כלליים באזור המרכז אין עיכוב משמעותי בטיפול, ורוב המטופלים מתחילים טיפול בהזרקות תוך שבוע-שבועיים מהפנייתם ע"י רופא בקהילה. לעומת זאת, באזורי הפריפריה, בעיקר במחוז צפון, תארו מספר מרואיינים מחסור במומחי רשתית, שגורם לזמני המתנה ארוכים ועיכוב בתחילת הזרקות. בין הסיבות לעומס על בתי החולים נמנתה תופעה של מחסור במומחי רשתית בקהילה, מה שלא מאפשר "סינון" המטופלים שאינם נמצאים בשלב הרטוב, גורם להפנייה של רוב המטופלים עם ירידה בראיה וחשד לנמ"ג לאבחון במרפאת רשתית בבתי החולים, ובהתאם לתורים ארוכים יחסית.

חסר ברופאים להזרקות תוך עיניות, בעיקר בפריפריה

נמ"ג היא מחלה שמצריכה טיפול עד סוף חיי המטופל, אלא אם ימצא במספר בדיקות OCT שמצב הראייה הדרדר ואין כל הטבה, ולכן מספר המטופלים בכל נקודת זמן גדל עם הזדקנות האוכלוסייה. חלק מהמרואיינים הדגישו כי מספר רופאי עיניים עם מומחיות בתחום הרשתית לא גדל בהתאמה לגידול באוכלוסייה הנזקקת, מה שמגביר את הלחץ על צוותים קיימים.

חסם כלכלי של מטופלים ללא ביטוח משלים

תואר חסם כלכלי שעומד בפני מטופלים שבהם תרופת קו ראשון (אוונטיס) איננה יעילה או הפסיקה להיות יעילה, ונזקקים לטיפול בלוסנטיס (קו שני). בהעדר ביטוח משלים, תופעה שכיחה יותר בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית ובקרב מטופלים ערבים, המטופלים לרוב לא יוכלו לממן את הטיפול היקר מכיסם. בחלק מהקופות קיימת וועדת חריגים, וככל הנראה הרופאים המנהלים מצליחים לפתור בעזרתה בעיות אלו במרבית המקרים.

אי דיוק בהפניה גורם לעיכוב בתהליך

כאשר לא ברור מתוך מכתב ההפניה שמדובר בחשד לשלב ה"רטוב" או לחלופין רופא העיניים המפנה אינו מציין "דחוף" בהפניה, עשוי להיגרם עיכוב בתהליך בגלל שצוות מרפאות החוץ (מרפאות רשתית לרוב) לא מזהה שמדובר במטופלים שיש לתעדף את מועד הגעתם קרוב ככל שניתן לאבחון ותחילת טיפול.

זמני המתנה לניתוח קטרקט

במועד תחילת מחקר זה לא הייתה בנמצא מתודולוגיה לאומית למדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים. לקראת דצמבר 2021 תגובש הסכמה לגבי המדדים שניתן למדוד ברמה הלאומית, בהמשך לתהליך למידה ואיפיון שמבוצע ע"י צוות התכנית למדידת זמני המתנה במשרד הבריאות ובמכון גרטנר במהלך 2020-2021. מבחני תמיכה לקיצור תורים במערכת הציבורית, שהם חלק מחוק ההסדרים (8), הקצו לבתי החולים 10% מסכום התמיכה עבור פרסום, באתר האינטרנט של ביה"ח, זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים (ביניהם ניתוח קטרקט) עד למועד 1.1.2020. כל ביה"ח התבקש לתאר מה המקטע הנמדד. כל בתי החולים פרסמו באתר האינטרנט שלהם את זמני ההמתנה, תוך שימוש במונחים שונים לגבי המקטע הנמדד. רק בתי החולים של כללית שירותי בריאות השתמשו כולם במינוח זהה (משך הזמן הממוצע, החל ממועד הביקור אצל הרופא והמלצתו על הניתוח ועד למועד הניתוח) מה שמאפשר להשוות בין בתי חולים אלו המשרתים אזורים גיאוגרפיים שונים. הזמנים המדווחים בביה"ח של כללית שירותי בריאות נעו בין שבוע (יוספטל) ל-42 שבועות (סורוקה).

אם מתעלמים מחוסר הבהירות לגבי המתודולוגיה לפיה מדד כל ביה"ח את זמני ההמתנה שפורסמו ב-1.1.20, עולה כי בין 6 ביה"ח עם זמני ההמתנה הארוכים ביותר (6 חדשים ומעלה) ארבעה (ברזילי, העמק, פוריה וסורוקה) ממוקמים בפריפריה הגיאוגרפית. לעומתם, כל ביה"ח עם זמני ההמתנה הקצרים ביותר (עד חודשיים) ממוקמים באזור המרכז (בני ציון, וולפסון, סוראסקי, שיבא ואסותא אשדוד) למעט יוספטל.

מיפוי השלבים בתהליך קביעת התור לניתוח קטרקט

1. כיום נעשים כמחצית מניתוחי הוצאת הקטרקט בבי"ח ציבוריים וכמחציתם, בבתי חולים פרטיים (דוגמת אסותא, עתידים ועוד) במסלול הציבורי. האחרונים הם חלק מהסדרים של קופות החולים עם ביה"ח ומכונים פרטיים לצורך ביצוע ניתוחי קטרקט במסגרת סל שירותי

הבריאות (כלומר ללא צורך בביטוח משלים או השתתפות עצמית של המטופל). **המחקר הנוכחי מתייחס בעיקר לתהליכי העבודה במערכת הציבורית.**

2. מטופל שסובל מפגיעה בראיה עובר בדיקה אצל רופא עיניים בקהילה (לרוב ייבדק אצל מומחה עיניים כללי, שאיננו מתמחה בתחום קטרקט).

3. רופא העיניים בקהילה, גם אם איננו מומחה לקטרקט, לרוב יוכל לאבחן בעצמו קטרקט ויפנה את המטופל לרופא שמנתח קטרקט במסגרות פרטיות במסגרת סל שירותי הבריאות או לביה"ח. ברוב בתי החולים על המטופל לעבור, לצורך החלטה על ניתוח, במרפאת חוץ (הדסה עין כרם/זיו) או במרפאת טרום ניתוח /קדם קטרקט של בית החולים. גם במסגרות הפרטיות יעבור המטופל לרוב בדיקה טרום ניתוח ע"י הרופא המנתח.

4. קביעת תור למרפאות חוץ - בכללית שירותי בריאות, רופא העיניים בקהילה ממלא טופס ייעודי של הפניה לניתוח דרך מערכת "קליקס". במקרים אחרים, המטופל ישלח הפניה לבית החולים באמצעות פקס/טלפון למרפאה או מוקד זימון תורים, או יגיע פיזית למרפאה עם ההפניה לצורך קביעת התור.

5. מסלול "עוקף מרפאות חוץ" הוא מסלול בו הממליץ על ניתוח קטרקט הוא רופא עיניים בכיר בקהילה, שעובד בבית החולים או מוכר לצוות בית החולים ככזה שהמלצתו לניתוח קטרקט מדויקת ומקובלת על בית החולים, ומורשה להפנות את המטופל בהמלצה לניתוח קטרקט ישירות לקביעת תור לניתוח. משמעות הדבר היא "דילוג" על השלבים - התקשרות המטופל למרפאת חוץ של בית חולים לקביעת תור, המתנה (שבועות או חדשים) לתור, בדיקה ע"י מומחה במרפאת חוץ ואישור ההמלצה לניתוח. דילוג זה מאפשר כמובן קיצור זמני ההמתנה. בראיונות עלה כי מסלול זה, של דילוג על בדיקת טרום ניתוח, איננו שכיח בהוצאת קטרקט בהשוואה לניתוחים אלקטיביים אחרים.

6. במרפאת טרום ניתוח, קובעים איזה סוג הרדמה נדרשת. אם נדרשת הרדמה מקומית (רוב המקרים) קובעים במקום תור לניתוח.

7. אם נדרשת הרדמה כללית (כ-10-5% מהמקרים המנותחים בבי"ח כלליים), לא קובעים תור לניתוח בו במקום אלא מפנים את המטופל למרפאת מרדימים. לאחר אישור המרדים, ההפניה לניתוח עוברת למנהל המחלקה שקובע תור לניתוח באמצעות מזכירתו.

8. במקרה של הפנייה עם אבחנה של קטרקט לרוב אין צורך בטריאז' של ההפניות (בקה"ח ע"י רופא בכיר בתחום כדי לאתר מקרים דחופים ולקדם את מועד הגעתם למרפאות החוץ לבדיקה) מאחר וברוב המקרים המכריע של המקרים העיכוב המרבי בישראל, של מספר חדשים לא פוגע בבריאות המטופל. יש בתי חולים (דוגמת שערי צדק וסורוקה) שבהם רופאי העיניים עורכים תעדוף של דחיפות יחסית של המקרים בשלב של טרום הניתוח. **שלב טרום ניתוח**

מהווה שלב סינון ותעדוף - במרפאה טרום ניתוחית/קדם קטרקט (שמות שונים לאותו מפגש בתוך התהליך שמתרחש בתוך ביה"ח) המטופל מוזמן ל"יום הכנה": פגישה עם אחות, בדיקות ראייה, מדידות עיניות, פגישה עם מנתח, החלטה סופית של רופא בכיר/מנתח על צורך בניתוח וקביעת מועד לניתוח. **הסינון** בשלב טרום ניתוח מפחית ביטולים של מטופלים שלא מתאימים לניתוח, בשלב מתקדם יותר. יחד עם זאת צוין במפגשים כי רוב הפניות מטופלים מהקהילה לניתוח קטרקט יסתיימו בניתוח, ללא צורך לערער על החלטות הקהילה. **תעדוף קליני ו/או תפקודי** מסייע לבחור את אותם מקרים נבחרים, למשל של אדם ששתי העיניים לא רואות טוב ועשוי לסבול מנפילות, אדם שמקצועו והכנסתו קשורים לנהיגה וכו', שראויים להקדמה בתור לניתוח.

9. בדיקות עיניים והתאמת העדשה צריכות להיעשות סמוך יחסית למועד הניתוח, לכל היותר עד 3 חדשים לפני הניתוח. דחיית הניתוח מעבר לתקופה זו תצריך התאמה מחודשת ובחינה האם התפתחו בעיות חדשות בעיניים בפרק הזמן של המתנה לניתוח.

10. בחלק מבתי החולים, ובעיקר כאלו עם זמני המתנה ארוכים לניתוח, קיימת רשימת המתנה לקבלת תור לניתוח (בד"כ כשהתאריכים הפנויים עומדים על זמן המתנה של ששה וחדשים ומעלה). ההיגיון שמאחורי רשימות המתנה הוא לנהל תורים בטווח "נראה לעין" כאשר בעת כניסת המטופל לרשימת ההמתנה ניתן לוודא האם הניתוח רלוונטי, לא נותח בבי"ח אחר וכו'.

11. כל בתי"ח שולחים תזכורת לפני טרום ניתוח ו/או לפני הניתוח במטרה לצמצם את תופעת "אי-הגעה" (no show). יחד עם זאת, לאור העובדה שמדובר ברוב המקרים בניתוח קצר ופשוט, שמתבצע לעתים קרובות באשפוז יום, דיווחו הרופאים על שיעור אי הגעה גבוה ביחס לניתוחים אחרים שמתבצעים באשפוז (נמסרו הערכות של שיעור אי הגעה שיכול להגיע עד 20%). תופעה זו מובילה לכך שחדרי הניתוח עשויים לעמוד ריקים. בכדי להימנע מכך, ישנם בתי חולים שמנהלים "רשימות לקידום" (stand-by) של אנשים שמעוניינים להקדים את הניתוח. במידה ומתבטל ניתוח אז מתקשרים למטופלים אשר נמצאים ברשימות אלו ומציעים להם להגיע לניתוח בהתראה קצרה.

12. מטופל עם קטרקט בשתי העיניים- לא מנתחים קטרקט בשתי עיניים באותו היום מחשש לזיהום תוך עיני שעשוי לגרום לאובדן הראייה. בביקורת השנייה אחרי הניתוח קובעים תור לניתוח העין השנייה.

תובנות שנאספו במהלך הראיונות

רוב ניתוחי הקטרקט מתבצעים בהרדמה מקומית. חולים הזקוקים להרדמה כללית (ילדים, מטופלים הסובלים מחרדה, חולי דמנציה, חולים מורכבים), ינותחו לרוב בבית חולים ציבורי עקב חשש מסיבוכים (סיבה מקצועית), תמריצים כלכליים ועוד. ניתוחים אלו הנעשים בהרדמה כללית דורשים לרוב מרדים זמן ניתוח ארוך יותר, ולכן יתבצעו בשעות הבוקר.

גם ניתוחי קטרקט מורכבים יותר (ניתוח חוזר באותה עין, התמודדות עם סיבוך של נפילת עדשה בעת הניתוח) ינותחו לרוב בבתי חולים ציבוריים ולא במערכת הפרטית.

תמהיל מקרים שונה בין ביה"ח הציבוריים לפרטיים עשוי להשפיע בכיוון של זמינות תורים נמוכה יותר וזמן המתנה ארוך יותר במערכת הציבורית. הסברים שניתנו לכך בראיונות היו שבבתי חולים ציבוריים מנותחים מקרים מורכבים יותר מבחינה כירורגית ומבחינת מצב הבריאות של המטופל, ולכן הם דורשים זמן ניתוח ארוך יותר.

מראיינים ציינו שקיימת תופעת אי הגעה (ללא הודעה או בהודעה של הרגע האחרון) לניתוחי קטרקט, בחלון זמנים שאיננו מאפשר גיוס מטופל אחר במקום המטופל שלא הגיע. לא ניתן מידע מדויק לגבי היקפה או האם קיימת גם בביה"ח הפרטיים.

מתודולוגיה למדידת זמן המתנה לניתוח הוצאת קטרקט

במשך חודשי הלמידה של תהליך קביעת התור לניתוחים אלקטיביים בבתי חולים ציבוריים נבנה בהדרגה תרשים זרימה של תהליך קביעת התור לניתוח, שהוא גנרי לכל הניתוחים חייבי הדיווח. התרשים להלן נבנה על בסיס התרשים הגנרי, בהתאמות הנדרשות לתהליך קביעת התור לניתוח קטרקט. תרשים זה מציג את המסלול בבתי החולים, כפי שנלמד בתהליך.

תרשים 1: תרשים זרימה* "גנרי" של תהליך קביעת התור לניתוח הוצאת קטרקט

תרשים זרימה תהליך קביעת תור לניתוח

הזמנים המתועדים ברשומות הרפואיות*

- תאריך הפנית הרופא מהקהילה לבית החולים
- תאריך פניית המטופל לקביעת תור במרפאות חוץ
- תאריך שבי"ח יצר קשר עם המטופל
- תאריך התור המוצע לביקור במרפאות חוץ
- תאריך התור שנקבע לביקור במרפאות חוץ
- תאריך הביקור במרפאה
- תאריך פניית המטופל לקבלת אישור לניתוח מהמחלקה
- תאריך מתן אישור לניתוח

תאריך קבלת אישור הקופה

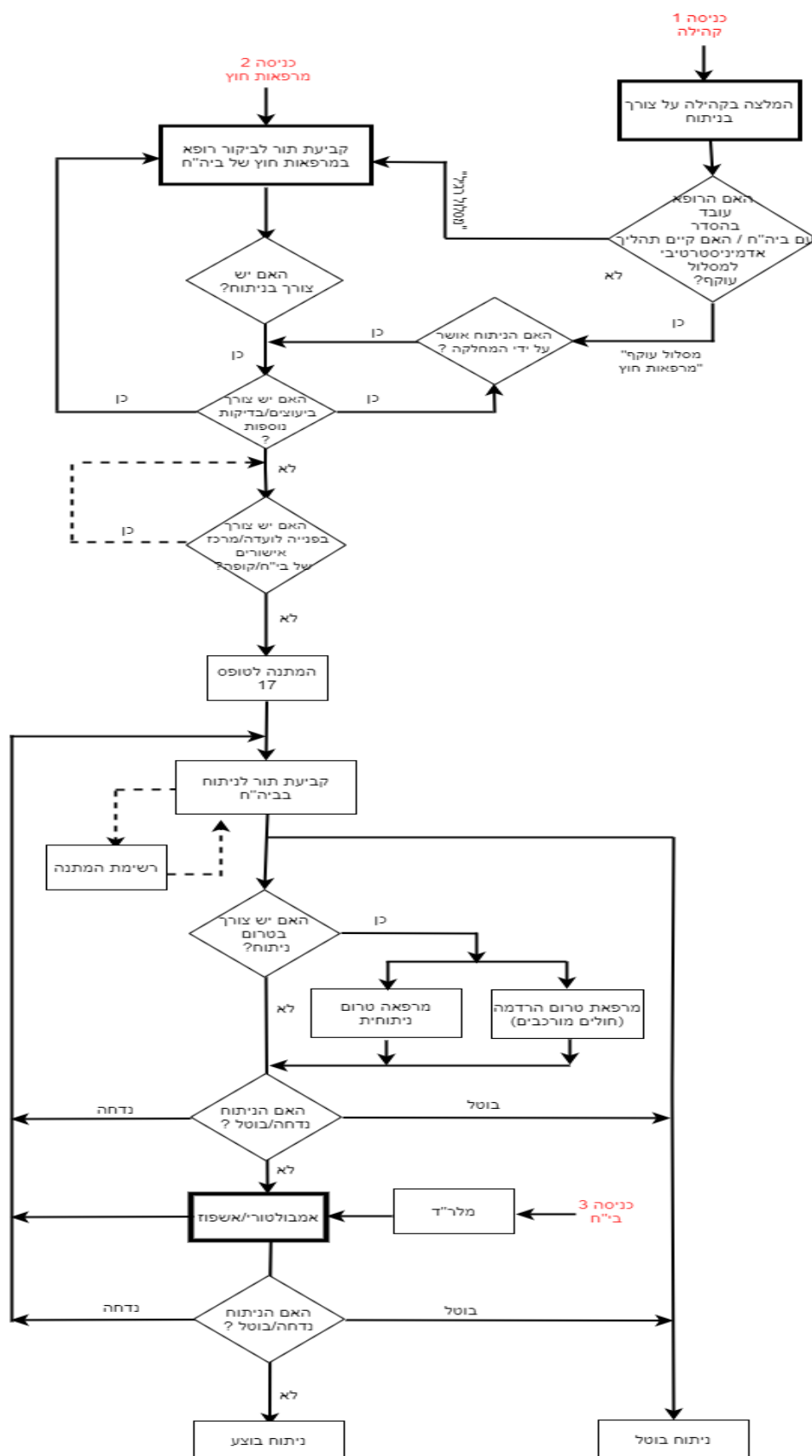
תאריך קבלת טופס 17

- תאריך יצירת התור לניתוח
- תאריך ניתוח מוצע
- תאריך ניתוח (אחרון) שנקבע
- תאריך כניסה לרשימת המתנה

- תאריך ביקור בטרם ניתוח
- תאריך ביקור בטרם הרדמה

- תאריך ניתוח קודם שנקבע
- תאריך הקדמה/דחייה/ביטול ניתוח

תאריך ניתוח בפועל



פיתוח מתודולוגיה למדידת זמן המתנה לניתוח קטרקט

ניתוח הוצאת קטרקט הוא אחד מ-22 הניתוחים ברשימת ניתוחים חייבי דיווח של משרד הבריאות. בנוסף הוא אחד מ-7 הניתוחים שאותם מתבקשות לדווח מדינות OECD.

זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים נכנסו לתכנית הלאומית למדדי איכות בשנת 2015 ודווחו במשך מספר שנים הן ברמה הלאומית והן כדיווח ל-OECD. דיווח זה הופסק ואיננו מתקיים בשנים האחרונות, בשל בעיות מתודולוגיות.

מדידה מיטבית (כאשר מערכות המידע יאפשרו זאת) תכלול, כפי שמודדות כמחצית ממדינות OECD את זמן ההמתנה הכולל, החל מהפניה על ידי רופא בקהילה עד לביצוע הניתוח (referral to treatment=RTT), מדד הכולל שני מקטעים עיקריים:

מקטע outpatient: משך הזמן מרגע מתן הפניה ע"י רופא עיניים בקהילה עד מפגש (ראשון) במרפאות עיניים /מרפאת קטרקט/ אצל הרופא המנתח או בבית החולים הפרטי.

מקטע inpatient: משך הזמן מרגע המפגש, אצל המנתח או במרפאות החוץ של בית החולים בו התקבלה החלטה/אישור המלצה לניתוח, ועד למועד ביצוע הניתוח.

יש שונות בין מדינות OECD במדידה ובדיווח הבינלאומי של פרקי הזמן עד לניתוח. בחלקן נקודת ההתחלה היא הערכת מומחה לרפואת עיניים שהחליט על צורך בפרוצדורה בקהילה; אחרות מודדות את הזמן מקבלת ההפניה בבית החולים; אחרות מודדות את הזמן בו המטופל נכנס ל"רשימת המתנה לניתוח" כלומר התקבלה החלטה על ניתוח והוא ממתין עד למועד הביצוע. בכל המדינות המדווחות למערכת מרכזית של ה-OECD, נקודת הסיום היא מועד ביצוע הניתוח וממנה הולכים אחורה (3). בגישת מדידה כזו לא מזהים את אלו שנשרו בשלבים שונים בתהליך. קיימת חשיבות רבה לתחקור המקרים שהומלץ להם על ניתוח בבית חולים אך לא נותחו בו בסופו של דבר. "נשירה" כזו גורמת לצריכת משאבי כוח אדם יקרים ויש ערך להבין את מאפייני ה"נושרים" ואת הסיבות לנשירה, כבסיס לתכנון משאבים וגיבוש התערבות.

במסגרת התכנית הלאומית למדידת זמני המתנה של משרד הבריאות העוסקת בין היתר בפיתוח מתודולוגיה לאומית למדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים, צפויים כל 29 ביה"ח הכלליים להפיק בתחילת שנת 2022, סט נתונים מינימלי (minimal data set) מבוסס מערכות ממוחשבות. כך תתאפשר מדידה של זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים ביניהם לניתוח קטרקט, בחינת פערים בין בתי חולים, בין קבוצות בעלות על בתי חולים (שירותי בריאות כללית, ממשלתיים, ציבוריים אחרים), בין אזורים גיאוגרפיים ועוד.

סוגיות הקשורות במדידה

- תיעוד התאריכים הנדרשים למדידה מלא כיום במרבית אך לא בכל בתי החולים.
- לעתים המטופל לא יבחר את התור הראשון הפנוי שהוצע לו, וזאת משיקולים אישיים למשל- רצון לעשות 'סקר שוק' לפני החלטה על ניתוח.
- תמהיל המקרים עשוי לתרום להארכת זמן המתנה עבור מטופלים מורכבים, מהסיבות הבאות: לרוב לא ניתן יהיה לנתח אותם בשעות אחרי הצהרים בגלל מחלות רקע/ניתוח מורכב יותר; אם נדרשת הרדמה כללית קיימת תחרות על משאבי מרדים וזמן ההמתנה יהיה ארוך יותר בהשוואה לניתוח קטרקט בהרדמה מקומית.
- בראיונות עלה כי, למרות פערים ניכרים בין בתי החולים בזמני המתנה לניתוח קטרקט קיימים קושי בוויסות הביקושים בין בתי"ח עקב העדפות המטופלים וקיומם של הסדרים כלכליים ומנהלתיים בין קופות החולים לבתי"ח. יתרה מכך, דווח כי במסגרת פיילוט שנועד לנווט מטופלים לבי"ח מרוחקים ממקום מגורי המטופל, במטרה לקצר את התור, מרבית המטופלים העדיפו להמתין ולעבור את הניתוח בביה"ח הקרוב אליהם, למרות זמן ההמתנה הארוך יותר, ככל הנראה כדי לשמור על רצף טיפולי ומעקב אחרי ניתוח קרוב לבית.
- התעריף שנקבע לניתוח קטרקט במסגרת קבוצות אבחנה (DRG) מקשה לתגמל צוותים (רופאים אחיות ואנשי צוות נוספים) עבור פעילות אחרי שעות העבודה, מה שמקשה על קיצור תורים באמצעות הפעלת פעילות אחרי הצהרים (18:00).

תובנות* מתוך ראיונות עם רופאי עיניים בקהילה

* יובאו להלן תובנות שלא צוינו בראיונות רופאי בתי החולים

ניהול תורים

- ניהול הזמן ברפואת עיניים צריך לקחת בחשבון את הדרישה הייחודית למקצוע זה, לפיה מרבית המטופלים נכנסים לרופא פעמיים באותו ביקור במרפאה (בדיקה ראשונית, הרחבת אישונים והמתנה מחוץ לחדר הרופא ואז בדיקה בהרחבה). דרישה זו גם אינה מאפשרת לבצע ביקורים אלו מרחוק.
- כדי להתמודד עם תורים דחופים, חלק מהרופאים פותחים מספר תורים לשבוע הקרוב, כמענה למקרים דחופים. באחת הקופות יש אפשרות להיעזר באפליקציה שבה בהתאם למענה על מספר שאלות יופנה המטופל לטיפול דחוף אצל רופא עיניים שמתחייב לתת מענה

תוך מספר שעות למטופלים שהאלגוריתם של האפליקציה מגדיר כזקוקים לראות רופא באופן דחוף. רופאים אחרים משאירים בכל יום עבודה מספר סלוטים למקרים דחופים.

- בעיות חמורות יופנו לרוב ע"י המזכירה/מוקד זימון תורים למיון.
- מספר רופאים תארו פתיחה מוגבלת של היומן למשל רק חודש קדימה, כדי להגדיל את הסיכוי שמי שקבע יגיע לתור שאיננו מאד רחוק ולהפחית בעית אי הגעה לביקור.
- יש שיעור לא מבוטל של אי-הגעה, ללא הודעה על ביטול או ביטול ברגע האחרון, מה שלא יאפשר לזמן מטופלים אחרים לתור שבוטל.

ניוון מקולרי תלוי גיל (נמ"ג)

- מתגלה לעתים בבדיקות שגרה, מאחר ולא תמיד המטופלים מודעים לשינוי בראיה.
- רוב המטופלים מגיעים ב"שלב היבש"; כאשר הם מגיעים ב"שלב הרטוב", יש דחיפות בתחילת טיפול בהזרקות.
- מטופלי מכבי מופנים לאסותא – שם עושים בדיקה אצל מומחה רשתית, מבצעים OCT ומטופלים בהזרקות; מטופלי מאוחדת מופנים ל"מדיקה" (מכון בהסדר עם הקופה) לבדיקות האבחון ולטיפול בהזרקות. סניפי מדיקה פזורים רק בחלק מהאזורים הגיאוגרפיים. בכללית חלק מהחולים מטופלים בביה"ח של כללית וחלק מופנים להזרקות במכון מור.
- רוב ההזרקות התוך עיניות המבוצעות בבי"ח למטופלים הסובלים מנמ"ג נעשות במסגרת פעילות אחרי הצהרים (ססיות).
- כדי להגדיל זמינות של שירותי אבחון לפריפריה הגיאוגרפית, נעשו ניסיונות להשתמש ב"ניידת רפואת עיניים שלא הוכיחו את עצמם מקצועית וכלכלית

ניתוח קטרקט

- ניתוח הוצאת קטרקט נחשב, ובצדק, ניתוח אלקטיבי לא דחוף. יחד עם זאת הניתוח משפר איכות חיים ומונע נפילות בגיל השלישי, ולכן מומלץ לקבוע יעד (target) של זמן המתנה מרבי. בראיונות עלתה הצעה של יעד של 3 חודשים.
- הוצע לבחון שאכן נעשה תיעדוף מטופלים בתור לא רק לפי תאריך כניסתם לתור ולא רק לפי מצב העין המיועדת לניתוח, אלא להתחשב בהיבטים מגוונים: האם משפיע על תפקוד, למשל נפילות; האם האדם צריך לנהוג לפרנסתו, האם העין השנייה בריאה. במקרה כזה על הרופא

המפנה לציין בהפנייה את הסיבה התפקודית והצורך בקידום המטופל בתור. מהלך כזה ראוי בעיקר במקומות ובזמנים שבהם זמני ההמתנה לניתוח ארוכים.

- גורמים שתורמים ל"צווארי בקבוק" בהמתנה לניתוח הוצאת קטרקט קשורים הן בהמתנה לתור במרפאות חוץ והן בקיבולת לא מספקת של חדרי הניתוח. המשמעות היא שמדידה של פרק הזמן מקבלת החלטה על ניתוח לא תתחשב בהמתנה למרפאות חוץ, שעשויה להיות נתח משמעותי מפרק זמן זה.
- המבוטח יכול לבחור באיזו מסגרת ירצה לעבור את הניתוח, בתנאי שהוא עומד במסגרת הסדרי הבחירה.
- לבתי החולים הציבוריים מופנים יותר מקרים מורכבים כולל מקרים הזקוקים להרדמה, סיכוי גבוה לסיבוכים, מורכבות עקב מצב רפואי או קוגניטיבי ירוד של המטופל, בהשוואה לבי"ח פרטיים.
- התוצאה של המתנה של מספר חדשים לניתוח קטרקט (שאכן איננו ניתוח דחוף) עשויה להיות הזנחה של סיבוכי עיניים אחרים כמו גלאוקומה או היפרדות רשתית, לאור העובדה שהמטופל יודע שהוא מועמד לניתוח ומשייך את כל התופעות לבעיה של הקטרקט.
- מספר מרואיינים ציינו כי בשנתיים האחרונות חל שיפור בזמינות ניתוחי קטרקט.

חסמים שאותרו בראיונות בקהילה

- תור ארוך לבדיקת OCT (כחודשיים) שמעכב אבחנת שלב רטוב של נמ"ג ותחילת הזרקות. יודגש כי בעיית המתנה ל-OCT לא עלתה באופן אחיד; חלק מהמרואיינים בבתי החולים שוללים תורים כאלו כגורם לעיכוב תחילת טיפול. באזורים אמידים ישנן אוכלוסיות שיעדיפו לבצע OCT במכון פרטי שמקצר את הזמן. לפעמים ההמתנה לתור נוסף לרופא בקהילה אחרי קבלת תשובות ה-OCT היא גורם מעכב. יש רופאים שמנחים את מזכירותיהן לקבל מטופלים אלו ללא תור או מבקשים להשאיר אצל המזכירה את תוצאות הבדיקה, בוחנים אותן בזמנם הפנוי ומפנים לפי הצורך לטיפול, זאת כדי לקצר זמני המתנה.
- בחלק מבתי החולים תוארו תורים ארוכים למרפאות רשתית למאובחני נמ"ג בשלב הרטוב שזקוקים לתחילת טיפול דחוף.

אוכלוסיות שעשויות להיות בסיכון לעיכוב בתחילת טיפול

- עולים חדשים במפגש עם מערכת הבריאות עשויים להתקשות להתנהל בבירוקרטיה של בקופה בו במפגש עם ביה"ח.

- אוכלוסיות ממגזרים שונים בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית שלעתים לא מגיעים לבדיקות או מגיעים בשלב מאוחר ותוצאי הטיפול שלהם פחות טובים.
- מטופלים עם קטרקט מורכב שהופנו לניתוח בבי"ח פרטי ובמועד קדם ניתוח החליט המנתח להפנותם לניתוח בבי"ח ציבורי. במקרה כזה עשוי המעבר בין מסגרות הטיפול להאריך את משך ההמתנה.

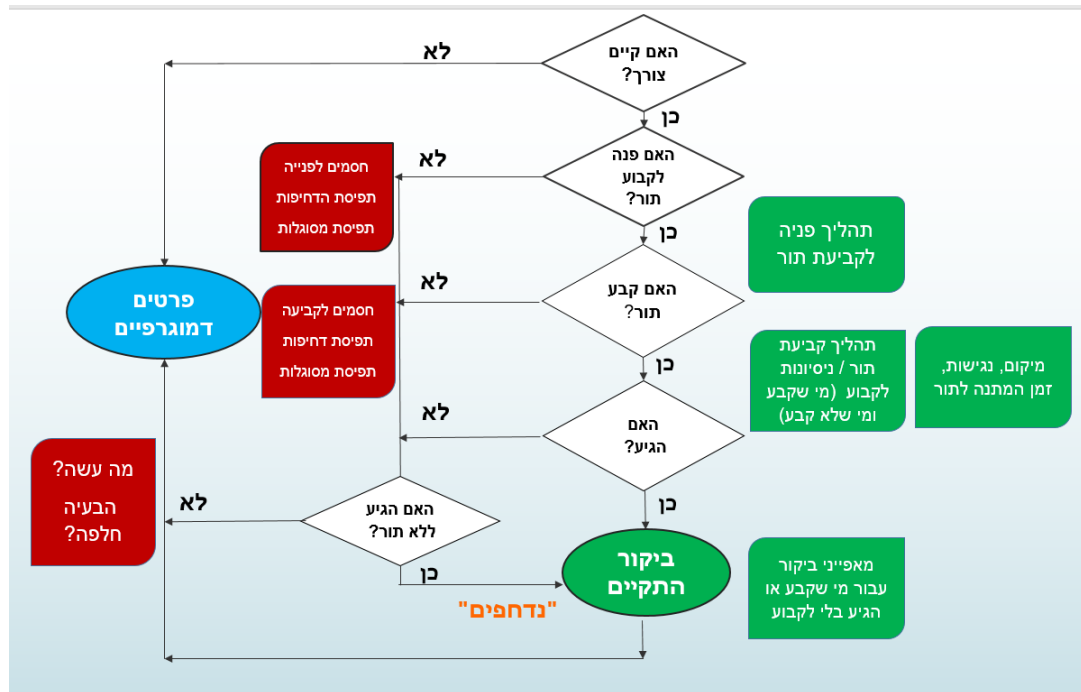
ממצאים ותובנות שעלו מתוך סקר מטופלים ארצי

סקר מטופלים בוצע בתקופה שבין אוגוסט 2019 לפברואר 2020. נדגמו כ-7,500 אנשים, מתוכם השיבו והשלימו את הסקר 3,751 (כ-50%).

57% מהנשאלים דיווחו על צורך ברופא יועץ בחצי שנה האחרונה. 237 מתוכם, (6% מכלל המשיבים) דיווחו על צורך ברופא עיניים. רוב המשיבים שהיה להם צורך לרופא עיניים קבעו תור (99%). עד למועד הסקר, בקרו 88.4% מתוכם אצל רופא עיניים, 9.8% היו בהמתנה לתור במועד הסקר, ו-1.8% ענו כי "לא ביקרו".

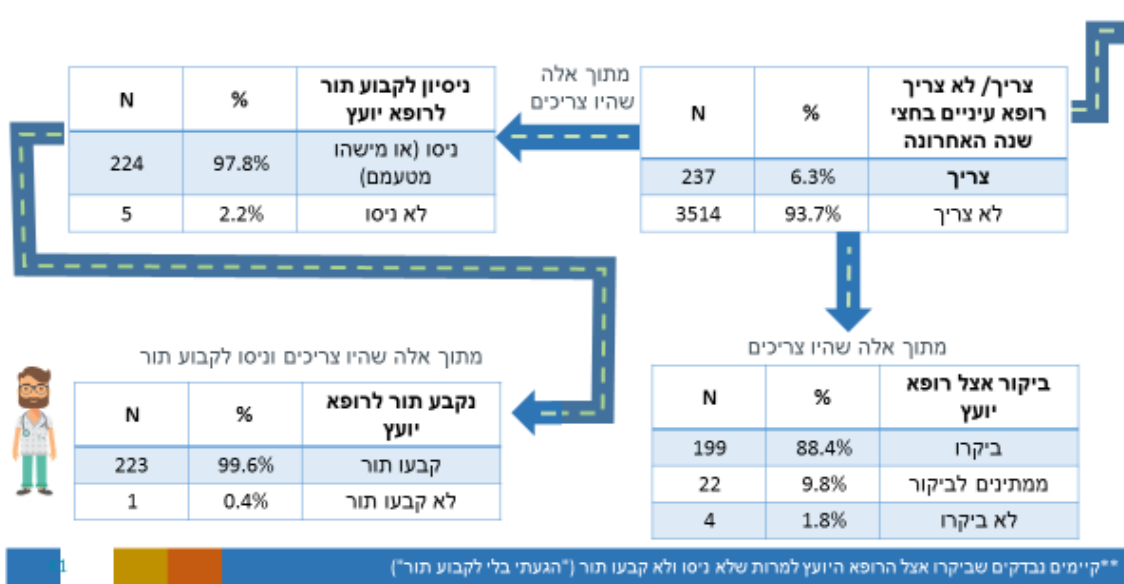
נבנה תרשים זרימה של המסלול שעובר המטופל מזיהוי הצורך ועד לקיום המפגש הרפואי (תרשים 2). התרשים מציג עבור כל אחד מהצמתים, את הגורמים שעשויים לתרום להחלטה שקיבל המטופל באותו צומת. פירוט אותם גורמים שימש מתווה לבניית סקר המטופלים.

תרשים 2. הגורמים המשפיעים בצמתי קבלת החלטות: מזיהוי צורך עד לקיום מפגש



תרשים 3. מספר ושיעור המטופלים בכל אחד משלבי התהליך, מזיהוי צורך ועד לקיום מפגש עם רופא עיניים יועץ*

*הערכים המופיעים בתרשים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים), גיל ומחוז מגורים, כדי להתאים את מאפייני המרואיינים למאפייני אוכלוסיית ישראל.



מתוך הסקר עלה כי, מטופלים מבוגרים נזקקו יותר לרופא עיניים בהשוואה לצעירים (74% מהמשיבים מעל גיל 75 דיווחו על צורך לעומת 58% בגיל 45-54 ו-48% בגיל 22-34). דיווח על צורך במפגש עם רופא עיניים היה **נמוך באופן ניכר במחוז הדרום** בהשוואה למחוזות אחרים (5% בהשוואה ל-11% מכלל הנשאלים שהיו צריכים רופא יועץ, בהתאמה).

טבלה 1: שיעור המדווחים כי היו צריכים רופא עיניים ב-6 החדשים שקדמו לסקר וזמני המתנה לפי דיווח המשיבים, לפי מחוז

צורך ברופא עיניים (מתוך המדווחים על צורך)	מספר משיבים שדיווחו על צורך ברופא עיניים	% הצריכים רופא עיניים מסך הצריכים רופא יועץ	זמן המתנה ממוצע (ימים)	זמן המתנה חציון (ימים)
צפון	39	12.0%	22.7	7
חיפה	30	11.5%	31.4	21
מרכז	69	12.0%	33.2	21
ירושלים	34	13.3%	29.0	21
תל אביב	51	12.4%	36.4	14
דרום	15	5.3%	27.4	14
סה"כ	238	11.3%	30.8	14

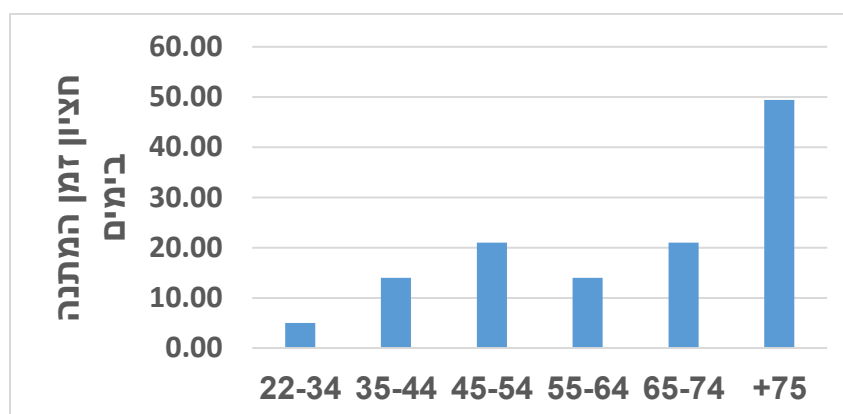
שיעור המשיבים הערבים שדיווחו על צורך ברופא עיניים היה 48.5% מכלל המשיבים בהשוואה ל-58.4% בקרב המשיבים שאינם ערבים.

זמן המתנה ממוצע שדווח ע"י המשיבים היה 31 ימים, חציון 14 ימים. זמן המתנה הקצר ביותר היה במחוז הצפון (ממוצע 22.7 ימים; חציון 7 ימים), והארוך ביותר - בתל אביב (ממוצע 36.4 ימים; חציון 14 ימים). זמן המתנה מדווח היה קצר יותר בקרב משיבים ערבים (ממוצע 24.1 ימים; חציון 14 ימים) לעומת יהודים (ממוצע 31.9 ימים; חציון 21 ימים).

נמצא קשר בין גיל לזמן המתנה. זמן המתנה מדווח עולה עם הגיל, ומטופלים בני 75+ דיווחו על זמן המתנה חציוני הכי ארוך (49 ימים) בהשוואה ליתר קבוצות הגיל. כך למשל זמן ההמתנה של בני 75+ היה ארוך פי שניים מזמן ההמתנה בקבוצת הגיל הצעירה ממנה 65-74 (49 לעומת

21 בהתאמה, תרשים 4). גם בקרב כלל אוכלוסיות המשיבים, מבוגרים יותר דיווחו על זמני המתנה ארוכים יותר בהשוואה לצעירים מהם.

תרשים 4: זמן המתנה חציוני (ימים) לפי קבוצת גיל



מטופלים שלא נולדו בישראל דיווחו על זמן המתנה יותר ארוך (חציון 21 יום) מאלו שנולדו בישראל (חציון 14 יום). 15% מהמשיבים ניסו להקדים את התור שקיבלו לרופא עיניים, שיעור נמוך בהשוואה ל-24% ברפואת נשים ו-34% באורתופדיה, ודומה לא.א.ג. (16%). 3% מתוך אלו שניסו להקדים את התור, הצליחו להקדים אותו.

המשיבים דיווחו כי 60% מהביקורים היו עקב בעיה כרונית או לצורך מעקב, ורק 40% עבור בעיה חדשה. רק 7% מהמשיבים פנו לרופא משפחה לפני פנייה לרופא העיניים. מתוך נתון זה, ומתוך ראיונות עם רופאי עיניים בקהילה, עולה כי חיזוק המסלול של רופא משפחה כמענה לחלק מהבעיות העיניות במטר להפחית עומסים ולקצר תורים לרופאי עיניים, הוא פחות רלוונטי ברפואת עיניים.

המשיבים נשאלו אם הזמן שחלף בין הניסיון לקבוע תור לרופא עיניים לבין התאריך שבו התקיים הביקור בפועל היה סביר. 69% העריכו את הזמן שחיכו בפועל, כ"סביר" או "סביר מאוד", לעומת 51% בכלל מקצועות הרפואה היועצת. המשמעות היא שבאופן יחסי למקצועות הרפואה היועצת, זמני המתנה לרפואת עיניים נתפסים "יותר" סבירים או סבירים מאד. חשוב לציין כי בין שאר מקצועות הרפואה היועצת נמצאים גם מקצועות לא שכיחים, כמו נירולוגיה, עם זמני המתנה ארוכים במיוחד ולראייה, רק 33% מאלו שהיו צריכים רופא נירולוג תפסו את זמן ההמתנה כסביר. גם אם המצב ביחס למקצועות הרפואה היועצת האחרים טוב, עדיין, 31%

מהמשיבים ציינו שזמני ההמתנה ברפואת עיניים "לא כל כך סבירים, או סבירים במידה מועטה, או בכלל לא סבירים". 12% מהמשיבים שהיו צריכים רופא עיניים שקלו לעבור קופה בגלל זמני המתנה ארוכים לרופאים יועצים, בהשוואה ל-16% באורתופדיה, 13% בא.א.ג. ורפואת נשים ו-18% ברפואת עור.

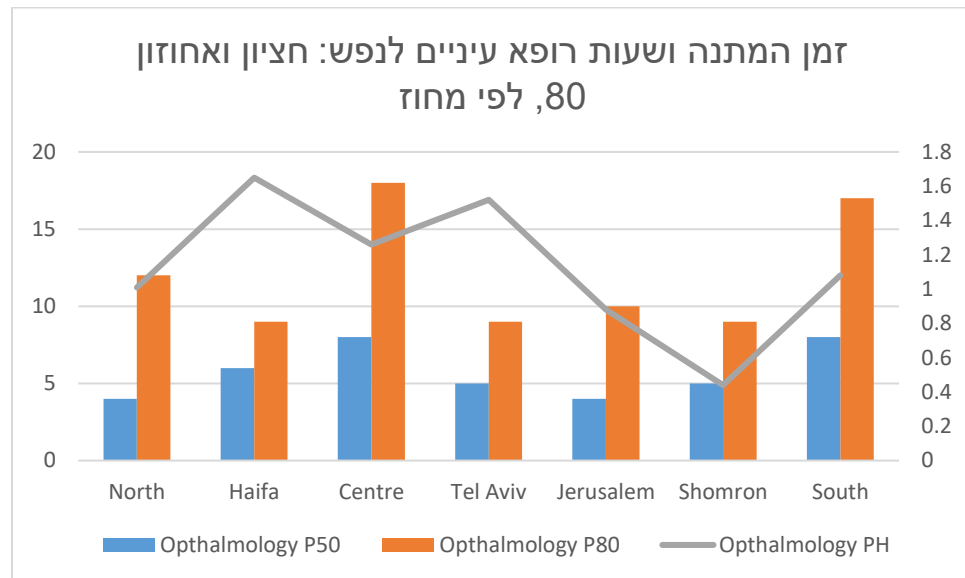
54% מאלו שהיו צריכים רופא עיניים, העדיפו לפנות לרופא לפי בחירתם. זהו שיעור גבוה בהשוואה לא.א.ג. (40%) או אורתופדיה (44%). כצפוי, זמן המתנה לרופא נבחר היה יותר ארוך בהשוואה לרופא כלשהו (ללא בחירה מצד המטופל ברופא מסוים) באזור מגורי המטופל: חציון 21 ימים בהשוואה ל-14 ימים, וממוצע 35 ימים בהשוואה ל-25 ימים, בהתאמה. לסיכום, סקר זה הדגים כי רוב המטופלים שנזקקו ליעוץ רופא עיניים דיווחו כי בסופו של דבר קיבלו מענה. יחד עם זאת הסקר הציף תת-שימוש ביעוץ רופא עיניים בקרב משיבים ערבים ותושבים מחוז הדרום, וזמני המתנה ארוכים יותר בקרב קשישים.

ממצאים ותובנות מניתוח זמני המתנה בהתבסס על נתונים אדמיניסטרטיביים לתקופה אפריל-יוני 2019

היצע הרופאים (שעות רופא ביחס לגודל האוכלוסייה באותו אזור) נמצא הגבוה ביותר במחוז חיפה, ואחריו במחוז תל אביב; ההיצע הנמוך ביותר נמצא במחוז שומרון, ואחריו ירושלים. זמן ההמתנה המרבי, לעומת זאת, היה במחוזות מרכז ודרום. נתונים אלו מראים שהקשר בין היצע רופאים לזמן המתנה הוא לא לינארי (תרשים 5).

תרשים מס'5: זמני המתנה (חציון ואחוזון 80) ושעות רופא ל-1000 אוכלוסיה, לפי מחוז

ציר Y הימני מציין שעות רופא עיניים ל-1000 נפש; ציר Y השמאלי מציין זמן המתנה בימים.



זמן המתנה לרופא עיניים כלשהו נותח גם לפי 52 אזורים טבעיים. האזורים הטבעיים הם תחומים רצופים, אחידים ככל האפשר, הן מבחינת המבנה הפיזי, האקלים והקרקעות, והן מבחינת התכונות הדמוגרפיות, הכלכליות והחברתיות של האוכלוסייה. (9) נמצא הבדל מובהק בזמני ההמתנה בין האזורים הטבעיים. האזור בו הזמן קצר ביותר הוא שפרעם (ממוצע = 2.5 ימים); האזור בו הזמן הארוך ביותר הוא זכרון יעקב (ממוצע = 52.72).

זמן המתנה לרופא עיניים נותח לפי בחירת המבוטח ונמצא הבדל מובהק בין האזורים הטבעיים. האזור בו הזמן קצר ביותר הוא גליל תחתון מזרחי (ממוצע 8 ימים); האזור בו הזמן הארוך ביותר הוא אזור זכרון יעקב (ממוצע 56.66).

בוצע ניתוח שמטרתו להסביר את הפערים בזמני המתנה בין מחוזות ואזורים טבעיים. הניתוח לקח בחשבון מצב סוציאקונומי, לאום, גיל אוכלוסיה, שעות רופא ל-1000 נפש באזור. משתנה התוצא היה **חציון זמן המתנה**.

לא הודגם קשר בין שעות רופא ל-1000 נפש לבין חציון זמן המתנה לכלל המקצועות ברפואה יועצת לפי אזור טבעי, למעט **רפואת עיניים, בה נמצא קשר הפוך מובהק סטטיסטית בין שעות רופא ל-1000 נפש לבין זמן המתנה חציוני**. הקשר הוא בכיוון שלילי, כצפוי, כלומר אם מוסיפים שעות רופא באזור מסוים, זמני המתנה באותו אזור מתקצרים. מצב סוציו-אקונומי, הרכב גילאי של האוכלוסייה, ושיעור ערבים וחרדים לא השפיעו על זמני המתנה ברפואת עיניים (תרשים 6).

תרשים מס' 6: קשר בין משתני האזור הטבעי לבין זמני המתנה ברפואת עיניים

	B (95%CI)	P
Parameter		
Neighborhood SES (by Points)	-0.77	.63
physician hours/1000	-9.03	.03
% ultra-Orthodox	-0.106	.48
% Arabs	0.025	.74
Population size	-5.6E-6	.48
%<14 years	-0.72	.90
%65+	-0.37	.46
%75+	-0.79	.46

הקשר החזק ביותר בין שעות רופא לבין זמן המתנה ברפואת עיניים היה **במחוז הדרום**, שם הוספת שעות רופא הניבה את הקיצור המשמעותי ביותר בזמני המתנה (תרשים מספר 7).

תרשים מספר 7 : קשר בין שעות רופא לזמני המתנה לפי מחוז והתמחות.

	Specialty									
Region	Orthopedics		Ophthalmology		Dermatology		ENT		Gynecology	
	b [95% CI]	P	b [95% CI]	p	b [95% CI]	P	b [95% CI]	p	b [95% CI]	p
North	-6.14	0.004	-2.54	0.531	1.59	0.776	-6.02	0.020	-0.30	0.185
Haifa	0.09	0.984	-4.24	0.338	-10.72	0.395	-11.16	0.001	-0.18	0.766
Center	1.81	0.679	-2.80	0.772	-15.66	0.020	-3.87	0.506	-0.37	0.478
Tel Aviv	6.46	0.048	-21.08	0.141	-9.33	0.555	-6.26	0.59	0.35	0.394
Jerusalem	-15.04	0.093	-28.70	0.202	-12.45	0.545	-3.29	0.837	1.10	0.177
South	-13.67	0.003	-54.84	0.018	-34.46	0.010	-8.10	0.243	-1.80	0.000
Shomron	-37.95	0.357	-69.23	0.251	-40.10	0.758	-12.78	0.839	-0.11	0.976

דיון ומסקנות

המחקר הנוכחי עסק בתחקור סוגיות הנוגעות לנגישות מטופלים לקבלת טיפול בתחום רפואת עיניים, על פני הרצף קהילה-מרפאות חוץ- אשפוז, תוך שימוש בשיטות כמותניות ואיכותניות. בוצעו ניתוח של נתונים אדמיניסטרטיביים על זמני המתנה לרפואת עיניים בקהילה, ניתוח נתונים מתוך סקר מטופלים על חוויותיהם מתהליך קביעת התור לרופא עיניים יועץ בקהילה, וראיונות עם רופאים ומנהלים מומחים ברפואת עיניים, בקהילה ובבתי חולים, להבנת תהליכי העבודה על פני כל רצף הטיפול.

התפוקות העיקריות של המחקר הן:

- א. לימוד מעמיק של תהליך קביעת התור לניתוח קטרקט, על כל שלביו, איפשר לאפיין **תרשים זרימה שמתעד את שלבי התהליך לקביעת תור לניתוח קטרקט**. התובנות שנאספו ותרשים הזרימה שנבנה על בסיס תובנות אלו, הניבו המלצה על **מתודולוגיה לאומית למדידת זמן המתנה לניתוחים אלקטיביים בכלל**. יודגש כי המלצה זו נמצאת בשלבים סופיים של תיקוף ואישור.
- ב. נתונים שיאספו וימדדו במתודולוגיה אחידה מכל 29 ביה"ח הכלליים יאפשרו **מדידה לאומית של זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים, כולל ניתוח קטרקט**, השוואה ל-benchmark של מדינות OECD ובהתאם לממצאים, דיאלוג עם אנשי המקצוע על הצורך בהגדרת יעד לאומי של זמני ההמתנה מרביים לניתוח קטרקט.
- ג. **איפיון פערים בזמני המתנה לניתוח קטרקט בין אזורים, אוכלוסיות וסוג הבעלות על בתי החולים**. לראשונה, בזכות גיבוש מתודולוגיה לאומית, יהיה בידי מקבלי ההחלטות נתונים אמין שיאפשרו להעריך פערים ולגבש המלצות.
- ד. **לימוד מעמיק של חווית המטופל מכל שלבי תהליך קביעת התור לרופא עיניים יועץ בקהילה** איפשר לנו לזהות חסמים וצווארי בקבוק שלא ניתן לזהות מתוך נתונים אדמיניסטרטיביים, ולאתר עד כמה זמן ההמתנה סביר בעיני אוכלוסיות שונות של משיבים שזקוקים לרופא עיניים במערכת הציבורית. חווית המטופל (למשל תפיסת זמן ההמתנה כלא סביר) יכולה להסביר פנייה למערכת הפרטית.
- ה. **דיאלוג עם רופאי עיניים ומנהלים בקהילה ובבתי החולים אפשר לאסוף ולבחון תובנות מזוויות הסתכלות שונות**. בנוסף, משיבים עובדים גם בקהילה וגם בבי"ח ואפשרו לחוקרים לקבל את זווית הראייה המשלבת את שתי הזירות.

איסוף תובנות מסקר חווית המטופל באשר לתהליך קביעת התור לרופא עיניים יועץ:

- א. הרוב המוחלט מבין 237 משיבים שדיווחו על צורך ביעוץ רופא עיניים, ניסו לקבוע תור, הצליחו לקבוע אותו ואף ביקרו אצל הרופא (או שעדיין לא הגיע מועד התור והם ממתינים לביקור).
- ב. מטופלים ערבים דיווחו על צורך ביעוץ רופא עיניים נמוך יותר בהשוואה למטופלים יהודים (48.5% בהשוואה ל-58.4%, בהתאמה). נתון זה מעורר דאגה לאור שכיחות גבוהה יותר של מחלות שקשורות לסיבוכים בעיניים דוגמת סכרת או יתר לחץ דם לא מאוזנים, בחברה הערבית (10) לעומת היהודית. מחקר בישראל מצא כי ערבים דיווחו על יותר מפי 2 בעיות עיניים על רקע סוכרת בהשוואה ליהודים (11). מוכר שימוש נמוך ברפואה יועצת ושימוש גבוה יותר ברפואה ראשונית בקרב אוכלוסייה ערבית, בהשוואה לאוכלוסייה יהודית (12,13). כמו כן אוכלוסייה ערבית מבקרת פי 2 בחדרי מיון בהשוואה לאוכלוסייה יהודית (14). יתכן כי ערבים עושים שימוש רב יותר ברופא המשפחה ו/או בחדרי מיון בחיפוש אחר יעוץ רפואי בתחום רפואת העיניים.
- ג. משיבים תושבי מחוז הדרום דיווחו על צורך ביעוץ רופא עיניים במידה נמוכה יותר בהשוואה לכלל המשיבים (5.3%-11.3% מהמשיבים, בהתאמה). מחוז הדרום מהווה פריפריה גיאוגרפית וחברתית (ריכוז גבוה יותר של אוכלוסיות הנמצאות מתחת לקו העוני בהשוואה לשאר מחוזות ישראל) (15). אוכלוסייה ענייה סובלת יותר ממחלות כרוניות דוגמת סוכרת, ומאיון גרוע יותר של אותן מחלות. בסוכרת, איון גרוע קשור לסיבוכים בעיניים (16).
- ד. זמן ההמתנה לרופא עיניים בקהילה נתפס כסביר או סביר מאד ע"י 69% מהמשיבים, בהשוואה ל-51% בכלל מקצועות הרפואה היועצת.
- ה. שיעור גבוה יותר של זקוקים לרופא עיניים העדיפו לבחור רופא מסוים, על פני רופא כלשהו עם זמן המתנה קצר יותר, בהשוואה לכלל מקצועות הרפואה היועצת. לאור השיעור הגבוה של המרוצים מזמן ההמתנה, סביר להניח שהחלופה של יותר המתנה עבור רופא מוכר או נבחר, נתפסה כסבירה בעיני המשיבים.
- ו. קשישים (+75) דווחו על זמן המתנה ארוך באופן ניכר בהשוואה למשיבים צעירים יותר. ייתכן שהם מסתדרים פחות טוב עם מערכות זימון התורים הדיגיטליות (17) שמאפשרות למשל לאתר, ע"י כניסה חוזרת למערכת, תור קרוב מאד שנוצר זה עתה עקב ביטול תור של מטופל אחר, או שהינם פחות אסרטיביים בהשוואה לצעירים ולכן מתקשים לדרוש להקדים תור באמצעות דיאלוג עם מזכירת הרופא/מוקד זימון תורים. הסבר אפשרי נוסף הוא שצעירים ניידים יותר, ויכולים לבחור תור קרוב יותר במרפאה מרוחקת; לעומתם קשישים

עשויים להיות פחות ניידים, תלויים בבן משפחה להגעה ולכן פחות גמישים במציאת תור קרוב.

איסוף תובנות מתוך הראיונות עם הרופאים, לגבי ייעוץ בקהילה, אבחון וטיפול בנמ"ג וניתוחי קטרקט

- א. בשנתיים האחרונים עשו בי"ח שונים מהלכים לקיצור זמני המתנה לניתוח קטרקט במערכת הציבורית. קשה לדעת האם זמני ההמתנה אכן התקצרו בהעדר מדידה לאומית שיטתית על פני רצף הזמן.
- ב. קשישים עם ניתוחים מורכבים ותחלואה מלווה מתקשים יותר לקבוע תור לניתוח קטרקט וימתינו יותר זמן.
- ג. מתוך העדויות עולה כי זמן ההמתנה מרגע אבחון ניוון מקולרי תלוי גיל בשלב ה"רטוב", עד לאישור האבחון ותחילת הזרקות תוך עיניות, ארוך יותר במחוז הצפון בהשוואה לכלל ישראל. הועלתה סברה כי הסיבה לכך היא פער בשיעור רופאי עיניים (כולל מומחי רשתית) לרעת מחוז הצפון.
- ד. תוארו קשיים במימון תרופות קו שני לטיפול בנמ"ג למטופלים חסרי ביטוח משלים. התרופות יקרות מאד וחסרי הביטוח המשלים, שהם לרוב אוכלוסיות עניות, תושבי הפריפריה הגיאוגרפית וערבים, מתקשים לממן אותן. בקופות מסוימות נמצא מנגנון לאישור מימון תרופות אלו, אך לא ברור עד כמה הוא מוכר למטופלים שנזקקים לסיוע זה.
- ה. שימוש במימון כמסלול עוקף תורים ארוכים לאבחון ותחילת טיפול. דו"ח על שימוש בחדרי מיון בישראל בשנים 2015-2017 מצא כי, 81% מהמטופלים שפנו למיון עם בעיה הקשורה לרשתית הגיעו עם הפנית רופא. שיעור זה גבוה מכל שאר הסיבות לפנייה לחדרי מיון. יתכן ששיעור גבוה זה מגלם בתוכו גם שימוש של רופאי עיניים בקהילה במסלול זה כמקצר זמני המתנה ארוכים לאבחון ותחילת טיפול בחשד לנמ"ג (14).
- ו. יש חשיבות להעלאת מודעות האוכלוסייה לבדיקה ביתית, אחת לתקופה, של כל עין בנפרד, כדי לאתר ירידה בראייה ולעודד פנייה מוקדמת לרופאי עיניים לאבחון נמ"ג.

המלצות שגיבש צוות התכנית למדידת זמני המתנה ברפואה, על בסיס ממצאי המחקר והמלצות המרואיינים

המלצות המכוונות לקופות החולים

- א. לבחון את הסיבות לתת-שימוש של מטופלים ערבים ושל תושבי הדרום ביעוץ רופאי עיניים בקהילה, במטרה להבין האם נעשה שימוש במסלולים אחרים והאם אלו נותנים מענה איכותי. בחינה כזו יכולה להיערך באמצעות קבוצות מיקוד/סקר מכוון לאוכלוסיות הרלוונטיות.
- ב. לגבש מענה לאוכלוסיית הקשישים שנדרשים להמתין יותר זמן לרופא עיניים בקהילה, ע"י המלצה לפנות למוקד זימון תורים טלפוני או לרופא המשפחה כדי לסייע במציאת תור קרוב.
- ג. להמליץ לרופאי עיניים בקהילה לנהל את היומנים שלהם בדרך שתאפשר קבלת מקרים דחופים, למשל ע"י הקצאה קבועה של שיעור מסוים מתוך התורים למקרים דחופים.
- ד. לבחון מה שיעור אי ההגעה ברפואה יועצת בקהילה ואם הוא משמעותי, לתחקר את מאפייני המטופלים שאינם מגיעים ולתזכר אותם במיוחד; יתכן שיש מקום לתזכורות לכל המטופלים יום או יומיים לפני התור.
- ה. להדגיש את הצורך בתיעדוף מטופלים, בעיקר במצבים בהם זמני ההמתנה ארוכים יחסית, על בסיס הערכה פונקציונלית ולא רק לפי ממדים קליניים – המלצה המכוונת לדיאלוג של הקופה עם רופאי העיניים שלה, אחרי הגדרת ההנחייה בשיתוף איגוד רופאי העיניים.

המלצות המכוונות לבתי חולים כלליים

- ו. למדוד ולתחקר תופעות של מטופלים שנושרים מהתהליך אחרי החלטה על ביצוע הניתוח במרפאות החוץ של ביה"ח וקביעת מועד לניתוח, מסיבות כמו: ביטולים, קביעת תור מקביל בבי"ח אחר, אי הגעה (no show) וכד'. מומלץ לבצע במסגרת מחקר ייעודי.
- ז. לבחון האם קשישים עם קשיי תפקוד / סיעודיים שסובלים מקטרקט, מתקשים להתנהל מול מערכת הבריאות ולקבל תור במועד סביר; לבחון מענה הולם בהתאם לממצאי הבדיקה.

המלצות המכוונות למשרד הבריאות, בשיתוף עם איגוד רופאי העיניים בישראל

- ח. הגדלת ההשקעה במניעה או דחיית אובדן ראייה. לבחון מול הבטוח הלאומי אפשרות להפנות משאבים למניעה, במקום לתשלום קצבאות נכות. הדבר יתאפשר באמצעות חסכון בכספי קצבאות נכות עקב אובדן ראייה על רקע נמ"ג, בעקבות אבחון וטיפול במועד.

- ט. לבדוק את מנגנוני הסיוע שמעמידות הקופות לעזרת מטופלים הסובלים מנמ"ג וזקוקים לתרופות המוגדרות "קו שני", אך אינם מחזיקים בביטוח משלים. אם אין מנגנונים בכל 4 הקופות, יש לבחון מנגנון חלופי
- י. לבחון היתכנות של הכללת מאפייני מורכבות הניתוח ומאפייני מטופל בנוסחת התגמול עבור ניתוח קטרקט, במטרה לגבש שיטת תגמול מאוזנת.
- יא. לבחון האם שיעור רופאי העיניים בכלל ומומחי הרשתית בפרט, העובדים במערכת הציבורית, ביחס לגודל האוכלוסייה, דומה בין המחוזות. לבחון אפשרות להכשיר רופאים עיניים שאינם מומחי רשתית לתת מענה לאבחון וטיפול בנמ"ג.
- יב. לבחון היקף השימוש בחדר מיון לעקיפת תורים לתחילת טפול בנמ"ג והאם שימוש זה מתפזר שווה בין המחוזות השונים. אם ימצא שימוש משמעותי, ראוי לבחון דרכים להתמודד עם ניצול לא מיטבי זה של מסלול הרפואה הדחופה.
- יג. לקדם אבחון מוקדם בנמ"ג ע"י המטופלים עצמם, באמצעות קמפיין המכוון לאוכלוסייה מבוגרת אודות "מבחן" של בדיקת הראייה בכל עין תוך כיסוי העין השנייה. קמפיין כזה נועד להקטין את שיעור המטופלים שמגיעים בשלב מתקדם, בו לא ניתן לשמר את הראייה שלהם.

המלצות לצוות התכנית הלאומית למדידת זמני המתנה ברפואה

- יד. עם קבלת תוצאות המדידה הלאומית במהלך 2022-2023, לבחון את זמני ההמתנה לניתוח קטרקט, בהשוואה לזמנים המדווחים ע"י מדינות OECD ובהשוואה להמלצה המקצועית לזמן המתנה מרבי, כדי לבחון האם קיימת במדינת ישראל בעיה עם זמני המתנה לניתוח שכיח זה.
- טו. עם קבלת תוצאות המדידה, לבחון מהם הגורמים המסבירים פערים בזמני המתנה (אזור גיאוגרפי, בעלות בית החולים, הסדרי בחירה, שיעור רופאי עיניים לנפש באזור ועוד).

מגבלות המחקר

- הערכות זמני המתנה שתוארו בראיונות עם הרופאים דורשות התייחסות זהירה באותם תחומים שלא לוו ע"י מדידה כמותית.
- בעת כתיבת הדוח טרם גובשה מתודולוגיה לאומית למדידת זמני המתנה. בהיעדרה לא ניתן להשוות בין תוצאות מדידת זמני המתנה שפורסמו ע"י כל אחד מ- 29 ביה"ח הכלליים.

לסיכום,

המחקר שילב שיטות כמותיות ואיכותניות כדי להעמיק ולהבין את מכלול תהליכי העבודה שיכולים להשפיע על זמינות הטיפול ברפואת עיניים בקהילה, במרפאות חוץ ובבי"ח. לאחר שיפורסמו זמני המתנה לניתוח קטרקט לפי בתי חולים, שיתבססו על מתודולוגיה לאומית, ניתן יהיה לראשונה להשוות בכלים אחידים את זמני ההמתנה ולהתרשם האם קיימים פערים בין בתי חולים, אזורים, קבוצות בתי חולים לפי בעלות ועוד.

אנו ממליצים להציג את התובנות שאספנו בפני האיגוד לרפואת עיניים, הנהלת המשרד, הנהלות קופות חולים ובתי חולים ולבחון מה מתוכן ניתן לבחינה מעמיקה ולהתערבות מתקנת.

רשימת מקורות

1. Wilf-Miron R, Novikov I, Ziv A, Mandelbaum A, Ritov Y, Luxenburg O. A novel methodology to measure waiting times for community-based specialist care in a public healthcare system. Health Policy (New York). 2020;124(8):805.
2. Conner-Spady, B. Sanmartin, C. Sanmugasunderam, S, Coster C, Lorenzetti D, McLaren L, McGurran J, Noseworthy T. A systematic literature review of the evidence on benchmarks for cataract surgery waiting time. Can J Ophthalmol. 2007;42(4):543–51.
3. OECD. Waiting times for health services: Next in line. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/242e3c8c-en/1/3/4/index.html?itemId=/content/publication/242e3c8c-en&_csp_=e90031be7ce6b03025f09a0c506286b0&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e1593. 2020;
4. Leung V, Vanek J, Braga-Mele R, Punch D, Jin Y. Role of patient choice in influencing wait time for cataract surgery. doi: 10.1016/j.jcjo.2013.03.008. Can J Ophthalmol. 2013;48(4):240–5.
5. Lim LS, Mitchell P, Seddon JM, Holz FG, Wong TY. Age-related macular

- degeneration. Lancet. 2012;379(9827):1728–38.
6. Ambati J, Fowler BJ. Mechanisms of age-related macular degeneration. . Neuron. 75AD;1(26–39).
 7. Gale RP. Action on neovascular age-related macular degeneration (nAMD): recommendations for management and service provision in the UK hospital eye service. Eye. 2019;33(Suppl 1):1–21.
 8. MOH. מבחנים של משרד הבריאות לצורך תמיכה בבתי חולים ציבוריים כלליים המשתתפים בתכנית להעברת פעילות ממימון פרטי לציבורי ולקיצור תורים לשנת התקציב 2020 <https://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/261219health/he/050121health4.pdf>. 2020.
 9. CBS. Map of the natural areas, by the Central Bureau of Statistics, Israel. Updates June 2020. <https://icbs-gis.maps.arcgis.com/home/item.html?id=2e8530a9ccbb40b19c6440f1e4703e22>. 2020.
 10. Jaffe A, Giveon S, Wulffhart L, Oberman B, Baidousi M, Ziv A, et al. Adult Arabs have higher risk for diabetes mellitus than Jews in Israel. PLoS One. 2017;12(5):e0176661.
 11. Zucker I, Arditi-Babchuk H, Enav T, Shohat T. Self-reported type 2 diabetes and diabetes-related eye disease in Jews and Arabs in Israel. 18(6), 1328-1333.. J Immigr Minor Heal. 2016;18(6):1328–33.
 12. Baron-Epel O, Garty N, Green MS. Inequalities in Use of Health Services among Jews and Arabs in Israel. Heal Serv Res. 2007;42(3):1008.
 13. Dov Chernichovsky BBLB, Aviv Brill and CS. The Health of the Arab Israeli Population. 2017.
 14. Z. Haklay, Lipshitz I, Kreger H, M Arboraba. ED visits, geographic charactersitics 2015-2017 Ministry of Health, Information Dept. 2019.

15. Taub. Southern district: Socio-economic profile. Taub Institute
<https://www.taubcenter.org.il/wp-content/uploads/2021/06/SociodemographicProfileofthe-SouthHEB.pdf>. 2021.
16. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: דוח פני החברה בישראל – פערים בין מרכז לפריפריה. דוח מספר 11, אוגוסט 2019 . 2019
17. Azzopardi-Muscat N, Sørensen K. Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective. Eur J Public Heal. 2019;29(3):13.

נספחים

נספח 1: מדריך ראיון מובנה למחצה עם רופאי עיניים בקופת חולים

פרטי רקע לגבי מקום ואופי המרפאה

מיקום המרפאה (יישוב/שכונה בעיר גדולה)

שעות פעילות רשומות במדריך השירותים

התמחות במדריך השירותים ("עיניים", רשתית", או "עיניים")

פרטי רקע לגבי המרואיין

1. האם אתה עובד בקופה כרופא עיניים "כללי"?
2. האם אתה עובד גם בתחום התמחות ספציפי? אם כן, מהו?
3. כמה שנים אתה עובד ברפואת עיניים החל מסיום התמחות? כמה שנים בקופ"ח בה אתה עובד?
4. מה מקום העבודה העיקרי שלך? באיזה מקום נוסף אתה עובד ובאיזה היקף (שעות שבועיות) 5.
- תתאר יום טיפוס של במרפאת הקופה: איזה סוג של מטופלים אתה רואה
6. האם רוב המטופלים שלך מגיעים בהפנייה ישירה? או בהפניית רופא עיניים אחר (לתת התמחות) 7.
- איך מטופלים יכולים לקבוע תור אליך? (מוקד/מזכירה/טלפוני למרפאה/אתר דוקטורים) – אם יותר ממסלול אחד, מה השיעור מכלל המטופלים שמגיע בכל אחד מהמסלולים?
8. מה תמהיל הביקורים במרפאתך? הרוב חדשים? חוזרים? מוזמנים למעקב? מה מספר הפעמים הממוצע בשנה שמטופל מסוים מגיע אליך?

סוגי ביקורים- דחוף/לא דחוף

1. מהם המצבים ברפואת עיניים שאתה ועמיתך מגדירים "דחוף"? תוך כמה זמן צריך במקרים כאלו לראות רופא עיניים?
 2. מה תמהיל התורים מבחינת "ביקור רגיל" "ביקור דחוף", "ביקור חוזר" /הזמנה למעקב?
- : האם במרפאה 2. איך מתנהלות הפניות של מטופלים שמגיעים למוקד/מזכירתך בבקשה לתור דחוף שלך יש "סלטים" קבועים לתורים דחופים? איזה אחוז מכלל התורים ביום פעילות נשמר למקרים דחופים? מי קובע את אופן קבלת הדחופים – האם למזכירת המרפאה יש "תסריטים" שמנווטים לתור דחוף? האם עליה להתייעץ אתך בכל מקרה? בחלק מהמקרים?

3. מה שיעור המקרים שהוגדרו כדחוף ע"י המטופל או מזכירתך, ואכן היו דחופים לפי הגדרתך המקצועית?

4. מהו פרק הזמן הסביר להמתין למפגש שמוגדר ע"י המטופל כמפגש דחוף?

5. מהו לדעתך זמן סביר להמתין למפגש לא דחוף עם רופא עיניים בקהילה? - אנא התייחס למפגש עם רופא עיניים כללי, או לתת התמחות ספציפית?

6. האם אתה נתקל לעתים קרובות במצבים בהם מקרה דחוף ברפואת עיניים לא קבל מענה? אלו מטופלים סובלים יותר מהעדור מענה לבעיה דחופה (מרכז פריפריה, לאום, מצב חברתי כלכלי שמשפיע על יכולת להתמודד עם המערכת)? האם שכיח לראות החמרה ונזק בעקבות כך.

הליך קביעת התור וזמני המתנה

1. מה לדעתך חווית המטופל מההליך קביעת תור במרפאה שלך בקהילה? (מרוצים, מתלוננים?) הם מבטאים קושי לקבוע תור? איך זה משפיע לדעתך על המצב הרפואי?

2. במה לדעתך שונה הגדרת של רופאים ושל מטופלים לגבי זמן סביר להמתנה בתור?

3. איזה מאפיינים/פרמטרים של המטופל משפיעים על זמני המתנה לדעתך?

4. האם לדעתך יש פערים בזמני המתנה? באיזה רמה?

התערבות / המלצות

1. האם נקטת בעבר מהלך לייעל/לקצר את תהליך קביעת התורים למרפאתך? האם זה נעשה ברמת מרחב/מחוז/קופה? מה היו תוצאות המהלך?

2. מהן שלוש ההמלצות העיקריות שלך למערכת בה אתה עובד (רופא עיניים ראשי, מנהל מחוז או מרחב) שאפשר ליישם כדי לשפר את זמני ההמתנה וחווית המטופל בהקשר לכך?

נספח 2: זמני המתנה לניתוח קטרקט, כפי שדווחו באתר המוסד לצורך מבחן תמיכה

לקיצור תורים

זמן המתנה קטרקט מדווח 1.1.2020	מתודולוגיה	בית חולים
1.1 שבועות	אורך התור הינו משך הזמן הממוצע, החל ממועד הביקור אצל הרופא והמלצתו על הניתוח ועד למועד הניתוח.	יוספטל
14 ימים/ שבועיים	זמן המתנה בימים בהתאם לבדיקה נקודתית בחודש דצמבר 2019 של זימון ניתוח ע"י מנהל המחלקה.	בני ציון
23 ימים / 3 שבועות	זמן ההמתנה בין מתן ההפניה לניתוח ועד ביצוע הניתוח בפועל. הנתונים מחושבים לפי חציון ימי המתנה לניתוחים ציבוריים ברבעון 3 2019 שבועו בפועל	הדסה – הר הצופים
עד חודש / 4 שבועות	מיום ההפניה לניתוח (ע"י המרפאה הרלוונטית)	סוראסקי
רגיל – עד חודש / 4 שבועות מורכב – 3 חודשים *דחוף – עד שבוע בדיקת טרום ניתוח – 6-8 חודשים	ממועד קביעת הניתוח זמן ההמתנה לאחר קביעת הצורך בניתוח במסגרת טרום ניתוח *במידה ורופא העיניים בקופ"ח מציין דחיפות בהפניה לקטרקט, התור לטרום ניתוח יהיה תוך כ-3 שבועות.	וולפסון
27 ימים/ 4 שבועות	בין מתן ההפניה לניתוח ועד ביצוע הניתוח בפועל חציון ימי המתנה לניתוחים ציבוריים ברבעון 3 2019 שבועו בפועל	הדסה- עין כרם
4 שבועות	אין מידע	שערי צדק

שיבא	מיום ההפניה לניתוח בבית החולים ועד למועד הניתוח בפועל	4-8 שבועות
שמיר (אסף הרופא)	נבדק ממועד קביעת התור	ממוצע חודשיים/ 8 שבועות
שניידר	אורך התור הינו משך הזמן הממוצע - החל ממועד הביקור אצל הרופא והמלצתו על הניתוח ועד למועד הניתוח.	10.5 שבועות
לניאדו	מיום ההכנסה למערכת ניתוחים (ע"י המרפאה הרלוונטית).	חודשיים וחצי/ 10 שבועות
גליל (נהריה)	מיום רישום המטופל עד ליום הניתוח	3 חודשים/ 12 שבועות
זיו צפת	מיום ההפניה לניתוח (ע"י המרפאה הרלוונטית)	4 חודשים/ 16 שבועות
רמב"ם	מיום רישום המטופל לניתוח	כ4 חודשים/ 16 שבועות
ברזילי*		200 ימים שהם כ-28 שבועות
מאיר	אורך התור הינו משך הזמן הממוצע, החל ממועד הביקור אצל הרופא והמלצתו על הניתוח ועד למועד הניתוח.	16.4 שבועות
רבין השרון		16.7 שבועות
קפלן		17.4 שבועות
כרמל		31.7 שבועות
העמק		31.8 שבועות
בילינסון		33.4 שבועות
סורוקה		42.1 שבועות

* נתונים מתוך דו"ח מבקר המדינה