

מדינת ישראל

תפיסת הפעלה בנושא:

מתן טיפול נפשי לילדי נכים המוכרים בגין פוסט טראומה, נפש וראש

בהתאם לרפורמת "נפש אחת"

17 במאי 2023

עדכון שבוע (1.06.2023)

1. הרחבת סל הטיפולים לטיפולים אלטרנטיביים הניתנים ע"י קופות החולים.

עקרונות:

1. במסגרת יישום החלטת הממשלה מס' 981 בנושא קידום ויישום רפורמת "נפש אחת", סוכם, בין השאר, כי יינתן טיפול נפשי לילדי נכים במעמד 06 המוכרים על פוסט טראומה, פגיעה נפשית או פגיעת ראש.
2. נוהל זה בא להסדיר את תהליכי העבודה לצורך קבלת החזר עבור טיפול נפשי פרטני שיינתן לילדי נכי צה"ל המוכרים בגין פוסט טראומה, נפש וראש (להלן - הנכות).
3. הטיפול נועד לסייע לבני המשפחה של הנכה בהתמודדות עם מצוקות הנובעות מקשיים על רקע הנכות ולאפשר עיבוד תכנים, ייעוץ, הכוונה, חיזוק החוסן וסיוע בתפקוד המשפחתי.
4. נוהל זה יוטמע בהוראת אגף השיקום מספר 84.03: מימון לטיפול נפשי - נכים.
5. הפניה לקבלת טיפול פסיכולוגי תהיה בסמכות ובאחריות ההורים/האפוטרופוסים לפי הדין (במקרה של קטינים), וילדים בוגרים (מגיל 18), יוכלו לפנות באופן עצמאי ובאחריותם, בהתאם לנוהל זה.
6. ככלל, המטפל והתמחותו יותאמו למטרות הטיפול שהוגדרו על פי שיקול דעת ההורים או הילד הבוגר. הטיפול הנפשי יינתן ע"י מי שהוסמך ע"י משרד הבריאות ו/או משרד הרווחה למתן טיפול נפשי, כגון: פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מטפל באמנות.
7. בהרחבה מתאריך 1/06/2023 הוחלט כי בטווח הגילאים 7 עד 18 יוכלו ההורים/האפוטרופוסים להמיר את הטיפול הנפשי בטיפול רפואה משלימה (טיפול אלטרנטיבי) הניתן ע"י אחת מקופות החולים.

יודגש כי יינתן החזר כספי רק עבור טיפול רפואה משלימה הניתן ע"י מטפל לרפואה משלימה המוכר באחת מקופות החולים, וכנגד חשבונית מסוקבלה על תשלום ששולם לקופת החולים (מכבי, מאוחדת, לאומית, כללית).

לא יאושר החזר על חשבונית מסוקבלה של מטפל רפואה משלימה פרטי, א"כ צורפה לבקשת ההחזר של הפונה אישור של קופת החולים בתוקף לאותה שנה קלנדרית כי המטפל נמנה עם ספקי הרפואה המשלימה של אחת מקופות החולים.

8. למען הסר ספק יובהר, כי משרד הביטחון נושא רק במימון הטיפול הנפשי \ טיפול רפואה משלימה ואין לו אחריות מקצועית בכל הנוגע לבחירת זהות המטפל, לתכני הטיפול או לתוצאותיו.

זכאות:

9. ילדי נכי צה"ל במעמד 06, המוכרים בגין פוסט טראומה, נפש וראש מגיל 7 עד הגיעם לגיל 30. ילדו של נכה - כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), תשי"ט-1959 ולרבות ילד מאומץ או ילד הסמוך על שולחנו של הנכה, ובלבד שטרם הגיע לגיל 30.

10. הזכאות לטיפול ברפואה משלימה הינו כחלופה לטיפול נפשי ומיועד לילדי נכים בטווח הגילאים 7 עד 18 בלבד.

סוג ותדירות הטיפול:

11. טיפול נפשי פרטני/טיפול באומנות במתכונת של 1 שעה בשבוע (ש"ש), או לחילופין טיפול רפואה משלימה במתכונת של טיפול אחד בשבוע (זמן הטיפול הינו בהתאם לסוג הטיפול הניתן).

12. במקרים מיוחדים בהם יש צורך במתן טיפול נפשי לפני גיל 7 או בהגדלת התדירות במשבר חמור ובהתאם להמלצת המטפל ושיקול דעת מקצועי, ניתן לאשר טיפול פרטני עד 2 ש"ש ו/או טיפול משולב פרטני ומשפחתי בתדירות שלא תעלה על 2 ש"ש לכל הטיפולים למשך 3 חודשים. אישור זה יינתן ע"י מנהלת שירותי שיקום במחוז. באחריות מנהלת שירותי שיקום במחוז לעדכן את כרטיס הזכאות בהתאם לאישור החריג.

13. סוגי הטיפולים המוצעים:

א. טיפול נפשי פרטני

ב. טיפול באומנות

ג. טיפול רפואה משלימה (אלטרנטיבי)

ד. טיפול משפחתי יידון במסגרת הוראת אגף השיקום מס' 84.03

אופן הטיפול:

14. הפניה למטפל תהיה באופן ישיר על ידי ההורים ובאחריותם (במקרה של קטינים) או באופן עצמאי ובאחריותם במקרה של ילדי נכים בגירים.
15. עבור הטיפול, ניתן יהיה לקבל החזר כנגד חשבונית מס/קבלה מקורית, ולא יותר מסכום ההשתתפות, כמפורט בנספח 1.
16. כרטיס זכאות לטיפול נפשי יפתח באופן ורטיקלי לכל נכי צה"ל המוכרים בגין פוסט טראומה, נפש וראש ולהם נתוני ילדים מעודכנים במערכת.
17. אחת לחודש יעביר הזכאי באמצעות "האזור האישי" באתר האינטרנט האגפי, או באמצעות מייל ייעודי : shikum_mokedtipulim@mod.gov.il, טופס בקשה לקבלת החזר אשר נמצא באתר האינטרנט האגפי (דוגמה לטופס הבקשה - ראה בנספח 2), בצירוף חשבונית מס/קבלה מקורית סרוקה ובה הפרטים הבאים :

א. פרטי המטופל

ב. פרטי המטפל

ג. תחום התמחות של המטפל

ד. מס' עוסק מורשה/פטור

ה. תאריכי הטיפול

ו. סוג הטיפול הנפשי (טיפול פרטני/טיפול באמנות)

ז. סך התשלום עבור הפגישות

1. עבור רפואה משלימה (טיפול אלטרנטיבי) יאושר החזר עד 300 ₪ (לא כולל מע"מ) לטיפול בתדירות של טיפול אחד בשבוע, כנגד חשבונית מס/קבלה מקורית סרוקה של קופת החולים על תשלום לטיפול אלטרנטיבי ובה הפרטים הבאים :

א. שם קופת החולים (מכבי, מאוחדת, לאומית, כללית)

ב. פרטי המטפל

ג. פרטי המטופל

ד. סוג הטיפול

ה. תאריכי הטיפול

ו. סך התשלום עבור הטיפולים

2. יודגש כי יינתן החזר על טיפול רפואה משלימה (טיפול אלטרנטיבי) רק כנגד חשבונית של אחת מקופות החולים (מכבי, לאומית, מאוחדת, כללית) בלבד, ולא יינתן החזר כנגד קבלה של טיפול פרטני שלא באמצעות אחת מקופות החולים, אא"כ צורפה לבקשת ההחזר של הפונה אישור של קופת החולים בתוקף לאותה שנה קלנדרית כי המטפל נמנה עם ספקי הרפואה המשלימה של אחת מקופות החולים.
3. באחריות מוקד החזר ההוצאות הייעודי באגף שיקום נכים לקבל ולקלוט את הבקשות למערכת הממחושבת. התשלום יבוצע באופן חד שלבי וחט' חש' שיקום נכים, תבצע בדיקה מדגמית בדיעבד.
4. ככל שתעלה בקשה לבצע החזר ישירות לחשבון המשלם (למשל ילדים בוגרים לנכי צה"ל), בסמכות מוקד החזר הוצאות לטפל בכך (טופס בקשה לפתיחת מוטב בנספח 3).
5. התשלומים יבוצעו לפי מק"ט מספר: **50112 - טיפול רגשי עבור ילדי נכים**
51883 - טיפול אלטרנטיבי עבור ילדי נכים
6. חשבוניות מס/קבלות שיתקבלו עד לתאריך 15 בחודש, יוזרמו לתשלום בחודש המסירה.
7. חשבוניות מס/קבלות שיתקבלו לאחר ה- 16 בחודש, יוזרמו לתשלום בחודש עוקב.

תחילה ותחולה

השינוי יכנס לתוקף החל מתאריך 1.8.2021

עדכון שבוצע החל מתאריך 1.06.2023

הרחבת סל הטיפולים לטיפולים אלטרנטיביים הניתנים ע"י קופות החולים.

נספח 1:

גובה ההחזר עבור טיפול נפשי/אלטרנטיבי לילדי פוסט טראומטיים, נפש או ראש

נכון לתאריך 1.8.2021

תעריף לשעה טיפול נפשי \ טיפול רפואה משלימה (כולל מע"מ)	תעריף החזר מירבי לטיפול נפשי \ רפואה משלימה (ללא מע"מ)
עד 351 ש"ח	עד 300 ש"ח

- שעת טיפול נפשי = 60 דקות
- טיפול רפואה משלימה (אלטרנטיבי) = זמן הטיפול בהתאם לסוג הטיפול, בהחזר של עד 300 ₪ לפני מע"מ במתכונת של טיפול 1 שבועי (351 כולל מע"מ).
- הצמדת התעריפים תבוצע בהתאם לעדכון התעריפים בחשכ"ל.

נספח 2: טופס החזר הוצאות טיפול נפשי לילדי נכים המוכרים בגין פוסט טראומה, נפש וראש.



אל: מוקד החזר הוצאות טיפולים נפשיים

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מחוז מטפל	

הנדון: טופס בקשה להחזר הוצאות טיפולים נפשיים לבני משפחה

פרטי הנכה

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
------------	-----------	-------------------

אבקשכם להחזיר הוצאות עבור טיפולים נפשיים:

מספר *	שם משפחה *	שם פרטי *	תעודת זהות *	קירבה * ילד/ה, בן/בת זוג, הורה	סוג טיפול נפשי : פרטני/זוגי/משפחתי	שם המטפל הנפשי	תאריך הטיפול *

שם מלא

מס' זהות

חתימה

המסמכים הנדרשים לקבלת החזר

- חשבונית מס/קבלה מקורית סרוקה ובה הפרטים הבאים: תיאור פריט - עבור טיפול נפשי, פרטי המספל, מס' עוסק מורשה/פטור, סוג טיפול נפשי (פרטני/זוגי/משפחתי), תאריכי הטיפול, סך התשלום עבור הפגישות.
- לבקשת החזר הראשונה עבור קרוב המשפחה (ילד/ה, הורה, בן/בת זוג) יש לצרף צילום ספח תעודת זהות בו מופיעים פרטי הנכה, ופרטי קרוב המשפחה - עבורם נדרש החזר.

מוקד החזר הוצאות טיפולים נפשיים, רח' ד'בוטינסקי 94 פתח תקווה 4959251, shikum_mokedtipulim@mod.gov.il



אגף שיקום נכים
מקום לאומה



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב*.	
תאריך	
מספר תיק	

אל:

משרד הביטחון

מחוז מטפל

הנדון: בקשה להעברת כספים – פרטי

1. אנו הח"מ* _____, מבקשים בזאת שהכספים המועברים אלינו ממשרד הביטחון, בגין זכאי אגף שיקום נכים, יעברו ישירות לחשבוננו מספר* _____ בבנק* _____ מספר סניף* _____ (להלן "החשבון").
2. הרינו מצהירים בזה, שכל סכום כאמור לעיל, שייזקף בחשבון, יחשב כאילו שולם ע"י משרד הביטחון לידינו ממש ביום זיכוי החשבון בבנק וכאילו אושרה קבלתו בחתימת ידינו.
3. כל ברור שיהיה בו צורך כתוצאה מזיכוי או אי זיכוי החשבון ותשלום לו, ייעשה על ידינו ישירות עם הזכאי.
4. אנו מצהירים בזה שאנו, הרשומים מטה, בעלי החשבון המצוין לעיל, מסכימים לתוכן האמור לעיל.
5. אנו מתחייבים לדווח למשרד הביטחון על כל שינוי שמות הבעלים של החשבון.

שם פרטי ושם משפחה של החותם*	חתימה*



לשימוש הבנק

לכבוד -

אגף הכספים

משרד הביטחון – מדינת ישראל

הריני מאשרים כי נכון לתאריך _____ החתומים מעלה הם, על פי רישומנו כל בעלי החשבון

מספר* _____ בסניפנו ורשאים על פי מסמכנו, לחייב את החשבון הנ"ל בחתימתם.

חתימתם נכונה ומאושרת על ידינו.

תאריך* _____

חתימה וחותמת הבנק

שם הבנק*	מספר הבנק*	שם הסניף*
_____	_____	_____
מספר הסניף*	מספר חשבון*	
_____	_____	

למילוי המשרד:

מספר מוטב	שם הזכאי	מספר תיק
_____	_____	_____