

מדינת ישראל

תפיסת הפעלה - טיפול פסיכולוגי לשוהים בחו"ל

מטרה

הסדרת פניה לטיפול פסיכולוגי עבור נכים השוהים בחו"ל

מקורות סמכות

הוראה 84.03 – מימון לטיפול נפשי

הוראה 80.25 – תשלומים לנכים שמקום מושבם בחו"ל

הוראה 50.02 - טיפול רפואי לנכים בחו"ל

עקרונות

1. כל בקשה לטיפול פסיכולוגי שתתקבל מתאריך פרסום תפיסת ההפעלה ואילך, תטופל בהתאם לקריטריונים המצ"ב.
2. הטיפול בזכאים השוהים בחו"ל, יינתן באמצעות מחוזות השיקום אליהם הם משתייכים, למעט טיפול רפואי שמוסדר באמצעות מטה האגף.
3. טיפול פסיכיאטרי הינו טיפול רפואי לכל דבר ועניין ויטופל על ידי גורמי רפואה במטה האגף, באמצעות הנציגויות/רופא אמון בחו"ל.
4. ככלל, טיפול פסיכולוגי הינו טיפול תומך שיקום. בקשות לטיפול פסיכולוגי יטופלו באמצעות המחוזות.
5. לשם קבלת מימון לטיפול פסיכולוגי בחו"ל, יש לקבל אישור מראש מהגורמים המפורטים בתפיסת ההפעלה.
6. מימון עבור טיפול פסיכולוגי לזכאים השוהים בחו"ל יאושר על פי שיקול דעת, לזכאים המוכרים בגין נכות נפשית ו/או פגיעת ראש, לפי קביעת הועדה הרפואית ולקריטריונים המופיעים בהוראת אגף השיקום 84.03.
7. אישור המטפל ורישומו בשיקום 2000, הנו בסמכות מפקחת ארצית על שירותים סוציאליים.
8. לאחר קבלת אישור על כשירות ורישום המטפל מהמפקחת הארצית על שירותים סוציאליים, אישור הטיפול הפסיכולוגי הינו בסמכות מפקחת מחוזית, בכפוף לכללים בהוראה 84.03 (ההוראה תעודכן בהתאם).

תקופת ביניים

9. בתקופת הביניים (בה זכאים נמצאים בטיפול שאושר לפני פרסום תפיסת הפעלה זו), יש לקבל את האישור שניתן לטיפול (ממתי? עד מתי? תדירות? סכום החזר).
10. הטיפול ותנאי המימון יימשכו עד לסיום התקופה שאושרה. לאחר סיום התקופה שאושרה, יחולו על המשך הטיפול (ככל שיידרש המשך), הכללים החדשים המופיעים בתפיסת הפעלה זו.
11. לפיכך, יש לבקש מהמטפלים דו"ח הערכה לגבי הטיפול הפעיל, מטרותיו עד מתי הוא מאושר, המלצות להמשך ולהעבירו לבחינה והחלטה במחוז הרלוונטי.

אופן הטיפול

12. זכאי המתגורר בחו"ל יפנה בבקשה לטיפול פסיכולוגי ישירות למחוז או באמצעות הנציגויות בחו"ל. הנציגויות בחו"ל יעבירו את הפניות אל המחוז הרלבנטי.
13. המפקחת המחוזית תבקש מהזכאי/נציגות בחו"ל להעביר מסמכים המעידים על השכלת המטפל, רישיון מקצועי ופרטים רלוונטיים כגון: כתובת, מייל, טלפון וכדומה.
14. מסמכים אלו יועברו למפקחת הארצית לצורך אישור המטפל והזנתו בשיקום 2000.
15. לאחר קבלת אישור עקרוני מהמפקחת הארצית על כשירות המטפל ורישומו בשיקום 2000, תפעל המפקחת המחוזית להסדרת הטיפול מול הזכאי/נציגות/המטפל.
16. לצורך מתן הטיפול הפסיכולוגי, המחוז יפתח כרטיס זכאות כמקובל. בכרטיס הזכאות יש לציין כי מימון הטיפול יינתן בהחזר לתגמול.
17. על המחוז להודיע בכתב לזכאי ולמטפל עם העתק לנציגות בחו"ל על אישור הטיפול ומתכונתו (תדירות, תעריף, תוקף עד, מי המטפל וכדומה).
18. בשלב ראשון יאושרו עד 4 פגישות לצורך הערכה וקבלת תכנית טיפול עם המלצות לגבי מטרות הטיפול, תדירותו ומשכו.
19. לאחר קבלת הערכה והמלצות המטפל, יאשר המפקח המחוזי הטיפול בהתאם לכללים המפורטים בהוראה 84.03.
20. אחת לחצי שנה, יבקש המפקח המחוזי, דו"ח התקדמות מהמטפל לצורך הערכת הטיפול והחלטה לגבי המשכו.

מימון הטיפול

21. ההחזר המקסימלי עבור שעת טיפול פסיכולוגי בחו"ל יעמוד על \$100 אמריקאי, או שווה ערך בשקלים לפי שער יציג.
22. במידה והנציגות בחו"ל נמצאת בהתקשרות עם המטפל, ההשתתפות תועבר ישירות למטפל כנגד חשבונית.
23. במידה ולא קיימת התקשרות עם המטפל, יבוצע החזר לתגמול הזכאי, בסכומים שנקבעו באישור הטיפול. על הזכאי להעביר חשבונית לנציגות בחו"ל ובה פירוט של תאריכי הטיפול, עלותם והתשלום בפועל.
24. החשבונית והחומר הרלוונטי יסרקו לתיק הזכאי. החשבונית תאושר על ידי המשלחת בהתאם לאישור הטיפול.
25. אין לאשר החזרים עבור טיפול שלא אושר מראש.
26. בסמכות המחוז לבקש מהמטפל להעביר דו"ח הערכה והמלצות כחודשיים לפני סיום התקופה שאושרה עבור הטיפול, לבצע בקרה ולהחליט על המשך הטיפול ככל שיידרש ובהתאם להוראות אגף השיקום.
27. על הנציגות בחו"ל לסרוק את כל החומר הרלוונטי לתיק הזכאי, תחת ספריה טיפול פסיכולוגי.

* במקביל לתפיסת ההפעלה אנו פועלים להסדיר את תהליך התשלום באמצעות פתיחת הטבה בשיקום 2000.

נספחים

הודעה על אישור טיפול פסיכולוגי
בקשה לקבלת דו"ח
דו"ח הערכת טיפול בעברית
ראשי פרקים לדו"ח הערכה באנגלית – יועבר בהמשך

מחוז שיקום: _____
כתובת: _____
טלפון: _____

לכבוד:

הנדון: הודעה לזכאי על אישור טיפול פסיכולוגי בהפניה של משרד הביטחון

א.ג.נ.,

בהמשך לפנייתך/כם ברצוני להודיע/כם כי אושר טיפול פסיכולוגי / המשך טיפול פסיכולוגי של _____, אצל _____
כתובת המטפל _____ טלפון _____
סוג הטיפול: פרטני / משפחתי / זוגי / אחר: _____
תדירות הטיפול עד _____ שעות לשבוע.
הטיפול אושר מ _____ עד _____.

נודה לך על אישורך לקבלת הודעתנו זאת בספח הרצ"ב והחזרתו אל עובד השיקום.

בכבוד רב,

שם עובד השיקום _____ תאריך _____ חתימה _____
העתק: המטפל _____

אישור הזכאי

אנא שלח ספח זה אל עובד השיקום לפי הכתובת הרשומה מעלה.

לכבוד _____ (שם עובד השיקום)

הנני מאשר קבלת המידע לגבי ההפניה לטיפול הפסיכולוגי הממומן ע"י משרד הביטחון כפי שפורט על-ידכם ומסכים לפעול על-פיהם.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

מחוז שיקום: _____
כתובת: _____
טלפון: _____

לכבוד:

הנדון: הודעה לזכאי על אישור טיפול פסיכולוגי בהפניה של משרד הביטחון

א.ג.נ.,

בהמשך לפנייתך/כם ברצוני להודיע/כם כי אושר טיפול פסיכולוגי / המשך טיפול פסיכולוגי של _____, אצל _____, כתובת המטפל _____ טלפון _____ סוג הטיפול: פרטני / משפחתי / זוגי / אחר: _____ תדירות הטיפול עד _____ שעות לשבוע. הטיפול אושר מ _____ עד _____.

נודה לך על אישורך לקבלת הודעתנו זאת בספח הרצ"ב והחזרתו אל עובד השיקום.

בכבוד רב,

שם עובד השיקום _____ תאריך _____ חתימה _____
העתק: המטפל _____

אישור הזכאי

אנא שלח ספח זה אל עובד השיקום לפי הכתובת הרשומה מעלה.

לכבוד _____ (שם עובד השיקום)
הנני מאשר קבלת המידע לגבי ההפניה לטיפול הפסיכולוגי הממומן ע"י משרד הביטחון כפי שפורט על-ידכם ומסכים לפעול על-פיהם.
שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

מדינת ישראל
משרד הביטחון - אגף שיקום נכים

מחוז שיקום _____
כתובת: _____
טלפון: _____

לכבוד

הנדון: בקשה לקבלת דו"ח - הערכה על טיפול

א.ג.נ.,

בטיפולך נמצא/ נמצאים

זכאותו/ זכאותם למימון הטיפול ע"י משרד הביטחון תסתיים ב-

נודה לך על מסירת דו"ח - הערכה על הטיפול ע"י השאלון הרצי"ב.

במידה ולהערכתך ולהערכת המטופל יש צורך בהמשך הטיפול תדון הבקשה/המלצה בוועדה מקצועית והתשובה תועבר אליך. במידה ויש לך עניין להציג את הטיפול גם בשיחה עם הוועדה המקצועית נא לציין זאת בסעיף ההערות והמפגש יתואם איתך.

כדי להבטיח את רצף הטיפול עליך להעביר דו"ח זה לפחות חודשיים לפני מועד הסיום הרשום לעיל.

ברצוננו להדגיש שללא קבלת הדו"ח לא תהיה אפשרות לדון בהמשך הטיפול.

אנו מבקשים שגם אם הטיפול מסתיים תמלא דו"ח זה, שכן חשוב לנו לדעת את הישגיו כדי שמידע זה יעמוד לרשותנו בקשר ארוך הטווח שאנו מקיימים עם הזכאים.

בתודה ובברכה,

שם עובד השיקום _____ תאריך _____
חתימה _____

העתק לזכאי/ המטופל: שם _____

כתובת _____

מדינת ישראל
משרד הביטחון - אגף שיקום נכים
היחידה הארצית לשירותי שיקום

מחוז/ מרחב שיקום _____

כתובת: _____

טלפון: _____

דו"ח מהלך טיפול פסיכולוגי

לכבוד: _____

מאת: עובד השיקום _____ שם המטפל _____

הלשכה המחוזית _____ כתובת _____

אגף שיקום נכים, משרד הביטחון. טלפון _____

פקס _____

שם הזכאי _____ תיק מס' _____

התחיל טיפול בתאריך _____ סוג הטיפול: פרטני/ זוגי/ משפחתי/ קבוצתי (סמן)

דו"ח זה מתייחס לטיפול שהתקיים בתקופה מ _____ עד _____

הפגישות התקיימו בתדירות של _____ פעמים בשבוע / בחודש.

במידה וזהו אינו הדו"ח הראשון הנמסר ע"י המטפל, יש להתייחס בדו"ח זה למהלך הטיפול מאז הדו"ח האחרון.

1. הבעיות המרכזיות, כפי שהוגדרו ע"י המטפל על בסיס התרשמותו בתחילת תקופת הטיפול.

2. מטרות הטיפול כפי שהוגדרו בתחילת תקופת הטיפול.

3. הגישה הטיפולית (המודל התיאורטי, טכניקות טיפוליות וכיו"ב) לפיה בוצע הטיפול עד כה.

4. שיתוף הפעולה של המטופל, סדירות ההופעה לפגישות, הקפדה על לוח זמנים וכד'.

5. תאור הישגי הטיפול תוך התייחסות למטרות הטיפול.

6. תאור כללי של הטיפול בתחומי החיים השונים כיום (טיפול אישי, משפחתי, חברתי, תעסוקתי וכיו"ב).

- במידה והמטפל ממליץ על המשך הטיפול- המשך ומלא חלק זה :
7. הבעיות המרכזיות ומטרות הטיפול כפי שמוגדרות היום ע"י המטפל.

8. בהנחה שהתקיימה שיחת סיכום והערכה בין המטפל והמטופל, סכם את תפיסתו של המטופל לגבי הטיפול: במה תרם להערכתו הטיפול עד כה ובאיזה נושאים מבקש עוד לעסוק בטיפול בעתיד.

9. תחזית והמלצה לגבי המשך הטיפול הנחוץ – משך הזמן ותדירות הפגישות.

10. הערות:

_____ חתימה

_____ תאריך