



הוראת אגף שיקום נכים מס' 53.03

הנושא :	עזרת הזולת – <u>לתקופת זמן קצובה ומוגבלת</u> - מטעמים רפואיים.
תאריך :	1.10.2012
מס' עמודים :	7

כללי

1. הוראה זו מחליפה הוראה 53.03 מיום 1.7.2008 ובאה במקומה, ואינה עוסקת במקרים הנדונים בהוראה 53.10.
2. הוראה זו מבטלת כל אחד מ"החוזרים הרפואיים" העוסקים בעזרת זולת מטעמים רפואיים, שהוצאו על ידי הרופא הראשי, לפני מועד פרסומה של הוראה זו.
3. הוראה זו באה לקבוע דרכי הטיפול בהסדרי תשלום עבור "עזרת הזולת" מטעמים רפואיים – תפקודיים, לתקופת זמן קצובה ומוגבלת של עד 3 חודשים ובמקרים חריגים בלבד עד 6 חודשים והנובעת מהחמרה זמנית במצבו הרפואי והתפקודי.
4. הוראה זו מתבססת על תקנת הנכים (טיפול רפואי) תשי"ד – 1954 (ובכינויים: "תקנות טיפול רפואי" – תט"ר).
5. הרופא המוסמך המחוזי הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של הוראה זו.
6. ראש היחידה לשירותים רפואיים, והרופא המוסמך הראשי הינו בעל הסמכות והאחריות להנחיה, עדכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

עקרונות

7. עזרת הזולת לתקופה מוגבלת מטעמים רפואיים - ניתנת אך ורק לנכה שהוחמר מצבו הרפואי והתפקודי הקשור בנכותו המוכרת, באופן זמני, ולתקופה שלא תעלה על 3 חודשים ובמקרים חריגים בלבד, עד 6 חודשים.
8. מודגש שהוראה זו דנה אך ורק במקרים של החמרה זמנית של מצב רפואי הגורמת לקשיים תפקודיים, והנובעת מנכותו המוכרת.

9. החמרה תפקודית שנוגעת להוראה זו תטופל ע"י הרופא המוסמך המחוזי, הרשאי לקבוע, עפ"י שיקול דעתו, תוספת של "עזרת הזולת", בשיעור המתאים למצבו הרפואי והתפקודי של הנכה, ולמדרג סמכויות האישור.
10. בחינת המצב התפקודי תיעשה על פי "טופס הערכה תפקודית – ADL", שימולא רק ע"י רופא מחוזי.
11. רופא מחוזי מוסמך לקבוע תוספת "עזרת הזולת" במקרים כנ"ל, לתקופה שלא תעלה על 3 חודשים ובמקרים חריגים בלבד רשאי לאשר עד 6 חודשים, בשיעור המתאים למצבו הרפואי של הנכה ובהתאם למדרג סמכויות האישור.
12. הוראה זו איננה דנה בהטבה סוציאלית – משפחתית, וכאשר המצב הסוציאלי הינו גורם מתערב בתהליך – יש להעביר הטיפול לעובד הרווחה במחוז השיקום.
13. רופא מחוזי אינו מוסמך להעלות את שיעור ההשתתפות ב"עזרת הזולת" לנכה בגין מחלתה של אשתו, או ילדיו, כאשר מצבו הרפואי של הנכה לא השתנה.
14. נכה בדרגת נכות 100% ויותר, אשר בת/בן הזוג, שלוקחת חלק בתמיכה בתפקודו הבסיסי – חלה/תה, ועקב כך נפגע תפקודו/ה הבסיסי – רשאית לבקש "עזרת הזולת" לתקופה מוגבלת, שלא תעלה על 3 חודשים. במקרים מיוחדים רשאי הרופא המחוזי לאשר עד 6 חודשים, רק לנכים בדרגה זו, ובלבד שלא יעלה על 32 משקלות.

הגדרות

15. **משקולת** – לעניין הוראה זאת – יחידת תשלום בש"ח, המצורפת לתגמול המשולם לנכה. ערך המשקולת צמוד לעלייה בשעורי התגמול ויפורסם ע"י עוזר בכיר לתשלומים והטבות.
16. **"עזרת הזולת"** – לעניין הוראה זאת – סיוע הניתן לנכה שהוחמר מצבו הרפואי-תפקודי, לצורך עזרה בתפקודו הבסיסי.

מידרג סמכויות אישור

17. סמכות האישור של הרופא המוסמך המחוזי הינה עד 32 משקלות, לתקופה שלא תעלה על 3 חודשים ובמקרים חריגים בלבד רשאי לאשר עד 6 חודשים (עד שלושה חודשים נוספים).
18. סמכות האישור של הרופא המרחבי במקרים חריגים בלבד, הינה מעל 32 משקלות, ולתקופה שלא תעלה על 6 חודשים.
19. ערעור על החלטת הרופא המחוזי הינה בפני הרופא המרחבי.
20. ערעור על החלטת הרופא המרחבי הינה בפני הרופא הראשי.

זכאים

21. נכה שהוחמר מצבו התפקודי, ואשר הרופא המוסמך המחוזי החליט לאשר לו תשלום גבוה יותר באופן זמני, מטעמים רפואיים - תפקודיים.
22. נכה בדרגת נכות 100% ויותר, אשר בן/בת הזוג, הלוקח/ת חלק בתמיכה בתפקודו/ה-חלה/תה, ועקב כך נפגע תפקודו/ה.

פירוט הזכאות

23. פירוט הזכאות על פי נספח א' – טופס הערכת מצב תפקודי – ADL.

אופן הטיפול

24. נכה שהוחמר מצבו התפקודי ומבקש תשלום עבור "עזרת הזולת" מטעמים רפואיים - יפנה בכתב למזכירה הרפואית במרפאת השיקום, ישירות, או באמצעות בן משפחה, ויצג בפניה אישורים רפואיים, ואישור הנדרש מהביטוח הלאומי.
25. על המזכירה הרפואית לוודא:
- א. האם הנכה מקבל שירותי סיעוד, עפ"י הוראה 50.10 – "מלווים לנכים", ואיזו השלכה יש לכך על החלטתו בעניין "עזרת הזולת".
- ב. האם הנכה אינו מקבל סיוע נוסף מהביטוח הלאומי, ע"י הצגת אישור מתאים מהמוסד לביטוח הלאומי
26. הרופא המחוזי ייבחן את פנייתו של הנכה, יוודא שהמקרה מיוחס להחמרה של מצבו הרפואי, הנובעת מנכותו המוכרת, והגורמת לקשיים תפקודיים זמניים, לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים ובמקרים חריגים בלבד עד 6 חודשים.
27. הבדיקה התפקודית לקביעת מספר המשקלות, כמפורט בנספח א' להוראה זו, תבוצע ע"י רופא מחוזי בהתאם לטופס "הערכת מצב תפקודי" - ADL.
28. הרופא המוסמך המחוזי יפעיל שיקול דעתו המקצועית על הצורך באישור התשלום. היה והחליט לאשר - יחתום על הוראת תשלום הכוללת:
- א. מספר המשקלות שאושרו
- ב. תקופת התשלום המאושרת
- ג. מועד התחלה
29. הרופא המחוזי יעביר הוראת התשלום לביצוע לאחראי לתשלומי הטבות, אשר יזין הוראת התשלום במחשב, ולאחר מכן יעביר האסמכתא ליחידה לחשבונאות שיקום.
30. הרופא המחוזי יודיע לנכה בכתב על החלטתו.

31. **במקרים חריגים מיוחדים**, כאשר נדרשת עזרת זולת בשיעור חריג – תועבר לאישור הרופא הראשי בצירוף לחוות דעתו של הרופא המחוזי ולהמלצתו המנומקת של הרופא המרחבי. היה ויאשר הרופא הראשי את המלצתו, יצרף את חו"ד המנומקת ואת חתימתו לחתימה של הרופא המרחבי .

רמת השירות – משך ביצוע

32. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים – על הרופא המחוזי לוודא השלמת הטיפול בבקשה ומשלוח ההודעה לפונה – בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 14 ימים ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה, ובכללם תוצאות בדיקת ה-ADL.

33. טיפול בבקשה המחייבת התערבותו של הרופא המרחבי והרופא הראשי – יושלם הטיפול בה בתוך מסגרת זמן של 30 יום.

משה צין

סמנכ"ל וראש אגף שיקום נכים

נספח א'

להוראה מספר 53.03

הגדרת קריטריונים לזכאות לתשלום ע"ב טופס הערכה תיפקודית - ADL

מספר	תחום	פירוט	תחום משקלות	הקצבת משקלות
1.1	ניידות ותנועה	מהלך/ת חופשי (ללא סיוע מכשירים, או אדם)	0	0
1.2		מהלך/ת בעזרת מכשיר (מקל הליכון טריפוד)	0	0
1.3		הולך/ת בסיוע אדם עם/בלי מכשיר	0.5	
1.4		נזקק/ת לעגלת נכים	1.5-2.5	
1.5		מרותק/ת למיטה *האם הנזקק/ת סובל/ת משיתוק.....		
2.1	תלות בהלבשה	עצמאית	0	0
2.2		זקוק/ה לסיוע קל (הנעלה כיפתור)	1.0	
2.3		זקוק/ה לעזרה מלאה או רבה. *פרט	2.0	
3.1	תלות באכילה/האכלה	עצמאית	0	0
3.2		זקוק/ה לסיוע קל (רק בהכנת אוכל ו/או חימום)	1.0	
3.3		זקוק/ה לעזרה בהאכלה ובשתיה (כולל דרבון באכילה)	2.0	
3.4		תלות מלאה באכילה (כולל שימוש בזונדה)	5.0	

0	0	עצמאית	תלות ברחצה	4.1
	1.0	זקוק/ה לעזרה חלקית (כולל גילוח וחפיפה)		4.2
	4.0	תלות מלאה ברחצה (במיטה או באמבטיה) *פרט		4.3
0	0	שליטה מלאה בשלפוחית ובמעיים	שליטה על סוגרים	5.1
	1.0-1.0	שליטה חלקית בשלפוחית ובמעיים		5.2
	2.0-3.0	ללא שליטה בשלפוחית ובמעיים		5.3
	1.0-1.0	אמצעי עזר (מכנסונים, קטטר שקיות לסטומות) *פרט		5.4
0	0	התמצאות בזמן ובמקום	מצב מנטלי - התמצאות	6.1
	2.0	התמצאות חלקית-פרט		6.2
	4.5-5.0	חוסר התמצאות *פרט		6.3
0	0	מדבר/ת רגיל	קשר עם הסביבה	7.1
	1.0	מתקשה בדיבור		7.2
	2.0	אינו/ה מדבר/ת		7.3

0	0	משתף/ת פעולה		8.1
	1	אינו/ה משתף/ת פעולה		8.2
	1.5-2.0	תוקפן/ית *פרט..... האם הנזקק/ת מסכן/ת את עצמו/ה או סביבתו/ה	מצב רגשי	8.3
0	0	תקינה	ראייה	9.1
	1.0-1.5	עיוורון	ראייה	9.2
0	0	תקינה	שמיעה	10.1
	1.0-2.0	חירשות		10.2
	0-1.5	בהתאם לדו"ח המפורט של עובד רווחה בלשכה, שבה מטופל הנזקק.	מצב סוציאלי	11.1

אישור הרופא המוסמך המחוזי.

אני הח"מ

מס' ת"ז.....,

המשמש כרופא מוסמך מחוזי במחוז.....(ציין את שם המחוז אליו אתם משתייכים),

מאשר/ת בזאת כי בתאריך.....ביקרתי אצל הנזקק/ת.....

ובדקתי את רמת תפקודו/ה.

הנני לאשר בזאת כי דו"ח A.D.L דלעיל נערך ומולא על ידי, ומשקף נכונה את מצבו

התפקודי של מר/ גב'.....ואת מידת תלותו/ה בזולת.

חתימה:.....

תאריך:.....