

תפיסת הפעלה

היחידה לאפיון ובקרת

השירותים הרפואיים

תאריך עדכון אחרון אוקטובר 2021

תוכן עניינים

2	אספקת כסאות גלגלים וכריות לנכי צה"ל – אופן הביצוע
8	תפיסת הפעלה - מחסן ציוד רפואי
12	תפיסת הפעלה - שירותים לנכים +100%
17	תפיסת הפעלה סידור נכה קשה במוסד סיעודי - מימוש דמי ביטוח סיעודי
22	תפיסת הפעלה - אופן אספקת ציוד מתכלה לנכי צה"ל זכאי אגף השיקום
26	תפיסת הפעלה לדרכי טיפול באספקת ציוד מתכלה לזכאי אגף השיקום
29	תפיסת הפעלה - הוראה 50.16 - טיפולי פיזיותרפיה, הידרותרפיה וטיפולים פיזיקאליים נוספים
35	תפיסת הפעלה - הפניות למכון לקטוע
39	תפיסת הפעלה - מערכת ריקון מעיים למשותקים
42	תפיסת הפעלה - זכאות להבראת נפש - נכים המקבלים תג"מ
46	תפיסת הפעלה - משלוח מרשמי תרופות מסוג סמים מסוכנים (נרקוטיקה) באמצעות דואר מהיר 24/7
47	תפיסת הפעלה - נוהל קבלה/החלפה ותיקון של ציוד אורטופדי
52	תפיסת הפעלה - אופן אספקת והתאמת מכשירי שמיעה לנכי צה"ל
60	תפיסת הפעלה - נוהל הוצאה וביטול הפניות במחלקות לשרותים רפואיים
64	תפיסת הפעלה - מעקב אחר תוקף כרטיסי זכאות לליווי
66	תפיסת הפעלה - אופן הטיפול באספקת שירות טיפול ביתי בעירו תוך ורידי
68	תפיסת הפעלה - טיפול בבקשות נכים לקבלת ציוד ושירותים רפואיים/החזר הוצאות בגין ציוד ושירותים רפואיים לנכה הנמצא בחו"ל
71	תפיסת הפעלה - תפעול צר"מ ארצי
75	אביזר לגירוי עצבי FES
114	תפיסת הפעלה - ליווי בתגמול כספי
121	תפיסת הפעלה - ליווי בתגמול כספי - הנחיות מעבר
131	תפיסת הפעלה - אספקת ציוד סכרת
135	הפעלת שרותי טיפול במסגרת ביתית לנכה צה"ל
142	תפיסת הפעלה - אופן הפנית נכה לביצוע בדיקות סקר תקופתיות
145	תפיסת הפעלה - תפעול נושא מלווים
150	תפיסת הפעלה - ביצוע החזר כספי
156	תפיסת הפעלה - שחרור נכה קשה מאשפוז/ יציאה לחופשה מאשפוז
161	תפיסת הפעלה - הקמת כרטיסי זכאות לנכים קטועים
163	תפיסת הפעלה בנושא זקיפת שעות מיטיבה ותמריץ למלווה זר
168	תפיסת הפעלה - בית מאזן
171	תפיסת הפעלה - אופן אספקת והתאמת מיטות ומזרנים לנכי צה"ל



אספקת כסאות גלגלים וכריות לנכי צה"ל – אופן הביצוע

הזכאות לכריות ולכיסאות גלגלים, סוג (קלי משקל/ מנוע עזר/ ממונעים), כמות ומועד ההחלפה הינה בסמכות הרופא המחוזי, על פי הוראה 56.07 – אספקה ותחזוקת כסאות גלגלים.

תהליך הפניית נכה למרכז להערכת הושבה

א. להתאמת כסאות גלגלים במילב"ת יש להפנות במקרים הבאים

1. כסא גלגלים ראשון לנכה
 2. כסא גלגלים ממונע/ מנוע עזר – בכל החלפה
 3. התאמת כסא גלגלים קל משקל מורכב, כסא רחצה מורכב (מנגנוני טילט/ גב הטייה)
 4. החלפת כ"ג קל משקל לפי פז"מ – מומלץ
 5. החלפת כריות לכ"ג
 6. התאמת אביזרי הושבה
- ב. בכל הפניה של נכה להתאמת כסא גלגלים במרכז להערכת הושבה יש לצרף את המסמכים הבאים
1. טופס התאמת הושבה חתום ע"י הרופא המחוזי - כולל התייחסות לאבזור הרכב ומועד החלפתו
 2. חומר רפואי עדכני (אשפוזים/ דוחות פיזיותרפיה/ רופאים...)
 3. פרוטוקול ועדה רפואית
 4. פרוטוקול ועדת כ"ג ממונעים
 5. הפקת הפניה למרכז להערכת הושבה. את ההפניות יש להפיק ע"פ מק"טים הבאים:

• התאמת כסא גלגלים קל משקל. מקט מס' 033144

• התאמת כסא גלגלים ממונע. מקט מס' 029531

- התאמת כסא ידני (טילט/ גב הטייה) + ביקור בית. מקט מס' 029531 (יש לפרט בהערות)

- התאמת כריות ואביזרי הושבה. מק"ט מס' 36154

ג. ההפניה עוברת בסבב המחשובי אישור ביניים של אחראי ציוד רפואי. על המרפאה לציין בסבב ההפניה האם מדובר בהתאמת כ"ג ראשון לנכה, מתי קיבל הנכה כסא קודם וכן מה פז"מ ההחלפה של הכסא המבוקש. במידה ומדובר בהתאמת כ"ג ממונע או מנוע עזר יש לציין האם קיבל בעבר כ"ג ממונע והאם עבר ועדת להתאמת כ"ג ממונעים ומה החלטתה.

ד. במידה והנכה מופנה לבדיקת הציוד הקיים ברשותו או שיש צורך בהנחיית המרכז להערכת הושבה באשר להתאמה, על עש"ר לציין במפורש על גבי טופס ההתאמה ב"הערות להדפסה" את ההנחיות ובמידת הצורך ליצור קשר טלפוני עם נציגות מילב"ת ולהנחותן.

ה. לאחר קבלת החומר הרפואי צוות המרכז להערכת הושבה יוצר קשר עם הנכה ומתאם עימו מועד להתאמה.

ו. לאחר התאמת כ"ג מעביר צוות מילב"ת את טופס ההתאמה ומפרט כ"ג/ הציוד שהותאם לנכה. המסמכים מתקבלים ביחידה לאפיון ובקרת השר"פ.

ז. מפרט כ"ג/ הציוד מועבר לאישור הרופא המחוזי המטפל בנכה.

ח. לאחר אישור הרופא המחוזי, עובדת השירותים הרפואיים תפיק הפניות לציוד הנדרש.

במקרים בהם הציוד אינו נמצא בהסכמים תקפים בשיקום 2000 יש להעביר את החומר הרפואי בצרוף אישור הרופא המחוזי ליחידה לאפיון ובקרה לצורך הפקת הזמנה.

ט. לאחר אישור, ההפניה/הזמנה מודפסות בשני עותקים. עותק אחד ישלח לנכה ועותק שני ישלח ישירות לספק.

י. במקרים בהם הופקה הזמנה ביחידה לאפיון ובקרה, עובדת היחידה לאפיון תודיע למחוז על סיום הטיפול בהפקת ההזמנה. במידת הצורך יכולה עש"ר להדפיס ההזמנה פעם נוספת ולשלוח לנכה.



טופס התאמת הושבה - מילב"ת

1. פרטים אישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	ת.ז.	
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון

2. נכות מוכרת:

3. מצב תפקודי:

ליווי: מאושר ליווי _____ מס' שעות ביום _____ טל' נוסף _____
דיוור: נעשתה התאמת דיוור _____ דירה קבועה / זמנית, קומה _____ מעלית _____
רכב: נוהג/ לא נוהג, סוג הרכב _____ מועד החלפה קרוב _____
מתקנים נלווים: _____
ניידות: אביזרים נוספים בשימוש: קביים / מקל / פרוטזה, מנוף _____
כסא גלגלים סוג _____ תאריך _____

4. סיבת ההפניה:

- התאמת כסא גלגלים קל משקל. מקט מס' 033144
- התאמת כסא גלגלים ממונע. מקט מס' 029531
- התאמת כסא ידני (טילט / גב הטייה) + ביקור בית. מקט מס' 029531 (יש לפרט בהערות)
- התאמת כריות ואביזרי הושבה. מק"ט מס' 36154

5. מסמכים רפואיים מצורפים

☐ חומר רפואי עדכני (רופאים, אשפוזים, פיזיותרפיה)

☐ פרוטוקול וועדות כסאות ממונעים

6. הערות:

הרופא המוסמך המחוזי _____ חתימת הרופא _____ תאריך _____

תהליך אספקת כריות לנכי צה"ל

כרית ראשונה לכסא גלגלים מותאמת במועד התאמת כסא הגלגלים.
בהמשך, ע"פ הזכאות יכול הנכה לבחור החלפת הכרית באחת משתי דרכים

1. התאמת כרית במרכז להערכת הושבה

- לנכה המעוניין בהתאמת כרית במרכז להערכת הושבה תפיק עש"ר הפניה להתאמת כרית לכ"ג במק"ט 36154.
- יש לצרף טופס התאמת הושבה הכולל את דגם כ"ג עבורו מעוניין הנכה להחליף כרית.
- א. ההפניה עוברת בסבב המחשובי אישור ביניים של אחראי ציוד רפואי. על המרפאה לציין בסבב את דגם הכסא עבורו מוחלפת הכרית.
- ב. לאחר קבלת החומר הרפואי צוות המרכז להערכת הושבה יוצר קשר עם הנכה ומתאם עימו מועד להתאמה.
- ג. לאחר התאמת כ"ג מעביר צוות מילב"ת את טופס ההתאמה, המסמכים מתקבלים ביחידה לאפיון ובקרת השר"פ.
- ד. המלצת המרכז להערכת הושבה מועברת לאישור הרופא המחוזי המטפל בנכה.
- ה. לאחר אישור הרופא המחוזי, עובדת השירותים הרפואיים תפיק הפניה לכרית המבוקשת.
- ו. במקרים בהם הכרית המבוקשת אינה נמצאת בהסכמים תקפים בשיקום 2000 יש להעביר את החומר הרפואי בצרוף אישור הרופא המחוזי ליחידה לאפיון ובקרה לצורך הפקת הזמנה.
- ז. לאחר אישור, ההפניה/הזמנה מודפסות בשני עותקים. עותק אחד ישלח לנכה ועותק שני ישלח ישירות לספק.
- ח. במקרים בהם הופקה הזמנה ביחידה לאפיון ובקרה, עובדת היחידה לאפיון תודיע למחוז על סיום הטיפול בהפקת ההזמנה. במידת הצורך יכולה עש"ר להדפיס ההזמנה פעם נוספת ולשלוח לנכה.

2. ויתור התאמה במרכז להערכת הושבה

נכה אשר מבקש להחליף את הכרית שברשותו ע"פ פז"מ בכרית חדשה ואינו מעוניין לבצע התאמה יש לפעול כדלקמן:

- א. עש"ר תבדוק זכאותו של הנכה להחלפת כרית לפי פז"מ. במידה והגיע מועד החלפת הכרית תחתים עש"ר את הנכה על טופס ויתור התאמת כרית לכ"ג.
יש לוודא כי טופס הויתור מולא במלואו, כולל דגם ומידות הכרית הנדרשת על מנת למנוע מצב בו תסופק כרית שאינה מתאימה למידותיו של הנכה.
- ב. עובדת השירותים הרפואיים תכין הפניה לכרית המבוקשת בשיקום 2000. ההפניה תועבר בסבב לאישור הרופא המחוזי.
- ג. במקרים בהם הכרית המבוקשת אינה נמצאת בהסכמים תקפים בשיקום 2000 יש להעביר את טופס הויתור בצרוף אישור הרופא המחוזי ליחידה לאפיון ובקרה לצורך הפקת הזמנה.

3. אספקת כריות דחופה לנכים קשים +100%

במקרים מיוחדים בהם נכה פונה ומבקש להחליף כרית בטענה כי אין ברשותו כרית שמישה לכ"ג, עש"ר תכין הפניה לכרית המבוקשת על ידי הנכה ובמקביל תפנה טלפונית לספק הכריות בבקשה לאספקת כרית באופן מיידי. אספקת הכרית תעשה במימון ההובלה על ידי המשרד, עלות ההובלה ע"פ תעריפי מוניות. אספקת הכרית תבוצע בהקדם האפשרי ולא יאוחר מ-24 שעות. נוהל זה תקף למקרים בהם מדובר בכריות סטנדרטיות. בכל מקרה בו יש צורך בכרית לפי מידה ייתכן ומשך האספקה יהיה ארוך יותר. בכל מקרה ניתן לפנות אל היחידה לאפיון שר"פ לסיוע במתן מענה חלופי.



לכבוד:

מרפאת המחוז

הנדון: טופס ויתור על תהליך התאמת כריות הושבה

הנני מצהיר, שאין בכוונתי להיעזר בתהליך התאמת כריות הושבה הנעשה במסגרת משהב"ט ע"י מרכז להערכת הושבה.

אני מבין כי אחריות בחירת הכרית הינה שלי בלבד ולכן לא אוכל לבוא בכל בקשה/טענה הנוגעת לכרית זו בשנתיים הקרובות.

אני מבקש לספק לי כרית ישיבה לכיסא הגלגלים שברשותי מסוג:

שקיבלתי בשנת _____.

דגם הכרית המבוקש: _____

מידות הכרית: _____

(מידות הכרית מופיעות בתחתית הכרית או צמוד לרוכסן מהצד הפנימי של הכיסוי)

על החתום- שם: _____ מספר תיק: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

תפיסת הפעלה - מחסן ציוד רפואי

כללי:

משהב"ט הסדיר התקשרות חדשה לתפעול מחסן לציוד שיקומי וכסאות גלגלים. המחסן יופעל במתחם בית החולים תל השומר באמצעות מר שלמה יצחקבייב. המחסן יאסוף ציוד רפואי מנכים אשר אינם זקוקים לו יותר, ציוד שהוחלף בחדש וכן ציוד מנכים שנפטרו כמו כן ייתן מענה לנכים הזקוקים לציוד באופן זמני או מיידי. לכל פנייה לאיסוף או אספקת ציוד מהמחסן תיפתח הפנייה לתיעוד בשיקום 2000. המחסן יהיה המקום בו יאספו כסאות הגלגלים שיוחזרו על ידי הנכים בכל החלפת כסא גלגלים ישן בחדש. נכה המקבל כסא גלגלים חדש יתבקש להשאיר את הכסא הישן אצל הספק. הכיסאות יאספו על ידי האחראי על המחסן ויועברו למחסן על מנת שניתן יהיה להשתמש בהם כדי לעזור לנכים אחרים או כחלקי חילוף לתיקון כסאות אחרים.

ניתן לספק ציוד מהמחסן במקרים הבאים:

1. נכים שאינם זכאים לציוד בדין והרופא המחוזי מאשר לפניו משורת הדין לסייע להם באופן נקודתי. (הציוד לנכים אלו ניתן לפניו משורת הדין ואינו מקנה כל זכאות להטבות נלוות).
2. נכים הזכאים לציוד באופן דחוף ואין מענה מיידי לרכישת ציוד חדש המתאים להם.
3. נכים מאושפזים - נכים הנדרשים לציוד דחוף מעבר לציוד המסופק ע"י בית החולים בתקופת האשפוז.

דרכי יצירת קשר:

מנהל המחסן: שלמה יצחקבייב

המחסן פעיל בימים א-ה בין השעות 09:00-14:00.

המחסן ממוקם ליד מכון צעדים במתחם הישן של בית חולים תה"ש.

קבלת ציוד מהמחסן:

1. נכה הפונה ומבקש לקבל ציוד יעביר בקשתו לרופא המחוזי. הרופא יבחן את הבקשה ובמידה ויחליט לאשר לנכה אספקת הציוד יקבע האם מדובר בציוד בזכאות או ציוד בהשאלה הניתן לקבל ממחסן הציוד הרפואי.

2. במידה וקבע הרופא המחוזי כי מדובר בצידוד בהשאלה, תיצור עש"ר קשר עם האחראי על מחסן הצידוד הרפואי על מנת לבדוק האם קיים צידוד מתאים לנכה.
 3. במידה וקיים במחסן צידוד מתאים, תחתים עש"ר את הנכה על טופס הצהרה על קבלת צידוד בהשאלה (מצ"ב כנספח). עש"ר תפיק הפניה לקבלת צידוד מהמחסן ותפרט בה את סוג וכמות הצידוד שאושר ואת דרכי התקשרות עם הנכה. ההפניה תועבר בפקס אל האחראי על המחסן.
 4. פתיחת הפנייה בשיקום 2000 תהיה באמצעות המק"טים הבאים :
035156- התאמה ומסירת כסאות גלגלים
035157- מסירת צידוד שיקומי (מק"ט זה מיועד למסירת כל צידוד אחר שאינו כסאות גלגלים כמו : מיטות, מנופים, מזרונים וכיו"ב)
5. האחראי על המחסן ייצור קשר עם הנכה תוך 48 שעות מקבלת הפניה לתיאום אספקת הצידוד.
 6. מקרים דחופים – במידה ויש לספק את הצידוד לנכה באופן דחוף, עש"ר תעדכן טלפונית את האחראי על המחסן וכן תציין זאת על גבי ההפניה לאספקת הצידוד. הצידוד יסופק מהר ככל האפשר ומקסימום תוך 48 שעות.
 7. נכה שקיבל צידוד מהמחסן וחל קלקול בצידוד, עש"ר תפנה פנייתו לאחראי על המחסן אשר יבדוק האם ניתן לתקן את הצידוד או להחליפו בצידוד אחר מהמחסן.
- איסוף צידוד למחסן :

1. נכים שנפטרו :

- א. בתחילת כל חודש אחראי צידוד רפואי יפיק דו"ח נכים שנפטרו ויבדוק האם ברשותם צידוד אותו קיבל במהלך ארבע שנים האחרונות שיש לאספו למחסן. אחראי צידוד רפואי יעביר את שמות הנכים למרפאות לצורך יצירת קשר עם המשפחה.
- ב. מרפאת המחוז תצור קשר עם המשפחה לאחר שעברו לפחות 30 יום מיום פטירת הנכה ותוודא עם המשפחה כי הצידוד קיים והאם ישנו צידוד נוסף שניתן לאספו וכן תעדכן את המשפחה כי האחראי על המחסן ייצור עימם קשר לתיאום מועד האיסוף.
- ג. לאחר שיחה עם משפחת הנכה שנפטר, תפיק עש"ר הפניה לאיסוף צידוד למחסן. בהפניה תציין עש"ר את הצידוד שיש לאספו וכן דרכי יצירת קשר עם המשפחה. ההפניה תועבר בפקס לאחראי על המחסן לצורך תיאום ואיסוף הצידוד.

2. איסוף כסאות גלגלים :

- א. נכה המחליף את כסא הגלגלים שברשותו יתבקש להשאיר את הכסא הישן אצל הספק. הכסאות יאספו על ידי האחראי על המחסן ויועברו למחסן על מנת שניתן יהיה להשתמש בהם כדי לעזור לנכים אחרים או כחלקי חילוף לתיקון.
 - ב. בסוף כל חודש תועבר רשימת כסאות הגלגלים שנאספו למחסן אל אחראי ציוד רפואי במטה אשר יעביר לעש"ר בקשה לפתוח במערכת שיקום 2000 הפניות לתיעוד הכסאות שנאספו.
 - ג. אחראי ציוד רפואי יוודא בטרם אישור חשבון תשלום בגין כסא גלגלים חדש כי הנכה החזיר כסא גלגלים ישן במקרים בהם לא הוחזר כסא תיערך פנייה לנכה עי אחראי מחסן לתיאום איסוף כסא מביתו ותפתח הפניה לתיעוד בשיקום 2000.
3. פתיחת הפניה בשיקום 2000 תהיה באמצעות המק"ט :
36590 – איסוף כסאות/ ציוד שיקומי.

טופס הצהרה על קבלת כסא גלגלים בהשאלה מהמחסן

אני הח"מ _____, מספר תיק _____, מצהיר ומתחייב כדלקמן :

1. ידוע לי כי בהתאם להוראות אגף שיקום נכים אינני זכאי לכיסא גלגלים עקב נכותי המוכרת.
2. הובהר לי כי כיסא הגלגלים שאושר לי בהשאלה ע"י הרופא המוסמך המחוזי ניתן לפנים משורת הדין ועל מנת לסייע לי. הכסא נמסר לשימושי במצבו הנוכחי והוא לשביעות רצוני.
3. הובהר לי כי אישור כיסא הגלגלים בהשאלה אין בו ולא יהיה בו כדי להקנות לי כל זכאות נוספת או הטבות נלוות, לרבות התאמות רכב ו/או התאמות דיור.

תאריך

חתימת הנכה

טופס הצהרה על קבלת ציוד בהשאלה מהמחסן

אני הח"מ _____, מספר תיק _____, מצהיר כי קיבלתי את
הציוד המפורט _____
ומתחייב כדלקמן :

1. ידוע לי כי בהתאם להוראות אגף שיקום נכים אינני זכאי לציוד הניתן לי עקב נכותי המוכרת.
2. הובהר לי כי הציוד שאושר לי בהשאלה ע"י הרופא המוסמך המחוזי ניתן לפנים משורת הדין ועל מנת לסייע לי. הציוד נמסר לשימושי במצבו הנוכחי והוא לשביעות רצוני.
3. הובהר לי כי אישור הציוד הניתן בהשאלה אין בו ולא יהיה בו כדי להקנות לי כל זכאות נוספת או הטבות נלוות, לרבות התאמות רכב ו/או התאמות דיור.
4. ידוע לי כי הציוד ניתן לי בהשאלה לתקופת שימוש ועלי להחזירו למשהב"ט עם סיום השימוש בו .

תאריך

חתימת הנכה

תפיסת הפעלה - שירותים לנכים +100%

כללי:

כחלק מהפעולות אותם יוזם האגף לחיזוק הקשר עם הנכים הקשים ושיפור השירות לאוכלוסיית נכים אלו, להלן ריכוז התחומים והנושאים הקשורים לטיפול באוכלוסיית נכים +100% :

1. **ביקור מאושפזים** - מנהל המחוז באמצעות אחד מבעלי התפקידים בצוות CM, יבקר כל נכה +100% המאושפז בבית חולים מעל 7 ימים. את הביקור יש לתאם בטווח של בין 7-14 ימים במהלך אשפוזו של הנכה. לאחר הביקור יועבר דו"ח לכל הגורמים הרלוונטיים במחוז. בהתאם לנסיבות יבוצעו ביקורים נוספים עפ"י החלטת מנהלת מחוז ובאחריותו.

2. **אספקת מיטות מתקפלות למלווים לנכים קשים להם ליווי בהיקף של 24 שעות ביממה המאושפזים בבית חולים** - לנכים +100% להם ליווי בהיקף של 24 שעות ביממה ומאושפזים בבית חולים ניתן לספק בהשאלה מיטה מתקפלת שתשמש את המלווה בעת שהותו לצד הנכה בזמן האשפוז. המיטות הן רכוש משרד הביטחון ויאוחסנו במחסן הצידוד. עש"ר תודיע לאחראי צידוד רפואי ביחידת אפיון על נכה מאושפז הזקוק למיטה מתקפלת עבור המלווה. אחראי צידוד רפואי יתאם העברת מיטה למחלקה בו מאושפז הזכאי. ותבצע מעקב שוטף אחר מסירת והחזרת המיטות למחסן.

3. **טיפול בפניות מהמוקד הטלפוני הקשורות להפניות ומרשמים** –

א. בימי חמישי לפני יציאה לחופשות סוף שבוע, ובימי עבודה שלפני יציאה לחופשות ערבי חג וחגים יש לוודא ולטפל בכל הפניות העומדות בתורי העבודה, וזאת על מנת להבטיח שבמידה וישנן פניות ובקשות דחופות הן יועברו לטיפול בהתאם ותינתן תשובה והתייחסות לנכים הפונים לפני היציאה לחופשה.

ב. כל הפניות המתקבלות במוקד הטלפוני מנכים +100% נצבעות באופן אוטומטי בצבע אדום. ככלל פניות אלו מקבלות עדיפות בטיפול ויש לפעול בהן כמפורט בתפיסת ההפעלה של המוקד הטלפוני.

4. **פרויקט ליווי אחות לנכים קשים** - לרשות הנכים המשותקים ופגועי הראש בעלי נכות +100% עומד שירותי טלפוני זמין של אחות מתחום השיקום בכל שעות היממה.



השירות ניתן :

א. **בבית חולים איכילוב** - שירות אחות קשר בזמינות של 24 שעות למענה טלפוני

לכל בעיה רפואית וליווי למיון ולמחלקות האשפוז.

רשימות הנכים הזכאים הועברה לבית החולים איכילוב, והפניה שנתית

הופקה לכל נכה לקבלת השירות.

יש להנחות כל נכה חדש המוכר +100% על סמול פגיעה : 01 או 03 או 12 על פגיעה זו.

ולהפיק עבורו הפנייה לתקופה של שנה ממערכת שיקום 2000 .

יש ליצור קשר עם אחות הקשר הגב' ניצה בטלפון: 052-4266031 ולעדכנה.

אחות הקשר תיצור קשר עם הנכה, תתאם עימו מועד לפגישה ראשונית ופתיחת תיק רפואי.

ב. **בבית חולים תה"ש** - שירות ליווי למיון ולמחלקות האשפוז. כל נכה הנזקק להגיע למיון או מאושפז עומדת האפשרות ליצור קשר עם אחות בזמינות של 24 שעות ביממה שתגיע תוך שעותיים ותלווה אותו בתהליכי המיון, וכן תבקר את הנכים המאושפזים כולל מתן הנחיות לצוותים במחלקות לצרכים מיוחדים של נפגעי עמוד שדרה.

הטלפונים ליצירת קשר : משעה 08:00 בבוקר ועד 23:00 - 03-5303101, 03-03

5302250 משעה 23:00 בלילה ועד 08:00 בבוקר - 03-5302204, 03-5303154.

5. **הפנייה שנתית לבדיקה במרפאות שיקום נוירולוגי /מרפאת שיקום אורטופדי**

בבית חולים שיבא לנכים משותקים וקטועי שתי גפיים .

על מנת להקל על הנכים המשותקים סוכם עם הנהלת בית החולים השיקומי בתל השומר על הפקת הפנייה שנתית לכל נכה לבדיקה וטיפול במרפאת שיקום נוירולוגי הכוללת בדיקת רופא ובדיקות מעבדה דחופות וצילומים שיש צורך לבצעם במסגרת הביקור.

לנכים משותקים +100% (בעלי סימול פגיעה 01, 03, 12) המטפלים באופן קבוע במרפאה לשיקום נוירולוגי בבית חולים שיבא ניתן להפיק הפנייה לשנה מראש הכוללת 4 טפולים בחודש. את ההפניות יש להפיק אחת לשנה החל מ-1/1 בכל שנה ועד 31/12. הפנייה זו מאפשרת לנכים לפנות ישירות למרפאה בכל בעיה ללא צורך בהמתנה לקבלת הפנייה .

בתום כל שנה יש להפיק דוח מרכז של הנכים המשותקים המטופלים במרפאת השיקום הנורולוגי בתל השומר ולשלוח במרוכז את ההפניות להנהלת המרפאה לשיקום נורולוגי.

לנכים קטועים בעלי נכות +100% המטופלים באופן קבוע במרפאה לשיקום אורטופדי בבית חולים שיבא ניתן להפיק הפנייה לשנה מראש הכוללת 4 טפולים בחודש. את ההפניות יש להפיק אחת לשנה החל מ-1/1 בכל שנה ועד 31/12. הפנייה זו מאפשרת לנכים לפנות ישירות למרפאה בכל בעיה ללא צורך בהמתנה לקבלת הפנייה.

בתום כל שנה יש להפיק דוח מרכז של הנכים הקטועים המטופלים במרפאת השיקום האורטופדי בתל השומר ולשלוח במרוכז את ההפניות להנהלת המרפאה לשיקום אורטופדי.

6. הזמנת אירוח וטיפול בחמי מרפא – נכים בעלי נכות +100% הזכאים לטפולים בחמי מרפא יכולים לפנות אל הספק במועד פתיחת ההזמנות ולהזמין אירוח בהתאם לזכאותם לכל שנת הזכאות. נוהל זה בא להבטיח שמירת חדרים נגישים לאוכלוסיית נכים אלו.

7. הפנייה שנתית לטיפולים פיזיקאליים - נכים משותקים בעלי נכות +100% (סמול פגיעה 01,12.03) זכאים לעד 6 טפולים פיזיקאליים בשבוע מבין הטיפולים הבאים: פיזיותרפיה, הידרותרפיה, כירופרקטיקה, רכיבה טיפולית בכפוף להוראה 50.21, אימון אישי בחדר כושר, עיסוי.

לנכים אלו ניתן להפיק הפניה אחת לכל סוג טפול לתקופה של שנה ובלבד שסך הטפולים הפיזיקאליים לשבוע לא יעלו על 6 בשבוע.

טיפול פיזיותרפיה בבית הנכה – נכים +100% משותקים יכולים לבחור את מקום קבלת טיפולי הפיזיותרפיה, בין אם במכון או בבית הנכה. על הנכה לעדכן את הרופא המחוזי על החלטתו על מנת שתופק הפניה מתאימה לטיפול.

8. אספקת ציוד מתכלה - נכים +100% הנזקקים לציוד מתכלה יפנו ישירות לספק הציוד המתכלה לבצע הזמנת ציוד, החברה תספק להם כל ציוד שיידרש על ידם בהתאם לבקשתם. במקרים בהם הציוד אותו מבקש הנכה דורש מרשם רופא תנחה החברה את הנכה לפנות אל הרופא המחוזי להנפקת מרשם.

נכה שיפנה לספק ויזדקק לציוד אשר איננו נמצא בקטלוג הציוד המתכלה, החברה תסביר לנכה כי מדובר בציוד חדש שאיננו סופק בעבר לנכי משרד הביטחון, יצינו בפניו כי הבקשה תועבר על ידם לאחות ביחידה הרפואית, לבדיקה ומתן מענה ותשובה לבקשתו תימסר לו על ידם תוך 24 שעות. החברה תדאג להעביר באופן מיידי לאחות ביחידה הרפואית הצעת מחיר לציוד הנדרש. האחות תבחן את הציוד הנדרש, במידת הצורך תעביר הבקשה לאישור רופא מחוזי. תפתח מק"ט ותאשר לחברה לספק הציוד וזאת תוך יום עבודה אחד. לאחר מכן תעביר האחות את הצעות המחיר ליחידת תכ"ה להמשך טיפולם בהכנסת הפריט להסכם המחירים. האחות תדאג לקבל מהחברה עדכון לגבי זמן אספקת הציוד החדש לנכה. במידה והמוצר קיים אצל היבואן תודיע החברה לנכה ותספק את הציוד באופן מיידי. במידה ואספקת הציוד לנכה תתעכב מעל 24 שעות בשל מגבלות אובייקטיביות כמו הצורך בייבוא המוצר, תדאג האחות ביחידה לשירותים רפואיים לעדכן את הנכה על כך ועל האפשרות לרכישה עצמית של המוצר וקבלת החזר בגין ההוצאה למול הגשת חשבונית / קבלה. האחות ביחידה הרפואית תדאג לעדכן את הרופא המחוזי ואת העובדת לשירותים רפואיים במחוז על המקרה.

9. תיקוני כסאות גלגלים -

- א. נכים משותקים הנזקקים לתיקונים בסיסיים ושוטפים של כסאות הגלגלים יוכלו לפנות ישירות לספק כסאות הגלגלים, ללא צורך בקבלת הפנייה לתיקון. את התיקונים הבסיסיים ניתן לבצע אצל כל ספק כסאות גלגלים מוכר התיקונים הבסיסיים כוללים: החלפת גלגלים, החלפת צמיגים, החלפת פנימיות ומיסבים.
- ב. תיקונים אחרים ימשיכו להתבצע את ספקי כסאות הגלגלים מהם נרכש הכסא. מסירת כסא גלגלים לצורך תיקון על ידי הנכה, יכולה להיעשות בכל ימות השבוע למעט שבתות וחגי ישראל. הספק מחויב לתקן את הכסא תוך 24 שעות. במידה והתיקון צפוי להתבצע בזמן שעולה על יותר מ 24 שעות, באחריות החברה לספק לנכה כסא חלופי. ספקי כסאות הגלגלים רשאים לבצע באופן מיידי כל תיקון שעלותו עד 600 ₪. תיקון שעלותו עולה על 600 ₪ דורש אישור מראש מבקר כסאות גלגלים. הפניות לתיקוני כסאות גלגלים יופקו ע"י היחידה לאפיון שר"פ לאחר אישור



התיקון ע"י יועצ/ת מערכות הושבה וניידות וחתימתו/ה על טופס הצעת המחיר.

10. מעקב אחר קבלת ציוד - כחלק מהמאמצים לשפר את השירות לנכים +100% נוצר עבורכם דוח קבוע המאפשר לכם לבצע בקרה אחר הפניות לציוד שהופקו לאוכלוסיית נכים זו. אחת לחודש יש להפיק דוח בBO שמספרו : 5966 המפרט את כל הציוד והשירותים אשר הופקו לנכה +100% בחודש שחלף וליצור קשר עם הזכאים ולוודא שאכן קיבלו את הציוד לשביעות רצונם. ניתן להגדיר את הדו"ח ע"פ מחוז, תקופה ושירות. במקרים בהם לא התקבל הציוד או התקבל שלא לשביעות רצונו של הנכה ויש לערב את הספק ניתן לפנות אל היחידה לאפיון שר"פ על מנת למצות את הנושא ולוודא כי הנכה יקבל את הציוד לשביעות רצונו.

תפיסת הפעלה

סידור נכה קשה במוסד סיעודי - מימוש דמי ביטוח סיעודי

1. בהתאם להוראת אגף שיקום נכים מס' 84.06 (סידור נכה קשה במוסד סיעודי) זכאים נכים העומדים בקריטריונים שהוגדרו עפ"י ההוראה לסידור מוסדי במוסדות סיעודיים במימון משרד הביטחון.
2. משרד הביטחון משתתף במחצית מעלות הביטוח הסיעודי לנכי צה"ל (למעט נכים בדרגת נכות $\geq 100\%$).
3. מטרתו של נוהל זה להסדיר את הפעולות שיש לבצע בכל מקרה בו נכה מופנה לאשפוז במוסד סיעודי במימון אגף השיקום ויש לו ביטוח סיעודי שיש להסדיר הפעלתו:
 - א. נכה המבקש סיוע במימון אשפוז במוסד סיעודי צריך להגיש בקשה בכתב לרופא המוסמך המחוזי. באחריות עש"ר במחוז להחתים את הנכה על "טופס המחאת זכות" (המצ"ב כנספח א' למסמך זה) וכן לוודא כי הרופא המוסמך המחוזי חתם על נספח האישור הרפואי המצורף. טופס המחאת הזכות מאפשר למשרד הביטחון לקבל מידע מחברת הביטוח "הראל" אודות הנכה, וכן קבלת 50% מדמי הביטוח בהתאם לפוליסה של הנכה.
 - מסמך הבקשה וטופס המחאת הזכות הינם מסמכי חובה טרם העברת הבקשה לבחינת הועדה לסידור מוסדי. (אין להוציא הפניה עד לחתימת



הנכה על טופס המחאת הזכות)

- ב. לאחר קבלת החלטה בוועדה במחוז שממליצה על מימון סידור מוסדי של הנכה במוסד, יש להפיק הפנייה למימון האשפוז שאושר. עותק מטופס המחאת הזכות החתום ע"י הנכה יש לסרוק להפניה למוסד הסיעודי ולשלוח בפקס לנציג חברת עוגן אישור למימון אשפוז במוסד סיעודי (מצורף כנספח ב') ואת טופס המחאת הזכות החתום ע"י הנכה (מצורף כנספח א')

פקס נציג חברת עוגן : 03-6958662.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

חברת עוגן תפעל ליצור קשר עם הנכה להנחותו בהליכים הנדרשים להגשת התביעה לחברת הראל ותעמוד בקשר מול חברת הראל לקבלת אישור התביעה .

ג. מידי חודש תעביר חברת עוגן ליחידת אפיון שר"פ את רשימת התביעות שהוגשו ואושרו כולל פרטי הנכים והסכום שהועבר למשרד הביטחון בגין מימוש הפוליסה .



במקרים בהם הנכה אינו מוכן לחתום על טופס המחאת הזכות יש להעמידו בפני

הועדה לסידור מוסדי ובמידה וועדה לסידור מוסדי מאשרת את מימון אשפוזו. מימון האשפוז יעשה אך ורק בהחזר כספי כנגד הצגת קבלה בהתאם למוגדר בהוראה, בניכוי 50% מגובה דמי הביטוח הסיעודי (2,150 ₪).



נספח א' - טופס המחאת זכות

לכבוד :

הראל חברה לביטוח בע"מ

אבא הלל סילבר 3, רמת גן

א.ג.נ.

הנדון: תגמול סיעודי בפוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לנכי צה"ל

אני הח"מ, _____ מס' ת.ז. _____ מצהיר ומורה לכם כדלהלן :

1. אני נכה צה"ל ומבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי של ארגון נכי צה"ל. להלן: "הפוליסה".
2. מחצית מדמי הביטוח עבור הפוליסה הנ"ל משולמים לכם על ידי משרד הביטחון ומחצית משולמת על ידי באמצעות ניכוי חודשי באמצעות ניכוי מגמלת הנכות שלי.
3. ביום _____ הגשתי בקשה למשרד הביטחון למימון סידור סיעודי עבורי להלן: "הסידור הסיעודי".
4. במידה ומשרד הביטחון יחליט לממן את עבורי את הסידור הסיעודי, החל ממועד קבלת הבקשה בהראל, ובלבד שניתן אישור של משרד הביטחון למועד תחילת המימון, וכל עוד משרד הביטחון מממן עבורי את הסידור הסיעודי הנ"ל, לא הועברה אליכם על ידי בקשה אחרת ואני זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, אני מורה לכם להעביר למשרד הביטחון מחצית מהתגמול הסיעודי לו אהיה זכאי מידי חודש בכפוף ובהתאם לתנאי הפוליסה, והכל כל עוד אהיה זכאי לתגמולי הביטוח בהתאם לפוליסה על פי תנאיה.
5. הנני חותם על הוראה זו במכתבי אליכם לאחר שהוסבר לי על ידי משרד הביטחון משמעות האמור לעיל.
6. אני מאשר שבכל מקרה של טענות סותרות (לרבות בשל עיקולים וכיוצ"ב) שיעלו בקשר עם הזכאות לתגמולי הביטוח מכח הפוליסה, כולם או חלקם, תהיו רשאים להפסיק לשלם לגורם כלשהו את תגמולי הביטוח, עד להכרעה שיפוטית או הסכמות בטענות הסותרות, ולא תידרשו לשלם הפרשי הצמדה או ריבית בגין התקופה שבה הופסקו התשלומים בשל האמור בסעיף זה לעיל.
7. הנני מצהיר ומאשר בזאת כי כל תשלום שיועבר למשרד הביטחון בהתאם להסדר זה, יחשב כאילו שולם לי באופן אישי לכל דבר ועניין ולא תהא לי או לאחרים מטעמי, כל זכות לדרוש מהראל, השבת כספים שהועברו כאמור למשרד הביטחון.
8. מצורף אישור מהרופא המוסמך המחוזי באגף שיקום נכים המטפל בי. ולראיה באתי על החתום

חתימה

תאריך

עד לחתימה אני הח"מ _____ ת.ז. _____
מאשר כי מר/גברת _____ חתמו על הסדר זה בפני, לאחר שהבינו תוכנו ומשמעותו.
שם _____ ת.ז. _____
כתובת _____ חתימה _____



מדינת ישראל
משרד הביטחון



למילוי ע"י הרופא

הנדון: תגמול סיעודי בפוליסת לביטוח סיעוד קבוצתי לנכי צה"ל

אני הח"מ, ד"ר _____ מספר ת.ז. _____

מצהיר ואומר:

1. אני רופאו של הנכה _____ מספר ת.ז. _____

המוכר לי אישית.

2. אני מאשר כי מצבו הרפואי של הנכה הנ"ל מאפשר לו להבין את תוכן המכתב שבנדון.

ולראיה באתי על החתום

_____ חתימה

_____ תאריך



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון

נספח ב'



משרד הביטחון

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ

אבא הלל סילבר 3

רמת גן

א.ג.ג.

הנידון: אישור משרד הביטחון למימון אשפוז סיעודי

הרינו לאשר כי הנכה (שם) _____

מספר ת.ז. _____

מספר תיק במשהב"ט _____

זכאי לקבלת מימון לאשפוז במוסד סיעודי החל מיום _____

בברכה

צוות השירותים הרפואיים

תפיסת הפעלה - אופן אספקת ציוד מתכלה לנכי צה"ל זכאי אגף

השיקום

א. כללי :

1. ציוד מתכלה מסופק לזכאי אגף השיקום, באישור רופא מחוזי ובהתאם לנכות המוכרת.
2. הציוד המתכלה מסופק באמצעות ספק משהב"ט שזכה במכרז לאספקת ציוד מתכלה.
3. נכי צה"ל שהרופא המוסמך מאשר להם אספקת ציוד מתכלה בהתאם לנכותם המוכרת יופנו לקבלת הציוד באמצעות האחות במוקד הטלפוני.
4. הפנייה – אישור בכתב חתום ע"י אחות מוסכת באגף השיקום להנפקת ציוד מתכלה הכולל תיאור הפריט, מק"ט וכמות לאספקה.
- מק"ט – מספר קטלוגי של מוצר, מופיע בקטלוג ציוד מתכלה המאושר ע"י אגף השיקום
5. קטלוג - רשימת כלל המק"טים המאושרים לאספקה באמצעות הספק הזוכה.
6. יש להבדיל בין ציוד מתכלה שאינו דורש מרשם רפואי לבין ציוד רפואי שבהתאם להוראות משרד הבריאות מחייב מרשם רפואי. בכל מקרה בו ישנה המלצה לציוד המחייב מרשם רפואי תועבר הבקשה לטיפולו של הרופא המוסמך המחוזי.
7. ככלל הציוד המתכלה מסופק לנכים באמצעות ספק משהב"ט שזכה במכרז לאספקת ציוד מתכלה.
8. אספקת ציוד לנכים שלא קיבלו בעבר ציוד מתכלה או נדרשים לציוד שלא קיבלו בעבר באמצעות הספק הזוכה, מותנה בקבלת אישור הרופא המחוזי ומבוצעים באמצעות האחות ביחידה הרפואית.
9. ככלל המלצות לאספקת ציוד שישנה המלצה רפואית לספקם בדחיפות בשל צורך הנובע משינוי במצב רפואי יסופקו לאחר האישורים הנדרשים תוך 6 שעות.

כיום נמצאת בפיתוח מערכת מחשובית באמצעותה נוכל לנהל עבור כל זכאי כרטיס זכויות עבור ציוד מתכלה וממנה להפיק הפניות עבור ציוד חודשי לו זקוק. לתקופת המעבר עד לכניסת המערכת הממוחשבת, יש לפעול בהתאם לתפיסת ההפעלה המפורטת לעיל.

ב. זכאים שלהם הפנייה בשיקום 2000 לאספקת ציוד מתכלה

1. זכאי פונה ישירות לספק הזוכה לבצע הזמנת ציוד מתכלה, הספק יבדוק כי הציוד המבוקש תואם להפנייה ויספק לו את הציוד בהתאם לכמות ותקופה מוגדרת בהפניה.
2. זכאי כאמור לעיל שיפנה לספק הזוכה ויזדקק לציוד אשר איננו מופיע בהפניה אך קיים בקטלוג או שהכמויות בהפניה לא מספקות, או ציוד שאינו נמצא בקטלוג ציוד מתכלה הספק הזוכה יעדכן את הזכאי כי מעבירים את פנייתו אל האחות ביחידה הרפואית ותשובה לבקשתו תימסר לו תוך 3 ימים. בקשה לטיפול בציוד שאינו מופיע בקטלוג תטופל עד למתן תשובה לספק תוך 7 ימים. במקביל יעביר הספק במייל את הבקשה לאחות ביחידה הרפואית לצורך בחינתה וטיפול. האחות תעביר הבקשה לרופא המוסמך המחוזי האחראי על הטיפול בנכה לבדיקתו ומתן אישורו.
- הרופא אישר הבקשה: האחות תשלח בפקס לספק הזוכה הפניה מעודכנת הכוללת את הציוד החדש. הספק הזוכה יעדכן את הזכאי ויספק את הציוד.
- הרופא אינו מאשר הבקשה: האחות תעדכן את הספק הזוכה. הרופא המחוזי יוציא הודעה בכתב לזכאי.

ג. זכאים שאין להם הפנייה בשיקום 2000 לציוד מתכלה

1. זכאי פונה ישירות אל הספק הזוכה לבצע הזמנת ציוד, הספק הזוכה יספק לו את פרטי הציוד בהתאם לבקשתו (על פי רשימת הפריטים אותה צרך בשנה קודמת).
2. זכאי כאמור לעיל שיפנה לספק הזוכה ויזדקק לציוד חדש או שהכמויות שמבקש עולות על הצריכה בשנה קודמת, הספק הזוכה יעדכן את הזכאי כי מעבירים את פנייתו אל היחידה הרפואית ותשובה לבקשתו תימסר לו תוך 3 ימים. בקשה לטיפול בציוד שאינו מופיע בקטלוג תטופל עד למתן תשובה לספק תוך 7 ימים. במקביל יעביר הספק במייל את הבקשה לאחות ביחידה

הרפואית לצורך בחינתה וטיפול. האחות תעביר הבקשה לרופא המוסמך המחוזי האחראי על הטיפול בנכה לבדיקתו ומתן אישורו.

הרופא אישר הבקשה: האחות תשלח בפקס לספק הזוכה הפניה מעודכנת הכוללת את הציווד החדש. הספק הזוכה יעדכן את הזכאי ויספק את הציווד.

הרופא אינו מאשר הבקשה: האחות תעדכן את הספק הזוכה. הרופא המחוזי יוציא הודעה בכתב לזכאי.

ד. אספקת ציווד מתכלה לזכאים קשים + 100%

1. זכאי פונה ישירות לספק הזוכה לבצע הזמנה לציווד מתכלה. הספק הזוכה יספק לו את פרטי הציווד בהתאם לבקשתו, (עפ"י רשימת הפריטים אותה צרך בשנה קודמת).
2. במקרים בהם נזקק הזכאי לציווד חדש שלא קיבל בעבר (ציווד המופיע בקטלוג/או ציווד שאינו מופיע בקטלוג ציווד מתכלה), יעדכן הספק הזוכה את הזכאי כי מדובר בציווד חדש שטרם סופק עבורו. יציין בפניו כי בקשתו תועבר לאחות ביחידה הרפואית לבדיקה ורק לאחר קבלת אישורה יסופק הציווד. מתן מענה ותשובה לבקשת הנכה תימסר לו על ידי הספק תוך 24 שעות.
3. במקרים בהם מדובר על ציווד שאינו מופיע בקטלוג ציווד מתכלה, הספק הזוכה ידאג להעביר באופן מיידי לאחות ביחידה הרפואית הצעת מחיר לציווד הנדרש, האחות תעביר הבקשה כולל המלצתה לאישור רופא מחוזי. לאחר קבלת אישור הרופא המחוזי, יפתח מק"ט אשר יאפשר אספקת הציווד לזכאי. משך זמן הטיפול בבקשה יבוצע תוך 24 שעות מקבלתה ע"י האחות.
4. האחות תדאג לקבל מהספק עדכון לגבי זמן אספקת הציווד החדש לזכאי. במידה ואספקת הציווד לזכאי תתעכב מעל 24 שעות ממועד מתן האישור בשל מגבלות אובייקטיביות כמו הצורך בייבוא המוצר, תדאג האחות ביחידה לשירותים רפואיים לעדכן את הזכאי על כך ועל האפשרות לרכישה עצמית של המוצר וקבלת החזר בגין ההוצאה למול חשבונית / קבלה. האחות ביחידה הרפואית תדאג לעדכן את הרופא המחוזי ואת העובדת לשירותים רפואיים במחוז על המקרה.

ה. הכנסת פריט / ציוד חדש לקטלוג ציוד מתכלה

1. בקשה להכנסת פריט / ציוד חדש לקטלוג

בקשה להכנסת ציוד לקטלוג ציוד מתכלה תאושר ע"י הרופא המוסמך הראשי עם קבלת הדרישה רפואית להכנסת ציוד חדש לקטלוג ציוד מתכלה חתומה ע"י הרופא המוסמך הראשי, תפעל היחידה לאפיון להעביר אפיון המלווה בבקשה בהתאם לנוהל "טיפול בטכנולוגיות חדשות", לאישור יחידת תכ"ה.

הבקשה תכלול 3 הצעות מחיר או הצהרת ספק יחיד כולל פוטנציאל למימוש הפריט. יחידת תכ"ה תפעל להמשך טיפול ואישור ראש האגף להכנסת הפריט / ציוד לקטלוג בהתאם.

2. בקשה לאספקת פריט / ציוד חדש לזכאי פרטני:

המלצה רפואית המועברת ע"י הרופא המוסמך המחוזי, עבור ציוד מתכלה שאיננו קיים בקטלוג ציוד מתכלה. האחות תבדוק אפשרות לחלופות קיימות מתוך קטלוג ציוד מתכלה. במידה ונמצא מוצר חלופי העונה לדרישה הרפואית, תדאג האחות לעדכן את הרופא המחוזי ואת הספק הזוכה לצורך אספקת הציוד בהתאם.

במידה ולא נמצא פריט חלופי מבין המוצרים בקטלוג, תצרף האחות 3 הצעות מחיר או הצהרת ספק יחיד עבור הפריט הנדרש, אלו יועברו ע"י הספק הזוכה.

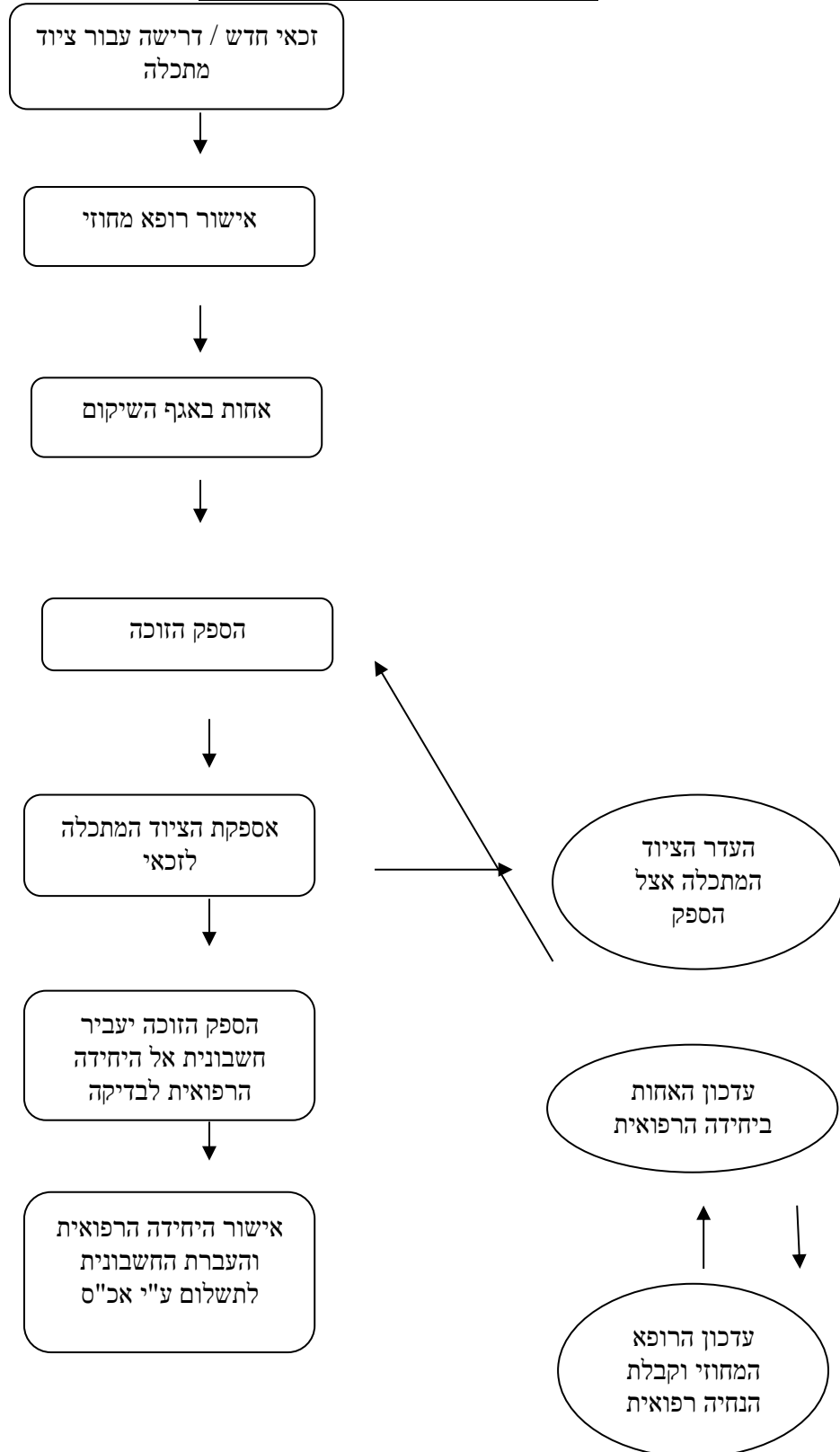
האחות תדאג לפתיחת מק"ט, תפיק הסכם מסוג הזמנה פרטני לזכאי ותדאג להעברת הבקשה אל הספק הזוכה.

האחות תדאג לעדכן את הרופא המחוזי על אספקת הציוד לזכאי.

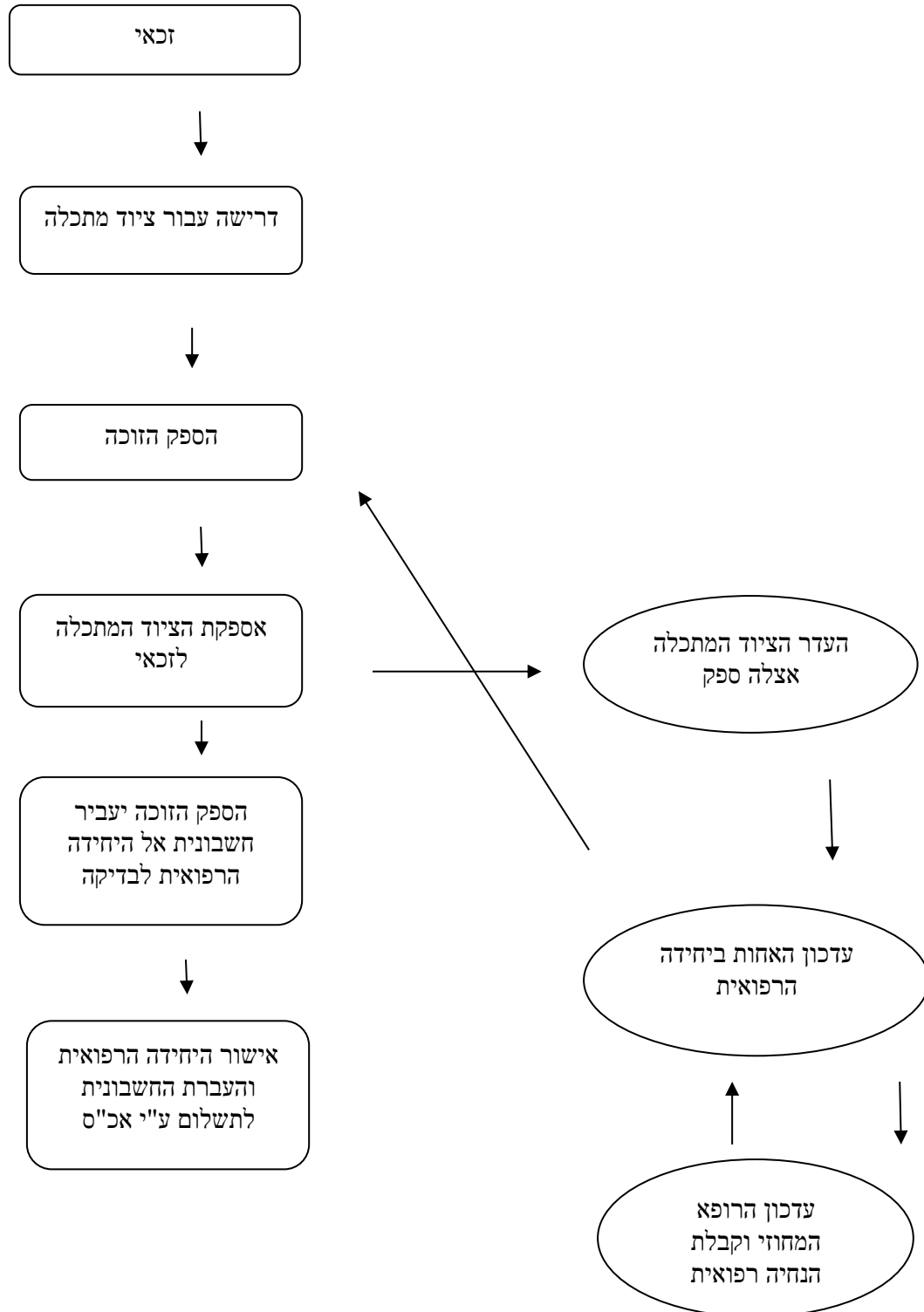
במידה ומוצאת האחות כי המוצר החדש פוטנציאל לאספקה לזכאים נוספים של אגף השיקום, תפעל בהתאם לסעיף ה' 1. (נוהל "טכנולוגיות חדשות").

תפיסת הפעלה לדרכי טיפול באספקת ציוד מתכלה לזכאי אגף השיקום

זכאי חדש / דרישה לציוד חדש

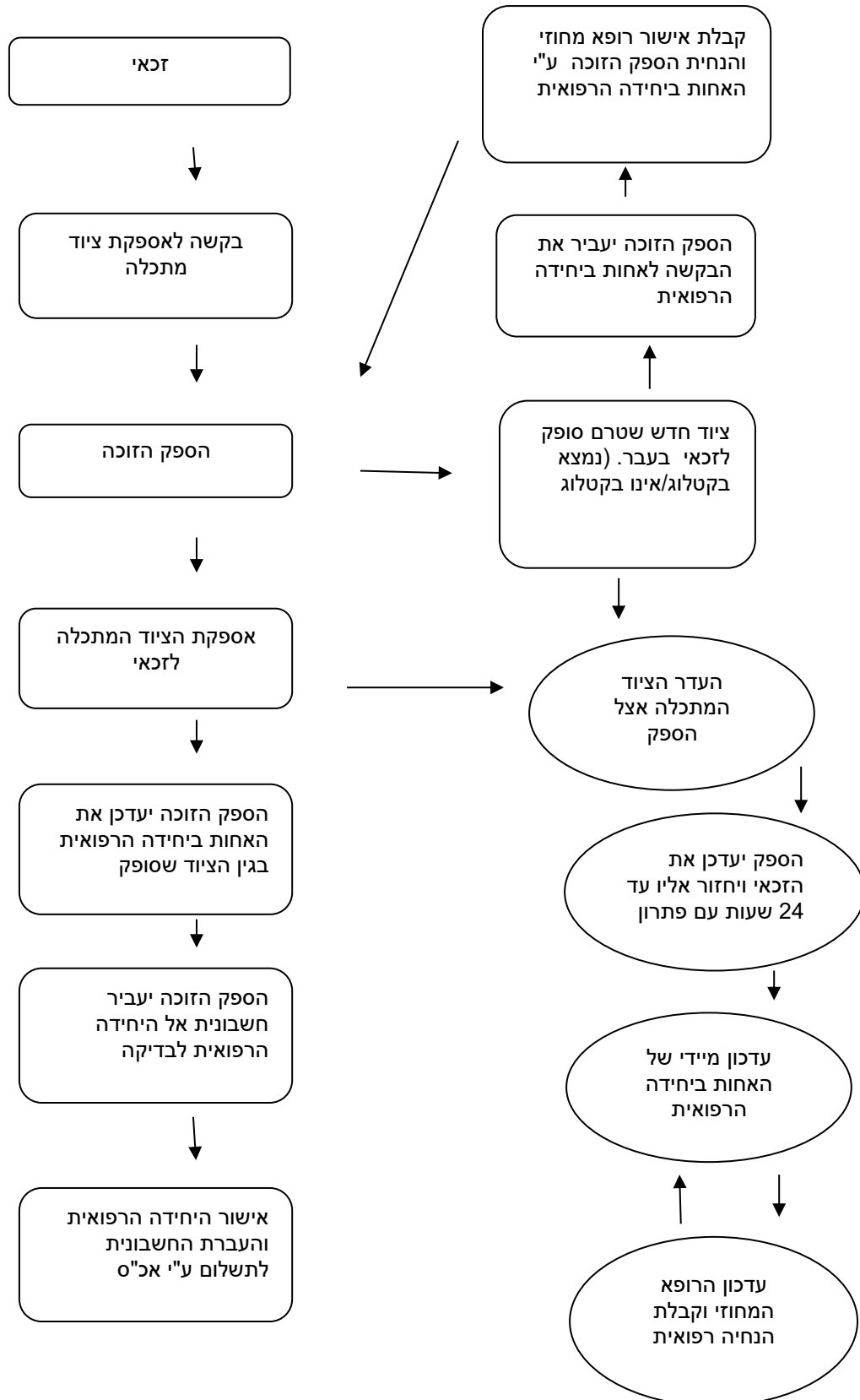


הזמנה חוזרת לציוד מתכלה



תפיסת הפעלה לדרכי טיפול באספקת ציוד מתכלה לזכאי אגף השיקום

זכאי +100%



תפיסת הפעלה - הוראה 50.16 - טיפולי פיזיותרפיה, הידרותרפיה

וטיפולים פיזיקאליים נוספים

כללי :

1. תפיסת ההפעלה בנושא טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה מסדירה את דרכי הפעולה בכל הקשור לתהליך קבלת הטיפולים הפיזיקאליים והבקרה התפעולית על התהליך ועל הספקים.
2. אישור לטיפול בפיזיותרפיה / הידרותרפיה ניתן על ידי הרופא המחוזי ובהסתמך על חוות דעת מקצועית של רופא מומחה.
3. **תדירות טיפולים** – ניתן לבצע טיפול פיזיותרפיה אחד ביום וטיפול הידרותרפיה אחד ביום. במקרים חריגים יכול הרופא המחוזי לאשר בכתב על גבי ההפניה טיפול כפול.
4. **תדירות הטיפולים לנכים +100% משותקים וכן לנכים המוגדרים כנכים ותיקים קבועה בהוראה** . במקרה בו מבקש רופא מחוזי לאשר לנכה המשתתף לאחת מהקבוצות כאמור לעיל מספר טיפולים העולה על המוגדר בהוראה עליו לשלוח את הנכה לקבלת חוות דעת מרופא מומחה. לאחר קבלת חוות הדעת יחליט הרופא המוסמך המחוזי וינמק את החלטתו במסך הערות רפואיות ויעבירה לידיעת הרופא המרחבי.
5. **טיפול בבית הזכאי** – ניתן לאשר טיפולי פיזיותרפיה בבית הזכאי במקרים הבאים : לנכים נפגעי חוט שדרה בעלי נכות +100%, לנכים פגועי ראש בעלי נכות +100% או לנכים אחרים שהרופא המוסמך המחוזי קבע כי הנכה מרותק לביתו מבחינה רפואית ואינו יכול לקבל טיפולי פיזיותרפיה מחוץ לבית.

להלן אופן הטיפול בהפקת הפניות :

1. **תחילת טיפול** - במידה ואישר הרופא המחוזי התחלת טיפולי פיזיותרפיה/הידרותרפיה לנכה, תופק הפניה ל 8 טיפולים ראשוניים (יש לציין בהפניה 8 חד פעמי).

מק"טים לטיפול :

פיזיותרפיה במכון	27586	טיפול פיזיותרפי לנכה חדש
פיזיותרפיה בבית המטופל	10043	טיפול פיזיותרפי בבית לנכה חדש
הידרותרפיה	32276	טיפול הידרותרפיה לנכים מעל 50% - נכה חדש
	28867	טיפול הידרותרפיה לנכים מתחת ל 50% - נכה חדש

2. **המשך טיפול** – במהלך תקופת 8 הטיפולים הראשוניים, על הפיזיותרפיסט המטפל להעביר תכנית טיפול הכוללת המלצתו לסיום/ המשך טיפול ישירות למרפאת המחוז.

תהליך הפקת הפניה : במידה והומלץ המשך טיפול, תפתח עש"ר הפניה ותסרוק את תכנית הטיפול כמסמך חובה בהפניה. בהתאם להחלטת הרופא המחוזי תופק י"י המרפאה במחוז הפניה על מספר הטיפולים ותדירותם..

במידה והחליט הרופא המחוזי לשנות את תכנית הטיפול המוצעת יציין זאת בסבב ההפניה והנכה יעודכן על ההחלטה.. **(לנכים 100 ו 100% + ניתן להפיק הפניה למשך שנה בכל פעם. על הפיזיותרפיסט למלא דו"ח אבחון והערכה בתחילת טיפול ואחת לשנה בלבד).**

לאחר אשרור והפקת ההפניה היא תועבר לבקרה תפעולית לתור העבודה של יועצי הפיזיותרפיה אשר עורכים בקרה על הספקים

מק"טים לטיפול סעיפים 2 :

פיזיותרפיה במכון	32275	טיפול פיזיותרפיה - המשך טיפול
פיזיותרפיה בבית המטופל	32296	טיפול פיזיותרפיה בבית - המשך טיפול
הידרותרפיה	32294	טיפול הידרותרפיה לנכים מעל 50% - המשך טיפול
	30839	טיפול הידרותרפיה לנכים מתחת ל 50% - המשך טיפול

3. **נכים משותקים +100% - נכים אלו זכאים לקבל טיפולי פיזיותרפיה**

והידרותרפיה כחלק מ 6 הטיפולים הפיזיקאליים בשבוע על פי בחירתם. יש לבדוק באופן ידני במערכת המחשוב את מספר וסוגי הטיפולים אותם מקבל הנכה ולוודא שסך הטיפולים לשבוע אינו עולה על 6 טיפולים.

4. הטיפולים כוללים: פיזיותרפיה, הידרותרפיה, כירופרקטיקה, רכיבה טיפולית בכפוף להוראה 50.21, RGO, אימון אישי בחדר כושר, התעמלות אישית, עיסוי.

יש להפיק הפניה אחת לתקופת טיפול של שנה.

במקרה בו מבקש רופא מחוזי לאשר לנכה המשתייך לאחת מהקבוצות כאמור לעיל מספר טיפולים העולה על המוגדר בהוראה עליו **לפעול כמפורט בסעיף כללי 4.**

מק"טים לטיפול:

פיזיותרפיה במכון	26449	טיפול פיזיותרפי למשותקים מרותקים לכ"ג
פיזיותרפיה בבית המטופל	33146	טיפול פיזיותרפי בבית למשותקים מרותקים לכ"ג
הידרותרפיה	28284	טיפול הידרותרפי למשותקים מרותקים לכ"ג

4. **נכים ותיקים** – נכים ותיקים הינם נכים אשר ביום פרסום ההוראה **נמצא**

בטיפול פיזיותרפיה/הידרוטרפיה מעל שנה ברציפות. נכים אלו בהתאם

לסעיפי נכותם זכאים לטיפולים ע"פ הפירוט הבא:

אחוזי נכות	סוג פגיעה	מספר טיפולים כולל (פיזיותרפיה,הידרוטרפיה)
עד 27%	פגיעה במערכת התנועה	1 בשבוע
28% ומעלה	פגמות נירולוגיות	3 בשבוע
28% ומעלה	פגמות אורטופדיות	2 בשבוע
28% ומעלה	פגמות משולבות (אורטופדיות+נירולוגיות)	3 בשבוע

במקרים בהם פונים נכים המבקשים להיות מוגדרים כנכים ותיקים ואינם מופיעים בדו"חות שהועברו עם פרסום ההוראה, יש לפנות לבדיקת הנושא ליחידה לשירותים רפואיים.

תהליך הפקת הפניה: עש"ר תפתח הפניה ותסרוק את תכנית הטיפול כמסמך חובה בהפניה.. ההפניה תאושרר בהתאם להחלטת הרופא המחוזי על מספר הטיפולים ותדירותם.. לאחר אשרור ההפניה והפקתה היא תועבר לבקרה תפעולית לתור העבודה של יועצי הפיזיותרפיה ההפניה תינתן למשך תקופה של שנה בכל פעם.

מק"טים לטיפולים :

פיזיותרפיה במכון	33283	טיפול פיזיותרפי לנכה ותיק -עד 27% פגיעה במעי' בתנועה
	36739	טיפול פיזיותרפי לנכה ותיק -28% ומעלה פגיעה נירולוגית/ פגימות משולבות (אורטופדי+נירולוגי)
	36740	טיפול פיזיותרפי לנכה ותיק -28% ומעלה פגיעה אורטופדית
פיזיותרפיה בבית המטופל	32295	טיפול פיזיותרפי בבית לנכה ותיק -עד 27% פגיעה במעי' בתנועה
	36741	טיפול פיזיותרפי בבית לנכה ותיק -28% ומעלה פגיעה נירולוגית/ פגימות משולבות
	36742	טיפול פיזיותרפי בבית לנכה ותיק 28% ומעלה פגיעה אורטופדית
הידרותרפיה	10561	טיפול הידרותרפי לנכה ותיק -עד 27% בגין פגיעה במעי' בתנועה
	36743	טיפול הידרותרפי לנכה ותיק -28%-49% בגין פגיעה נירולוגית/ פגימות משולבות
	36744	טיפול הידרותרפיה לנכה ותיק -28%-49% בגין פגיעה אורטופדית
	36745	טיפול הידרותרפי לנכה ותיק -50% ומעלה בגין פגיעה נירולוגית/ פגימות משולבות (נירולוגי + אורטופדית)
	32279	טיפול הידרותרפיה לנכה ותיק -50% ומעלה בגין פגיעה אורטופדית



4. מדדי זמן לטיפול בהפניה:

- א. בקר פיזיותרפיה – על הבקר לאחר ביצוע הבקרה התפעולית בסבב בציון המלצתו עד 2 ימי עבודה מקבלת ההפניה בתור העבודה.
- ב. רופא מחוזי – הרופא המחוזי לטפל בבקשה עד 4 ימי עבודה מיום הגעת ההפניה לתור עבודתו

תפיסת הפעלה - הפניות למכון לקטוע

כללי

אגף השיקום מספק לנכי צה"ל קטועי גפיים, תותבות בהתאם להוראות אגף השיקום. קביעת המפרט לתותבות והמלצות רפואיות בכל הקשור לתותבת ולהתאמתה לזכאי מבוצע במכון לקטוע. הרופא המוסמך המחוזי הינו בעל הסמכות להפניית זכאים לבדיקה וטיפול במכון לקטוע.

הבדיקה במכון לקטוע מבוצעת בהרכב של רופא שיקומי ופרוטזיסט.

תפקידי המכון לקטוע

תוצר נדרש	משימה	מדד
קביעת צורך בהתקנת / החלפת תותבת	בדיקת הזכאי ע"י גורם מוסמך קביעת מפרטים לתותבות עפ"י המצב הרפואי העדכני והטכנולוגיה העדכנית.	מפרט להתקנת תותבת חתום ע"י גורם מוסמך והעברתו לגורם המטפל במשהב"ט.
קביעת צורך בהחלפת רכיבים של תותבת : ברך, כף רגל, כף יד, בית גדם וכו'.	בדיקת הזכאי ע"י גורם מוסמך	מפרט להחלפת רכיבי תותבת חתום ע"י גורם מוסמך והעברתו לגורם המטפל במשהב"ט
פתרון בעיות רפואיות בהקשר לשימוש בתותבת.	בדיקת הזכאי ע"י גורם מוסמך	החלטה האם יש צורך במענה רפואי או בשינוי תותבת והעברת המלצה לגורם המטפל במשהב"ט.

עקרונות הפעלה

- א. אגף השיקום קשור בהסכמים עם שני בתי חולים איכילוב ושיבא, להפעלת המכון לקטוע, הרופא והפרוטזיסט במכון לקטוע יבצעו: מפרטים לתותבת, החלטות לגבי צורך בתיקון או החלפת פריט של תותבת וטיפול רפואי הקשור לקטיעה, לרבות החלטה, התאמה, בדיקה ותיקון תותבות..
- ב. זכאי משהב"ט יכולים לבחור את המכון בו ייבדקו. זכאי יהיה משויך לאותו מכון לכל פרק הזמן (פז"מ) של התותבת האחרונה שביצע באותו מכון (בסיום האחריות של התותבת). לא ניתן להפיק הפניות לבדיקת רופא במכון לקטוע בשני המכונים באותה תקופה.
- ג. זכאי המעוניין לעבור למכון לקטוע אחר לפני תקופת סיום האחריות (פז"מ) של תותבת קיימת, יוכל לעשות זאת רק להגשת בקשה לרופא הראשי באגף משרד הביטחון ואישורו.
- ד. בשני המכונים הוקצו ימים ושעות להפעלת המכון לקטוע.
- ה. זימון/ביטול תורים יטופלו על ידי בתי החולים ויבוצעו על ידם בעזרת מוקד תורים. מוקד זה יעדכן את הזכאים בכל המידע הרצוי כגון: מיקום, דרכי הגעה ותהליך הקבלה במכון לקטוע.
- ו. זימון התורים לתאריך מסוים ייסגר על ידי מערך בית החולים שבוע לפני התאריך, כך שלא ניתן יהיה לזמן תורים למכון לקטוע שבעה ימים לפני התאריך למעט במקרים דחופים
- ז. מידע לגבי טלפונים לזימון התור למכון לקטוע יינתן לזכאי על ידי עש"ר במחוזות השיקום (בנספח: ימי ושעות קבלה במכונים, טלפונים של מוקדי זימון התורים בבתי החולים איכילוב ושיבא).
- ח. לאחר קביעת המועד המבוקש יפנה הזכאי לקבלת הפניה למכון לקטוע באמצעות בקשה באתר האינטרנט של אגף השיקום או באמצעות המוקד הטלפוני. עליכם לבדוק האם הנכה מוכר על קטיעה, (אין צורך בהעברת הזימון מהמכון לקטוע על ידי הנכה).
- ט. הפניה למכון לקטוע תונפק ממערכת שיקום 2000. לא ניתן להפיק הפניות במקביל לזכאי לשני המכונים לקטוע בתקופת פז"מ של התותבת.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

י. הפניות לתותבת מסוג גניוס מופקות ממערכת שיקום 2000 באשור רופא מרחבי מהמטה.

יא. לזכאים הזקוקים לאימון הליכה עם תותבת ברך גניוס/סילייג : תהליך האימון יתבצע במכוני פיזיותרפיה ייעודיים עימם המשרד קשור בהסכמים .

יב. מכוני הפיזיותרפיה שבהם יבוצע האימון : איכילוב, תל השומר ובתי הלוחם ב : תל אביב, חיפה, ירושלים ובאר שבע. הפניות לביצוע אימוני ההליכה יופקו באמצעות מק"ט 27586 ל - 9 טפולים (טיפול ראשון כפול).

יג. הפיזיותרפיסטים במכונים הנ"ל עברו הכשרה מתאימה על מנת שיוכלו לבצע את אימוני ההליכה עם ברך גניוס.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

נספח :

שם המכון	מיקום	ימי קבלת קהל	טלפון להזמנת תורים
<u>מכון לקטוע בתל</u> <u>השומר</u>	מרכז השיקום בבית החולים תל השומר	א' - בין השעות : 12:00-13:30 ה' - בין השעות : 11:00-12:30	03-5303718
<u>מכון לקטוע בבית</u> <u>חולים איכילוב</u>	בנין ראשי, קומת קרקע, אגף ה'	ג' - בין השעות 11:00-13:00	03-6974000

תפיסת הפעלה - מערכת ריקון מעיים למשותקים

כללי:

הרופא הראשי אישר לבצע פיילוט בקרב נכים משותקים +100% נפגעי חוט שדרה המוכרים על פרפלגיה, קוואדרופלגיה לשימוש במערכת שפותחה לריקון מעיים בעזרת שטיפה (TRANS ANAL IRRIGATION)

המערכת כוללת :

- שקית מים בנפח 1.5 ליטר עם צינור + שסתום מותאמים
- משאבה + יחידת בקרה
- רצועה עם סקוטיש
- צינור כפול חלול
- קטטר רקטלי עם בלון מסיליקון מצופה בציפוי הידרופילי
- תיק נסיעות מהודר

נהלי הטיפול לנכים כאמור לעיל הפונים ומבקשים לקבל הפנייה למערכת ריקון

מעיים :

1. הרופא המוסמך המחוזי יבחן האם הנכה מוכר כנכה משותק +100% ויפנה אותו לבדיקה בפני צוות רב מקצועי במרפאה ייעודית שתתקיים במרכז השיקום בתל השומר . (הצוות יכלול רופא שיקומית ואחות). הפנייה לבדיקה במרפאה יש להפיק לבית חולים שיב"א למק"ט 11273 "בדיקת צוות רב תחומי"
2. צוות המרפאה יבדוק את הנכים, יעריך את מצבם והתאמתם לשימוש במערכת המוצעת על פי התוויות וקווים מנחים שהוגדרו על ידם לשימוש במערכת ואושרו על ידי הרופא הראשי, במידה ויימצאו מתאימים לשימוש במערכת ידריך אותם בשימוש. בהתאם לצורך על פי שיקול דעת של המרפאה הייעודית יוזמנו הנכים לאחר שלושה שבועות לבדיקת ביקורת (בדיקת הביקורת כלולה בתשלום אין צורך להפיק הפניה נוספת).
3. לאחר תום הבדיקה יעביר הצוות סיכום והמלצה בכתב לרופא המוסמך המחוזי שהפנה את הנכה לבדיקה.

4. עם קבלת ההמלצה יבדוק הרופא המחוזי ובמידה ויחליט להפיק לנכה הפניה לשימוש המערכת יאשר בחתימתו את ההמלצה ויעבירה לעש"ר לצורך פתיחת הפנייה.

5. את ההפניות יש לפתוח להסכם מספר 8704 בהתאם למק"טים הבאים ולצרף להפניה את מסמך המלצת המרפאה הייעודית ואישור של הרופא המוסמך.

42730 - ערכה לריקון מעיים עד 20 יחידות

42731- ערכה לריקון מעיים מ- 21 יחידות עד 50 יחידות

42732- ערכה לריקון מעיים מ 51 יחידות עד 110 יחידות

42733- ערכה לריקון מעיים מ- 111 יחידות ומעלה

42741 – משלוח עבור מערכת ריקון מעיים

42739- הדרכה באיזור חדרה-גדרה וירושלים

42740 – הדרכה מחוץ לאיזור חדרה-גדרה וירושלים

6. יש לשים לב לפני כל פתיחת הפניה לבחור את המקט הנכון אותו יש לבחור על פי מספר הערכות שאושרו והופקו כבר כהפניות לספק.

כיצד בודקים זאת ?

נכנסים ל"מערכות מטה" בוחרים "הסכמים" ו"איתור הסכמים"

נכנסים לפרטי ההסכם : לוחצים על "הפניות לפי הסכם"

ואז בודקים מה מספר הערכות שכבר הופקו ועל פי זה בוחרים את המק"ט הרלוונטי.

7. לכל הפנייה יש להפיק בנוסף למק"ט של הערכה, מק"ט עבור משלוח :

א. ההפניה תישלח לנכה שימסור אותה לספק . הספק מתחייב לספק את המערכת עד 12 שבועות מקבלת ההפניה אצלו.

ב. הדרכה על השימוש במערכת כולל תפעול, הרכבה ופירוק יבוצע במרפאת השיקום במסגרת בדיקת ההתאמה. במקרים בהם תידרש הדרכה נוספת לזכאי לאור

בקשת הזכאי או המלצת הצוות הרב מקצועי, היא תבוצע עי נציג הספק בביתו של הנכה רק לאחר קבלת הפנייה ייעודית.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

(יש לשים לב ולבחור את המק"ט הנכון לפי איזור מגוריו של הנכה

42739- הדרכה באיזור חדרה-גדרה וירושלים

42740 – הדרכה מחוץ לאיזור חדרה-גדרה וירושלים

8. הספק יאפשר החזרת המוצר עד 48 שעות ממועד האספקה ובלבד שאריזת המוצר לא נפתחה והמוצר מצוי באותו מצב כפי שנשלח מהספק ולא נעשה בו כל שימוש. האחריות להחזרת המוצר חלה על הזכאי.

תפיסת הפעלה - זכאות להבראת נפש - נכים המקבלים תג"מ

1. כללי

נכי צה"ל המוכרים על פגיעה נפשית זכאים לקבל הבראה רפואית כמפורט בהוראה 53.16 - הפניה להבראה מטעמים רפואיים.

על פי סעיף 23 להוראה יש לקזז את ימי ההבראה אותם מקבל הנכה ממקורות אחרים במשרד הביטחון כמו מענק הבראה שנתי.

לפיכך, נכים המקבלים תג"מ ובעקבותיו דמי הבראה ברמה 07 (עבור 7 ימי הבראה בשנה), לא זכאים לקבל ימי הבראה בהפניה באמצעות המרפאה.

נכים אלו יהיו זכאים לדמי הבראה בלבד, אלא אם אינם יכולים לצאת להבראה לבד מפאת מצבם הרפואי, אז בהתאם לסעיף 25 להוראה, יכול הרופא המחוזי לאשר להם מלווה להבראה.

לנכים אלו יש לפתוח כרטיס זכאות להבראה למלווה בלבד ל 7 ימים.

להלן נפרט את אופן הטיפול בנכה חדש או נכה ששוננו אחוזי נכותו :

2. פתיחת כרטיס זכאות חדש

בכל מקרה בו יש לפתוח כרטיס זכאות להבראה מטעמים רפואיים, ראשית יש לבדוק האם הנכה מקבל תג"מ. במידה וכן, יש לוודא כי רמת דמי ההבראה שמקבל הנכה היא 07.

(ניתן לראות את רמת דמי ההבראה ב"איתור הטבות")

במקרה כזה, הנכה לא יהיה זכאי להבראה ע"פ הטבלה שבנספח ב' להוראה.

במידה וימצא הרופא המחוזי לנכון לאשר מלווה, יש לפתוח כרטיס זכאות במק"ט 27240 - שהייה במלון ליווי להבראה רפואית עבור 7 ימים בלבד.

יש לעדכן את הנכה על זכאותו בכתב.

3. טיפול בשגויים

להלן נפרט את אופן הטיפול בנכים שאותרו בדוחות כמקבלים בכפילות ימי הבראה מהמרפאה וכן 7 ימי מענק הבראה בתגמול :

א. סוג שגיאה - קיים כרטיס זכאות להבראה מטעמים רפואיים במק"ט 27238

1. יש לעדכן את הנכה על זכאותו באמצעות נוסח המכתב המצורף כנספח א, המסביר את הכפילות בימי ההבראה שקיבל עד כה.
2. יש לסגור את תוקף הכרטיס החל מ 21 יום מיום עדכון הנכה על זכאותו (על מנת לאפשר לנכה לפנות למרפאת המחוז לברור)
3. במידה וזכאותו של הנכה כללה זכאות למלווה יש לפתוח כרטיס זכאות למלווה בלבד עבור 7 ימים. (מק"ט 27240 ל 7 ימים)

ב. סוג שגיאה- מספר ימים בכרטיס זכאות למלווה (מק"ט 27240) בלבד גדול מ 7 ימים:

1. יש לעדכן את הנכה בכתב על תיקון ימי הזכאות למלווה ולאפשר לו 21 יום לצורך ברור בטרם מתקנים הכרטיס .
2. יש לעדכן את מספר הימים בכרטיס הזכאות למלווה ל 7 ימים החל מ 21 יום מיום עדכון הנכה על זכאותו.

ג. סוג שגיאה - מספר ימים בכרטיס הזכאות להבראה למלווה בלבד קטן מ 7 ימים:

1. יש לעדכן את הנכה בכתב על זכאותו.
2. לעדכן את כרטיס הזכאות עבור 7 ימי הבראה למלווה בלבד

4. בקרה שנתית אחר כרטיסי הזכאות להבראה

על מנת למנוע מצב של שגויים ולוודא כי לנכים אשר החלו לקבל תג"מ עודכן כרטיס הזכאות להבראה בהתאם, הוקם דו"ח BI מספר 13913. מידי שנה בתחילת חודש ינואר יש להפיק את הדו"ח הנ"ל. בדו"ח יועלו כל הנכים אשר מקבלים דמי הבראה ברמה 07 ולהם כרטיסי זכאות תקפים במק"טים : 27238 - שהייה במלון להבראה רפואית ו 27240 שהייה במלון ליווי להבראה רפואית.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

בכל מקרה בו לנכה כרטיס זכאות לשהייה במלון להבראה רפואית או שהייה במלון ליווי להבראה רפואית שמספר הימים בו שונה מ 7, יש לפעול כרשום בסעיף "עדכון כרטיס זכאות".



נספח א

א ג ף ש י ק ם נ כ י ם

תאריך: י"ח אב תשע"ה

03 אוגוסט 2015

תיק:

סימוכין:

זכאי נכבד ,

הנדון: כפל מתן ימי הבראה

שלום רב,

מבדיקה שערכנו עולה כי הנך מקבל ימי הבראה מעבר לזכאותך על פי ההוראות.

בהתאם להוראה 53.13- זכאי בדרגת נכותך המקבל תגמול מחייה זכאי למענק הבראה בגובה 7 ימי הבראה לשנה. נכותך גם מזכה בימי הבראה (באמצעות הפנייה) בהתאם להוראה 53.16. בהתאם להוראות האגף יש לקזז את ימי ההבראה הניתנים בהפניה מימי ההבראה המשולמים בתגמול.

בהתאם לכך החל מ- 21 ימי עבודה ממועד קבלת מכתב זה תופסק זכאותך להפניה להבראה לפי הוראה 53.16. בתקופה זו עומדת לך האפשרות לפנות אל מרפאת מחוז השיקום לצורך קבלת פרטים בנושא.

נבקש להביא לידיעתך כי אף שקיבלת כפל זכאויות עד כה, הוחלט כי לא ייגבו תשלומי ייתר בגין תקופה זו והזכאות תתוקן מכאן ואילך בהתאם למפורט במכתב זה.

בהתאם להוראה לנכים שהחליט הרופא לאשר להם מלווה מטעמים רפואיים בעת יציאה להבראה תיפתח על ידי המרפאה זכאות ל 7 ימים למלווה להבראה. פרטי הזכאות יועברו ישירות לחברת "קל נופש".

זכאות זו ניתנת למימוש באמצעות הספק "קל נופש" ומהווה השלמה לתשלום של הנכה בגין עצמו, והיא עבור המלווה.

בברכה ,

המחלקה לשירותים רפואיים

תפיסת הפעלה - משלוח מרשמי תרופות מסוג סמים מסוכנים

(נרקוטיקה) באמצעות דואר מהיר 24/7

כללי:

1. על מנת לתת מענה לבעיה מתמשכת הקשורה בעיכובים בקבלת מרשמי נרקוטיקה על ידי הנכים הוחלט לאפשר שליחת מרשמים מסוג זה באמצעות דואר 24/7 שהינו שירות של דואר ישראל המחוייב להגיע תוך 24 שעות לכתובת המשלוח.
2. על פי נהלי משרד הבריאות מרשם נרקוטיקה מחוייב להגיע לידי הנכה (מקבל התרופה) כמרשם מקורי ותוקפו מוגבל.

אופן הטיפול

הנחיות למרפאות

1. ליצור במרפאה תיבה נפרדת למרשמים מסוג "סמים מסוכנים" למשלוח דואר 24.
2. להעביר מידי יום לדואר המחוזי למקום ייעודי.
3. בחודש הראשון להפעלה יש ליצור קשר עם 10 הזכאים הראשונים בכל מרפאה אשר הופצו אליהם מרשמים בדרך זו ולוודא שקיבלו את המרשמים לביתם.
4. לעדכן אותנו במייל חוזר האם התקבלו המרשמים אצל הנכים.

הנחיות לאחראי דואר במחוז :

1. כל אחראי דואר במחוז יתקשר למוקד התמיכה של מכוונות ביול בדואר בטלפון שמספרו 1727-70-700-1 ויקבל הנחיות כיצד להוסיף סעיף – דואר 7\24 למעטפה רגילה (יש לשלוח רק במעטפה רגילה).
2. כל דברי הדואר העוסקים בנרקוטיקה יבויילו עם הקוד של 7\24.
אין לבייל דברי דואר אחרים עם קוד זה!!
3. כל המכתבים שייצאו לשליחה בשיטה זו יועברו ע"י המחוזות לדואר ישראל בנפרד עם ציון שזה מיועד לשליחה בדואר 7\24
4. יש להוציא דואר מיוחד זה באותו יום בו מביילים אותו.

תפיסת הפעלה - נוהל קבלה/החלפה ותיקון של ציוד אורטופדי

1. כללי:

נכי צה"ל זכאי אגף השיקום המוכרים על בעיות אורטופדיות זכאים לקבל בהתאם להחלטת רופא מוסמך ציוד אורטופדי בהתאם לנכותם המוכרת ועל פי המלצת רופא מומחה.

2. מושגים -

קטלוג ציוד אורטופדי - קטלוג הכולל פרטי ציוד אורטופדי מדף או ציוד לפי מידה המאושר לאספקה על ידי המשרד ואת פרק הזמן להחלפה.
ציוד אורטופדי מדף – פרטי ציוד אורטופדי שאינם דורשים התאמה אישית
ציוד אורטופדי לפי מידה – פרטי ציוד אורטופדי שנדרשת לו התאמה אישית לצרכי הזכאי.

פריט מסומן בכוכבית * – בכל קטגוריה סומן ב * הציוד השכיח ביותר.
במידה וניתנת המלצה לשם פריט כללי, כלומר, הנכה אינו זקוק לדגם ספציפי של הציוד ניתן להפיק הפניה לפריט זה.

3. אופן הביצוע

א. קבלת מכשיר חדש:

- 1) זכאי אשר הומלץ לו שימוש בציוד אורטופדי על ידי רופא מומחה, יפנה בקשתו אל הרופא המחוזי.
- 2) הרופא המחוזי יבחן את ההמלצה ובמידת הצורך יאשרה.
- 3) לגבי פרטי ציוד המיועד **לאיבר זוגי**, הכמות המצוינת בנתוני המק"ט ככמות מקסימלית היא תמיד כפולה. (המידע לגבי ציוד האם המיועד לאיבר זוגי או לאיבר אחד בלבד מופיע בנתוני מק"ט בשדה "תיאור פריט", במלל – "איבר זוגי - כמות מחושבת לפז"מ עפ"י 2 פריטים (פריט 1 לכל גפה) ". לדוגמא : מק"ט 34461 - תומך ברך Genumedi מקסימום יחידות בבקשה שסומנה היא : 2 לתקופה : 6 חודשים . כמובן שנכה

הזכאי לטיפול באיבר אחד בלבד או נכה שאין לגביו המלצה למתן פריט
הציוד לשני הגפיים יהיה זכאי לכמות : 1 לאותה תקופה.

4) ציוד הנמצא בקטלוג הציוד האורטופדי מדף/לפי מידה –

- (א) כל פרטי הציוד האורטופדי בקטלוג חולקו לקבוצות, הקבוצות
מוינו "בקבוצות להפניה"
- (ב) במידה והומלץ פריט ציוד כללי, ללא פירוט דגם ספציפי יש לבחור
בפריט המסומן בכוכבית השייך לאותה קטגוריה, זהו הפריט
השכיח בקטגוריה. לדוגמא: המלצת רופא מומחה ל"מגן ברך",
ניתן לבחור במק"ט 34461 - תומך ברך Genumedi * המופיע תחת
קבוצה להפניה – תומך/מגן ברך ומסומן בכוכבית.
- (ג) במידה ומדובר בתיאור פריט בעל דגם ספציפי – ניתן לאתרו ע"פ
שם הפריט.
- (ד) באפשרות מרפאת המחוז להתייעץ עם בקר הציוד האורטופדי
באשר לפריטי הציוד שהומלצו לנכה ואיתור מק"ט מתאים מתוך
הקטלוג. (פרטי היועצת ודרכי התקשרות עימה מופיעים בהמשך)
- (ה) לאחר שאותר המק"ט הנדרש ניתן להפיק הפניה ולשלוח לנכה
- (ו) הנכה יפנה עם ההפניה אל הספק לקבלת הציוד. לאחר קבלת
הציוד יחתום הנכה על גבי ההפניה כי מאשר שקיבל את הציוד
לשביעות רצונו.

5) ציוד שאינו בקטלוג הציוד האורטופדי מדף/לפי מידה –

- (א) נכה המצרף המלצה של ציוד שאינו נמצא בקטלוג הציוד
האורטופדי תועבר ההמלצה תחילה לבקר הציוד האורטופדי
לבדיקה.
- (ב) בקר ציוד אורטופדי יברר עם הרופא שחתום על ההמלצה האם
ישנו ציוד המתאים לצרכי הנכה מתוך קטלוג הציוד המאושר,
במידה וישנו ציוד מתאים, יעדכן הבקר את מרפאת המחוז על
מק"ט הציוד הנדרש ותופק הפניה בהתאם.

ג) במידה ובהתייעצות עם הרופא המומחה אין ציוד מתאים בקטלוג, והציוד המומלץ לנכה הוא המתאים לו בלבד, יפנה הרופא המחוזי את המלצתו הכוללת את חו"ד היועץ האורטופדי אל אחראי ציוד רפואי ביחידת אפיון שר"פ בבקשה להפיק הסכם מסוג הזמנה לנכה לקבלת פריט הציוד. יחידת אפיון שר"פ תפעל להפקת הסכם מסוג הזמנה ובמקביל תקבל מהיועץ האורטופדי חו"ד האם מדובר על פריט ציוד חד פעמי המותאם אישית לזכאי או שיש צורך להוסיפו לקטלוג הציוד, במידה וכן יפעל אחראי ציוד רפואי על פי נוהל טכנולוגיות חדשות. לאחר אישור ההזמנה ע"י מורשי החתימה במשרד, יודיע אחראי ציוד רפואי לעש"ר כי ההזמנה אושרה ותישלח על ידו לנכה.

ב. החלפת מכשיר - אופן ביצוע:

1) זכאי המבקש להחליף את הציוד האורטופדי שברשותו יפנה בקשתו אל מרפאת המחוז. עש"ר תבדוק מתי לאחרונה קיבל הזכאי את הציוד או ציוד דומה לו מקטגוריה זהה וכן תוודא במסך נתוני מק"ט בשיקום 2000 את תדירות ההחלפה המאושרת לציוד וכן את הכמות המאושרת לאספקה (בשדה תאור פריט מופיע המידע האם הפריט מיועד לגפה אחת או שתיים). לגבי פרטי ציוד המיועד לאיבר זוגי, ובאותם מקרים בהם הזכאי מקבל 2 פרטי ציוד, יש לבדוק את הפריט המבוקש להחלפה תוך התייחסות לכל פריט ציוד בנפרד.

2) הבקשה תועבר לרופא המחוזי אשר יבחן אותה ובמידת הצורך יפנה את הזכאי לקבלת המלצה עדכנית מרופא מומחה באשר להתאמת הציוד האורטופדי, בהתאם לתפיסת ההפעלה אופן הטיפול בהפניית נכים לרופאים מומחים.

3) במידה ואושרה ההמלצה והנכה זכאי כעת לציוד, ניתן להפיק הפניה ולשלוח לנכה

4) הנכה יפנה עם ההפניה אל הספק לקבלת הציוד. לאחר קבלת הציוד יחתום הנכה על גבי ההפניה כי מאשר שקיבל את הציוד לשביעות רצונו.

ג. מסירת ציוד

1) מסירת ציוד אורטופדי מדף

- א) הציוד יימסר על ידי הספק ישירות לזכאי כנגד הפניה מתאימה.
- ב) הזכאי יאשר בחתימתו כי קיבל את הציוד לשביעות רצונו.
- ג) טופס ההפניה החתום ע"י הזכאי מהווה התחייבות כספית של המשרד לתשלום עבור המכשיר לספק.

2) מסירת ציוד אורטופדי לפי מידה שעלותו מעל 2000 ₪:

- א) כל ציוד שעלותו מעל 2,000 ₪ מחייב הזמנת בקר מסירה.
- ב) הספק יתאם את מועד המסירה עם בקר הציוד האורטופדי ויזמן את הזכאי.
- ג) בקר המסירה יבדוק את התאמת המכשיר לזכאי ולמק"ט שאושר בהפניה, לאחר הבדיקה יחתום על גבי ההפניה במקום המיועד לאישור מסירה.
- ד) הזכאי יאשר בחתימתו כי קיבל את הציוד לשביעות רצונו.
- ה) טופס ההפניה החתום ע"י הזכאי ובקר המסירה, מהווה התחייבות כספית של המשרד לתשלום עבור המכשיר האורטופדי לפי מידה

ד. תיקון ציוד אורטופדי:

- 1) זכאי אשר חל קלקול בציוד אשר ברשותו יפנה אל ספק הציוד האורטופדי ממנו נרכש המכשיר. במידה והקלקול הינו במסגרת האחריות, יתקן הספק את הציוד ללא בקשה לתשלום. במידה והתיקון הנדרש אינו במסגרת האחריות יגיש הספק הצעת מחיר לתיקון.
- 2) עם קבלת הצעת המחיר יש לבדוק האם הפריט אינו בתקופת האחריות כמו כן יש לבדוק את עלות התיקון ביחס למחיר פריט ציוד חדש במידת הצורך ניתן להתייעץ עם בקר הציוד האורטופדי/ או עם אחראי ציוד רפואי ביחידת אפיון שר"פ.
- 3) בכל תיקון שעלותו עולה על 1,500 ₪ יש לקבל אישור בקר הציוד האורטופדי לפני הפקת ההפניה. הבקר יבחן את ההפניה ולאחר אישורו יעביר למרפאה בקשה להוציא הפניה לתיקון כולל המק"ט הנדרש.

4) תיקון מכשיר ארוך

א) זכאי שברשותו אחד מהמכשירים הארוכים המפורטים לעיל ונזקק לתיקון יפנה באופן עצמאי לספק הציוד האורטופדי לצורך תיקון המכשיר, ללא קבלת הפנייה מראש.

מק"ט שיקום 2000 - עדכני	מק"ט שיקום 2000 – הסכם קודם	מספרו במחירון- ספק	תיאור פריט
026290	026290	6550010	סד ארוך לפי מידת גבס
038743	026291	6550020	מכשיר AK טבעת דרבן
038743	026293	6550040	מכשיר AK טבעת דרבן שוויצרי
026312	026311	6550060	מכשיר AK סנדל טרמופלסטי
038743	026312	6550070	מכשיר ארוך מידת גבס מנעול שוויצרי
	026323	6550080	מכשיר AK עם צירי ברך חופשיים
026314	026314	6550090	מכשיר AK מנעול וסנדל בנעל CF

ב) תיקון שאינו באחריות יטופל על ידי הספק כדלקמן :

- 1) תיקון מכשיר שעלותו עד 1500 ₪ - התיקון יבוצע באופן מידי, לאחר ביצוע התיקון יחתום הזכאי שהתיקון בוצע לשביעות רצונו. פירוט התיקון יועבר לחתימת בקרית המסירה לציוד אורטופדי.
- 2) תיקון מכשיר שעלותו גבוהה מ- 1500 ₪ - התיקון יבוצע רק לאחר קבלת אישור מוקדם מבקר הציוד האורטופדי. פירוט התיקון יועבר לחתימת בקרית המסירה לציוד אורטופדי.

תפיסת הפעלה

אופן אספקת והתאמת מכשירי שמיעה לנכי צה"ל

א. פניה ראשונה לקבלת מכשירי שמיעה

1. זכאי המבקש לקבל מכשיר שמיעה בפעם הראשונה יפנה לרופא המחוזי בבקשה לבחינת זכאותו.
2. הרופא המחוזי יבדוק את בקשת הזכאי.
לא אושרה זכאות – הרופא המחוזי יעדכן את הנכה בכתב על החלטתו.
3. אושרה זכאות – עש"ר תפתח כרטיס זכאות למכשירי שמיעה במק"ט 10089 ותציין את מספר מכשירי השמיעה שאושרו לזכאי (ל 2 אוזניים או לאוזן אחת), כרטיס הזכאות יעבור בסבב לאישור רופא מחוזי.
4. עש"ר תפיק הפניה לאבחון והערכה שמיעתית - מק"ט 27288 במכון אודיולוגי, באחד מבתי החולים עמם התקשר המשרד בהסכם לביצוע האבחון הנ"ל.
(רשימת המכונים האודיולוגים מצורפת כנספח א')
5. הזכאי יפנה למכון האודיולוגי, בצרוף טופס ההפניה ויקבע מועד לאבחון והערכה.
על גבי טופס ההפניה עודכן מידע לנכה לגבי תהליך קבלת מכשירי השמיעה (טופס ההפניה מצ"ב כנספח ב').
6. הבדיקות במסגרת האבחון יבוצעו במהלך יום אחד וברצף ובסיומן יקבל הזכאי את תוצאות הבדיקות וטופס המלצה לקטגוריה של מכשירי השמיעה המתאים לו.
7. הזכאי בצרוף המלצת המכון האודיולוגי יפנה לאחד מספקי מכשירי השמיעה, לצורך התאמת מכשיר שמיעה. (רשימת הספקים מופיעה באתר אגף השיקום ומתעדכנת מעת לעת)
8. בסיום ההתאמה, טופס המלצת המכון האודיולוגי וטופס התאמת מכשירי השמיעה (הכולל את דגם מכשירי השמיעה שהומלץ, מצ"ב דוגמא בנספח ג') יועברו בפקס על ידי המכון או הזכאי, אל המחלקה לשירותים רפואיים במחוז השיקום לאישור והפקת הפניה למכשירי השמיעה.
9. הפקת ההפניה תבוצע מתוך כרטיס הזכאות למכשירי שמיעה, על ידי לחיצה על כפתור "פתיחת הפניה", יש לציין בסוג ההפניה – "הפניה רגילה" ואת תאריכי תוקף ההפניה.
10. לחיצה על כפתור "אשר" תפתח הפניה, יש ללחוץ בהפניה על כפתור "החלף פריט" ולציין את מק"ט הפריט הנדרש או לבחור ע"פ קבוצה להפניה.
11. לאחר בחירת המקט יש לציין את מספר מכשירי השמיעה המבוקשים (1 או 2) ולבחור ספק כולל סניף במידת הצורך.
12. את הטפסים יש לצרף בכפתור "כמסמכים" להפניה.
13. ההפניה תאושר על ידי עש"ר
14. ההפניה תישלח לזכאי אשר ימסור אותה לספק לצורך הזמנת מכשירי השמיעה.
15. עם קבלת המכשיר, יאשר הזכאי בחתימתו על גבי טופס ההפניה כי קיבל את מכשירי השמיעה לשיעור רצונו.

ב. פניה חוזרת לקבלת מכשירי שמיעה

1. נכה המבקש להחליף את מכשירי השמיעה שברשותו יפנה בקשתו למרפאת המחוז.
2. עש"ר תבדוק האם הגיע מועד החלפת מכשירי השמיעה.
3. לא הגיע המועד להחלפת המכשירים – עש"ר תעדכן את הנכה בכתב כולל ציון מועד ההחלפה.
4. הגיע המועד להחלפת המכשירים – עש"ר תפעל ע"פ הרשום בסעיפים ב 3 עד 13 בתפיסת ההפעלה.

ג. זכאי הנדרש למכשירי שמיעה שאינם בקטלוג המכשירים המאושרים

1. במקרים חריגים בהם לא ניתן להתאים מכשיר שמיעה מתוך קטלוג המכשירים המאושרים על ידי האגף, המלצת הספק בצרף הצעת מחיר למכשירי שמיעה מומלצים על ידו תועבר לבחינת הרופא המחוזי.
2. הרופא המחוזי יבחן את הבקשה וייתיעץ עם היועצת האודיולוגית. לאחר קבלת התייחסותה יחליט הרופא המחוזי באם להמליץ על אישור הבקשה. במידה וימליץ לאשרה יעבירה לרופא הראשי בהתאם לנוהל טכנולוגיה חדשה.

ד. זכאי המבקש לרכוש מכשירי שמיעה באופן עצמאי

1. זכאי שהרופא המחוזי אישר לו זכאות למכשירי שמיעה ושברח לרכוש מכשיר שמיעה אחר שאינו נמצא בקטלוג מכשירי השמיעה העדכני של אגף השיקום, יעביר למחלקה לשירותים רפואיים במחוז את המסמכים הבאים:
 - א. מכתב מטעם הספק בו יצוין כי המכשיר מתאים לנתוני הלקות שלו
 - ב. הצהרת הזכאי כי ידוע לו שהמשרד לא יישא בעלות טיפולים שוטפים ותיקונים של מכשיר השמיעה שנבחר על ידו, שאינו מצוי בקטלוג מכשירי השמיעה המאושרים ע"י אגף השיקום, וזאת למשך כל תקופת השימוש.
2. מפרט המכשיר יועבר ליועצת האודיולוגית של אגף השיקום אשר תאשר כי המכשיר אכן מתאים למאפייני ירידת השמיעה של הזכאי ותוודא כי המכשיר שייך לקטגוריית המכשירים שהומלצה, ההמלצה תועבר לאישור הרופא המחוזי.
3. עם קבלת אישור מהיועצת האודיולוגית ומהרופא המחוזי, לפי המפורט לעיל, עש"ר תעדכן את הזכאי בכתב לגבי גובה ההחזר הכספי שיוכל לקבל מהמשרד במידה ויבחר לרכוש את המכשיר שאינו מצוי בקטלוג המכשירים המאושרים באופן עצמאי וכן כי המשרד לא יישא בעלויות התיקונים במהלך תקופת השימוש כהגדרתה בהוראה זו.
4. לאחר רכישת המכשיר יעביר הזכאי את הקבלה הכוללת פירוט דגם המכשיר אותו רכש לעש"ר שתפתח הפניית החזר בגובה הסכום שאושר

ה. הסתגלות למכשיר שמיעה

1. לזכאי תינתן תקופה של שלושה חודשים לצורך הסתגלות למכשיר השמיעה.
2. במידה והזכאי לא הסתגל למכשיר השמיעה או שהוא לא יהיה שבע רצון מתפקוד המכשיר או מהשירות שקבל אצל הספק, הוא רשאי להחזירו לספק ללא חיוב עד תום תקופת ההסתגלות ולנסות מכשיר שמיעה מדגם נוסף.
3. במידה והוחזר מכשיר השמיעה לספק, על זכאי להעביר למחוז אישור מהספק כי המכשיר הוחזר.
4. במקרה של כישלון בהתאמת שני מכשירי שמיעה של הספק, על הזכאי להעביר למרפאת המחוז מכתב מסכם מהספק על ניסיון השימוש בשני דגמי מכשירי השמיעה והסיבות לאי ההסתגלות למכשירים.
5. מכתב הספק ובדיקות השמיעה העדכניות יועברו להתייעצות עם היועצת האודיולוגית באשר למכשירי השמיעה המתאימים לזכאי.
6. בהתאם להמלצת היועצת האודיולוגית יופנה הזכאי לספק מכשירי שמיעה נוספת חוזרת של מכשירים.

ו. תיקון מכשירי שמיעה

1. למכשיר השמיעה יש אחריות למשך תקופת הזכאות.
2. בכל תקלה במכשיר יש לפנות לספק ממנו נרכש המכשיר.
3. במידה וספק מכשירי השמיעה יטען כי מדובר בתיקון שאינו במסגרת האחריות, יש לבקש מסמך המפרט את הסיבות לקלקול החל במכשיר ואת מהות התיקון הנדרש כולל הצעת מחיר לתיקון.
4. את המסמך מהספק יש להעביר לבדיקת היועצת האודיולוגית שתבחן את הגורם לקלקול במכשיר והאם התיקון אכן אינו במסגרת האחריות.
5. היועצת האודיולוגית תעביר התייחסותה לרופא המחוזי, במידה וימצא הרופא המחוזי לנכון כי יש לאשר את תיקון מכשיר השמיעה, יעביר המלצתו בצרוף התייחסות היועצת האודיולוגית והמסמך מהספק לבדיקתו של הרופא המרחבי.
6. אושר התיקון על ידי הרופא המרחבי – תופק הזמנה לתיקון מכשיר השמיעה.
7. לא אושר תיקון על ידי הרופא המרחבי – הרופא המרחבי יעדכן את הנכה בכתב על החלטתו.
8. אין לאשר החזר כספי עבור תיקון מכשירי שמיעה ללא בדיקת היועצת האודיולוגית ואישור הרופא המרחבי כרשום בסעיפים 3-5.
9. במידה ואושר תיקון בהחזר כספי יש לברר מול אחראי ציוד רפואי את תעריפי התיקון.

ז. סוללות למכשירי שמיעה

1. בעת החלפת מכשיר שמיעה, על טופס ההמלצה לדגם המכשיר מציין הספק את דגם הסוללות המתאים למכשיר.

2. נכה אשר השתנה לו דגם הסוללות הנדרש למכשירי שמיעה, יש לסגור את תוקף ההפניה הקודמת בהתאם למועד קבלת מכשיר השמיעה החדש ולפתוח הפניה חדשה לסוללות עבור הדגם המתאים למכשירי השמיעה החדשים.
3. ההפניה תיפתח על ידי עש"ר/עש"ר מאשררת ותעבור לאישור הרופא המחוזי/עש"ר מאשררת.
4. ההפניה תופק לתקופה של 6 חודשים בכל פעם. יש לציין בהפניה את כמות הסוללות הנדרשת לחודש לזכאי.
5. נכה המבקש לקבל סוללות בתום תוקף ההפניה הראשונה יפנה למוקד הטלפוני/אתר אינטרנט בבקשה לאספקת הפניה לסוללות.
6. מצ"ב טבלה ובה מק"טי הסוללות למכשירי שמיעה והכמות המקסימלית המאושרת לחודש למכשיר. לנכה אשר ברשותו שני מכשירי שמיעה יש להפיק הפניה בהתאם לכמות המאושרת לשני מכשירים.

מק"ט	שם פריט	מטרת הסוללות	כמות מקסימלית לתקופה
20111	10	מכשירי שמיעה	10 סוללות למכשיר לחודש
20112	13	מכשירי שמיעה	10 סוללות למכשיר לחודש
20113	312	מכשירי שמיעה	10 סוללות למכשיר לחודש
20114	675	מכשירי שמיעה	10 סוללות למכשיר לחודש

1. ההפניה המאושרת לסוללות תשלח לנכה אשר יעבירה לספק הסוללות.
2. הסוללות ישלחו לנכה באמצעות דואר ישראל.

נספח א'

רשימת מכונים אודיולוגים לביצוע התאמת מכשירי שמיעה

מרכז רפואי רמב"ם – [REDACTED]

קרן מחקרים מלר"ם איכילוב – [REDACTED]

קרן מחקרים אסף הרופא – [REDACTED]

4. קרן מחקרים וולפסון – [REDACTED]



נספח ב'

מחוז: _____
רח': _____
טלפון: _____
מס' הפניה: _____
תאריך: _____
ספק משהב"ט: _____

לכבוד: _____
טלפון - _____

הפניה

פרטי הזכאית:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	מ.ז.
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון

נא לקבל את הנ"ל ל:

סיבת הפניה:

נחתם דיגיטלית

מ.ר

לתשומת לב: החל מתאריך 02.05.2010 יש לשלוח חשבוניות באמצעות הדואר בלבד, לכתובת:

מוקד קליטת הפניות/ אגף שיקום נכים

קפלן 23

הקריה תל אביב 6473424

במידה ולא נעשה שימוש בהפניה יש להחזירה למחוז השיקום ממנו הופקה

את תוצאות הבדיקה/טיפול יש להעביר לרופא המחוזי באגף השיקום שהפנה אותך לבדיקה/טיפול.

לאחר בדיקת ההתאמה, יימסר לידך טופס המלצה למכשיר שמיעה עמו הנך מוזמן לפנות אל

אחד ממכוני השמיעה לפי בחירתך להתאמת המכשיר.

רשימת מכוני השמיעה מפורסמת באתר האינטרנט של אגף השיקום שכתובתו

www.shikum.mod.gov.il

כוחה של הפניה זו יפה מתאריך עד תאריך

יש להביא לבדיקה כל חומר רפואי רלוונטי.

נספח ג

תאריך: _____

אל: משהב"ט – אגף שיקום נכים

מרפאת לשכת שיקום _____

הנדון: טופס אספקת מכשירי שמיעה

שם הספק: _____

פרטי הזכאי:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	ת.ז.	טלפון

דגמי מכשירי השמיעה

שם הפריט	מק"ט	אוזן ימין	אוזן שמאל
Unitron Quantum 2 16 BTE (O)	40250		
Unitron Quantum2 16 ITE(O)	40251		
Unitron Quantum 2 16 ITC(O)	40252		
(Unitron Quantum 2 16 CIC(O	40253		
Unitron Quantum 2 16 MOXI(O)	40254		
Unitron MAX 6 SP BTE (O)	40255		
Unitron MAX E SP BTE (C)	40256		
Unitron Quantum 2 10 BTE(C)	40257		
Unitron Quantum 2 10 ITE(C)	40258		
Unitron Quantum 2 10 ITC(C)	40259		
Unitron Quantum 2 10 CIC(C)	40260		
Unitron Quantum 2 10 MOXI (C)	40261		
Unitron Quantum 2 E BTE (G)	40262		
Celebrate 80 BTE (mini) (O)	40263		
Sonic Celebrate 80 ITE (O)	40264		
Sonic Celebrate 80 ITC(O)	40265		

Sonic Celebrate 80 CIC(O)	40266		
Sonic Celebrate 80 Mini RITE (mini) (O)	40267		
Sonic Charm 60 BTE(C)	40268		
Sonic Charm 60 ITE(C)	40269		
Sonic Charm 60 ITC(C)	40270		
Sonic Charm 60 CIC(C)	40271		
Sonic Journey 40 (C)	40272		
Sonic Pep 20 BTE (G)	40273		
Sonic Pep 20 ITC(G)	40274		
Sonic Pep 20 CIC(G)	40275		

* יש לסמן X ליד מכשיר השמיעה והסוללות המומלץ.

דגם הסוללות למכשיר השמיעה :

דגם הסוללה	מקט	X
סוללה 13	20112	
סוללה 230/10	20111	
סוללה 312	20113	
סוללה 675	20114	

הצהרת הספק:

תאריך _____ חתימת הספק _____

הצהרת הזכאי:

הנני מאשר כי מפרט הציוד שהותאם לי הנו לשביעות רצוני

תאריך _____ חתימת הזכאי _____

תפיסת הפעלה - נוהל הוצאה וביטול הפניות במחלקות לשרותים רפואיים

כללי:

ישנן פניות רבות מספקים על טיפולים וציוד שניתנו לזכאים ולאחר הגשת החשבונית מתברר כי ההפניה בוטלה. במקרים אלו הספקים נתקלים בקושי רב בקבלת התשלום עבור השרותים/ הציוד שסופק.

תפיסת הפעלה זו, מטרתה להסדיר את אופן הטיפול בביטולי ההפניות תוך עדכון הנכח וקבלת הצהרתו על אי מימוש/ מימוש חלקי של ההפניה. בכל מקרה בו נכה יבקש לבטל הפניה ולאחר מכן יתקבל חיוב בגינה, ניתן יהיה לחייב את הנכה בתשלום על פי תעריפי המשרד.

תפיסת הפעלה זו מרחיבה את תפיסת ההפעלה – נוהל הוצאה וביטול הפניות במערכת שיקום 2000, המפורסמת תחת תקציב והתקשרויות ומסדירה את אופן הטיפול בביטול הפניות במחלקות לשרותים רפואיים באופן פרטני.

נוהל העבודה

1. בכל מקרה בו נכה פונה ומבקש לבטל את ההפניה יש להחתימו על טופס "הצהרה על אי מימוש הפניה" המצורף כנספח א'. את הטופס ניתן להעביר ולקבל חזרה בפקס.
2. לאחר קבלת טופס ההצהרה חתום על ידי הנכה יש לבדוק האם מדובר בהפניה לטיפול/ ציוד חד פעמי או הפניה מתמשכת (לדוגמא טיפולי פיזיותרפיה)

הפניה לטיפול/ ציוד חד פעמי

1. יש לבטל את הפניה, לצרף תחת כפתור "מסמכים" בהפניה את טופס ההצהרה החתום על ידי הנכה ולציין בסבב את מספר ההפניה המחליפה שנפתחה, אם יש כזו.
2. בהפניה המחליפה שנפתחה יש לציין בהערות להדפסה "הפניה זו מחליפה הפניה מספר _____ אשר בוטלה לבקשת הנכה".
3. ההפניה המבוטלת תועבר בסבב לאישור ביניים מנהלת המרפאה אשר תוודא כי צורף טופס ההצהרה וכי נרשמו הפרטים הנדרשים כמפורט בתפיסת ההפעלה.

הפניה מתמשכת

1. בהפניות מתמשכות יש לוודא עם הנכה האם לא ניצל כלל את ההפניה או ניצל חלקית.

ניצול חלקי של כמות הטיפולים/ ציוד ההפניה

א. אין לבטל את ההפניה אלא לקצר את תוקפה בהתאם למועד בו מציין הנכה כי הפסיק לקבל את הטיפול/ציוד, זאת על מנת לאפשר לספק לקבל תשלום עבור הטיפול/ציוד שנוצל בהפניה.

ב. לאחר קיצור תוקף ההפניה יש לצרף תחת כפתור "מסמכים" את טופס ההצהרה החתום על ידי הנכה ולציין בסבב את מספר ההפניה המחליפה שנפתחה, אם יש כזו.

ג. בהפניה המחליפה שנפתחה יש לציין בהערות להדפסה "הפניה זו מחליפה הפניה מספר _____ אשר תוקפה קוצר לבקשת הנכה".

אי ניצול ההפניה במלואה

א. יש לבטל את הפניה, לצרף תחת כפתור "מסמכים" בהפניה את טופס ההצהרה החתום על ידי הנכה ולציין בסבב את מספר ההפניה המחליפה שנפתחה, אם יש כזו.

ב. בהפניה המחליפה שנפתחה יש לציין בהערות להדפסה "הפניה זו מחליפה הפניה מספר _____ אשר בוטלה לבקשת הנכה".

ג. ההפניה המבוטלת תועבר בסבב לאישור ביניים מנהלת המרפאה אשר תוודא כי צורף טופס ההצהרה וכי נרשמו הפרטים הנדרשים כמפורט בתפיסת ההפעלה.

קבלת חשבונית לתשלום בגין הפניה שבוטלה

1. במקרה בו תועבר מאכ"ס חשבונית בגין הפניה שבוטלה, תועבר החשבונית לעש"ר במחוז בו מטופל הנכה.

2. עש"ר תפעל כדלקמן:

א. קיימת הפניה מחליפה לספק ממנו התקבל החשבון אשר לא שולמה - עש"ר תדפיס את ההפניה, תצרף לחשבונית ותשלח לאכ"ס לתשלום.

ב. לא קיימת הפניה מחליפה לספק ממנו התקבלה החשבונית –

(1) עש"ר תבדוק האם קיים בתיק הנכה "טופס הצהרה על אי מימוש הפניה" בטרם בוטלה ההפניה.

(2) עש"ר תיצור קשר טלפוני עם הנכה תעדכן אותו על בקשת התשלום ותבדוק מולו האם קיבל את הטיפול/ ציוד מהספק.

(3) במידה וקיבל הנכה את הטיפול/ציוד מהספק והוא זכאי לכך, ואין הפניה אחרת שהופקה לאותו שירות/ ציוד היא תפיק הפניה מתאימה ותבהיר לנכה כי בעתיד אין להשתמש בהפניה מבוטלת אלא לוודא קבלת הפניה חדשה לפני פניה לספק לקבלת הציוד ותתעד את ממצאי הבדיקה במעקב טיפול.



ג. קיימת הפניה נוספת לציוד/טיפול אשר שולמה—

- 1) במידה וקיימת הפניה נוספת לציוד אשר שולמה לספק, עש"ר תעדכן את הנכה על בקשת התשלום ותבדוק מולו האם קיבל את הטיפול/ ציוד מהספק אשר ההפניה אליו בוטלה.
- 2) במידה וקיבל הנכה את הטיפול/ציוד משני ספקים או בכמות כפולה מאותו ספק (גם עבור ההפניה המבוטלת וגם עבור ההפניה התקפה), עש"ר תעדכן את הנכה על כך שהמקרה יועבר לועדה לתשלומי יתר שתדון בחיוב הנכה בעלות תשלום היתר ותתעד את ממצאי הבדיקה במעקב טיפול



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

הצהרה על אי מימוש הפניה

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מס' תיק: _____ ת"ז: _____

מצהיר בזאת כי הפנייה/ התחייבות שקיבלתי עבור :

טיפול/ ציוד /שירות _____

שם הספק _____

לא נוצלה על ידי מהסיבות הבאות או נוצלה חלקית (במידה ונוצלה חלקית יש לציין את מועדי השירות שנוצלו) _____

הנני מבקש הפנייה חלופית לאותו טיפול/ ציוד / שירות לספק _____

תאריך _____ חתימת הנכה _____

לשימוש משרדי: מס' הפנייה _____

תפיסת הפעלה – מעקב אחר תוקף כרטיסי זכאות לליווי

א. כללי:

צר"מ מלווים ממליץ לרופא המרחבי על הצורך למתן סיוע לנכה באמצעות ליווי לנכה .
סגן הרופא הראשי הוא הסמכות לקבוע שעות ליווי לאחר עיון בחוות דעת הצר"מ
ובמסמכים רפואיים רלוונטיים .
ככלל, הליווי מאושר לנכה לתקופה קצובה, באותם מקרים בהם יש צורך לבחון בשנית את
הצורך בהמשך מתן ליווי יש להפנות הנכה לבדיקה חוזרת בצר"מ מלווים .
באחריות המרפאות לנהל מעקב אחר תום תוקף הליווי שאושר לכל נכה , ולפעול להעמדת
הנכה לצר"מ מלווים חוזר.
לצורך כך יש להפיק אחת לחודש דוחות מעודכנים של כרטיסי זכאות שתאריך סוף התוקף
שלחם נקבע לחצי שנה קדימה בתקופה זו ניתן יהיה להיערך להעמדת הנכה לצר"מ
מלווים .
כמו כן דוח של כרטיסי הזכאות שאושרו על ידי הרופא לליווי זמני ללא צר"מ שתאריך
סוף התוקף שלחם חודשיים קדימה וזאת על מנת להיערך במידת הצורך להעמידם בפני
צר"מ .

ב. נוהל העבודה

1. באחריות מנהלות מרפאה לוודא מול הרופא המחוזי האם הזכאים הנמצאים בדוחות
זקוקים להמשך ליווי.
א. במידה ויש צורך בהמשך ליווי - במידה והרופא המחוזי מוצא לנכון כי הנכה
זקוק להמשך ליווי יש להתחיל תהליך קבלת מסמכים עדכניים בבקשה להעמידו
בפני צר"מ מלווים חוזר כרשום בתפיסת הפעלה – מתן ליווי לנכי צה"ל,
סעיפים : 20-25.
ב. במידה ואין צורך בהמשך ליווי - במידה והרופא המחוזי לא מוצא לנכון להמשיך
ליווי לנכה, יש לעדכן את הנכה במכתב מפורט על ההחלטה על מנת לאפשר לו זמן
התארגנות / ערעור במידת הצורך.
2. על אחריות מנהלות מרפאה לוודא מידי סוף חודש העוקב כי הנכים המופיעים בדוח
מטופלים בהתאם להחלטת הרופא המחוזי.

פירוט מועדי קבלת הדוחות בהתאם לתאריכי סוף תוקף הליווי :

וח חודש	תום תוקף ליווי זמני	תום תוקף ליווי קבוע
ינואר	מרץ	יולי
פברואר	אפריל	אוגוסט
מרץ	מאי	ספטמבר
אפריל	יוני	אוקטובר
מאי	יולי	נובמבר
יוני	אוגוסט	דצמבר
יולי	ספטמבר	ינואר
אוגוסט	אוקטובר	פברואר
ספטמבר	נובמבר	מרץ
אוקטובר	דצמבר	אפריל
נובמבר	ינואר	מאי
דצמבר	פברואר	יוני

תפיסת הפעלה – אופן הטיפול באספקת שירות טיפול ביתי

בעירו תוך ורידי

א. כללי:

לנכי צה"ל זכאי אגף השיקום שהרופא המוסמך אישר עבורם טיפול של מתן אנטיביוטיקה/ נוזלים/ הזנה תוך ורידיים בביתם נדרש לבצע מספר פעולות על מנת לתאם את קבלת הטיפול והחומרים.

ב. נוהל עבודה להסדרת הטיפול בבקשות מסוג זה:

1. טיפול בעירו תוך ורידי ניתן בהמלצה של בית החולים בו מאושפז הנכה, לקראת שחרורו או על ידי רופא מטפל במידה והנכה אינו מאושפז.
2. הצוותים הרפואיים בבתי החולים / בקהילה יוצרים קשר עם ספק הטיפול הביתי (קיימים בארץ 2 ספקים : טבע מדיקל וניאופארם- קיור) ומעבירים אליו מרשם לטיפול הנדרש.
- א. ספק הטיפול הביתי יקבל את המרשם לטיפול הנדרש ויודא כי המרשם תקין ויעבירו אל האחות במוקד הטלפוני של אגף השיקום.
3. האחות במוקד הטלפוני תעביר את המרשם בפקס לצוות המטפל במחוז אליו שייך הנכה ובמקביל תפתח פניית מעקב טיפול בנושא הזמנות רפואה, תת נושא : "טיפול ביתי בעירו תוך ורידי"
4. הרופא המחוזי יבדוק את המרשם ויודא כי הטיפול ניתן בגין הנכות המוכרת ובמידה ויאשרו יפיק מרשם תרופות לטלפארמה ועש"ר תעדכן את האחות במוקד הטלפוני תחת פניית מעקב הטיפול שנפתחה.
- את המרשם יש להעביר בפקס לטלפארמה עם ציון של שם ספק הטיפול הביתי.
5. הרוקח מטלפארמה ייצור קשר עם ספק הטיפול הביתי, יישלח אליו את התרופות ויודא קבלתן בזמן לצורך אספקה לזכאי.
6. עש"ר תפיק הפניה מתאימה לספק הטיפול הביתי לצורך מהילת התרופה המתקבלת מטלפארמה והעברתה לזכאי כולל הדרכתו לשימוש ותוודא קבלת ההפניה בפקס אצל הספק.
- ב. ספק הטיפול הביתי יכין את התרופה/ ההזנה למתן דרך הוריד וישלח לבית הנכה את הטיפול ע"י שליח לא יאוחר מיום המחרת מקבלת ההפניה או בשעות הקרובות ביותר לשחרור הזכאי מבית החולים- וזאת בתיאום הספק מול בית החולים. הספק ידריך את המטופל או מי מטעמו באופן מתן הטיפול. ההדרכה יכולה להתבצע בבית החולים בו מאושפז הזכאי או במרפאה בה מטופל הזכאי (לא בבית המטופל)
7. הזכאי יאשר בחתימתו על ההפניה כי התקבל אצלו הטיפול הנחוץ.
8. טופס ההפניה החתום ע"י הזכאי מהווה התחייבות כספית של המשרד לתשלום.

9. נציג שירות הלקוחות של ספק הטיפול הביתי יצור קשר מידי שבוע עם המטופל על מנת לוודא שאין שינוי בטיפול או אשפוז לפני ייצור התרופה, ואספקה בהתאם.

ג. תהליך העבודה - תרשים זרימה



תפיסת הפעלה - טיפול בבקשות נכים לקבלת ציוד ושירותים

רפואיים / החזר הוצאות בגין ציוד ושירותים רפואיים לנכה

הנמצא בחו"ל

א. החזר הוצאות עבור ציוד רפואי / שיקומי לנכי צה"ל המתגוררים בחו"ל
נכה צה"ל המתגורר בחו"ל, הזכאי לציוד רפואי / שיקומי יעביר בעת הבקשה לקבלת החזר הוצאות :

1. הצעת מחיר לציוד הנדרש הכוללת מפרט (סוג + דגם) ועלויות .
 2. החזר עבור מכשיר שמיעה מחייב בנוסף לאמור בסעיף 1 לצרף תוצאות בדיקת שמיעה עדכנית .
- הבקשה תועבר ע"י אחראית נסיעות חו"ל ליחידה לאפיון ובקרת השר"פ לבדיקה מול היועצים המקצועיים :
1. במקרה שמדובר בדגם ציוד המסופק בסל המכשירים והציוד באגף השיקום, יקבל הנכה החזר מלא לפי גובה תעריף התשלום במקום מושבו.
 2. במקרה שמדובר בדגם ציוד שאינו מסופק בסל המכשירים והציוד באגף השיקום, יוכל הנכה לקבל את דגמי המכשירים בסל המכשירים והציוד באגף השיקום אותם הוא יכול לרכוש ולקבל החזר מלא, או לחלופין יקבל את ההחזר המירבי בגובה התעריף המקובל בארץ .
- בתום הבדיקה יועבר לנציג המשלחת מענה באמצעות אחראית נסיעות חו"ל לגבי גובה ההחזר הכספי אותו ניתן לאשר .
- פניה של הזכאי תעשה מראש, לפני רכישת המכשירים לא יאושר החזר בדיעבד, למעט מקרים חריגים.
- רשימת הנושאים בהם יש לפעול בהתאם לאמור בתפיסה הם :

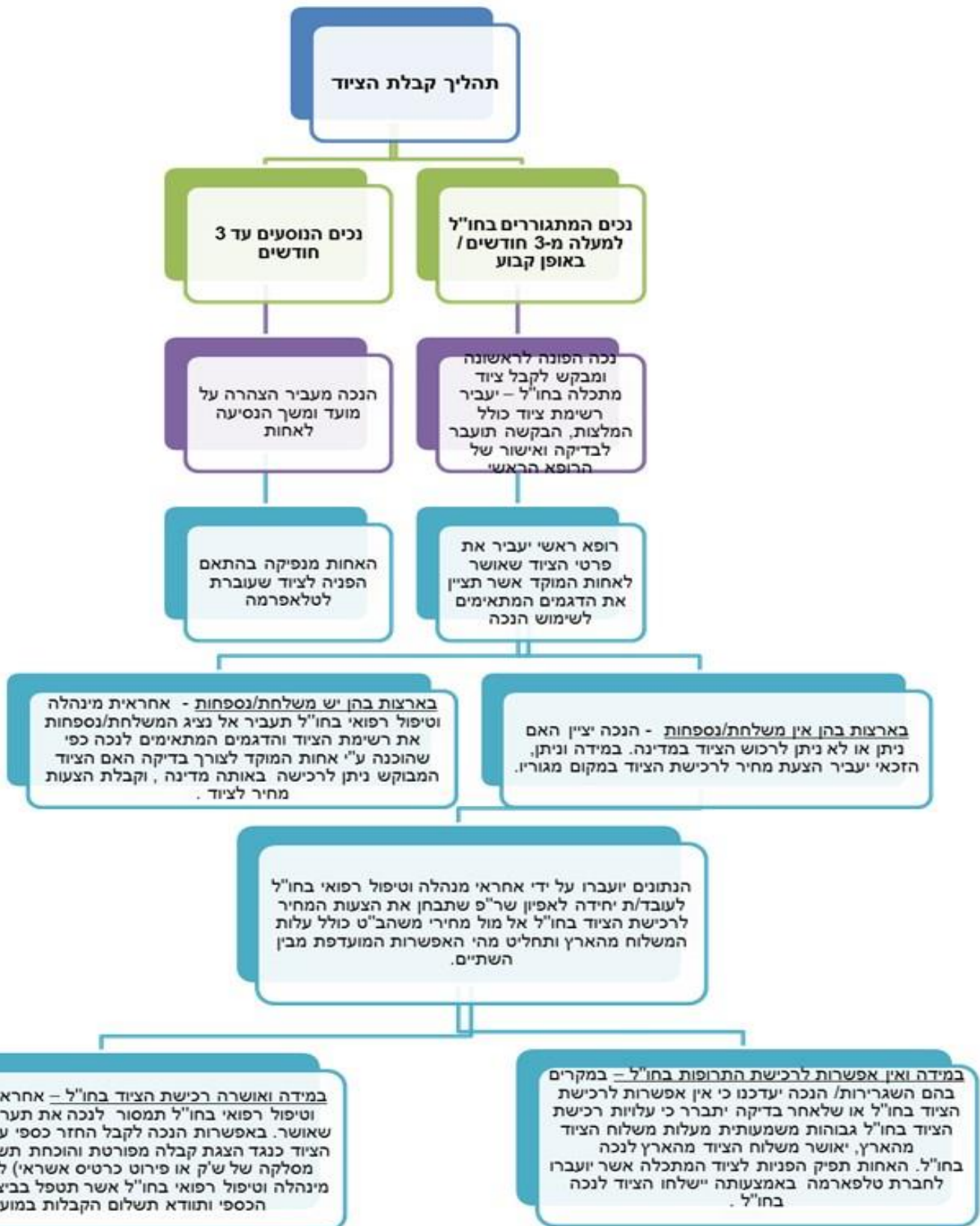
- מכשירי שמיעה
- משקפיים
- טיפולי שיניים
- ציוד מתכלה
- ציוד אורטופדי
- כסאות גלגלים וכריות לכסאות גלגלים
- נעליים אורטופדיות

ב. ציוד מתכלה לנכים המתגוררים בחו"ל באופן זמני או קבוע –

- 1) **נכים הנוסעים לחו"ל לתקופה של עד 3 חודשים** יקבלו את הציוד המתכלה מהארץ באמצעות ספק הציוד, הנכה יעביר הצהרה על מועד ומשך נסיעתו והאחות תנפק את ההפניה לציוד אשר תועבר לטלאפרמה לצורך אספקת הציוד לנכה לכל התקופה
- 2) **נכים המתגוררים בחו"ל באופן קבוע או לתקופה העולה על 3 חודשים** תתבצע בדיקה מקדמית באשר לאופן אספקת הציוד (רכישה בחו"ל והחזר הוצאות או שליחת הציוד מהארץ) הבדיקה תבוצע באופן הבא :

- א. נכה הפונה לראשונה ומבקש לקבל ציוד מתכלה בחו"ל, יעביר את רשימת הציוד הנדרש כולל המלצות. הבקשה תועבר לבדיקתו ואישורו של רופא מטה.
- ב. רופא מטה יעביר פרטי הציוד שאושר לאחות המוקד אשר תציין הדגמים המתאימים לשימוש של הנכה.
- ג. בארצות בהן יש משלחת/נספחות - אחראית מינהלה וטיפול רפואי בחו"ל תעביר אל נציג המשלחת/נספחות את רשימת הציוד והדגמים המתאימים לנכה כפי שהוכנה ע"י אחות המוקד לצורך בדיקה האם הציוד המבוקש ניתן לרכישה באותה מדינה, וקבלת הצעות מחיר לציוד.
- בארצות בהן אין משלחת/נספחות - הנכה יציין האם ניתן או לא ניתן לרכוש הציוד במדינה. במידה וניתן, הזכאי יעביר הצעת מחיר לרכישת הציוד במקום מגוריו.
- הנתונים שיאספו כמפורט בסעיף 2 יועברו על ידי אחראי מינהלה וטיפול רפואי בחו"ל לעובד/ת יחידה לאפיון שר"פ שתבחן את הצעות המחיר לרכישת הציוד בחו"ל אל מול מחירי טלפארמה כולל עלות המשלוח מהארץ ותחליט מהי האפשרות המועדפת מבין השתיים.
- במידה ואושרה רכישת הציוד בחו"ל – אחראית מינהלה וטיפול רפואי בחו"ל תמסור לנכה את תעריפי הציוד שאושר. החזר כספי בגין רכישת הציוד יבוצע כנגד הצגת קבלה מפורטת והוכחת תשלום (צילום מסלוקה של שיק או פירוט כרטיס אשראי), המסמכים יועברו לאחראית מינהלה וטיפול רפואי בחו"ל אשר תטפל בביצוע ההחזר הכספי ותוודא תשלום הקבלות במועד.
- במידה ואין אפשרות לרכישת התרופות בחו"ל – במקרים בהם השגרירות/ הנכה יעדכנו כי אין אפשרות לרכישת הציוד בחו"ל או שלאחר בדיקה יתברר כי עלויות רכישת הציוד בחו"ל גבוהות מעלות משלוח הציוד מהארץ, יאושר משלוח הציוד מהארץ לנכה בחו"ל. האחות תפיק הפניות לציוד המתכלה אשר יועברו לחברת טלפארמה באמצעותה יישלחו הציוד לנכה בחו"ל.
- (3) ככלל, נכה הזקוק למספר פרטי הציוד שחלקם ניתנים לרכישה בחו"ל וחלקם לא, תאושר רכישת כל הפריטים בארץ וזאת במטרה להקל על הנכה את תהליך קבלת הציוד ולאפשר קבלת הציוד במרוכז.
- (4) לנכים בשיעור +100% בשל מורכבות הטיפול הרפואי והצורך במגוון פרטי ציוד רפואי, תתאפשר הבחירה לרכוש את הציוד במקום מושבם או לקבלו מהארץ במשלוח באמצעות חברת טלפארמה.

להלן תרשים זרימה :



תפיסת הפעלה - תפעול צר"מ ארצי

כללי:

כחלק ממדיניות האגף לשיפור השירות לזכאים, שיפור הזמינות והמקצועיות הוחלט על הפעלת צר"מ ארצי באמצעות ספק חיצוני. הפעלת המערך כוללת את זימון אנשי הצוות, זימון הנכים לצר"מ וקביעת פרוטוקול סיכום.

הצר"מ יתקיים בבניין מרכזים בפתח תקווה, בחדרי הוועדות הרפואיות.

הצר"מ מהווה צוות מייעץ לרופא המוסמך שאמון על קבלת ההחלטות הרפואיות.

להלן סוגי הצר"מים אשר יופעלו במסגרת הצר"מ הארצי:

- צר"מ נעליים
- צר"מ כסאות גלגלים ממונעים
- צר"מ כושר עבודה
- צר"מ מלווים
- צר"מ לבחינת איבר זוגי
- צר"מ חלוקת אחוזי נכות.

בהתאם להסכם ההתקשרות מחויב הספק להחזיר בתום הטיפול את כל החומר הרפואי שנשלח אליהם. באחריות המרפאות לוודא שלפרוטוקול שנשלח בתום הבדיקה בצר"מ יצורף כל החומר הרפואי שהועבר.

נהלי עבודה להפניית זכאי לבדיקה בפני צר"מ נעליים:

עקרונות

1. הוראת נעליים, מענק נעליים ומדרסים שמספרה 53.07 מפרטת את הזכאויות לקבלת נעליים אורתופדיות.
2. לא יינתן אישור לנעליים אורתופדיות ללא בדיקת הזכאי בצר"מ נעליים לקביעת הצורך בנעליים אורתופדיות ובמפרט הנעליים במידת הצורך.
3. הבדיקה בצר"מ נעליים וקביעת המפרט הינה חד פעמית אלא אם כן יש שינוי במצב הרפואי המצריך מפרט שונה.

זכאות:

1. הזכאות לנעליים אורתופדיות/מיוחדות, מיועדת לנכים אשר נכותם המוכרת במשהב"ט, היא בקרסול או בכף הרגל. ומפורטת במדויק בהוראה.



נעלי סכרת מיועדות לנכים אשר נכותם המוכרת במשהב"ט היא מחלת הסוכרת וסיבוכיה הפריפריים בכף הרגל. (65 % ומעלה על מחלת הסוכרת).

אופן ביצוע:

1. זכאי הפונה ומבקש נעליים אורתופדיות, יעביר ההמלצה מהרופא המומחה לבדיקתו של הרופא המחוזי.
2. הרופא המחוזי יבחן את הבקשה ובמידה וימצא לנכון יפנה את הזכאי לבדיקה בצר"מ נעליים.
3. הרכב צר"מ נעליים:
רופא מומחה בעל התמחות שיקום
פיזיותרפיסט
4. בקשות לדיון בצר"מ יועברו ע"י מרפאות המחוז ישירות לחברת מדיטון.
5. להלן מסמכי החובה לדיון בצר"מ נעליים:
 - א. טופס הפנייה לצר"מ נעליים אורתופדיות
 - ב. צילום פירוט אחוזי נכות
 - ג. הפנייה המהווה התחייבות כספית לבדיקה - מק"ט 41007
 - ד. מכתב המלצה מאורתופד
 - ה. מסמכים רפואיים נוספים במידה וקיימים
6. צר"מ הנעליים כולל בדיקת הנכה וכתובת מפרט לנעליים אורתופדיות מתוך קטלוג הפריטים של אגף השיקום
7. המתאם יודיע טלפונית לנכה על מועד קיום הצר"מ תוך 7 ימים מיום קבלת הפנייה מעובד שירותים רפואיים במחוז.
8. בכל מקרה נכה יזמן לבדיקה עד 21 מיום העברת הפנייה וחומר רפואי ע"י עובד שירותים רפואיים במחוז אגף השיקום.
9. המתאם יעביר לנכה זימון בכתב לצר"מ ויוודא הגעתו לצר"מ בתזכורת טלפונית יום לפני מועד הבדיקה.
10. במקרים בהם נכה לא יגיע לבדיקה בפני הצר"מ, באחריות המתאם לברר את סיבת אי ההופעה ולקבוע מועד חלופי קרוב. במידה והנכה לא מופיע פעמיים יעדכן המתאם את עובד השירותים הרפואיים הרלוונטי במחוז שהפנה את הנכה לבדיקה.



11. פרוטוקול הצר"מ ישלח לרופא המוסמך/עובד השירותים הרפואיים באגף השיקום תוך 7 ימי עבודה מיום בדיקת הנכה באמצעות פקס ומייל .

12. המלצות הצר"מ ייבדקו על ידי הרופא המוסמך המחוזי ובמידה ויקבלן, תפיק המרפאה הפניה בהתאם למפרט שהומלץ ותסרוק כמסמך חובה את פרוטוקול הצר"מ. ההפניה תשלח לזכאי אשר יפנה עמה לספק לקבלת הציוד.

13. טופס ההפניה החתום ע"י הזכאי מהווה התחייבות כספית של המשרד לתשלום עבור הנעליים /מדרסים לספק.



דוגמת טופס הפניה לצר"מ נעליים אורטופדיות

(ימולא על ידי רופא מוסמך)

פרטי הזכאי:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת	מ.ז
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון ליצירת קשר

תיאור הפגימה כמפורט בפרוטוקול הועדה הרפואית:

מטרת ההפניה לבדיקה:

חומר רפואי מצורף:

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____ תאריך: _____

אביזר לגירוי עצבי FES

כללי

1. אביזר לגירוי עצבי משמש כאביזר רפואי – תפקודי לאנשים הסובלים מפגיעה עצבית הבאה לידי ביטוי בתפקוד גפה.
2. האביזר מבצע גירוי עצבי פונקציונאלי, המסייע לתפקוד הגפה הפגועה.
3. נכה צה"ל המוכר על פגימה נזרולוגית הבאה לידי ביטוי בהפרעה תפקודית של גפה, זכאי לבדיקת התאמה לשימוש באביזר הנ"ל לפי המלצה של רופא מומחה.
4. מטרת הצר"מ היא לבדוק את הנכה ואת יכולת השימוש באביזר בשים לב לתועלת הפונקציונאלית אשר יוכל להפיק מהשימוש באביזר

זכאות

הזכאות למכשיר חשמלי פונקציונאלי מיועד לנכים אשר נכותם המוכרת במשהב"ט הינה בשל פגיעה עיצבית מרכזית.

נהלי עבודה להפניית זכאי לבדיקה בפני צר"מ למכשיר לגירוי עצבי FES

1. זכאי הפונה ומבקש מכשיר לגירוי עצבי FES יעביר ההמלצה מרופא שיקומי מומחה לבדיקתו של הרופא המחוזי.
 2. הרופא המחוזי יבחן את הבקשה ובמידה וימצא לנכון יפנה את הזכאי לבדיקה בצר"מ למכשיר גירוי עצבי FES (בטופס ייעודי לצר"מ זה).
 3. בקשות לדיון בצר"מ למכשיר לגירוי עצבי FES יועברו ע"י מרפאות המחוז לבדיקת בקרית פיזיותרפיה ביחידה לאפיון השר"פ
 4. המסמכים הנדרשים בבקשה לצר"מ למכשיר לגירוי עצבי FES
 - צילום פירוט אחוזי נכות
 - פרוטוקול וועדה רפואית
 - הפנייה המהווה התחייבות כספית – במק"ט לצר"מ נעליים 41007
 - מכתב המלצה מרופא שיקום
 - מכתב המלצה או דוח טיפולים של פיזיותרפיה/הידרותרפיה
- (חשוב שהחומר יועבר במרוכז לבקרית אשר תוודא שהחומר מועבר לצר"מ מוכן וברור)
5. המסמכים יועברו על ידי בקרית הפיזיותרפיה אל חברת מדיטון
 6. הרכב צר"מ למכשיר גירוי עצבי FES:



- רופא מומחה בעל התמחות שיקום
- פיזיותרפיסטית בעל מומחיות באלקטרוטרפיה וגירוי שרירים
- 7. המתאם יודיע טלפונית לנכה על מועד קיום הצר"מ תוך 7 ימים מיום קבלת הפנייה מבקרת הפיזיותרפיה באגף .
- 8. בכל מקרה נכה יזמן לבדיקה עד 45 יום מיום העברת הפנייה וחומר רפואי ע"י בקרית הפיזיותרפיה באגף .
- 9. המתאם יעביר לנכה זימון בכתב לצר"מ ויוודא הגעתו לצר"מ בתזכורת טלפונית יום לפני מועד הבדיקה.
- 10. במקרים בהם נכה לא יגיע לבדיקה בפני הצר"מ, באחריות המתאם לברר את סיבת אי ההופעה ולקבוע מועד חלופי קרוב. במידה והנכה לא מופיע פעמיים יעדכן המתאם את בקרית הפיזיותרפיה באגף שהפנתה את הנכה לבדיקה.
- 11. צר"מ למכשיר גירוי עצבי כולל :
ראיון שבמהלכו נאספים פרטים, אבחנות הנכה ומצבו הכללי. בדיקה פיזיקלית שתיערך על ידי הרופא והפיזיותרפיסטית הכוללת: תחושה, בדיקת טווחי תנועה, כוח שרירים, טונוס, ניתוח הליכה, 10 meters walk, Time Up and Go (TUG 3 meters), בדיקה חשמלית בעזרת מכשיר מוטורי על ידי הפיזיותרפיסטית – לקבלת כיוון שרירי פונקציונאלי בשרירים המיועדים להפעלה במכשיר.
- 12. הצר"מ יכלול בפרוטוקול את פרטי הנכה, ממצאי ומהלך הבדיקה, מסמכים שעמדו בפני הצר"מ וסיכום והמלצות לגבי השאלת מכשיר FES לניסיון עבור הנכה.
- 13. לאחר קיום הצר"מ יעביר המתאם בפקס ובמייל ליועצת הפיזיותרפיה פרוטוקול מודפס וחתום ע"י כל חברי הצר"מ עבור כל נכה נבדק. פרוטוקול הצר"מ ישלח לאגף השיקום תוך 7 ימי עבודה מיום בדיקת הנכה.
- 14. הפרוטוקול יועבר למרפאת המחוז לרופא המחוזי על ידי בקרית הפיזיותרפיה. מרפאת המחוז תסרוק את פרוטוקול הועדה לתיק הנכה.
- 15. במידה ואושר מכשיר FES לתקופת ניסיון על ידי רופא מחוזי, הפניה להשכרת האביזר תופק ע"י המחלקה לשירותים רפואיים במחוז. הצר"מ יקבע את משך תקופת הניסיון.
- 16. הזכאי יפנה לספק עם ההפניה לניסיון או רכישה על מנת להתאים את המכשיר לצרכיו לניסיון.
- 17. במועד אספקת האביזר, יתדרך הספק את הזכאי על אופן השימוש בו.
- 18. לאחר תקופת הניסיון בהתאם לקביעת צר"מ יוזמן הזכאי לצר"מ נוסף, בצר"מ זה ישתתף גם הספק שהתאים את המכשיר לזכאי. במידה ובצר"מ יוחלט כי אכן האביזר מתאים לשימוש, יעביר הצר"מ המלצתו לרופא המחוזי.

19. במידה הרופא המחוזי יאשר את המלצות הצר"מ לרכישת מכשיר, יוצא טופס ההפניה החתום ע"י הזכאי מהווה התחייבות כספית של המשרד לתשלום עבור המכשיר לספק.
20. במידה ואין הסכם תקף במערכת שיקום 2000 לאספקת אביזר לגירוי עצבי יש להעביר הבקשה לביצוע אחראי ציוד רפואי ביחידת אפיון שר"פ במטה.

תיקון/החלפת האביזר

- האחריות על האביזר הינה למשך 3 שנים מיום רכישתו. אביזר שהתקלקל בתקופת האחריות יתוקן על ידי הספק ללא עלות (למעט מקרים בהם הקלקול אינו במסגרת האחריות)
21. אביזר שהתקלקל במהלך תקופת השכירות, הספק יחליף את האביזר באביזר חלופי.
22. אביזר שנרכש עבור הזכאי והתקלקל לאחר תום תקופת האחריות, על הזכאי לפנות לספק ולקבל הצעת מחיר לתיקון האביזר. הצעת המחיר תועבר אל האחראי במטה אשר יבדוק ויאשר את התיקון. לאחר האישור תופק הפניה לתיקון האביזר ע"י המחלקה לשירותים רפואיים במחוז. ובמידה ואין הסכם תקף במערכת שיקום 2000 לתיקון האביזר, תופק ההפניה ע"י אחראי ציוד רפואי ביח' לאפיון שר"פ במטה.
23. במידה ולא ניתן לתקן את המכשיר או לחלופין יוחלט שהחלפת המכשיר נדרשת בשל קלקולים תכופים ועלות תיקון יקרה, יחל הנכה תהליך הכולל הזמנה לצר"מ שימליץ באם יש לבצע ניסיון נוסף עם המכשיר או לרכוש חדש ללא ניסיון.



טופס הפנייה לצר"מ להתאמת אביזר לגירוי עיצבי פונקציונאלי

שם הנכה _____ % נכות _____ טל: _____

מס' תיק _____ כתובת _____

נכות מוכרת:

מחלות ופגימות נוספות שאינן קשורות לנכות מוכרת _____

מצב רפואי עדכני _____

נימוק הצורך במכשיר לגירוי עיצבי _____ -

תאריך: _____

חתימה וחותמת רופא מוסמך מחוזי _____

החלטת הרופא המרחבי: ☐ הפנייה לוועדה ☐ לא מאשר הפניה לוועדה

תאריך: _____

חתימה וחותמת רופא מרחבי _____



סיכום בדיקה בצר"מ להתאמת מכשיר לגירוי עצבי פונקציונאלי FES

ראיון:

ממצאי הבדיקה (תחושה, טווחי תנועה, כוח שרירים, טונוס, ניתוח הליכה, Time Up & Go)

בדיקה בעזרת מכשיר גירוי מוטורי:

המלצות הצר"מ:

תאריך הבדיקה:

חתימת הרופא המורשה:

חתימת פיזיותרפיסט:

תרשים זרימה להתאמת מכשיר לגירוי עצבי פונקציונאלי (Neuro-Functional-Stimulation) N.F.S

הנכה יקבל המלצה מרופא מומחה רופא שיקומי, להתאמת מכשיר מסוג (N.S.F) מכשיר לגירוי עצבי פונקציונאלי.

במידה והרופא המחוזי ימצא בקשה זו מתאימה, יחתום על הטופס המתאים – "טופס הפנייה לוועדה להתאמת מכשיר לגירוי עצבי פונקציונאלי". המרפאה תעביר לבקריית פיזיותרפיה באגף את כל החומר לצר"מ

בקריית פיזיותרפיה תעביר את החומר לצר"מ

הוועדה ע"י רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום וע"י פיזיותרפיסט/ית אשר מתמחה בטיפולים חשמליים

מהלך הועדה:

- א. ראיון שבמהלכו נאספים פרטים, אבחנות הנכה ומצבו הכללי.
- ב. בדיקה פיזיקלית שתיערך על ידי הרופא והפיזיותרפיסטית הכוללת:
תחושה, בדיקת טווחי תנועה, כוח שרירים, טונוס, ניתוח הליכה, 10meters walk, get up and go (3 meters), בדיקה חשמלית בעזרת מכשיר מוטורי – לקבלת כיוון שרירי פונקציונאלי בשרירים המיועדים להפעלה במכשיר

במידה והנכה ימצא מתאים לשימוש במכשיר מסוג NFS, יוציא הצר"מ סיכום בדיקה ומסקנות בהתאם. לאחר אישור רופא מחוזי, הנכה יקבל הפניה מהיחידה לשירותים רפואיים ויתנסה 6 שבועות במכשיר

במידה והנכה לא ימצא מתאים לשימוש במכשיר מסוג NFS, יוציא הצר"מ סיכום בדיקה והמלצות ללישכה בהתאם. במידת הצורך יבקשו הצר"מ מהלישכה להפנות

הנכה יתרגל למשך 6 שבועות השכרה את ההליכה עם

בתום תקופת ההשכרה יוזמן הנכה לצר"מ ביחד עם ספק המכשיר לפגישה עם הרופא השיקומי והפיזיותרפיסט/ית להחלטה סופית באם המכשיר מתאים לנכה. בבדיקה זו שוב תיערך בדיקה פיזיקלית עם המכשיר שתכלול ניתוח הליכה, מבחני הליכה וכדו'. הספק יציג למשתתפים את תוצאות כרטיס הזיכרון של המכשיר בדבר זמני הליכה וכמות צעדים של הנכה עם המכשיר במהלך חודש הניסיון. בסוף המפגש יוחלט אם להמליץ על רכישת מכשיר מסוג NFS או לא, ויוצא מכתב סיכום של הצר"מ אל המרפאה המחוזית.

במידה והמכשיר מתאים, תופק הפנייה על ידי המחלקה לשירותים רפואיים במחוז בהמשך למפרט מהספק, לרכישת המכשיר והנכה יוזמן לחברה וימשיך בתהליך ישום המכשיר לפי פרוטוקול של כל חברה

במידה והמכשיר לא ימצא מתאים אך הנכה יהיה זקוק לטיפול אחר, הצר"מ יחווה דעתו בנוגע לטיפול המתאים

נהלי עבודה להפניית זכאי לבדיקה בפני צר"מ כ"ג ממונעים

1. עובדת המחלקה לשירותים רפואיים באגף השיקום תשלח בקשה לבדיקה בצר"מ ליועצת כסאות גלגלים ביחידה לאפיון השר"פ.
2. המסמכים הנדרשים בבקשה לצר"מ כס"ג ממונע:
 - הפנייה המהווה התחייבות כספית במק"ט 41004 .
 - טופס הפניה לצר"מ כסאות גלגלים ממונעים ממולא ע"י רופא מוסמך
 - חומר רפואי רלוונטי מרופאים מטפלים
 - פרוטוקול ועדה רפואית
- (חשוב שהחומר יועבר במרוכז ע"י היועצת שתוודא שהחומר מועבר מוכן וברור)
3. צר"מ כ"ג ממונעים כולל בדיקת נכה, בדיקת הצורך במעבר לכ"ג ממונע/מנוע עזר, יכולת תפקודית של הנכה להפעיל את הציוד וכתובת המלצה לציוד הנדרש.
4. נכה יזומן לבדיקה עד 21 מיום העברת הפנייה למדיטון ע"י יועצת כסאות גלגלים באגף.
5. המתאם יודיע טלפונית לנכה על מועד קיום הצר"מ תוך 7 ימים מיום קבלת הפנייה, יעביר לנכה זימון בכתב לצר"מ ויוודא הגעתו לצר"מ בתזכורת טלפונית יום לפני מועד הבדיקה.
6. במקרים בהם נכה לא יגיע לבדיקה בפני הצר"מ, באחריות המתאם לברר את סיבת אי ההופעה ולקבוע מועד חלופי קרוב. במידה והנכה לא מופיע פעמיים יעדכן המתאם את עובד השירותים הרפואיים הרלוונטי במחוז שהפנה את הנכה לבדיקה.
- לאחר קיום הצר"מ יעביר המתאם בפקס ובמייל לבקריית כסאות גלגלים באגף השיקום פרוטוקול חתום ע"י כל חברי הצר"מ עבור כל נכה נבדק. הפרוטוקול יכלול את פרטי הנכה, מהלך הבדיקה, מסמכים שעמדו בפני הצר"מ והחלטה. פרוטוקול הצר"מ ישלח לאגף השיקום תוך 7 ימי עבודה מיום בדיקת הנכה.
7. הפרוטוקול יועבר למרפאת המחוז על ידי בקריית כסאות הגלגלים



טופס הפנייה לצר"מ כסאות גלגלים ממונעים:

1. פרטים אישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	ת.ז.
רחוב + מס'	ישוב	מיקוד	טלפון

2. נכות מוכרת: _____

3. סיבת ההפניה: _____

4. מצב רפואי עדכני (כולל אשפוזים/ניתוחים רלוונטיים בלבד): _____

5. מצב תפקודי (מצב ניידות, יכולת ביצוע מעברים): _____

ניידות:

כיסא גלגלים: ☐ יש ☐ אין

אמצעי עזר להליכה: ☐ יש ☐ אין

אופן ניידות בבית: _____

אופן ניידות מחוץ לבית: _____

6. ☐ עובד ☐ לא עובד. אם עובד - סוג עבודה _____

מס' שעות עבודה ביום _____

7. ☐ ליווי- ☐ אין/ ☐ יש מס' שעות ביום/ שבוע _____

8. טיפולים פרא רפואיים/אחרים _____

9. התאמת דיור לכיסא גלגלים : מותאם/לא מותאם

10. רכב: נוהג/ לא נוהג, כשיר לנהיגה _____

סוג הרכב : _____ מועד החלפה : _____

11. מסמכים רפואיים מצורפים (פרוטוקול ו. רפואית, דו"חות רופאים מטפלים)

הרופא המוסמך המחוזי _____ חתימת הרופא _____

תאריך _____

החלטת רופא מרחבי : מאשר / לא מאשר הפניית הנכה לצר"מ כסאות גלגלים ממונעים

הרופא המרחבי _____ חתימת הרופא _____

תאריך _____

נהלי עבודה להפניית זכאי לבדיקה בפני צר"מ כושר עבודה:

ככלל, חוות דעת הצר"מ משמשת ככלי להחלטת קצין התגמולים הנושא כושר עבודה ותגמולי מחיה. חוות הדעת של חברי הצר"מ תועבר לרופא המוסמך המחוזי, ולאחר מכן לחו"ד הרופא המרחבי בהתאם לתפיסת ההפעלה בנושא תגמולי מחיה.

לרופא המוסמך המרחבי אפשרות להפנות נכה לקבלת חוו"ד צר"מ נוספת בהרכב אחר. לצורך כך, על הרופא להעביר את כל החומר שהועבר לצר"מ כושר עבודה לדיון חוזר בפני צר"מ שונה מהצוות שדן בבקשה בצר"מ הראשון.

המלצות צוות הצר"מ – יועברו לרופא המרחבי באמצעות פקס/מייל :

פקס: 073-3877369 או לכתובת המייל של " אחראי מנהלה וטיפול רפואי בחו"ל " .

יש לציין בהפניית הרופא לצר"מ זה - " צר"מ כושר עבודה בהרכב אחר " .

1. בקשות לדיון בצר"מ כושר עבודה יועברו ע"י מרפאות המחוז **ישראל** לחברת מדיטון באמצעות הדוא"ל או פקס .

2. להלן מסמכי החובה בצר"מ זה :

* טופס הפניית רופא מחוזי מלא וחתום כנדרש.

* טופס התחייבות כספית- במק"ט 41003

* צילום פירוט אחוזי נכות (מסך ועדה רפואית)

* דוח סוציאלי הכולל פירוט ההיסטוריה התעסוקתית של הזכאי המופנה לבדיקה- במקרים בהם סיבת ההפניה לצר"מ הינה בקשה לתגמולי מחיה

* צילום כרטיס תרופות

* תיעוד רפואי עדכני

* בצר"מ נפש/משולב- טופס הערכת הפסיכיאטר המטפל לכושר עבודה.

3. נכה יוזמן לבדיקה בצר"מ זה עד 21 יום מיום קבלת החומר הרפואי בחברת מדיטון.

4. המתאם מטעם חברת מדיטון יודיע לזכאי טלפונית תוך 7 ימים מיום קבלת ההפניה על מועד קיום הצר"מ. כמו כן, ישלח זימון בדואר ויוודא הגעתו טלפונית יום לפני מועד הבדיקה.

5. לאחר קיום הצר"מ יועברו הפרוטוקולים למחוז השיקום המפנה תוך 7 ימי עבודה מיום בדיקת הזכאי להמשך טיפול.

תאריך: _____

מחוז: _____



טופס הפנייה לצר"מ כושר עבודה

למילוי ע"י הרופא:

☐ צר"מ פיזי בלי רופא פסיכיאטר

☐ צר"מ פיזי עם רופא פסיכיאטר

☐ צר"מ נפש

☐ צר"מ כושר עבודה בהרכב אחר נפש/ פיזי/ פיזי+נפש (משולב)

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' תיק:	אחוזי נכות + תוקף-
כתובת:	טלפון:	הערות:	

עיקרי המגבלות הרפואיות :

סיבת הפנייה לצר"מ (יש לציין האם מופנה לדיון בנושא חופשת מחלה/השלמה למשרה

מלאה/תגמולי מחיה) :

מסמכי חובה :

- דו"ח סוציאלי (הכולל את ההיסטוריה התעסוקתית של הנבדק- במקרים בהם מדובר בבקשה לתגמול מחיה)
- צילום מסמך ועדה רפואית+ העתק פרוטוקול ועדה רפואית
- צילום כרטיס תרופות
- טופס התחייבות (הפנייה) לצר"מ
- תיעוד רפואי עדכני
- בצר"מ כושר עבודה נפש/צר"מ משולב- טופס הערכת הפסיכיאטר המטפל לכושר עבודה.

תאריך: _____ חתימת הרופא המחוזי: _____



נספח א' – טופס הערכת הפסיכיאטר המטפל לכושר עבודה

שם _____

מספר תיק _____ תאריך: ____/____/____

הערכה פסיכיאטרית, תפקודית של הרופא מטפל- לצוות רב מקצועי בנושא כושר עבודה נפשי

א. אבחנה פסיכיאטרית מלאה אחוזי נכות (סעיף מדויק, ממתי נקבעה הנכות):

ב. מצב פסיכיאטרי עכשווי (לגבי רמיסיה לציין גם זמן):

- ☐ רמיסיה ספונטנית
- ☐ רמיסיה תרופתית מלאה
- ☐ רמיסיה תרופתית חלקית
- ☐ מצב רזידואלי
- ☐ שלב פעיל של מחלה

ג. נקודות הערכה תפקודית כגון: מצב קוגניטיבי, קשב, ריכוז, אינטלגנציה, שיפוט ושיקול דעת, יכולת התמדה ופעילות:

ד. טיפול תרופתי במלואו + טיפולים נוספים:



שם _____

מספר תיק _____

תאריך: ____/____/____

ה. המלצות טיפוליות ותוכניות להמשך טיפול:

ו. הערכה לכושר עבודה בגין מצב נפשי:

חתימה וחותמת

שם הפסיכיאטר המטפל

תאריך



פרוטוקול הצר"מ

תאריך: ____/____/____

חוות דעת צוות רב מקצועי והרופא המוסמך המחוזי בנושא כושר עבודה פיזי/נפשי

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' תיק _____ מחוז _____

שיקום: _____ פרטי הרופא מחוזי _____ אחוזי נכות: _____

תוקף: _____.

מסמכים שעמדו בפני הצר"מ:

☐ טופס הפנייה לצר"מ (התחייבות כספית)

☐ טופס הפניית הרופא המחוזי

☐ צילום מסך אחוזי נכות+ פרוטוקול וועדה רפואית רלוונטית

☐ כרטיס תרופות

☐ דוח סוציאלי

☐ מסמכים רפואיים כמפורט:

☐ טופס הערכת הפסיכיאטר המטפל לכושר עבודה (בצר"מ כושר עבודה נפשי/משולב בלבד)

☐ מסמכים נוספים: _____

אנמנזה רפואית/תולדות המקרה:

פירוט הפגימות המוכרות באגף השיקום:

פגימות נוספות (שאינן מוכרות באגף השיקום):

תאריך: ____/____/____

שם _____
מספר תיק _____



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

בדיקה רפואית/ פיזיקאלית:

חתימה+ חותמת רופא שיקומי: _____ חתימה+ חותמת רופא תעסוקתי: _____
בדיקה פסיכיאטרית :

חתימה+ חותמת רופא פסיכיאטר: _____



מספר תיק _____
שם הנכה: _____
סיכום הבדיקה וחוות דעת חברי הצר"מ:

תאריך: ____/____/____

חתימה+ חותמת רופא שיקומי: _____

חתימה+ חותמת רופא תעסוקתי: _____

חתימה+ חותמת רופא פסיכיאטר: _____

חוות דעת הרופא המוסמך המחוזי:

חתימה וחותמת רופא במחוזי



נספח ג' – כושר עבודה של זכאי המבקש תגמולי מחיה – חוות דעת הרופא המרחבי

שם _____

מספר תיק _____

תאריך: ____/____/____

על בסיס הרשומה הרפואית, חוות דעת הצר"מ, חוות דעת הרופא המוסמך המחוזי והחומר הרפואי שצורף להלן חוות דעתי:

- ☐ אינו כשיר לעבודה בגין נכותו המוכרת לצמיתות.
- ☐ אינו כשיר לעבודה בגין נכותו המוכרת באופן זמני למשך _____.
- ☐ חולק על חוות דעת הצר"מ ו\או הרופא המחוזי, מופנה להערכה נוספת.
- ☐ מבחינת מגבלותיו הרפואיות הנובעות מהנכות המוכרת כשיר לעבודה.

נימוקים: _____

בברכה,

חתימת הרופא המרחבי



צר"מ- "איבר זוגי".

תפקיד הצר"מ הנו מתן חוות דעת רפואית לצורך קביעת דרגת נכות בלתי מחייבת באיבר זוגי, "בן זוג" של איבר, בו קיימת נכות מוכרת ע"י משהב"ט

זכאות: נכה בעל נכות מוכרת במשהב"ט של 30% לפחות על איבר זוגי אחד או פגוע עיניים מ-15% ומעלה. כמפורט בהוראה 53.04.

צוות חברי הצר"מ- רופא שיקומי/פנימאי +רופא אורתופד/עיניים/אוזניים- בהתאם למומחיות הנדרשת ע"פ החלטת רופא מרחבי

בקשות לדיון בצר"מ זה יועברו ע"י מחוז השיקום לחברת מדיטון, לאחר אישור הרופא המרחבי וחתימתו על טופס ההפניה המצורף.

להלן מסמכי החובה לדיון בצר"מ "איבר זוגי":

- טופס הפניית הרופא המחוזי המפרט את הסיבה להפניה להערכת אחוזי נכות לאיבר זוגי והאיבר המדובר, חתום ע"י רופא מרחבי המאשר דיון בצר"מ זה.
 - צילום פירוט אחוזי נכות (מסך ועדה רפואית)
 - פרוטוקול וועדה רפואית רלוונטי
 - התחייבות כספית במק"ט 41005
 - תיעוד רפואי עדכני בגין האיבר המדובר
- במידה ומדובר בעיניים- נדרשת בדיקת רופא עיניים+ בדיקת ראייה (מסמך חובה)

אורתופדיה- חוו"ד רפואית+ צילומים רלוונטיים.

אוזניים- בדיקת שמיעה עדכנית

מחוז: _____

טופס הפניה לצר"מ איבר זוגי

שם הזכאי	מס' תיק	אחוזי נכות	טלפון	כתובת

למילוי ע"י הרופא המחוזי:

- ☐ עיניים
☐ אוזניים
☐ רגל ימין/רגל שמאל
☐ יד ימין/יד שמאל
☐ אחר: _____

עיקרי המגבלות הרפואיות המוכרות במשהב"ט

סיבת הפניה לצר"מ

מועד הגשת הבקשה ע"י הנכה:

מסמכי חובה

- צילום מסמך ועדה רפואית+ העתק פרוטוקול ועדה רפואית
- טופס התחייבות (הפנייה) לצר"מ
- תיעוד רפואי עדכני לאיבר הזוגי המבוקש

תאריך: _____ חתימת הרופא המוסמך המחוזי: _____

אישור הרופא המוסמך המרחבי לדין בצר"מ "איבר זוגי":

תאריך: _____ חתימת הרופא המוסמך המרחבי: _____

צר"מ- הפרדת אחוזי נכות".



הדיון בצר"מ זה יתקיים כאשר קיימת פגיעה מוכרת במשהב"ט המתפרסת על מס' איברים (לדוגמא: צלקות- כמה אחוזים מתוך כלל האחוזים בגין צלקות הן על הרגל..)

- בקשות לדיון בצר"מ זה יועברו ע"י היחידה לשירותים רפואיים באמצעות "אחראי מנהלה וטיפול רפואי בחו"ל".
- מסמכי חובה לדיון בצר"מ זה:
- טופס הפניית הרופא המרחבי- הכולל את מומחיות הרופאים הנדרשת
- פרוטוקול וועדה רפואית רלוונטי
- מסמכים רפואיים עדכניים
- התחייבות כספית במק"ט 41006
- המלצות הצר"מים: "איבר זוגי" ו"הפרדת אחוזי נכות" יועברו ישירות למשרד הרופא הראשי באמצעות פקס שמספרו: 073-3877369 או באמצעות כתובת המייל של " אחראי מנהלה וטיפול רפואי בחו"ל "

טופס הפנייה לצר"מ הפרדת אחוזי נכות

שם הזכאי	מס' תיק	אחוזי נכות	טלפון	כתובת

עיקרי המגבלות הרפואיות המוכרות במשהב"ט

סיבת הפניה לצר"מ

מועד הגשת הבקשה ע"י הנכה: _____

מסמכי חובה:

- צילום מסמך ועדה רפואית+ העתק פרוטוקול ועדה רפואית
- טופס התחייבות (הפנייה) לצר"מ
- תיעוד רפואי עדכני

תאריך: _____

חתימת הרופא המוסמך המחוזי/ רופא מוסמך מרחבי: _____



תאריך: _____

פרוטוקול צר"מ "איבר זוגי"

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' תיק _____ מחוז שיקום: _____

פרטי הרופא מחוזי _____ פרטי הרופא המרחבי: _____

אחוזי נכות: _____ תוקף: _____ מועד הגשת הבקשה ע"י הנכה: _____

פירוט הנכות המוכרת במשהב"ט: _____

האיבר הזוגי הנבדק: _____

מסמכים שעמדו בפני הצר"מ:

בדיקה רפואית פיזיקאלית:

סיכום והמלצות הצר"מ (יש להתייחס לסעיף המבחן ואחוזי הנכות):

חברי הצר"מ:

שם מלא+ מומחיות+ חתימה: _____

שם מלא+ מומחיות+ חתימה: _____

שם מלא+ מומחיות+ חתימה: _____

תאריך: _____



פרוטוקול צר"מ "להפרדת אחוזי נכות"

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' תיק _____ מחוז שיקום: _____

פרטי הרופא מחוזי _____ פרטי הרופא המרחבי: _____

אחוזי נכות _____ תוקף: _____ מועד הגשת הבקשה ע"י הנכה: _____

פירוט הנכות המוכרת במשהב"ט: _____

פגימות נוספות אשר אינן מוכרות במשהב"ט: _____

הדרישה להתייחסות הצר"מ: _____

מסמכים שעמדו בפני הצר"מ:

הממצאים בבדיקה הגופנית:

סיכום וחוות דעת הצר"מ (יש להתייחס לסעיף המבחן ואחוזי הנכות):

חברי הצר"מ: שם מלא + מומחיות + חתימה: _____

שם מלא + מומחיות + חתימה: _____

שם מלא + מומחיות + חתימה: _____



צר"מ מלווים

כללי:

ליווי יינתן לנכה צה"ל אשר זקוק לעזרה תפקודית ו/או סיעודית, אשר נובעת מהנכות המוכרת. ליווי יינתן בהתאם לתפיסת ההפעלה – "מתן ליווי לנכי צה"ל". מטרת תפיסת הפעלה זו הינה להסדיר את נוהל הפניית נכה לצר"מ מלווים.

תפקיד הצוות הרב מקצועי לליווי:

מתן חוות דעת לרופא המוסמך המרחבי על הצורך בליווי לנכה הנבדק, על היקף שעות הליווי הנדרשות, פריסת שעות הליווי במהלך היממה ותקופת הליווי המומלצת, זאת לאחר שנבחנו חוות הדעת הרפואיות ודו"ח ה-ADL.

קיימים מס' סוגים של צר"מ לליווי:

צר"מ מלווים פיזי (כולל צר"מ משולב) – מק"ט 41000

בצר"מ זה ישתתפו: רופא שיקום + פסיכיאטר (בצר"מ משולב) + פיזיותרפיסט

צר"מ מלווים נפש – מק"ט 41001

בצר"מ זה ישתתפו: רופא פסיכיאטר + עובד סוציאלי (מפקח ארצי מטעם משהב"ט)

צר"מ מלווים עיוורים – מק"ט 41002

בצר"מ זה ישתתפו: רופא שיקום + מדריך עיוורים

נהלי עבודה להפניית זכאי לבדיקה בפני צר"מ מלווים:

1. בקשות לדיון בצר"מ מלווים יועברו ע"י מרפאות המחוז ישירות לחברת מדיטון באמצעות הדוא"ל או פקס.
2. לכל בקשה לדיון בצר"מ מלווים יצורפו מסמכי החובה הבאים:
 - טופס התחייבות כספית במק"טים המתאימים
 - טופס הפנית רופא מחוזי לדיון בצר"מ מלא כנדרש (כולל המלצת הרופא המחוזי לליווי והיקפו)
 - מכתב בקשה של הזכאי לליווי והסיבות לבקשה
 - תוצאות בדיקת ADL (עד 3 חודשים אחורה)
 - העתק פרוטוקול וועדות רפואיות רלוונטיות + וועדה רפואית אחרונה
 - צילום מסך וועדה רפואית



- חומר רפואי רלוונטי ועדכני. לרבות חו"ד רפואיות של הרופא המטפל, כרטיס תרופות וסיכומי מחלה מאשפוזים אחרונים
- העתק פרוטוקול ועדת מלווים אחרונה
- אישור בטל"א על קבלת קצבאות+ דוח מעסיקים
- דו"ח סוציאלי מעובדות שיקום (בצר"מ נפש, צר"מ משולב או בצר"מ עיוורים כולל מידע אודות שעות הקראה או שעות חונכות שמקבל הנכה).
- כרטיס תרופות ממערכת המחשוב
- דו"ח בדיקת סקר תקופתית אחרונה (במידה וקיים)
- מידע אודות רישיון נהיגה (בצר"מ נפש וצר"מ משולב)
- 3. צר"מ פיזי ללא נוכחות- במקרים בודדים בהם נדרש לדון בנכה אשר מצבו הרפואי אינו מונע ממנו להתייצב לבדיקה בצר"מ, יצורף לבקשה לדיון אישור רופא מרחבי לביצוע צר"מ ללא נוכחות. יש לציין "צר"מ ללא נוכחות" ע"ג טופס ההפניה לצר"מ.
- 4. טופס הפניית הרופא המחוזי לצר"מ יהיה מלא על כל פרטיו כולל חוות דעת הרופא המחוזי לליווי והיקפו, נתונים אישיים, מידע אודות קבלת קצבת סיעוד מבטל"א וההיקף, מידע אודות הליווי שמקבל/לא מקבל הנכה טרום הצר"מ.

מדדי שירות-

- נכה יוזמן לבדיקה בצר"מ זה עד 14 יום מיום קבלת החומר הרפואי בחברת מדיטון.
- המתאם מטעם חברת מדיטון יודיע לזכאי טלפונית תוך 3 ימים מיום קבלת ההפניה על מועד קיום הצר"מ. כמו כן, ישלח זימון בדואר ויוודא הגעתו טלפונית יום לפני מועד הבדיקה.
- לאחר קיום הצר"מ יועברו הפרוטוקולים לאחראי על נושא המלווים במטה האגף תוך 7 ימי עבודה מיום בדיקת הזכאי להמשך טיפול.



הפניה לבדיקה בוועדת מלווים פיזי/ נפש / ועדה משולבת נפשי+פיזי / עיוורים / יש להקיף את סוג הצר"מ

המבוקש

שם הנכה:	מספר תיק:	אחוזי נכות: (נכות מוכרת):	אחוזי נכות לע"ח:	מחוז:
כתובת:	טל':	טל נייד:	מצב משפחתי:	
רישיון נהיגה: □ יש / □ אין	גיל:	תעסוקה/תגמול מיוחד(כולל סוג תגמול):		

נכות מוכרת: (יש לצרף צילום פרוטוקולים של ווע"ר וצילום מסך ועדה רפואית)

מצב רפואי (נא לפרט מצב רפואי עדכני):

כיסא גלגלים (מטעם משהבט): מרותק לכס"ג / נעזר חלקית בכס"ג / ללא כס"ג / כס"ג בהשאלה ** חובה למלא סיבת הצורך בליווי:

שעות חונך: _____ תאריך ועדת חונכות אחרונה: _____ ע"ז רפואית: _____

שעות ליווי: _____ תאריך ועדת מלווים אחרונה: _____ סיום תוקף ההחלטה: _____

שעות ליווי זמני בתוקף: _____ החל מתאריך: _____ מלווה ע"י: עובד זר / מלווה ישראלי

האם מקבל קצבת סיעוד או שר"מ מבטל"א? כן/ לא סוג הקצבה: _____ גובה הקצבה: _____ (יש לצרף אישור מעסיקים וקבלת קצבאות מבטל"א)

המלצת רופא

מחוזי:



מצ"ב מסמכים לוועדת ליווי: (מסמכי חובה)

- ☐ מכתב בקשה של הזכאי לליווי כולל הסיבות לבקשה, השעות המבוקשות ופריסתן ביממה
- ☐ תוצאות בדיקת ADL
- ☐ העתק פרוטוקול וועדות רפואיות רלוונטיות + וועדה רפואית אחרונה
- ☐ צילום מסך וועדה רפואית
- ☐ חומר רפואי רלוונטי. לרבות חו"ד רפואיות של הרופא המטפל, כרטיס תרופות וסיכומי מחלה מאשפוזים אחרונים
- ☐ העתק פרוטוקול ועדת מלווים אחרונה
- ☐ הצהרה של הנכה בנוגע לתשלומים המשולמים לו עבור קצבת שירותים מיוחדים וגמלת סיעוד מביטוח לאומי + אישור בטל"א על קבלת קצבאות.
- ☐ דו"ח סוציאלי מעובדות שיקום (בצר"מ נפש, צר"מ משולב או בצר"מ עיוורים כולל מידע אודות שעות חונכות והקראה שמקבל הנכה).
- ☐ כרטיס תרופות ממערכת המחשוב

שם + חתימה רופא מחוזי: _____

תאריך: _____



פרוטוקול בדיקת צוות רב מקצועי לליווי (פיזי/משולב)

תאריך: _____

לכבוד: _____

ד"ר _____

משרד הביטחון, אגף השיקום נכי צה"ל

מחוז השיקום _____

פרטי הנבדק:

שם: _____ מספר תיק: _____ ת.ז. _____
מצב משפחתי: _____ גיל: _____ אחוזי נכות: _____
שעות ליווי: _____
עזרת זולת מטעמים רפואיים: _____
שעות חונכות: _____

תאריך הכרה: _____

תאריך: _____

פירוט הפגימות המוכרות נכות מוכרת עפ"י חוק ונכויות המזכות בטיפול רפואי לפנים משורת הדין

עפ"י הוראות 50.04 ו- 53.04 _____

פירוט פגימות שאינן מוכרות על פי חוק הנכים :

ניתוחים-אשפוזים- סיבוכים: _____

טיפול תרופתי: _____



מצב נפשי:

נתונים נוספים:

תעסוקה: _____ הקף תעסוקה: _____

נהיגה: ☐ כן ☐ לא

טיפולים: ☐ פיזיו ☐ ריפוי בעסוק ☐ הידרותרפיה ☐ נפשי אחר: _____

דיוור והתאמתו: _____

תלונות הנכה:

בדיקה רפואית:

מזקק לכסא גלגלים: כן/לא

הולך עם תמיכה- בסיס רחב כן/לא

בבדיקה פיזיקלית: _____

בבדיקה תפקודית: _____

סוגרים: שולט/ לא שולט _____

פירוט מסמכים שעמדו בפני הצר"מ:

סיכום המלצות דו"ח ADL:



חוות דעת רופא פסיכיאטר :

המלצות מיוחדות לפרופיל מלווה:



אגף שיקום נכים
מקום לצאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

חו"ד הצר"מ:

מס' שעות ליווי:

תדירות הליווי: יומי/שבועי/חודשי.

מועד ביצוע השעות ביממה: *

בוקר: (7:00-13:00)

ערב: (13:00-19:00)

לילה: (7:00-19:00) משעה: _____ עד שעה: _____

לתקופה: _____ חודשים/ שנים / לצמיתות.

*יש לציין את מספר השעות על פי פריסתן ביממה (בוקר/ ערב/ לילה)

נימוקים: _____

רופא שיקומי	פיזיותרפיסט	פסיכיאטר/פסיכולוג/עו"ס	<u>מרפא בעיסוק</u>
יו"ר הצר"מ	חבר	חבר(ע"פ שיקול רופא מוסמך מרחבי	



נספח א לפרוטוקול הצר"מ

(יש למלא במקרים בהם ע"פ חווד הצר"מ זקוק ל-24 ש' ליווי ביממה)

זקיפת שעות למלווה במשכורת חודשית (ע.זר) לנכה אשר אינו מוכר בגין +100% + תמריץ
למלווים לנכים קשים שאינם קוואדרופלגים/פגועי ראש +100%

שם פרטי+ משפחה:	אחוזי נכות:	גיל:	משקל גוף:	גובה:

המלצת חברי הצר"מ :

קריטריונים לאישור:

1. קושי פיזי בטיפול בנכה הנובע ממדי גוף חריגים
 2. נכים מונשמים
 3. קושי פיזי בטיפול בנכה הנובע מפגיעה נוירולוגית הגורם לתנועות לא רצוניות
 4. נכים בהם נדרש ביצוע צנתור דרכי השתן על ידי המלווה
 5. שינויי התנהגות קשים המלווים באלימות מילולית ופיזית
1. זקיפת שעות למלווה במשכורת חודשית (ע"ז)- 8 שעות -- כן / לא
 2. תמריץ למלווה במשכורת חודשית (ע"ז) -- כן / לא

נימוקים להחלטה:

חתימת חברי הצר"מ: _____ תאריך: _____



לשימוש הרופא המרחבי

החלטה על שעות ליווי

שם הנכה :	מספר תיק :	אחוזי נכות :
-----------	------------	--------------

הנכה נבדק בצר"מ מלווים.

החלטה:

מס' שעות ליווי : _____

תדירות הליווי : יומי/שבועי/חודשי.

מועד ביצוע השעות ביממה : *

בוקר : (7:00 - 13:00)

ערב : (13:00 - 19:00)

לילה : (7:00 - 19:00) משעה : עד שעה :

לתקופה : _____ חודשים/שנים / לצמיתות.

*יש לציין את מספר השעות על פי פריסתן ביממה (בוקר/ערב/לילה)

נימוקים להחלטה : _____

חתימת וחותמת רופא מרחבי מאשר : _____.



פרוטוקול בדיקת צוות רב מקצועי לליווי – עיוורים

לכבוד

תאריך: _____

ד"ר _____

משרד הביטחון, אגף השיקום נכי צה"ל

מחוז השיקום _____

פרטי הנבדק:

שם: _____ מספר תיק: _____ ת.ז. _____

מצב משפחתי: _____ גיל: _____ אחוזי נכות: _____

שעות ליווי: _____

עזרת זולת מטעמים רפואיים: _____

שעות חונכות: _____

תאריך הכרה :

תאריך: _____

פירוט הפגימות המוכרות: _____

פירוט פגימות שאינן מוכרות על פי חוק הנכים:

ניתוחים-אשפוזים- סיבוכים: _____

טיפול תרופתי: _____



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

מצב נפשי:

נתונים נוספים:

תעסוקה: _____ הקף תעסוקה: _____

טיפולים: פיזיו / ריפוי בעסוק / הידרותרפיה / נפשי / אחר:

דיור והתאמתו: _____

תלונות הנכה:

בדיקה רפואית:

נזקק לכסא גלגלים: כן/לא

הולך עם תמיכה- בסיס רחב כן/לא

בבדיקה פיזיקלית: _____

בבדיקה תפקודית: _____

סוגרים: שולט/ לא שולט _____

פירוט מסמכים שעמדו בפני הצר"מ:

סיכום המלצות דו"ח ADL:



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

חוות דעת פסיכיאטר (במידת הצורך):

דיון:

המלצות מיוחדות לפרופיל מלווה:



אגף שיקום נכים
מקום לצאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

חו"ד הצר"מ:

מס' שעות ליווי: _____

תדירות הליווי: יומי/שבועי/חודשי.

מועד ביצוע השעות ביממה: *

בוקר: (7:00 - 13:00)

ערב: (13:00 - 19:00)

לילה: (7:00 - 19:00) משעה: עד שעה:

לתקופה: _____ חודשים / שנים / לצמיתות.

*יש לציין את מספר השעות על פי פריסתן ביממה (בוקר/ ערב/ לילה)

נימוקים להחלטה: _____

מדריך עוורים מוסמך

חבר

רופא שיקומי

יו"ר הצר"מ



נספח א לפרוטוקול הצר"מ

(יש למלא במקרים בהם ע"פ חווד הצר"מ זקוק ל-24 ש' ליווי ביממה)

זקיפת שעות למלווה במשכורת חודשית (ע.זר) לנכה אשר אינו מוכר בגין +100% + תמריץ
למלווים לנכים קשים שאינם קוואדרופלגים/פגועי ראש +100%

שם פרטי+ משפחה:	אחוזי נכות:	גיל:	משקל גוף:	גובה:

המלצת חברי הצר"מ :

קריטריונים לאישור:

6. קושי פיזי בטיפול בנכה הנובע ממדי גוף חריגים
7. נכים מונשמים
8. קושי פיזי בטיפול בנכה הנובע מפגיעה נוירולוגית הגורם לתנועות לא רצוניות
9. נכים בהם נדרש ביצוע צנתור דרכי השתן על ידי המלווה
10. שינויי התנהגות קשים המלווים באלימות מילולית ופיזית
3. זקיפת שעות למלווה במשכורת חודשית (ע"ז)- 8 שעות -- כן / לא
4. תמריץ למלווה במשכורת חודשית (ע"ז) -- כן / לא

נימוקים

להחלטה:

חתימת חברי הצר"מ _____ תאריך: _____



לשימוש הרופא המרחבי

החלטה על שעות ליווי

שם הנכה:	מספר תיק:	אחוזי נכות:
----------	-----------	-------------

הנכה נבדק בצר"מ מלווים.

החלטה:

מס' שעות ליווי: _____

תדירות הליווי: יומי/שבועי/חודשי.

מועד ביצוע השעות ביממה:

בוקר: (7:00 - 13:00)

ערב: (13:00 - 19:00)

לילה: (7:00 - 19:00) משעה: עד שעה:

לתקופה: _____ חודשים/ שנים / לצמיתות.

*יש לציין את מספר השעות על פי פריסתן ביממה (בוקר/ ערב/ לילה)

נימוקים להחלטה: _____

חתימת וחותמת רופא מרחבי מאשר: _____.

תפיסת הפעלה- ליווי בתגמול כספי

כללי:

שר הביטחון אישר תיקון תקנה 24(ד) לתקנות הנכים (טיפול רפואי), התשי"ד-1954. בעקבות תיקון התקנה, ניתנת לזכאי אגף השיקום המקבלים ליווי אפשרות בחירה בין קבלת סיוע במימון הוצאות העסקת מלווה סיעודי בתגמול לבין קבלת ליווי באמצעות חברות הסיעוד עימם קשור המשרד בהסכם.

מושגים:

"הצהרה"- טופס הצהרה לסיוע במימון הוצאות לצורך העסקת מלווה (מצ"ב)

זכאות:

כלל הנכים הזכאים לליווי יוכלו לבחור באיזה מסלול לממש הזכאות לליווי.

מימוש:

ככלל, ניתן לממש הזכאות במסלול אחד בלבד (ליווי בתגמול כספי או ליווי באמצעות חברות סיעוד) למעט נכים הזכאים ל-24 שעות ליווי ביממה להם תינתן האפשרות לשלב בין המסלולים.

ניתן לבצע מעבר בין המסלולים אחת לשנה בלבד

השלבים הנדרשים למימוש הזכאות:

ליווי באמצעות חברות סיעוד- כפי שמתנהל כיום, ללא שינוי. כרשום בתפיסת הפעלה מתן ליווי לנכי צה"ל

ליווי בתגמול כספי:

ליווי בתגמול כספי ישולם באמצעות הטבה אשר תקושר לכרטיס זכאות ליווי בתגמול כספי. מק"ט ההטבה יקבע את תעריף התשלום. (מקטי ההטבה פוצלו בהתאם לקטגוריות הליווי, לכל מק"ט תעריף שונה)

אופן הטיפול באספקת ליווי לנכה חדש :

נכה הזכאי לשעות ליווי יש לעדכן בכתב באפשרויות למימוש הזכאות.

במידה וייבחר בליווי בתגמול- נדרש להחתימו על טופס הצהרה (מצ"ב)

א. נכה המוכר בגין פגימה נפשית שבגינה זכאי לליווי נפש בהיקף של 8 שעות ליווי ביממה ומעלה, המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול – מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים



במחוז ומפקחת עו"ש יבחנו הבקשה ביחס להתאמתו של הזכאי. יש לקבל אישור מפקחת עובדי שיקום ומנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז בגין התאמתו למסלול זה. לאחר אישורן וקבלת חוות דעתן בכתב, יש לפעול בהתאם לסעיפים 4-11. אישור זה יישרק בכרטיס הזכאות.

במידה והגורמים המקצועיים לעיל סוברים כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי- הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו הבקשה לדיון בוועדת חריגים לליווי כמפורט בתפיסת ההפעלה.

3.ב. נכה המוכר בגין פגימות פיזיות שבגין זכאי ל-24 שעות ליווי ביממה המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול -יש לקבל אישור מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז וסגן מנהל/ת המחוז ביחס להתאמתו של הזכאי למסלול זה. לאחר קבלת חוות דעתם יש לפעול בהתאם לסעיף 4-11. אישור זה יישרק בכרטיס הזכאות. במקרים בהם סוברים הגורמים כאמור לעיל כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי, הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו לבחינה נוספת של מפקחת עו"ש. לאחר איסוף המידע מכל הגורמים וגיבוש המלצת המחוז, הבקשה תופנה לדיון בוועדת חריגים לליווי או שתאושר בקשתו והמשך הטיפול יועבר לעש"ר כמפורט בתפיסת ההפעלה.

יש לפתוח כרטיס זכאות לליווי בתגמול כספי במק"ט 39162 ולסרוק את מסמכי החובה הבאים:

פרוטוקול צר"מ מלווים

הצהרת הזכאי בדבר סיוע במימון הוצאות לצורך העסקת מלווה

יש לשים לב כי תוקף הכרטיס והשעות המוזנות בו תואמות את תוקף ומספר שעות הליווי שאושרו ע"י ס' הרופא הראשי. (בכרטיס יוזנו שעות יומיות בלבד).

לאחר אשרור הכרטיס תתקבל הודעה: "לתשומת ליבך, יש לפתוח הטבה לליווי בתגמול כספי"

ההטבה תפתח ע"י עש"ר במק"ט המתאים. יש לקשר ההטבה לכרטיס הזכאות. להלן המק"טים:

מק"ט 41121- ליווי בתגמול כספי

מק"ט 41090 ליווי בתגמול כספי +100%

מק"ט 41091 - ליווי בתגמול כספי לזכאי 24/7

שימו לב כי ההטבה נפתחת במק"ט המתאים בלבד. ע"פ המק"ט ייקבעו התעריפים לתשלום.

1. את שעות הליווי היומיות שאושרו יש להקליד בשדה "משקולות". (אין להזין שעות שבועיות/חודשיות אלא יומיות בלבד, במידה ואושרו שעות שבועיות יש להמירן לשעות ליווי יומיות ע"י חילוק ב-7. שעות חודשיות יש לחלק ל-30.4)

2. המערכת תתרגם את השעות להטבה כספית אשר תשולם בתגמול החודשי.

3. מועד סיום תוקף ההטבה הינו בהתאם לסיום תוקף כרטיס הזכאות.

4. לא תתאפשר פתיחת הטבה לליווי בתגמול כספי ללא כרטיס זכאות תואם.

ליווי זמני בתגמול כספי- 3 חודשים באישור רופא מחוזי

1. יש להציג לנכה אשר הרופא המחוזי החליט לאשר לו ליווי זמני את האפשרויות למימוש שעות הליווי בכתב.

2. במידה ויבחר בליווי בתגמול- נדרש להחתימו על טופס הצהרה.

3. א. נכה המוכר בגין פגימה נפשית שבגינה זכאי לליווי נפש בהיקף של 8 שעות ליווי ביממה ומעלה, המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול – מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז ומפקחת עו"ש יבחנו הבקשה ביחס להתאמתו של הזכאי. יש לקבל אישור מפקחת עובדי שיקום ומנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז בגין התאמתו למסלול זה. לאחר אישורן וקבלת חוות דעתן בכתב, יש לפעול בהתאם לסעיפים 4-14 אישור זה ייסרק בכרטיס הזכאות.

במידה והגורמים המקצועיים לעיל סוברים כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי- הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו הבקשה לדיון בוועדת חריגים לליווי כמפורט בתפיסת ההפעלה.

3. ב. נכה המוכר בגין פגימות פיזיות שבגינן זכאי ל-24 שעות ליווי ביממה המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול-יש לקבל אישור מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז וסגן מנהל/ת המחוז ביחס להתאמתו של הזכאי למסלול זה. לאחר קבלת חוות דעתם יש לפעול בהתאם לסעיף 4-14. אישור זה יסרק בכרטיס הזכאות. במקרים בהם סוברים הגורמים כאמור לעיל כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי, הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו לבחינה נוספת של מפקחת עו"ש. לאחר איסוף המידע מכל הגורמים וגיבוש המלצת המחוז, הבקשה תופנה לדיון בוועדת חריגים לליווי או שתאושר בקשתו והמשך הטיפול יועבר לעו"ש כמפורט בתפיסת ההפעלה.

4. פתיחת כרטיס זכאות לליווי זמני בתגמול במק"ט 41095.

5. יש לשים לב כי השעות המוזנות בכרטיס תואמות את שעות הליווי שאושרו ע"י הרופא. (בכרטיס יוזנו שעות יומיות)



6. מסמכי החובה שיש לסרוק לכרטיס הזכאות:

- החלטת הרופא המחוזי
 - הצהרת הזכאי בדבר סיוע בהעסקת מלווה
7. לאחר אשרור הכרטיס תתקבל הודעה: "לתשומת ליבך, יש לפתוח הטבה לליווי זמני בתגמול כספי"

8. ההטבה תפתח ע"י ע' שירותים רפואיים במק"ט המתאים ותקושר ע"י עש"ר לכרטיס הזכאות. להלן המק"טים:

מק"ט 41092 - ליווי זמני בתגמול כספי

מק"ט 41093 - ליווי זמני בתגמול כספי +100%

מק"ט 41094 – ליווי זמני בתגמול כספי לזכאי 24/7

יש לשים לב כי ההטבה נפתחת במק"ט המתאים בלבד. ע"פ המק"ט יקבעו התעריפים לתשלום.

9. שעות הליווי שאושרו יוקלדו בשדה משקולות. יש להזין שעות יומיות בלבד.

10. המערכת תתרגם את השעות להטבה כספית אשר תשולם בתגמול החודשי.

11. מועד סיום תוקף ההטבה שיוזן הינו בהתאם לסיום תוקף כרטיס הזכאות

12. מועד סיום תוקף כרטיס הזכאות הינו בהתאם לנוהל אישור שעות ליווי זמני ע"י רופא מחוזי.

13. נדרש לציין הערה בסבב – מהן הסיבות לאישור הליווי הזמני.

14. במידת והרופא המחוזי סובר כי יש להפנות הזכאי לוועדת מלווים, יש להעביר מסמכים כנדרש.

שינוי במסלול מימוש הזכאות לליווי-

ככלל המעבר בין מסלולים יתאפשר אחת לשנה .

מעבר מליווי באמצעות חברת סיעוד לליווי בתגמול כספי-

- המעבר מליווי באמצעות חברת סיעוד לליווי בתגמול כספי יבוצע 45 יום מיום קבלת תצהיר הנכה המבקש את השינוי. זאת על מנת שחברת הסיעוד תוכל לסיים את העסקת העובדים כחוק. (מתן ימי התראה על פיטורין למלווים).

• יש לעדכן בכתב את חברות הסיעוד על כל זכאי אשר העביר הצהרה בה בחר בליווי בתגמול ועדכון במועד תחילת תוקף ליווי בתגמול כספי. זאת לא יאוחר מ-4 ימי עבודה מיום קבלת התצהיר על מנת לאפשר לחברת הסיעוד להיערך לביצוע "גמר חשבון" עם המלווים מטעמה. לאחר סיום העסקת המלווים ע"י חברת הסיעוד יינתן הסיוע למימון מלווה בתגמול כספי.

• אופן הביצוע במערכת הממוחשבת זהה לתהליך הטיפול באספקת ליווי בתגמול נכה חדש

מעבר מליווי בתגמול כספי לליווי באמצעות חברת סיעוד-

- קבלת הודעה בכתב מהזכאי על בחירתו וסריקתה בכרטיס הזכאות.
- קיצור תוקף ההטבה לתשלום ליווי בתגמול כספי ולאחר מכן קיצור תוקף כרטיס הזכאות לליווי בתגמול.
- פתיחת כרטיס זכאות לליווי באמצעות חברת סיעוד והפקת הפניה בהתאם.
- הודעה טלפונית+ שליחת הפניה לחברת הסיעוד.

מסלול משולב (לנכים הזכאים ל24 שעות ליווי ביממה בלבד)

- קבלת בקשה בכתב מהנכה המפרטת את בקשתו לאופן חלוקת שעות הליווי (ליווי בתגמול/ ליווי באמצעות חברת סיעוד) כמו כן קבלת טופס ההצהרה.
- נכה המקבל ליווי באמצעות חברת סיעוד ובוחר במסלול משולב, יש לעדכן חברת הסיעוד על הפחתת שעות הליווי כמפורט בסעיף שינוי במסלול מימוש הזכאות לליווי.
- פתיחת כרטיס זכאות לליווי לנכה ופתיחת כרטיס נוסף לליווי תגמול.
- הפקת הפניה לחברת הסיעוד בהתאם למספר שעות הליווי המעודכן + פתיחת הטבה לליווי בתגמול כספי.
- יש לוודא כי סה"כ השעות בשני כרטיסי הזכאות אינם עולים על סה"כ השעות שאושרו לליווי.

הכשרה למלווים לנכים קשים-

זכאים בדרגת נכות 100%+ בגין קוואדרופלגיה (03), פגיעות ראש(12) ומונשמים אשר בחרו בליווי בתגמול ומעוניינים כי המלווה מטעמם יעבור הדרכה בכל הקשור בטיפול בנכה סיעודי - זכאים לקבל 2 ימי הדרכה אשר תמומן על ידי אגף השיקום. בתחלופת מלווה תינתן הדרכה כאמור למלווה החדש. שעות הנוכחות בהדרכה כלולות הינן במסגרת שעות הזכאות



לליווי בתגמול. לא תשולמנה תוספת שעות למטרה זו.

(בבחירה בליווי באמצעות חברת סיעוד, תשולמנה שעות נוספות למטרת ביצוע ההדרכה)

ימי הדרכה אלו יכללו הדרכה תיאורטית ומעשית בכל הקשור בטיפול בנכה סיעודי .

הדרכות למלווים לביצוע פעולות חודרניות – תתקיימנה כפי שמתנהל היום.

פרטים לגבי אופן הפניית מלווים להכשרה יועברו בהמשך .

יובהר, כי באחריות הזכאי לפנות בכתב לעובדת השירותים הרפואיים במחוז בבקשה

להדרכת מלווה.

וועדת חריגים לליווי-

זכאי אשר מבקש לממש זכאותו לליווי באמצעות התגמול וע"פ חוות דעת הגורמים המקצועיים

במחוז מסלול זה אינו מתאים עבורו, מנהלת המחוז תעביר בקשה מנומקת בכתב לדיון

בוועדת חריגים לליווי.

דגשים

• במסלול של ליווי בתגמול כספי לא תשולמנה תוספת שעות ליווי כגון: יציאה לחמי מרפא,

חו"ל, חפיפה, שעות חריגות, הדרכות וכו'

• נכים הזכאים לשירותי Case Manager, ימשיכו לקבל השירות באמצעות חברות הסיעוד

בלבד

• מעבר למסלול ליווי בתגמול מחייב טופס הצהרה חתום על ידי הזכאי. המעבר יבוצע

בתיאום עם חברת הסיעוד ורק לאחר שחברת הסיעוד סיימה העסקת המלווים כחוק.

• זכאי אשר מלווה ע"י מלווה גלובאלי (עובד זר) המועסק באמצעות חברת סיעוד ובוחר

לעבור למסלול ליווי בתגמול כספי, לא יהיה זכאי להטבת כלכלת עובד זר ויש להגביל את

תוקפה בהתאם.

• נכה המבקש מעבר מסלול טרם חלפה שנה- תובא בקשתו לדיון בפני וועדת חריגים

לשינוי מסלול. הוועדה תורכב מבעלי התפקידים הבאים: ר' היחידה לאפיון ובקרת השר"פ

, ר' היחידה לחשבונאות שיקום, ר' היחידה לתקציבים והתקשרויות.



לכבוד:

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים

הנדון: הצהרת זכאי בדבר סיוע במימון הוצאות לצורך העסקת מלווה סיעודי

תקנה 24(ד) לתקנות הנכים (טיפול רפואי), התשי"ד-1954, מאפשרת לזכאי אגף השיקום, שנקבע לגביו הצורך במלווה או מלווים, בחירה בין סיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי לבין קבלת סיוע ממלווה סיעודי בהתאם להסדרים שקבע אגף השיקום במשרד הביטחון.

בהתאם לתקנה זו, הנני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

- א. ברצוני לקבל סיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי בגין _____ שעות הליווי הסיעודי להן אני זכאי.
- ב. ידוע לי כי הסיוע במימון כאמור לעיל, יהיה בהתאם לתעריפים אשר יקבעו ע"י משרד הביטחון / אגף השיקום מעת לעת.
ידוע לי כי הסיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי, ייכנס לתוקף תוך 45 יום מיום קבלת הצהרה זו במשרדי אגף שיקום.
- ג. הנני מתחייב כי עם הגשת בקשתי לסיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי בתגמול, אודיע לחברת הסיעוד בכתב על הפסקת שירותי הליווי הסיעודי הניתנים לי על ידה. בנוסף, משרד הביטחון יבטל את ההפניות המופנות לחברות הסיעוד בגין הליווי.
- ד. הנני מתחייב לעשות שימוש בכספי הסיוע במימון לצורכי ליווי סיעודי.
ה. ככל שאבחר להעסיק מלווה באופן עצמאי, הנני מתחייב לפעול בעניין השכר והזכויות הסוציאליות של המלווה המועסק על ידי בהתאם לכל דין ובכלל זה דיני העבודה. כמו כן, אפעל בהתאם לדין בכל הנוגע לניכוי תשלומים המחויבים על פי דין, לרבות מס הכנסה, ביטוח בריאות ודמי ביטוח לאומי ואעביר תשלומים אלה לרשויות הרלוונטיות.
ו. האחריות להעסקת מלווה סיעודי, ובכלל זה האחריות לבקשה לביצוע הדרכה והכשרה למלווה מטעמי, על כל המשתמע מכך, רובצת עליי ואין ולא תהיה לי או למי מטעמי, כל תביעה ו/או טענה ו/או דרישה כלפי משהב"ט או מי מהפועלים מטעמו בכל עניין הקשור או נובע מיחסי העבודה ביני לבין המלווה המועסק על ידי ו/או מהטיפול הסיעודי אותו המלווה מספק לי ו/או מאיתור מלווה סיעודי.
- ז. ידוע לי, כי המשרד וכל מי מטעמו, לא יישאו בכל אחריות לכל אובדן ו/או נזק שייגרמו מכל סיבה שהיא או בכל נסיבות שהן, לגוף ו/או לרכוש, לי ו/או למלווה ו/או לכל צד ג' כלשהו במסגרת ו/או בקשר עם העסקת המלווה הסיעודי על ידי או לטיפול אשר יינתן על ידו, והנני משחרר את משרד הביטחון מכל אחריות כאמור.
- ח. הנני מתחייב לשפות את משרד הביטחון בגין כל הוצאה ו/או תשלום בו יישא משרד הביטחון כתוצאה מתביעה ו/או דרישה של המלווה ו/או צד ג' אשר אני אחראי לה כאמור בסעיף ה לעיל.

תאריך	שם משפחה + פרטי	תעודת זהות	תיק	חתימה
-------	-----------------	------------	-----	-------



תפיסת הפעלה - ליווי בתגמול כספי - הנחיות מעבר

כללי:

שר הביטחון אישר תיקון תקנה 24(ד) לתקנות הנכים (טיפול רפואי), התשי"ד-1954. בעקבות תיקון התקנה, ניתנת לזכאי אגף השיקום המקבלים ליווי אפשרות בחירה בין קבלת סיוע במימון הוצאות העסקת מלווה סיעודי בתגמול לבין קבלת ליווי באמצעות חברות הסיעוד עימם קשור המשרד בהסכם.

מושגים:

"הצהרה" - טופס הצהרה לסיוע במימון הוצאות לצורך העסקת מלווה (מצ"ב)

זכאות:

כלל הנכים הזכאים לליווי יוכלו לבחור באיזה מסלול לממש הזכאות לליווי.

מימוש:

ככלל, ניתן לממש הזכאות במסלול אחד בלבד (ליווי בתגמול כספי או ליווי באמצעות חברות סיעוד) למעט נכים הזכאים ל-24 שעות ליווי ביממה להם תינתן האפשרות לשלב בין המסלולים.

ניתן לבצע מעבר בין המסלולים אחת לשנה בלבד

השלבים הנדרשים למימוש הזכאות:

ליווי באמצעות חברות סיעוד - כפי שמתנהל כיום, ללא שינוי. כרשום בתפיסת הפעלה מתן ליווי לנכי צה"ל

ליווי בתגמול כספי:

ליווי בתגמול כספי ישולם באמצעות הטבה אשר תקושר לכרטיס זכאות ליווי בתגמול כספי. מק"ט ההטבה יקבע את תעריף התשלום. (מקטי ההטבה פוצלו בהתאם לקטגוריות הליווי, לכל מק"ט תעריף שונה)

אופן הטיפול באספקת ליווי לנכה חדש :

1. נכה הזכאי לשעות ליווי יש לעדכנו בכתב באפשרויות למימוש הזכאות.
2. במידה וייבחר בליווי בתגמול- נדרש להחתימו על טופס הצהרה (מצ"ב)
3.
 - א. נכה המוכר בגין פגימה נפשית שבגינה זכאי לליווי נפש בהיקף של 8 שעות ליווי ביממה ומעלה, המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול – מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז ומפקחת עו"ש יבחנו הבקשה ביחס להתאמתו של הזכאי. יש לקבל אישור מפקחת עובדי שיקום ומנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז בגין התאמתו למסלול זה. לאחר אישורן וקבלת חוות דעתן בכתב, יש לפעול בהתאם לסעיפים 4-11. אישור זה יישרק בכרטיס הזכאות.
 - במידה והגורמים המקצועיים לעיל סוברים כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי- הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו הבקשה לדיון בוועדת חריגים לליווי כמפורט בתפיסת ההפעלה.
 - ב. נכה המוכר בגין פגימות פיזיות שבגין זכאי ל-24 שעות ליווי ביממה המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול – יש לקבל אישור מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז וסגן מנהל/ת המחוז ביחס להתאמתו של הזכאי למסלול זה. לאחר קבלת חוות דעתן יש לפעול בהתאם לסעיף 4-11. אישור זה יישרק בכרטיס הזכאות. במקרים בהם סוברים הגורמים כאמור לעיל כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי, הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו לבחינה נוספת של מפקחת עו"ש. לאחר איסוף המידע מכל הגורמים וגיבוש המלצת המחוז, הבקשה תופנה לדיון בוועדת חריגים לליווי או שתאושר בקשתו והמשך הטיפול יועבר לעש"ר כמפורט בתפיסת ההפעלה.
4. יש לפתוח כרטיס זכאות לליווי בתגמול כספי במק"ט 39162 ולסרוק את מסמכי החובה הבאים:
 - א. פרוטוקול צר"מ מלווים
 - ב. הצהרת הזכאי בדבר סיוע במימון הוצאות לצורך העסקת מלווה
5. יש לשים לב כי תוקף הכרטיס והשעות המוזנות בו תואמות את תוקף ומספר שעות הליווי שאושרו ע"י ס' הרופא הראשי. (בכרטיס יוזנו שעות יומיות בלבד).
6. לאחר אשרור הכרטיס תתקבל הודעה : "לתשומת ליבך, יש לפתוח הטבה לליווי בתגמול כספי"



7. ההטבה תפתח ע"י עש"ר במק"ט המתאים. יש לקשר ההטבה לכרטיס הזכאות.
להלן המק"טים:

מק"ט 41121- ליווי בתגמול כספי

מק"ט 41090 ליווי בתגמול כספי +100%

מק"ט 41091 - ליווי בתגמול כספי לזכאי 24/7

שימו לב כי ההטבה נפתחת במק"ט המתאים בלבד. ע"פ המק"ט ייקבעו התעריפים לתשלום.

8. את שעות הליווי היומיות שאושרו יש להקליד בשדה "משקולות". (אין להזין שעות שבועיות/חודשיות אלא יומיות בלבד, במידה ואושרו שעות שבועיות יש להמירן לשעות ליווי יומיות ע"י חילוק ב-7. שעות חודשיות יש לחלק ל-30.4**.)

9. המערכת תתרגם את השעות להטבה כספית אשר תשולם בתגמול החודשי.

10. מועד סיום תוקף ההטבה הינו בהתאם לסיום תוקף כרטיס הזכאות.

11. לא תתאפשר פתיחת הטבה לליווי בתגמול כספי ללא כרטיס זכאות תואם.

ליווי זמני בתגמול כספי- 3 חודשים באישור רופא מחוזי

1. יש להציג לנכה אשר הרופא המחוזי החליט לאשר לו ליווי זמני את האפשרויות למימוש שעות הליווי בכתב.

2. במידה וייבחר בליווי בתגמול- נדרש להחתימו על טופס הצהרה.

3.

א. נכה המוכר בגין פגימה נפשית שבגינה זכאי לליווי נפש בהיקף של 8 שעות ליווי ביממה ומעלה, המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול –

מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז ומפקחת עו"ש יבחנו הבקשה ביחס להתאמתו של הזכאי. יש לקבל אישור מפקחת עובדי שיקום ומנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז בגין התאמתו למסלול זה. לאחר אישורן וקבלת חוות דעתן בכתב, יש לפעול בהתאם לסעיפים 4-14 אישור זה ייסרק בכרטיס הזכאות. במידה והגורמים המקצועיים לעיל סוברים כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי- הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו הבקשה לדיון בוועדת חריגים לליווי כמפורט בתפיסת ההפעלה.

ב. נכה המוכר בגין פגימות פיזיות שבגין זכאי ל-24 שעות ליווי ביממה המבקש לבחור במסלול ליווי בתגמול –

יש לקבל אישור מנהלת המחלקה לשירותים רפואיים במחוז וסגן מנהל/ת המחוז ביחס להתאמתו של הזכאי למסלול זה. לאחר קבלת חוות דעתם יש לפעול בהתאם לסעיף 4



אישור זה יסרק בכרטיס הזכאות. במקרים בהם סוברים הגורמים כאמור לעיל כי מסלול זה אינו מתאים לזכאי, הן ינמקו חוות דעתן ויעבירו לבחינה נוספת של מפקחת ע"ש. לאחר איסוף המידע מכל הגורמים וגיבוש המלצת המחוז, הבקשה תופנה לדיון בוועדת חריגים לליווי או שתאושר בקשתו והמשך הטיפול יועבר לעש"ר כמפורט בתפיסת ההפעלה.

4. פתיחת כרטיס זכאות לליווי זמני בתגמול במק"ט 41095.
 5. יש לשים לב כי השעות המוזנות בכרטיס תואמות את שעות הליווי שאושרו ע"י הרופא. (בכרטיס יוזנו שעות יומיות)
 6. מסמכי החובה שיש לסרוק לכרטיס הזכאות:
 - החלטת הרופא המחוזי
 - הצהרת הזכאי בדבר סיוע בהעסקת מלווה
 7. לאחר אשרור הכרטיס תתקבל הודעה: "לתשומת ליבך, יש לפתוח הטבה לליווי זמני בתגמול כספי"
 8. ההטבה תפתח ע"י ע' שירותים רפואיים במק"ט המתאים ותקושר ע"י עש"ר לכרטיס הזכאות. להלן המק"טים:
 - מק"ט 41092** – ליווי זמני בתגמול כספי
 - מק"ט 41093** – ליווי זמני בתגמול כספי +100%
 - מק"ט 41094** – ליווי זמני בתגמול כספי לזכאי 24/7
- יש לשים לב כי ההטבה נפתחת במק"ט המתאים בלבד. ע"פ המק"ט יקבעו התעריפים לתשלום.**

9. שעות הליווי שאושרו יוקלדו בשדה משקולות. יש להזין שעות יומיות בלבד.**.
10. המערכת תתרגם את השעות להטבה כספית אשר תשולם בתגמול החודשי.
11. מועד סיום תוקף ההטבה שיוזן הינו בהתאם לסיום תוקף כרטיס הזכאות
12. מועד סיום תוקף כרטיס הזכאות הינו בהתאם לנוהל אישור שעות ליווי זמני ע"י רופא מחוזי.
13. נדרש לציין הערה בסבב – מהן הסיבות לאישור הליווי הזמני.
14. במידת והרופא המחוזי סובר כי יש להפנות הזכאי לוועדת מלווים, יש להעביר מסמכים כנדרש.

****ליווי בתגמול כספי לנכים בעלי שעות ליווי שבועיות/חודשיות אשר לא ניתן להמירן**

לשעות יומיות



על אף האמור לעיל, במקרים בהם לנכה אושרו שעות ליווי שבועיות או חודשיות אשר **ולא** ניתן להמירן **לשעות יומיות** (דהיינו שעות שבועיות אשר אינן מתחלקות ב-7 כמספר שלם או שעות חודשיות אשר אינן מתחלקות ב-30.4 כמנה שלמה) יש לפעול באופן הבא:

א. בכרטיס הזכאות לליווי בתגמול כספי יוזנו השעות השבועיות/חודשיות בהתאם למאושר.

ב. יש לפתוח הטבה לליווי בתגמול כספי במק"ט במתאים ולקשרה לכרטיס הזכאות. בהטבה ידווח **סכום** במקום דיווח **משקולות**. חישוב הסכום יבוצע ע"י עש"ר ויפורט בסבב התפעולי.

שעות שבועיות-

שעות ליווי שבועיות שאושרו 7/ (מס' ימים בשבוע)---- התוצאה * ערך השעה בהתאם לזכאות * 30.4 (ממוצע ימים בחודש)

שעות חודשיות-

שעות הליווי שאושרו לחודש במכפלת התעריף בזכאות.

לדוגמא: 15 ש"ש לנכה שאינו +100% יחושבו באופן הבא: (30.4)*תעריף שעה*(15/7)

מועד תחילת הזכאות וסיומה ומועד תחילת התשלום בהטבה וסיומה יהיו תמיד חודש מלא לפי החודש בו אושר הליווי. לדוגמא: תאריך התחלת תשלום 1/2/2017 תאריך סיום התשלום: 31/10/2022.

בהערות לתלוש יש לציין את מס' השעות המאושרות לדוגמא:

הערה בתלוש: 15 ש"ש.

שינוי במסלול מימוש הזכאות לליווי-

ככלל המעבר בין מסלולים יתאפשר אחת לשנה .

מעבר מליווי באמצעות חברת סיעוד לליווי בתגמול כספי-

- המעבר מליווי באמצעות חברת סיעוד לליווי בתגמול כספי יבוצע 45 יום מיום קבלת תצהיר הנכה המבקש את השינוי. זאת על מנת שחברת הסיעוד תוכל לסיים את העסקת העובדים כחוק. (מתן ימי התראה על פיטורין למלווים).
- יש לעדכן בכתב את חברת הסיעוד על כל זכאי אשר העביר הצהרה בה בחר בליווי בתגמול ועדכון במועד תחילת תוקף ליווי בתגמול כספי. זאת לא יאוחר מ-4 ימי עבודה מיום קבלת התצהיר על מנת לאפשר לחברת הסיעוד להיערך לביצוע "גמר חשבון" עם המלווים מטעמה. לאחר סיום העסקת המלווים ע"י חברת הסיעוד יינתן הסיוע למימון מלווה בתגמול כספי.
- אופן הביצוע במערכת הממוחשבת זהה לתהליך הטיפול באספקת ליווי בתגמול נכה חדש

מעבר מליווי בתגמול כספי לליווי באמצעות חברת סיעוד-

- קבלת הודעה בכתב מהזכאי על בחירתו וסריקתה בכרטיס הזכאות .
- קיצור תוקף ההטבה לתשלום ליווי בתגמול כספי ולאחר מכן קיצור תוקף כרטיס הזכאות לליווי בתגמול .
- פתיחת כרטיס זכאות לליווי באמצעות חברת סיעוד והפקת הפניה בהתאם.
- הודעה טלפונית+ שליחת הפניה לחברת הסיעוד .

מסלול משולב (לנכים הזכאים ל24 שעות ליווי ביממה בלבד)

- קבלת בקשה בכתב מהנכה המפרטת את בקשתו לאופן חלוקת שעות הליווי (ליווי בתגמול/ ליווי באמצעות חברת סיעוד) כמו כן קבלת טופס ההצהרה.
- נכה המקבל ליווי באמצעות חברת סיעוד ובוחר במסלול משולב, יש לעדכן חברת הסיעוד על הפחתת שעות הליווי כמפורט בסעיף שינוי במסלול מימוש הזכאות לליווי.
- פתיחת כרטיס זכאות לליווי לנכה ופתיחת כרטיס נוסף לליווי תגמול.
- הפקת הפניה לחברת הסיעוד בהתאם למספר שעות הליווי המעודכן + פתיחת הטבה לליווי בתגמול כספי.
- יש לוודא כי סה"כ השעות בשני כרטיסי הזכאות אינם עולים על סה"כ השעות שאושרו לליווי.

הכשרה למלווים לנכים קשים-

זכאים בדרגת נכות 100%+ בגין קוואדרופלגיה (03), פגיעות ראש (12) ומונשמים אשר בחרו בליווי בתגמול ומעוניינים כי המלווה מטעמם יעבור הדרכה בכל הקשור בטיפול בנכה סיעודי - זכאים לקבל 2 ימי הדרכה אשר תמומן על ידי אגף השיקום. בתחלופת מלווה תינתן הדרכה כאמור למלווה החדש. שעות הנוכחות בהדרכה כלולות הינן במסגרת שעות הזכאות לליווי בתגמול. לא תשולמנה תוספת שעות למטרה זו.

(בבחירה בליווי באמצעות חברת סיעוד, תשולמנה שעות נוספות למטרת ביצוע ההדרכה) ימי הדרכה אלו יכללו הדרכה תיאורטית ומעשית בכל הקשור בטיפול בנכה סיעודי.

הדרכות למלווים לביצוע פעולות חודרניות – תתקיימנה כפי שמתנהל היום.

פרטים לגבי אופן הפניית מלווים להכשרה יועברו בהמשך.

יובהר, כי באחריות הזכאי לפנות בכתב לעובדת השירותים הרפואיים במחוז בבקשה להדרכת מלווה.

וועדת חריגים לליווי-

זכאי אשר מבקש לממש זכאותו לליווי באמצעות התגמול וע"פ חוות דעת הגורמים המקצועיים במחוז מסלול זה אינו מתאים עבורו, מנהלת המחוז תעביר בקשה מנומקת בכתב לדיון בוועדת חריגים לליווי.

דגשים

- במסלול של ליווי בתגמול כספי לא תשולמנה תוספת שעות ליווי כגון: יציאה לחמי מרפא, חו"ל, חפיפה, שעות חריגות, הדרכות וכו'
- נכים הזכאים לשירותי Case Manager, ימשיכו לקבל השירות באמצעות חברות הסיעוד בלבד
- מעבר למסלול ליווי בתגמול מחייב טופס הצהרה חתום על ידי הזכאי. המעבר יבוצע בתיאום עם חברת הסיעוד ורק לאחר שחברת הסיעוד סיימה העסקת המלווים כחוק.
- זכאי אשר מלווה ע"י מלווה גלובאלי (עובד זר) המועסק באמצעות חברת סיעוד ובוחר לעבור למסלול ליווי בתגמול כספי, לא יהיה זכאי להטבת כלכלת עובד זר ויש להגביל את תוקפה בהתאם.
- נכה המבקש מעבר מסלול טרם חלפה שנה- תובא בקשתו לדיון בפני וועדת חריגים לשינוי מסלול. הוועדה תורכב מבעלי התפקידים הבאים: ר' היחידה לאפיון ובקרת השר"פ, ר' היחידה לחשבונאות שיקום, ר' היחידה לתקציבים והתקשרויות.



לכבוד:

משרד הביטחון – אגף שיקום נכים

הנדון: הצהרת זכאי בדבר סיוע במימון הוצאות לצורך העסקת מלווה סיעודי

תקנה 24(ד) לתקנות הנכים (טיפול רפואי), התשי"ד-1954, מאפשרת לזכאי אגף השיקום, שנקבע לגביו הצורך במלווה או מלווים, בחירה בין סיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי לבין קבלת סיוע ממלווה סיעודי בהתאם להסדרים שקבע אגף השיקום במשרד הביטחון.

בהתאם לתקנה זו, הנני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

א. ברצוני לקבל סיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי בגין _____ שעות הליווי הסיעודי להן אני זכאי.

ב. ידוע לי כי הסיוע במימון כאמור לעיל, יהיה בהתאם לתעריפים אשר יקבעו ע"י משרד הביטחון / אגף השיקום מעת לעת.

ידוע לי כי הסיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי, ייכנס לתוקף תוך 45 יום מיום קבלת הצהרה זו במשרד אגף שיקום.

הנני מתחייב כי עם הגשת בקשתי לסיוע במימון הוצאות להעסקת מלווה סיעודי בתגמול, אודיע לחברת הסיעוד בכתב על הפסקת שירותי הליווי הסיעודי הניתנים לי על ידה. בנוסף, משרד הביטחון יבטל את ההפניות המופנות לחברות הסיעוד בגין הליווי. הנני מתחייב לעשות שימוש בכספי הסיוע במימון לצורכי ליווי סיעודי.

ג. ככל שאבחר להעסיק מלווה באופן עצמאי, הנני מתחייב לפעול בעניין השכר והזכויות הסוציאליות של המלווה המועסק על ידי בהתאם לכל דין ובכלל זה דיני העבודה. כמו כן, אפעל בהתאם לדין בכל הנוגע לניכוי תשלומים המחויבים על פי דין, לרבות מס הכנסה, ביטוח בריאות ודמי ביטוח לאומי ואעביר תשלומים אלה לרשויות הרלוונטיות.

ד. האחריות להעסקת מלווה סיעודי, ובכלל זה האחריות לבקשה לביצוע הדרכה והכשרה למלווה מטעמי, על כל המשתמע מכך, רובצת עליי ואין ולא תהיה לי או למי מטעמי, כל תביעה ו/או טענה ו/או דרישה כלפי משהב"ט או מי מהפועלים מטעמו בכל עניין הקשור או נובע מיחסי העבודה ביני לבין המלווה המועסק על ידי ו/או מהטיפול הסיעודי אותו המלווה מספק לי ו/או מאיתור מלווה סיעודי.

ידוע לי, כי המשרד וכל מי מטעמו, לא יישאו בכל אחריות לכל אובדן ו/או נזק שייגרמו מכל סיבה שהיא או בכל נסיבות שהן, לגוף ו/או לרכוש, לי ו/או למלווה ו/או לכל צד ג' כלשהו במסגרת ו/או בקשר עם העסקת המלווה הסיעודי על ידי או לטיפול אשר יינתן על ידו, והנני משחרר את משרד הביטחון מכל אחריות כאמור.



אגף שיקום נכים
מקום לצאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

ה. הנני מתחייב לשפות את משרד הביטחון בגין כל הוצאה ו/או תשלום בו יישא משרד הביטחון כתוצאה מתביעה ו/או דרישה של המלווה ו/או צד ג' אשר אני אחראי לה כאמור בסעיף ה לעיל.

תאריך	שם משפחה + פרטי	תעודת זהות	תיק	חתימה
-------	-----------------	------------	-----	-------



אגרת לנכה- אופן מימוש מלווים (כלל הזכאים לליווי)

שלום,

לאחרונה אושר ע"י שר הביטחון תיקון תקנה 24(ד) לתקנות הנכים (טיפול רפואי), התשי"ד-1954. בעקבות תיקון התקנה, ניתנת לזכאי אגף השיקום המקבלים ליווי אפשרות בחירה בין קבלת סיוע במימון הוצאות העסקת מלווה סיעודי בתגמול לבין קבלת ליווי באמצעות חברות הסיעוד עימם קשור המשרד בהסכם. לאור האמור, אנו מבקשים להודיע כי החל מתאריך 1/1/2017 ניתן יהיה לממש את אפשרות הבחירה בין שני המסלולים:

ליווי באמצעות חברות הסיעוד אשר המשרד קשור עמם בהסכם (כפי שנהוג כיום)

ליווי בתגמול- קבלת תשלום כספי בתגמול.

במסלול זה, נקבע ערך כספי לשעת ליווי, אותו יקבל הזכאי בתגמול בהתאם למס' שעות הליווי להן הוא זכאי.

יובהר, כי במסלול התשלום בתגמול קיימים 3 תעריפים: א. תגמול לנכים בעלי 24 שעות ליווי ביממה ב. תגמול לנכים +100 ג. אוכלוסיית הזכאים האחרים לליווי.

במסלול של ליווי בתגמול כספי תעריף השעה כולל את כלל ההוצאות הנלוות להעסקת מלווה. לא תשולמנה תוספת שעות ליווי כגון: יציאה לחמי מרפא, חו"ל, חפיפה, שעות חריגות, הדרכות וכו'.

במידה ותבחר במסלול זה, תעריף שעת ליווי בהתאם לזכאותך הנו: 35.37 ש"ח לשעה.

במידה והנך מעוניין לבחור באפשרות הליווי בתגמול, הנך נדרש לחתום על טופס ההצהרה המצ"ב ולהחזירו לעובד/ת השירותים הרפואיים במחוז השיקום באמצעות פניה דרך אתר האינטרנט או באמצעות (מספרי הפקסים מפורסמים באתר האינטרנט של אגף השיקום –נכים) לתשומת ליבך, לא ניתן לפצל את אופן מימוש הליווי (חברת סיעוד או ליווי בתגמול כספי). בחירת המסלול הינה לכלל שעות הליווי המאושרות למעט נכים להם 24 שעות ליווי ביממה.

ככלל, ניתן יהיה לבצע מעבר בין המסלולים למימוש הליווי אחת לשנה, ע"פ בקשה בכתב. את הבקשה יש להעביר לעובד/ת שירותים רפואיים במחוז. במקרים מיוחדים, בהם יעלה צורך לערוך שינוי באופן מימוש שעות הליווי בפרק זמן קצר יותר, תועבר הבקשה להחלטת וועדת חריגים בנושא.

בברכה,

המחלקה לשירותים רפואיים

אגף שיקום נכים

תפיסת הפעלה - אספקת ציוד סכרת

זכאי אגף השיקום הזכאים לטיפול במחלת הסכרת מקבלים ציוד לטיפול במחלתם כגון גלוקומטר, משאבות אינסולין, מדי סוכר רציפים לצורך ניטור וטיפול ברמת הסוכר בדמם וכן ציוד מתכלה.

אופן קבלת הציוד הינו כמפורט:

פניה ראשונה לקבלת מכשור לסכרת: (משאבת אינסולין, מד סוכר רציף)

- זכאי המבקש לקבל ציוד לסכרת יפנה אל הרופא המוסמך המחוזי בבקשה לבחינת זכאותו. הרופא המחוזי יבדוק את בקשת הזכאי ובמידה ויחליט לאשרה יופנה הזכאי לבדיקה והמלצה של רופא אמון סכרת הנמצא בהתקשרות עם משרד הביטחון. (רשימת רופאי אמון הסכרת בבתי החולים השונים מצורפת)
- הזכאי על פי בחירתו יקבל הפנייה לבדיקת רופא סכרת ויתאם מועד לבדיקה
- לאחר הבדיקה יעביר הזכאי את טופס ההמלצה אל הרופא המוסמך המחוזי לבדיקתו ואישורו.
- אישור הרופא המחוזי יועבר אל אחות המוקד לצורך הפקת הפניה לציוד הנדרש כולל הציוד המתכלה הנדרש למכשיר.
- עבור מכשיר גלוקומטר אין צורך בהמלצת רופא אמון, אישור הרופא המחוזי יועבר אל אחות המוקד אשר תפיק הפניה לקבלת המכשיר.

החלפת ציוד (משאבת אינסולין, מד סוכר רציף)

- במקרים בהם פונה הנכה ומדווח על קלקול בציוד, האחות תבדוק האם הציוד נמצא במסגרת האחריות. במידה ונמצא במסגרת האחריות – תפנה את הנכה ישירות אל הספק לביצוע התיקון במידה וחלפה תקופת האחריות ניתן להפנות הזכאי לביצוע החלפת המכשיר בהתאם לנוהלי העבודה המפורטים בהמשך.
- את הפניה יכול הזכאי להעביר לאחות המוקד באמצעות אתר האינטרנט של אגף השיקום או באמצעות המוקד הטלפוני.
- החלפה למכשיר מדגם זהה –
- א. במידה ומבקש הזכאי להחליף המכשיר לדגם זהה לזה שבשימוש. האחות במידה ותחשוב שיש צורך בכך תיצור עימו קשר טלפוני ותשוחח עימו. במידה ותתרשם כי המכשיר עונה לצרכיו תאשר החלפת המכשיר ותפיק הפניה לאספקת הציוד ללא הפנייה לרופא אמון.
- ב. במידה והאחות תתרשם שהמכשיר אינו עונה לצרכיו של הזכאי, תפנה בקשתו למרפאת המחוז לצורך הפנייתו לבדיקת רופא אמון סכרת כמפורט בסעיף הפניה ראשונה לקבלת ציוד סכרת
- החלפה למכשיר מדגם שונה –

א. במידה ומבקש הזכאי להחליף המכשיר לדגם שונה מזה שהיה בשימוש תפנה האחות בקשתו של הזכאי למרפאת המחוז לצורך הפניית הזכאי לבדיקה והמלצה של רופא אמון סכרת כמפורט בסעיף הפניה ראשונה לקבלת ציוד סכרת, למעט במקרה בו הזכאי מבקש להחליף את מד הסוכר הרציף לדגם שהשימוש בו נעשה ללא דקירה, במקרה זה אין צורך באישור רופא אמון.

פניה לקבלת גלוקומטר וציוד מתכלה לטיפול בסכרת

- זכאי אשר סופק לו מכשור לטיפול במחלת הסכרת זכאי לקבל את הציוד המתכלה הנדרש לשימוש שוטף והכמויות נקבעות בהתאם למצבו הרפואי.
- בנוסף זכאי בהתאם להמלצה רפואית (ללא צורך בפניה לרופא אמון) לקבל גלוקומטר וציוד מתכלה נוסף כמו: מחטים, מגבונים וכיו"ב כמפורט בהמשך בסעיף פירוט הציוד המתכלה, הציוד וכמויות יאושרו על ידי הרופא המחוזי בהתאם למצבו הרפואי של הזכאי והמלצות הרופא המטפל.
- ניתן להעביר את הבקשות באמצעות אתר האינטרנט של אגף השיקום או באמצעות פניות למוקד הטלפוני.
- הפניות יועברו לאחות במוקד הטלפוני אשר תבחן את הבקשה כולל סוגי פריטים וכמויות נדרשות ותפיק הפניה לאספקת הציוד לספק הרלוונטי.
- במידה וישנה בקשה לקבלת ציוד בכמות גדולה מהמקובל, הבקשה תועבר לבדיקתו והחלטתו של הרופא המחוזי עם המלצה של האחות לכמות הנדרשת.
- ככלל הציוד המתכלה יסופק בכל פעם לתקופה של רבעון אלא אם פנה הזכאי וביקש לספק לתקופה קצרה יותר.

פירוט הציוד המתכלה:

ציוד למכשור סכרת -

- אישור למכשיר גלוקומטר – יהווה אישור לסטיקים למכשיר, דוקרנים, פד אלכוהול, ועט דוקרן במידת הצורך.
- אישור למשאבת אינסולין - יהווה אישור לפודים, לקליפסים ולחגורות תואמים למשאבה, מיכלי אינסולין ופרפיות למשאבה.
- אישור למד סוכר רציף - יהווה אישור לחיישנים, לטגדרם ולגליל דבק לחיישנים.

ציוד נלווה נוסף ללא צורך במכשור -

- מחטים. (לעטים והזרקות)
- קרמים לרגליים לחולי סוכרת.



- אלקוג'ל לחיטוי ידיים.

- מגבונים להסרת דבק ולחיזוק דבק.

תקופת האחריות לצידוד:

משאבות אינסולין- תקופת האחריות לפריט 4 שנים

גלוקומטר- תקופת האחריות לפריט 4 שנים.

מד סוכר רציף- ישנו שוני בתקופת האחריות בין החברות השונות כמפורט:

חברת גפן- שנתיים.

חלקי מד הסוכר הרציף- משדר- שנה.

מקלט- שנתיים.

חברת פריגו- שנה

חלקי מד הסוכר הרציף- משדר- 6 חודשים.

מקלט- שנה.

חברת מדטרוניק- מד הסוכר הרציף בנוי ממשדר בלבד.

כל עוד הזכאי מקבל באופן רציף חיישנים למשדר, הוא תמיד יהיה באחריות.

תיקון צידוד

- למשאבות אינסולין ומדי סוכר רציפים מוגדר פרק זמן להחלפה במהלכו המכשיר נמצא באחריות הספק.

- במידה וחלה תקלה במכשיר על הזכאי לפנות אל הספק ממנו נרכש המכשיר.

- הספק יבדוק את הצידוד ויפעל כדלקמן:

א. לא ניתן לתקן את הצידוד – הספק יחליף את הצידוד ללא צורך בהפניה.

ב. ניתן לתקן את הצידוד - הספק יספק לזכאי מכשיר חלופי עד לתיקון הצידוד והחזרתו לזכאי.



רופאי אמון סכרת

מרכז רפואי	רופא/ה	קביעת תור בטלפון	הערות
בי"ח בלינסון	דר' זינגר ג'ואל	03-9377182	עקב עומסים, ניתן לקבוע לכל רופא סוכרת בביה"ח ההמלצה תועבר לאישורו של ד"ר זינגר
בי"ח שיבא- תל השומר	דר' טלי צוקרמן	פקס 03-5305479	יש לשלוח הפניה בפקס, המזכירה תתקשר לזכאי לקבוע.
בי"ח איכילוב	דר' אלדור רועי	03-6973417	
בי"ח סורוקה	דר' עידית ליברטי	08-6400125	
בי"ח רמב"ם	דר' דיב דאוד	04-7772828	במידה ולא עונים ניתן להשאיר הודעה במספר 04-7771606
בי"ח זיו	דר' פואד עדווי	04-6828880	

הפעלת שירותי טיפול במסגרת ביתית לנכה צה"ל

1. כללי

טיפול במסגרת ביתית ניתן לנכי צה"ל הזקוקים למענה נרחב של שירותים רפואיים וזכאים לטיפול שיקומי ניירולוגי/ אורטופדי או לטיפול ביתי כחלופת אשפוז לאחר שחרורם מבית החולים. שירות זה מאפשר מענה תחת "כובע" של ספק אחד שמרכז את הטיפולים כלל הרפואיים הניתנים לנכה. לצורך מתן שירות זה, הסדרנו התקשרויות עם מספר ספקים. השירות כולל:

בקרת רופא שיקום/ רופא פנימאי ואחות אשר יתוו ויפקחו על מתן השרות, התקדמות הטיפול ועדכון הצוותים הרפואיים במרפאות המחוזיות.

טיפולים פיזיקאליים, בדיקות דם, רופאים מהתמחויות שונות ועוד. הכל כמפורט במסמך זה.

כמו כן, שירות זה יכול לתת מענה במקרה בו נכה מאושפז משתחרר מבית החולים לחופשה/ לסופ"ש וזקוק לטיפול רפואי.

הסמכות לקבוע את חלופת האשפוז הנדרשת לנכה הינה של רופאי אגף השיקום בשיתוף עם הרופאים המומחים המטפלים בנכה בבי"ח.

2. מסגרות השרות ותכולתן

2.1. חלופת אשפוז אורטופדי/ חלופת אשפוז ניירולוגי:

טיפול זה מיועד לנכים הזקוקים לחלופת אשפוז תחת פיקוח וטיפול של אנשי מקצוע מתחום השיקום האורטופדי או השיקום הניירולוגי.

השרות יינתן תחת בקרה של רופא שיקום מומחה בתחום השיקום הרלוונטי אשר ישמש כרופא אחראי אשר יתווה ויפקח על מתן השירות ועל התקדמות המטופל.

הרופא יבצע הערכה ראשונית לקראת בניית תוכנית טיפול.

השרות כולל:

2.1.1. רופא שיקום –

2.1.1.1. ביקור בבית החולים בטרם שחרור הזכאי לטיפול ביתי - ההערכה תתבצע במקום בו נמצא הזכאי בעת ההיערכות למתן הטיפול במסגרת הביתית- בין אם זה בביה"ח או בבית המטופל.

2.1.1.2. ביקור הרופא יתבצע בבית המטופל תוך 48 שעות ממועד תחילת הטיפול.

2.1.1.3. ביקור בבית הזכאי יתבצע בהמשך עפ"י הנדרש ממצבו הרפואי.

2.1.2. אחות/ מנהל/ת מקרה ("קייס מנג'ר") -

2.1.2.1. ביקור אחות/ מוסמכת בבית המטופל תוך 24 שעות ממועד תחילת הטיפול.

2.1.2.2. ביקור אחות מוסמכת אחת לשבוע לפחות ובצוע פעולות כמפורט בסעיף

2.1.3. זמינות לייעוץ טלפוני של הרופא השיקומי והאחות - 24/7.

2.1.4. מטפלים פארא- רפואיים (פיזיותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ קלינאי תקשורת) - בהתאמה

לחבילת הטיפול אשר הותאמה למצבו הרפואי של הזכאי.

2.1.4.1. טיפול זה יכלול ציוד בסיסי כנדרש. כל מטפל, בהתאם לתחומו, יביא עמו לבית המטופל ציוד בסיסי הכולל, לכל הפחות, את הציוד הבא:

2.1.4.2. פיזיותרפיה- רצועת טרה באנד; שמן/ קרם סיכה/taping.

2.1.4.3. ריפוי בעיסוק- ציוד להתאמת סדים; עזרי חבישה; עזרי תרגול בסיסיים לשיפור תחושה וחיזוק; טסטים לאבחון תפקודי.

2.1.5. ההפניות עבור השרות יופקו ע"פ חבילת הטיפול הפיזיקאלי הנדרשת לנכה כמפורט:

(מספר הטיפולים בשבוע בתחומי הפיזיותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ קלינאי תקשורת)

2.1.5.1. חבילה בסיסית- כוללת 3 טיפולים פארא-רפואיים בשבוע.

2.1.5.2. חבילה מוגברת- כוללת 5 טיפולים פארא רפואיים בשבוע.

2.1.5.3. חבילה אינטנסיבית- כוללת 8 טיפולים פארא רפואיים בשבוע.

• **יש לשים לב להפיק הפניות בכמות של 1 לשבוע.**

2.1.5.4. לכל חבילות הטיפול ניתן יהיה להוסיף טיפולים כמפורט בסעיף 2.3.

2.2. הוספיס בית/ טיפול בית לנכה מורכב:

שירות זה יינתן תחת בקרה של רופא פנימאי מומחה/ רופא מומחה ברפואת המשפחה בתחום הרלוונטי. הרופא ישמש כרופא אחראי אשר יתווה ויפקח על מתן השירות ועל התקדמות המטופל. למען הסר ספק, במקרים בהם יהיה צורך בטיפולים אשר יבוצעו ע"י רופא, הם יבוצעו ע"י הרופא האחראי.

השרות כולל:

2.2.1. חבילת טיפול ראשונית- תינתן למשך השבועיים הראשונים לטיפול ותכלול:

2.2.1.1. בדיקת הרופא האחראי וקבלת תמונת מצב.

2.2.1.2. בדיקת אחות וביצוע הדרכה למטופל, למלווים ולבני המשפחה.

2.2.1.3. טיפולים פיזיקאליים- 5 טיפולים לשבוע אשר במהלכם תבוצע ע"י המטפלים הדרכה של המלווים ובני המשפחה.

2.2.1.4. ביקור של דיאטנית והתאמת תזונה.

2.2.1.5. בדיקות דם כולל אחד לחודש

2.2.2. חבילת טיפול המשך- תינתן לאחר השבועיים הראשונים לטיפול ותכלול:

2.2.2.1. ביקור רופא אחת לשבועיים לפחות.

2.2.2.2. ביקור אחות מוסמכת אחת לשבוע לפחות ובצוע פעולות כמפורט בסעיף 2.3

2.2.2.3. עובדת סוציאלית- ליווי המטופל ובני משפחתו.

2.2.2.4. כוננות וזמינות טלפונית 24/7 של רופא/ אחות, כולל קריאה לאמבולנס במידת הצורך (הזמנת אמבולנס איננה כלולה בעלות החבילה).

2.2.2.5. בדיקות דם כולל פיענוח אחת לחודש ע"פ הצורך

• יש לשים לב כי ההפניות מופקות כמות של 1 לשבועיים.

2.3. לנכים המטופלים באחת מחבילות הטיפול ניתן יהיה להוסיף גם את השירותים הבאים:

2.3.1. בדיקה ראשונית של רופא שיקומי לנכה אשר נמצא כי אינו מתאים לטיפול.

2.3.2. טיפול אחות/ מוסמכת/ הגעה לבית הזכאי בהתאם לצורך הרפואי כולל שינוי תנחת המטופל, החלפת תחבושות או טיפול רפואי אחר היכול להתבצע על ידי אחות הכולל חבישה/ חבישה מורכבת, החלפת צנתרים, מתן טיפול תרופתי לרבות הזלפת תרופות ומתן טיפול בהזלפה תוך ורידית ועוד. (שעת טיפול)

2.3.3. טיפול אחות/ לטיפול בפצעי לחץ. (שעת טיפול)

2.3.4. טיפול אחות/ מומחה/ית. (שעת טיפול)

2.3.5. טיפול פארא רפואי- קלינאי תקשורת/ ריפוי בעיסוק/ פיזיותרפיה. (משך טיפול 45 דקות לפחות)

2.3.6. ביקור רופאים מתחומי התמחות שונים לצורך חו"ד/ טיפול

2.3.7. פגישה עם דיאטן.

2.3.8. לקיחת בדיקות מעבדה על ידי אחות מוסמכת (דם/ שתן וכו'), העברתם למעבדה (הנמצאת בהתקשרות עם הספק) ופיענוח.

• יש לשים לב כי הכמות בהפניות ע"פ מספר הביקורים הנדרשים.

3. אופן הטיפול:

3.1. לקראת שחרורו של נכה מבית החולים או במקרה בו עולה הצורך בטיפול במסגרת ביתית לנכה

הנמצא בביתו, תפנה מרפאת המחוז אל אנשי הקשר מטעם הספק שנבחר ותעביר לידו הפניה

לבדיקה ראשונית ללא טיפול. במקרים בהם קיים סיכום אשפוז/ביניים/ תכנית טיפול

שהוגדרה על ידי הצוות המטפל בבית חולים יצורף החומר להפניה שהומלצה. (חשוב לערב את

נציגי הספק מוקדם ככל האפשר לפני שחרור הנכה על מנת שיוכל להיערך עם כח אדם מתאים

(



- 3.2. במידה ויש בידי המחוז מידע אשר יכול לסייע בהתאמת הצוות המטפל, יש להקפיד ולידע את הספק במקביל להעברת המסמכים הרפואיים.
- 3.3. לנכה המשתחרר מאשפוז לחופשה/ סופ"ש וזקוק לטיפול, יש ליצור קשר עם הספק לפחות 3 ימי עבודה לפני המועד הנדרש על מנת לאפשר היערכות מתאימה.
- 3.4. הרופא האחראי והצוות הרפואי יבצעו בדיקה ראשונית עם המטופל בבית החולים או בביתו (בהתאם למקום המצאות המטופל) תוך 2 ימי עבודה מקבלת ההפניה, לצורך היכרות ובניית תכנית שיקום.
- 3.5. במידת האפשר, על הצוות המטפל במחוז להצטרף לביקור.
- 3.6. תכנית הטיפול המומלצת הכוללת את סוג החבילה המוצעת, תמהיל הטיפולים והמטפלים וקביעת תחומי אחריות של כל מטפל בצוות תועבר לרופא המחוזי אשר יבחן אותה ובמידה ויאשרה תופק הפניה לחבילת הטיפול הנדרש לנכה.
- 3.7. עם שחרורו של הנכה לביתו אחות מטעם הספק תדריך את המטופל, בני משפחתו ו/ או המלווים אותו בכל נושא סיעודי או רפואי וכן בנושאים הנדרשים לתפקוד היומיומי של המטופל וכן תבצע כל טיפול סיעודי אחר הנדרש לנכה כגון טיפול בפצעים, נקזים וכו'.
- 3.8. הפיזיותרפיסט מטעם הספק יהיה אחראי לביצוע הטיפולים על פי התוכנית בשיקום הפיזיקאלי, לרבות:
- 3.8.1. הדרכת המטופל ומשפחתו.
- 3.8.2. סיוע בהסתגלות למצב החדש.
- 3.8.3. עדכון הרופא על ההתקדמות של המטופל.
- 3.8.4. צורך בשינוי או עדכון הגישות הטיפוליות.
- 3.9. המטפלים פארא רפואיים יבצעו הערכה ואבחון בתחומם ויתנו טיפולים על פי תכנית הטיפול שאושרה.
- 3.10. תיאום מועדי הטיפולים יעשה על ידי הספק באופן ישיר אל מול המטופל או משפחתו.
- 3.11. המטפלים יעדכנו את הרופא השיקומי על התקדמות הטיפול.
- 3.12. מרפאת המחוז תהיה בקשר עם הנכה ו/או משפחתו לפחות פעם בחודש לבדיקה שהטיפולים מתקיימים כסדרם.
- 3.13. לקראת תום ההפניה לחבילת הטיפול שאושרה יעדכן הספק את הרופא המחוזי בקשה להארכת המשך טיפול. הבקשה תועבר עד 4 ימים לפני תום תקופת השיקום שאושרה ותכלול סיכום ביניים רפואי והמלצות להמשך.

3.14. לאחר כל טיפול או ביקור רופא/אחות יחתים המטפל מטעם הספק את הנכה או בני משפחתו על גבי טופס ייעודי לצורך אישור ביצוע הטיפול.

3.15. הספק ידווח לרופא המחוזי מיידית וטלפונית על מטופל שהתגלתה בו בעיה רפואית חריגה או מצב מסכן חיים.

4. מדדי זמן לטיפול

מס	הנושא	השירות
1	שעות הפעילות	ימים א' - ה - בין השעות 08:00-20:00. ימי חול המועד - בין השעות 08:00-15:00. ערבי שישי וחג - בין השעות 08:00-13:00 **במקרים חריגים יידרש טיפול בימי שבת ו/או חג. שירות זה מותנה באישור מראש ובכתב של אגף השיקום
2	התייעצות טלפונית של רופא/אחות	24/7
3	הערכה ראשונית לזכאי חדש	2 ימי עבודה מקבלת ההפניה אצל הספק
4	תחילת טיפול בזכאי חדש	עד 3 ימי עבודה ממועד קבלת האישור וההפניה. *במקרים דחופים יתבקש הספק על ידי האגף להתחיל את הטיפול מוקדם ככל האפשר ובטרם חלפו פרקי הזמנים המפורטים.
5	קביעה ושנוי מועדי טיפולים	לפחות 24 שעות לפני מועד הטיפול
6	אירוע רפואי חריג	עדכון מיידית של הרופא המחוזי באגף
	נכה המשתחרר מאשפוז לחופשה/ סופ"ש וזקוק לטיפול	עדכון הספק 3 ימי עבודה מראש

5. טבלת מקטים וספקים

5.1. טיפול שוטף –

מקט	תיאור	מדטריקס	מדיקוויפ	פמי	קליניטיקה	או. אר. אס
44951	חלופת אשפוז אורתופדי - בסיסית לשבוע	✓		✓		✓
44953	חלופת אשפוז אורתופדי - מוגברת לשבוע	✓		✓		✓
44955	חלופת אשפוז אורתופדי - אינטנסיבי לשבוע	✓		✓		✓
44957	חלופת אשפוז נירולוגי - בסיסית לשבוע	✓		✓		
44959	חלופת אשפוז נירולוגי - מוגברת לשבוע	✓		✓		
44961	חלופת אשפוז נירולוגי - אינטנסיבי לשבוע	✓		✓		
44963	הוספיס בית/טיפול בית לנכה מורכב - חבילה ראשונית - לשבועיים	✓	✓		✓	
44964	הוספיס בית/טיפול בית לנכה מורכב - חבילת המשך לשבועיים	✓	✓		✓	
שירותים נוספים שאינם במסגרת חבילות שירות (מיועד לנכים המטופלים באחת מחבילות הטיפול)						
44965	אח מוסמך	✓	✓	✓	✓	✓
44966	אח לטיפול בפצעי לחץ/ אח מומחה	✓	✓	✓	✓	✓
44968	טיפול פארא רפואי	✓	✓	✓	✓	✓
44969	בדיקות דם	✓	✓	✓	✓	✓
44970	ביקור רופאים מומחים	✓	✓	✓	✓	✓
41384	בדיקה ראשונית ללא טיפול	✓	✓	✓	✓	✓
10976	דיאטן	✓	✓	✓	✓	✓

5.2. טיפול בעת יציאה לחופשה / סופ"ש

מקט	תיאור	מדטריקס	מדיקוויפ	פמי	קליניטיקה	או. אר. אס
44952	חלופת אשפוז אורתופדי - בסיסית - סופ"ש/חג	✓		✓		✓
44954	חלופת אשפוז אורתופדי - מוגברת - סופ"ש/חג	✓		✓		✓
44956	חלופת אשפוז אורתופדי - אינטנסיבי - סופ"ש/חג	✓		✓		✓
44958	חלופת אשפוז נירולוגי - בסיסית - סופ"ש חג	✓		✓		
44960	חלופת אשפוז נירולוגי - מוגברת - סופ"ש/חג	✓		✓		
44962	חלופת אשפוז נירולוגי - אינטנסיבי - סופ"ש/חג	✓		✓		
44972	הוספיס בית/טיפול בית לנכה מורכב - חבילה ראשונית - שבת	✓	✓		✓	
44973	הוספיס בית/טיפול בית לנכה מורכב - חבילת המשך - שבת	✓	✓		✓	
44974	אח מוסמך - שבת	✓	✓	✓	✓	✓
44967	אח לטיפול בפצעי לחץ/ אח מומחה - שבת	✓	✓	✓	✓	✓
44975	טיפול פארא רפואי - שבת	✓	✓	✓	✓	✓
44976	בדיקות דם - שבת	✓	✓	✓	✓	✓
44977	ביקור רופאים מומחים - שבת	✓	✓	✓	✓	✓

תפיסת הפעלה – אופן הפנית נכה לביצוע בדיקות סקר תקופתיות

כללי

נכי צה"ל המוכרים מ 50% נכות ומעלה זכאים לבצע בדיקת סקר תקופתית. בדיקת סקר תקופתית – בדיקה רפואית במסגרת רפואה מונעת המיועדת לאתר ולזהות מידת סיכון להיווצרות בעיה רפואית. לאגף השיקום התקשרות עם מספר בתי חולים וספקים בפריסה ארצית לביצוע בדיקות הסקר התקופתיות.

תדירות זכאות:

תדירות הזכאות לביצוע בדיקות הסקר הינה כדלקמן:

1. נכים המוכרים במשרד הביטחון בדרגת נכות של 50% ומעלה זכאים לבדיקה רפואית תקופתית אחת לשנתיים.
2. נכים המוכרים במשרד הביטחון בדרגת נכות של 20%-49% בגין פגיעת ראש זכאים לבדיקה רפואית אחת לשנתיים.
3. נכים קטועים - זכאים לבדיקה רפואית תקופתית ייעודית, אחת לשנתיים.
4. נכים משותקים (סמול פגיעה 01,12,03) בדרגת נכות של 100%+, זכאים לבדיקה רפואית תקופתית ייעודית, אחת לשנה.

אופן הטיפול:

1. זכאי המבקש לבצע בדיקות סקר יפנה בקשתו אל מרפאת המחוז
2. עובדת השרותים הרפואיים תבדוק האם זכאי לביצוע הבדיקה וכן את מועד ביצוע הבדיקה הקודם.
3. במידה וזכאי במועד הבקשה לבצע את הבדיקה, עש"ר תפיק הפניה במק"ט המתאים תוך תשומת לב לבדיקות הייעודיות לקבוצות הנכות הרלוונטיות כמפורט:
 - בדיקת סקר לגבר + PSA – מק"ט 11853 (מיועד לגברים מעל גיל 40)
 - בדיקת סקר לגבר – מק"ט 11852
 - בדיקת סקר לאישה – מק"ט 11851
 - בדיקת סקר לנכה משותק – מק"ט 10531
 - בדיקת סקר לנכה קטוע – מק"ט 10532
4. הנכה יקבע את מועד הבדיקות הרצוי לו ישירות מול הספק (רשימת הבדיקות הכלולות בנספח א').

5. לאחר ביצוע הבדיקות יקבל הנכה את הדו"ח המסכם מהספק ויעבירו אל מרפאת המחוז.
הדוח ייבדק על ידי הרופא המחוזי ובמידה ונדרש בירור נוסף בגין הנכות המוכרת יופנה הנכה להמשך הבירור.
6. במידה ויש צורך בבירור נוסף שלא בגין הנכות המוכרת, יפנה הרופא המחוזי את הנכה להמשך בירור בקהילה.
7. את רשימת הספקים העדכניים ניתן לאתר באמצעות איתור ספקים לפריט במערכת שיקום 2000 על פי המק"ט הנדרש.

נספח א'

מצ"ב עיקר הבדיקות הכלולות בבדיקות הסקר:

1. בדיקה ע"י רופא פנימי מומחה הכוללת: גובה, משקל, לחץ דם ודופק.
2. בדיקת א.ק.ג. במנוחה ובמאמץ (ארגומטריה) ע"י קרדיולוג מומחה.
3. לנשים – בדיקה גניקולוגית ע"י רופא גניקולוג ומשטח צוואר הרחם (pap), בדיקת שד ע"י כירורג בכיר ובדיקת צפיפות העצם מעל גיל 40.
4. בדיקות דם:
 - ספירת דם + מבדלת.
 - CRP
 - טריגליצרידים.
 - כולסטרול (כללי, LDL, HDL)
 - גלוקוזה (סוכר)
 - תפקודי כליות (אוריה, קריאטנין)
 - אלקטרוליטים (אשלגן, נתרן, סידן, זרחן)
 - חומצה אורית.
 - תפקודי כבד (בילירובין ישיר וסה"כ, AST, ALT, פוספטזה בסיסית, LDH, CK)
 - חלבונים בדם (כללי, גלובולין, אלבומין)
 - בדיקות שתן כללית.
 - דם סמוי בצואה מעל גיל 40
 - צילום חזה ופענוח על ידי רנטגנולוג

- בדיקת עיניים ע"י רופא עיניים כולל: לחץ תוך עיני וקרקעית העין
- בדיקת P.S.A – באם מוזכר בהפניה. לגברים מעל גיל 40
- בדיקת תפקוד נשימה מעל גיל 40
- בדיקת שמיעה הכוללת אודיומטריה
- שיחת סיכום עם רופא פנימי המתבססת על המידע הקיים בבדיקות
- מכתב, דו"ח מסכם שישלח אל הזכאי לא יאוחר מ 14 יום מיום הבדיקה.
- הבדיקות הנוספות הכלולות בבדיקות סקר לנכים משותקים וקטועים:
- לנכים קטועי ידיים:
 - בדיקה כללית על ידי רופא אורטופד בעל ניסיון בשיקום קטועים
 - צילום עמוד שדרה צווארי וצילומי גדמים (להחלטת הרופא)
 - צילום חזה
- לנכים קטועי רגליים:
 - בדיקה כללית על ידי רופא אורטופד בעל ניסיון בשיקום קטועים
 - צילום עמוד שדרה גבי ומותני (להחלטת הרופא)
 - צילום חזה
- לנכים משותקים:
 - בדיקה כללית על ידי רופא שיקומי
 - צילום חזה
 - אולטרסאונד כליות

תפיסת הפעלה - תפעול נושא מלווים

תפיסת הפעלה זו מוסיפה על תפיסת הפעלה "ליווי לנכה צה"ל" ואינה מחליפה אותה.

תפיסת הפעלה זו נכתבה לאור ההחלטה ליצור דיפרנציאציה בשכר המלווים לנכים קשים וקשים מאוד ולאור החלטה משפטית להחיל השינוי החל מ-1/10/2017.

כללי

1. ליווי יינתן לנכה צה"ל אשר זקוק לעזרה תפקודית ו/או סיעודית בתחום ה ADL ובשל מהנכות המוכרת.
2. ליווי יינתן אך ורק כאשר נכה מתגורר בביתו או בדיור מוגן (לא במסגרת מוסדית).
3. שעות הליווי להם זקוק כל נכה נקבעות לאחר בדיקה מקצועית ע"י צוות רב מקצועי הממליץ לרופא המוסמך על תקופת והיקף שעות הליווי.
4. תהליך הטיפול במתן ליווי לנכה, לאחר קבלת החלטת רופא מוסמך, מתחיל בהודעה לנכה ע"י המחלקה לשירותים רפואיים במחוז וקבלת החלטת הנכה מאיזו חברת סיעוד הוא מבקש לקבל את השירות. בהתאם להחלטת הנכה תעביר עש"ר לחברת הסיעוד מכתב זכאות, החברה תיצור קשר עם הנכה וביחד עמו תצוות מלווה לשביעות רצונו.
5. ניתן לממש זכאות לליווי באמצעות חברת סיעוד עמה קשור המשרד בהסכם או באמצעות קבלת סיוע כספי להעסקת מלווה סיעודי בתגמול החודשי (למעט במקרים בהם אושר ליווי זמני בלבד אותו ניתן לממש ע"י חברת סיעוד בלבד).
6. תפיסת הפעלה זו עוסקת בליווי הממומש באמצעות חברת סיעוד בלבד.

עקרונות:

1. המלווים שיועמדו לנכה יועסקו בחברת סיעוד אחת בלבד מתוך רשימת חברות הסיעוד עמן עובד המשרד, עפ"י בחירת הנכה. לא ניתן יהיה לפצל את העסקת המלווים לנכה אחד בין מספר חברות סיעוד.
2. חברת הסיעוד תספק מלווים לנכה בפועל רק לאחר קבלת מכתב זכאות חתום ע"י הגורם המוסמך באגף השיקום וזאת בכפוף לקבלת הפניה עד 3 ימים מיום העברת מכתב הזכאות. לאחר אישור זכאות הנכה לליווי תפתח לשכת

השיקום כרטיס זכאות ותודיע לנכה

3. ההפניה לליווי תפתח במק"ט המתאים לאופי הנכה ע"פ ההגדרות הבאות ובכך תקבע את שכר למלווה: **(לתשומת ליבכם, אין שינוי בכרטיסי הזכאות אלא בהפניות בלבד)**

- **נכה קשה מאוד** - 100% + קוואדרופלגים או פגועי ראש ונכים הזכאים ל- 24 ש' ליווי ביממה
- **נכה קשה** - נכים בעלי נכות 100% + הזכאים לעד 23 שעות ליווי ביממה (כולל)
- **כלל הנכים** - נכי צה"ל הזכאים לליווי סיעודי אשר אינם מוכרים בגין 100% + זכאים לעד 23 ש' ליווי ביממה כולל.

4. ככלל, חברת הסיעוד תעסיק מלווים מקצועיים. לבקשת הנכה, תאושר העסקתם של בני משפחה מדרגה ראשונה כמלווים, בהיקף של עד 12 שעות ליווי ביממה, זאת מתוך מכסת שעות הליווי המאושרת לנכה. במקרים חריגים כגון טעמי דת, מסורת או אורח חיים המחייבים ליווי על ידי בן משפחה מדרגה ראשונה מעבר ל- 12 שעות ביממה, תועבר בקשת הנכה לבדיקה בוועדה מקצועית לטיפול בחריגים (כמפורט בתפיסת ההפעלה "ליווי לנכה").

תפעול:

ליווי לנכה

נכה אשר זכאי לליווי לאחר צר"מ וע"פ החלטת הרופא המוסמך, יפתח לו כרטיס זכאות במק"ט 37090 – ליווי לנכה כפי שבוצע עד כה. לאחר אישור הזכאות, תעביר עש"ר מכתב זכאות מתוך הכרטיס לחברת הסיעוד לאספקת מלווה.

[illegible]

עש"ר תטפל בפתיחת הפניה מתוך כרטיס הזכאות במק"ט המתאים:

מק"ט 37103 - מלווה שעתִי לנכה (כלל הנכים)

מק"ט 42006- מלווה שעתִי לנכה קשה (+100% עד 23 ש' ביממה)

מק"ט 40969 – מלווה שעתה לנכה קשה מאוד (24 ש' ביממה)

ליווי זמני לנכה באישור רופא מחוזי:

זכאים אשר אושר להם ליווי זמני לנכה באישור רופא מחוזי, יש לפתוח כרטיס זכאות ליווי זמני לנכה במק"ט 34924.

עש"ר תשלח מכתב זכאות לליווי זמני לחברת הסיעוד

עש"ר תטפל בפתיחת הפניה מתוך כרטיס הזכאות במק"טים הבאים :

- **מק"ט 37471 – מלווה שעתי זמני לנכה (כלל הנכים)**
- **מק"ט 42007- מלווה שעתי זמני לנכה +100% .**

ככלל, הפניה לליווי לנכה קשה מאוד תינתן במקרים בהם אושר לנכה ליווי לאחר צר"מ והחלטת הרופא המוסמך בלבד.

נכה אשר אושר לו ליווי זמני בהיקף של 24 ש' או השלמת שעות זמניות לליווי קבוע – יש להוציא הפניה בקטגוריית כלל הנכים או נכה קשה +100% בהתאם לאחוזי נכותו בלבד.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

על אף האמור לעיל, במקרים בהם לנכה אושר ליווי קבוע בהיקף 24 ש' ביממה אשר פג תוקפו ובעת המתנה לדיון בצר"מ ולהחלטה מחודשת, אישר הרופא המחוזי ליווי זמני באותו היקף, במקרה זה יש לפתוח הפניה במק"ט 40995- מלווה שעתי זמני לנכה קשה מאוד (24 ש' ביממה) מתוך כרטיס הזכאות ליווי זמני לנכה .

נכה אשר זכאי ל-24 ש' ליווי ביממה ובחר במסלול משולב ליווי בתגמול+ ליווי באמצעות חברת סיעוד – ההפניה לליווי תצא במק"ט 40969 – מלווה שעתי לנכה קשה מאוד המתאים לנכים הזכאים ל-24 שעות ליווי ביממה ללא קשר לאופן מימוש הזכאות.

אופן הטיפול בהפניות ל Case Manager (מק"ט 34793)- נותר ללא שינוי

נספח א' – מק"טים בנושא מלווים

הערות	פירוט	מק"ט	כרטיס זכאות
	מלווה שעתי לנכה (כלל הנכים)	37103	ליווי לנכה- כרטיס זכאות מק"ט 37090
	מלווה שעתי לנכה קשה (+100%)	42006	
	מלווה שעתי לנכה קשה מאוד (24 ש')	40969	
	מלווה גלובאלי	34794	
	מלווה גלובלי נוסף	37092	
	תוספת שעות ליווי בעת יציאה לחמי מרפא (נכים הזכאים ל24 ש')	35605	
	תוספת שעות ליווי בעת נסיעה לח"ל (נכים הזכאים ל24 ש')	37093	
	תוספת שעות ליווי- חריג	37528	
	MANAGER CASE מנהל טיפולי	34793	MANAGER CASE מק"ט 34793
	מלווה שעתי זמני לנכה (כלל הנכים)	37471	ליווי לנכה עד 3 חודשים מק"ט 34924
	מלווה שעתי לנכה קשה (+100%)	42007	
השימוש במק"ט זה הינו במקרים המוגדרים בתפיסת ההפעלה	מלווה שעתי לנכה קשה מאוד (24 ש')	40995	
	מלווה גלובאלי זמני	37473	
	ליווי בתגמול כספי (הטבה)	41121	ליווי בתגמול כספי מק"ט 39162
	ליווי בתגמול כספי לנכה +100% (הטבה)	41090	
	ליווי בתגמול כספי לזכאי 24/7 (הטבה)	41091	
הערות	פירוט	מק"ט	כרטיס זכאות
	ליווי זמני בתגמול כספי	41092	ליווי זמני בתגמול כספי מק"ט 41095
	ליווי זמני בתגמול כספי +100%	41093	
	ליווי זמני בתגמול כספי 24/7	41094	
סימול ניכוי 395	כלכלת עובד זר	34047	הטבות בנושא ליווי
סימול ניכוי 399	כלכלת עובד זר-חלקי	34849	

תפיסת הפעלה – ביצוע החזר כספי

כללי

תפיסת הפעלה זו נועדה להסדיר את תהליך ביצוע החזר הוצאות בגין טיפול/ציוד רפואי עבורו שילם הנכה באופן עצמאי לאחר שקיבל אישור הרופא המוסמך ומבקש לקבל החזר כספי.

עקרונות:

1. החזר כספי מבוצע באמצעות הפניית החזר, למעט החזר כספי עבור תרופות שנפתח ישירות כהטבה.
2. לאחר אישור הפניית החזר נפתחת הטבה באופן אוטומטי וכוללת את המסמכים שצורפו להפניית ההחזר, ההטבה עוברת סבב הכולל אישור סופי של אכ"ס לאחריו מבוצע התשלום בתגמול.
3. הרופא המחוזי מאשר את ביצוע הפעולה בחתימתו על גבי החשבוניות, זו נסרכת כמסמך חובה להפניית ההחזר.
4. החזר כספי מבוצע כנגד חשבונית מס/קבלה מקורית אלא אם צוין אחרת בתפיסת ההפעלה.
5. יש להקפיד ולבצע את הפניית ההחזר במק"ט הייעודי לטיפול/ציוד, במידה ואין מק"ט ייעודי יש לבחור במק"ט המתאים ביותר מבין המק"טים הקיימים.
- השימוש במק"ט המתאים מאפשר זיהוי מועד הזכאות הבא בקלות קרבה יותר ומאפשר מעקב אחר הטיפול והציוד שקיבל הנכה.
6. לכל הפניית החזר /הטבה יש לצרף חשבונית הכוללת את הפרטים הבאים:
שם המטפל
סוג הטיפול/ציוד
מספר הטיפולים/ציוד
7. יש להקפיד לצרף אישור רופא מחוזי/מרחבי לכפתור המסמכים בכל הפניית החזר.
8. יש לוודא שלא הופקה הפניה בגין אותו שירות/ציוד עבורו מבקש את ההחזר הכספי. במידה והופקה הפניה יש לוודא כי הנכה לא קיבל את השירות/ציוד כמפורט בהפניה ולבטלה לפני ביצוע הפניית ההחזר.
9. במידה והוחזרה הפניית החזר/הטבה עם שאלות/הבהרות, אין לפתוח פניה נוספת אלא להמשיך ולטפל על גבי אותה הפניית החזר/הטבה.
10. החזרים כספיים בסכומים גבוהים – אין לפצל החזר כספי לשתי הפניות החזר/הטבות שונות, במידה וישנה חסימה מחשבתית אשר לא מאפשרת להזין את מלוא הסכום המאושר יש לפנות לאחראי ציוד רפואי אשר יעדכן את גובה ההטבה בתיאום עם אכ"ס.

11. בחשבונית/קבלה בהן מצוינים מספר פריטים יש לוודא כי ההחזר הכספי כולל רק את הפריטים המאושרים באגף ושאושרו על ידי הרופא המחוזי.
12. תאריך תחילת התשלום – יש להזין את תאריך פתיחת הפניית ההחזר/הטבה.
13. יש לציין על גבי הקבלה/בהפניית ההחזר את מק"ט הטיפול/ציוד ע"פ חושב גובה ההחזר הכספי.
14. החזרים כספיים לטיפול/ציוד שאינו מאושר במשרד - יש לפעול כמפורט בסעיף החזר כספי לבדיקה שאין לה אין מק"ט במערכת המחשוב

החזר כספי בגין טיפולי שיניים:

- הוראה 53.17 – טיפול שיניים לנכים מסדירה את אפשרות הנכה לבצע טיפולי שיניים אצל רופא שאין לו התקשרות עם המשרד למתן טיפולי שיניים לנכי צה"ל ולקבל החזר כספי עבור הטיפול.
1. בכל ביצוע החזר כספי יש לוודא כי לא הופקה הפניה בגין אותו טיפול. במידה וכן, יש לוודא עם הנכה והספק כי לא בוצע הטיפול, לבטל את ההפניה ורק לאחר מכן להקים את הפניית ההחזר.
 2. החזר בגין טיפולי שיניים יבוצע כנגד חשבונית וקבלה מקוריים בלבד.
 3. יש לצרף להפניית ההחזר את חישוב גובה ההחזר הכספי בהתאם לתעריפי המשרד וחתימת יועץ השיניים על כך.
 4. במקרה בו נכה זכאי לטיפול שיניים בשן ספציפית ואושר החזר כספי בגין טיפולי שיניים סמוכות, יש להוסיף הסבר חתום על ידי רופא השיניים ע"פ יש צורך בביצוע הטיפול הנ"ל לצורך הטיפול בשן שבזכאות.
 5. במקרים חריגים בהם אבדו הקבלות המקוריות ולבקשת אכ"ס, אם השתכנע מנהל המחוז כי הקבלות התקבלו במחוז ואבדו בתום לב, יצרף מנהל המחוז הצהרה חתומה בכתב ידו על כך שקבלות המקור אכן הגיעו למחוז ואבדו. הצהרה זו תצורף לבקשת ההחזר ובמקביל תועבר לר' אגף השיקום לידיעה.
 6. במקרה בו קיבל הנכה החזר כספי מביטוח פרטי, יש לפעול כמפורט בסעיף – החזרים כספיים לטיפולים רפואיים במקרה בו בוצע החזר כספי מביטוח פרטי/קופ"ח.

החזר כספי לטיפולים רפואיים במקרה בו בוצע החזר כספי מביטוח פרטי/קופ"ח.

1. נכה המבקש החזר כספי בגין טיפול/ציוד עבורו קיבל החזר כספי מהביטוח הפרטי/קופ"ח ימציא אישור על גובה ההחזר הכספי הניתן לו.
2. ביצוע ההחזר הכספי יבוצע כנגד קבלה עליה יצוין "העתק נאמן למקור" ואישור חברת הביטוח/ קופ"ח על גובה ההחזר שניתן על ידם.



3. ניתן לאשר את הפער שבין גובה התשלום כמפורט בקבלה לתשלום שקיבל הנכה מחברת הביטוח/קופ"ח.

4. גובה ההחזר הכספי לא יעלה על גובה תעריף המשרד לטיפול/ציוד.

החזר כספי בגין חוו"ד נוספת

1. נכה זכאי לקבל החזר כספי בגין חוו"ד נוספת עד 3 פעמים בשנה.
 2. גובה ההחזר הכספי עד 700 ₪ לכל חוו"ד.
 3. יש להקפיד להזין את הפניית ההחזר לחוו"ד במק"ט הייעודי לכך שמספרו 28095 - החזר בגין קבלת חוות דעת שנייה - הפניית החזר.
 4. יש להקפיד להזין כל חשבונית בהפניית החזר נפרדת.
 5. על הרופא המחוזי לציין על גבי החשבונית המצורפת להפניית החזר / הטבה כי ראה את חוות דעת הרפואית בגינה מבוקש התשלום.
 6. על פי מדיניות הרופא הראשי ניתן לאשר החזר כספי עבור חוות דעת רפואית שניתנה לצורך טיפול בנכות המוכרת, אין לאשר החזר כספי בגין חוות דעת שניתנה לוועדה רפואית לצורך קביעת אחוזי נכות.
- אין צורך לצרף את חוו"ד הרפואית להחזר הכספי.
 - למען הסר ספק, יש לוודא כי לא מוגשת בקשה להחזר כספי בגין אותה חוו"ד יותר מפעם אחת. (לכל חשבונית/קבלה חוו"ד נפרדת)

החזר כספי לבדיקה שאין לה אין מק"ט במערכת המחשוב

1. בדיקות להם יש מק"טים במחירון משרד הבריאות – בהפניית החזר/ על גבי החשבונית יש לציין את מספר המק"ט. תעריף החזר הכספי המקסימאלי יקבע בהתאם למקט לתעריף המק"ט במערכת המחשוב.
2. בדיקות שאינן נמצאות בקטלוג משרד הבריאות ואין להם מקט בשיקום 2000 – אלו בדיקות הניתנות לראשונה ולא ניתנו בעבר – לגביהם יש להתייחס כטכנולוגיה חדשה ולהעביר לאחראי על ציוד רפואי ביחידת האפיון לצורך קבלת אישור הרופא הראשי. לאחר קבלת אישורו בכתב יוחזר למרפאה לביצוע החזר כספי בהתאם לתעריף שנקבע. יש לצרף את אישור הרופא הראשי להפניית החזר.
3. באם מדובר על פעולה שיהיה בה שימוש חוזר היחידה לאפיון תעביר בקשה לצרפה להסכם.
4. במקרים בהם יש מק"ט במערכת המחשוב והתעריף המבוקש לביצוע החזר הכספי גבוה מהתעריף הקיים במערכת והרופא המחוזי מאשר באופן חריג את החזר הכספי היות ולא ניתן היה לבצעה בדרך אחרת - במקרים אלו נקבע כי החזרי הוצאות לפריטים בהם



הפער הינו עד 150 ש"ח יועבר באישור וחתומת רופא מחוזי. בפריטים בהם הפער מעל 150 ש"ח יש להעביר לאישור רופא מרחבי.

5. במקרים אלו יש לבצע את ההחזר הכספי במק"ט הייעודי שנפתח לצורך זה:

מק"ט 42091 – טיפול רפואי – הפניית החזר – אישור מיוחד

מק"ט 42093 – ציוד רפואי – הפניית החזר – אישור מיוחד

החזר כספי בגין קנאביס רפואי

1. בהתאם להנחיות אכ"ס, החזר כספי בגין קנאביס רפואי ניתן לבצע כנגד קבלה מקורית או קבלה נאמן למקור/קבלה שנשלחה באמצעות המייל + הצהרת הנכה שאינו מקבל החזר מגוף אחר.

2. יש לוודא כי לנכה רישיון תקף לשימוש בקנאביס. יש לוודא כי הרישיון היה תקף בתאריך הרכישה.

3. לצורך יעול תהליך ביצוע ההחזר הכספי פותח כרטיס זכאות - **קנאביס רפואי מק"ט 42723**.

להלן נוהל העבודה לפתיחת כרטיס הזכאות:

- א. לכל נכה המבקש לקבל החזר כספי בגין קנאביס רפואי יש להקפיד ולפתוח כרטיס זכאות במק"ט זה.
- ב. בכפתור מסמכים בכרטיס הזכאות יש לצרף רישיון תקף לקנאביס רפואי חתום על ידי הרופא המחוזי.
- ג. יש לציין בכרטיס הזכאות כמות 1 ותקופה – חודש.
- ד. תוקף כרטיס הזכאות יהיה כתוקף הרישיון לשימוש בקנאביס. עם קבלת רישיון חדש ניתן להאריך את תוקף הכרטיס בהתאם.
- ה. כרטיס הזכאות יועבר בסבב לחתימת הרופא המחוזי.
4. להלן נוהל העבודה לביצוע ההחזר הכספי השוטף:

- א. פתיחת הפניית החזר לביצוע החזר כספי לקנאביס רפואי תבוצע מתוך כפתור "פתיחת הפניה" בכרטיס הזכאות.
- ב. במסך שיפתח יש לסמן "V" בכפתור הפניית החזר ולציין את תאריכי ההחזר המבוקשים.
- ג. לאחר לחיצה על כפתור "אשר" תפתח הפניית החזר, במק"ט זהה למק"ט כרטיס הזכאות.
- ד. יש לציין בשדה "סה"כ עלות" את גובה ההחזר הכספי המאושר.



ה. יש לסרוק להפניית החזר את הקבלה כמפורט בסעיף 1, אין צורך בהחתמת הרופא המחוזי שכן הוא חתום על כרטיס הזכאות והרישיון.

ו. המשך התהליך הינו ככל הפניית החזר – לאחר אשור ההפניה תפתח הטבה שתעבור לאכ"ס לתשלום.

5. גובה החזר הכספי המקסימאלי יעודכן מעת לעת (התעריפים המעודכנים יהיו מוצגים בכפתור help במק"ט ויעודכנו מעת לעת)

6. ניתן לאשר החזר כספי בגין הפריטים הבאים :

התשלום כולל עלות הקנאביס, גלגול הסיגריה/ניירות גלגול ופילטרים ודמי שינוע.

מכשיר אידוי קנאביס:

7. מותנה בהמלצה רפואית לשימוש במכשיר אידוי הנובעת ממצב רפואי.

8. יש לצרף אישור רופא מחוזי על גבי הקבלה.

9. הפניית החזר למכשיר אידוי קנאביס יש להקפיד ולפתוח במק"ט הייעודי לכך שמספרו 40994. (התעריף המקסימאלי מופיע בפתיחת הפניית החזר)

החזר כספי בגין ציוד שנרכש ע"פ הוראה 51.04 – ציוד עזר לנכים

1. נכים המבקשים החזר כספי לציוד לו זכאים ע"פ הוראה 51.04 – ציוד עזר לנכים, מתבקשים להעביר קבלה וחשבונית מקורית ובהן פרטי הציוד הנרכש.

2. יש להנחות את הנכים להעביר קבלה וחשבונית מקורית ובהן פירוט של הציוד בהתאם למפרט הציוד לו זכאי הנכה ע"פ ההוראה.

3. במידה ושידרג הנכה את הציוד יש לוודא כי על גבי הקבלה מצוינת הערכת מחיר לציוד לו זכאי הנכה על פי ההוראה ולא רק עלות הציוד שנרכש בפועל.

4. ההחזר הכספי יהיה עד לגובה התעריף המפורט בהוראה 51.04 לציוד הרלוונטי. (במידה ועלות הציוד נמוכה מגובה החזר המפורט בהוראה יקבל החזר כספי לפי העלות בפועל).

- לדוגמא – נכה הזכאי למזגן 1.5 כ"ס, על הספק לציין על גבי הקבלה את כ"ס של המזגן שנרכש, במידה והנכה שידרג את הציוד ורכש מזגן עם כ"ס גדול יותר, על גבי הקבלה יש לבקש הערכת מחירו של מזגן 1.5 כ"ס (תואם את המזגן לו זכאי הנכה ע"פ ההוראה).

ההחזר הכספי במקרה זה יהיה ע"פ הערכת המחיר של מזגן 1.5 כ"ס ולא יותר מהסכום המצוין בהוראה.

5. בכל מקרה בו יעביר הנכה קבלה וחשבונית ובה ציוד שונה מזכאותו, יש לבקש ממנו להמציא הצעת מחיר עבור ציוד התואם את הזכאות וההחזר הכספי יבוצע על פי האמור לעיל.



החזר כספי בגין תרופות

1. החזר כספי בגין תרופות נפתח כהטבה ולא כהפניית החזר. מספר מק"ט ההטבה הינו 19465.
 2. על הרופא המחוזי לחתום על החשבונית ובמידה ומדובר בקבלה מרובת פריטים, לסמן את התרופות בגינן מאושר ההחזר הכספי.
 3. בטרם הזנת ההטבה להחזר כספי יש לוודא כי הנכה לא קיבל את התרופות עבור אותה תקופה באמצעות טלפארמה, במידה וקיים מרשם במערכת שמ"ש יש לוודא כי התרופה לא סופקה.
- יש לוודא כי הקבלה המצורפת הינה על שמו של הנכה. במרבית הקבלות עבור תרופות נרשם שם המטופל על שמו ניתן המרשם.

תפיסת הפעלה – שחרור נכה קשה מאשפוז/ יציאה לחופשה מאשפוז

כללי:

תפיסת הפעלה זו באה להסדיר את אופן הטיפול בתהליך הערכות לשחרור נכה קשה מאשפוז ממושך הן במקרים בהם הנכה יוצא לחופשה בפעם הראשונה והן לשחרור קבוע מאשפוז. היות ושחרור נכה קשה מאשפוז הינו דבר מורכב הכולל פרטים רבים ייצרנו טופס ייעודי הכולל התייחסות לכל הנושאים ובעלי התפקידים המעורבים בתהליך מצד השירותים הרפואיים. עבודה בהתאם לתפיסת ההפעלה תסייע בתהליך הביצוע והבקרה.

נוהל העבודה:

1. בכל מקרה בו נכה קשה חדש הנמצא באשפוז מלא מבקש לצאת לחופשה/ להשתחרר לביתו יש לקבל את אישור בית החולים מראש ובכתב כולל המלצות לטיפול ולציוד הנדרש בעת שהיית הנכה מחוץ לבית החולים ולקבל אישור הרופא המוסמך הראשי לשחרור. (יש לפעול בהתאם לתפיסת הפעלה - אישור הסעות לנכים מאושפזים במחלקת שיקום והיוצאים לחופשה מאשפוז בבית החולים המתווקת תחת היחידה לשרותים רפואיים).
2. יש לתאם מול בית החולים מועד שחרור טנטיבי המאפשר מתן זמן מספק להיערכות והסדרת הציוד והטיפולים הנדרשים.
3. יש להגדיר עש"ר שיהיה אחראי על תהליך ההיערכות לשחרור ויהיה בקשר מול הגורמים השונים.
4. עש"ר ימלא טופס ייעודי אשר יאפשר מעקב ובקרה אחר תהליך השחרור וניתן יהיה לקבל באמצעותו מידע עדכני על סטטוס הטיפול. הטופס בנוי בפורמט המאפשר בחירה מתוך רשימת פריטים מובנית.
(הטופס מצורף בהמשך תפיסת ההפעלה וכן מתויק בפורטל רימון תחת עולמות תוכן- שיקום נכים- טפסים להורדה – יחידה לאפיון ובקרת השר"פ)
את הטופס יש לתייך בנת"ב בחוצץ של יחידת אפיון שר"פ – שחרור נכה קשה מאשפוז ועל פי שם הנכה. בדרך זו, כל אחד מהעובדים הרלוונטיים יוכלו להיות מעודכנים "און ליין" על הטיפול ולעדכן את הנושאים שבאחריותם.
5. ההתארגנות לשחרורו של נכה מאשפוז כוללת התייחסות למספר נושאים:
 - א. ציוד רפואי
 - ב. תרופות
 - ג. ציוד שיקומי

- ד. התניידות הנכה מבית החולים לביתו וחזרה במידת הצורך. (יש לפעול בהתאם לתפיסת הפעלה - אישור הסעות לנכים מאושפזים במחלקת שיקום והיוצאים לחופשה מאשפוז בבית החולים המתויקת תחת היחידה לשרותים רפואיים).
- ה. הטיפול הרפואי הנדרש. (יש לפעול בהתאם לתפיסת הפעלה הפעלת שרותי שיקום בימי לנכה צה"ל המתויקת תחת היחידה לאפיון שר"פ)
- ו. השגחה רפואית (מלוים)

6. יש לוודא כי מקום שהיית הזכאי מותאם לצרכיו, במידת הצורך יש להפנות יועץ נגישות לבדיקה וקבלת המלצות.
7. במידה ויש צורך בציוד שיקומי כגון מיטה/ כ"ג / מנוף ועוד יש לוודא כי הציוד קיים בבית הנכה בטרם יציאתו מבית החולים. במידת הצורך יש להפנות מרפא בעיסוק/ פיזיותרפיסט להתאמת הדגמים המדויקים.
8. בסיום התהליך ועם הסדרת כל הנושאים הנדרשים לשחרור הנכה, יש לסרוק את הטופס המלא בתיק הנכה בתיקייה הדיגיטלית.

אופן מילוי הטופס:

1. הטופס בנוי בפורמט של בחירה מתוך רשימה נפתחת
2. בחלק הראשון יש לציין האם יש צורך בציוד/טיפול, במידה וכן, יש לגשת לטבלה הרלוונטית ולעדכן את פרטי הציוד/טיפול הנדרשים.
3. הטופס מחולק ע"פ קטגוריות, בכל קטגוריה יש לציין האם היא נדרשת לצורך שחרור הנכה מאשפוז או לא.
4. וזאת במטרה לוודא כי כל הנושאים הנדרשים אכן מטופלים.

התניידות	בחר פריט
הנכה	בחר פריט
(הלון חזור)	יש צורך
השגחה	אין צורך

לדוגמא:

5. עבור כל נושא יש לציין בעמודה השמאלית ביותר את סטטוס הטיפול ולעדכן ע"פ הצורך.



יציאת נכה מאושפז לחופשה/ שחרור סופי מאשפוז

שם הנכה _____ מספר תיק _____ מחוז _____
רופא מחוזי מטפל _____ עש"ר מטפלת _____
בית חולים בו מאושפז הנכה _____ מחלקה _____
איש קשר מטעם הנכה _____ טלפון _____

שחרור טנטיבי/ סופי מאשפוז

האם ישנה תחזית לשחרור טנטיבי מאשפוז בחר פריט. תאריך לחץ כאן להזנת תאריך.

האם ישנה תחזית לשחרור סופי מאשפוז בחר פריט. תאריך לחץ כאן להזנת תאריך.

מקום שהיית הנכה לאחר השחרור - בחר פריט. כתובת

האם מקום השהייה נבדק על ידי יועץ נגישות - בחר פריט. האם בוצעה התאמת מקום השהייה - בחר פריט.

האם התקבל דו"ח ציוד נדרש לשחרור - בחר פריט. (במידה והתקבל דו"ח יש לפרט את ההמלצות בטבלה מטה)

האם יש צורך בטיפול רפואי - בחר פריט. (אם כן, יש לפרט סוגי הטיפולים בטבלה מטה)

חופשה

תאריך יציאה לחופשה/לחץ כאן להזנת תאריך. תאריך חזרה לבי"ח לחץ כאן להזנת תאריך.

מקום שהיית הנכה בחופשה - בחר פריט. כתובת

האם מקום השהייה נבדק על ידי יועץ נגישות - בחר פריט. האם בוצעה התאמת מקום השהייה - בחר פריט.

האם התקבל דו"ח ציוד נדרש - בחר פריט. (במידה והתקבל דו"ח יש לפרט את ההמלצות בטבלה מטה)

האם יש צורך בטיפול רפואי - בחר פריט.

סוגי הטיפול הרפואי/פארא רפואי הנדרש

סוג הטיפול הרפואי/פארא רפואי	תיאום עם הספק	שם הספק	תאריך תחילת קבלת השירות/ ציוד	האם הופקה הפניה	גורם אחראי לטיפול	הערות	סטטוס שלב טיפול
	בחר פריט.		לחץ כאן להזנת תאריך.	בחר פריט.			בחר פריט.
	בחר פריט.		לחץ כאן להזנת תאריך.	בחר פריט.			בחר פריט.
	בחר פריט.		לחץ כאן להזנת תאריך.	בחר פריט.			בחר פריט.
	בחר פריט.		לחץ כאן להזנת תאריך.	בחר פריט.			בחר פריט.
	בחר פריט.		לחץ כאן להזנת תאריך.	בחר פריט.			בחר פריט.



סטטוס שלב טיפול	הערות	גורם אחראי לטיפול	האם הוסדר שינוע הציוד	האם הופקה הפניה	תאריך תחילת קבלת השירות/ ציוד	שם הספק	תיאום עם הספק	תיאור פריט/שרות	צורך כן/לא	
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.	בחר פריט.	התניידות הנכה (הלוך חזור)
בחר פריט.			לא רלוונטי	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.	בחר פריט.	השגחה רפואית
בחר פריט.			לא רלוונטי	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			לא רלוונטי	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			לא רלוונטי	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			לא רלוונטי	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.	בחר פריט.	ציוד מתכלה
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.	בחר פריט.	ציוד ביתי
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		
בחר פריט.			בחר פריט.	בחר פריט.	לחץ כאן להזנת תאריך.		בחר פריט.	בחר פריט.		

תפיסת הפעלה – הקמת כרטיסי זכאות לנכים קטועים

כללי

נכי צה"ל זכאי אגף השיקום המוכרים על קטיעה באחת מהגפיים זכאים לקבלת תותבת. לצורך סיוע בתפעול מערך התותבות נבחר ספק חיצוני (מכון לואיס). תפיסת הפעלה זו נועדה להסדיר את תהליך הקמת כרטיסי הזכאות לתותבות לנכים קטועים לצורך תיעוד הזכאות והמימוש. החידוש הוא שכל בסיס המידע אודות תותבות ותיקונים שמבוצעים לכל נכה מעתה והלאה ישמרו ויתועדו במערכת שיקום 2000.

עקרונות

1. לכל סוג וגובה קטיעה יש מק"ט בשיקום 2000.
2. לכל הנכים הוותיקים נפתחו כרטיסי זכאות בצורה מרוכזת.
3. לנכה חדש ייפתח כרטיס זכאות על ידי עש"ר.
4. כרטיסי הזכאות, לאחר אשרורם, משודרים למכון לואיס לצורך קבלת מידע על זכאות הנכה.
5. בסיום תהליך הזמנת/ תיקון תותבת משודרת ההזמנה לשיקום 2000 ופותחת הפניה המקושרת לכרטיס הזכאות הרלוונטי.

תהליך עבודה – הקמת כרטיס זכאות

1. לנכה המוכר על קטיעה יש להקים כרטיס זכאות עם קבלתו הראשונה למחוז, גם במידה ואינו מעוניין בשלב ראשון בהתאמת תותבת.
 2. יש לבחור במק"ט כרטיס הזכאות המתאים לקטיעה של הנכה, במידה והנכה מוכר בגין מספר קטיעות, יש להקים כרטיס זכאות נפרד לכל קטיעה.
- מצ"ב טבלת המק"טים של כרטיסי הזכאות:

מק"ט פריט	תאור פריט
041062	כרטיס זכאות - קטוע יד ימין מעל המרפק
041063	כרטיס זכאות - קטוע יד ימין מתחת למרפק
041064	כרטיס זכאות - קטוע יד שמאל מעל המרפק
041065	כרטיס זכאות - קטוע יד שמאל מתחת למרפק

041066	כרטיס זכאות - קטוע רגל ימין מעל הברך
041067	כרטיס זכאות - קטוע רגל ימין מתחת לברך
041068	כרטיס זכאות - קטוע רגל שמאל מעל הברך
041069	כרטיס זכאות - קטוע רגל שמאל מתחת לברך

3. לאחר בחירת המקט המתאים יש להגדיר את כרטיס הזכאות "לצמיתות" או בהתאם לתוקף אחוזי הנכות של הנכה.

4. לחיצה על כפתור "הוסף" תקים את כרטיס הזכאות במצב של "פתיחה"

5. אין צורך לשנות את הכמות והתקופה המופיעים אוטומטית.

6. לחיצה על כפתור "העבר" תעביר את הכרטיס לאישור ביניים של אחראי ציוד רפואי ולאחר אישורו לאישור סופי של הרופא המחוזי.

7. כרטיסי הזכאות המאושרים משודרים פעם בשבוע למכון לואיס אשר מתכלל את תהליך הזמנת התותבת מול הנכה, המכון לקטוע ובתי המלאכה.

עיון במימוש הפניות לתותבות / תיקון תותבות

1. הפניות משודרות על ידי מכון לואיס רק לאחר סיום התהליך התיקון/קבלת התותבת

2. ההפניות נפתחות כאשר הן מקושרות לכרטיס הזכאות הרלוונטי

3. ניתן לצפות בהפניות או באמצעות כפתור "בקשות קשורות" בכרטיס הזכאות או באמצעות מסך "איתור הפניות" ובחירה בנושא שרות "ציוד"

4. בהפניות מפורטים המקטים של הפריטים שנתנו לנכה כולל כמויות. וכן הערות מיוחדת להזמנה במידה ויש כאלו.

תפיסת הפעלה בנושא זקיפת שעות מיטיבה ותמריץ למלווה זר

כללי

1. תפיסת הפעלה זו נועדה להסדיר את הכללים לזכאות לזקיפת שעות מיטיבה ותמריץ למלווה המועסק במשכורת חודשית באמצעות חברות סיעוד להן התקשרות תקפה עם משרד הביטחון למתן שירות זה.
2. היחידה לאפיון שירותים רפואיים באגף שיקום נכים היא בעלת הסמכות והאחריות לתפיסת ההפעלה, לעדכונה ולבקרה על אופן הביצוע התקין שלה. היחידה לתקציבים, כלכלה והתקשרויות הינה בעלת הסמכות והאחריות לקביעת התעריפים הקבועים בתפיסת הפעלה זו.

הגדרות

3. מלווה במשכורת חודשית - מלווה המתגורר באופן קבוע בביתו של הזכאי, וככלל, מדובר בעובד אשר אזרחותו אינה ישראלית ואשר רשום כעובד זר בתחום הסיעוד כנדרש על פי הדין.
4. זכאויות נלוות - זקיפת שעות מיטיבה ותשלום תמריץ למלווה במשכורת חודשית.
5. תמריץ למלווה במשכורת חודשית - תוספת המשולמת למלווה במשכורת חודשית המועסק על ידי חברת סיעוד עבור נכה קשה העונה על הקריטריונים הקבועים בתפיסת הפעלה זו.
6. זקיפת שעות מיטיבה – העסקת מלווה במשכורת חודשית על ידי חברת סיעוד במימון מלא השקולה ל- 8 שעות ליווי יומיות בלבד מתוך מכסת שעות הליווי המאושרות לזכאי.

זקיפת שעות ליווי לזכאי:

7. ככלל, מימון מלא של העסקת עובד במשכורת חודשית יינתן לנכה הזכאי ל- 12 שעות ליווי ביממה לפחות. העסקת מלווה במשכורת חודשית תהא שקולה לזכאות של 12 שעות ליווי ביממה מתוך מכסת שעות הליווי המאושרות לזכאי.

8. נכה הזכאי ל-12 שעות ליווי ביממה לפחות, יכול לבחור האם להעסיק מלווה במשכורת חודשית או לחלופין לממש 12 שעות ליווי ביממה באמצעות מלווה/מלווים שעתיים. לדוגמא: נכה הזכאי ל 20 שעות ליווי ביממה, יכול לבחור לממש את זכאותו באמצעות מלווים שעתיים בלבד או לחלופין באמצעות מלווה במשכורת חודשית ובנוסף, לממש את 8 שעות הליווי הנוותרות באמצעות מלווים שעתיים.

9. על אף האמור בסעיפים 7 ו-8 לעיל, לנכים בדרגת נכות מיוחדת ($+100\%$), העסקת המלווה במשכורת חודשית תהא שקולה ל- 8 שעות ליווי ביממה בלבד מתוך מכסת שעות הליווי המאושרות לזכאי.

תמריץ למלווה במשכורת חודשית:

10. לאור ההבנה כי הליווי הסייעודי עבור זכאים קוואדרופלגים או פגועי ראש, שנקבעה להם דרגת נכות מיוחדת ($+100\%$) על אחת מהפגמות האמורות, הינה בעלת תכולת עבודה שונה, ובשל הרצון לתמרץ מלווים המועסקים אצל נכים אלו, נקבע תמריץ כספי בסך 800 ₪ לחודש.

בחינת הצורך באישור זכאויות נלוות למי שאינם עומדים בתנאים הקבועים

בסעיפים 9 ו-10 לתפיסת ההפעלה:

11. על אף האמור בסעיפים 9 ו-10 לעיל, בחינת הצורך באישור הזכאויות הנלוות של נכים שנקבעה זכאותם לליווי בהיקף של 24 שעות ביממה ואשר דרגת נכותם המוכרת אינה מגיעה לדרגת נכות מיוחדת ($+100\%$) או אשר אינם מוכרים כנכים בדרגת נכות מיוחדת ($+100\%$) בגין קוואדרופלגיה או פגיעת ראש, לפי העניין, תתבצע בהתאם להערכת מצבם התפקודי ולעמידה באחד או יותר מהקריטריונים המפורטים להלן:

- א. קושי פיזי בטיפול בזכאי הנובע מממדי גוף חריגים;
- ב. חוסר יכולת תפקודית של 4 גפיים;
- ג. זכאים מונשמים; זכאים הזקוקים לסיוע של מלווה בביצוע צנתור דרכי השתן.



ד. קושי פיזי בטיפול בזכאי הנובע מפגיעה נוירולוגית הגורמת לתנועות לא רצוניות.

ה. שינויי התנהגות קשים המלווים באלימות מילולית ופיזית.

12. זכאים שנקבעה זכאותם לליווי בהיקף של 24 שעות ביממה ואשר הרופא המוסמך המרחבי או סגן הרופא המוסמך הראשי מצאו כי הם עומדים בקריטריון אחד או יותר מהקריטריונים המנויים בסעיף 12 לעיל, תבחן זכאותם לזקיפת שעות מיטיבה ו/או תמריץ למלווה במשכורת חודשית. החלטה בדבר הזכאות לזכאויות הנלוות כאמור תינתן על ידי הרופא המוסמך המרחבי או סגן הרופא המוסמך הראשי.



אגף שיקום נכים

מחוז: _____ תאריך: _____

בקשה לזקיפת שעות מיטיבה (ע.זר) לנכה הזכאי ל-24 ש' ליווי שאינו מוכר בגין +100%

+ תמריץ למלווים לנכים קשים שאינם קוואדרופלגים/פגועי ראש +100%

שם פרטי:	שם משפחה:	אחוזי נכות:	גיל:
מס' שעות ליווי:	משקל גוף:	גובה:	

פירוט הנכות המוכרת: _____

תיאור הצרכים הסיעודיים של הנכה: _____

חתימת הרופא המחוזי: _____

החלטת הרופא המוסמך, סגן הרופא הראשי, על סמך המסמכים שהועברו:

קריטריונים לאישור: קושי פיזי בטיפול בנכה הנובע ממדי גוף חריגים / נכים מונשמים / חוסר יכולת תפקודית של 4 גפיים / קושי פיזי בטיפול בנכה הנובע מפגיעה נוירולוגית הגורם לתנועות לא רצוניות / נכים בהם נדרש ביצוע צנתור דרכי השתן על ידי המלווה / שינויי התנהגות קשים המלווים באלימות מילולית ופיזית.

1. זקיפת שעות מיטיבה למלווה במשכורת חודשית - 8 שעות -- כן / לא

2. תמריץ למלווה במשכורת חודשית -- כן / לא

3. לא ניתן לקבל החלטה ע"פ המצורף, יש להפנות הנכה לצר"מ מלווים לקבלת חוות דעת.

נימוקים להחלטה: _____



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

חתימת הרופא המוסמך, סגן הרופא הראשי : _____ תאריך: _____

תפיסת הפעלה – בית מאזן

הנדון : תפיסת הפעלה- בית מאזן

1. כללי:

שירות במסגרת של "בית מאזן" נועד לצורך מניעת אשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים פסיכיאטריים ו/או לסייע בצמצום היקף האשפוזים הפסיכיאטריים, לרבות אשפוזים חוזרים. שירות זה ניתן לנכי צה"ל המוכרים על בעיות נפשיות, ומתמודדים עם משברים נפשיים חריפים, שירות זה מאפשר אפשרויות טיפול ותמיכה שלא במסגרת אשפוז במחלקה פסיכיאטרית (להלן "חלופת אשפוז" / "בית מאזן").

בהתאם לקריטריונים המפורטים בהמשך.

תפיסת הפעלה זו מטרתה להסדיר את נוהל הפניה למסגרת בית מאזן.

2. אוכלוסיית היעד-

2.1. בגירים החווים משבר חריף ואינם יכולים להישאר במסגרת מגוריהם וזקוקים למענה אינטנסיבי בבריאות הנפש וכי בקבלת טיפול בבית מאזן צפוי שיימנע הצורך באשפוז פסיכיאטרי.

2.2. מסכימים לשהות במסגרת זו.

3. התוויית נגד לחלופת אשפוז בבית מאזן-

- א. מצב קליני נפשי המהווה סיכון לחיים
- ב. סירוב לשהייה וקבלת טיפול בבית מאזן
- ג. מחלה גופנית לא מאוזנת
- ד. התמכרות פעילה לחומרים פסיכואקטיביים
- ה. התנהגות אנטי חברתית אלימה או תוקפנות
- ו. חלופת מאסר / מעצר

4. פירוט השירותים :

השירותים במסגרת התקשרות זו הינם כדלקמן:

4.1. בדיקה ראשונית (אינטייק) לצורך בחינת התאמה למסגרת "בית מאזן" בהתאם להתוויות הרפואיות שהגדיר משרד הבריאות.

4.2. שהייה / אשפוז ממושך לתקופה של עד שלושה חודשים בבית מאזן.

4.3. שהייה / אשפוז ממושך מעל שלושה חודשים בבית מאזן.



4.4. אשפוז בבית מאזן הכולל:

- 4.4.1. טיפול פסיכיאטרי / טיפול נפשי פרטני ו/או התערבות זוגית/משפחתית, כאשר נדרש.
- 4.4.2. טיפול פסיכותרפיה קבוצתי
- 4.4.3. טיפול באמצעות ריפוי בעיסוק
- 4.4.4. סדנאות עבודה/ טיולים/ פעילות חברתית/ שילוב במסגרות התנדבותיות ועוד.

5. אופן ביצוע השירות:

5.1. נוהל הטיפול בנכים במעמד אישור טיפול ובנכים חדשים –

- 5.1.1. הנכה יופנה ל"בית מאזן" על ידי מרפאת אגף שיקום. הפניה תהא באמצעות טופס הפניה לבדיקה ראשונית לצורך בחינת התאמה למסגרת "בית מאזן" ולאחר שקיבל המלצה מרופא פסיכיאטר מומחה (מצ"ב כנספח א').
- 5.1.2. הגורם המקצועי יבצע בדיקה ראשונית, בה יוערך מצבו הרפואי הפסיכיאטרי והנפשי של הזכאי לצורך בחינת התאמה למסגרת "בית מאזן" בהתאם להתוויות הרפואיות שהגדיר משרד הבריאות.
על ה"בית מאזן" לבצע הבדיקה ולקבוע האם מתאים/ לא מתאים למסגרת "בית מאזן" לכל היותר תוך שבוע מיום קבלת ההפניה.
- 5.1.3. ה"בית מאזן" ישלח דו"ח מפורט לאגף השיקום, לידי הגורם מוציא ההפניה עד 48 שעות ממועד ביצוע הבדיקה הראשונית ובו סיכום הבדיקה ופירוט הממצאים, כולל הסבר מנומק האם הזכאי נמצא מתאים / לא מתאים למסגרת "בית מאזן" ובמידה ונמצא מתאים, יצרף תכנית ותהליך התערבות בהתאם לנהלי המערך האמבולטורי בבריאות הנפש, האגף לבריאות הנפש, נוהל מס' 77.001 אמות מידה להפעלת שירות "בית מאזן".
- 5.1.4. הצוות המטפל באגף שיקום נכים יבחן את התוכנית המוצעת ויחליט האם לקבלה במלואה או בחלקה, ויודיע ל"בית מאזן" על החלטתו באמצעות טופס הפניה לשהייה/ אשפוז ממושך עד שלושה חודשים או טופס הפניה לאשפוז יום בבית מאזן.
- 5.1.5. תקופת הטיפול תהיה בהתאם להחלטת הרופא המחוזי ולא יותר משלושה חודשים.
- 5.1.6. השירותים הניתנים ע"י ה"בית מאזן", יכללו מסגרת טיפולים פסיכיאטריים ונפשיים וכן פעילויות חברתיות וקבוצתיות, שילוב במסגרות התנדבותיות, סדנאות עבודה ועוד לצורך הקניית מיומנויות חברתיות ושילוב הזכאים בחברה ובתעסוקה.

5.1.7. למען הסר ספק, ה"בית מאזן" מחויב לספק לזכאים את כל השירותים הפסיכיאטריים ו/או פסיכולוגיים להם הם נזקקים על פי אמות המידה המקצועיות המחייבות בתחומים אלו, וכן כלל השירותים הנדרשים ללינה ושהייה במקום (מיטה, מצעים, מזון, סבונים, משחות שיניים וכיו"ב) **להן הם נדרשים במסגרת ה"חלופת אשפוז" וכל שירות אחר נשוא האשפוז לו ידרשו הזכאים בעת שהייתם ב"בית מאזן".**

5.2. נוהל הטיפול בחידוש הפניות נכים השוהים/ נמצאים באשפוז ממושך שלושה חודשים

5.2.1. בתאריך ה- 1 בכל חודש יעביר ה"בית מאזן" רשימה המפרטת את שמות הנכים השוהים מעל חודשיים במסגרת "בית מאזן", בפירוט השירותים והטיפולים שבוצעו במהלך תקופה זו. הפירוט יכלול תאריכים, שם המטפל, סוג הטיפול וסיכום מקצועי. מעבר לכך, תינתן המלצה פרטנית לגבי כל נכה באשר להמשך הטיפול הרצוי עבורו. הרשימה תועבר לבחינה של הרופא המחוזי שיבדוק ההמלצה ויעביר התייחסותו לרופא המוסמך הראשי באגף השיקום.

5.2.2. הרופא המוסמך הראשי באגף השיקום יבחן את ההמלצות וההתייחסויות ויעביר החלטתו לרופאים המחוזיים באגף, המרפאה המחוזית תדאג להפיק הפניות לאשפוז ממושך מעל 3 חודשים לכל אותם זכאים שרופא הראשי המוסמך אישר את המשך האשפוז ב"בית מאזן".

5.2.3. ה"בית מאזן" ייתן את השירותים המלאים שלפי דעתו יש לתת לזכאי על מנת לתחזק ולתמוך בו לפי צרכיו. זאת תחת העיקרון הנותן סמכות ומטיל את האחריות המקצועיות למנהל המרפאה להחליט על מהלכי התמיכה והטיפול המתאימים ביותר לזכאי זה או אחר, בהתאם לאירועי חייו המשתנים.

5.2.4. ה"בית מאזן" ייתן כיסוי מלא לכל הצרכים הטיפוליים של הזכאי הן כאשר המצב טוב ויציב והן כאשר יש התדרדרות ובעיות יומיות אחרות המצריכות טיפול אינטנסיבי יותר.

5.2.5. ה"בית מאזן" מחויב לתת מענה לנכים השוהים בו בכל עת וזאת כנדרש לפי מצבם באותה עת.

5.2.6. כל זכאי השוהה מעל 3 חודשים יש לדווח ליחידת תגמולים והטבות בהתאם

להוראה: "דיווח על נכה מאושפז" (הוראה 10.14)

6. מקטים:

מק"ט 50087- בדיקה לצורך בחינת התאמה למסגרת בית מאזן.

מק"ט 50088- אשפוז ממושך בבית מאזן - עד 3 חודשים (התעריף הינו בהתאם לשבוע אשפוז) כך שיש לכתוב בכמות 1 לשבוע.

מק"ט 50089- אשפוז ממושך בבית מאזן - מעל 3 חודשים (התעריף הינו בהתאם לשבוע אשפוז) כך שיש לכתוב בכמות 1 לשבוע.

תפיסת הפעלה - אופן אספקת והתאמת מיטות ומזרנים לנכי צה"ל

כללי

מיטות חשמליות/ מיטות סיעודיות ניתנות לנכי צה"ל הזכאים עפ"י מקור הסמכות.

תפיסת הפעלה זו מטרתה להסדיר את נוהל ההתאמה והאספקה של המיטות.

הגדרות

1. **מיטה חשמלית**: מיטה זוגית חשמלית (עם מזרנים) אשר ניתנת כהטבה לנכים קשים בהתאם למפורט בהוראת ציוד עזר לנכים - 51.04. הזכאות למיטה זו הינה אחת ל- 11 שנים וכוללת אחריות למשך כל התקופה.
ניתן לספק אותה ע"י הפניה לספקים הנמצאים בהתקשרות תקפה עם המשרד או לתת החזר כספי בהתאם להוראה 51.04.
2. **מיטה סיעודית**: מיטת יחיד, סיעודית חשמלית, מתכווננת + מזרן (יחיד) כמפורט בסעיף זכאות. ניתנת ע"פ המלצה רפואית למיטה ו/או מזרן. ההתאמה מתבצעת על ידי מרפא בעיסוק. הזכאות למיטה זו הינה אחת ל- 11 שנים וכוללת אחריות למיטות ל- 24 חודשים ולמזרנים ל- 12 חודשים

זכאות

1. מיטה חשמלית זוגית+ מזרנים כמפורט בהוראה 51.04 – ציוד עזר לנפגעים קשים:
 - נכה שדרגת נכותו +100% בגין קטיעה או פגיעה בשתי גפיים תחתונות
 - נכה שדרגת נכותו 100% ומעלה המשותק בשתי גפיים תחתונות
2. מיטות סיעודיות מתכווננת + מזרן (יחיד) ניתנת לפי נוהל זכאות עבור:
 - נכה פגוע ראש עם יכולת קוגניטיבית תקינה, המשותק באזורים שונים בגוף, בעל נכות 50% ומעלה על הפגיעה
 - נכה פגוע עמוד שדרה, קיבוע עמוד שדרה, בעל נכות של 50% ומעלה על הפגיעה
 - נכה בעל מחלת עמוד שדרה (בכטרב, אנקילוזיס ספונדליטיס), עיוותים (קיפוסקוליוזיס), בעל נכות 50% ומעלה על הפגיעה.

פניה ראשונה לקבלת מיטה

1. זכאי המבקש לקבל מיטה בפעם הראשונה יפנה לרופא המחוזי בבקשה לבחינת זכאותו.
2. הרופא המחוזי יבדוק את בקשת הזכאי.

לא אושרה זכאות – הרופא המחוזי יעדכן את הנכה בכתב על החלטתו.



אושרה זכאות – יש לפעול בהתאם לסוג הזכאות:

א. מיטות חשמליות לפי הוראת אגף השיקום:

- א.1. עש"ר תציע לזכאי התאמה ע"י מרפא בעיסוק או שתפנה את הזכאי לספקי המיטות העובדים עם משרדנו (כמפורט בנספח) לבחירה והתאמת דגם המיטה.
- א.2. הזכאי יעביר מהספק מסמך המפרט את דגם המיטה הנבחר ובהתאם לכך עש"ר תפיק הפניה לרכישה ואספקת המיטה.
- א.3. הזכאי בצירוף טופס ההפניה יפנה לספק לקבלת המיטה. עם קבלת המיטה, יאשר הזכאי בחתימתו על גבי טופס ההפניה כי קיבל את המיטה לשביעות רצונו.
- א.4. מובהר כי, ההפניה כוללת שינוע והרכבת המיטה בבית הזכאי.

ב. מיטה מתכווננת סיעודית לפי נוהל זכאות:

- ב.1. קבלת המלצה רפואית למיטה סיעודית ו/או מזרון לפצעי לחץ או למניעת פצעי לחץ.
- ב.2. לאחר אישור הרופא המחוזי יש צורך בהתאמת מיטה ו/או מזרון סיעודית על ידי מרפא בעיסוק: עש"ר תפיק הפניה למרפא בעיסוק לצורך בדיקת צרכי הזכאי ומקום מגוריו להתאמת מיטה המתאימה ביותר עבור צרכיו. (יש לציין את הסיבה בגינה מופנה המרפא בעיסוק בשדה "הערות להדפסה" בהפניה)
- ב.3. לאחר קבלת המלצת המרפא בעיסוק עש"ר תפיק הפניה לרכישה ואספקת מיטה ו/או מזרון המומלצים על ידו. את ההמלצה של מרפא בעיסוק יש לצרף בכפתור "מסמכים" להפניה.
- ב.4. הזכאי בצירוף טופס ההפניה יפנה לספק לקבלת המיטה ו/או המזרון.
- ב.5. עם קבלת המיטה, יאשר הזכאי בחתימתו על גבי טופס ההפניה כי קיבל את המיטה לשביעות רצונו.
- ב.6. מובהר כי, ההפניה כוללת שינוע והרכבת המיטה בבית הזכאי

התאמת מיטה מהמחסן או מזכאי אחר

במקרה בו בחן מרפא בעיסוק את הצורך במיטה ומצא כי ישנה מיטה מתאימה לצרכי הזכאי במחסן הציוד של משרד הביטחון או אצל זכאי אחר אשר לא זקוק לה יותר, יש ליידע בכך את אחראי הציוד הרפואי במטה ולפעול כמפורט:

- א. לוודא מול המרפא בעיסוק האם יש מזרון תקין עבור המיטה או שיש צורך לרכוש מזרון חדש.



- ב. להוציא הפניה לספק אליו שייכת המיטה עבור פירוק, הובלה והרכבת המיטה המומלצת.
- ג. במידה והמיטה במחסן- לעדכן את מנהל המחסן איזה ציוד מבקשים לאסוף ממנו, עבור איזה זכאי וע"י איזה ספק ייאסף הציוד.
- ד. לתעד בכרטיס הזכאות הרלוונטי את קבלת הציוד מהמחסן.

זכאי המבקש לרכוש מיטה באופן עצמאי

- זכאי אשר אושרה לו זכאות למיטה ו/או מזרן ובחר לרכוש מיטה ו/או מזרן אחרים שאינם נמצאים בקטלוג המיטות העדכני של אגף השיקום, יכול לרכוש ציוד זה באופן עצמאי ולקבל החזר:

- א. עבור מיטה בזכאות – יינתן החזר כספי בהתאם להוראה 51.04. יש לעדכן הזכאי כי הפז"מ למיטה זו הינו 11 שנים והמשרד לא ישלם עבור תיקונים בתקופת הפז"מ.
- ב. יש להעביר המפרט לבחינת מרפא בעיסוק ואישורו שאכן תואמת את צרכי הזכאי.
- ג. לאחר אישור המרפא בעיסוק ורכישת המיטה יבוצע ההחזר הכספי. ההחזר יתבצע מתוך כרטיס הזכאות.
- ג. עבור מיטה חשמלית סיעודית גובה ההחזר שיאושר יהיה בהתאם לתעריף המשרד למיטות דומות המאושרות באמצעות הפניות ובהתאם לסוג המיטה שהומלצה על ידי המרפא בעיסוק. החזר עבור תיקונים יאושר רק לאחר תקופת האחריות של המיטה ובהתאם לתעריפי משהב"ט.
- ד. עבור מזרן אוויר / מזרן למניעת פצעי לחץ, גובה ההחזר המקסימאלי יהיה עפ"י מחיר המזרן שהומלץ לזכאי ע"י המרפא בעיסוק. החזר עבור תיקונים יאושר רק לאחר תקופת האחריות של המזרון ובהתאם לתעריפי משהב"ט.

פניה חוזרת לקבלת מיטה

- נכה המבקש להחליף את המיטה שברשותו יפנה בקשתו למרפאת המחוז
- עש"ר תבדוק האם הגיע מועד החלפת המיטה.
- לא הגיע המועד להחלפת המיטה – עש"ר תעדכן את הנכה בכתב כולל ציון מועד ההחלפה.
- הגיע המועד להחלפת המיטה – עש"ר תפעל ע"פ הרשום בתפיסת ההפעלה.



אגף שיקום נכים
מקום לנאווה



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

תיקון מיטות/מזרנים

- מיטה בזכאות- בהתאם להוראה יש אחריות למשך תקופת הזכאות (11 שנים). בכל תקלה במיטה כזו יש לפנות לספק ממנו נרכשה המיטה.
- מיטה סיעודית- קיימת אחריות למיטות ל- 24 חודשים ולמזרנים ל- 12 חודשים, לאחר תקופות אלו באם יש תקלה על הזכאי לפנות לספק לבדוק את מהותה ולהעביר המלצה מהספק לתיקון, לאחר קבלת ההמלצה ואישורה עש"ר תפיק הפניה לתיקון/חלפים.

איסוף ציוד

במקרה שאין צורך יותר במיטה/פטירת הזכאי, המחוז יפנה לזכאי/ משפחת הזכאי לצורך תיאום איסוף המיטה הסיעודית למחסן על מנת שתשמש נכי צה"ל נוספים הזקוקים לציוד מיידי.