



הוראת אגף שיקום נכים מס' 53.17

הנושא : טיפול שיניים לנכים
תאריך : 13.1.2021
מס' עמודים : 7

כללי

1. הוראה זו מחליפה הוראה מס' 53.17 מיום 9.4.2018 ובאה במקומה.
2. כל החוזרים הרפואיים העוסקים בטיפול שיניים אשר פורסמו עד מועד פרסום הוראה זו מבוטלים.
3. הוראה זו באה לקבוע את דרכי הטיפול והזכאות לקבלת טיפול שיניים לנכי צה"ל, כמפורט בסעיפי הזכאות.
4. הרופא המוסמך המחוזי הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של הוראה זו.
5. ראש היחידה לשירותים רפואיים והרופא המוסמך הראשי הינו בעל הסמכות והאחריות להנחיה, עידכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

עקרונות

טיפול שיניים לנכים המוכרים על אובדן שיניים/פגיעה בלסתות:

6. טיפול שיניים לנכים בקבוצה זו יינתן אך ורק לאותן השיניים שהוכרו ע"י הוועדות הרפואיות כגורמי הנכות המוכרת במשהב"ט.
7. טיפול השיניים בקבוצה זו יכלול את כל סוגי הטיפולים ויהיה מוגבל לטיפול בנכות המוכרת בלבד.

טיפול שיניים לנכי צה"ל שאינם מוכרים על פגיעה בשיניים:

8. טיפול השיניים לנכים בקבוצה זו – הינו הטבה.
9. טיפול השיניים לנכים שאינם מוכרים על פגיעה בשיניים, יינתן עפ"י הקריטריונים המפורטים בהוראה זו ויכלול אחד או יותר מסוגי הטיפולים המפורטים מטה, על פי הקבוע בהוראה:

- א. טיפול מונע ומשמר
- ב. טיפול פרוטטי
- ג. טיפול חניכיים
- ד. השתלת משתלים דנטליים.

10. הפונה יפנה בקשתו ויטפל בה רק מול הרופא המוסמך המחוזי במחוז השיקום בו הוא מטופל.
11. משאפשרה זכאותו של הנכה ע"י הרופא המוסמך המחוזי – עליו, ובאחריותו הוא, לפנות למרפאת השיקום להמשך טיפול.
12. הרופא המוסמך המחוזי יפנה נכים זכאים כאמור בהוראה זו לרופא שיניים מרשימת רופאי השיניים המאושרים לעבודה עם אגף השיקום ("רופא הסדר"). לבדיקה ולקבלת הצעה לטיפול שיניים המתייחס לזכאותו של הנכה, כפי שאושרה ע"י הרופא המוסמך המחוזי רשימת רופאי השיניים תפורסם באתר אגף השיקום ותתעדכן מעת לעת.
13. נכים שיבחרו להיות מטופלים אצל רופאים שאינם בהסדר יהיו זכאים להחזר כספי עד לתקרה הקבועה במחירו משהב"ט, ובכל מקרה לא יותר מההוצאה בפועל, רק אם קיבלו אישור לטיפול בכתב ומראש, ממרפאת השיקום ולאחר שישפקו הוכחות על ביצוע הטיפול, כפי שידרשו ע"י יועץ השיניים במרפאה. ההחזר יינתן כנגד חשבונית מס וקבלות מקוריות המפרטות את הטיפול שנעשה בכל שן בנפרד, ואת עלות הטיפול לכל טיפול בנפרד.

הגדרות

14. **טיפול מונע ומשמר** – לעניין הוראה זו - סתימות, עקירות, טיפולי שורש, ניקוי אבנית.
15. **טיפול פרוטטי** - לעניין הוראה זו - מבנים, כתרים, גשרים, תותבות.
16. **טיפול חניכיים** - לעניין הוראה זו - הקצאת שורשים, ניתוח חניכיים.
17. **השתלת משתלים דנטליים** - לעניין הוראה זו – השתלת תותב שן מתכתי בעצם הלסת.
18. **טיפול שיניים כולל** - לעניין הוראה זו – טיפול הכולל את ארבעת סוגי הטיפולים המוגדרים בסעיפים 14-17 כולל.
19. **יועץ לרפואת שיניים** – רופא שיניים מומחה שאושר ע"י הרופא המוסמך הראשי כיועץ לרופאים המוסמכים בכל הקשור לאישור טיפולי שיניים.

מידרג סמכויות אישור

20. לרופא המוסמך המחוזי יש סמכות ואחריות לטפל בבקשת הזכאות ולאשרה בכפוף להוראה זו. במקרה של ערעור על החלטת הרופא המוסמך המחוזי ו/או צורך בסיוע חריג לטיפול שיניים לנכים שאינם זכאים כמפורט בהוראה, רשאי הנכה לפנות בכתב, באמצעות המחלקה המחוזית לשירותים רפואיים, לרופא המוסמך המרחבי.

21. ערעור על החלטת הרופא המוסמך המרחבי יועבר לרופא המוסמך הראשי.
22. הרופא המוסמך המרחבי מוסמך לאשר טיפול שיניים חריג עד לגובה של 30,000 ש"ח.
23. הרופא הראשי מוסמך לאשר טיפול שיניים חריג בסכומים העולים על סמכות הרופא המרחבי, ע"פ שיקול דעתו המנומק בכתב.
24. האמור בסעיפים 22-23 לא חל על משתלים דנטליים לפגועי נפש לרבות PTSD.

זכאות

25. **נכים המוכרים במשהב"ט כנכות על פגיעה בשיניהם** – זכאים לטיפול שיניים מכל סוג, אך מוגבל לשיניים שאבדו, או נפגעו, והוכרו ע"י הוועדות הרפואיות וקצין התגמולים כנכות המוכרת בלבד.
26. **נכים מ-19%** ויותר שלא עונים לנתונים שפורטו למעלה ומתקיימים מתגמולי משהב"ט בלבד (נצרך, תג"מ, תג"מ, בגובה חפ"ר) או נכים המתקיימים מתג"מ למתבגר, תינתן אפשרות לבחינת החזר תשלום לטיפול שיניים כמפורט בהוראה מס' 11.03-עזבונו, קרנות וצוואות לטובת אגף שיקום נכים".
27. **נכים המוכרים במשהב"ט על פגיעה בלסתות** – זכאים לטיפול בלסתות.
28. **נכים שאינם מוכרים במשהב"ט על פגיעה בשיניים** - זכאים לטיפול כמפורט להלן:
- א. **נכים המוכרים על פגיעה נפשית ו/או תסמונת בתר חבלתית (PTSD)** (בסימול פגיעה 70) בדרגת נכות 20% לפחות בגין אחת מן הפגימות הנ"ל זמנית (3 שנים לפחות) או צמיתה זכאים לטיפול שיניים כולל.
- ב. **חולים במחלות ממאירות** שהוכרו על מחלתם כנכי צה"ל והמחלה, או הטיפולים הרפואיים בגינה גרמו לפגיעה בשיניהם - זכאים לטיפול שיניים כולל, בתקופת הכרתם במשהב"ט. טיפול השיניים ינתן בשיניים שנפגעו עקב הטיפול במחלתם.
- ג. **חולים במחלות ממאירות אשר הוכרו על מחלתם "ל.מ.ד"** והמחלה או הטיפולים הרפואיים בגינה גרמו לפגיעה בשיניהם זכאים לטיפול שיניים משמר, לטיפול פרוטטי ולטיפול חניכיים (אינם זכאים למשתלים דנטליים), כל עוד הכרתם לפני משורת הדין במחלתם הממארת בתוקף. טיפול השיניים ינתן בשיניים שנפגעו עקב הטיפול במחלתם, ובתנאי שהם עדיין זכאים לטיפול ע"י המשרד.
- ד. **נכים פגועי ראש** (סימול פגיעה 12) בעלי דרגת נכות 40% ומעלה בגין פגיעה זו - זכאים לטיפול שיניים משמר, לטיפול פרוטטי ולטיפול חניכיים (אינם זכאים למשתלים דנטליים).
- ה. **נכים בדרגת נכות +100%** נכות מיוחדת - זכאים לטיפול שיניים כולל.
- ו. **נכים המטופלים בשיניהם תחת השגחת בית חולים**, אשר אינם זכאים לטיפול שיניים באמצעות המשרד ומאחר שלא ניתן לטפל בהם במרפאת שיניים רגילה עקב מצב רפואי הנובע מנכותם המוכרת - זכאים למימון אישפוז, הרדמה כללית ולהשגחה בב"ח לצורך הטיפול בשיניהם.

הדגשה : עלות טיפול השיניים עצמו תחול על הנכה (על פי מחירון המשרד).

ז. **נכים המטופלים ממושכות בתרופה הידנטואין ובתרופות המכילות פניטואין** הטוענים לנזק בשיניהם כתוצאה מכך, יופנו לבדיקת רופא חניכיים מומחה. במידה והמומחה יאשר שהנזק לחניכיים נובע מהטיפול בתרופה, יהיו זכאים לטיפול חניכיים. יובהר כי התרופה הידנטואין ותרופות המכילות פניטואין עלולות לגרום נזק לחניכיים האופייני לסוג זה של תרופה. בשלב ראשון הנזק הפיך ובחוסר הגיינה נאותה הנזק עלול להיות קבוע.

ח. הרופא המוסמך המחוזי רשאי לאשר טיפולי שיניים וחניכיים בזכאים המקבלים סטרואידים, טיפולים כימותרפיים ותרופות המכילות פנילטואין. האישור יינתן לאחר התייעצות עם היועץ הארצי לרפואת שיניים.

אופן הטיפול בבקשה לקבלת טיפול שיניים

29. נכה המבקש טיפול שיניים יפנה בקשתו למרפאת השיקום במחוז.
30. הרופא המוסמך המחוזי יבדוק את זכאותו של הנכה לטיפול שיניים על פי הזכאות המפורטת בהוראה זו.
31. משאשר הרופא המוסמך המחוזי את הזכאות לטיפול שיניים, יודיע על כך לנכה ויאפשר לו לבחור את רופא השיניים אליו הוא ישלח, מתוך רשימת הרופאים שבהסדר עם משהב"ט, ואשר מוצגת בכל מרפאות אגף השיקום במשהב"ט
32. הרופא המוסמך המחוזי יפיק הפניה "לבדיקה והצעת תוכנית טיפול" בהפניה יפורטו:
- א. זכאותו לטיפול שיניים של הנכה
 - ב. פירוט השיניים בהן זכאי הנכה לטיפול
 - ג. סוגי הטיפולים להם זכאי הנכה.
33. הנכה יפנה לבדיקה וקבלת הצעת תוכנית טיפול לרופא השיניים שייבחר מתוך רשימת הרופאים שבהסכם. עם תום הבדיקה הראשונית, יחזיר הנכה למרפאה את הצעת הטיפול המפורטת של רופא השיניים על גבי טופס "הצעת תוכנית טיפול שיניים" שאליה מצורפים הצילומים הנדרשים: צילום פרי-אפיקלי - לפני עקירה, לפני טיפול שורש, מבנה ישיר, או יצוק, כתר, גשר, שתל דנטלי.
- במידה ותוכנית הטיפול כוללת שתלים דנטליים, יחתים רופא השיניים את הנכה על טופס "הסכמה מדעת" (נספח א') ויצרפו להצעת התוכנית.
34. היועץ לרפואת שיניים יבדוק את ההצעה לטיפול שיניים שהוגשה ע"י רופא השיניים וימליץ בפני הרופא המוסמך המחוזי על תוכנית הטיפול המאושרת.
35. הרופא המוסמך המחוזי יאשר טיפולי שיניים אך ורק עפ"י הנכות המוכרת והזכאות במפורט בהוראה זו.
36. הפנית הנכים הזכאים לטיפול שיניים תעשה באמצעות הפנייה ממוחשבת לטיפול שיניים חתומה ע"י הרופא המוסמך המחוזי.

37. רופא השיניים המטפל יעביר את ההפניה המקורית בצירוף טופס הצהרה על מתן טיפול שיניים חתום ע"י הנכה, המאשר את קבלת הטיפול לשביעות רצונו, וחשבונית מס למרפאת מחוז השיקום לבדיקת יועץ השיניים במרפאה.
38. היועץ לרפואת שיניים יבצע בדיקת מעקב והערכת טיב הטיפול.
39. לאחר הבדיקה, ועל בסיס אישור היועץ - יועברו ההפניה וחשבונית המס ליחידה לחשבוניות שיקום לביצוע התשלום.
40. במקרה של בקשה החורגת מהזכאות המפורטת בסעיפי הזכאות, יפנה הרופא המוסמך המחוזי את הבקשה, בצירוף המלצתו, לרופא המוסמך המרחבי שיפעל כאמור עפ"י סעיף 22-23.
41. במקרים של אישור לטיפול שיניים יציין הרופא במסך הערות רפואיות' במערכת "שקום 2000" את ההסבר והשיקולים לטיפול המאושר.

אופן הטיפול בבקשה לביצוע שתלים דנטליים לנכים

42. נכה הזכאי לטיפול שיניים כולל ומתקבלת לגביו תכנית טיפול הכוללת המלצה לשתלים דנטליים, תוכנית הטיפול בצרוף טופס הסכמה מדעת תועבר לבדיקת יועץ השיניים במחוז. משאשר יועץ השיניים את תוכנית הטיפול, תופק הפניה חתומה ע"י הרופא המוסמך המחוזי ותשלח לנכה.

נכים הסובלים מפגיעות נפש ו/או מתסמונת בתר חבלתית (PTSD)

43. נכים כאמור לעיל הנמצאים במעקב וטיפול פסיכיאטרי יופנו ע"י הרופא המוסמך המחוזי לפסיכיאטר המטפל על מנת שהאחרון יאשר שאין מניעה לביצוע השתלים. האישור יועבר אל יועץ השיניים שיבדוק וימליץ לרופא המוסמך המחוזי בהקשר לביצוע הפעולה.
- על אף האמור לעיל, במקרים בהם הנכים אינם נמצאים בטיפול או מעקב פסיכיאטרי במשך שנה אחת לפחות טרם הפנייה לביצוע שתלים, יוכל היועץ לטיפול שיניים להמליץ לרופא המוסמך המחוזי על ביצוע השתלים מבלי לחייבם להמציא אישור פסיכיאטר.

אופן הטיפול בבקשה לטיפול אצל רופא שאינו בהסדר

44. על הנכה לפנות לרופא המוסמך המחוזי לפני הטיפול – ולבקש אישורו בכתב. לכשיאשר הרופא המחוזי יודיע לנכה בכתב מהי תוכנית הטיפול שאושרה ומהו גובה ההחזר הכספי אותו יקבל.
45. נכים שיבחרו להיות מטופלים אצל רופאים שאינם בהסדר יהיו זכאים להחזר כספי בגובה מחירון משהב"ט ולא יותר מההוצאה בפועל.
46. המשך הטיפול בבקשה יבוצע בהתאם לאמור בסעיפי "אופן הטיפול" – סעיפים 34–39.
47. הדגשה: על הנכה להגיש קבלות מקור על ביצוע התשלום.

לאחר הבדיקה ועל בסיס אישור היועץ לרפואת שיניים, הרופא המוסמך המחוזי יפיק הפניית החזר לטיפול השיניים שבוצע. עש"ר-תפתח הטבה לביצוע החזר הוצאות במערכת "שקום 2000" בצירוף חשבונית/ קבלה. ההטבה תועבר בסבב המיחשובי ליחידה לחשבוניות שיקום לביצוע התשלום ישירות לתגמול החודשי של הנכה.

חזי משיטה

סמנכ"ל וראש אגף שיקום נכים

נספח א' להוראה 53.17

טופס הסכמה: לטיפול כירוגי למשתלים דנטליים Insertion of dental implants

שימוש במשתלים דנטליים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם קיים חסר של שן אחת או יותר. הכנסת המשתל מתבצעת כפעולה כירוגית תחת אלחוש מקומי.

שם המתרפא/ה:

שם משפחה	שם פרטי	שם הורה	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר בעל פה מד"ר			
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	
על טיפול ביי תוך שימוש במשתלים דנטליים בלסת עליונה ו/או תחתונה. פירוט (סוג, מיקום וכמות):			

(להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע משתל, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול במשתלים. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפחות, כאב ושטפי דם תת עוריים. כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולרי בעת השתלות בלסת התחתונה שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה ו/או בסנטר ואפשרות לפגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת השתלות בלסת העליונה. הוסברה לי האפשרות לאי קליטת המשתל, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת המשתל יש צורך להוציא ו/או לבצע טיפול מתקן. הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכים לאחר ניתוח החדרת המשתל הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כשבועיים.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתל לבין הרופא המשקם, וברור לי כי הצוות/הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביוזמתי ושלא על דעת הצוות המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא אחר/ים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי לרבות טיפול תרופתי אותו הנני מקבל, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם. ברור לי כי בעקבות הפעולה עלולה להיות החרפה זמנית ו/או קבועה של מצבים רפואיים: מחלות לב, סכרת, תסמינים הקשורים בהפרעות נפשיות ובתסמונת בתר- חבלתית (PTSD).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות הגבלה זמנית בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה/לאפוטרופוסו של המתרפא/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רישיון
------------	-------	-------------