

## מבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים ("המבחן המתכלל")<sup>1</sup>

### לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985

בהתאם לסעיף 3א לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985<sup>2</sup> ובהתייעצות עם היועצת המשפטית לממשלה, מתפרסמים בזה מבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות (להלן – המשרד) בקופות חולים בשנת התמיכה 2024, כמפורט להלן:

**תקנה תקציבית מספר: 24200320**

### פרק א': מבוא

#### 1. כללי

- (א) ועדת התמיכות של המשרד (להלן – הוועדה) תדון בעניין תמיכה מתקציב המשרד בהתאם לנוהל לתמיכות מתקציב המדינה במוסדות ציבור<sup>3</sup> (להלן – הנוהל).
- (ב) התמיכה עצמה צריך שתינתן, אם נכון וראוי לתתה, על פי עקרונות של סבירות ושוויון בין מקבלי התמיכה השונים.
- (ג) בבואה לדון ולהחליט בכל בקשה לתמיכה, תשקול הוועדה את כל נסיבות העניין, תוך יישום שוויוני, אחיד וענייני של המבחנים שנקבעו.
- (ד) כל שיקולי הוועדה יהיו ענייניים, תוך הפעלת אמות מידה מקצועיות, ככל שיידרש, לפי נסיבות העניין; הוועדה תנמק החלטותיה.

#### 2. הגדרות

במבחנים אלה –

"אוכלוסייה מבוגרת" – אוכלוסיית המבוטחים שגילם 65 ומעלה וכן מטופלי דיאליזה בכל גיל;

"אוכלוסייה סיעודית" – מבוטחים הזכאים לגמלת סיעוד ברמה 5 ו-6 לפי סעיף 224 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995<sup>4</sup> וכן חולים המטופלים במסגרת הוספיס בית;

"ועדת מחקר" – הוועדה העליונה כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980<sup>5</sup>;

"זכאות עודפת" – זכאות שנצברה לקופת חולים, החורגת מעבר להקצאת התחומית כמוגדר לעיל;

"זכאות תחומית" – זכאות שנצברה בעד ביצוע פעילות באחד מתחומי התמיכה לפי מבחנים אלה;

"חודשי החורף" – החודשים ינואר עד מרץ וספטמבר עד דצמבר, במהלך שנת התמיכה;

<sup>1</sup> מבחן התמיכה פורסם ב"פ 12908, י"ז בחשוון (18.11.2024), עמ' 1010.

<sup>2</sup> ס"ח התשמ"ה, עמ' 60; התשנ"ב, עמ' 34.

<sup>3</sup> י"פ 8480 התש"ף, עמ' 482 ו-7207; התשפ"א, עמ' 2 ו-1732.

<sup>4</sup> ס"ח התשנ"ח, עמ' 210;

<sup>5</sup> ק"ת התשמ"א, עמ' 292.

**"חוק ההתחשבנות"** – חוק התחשבנות בין בתי חולים לקופות חולים לשנים 2021 עד 2025 (התחשבנות בעד שירותי בריאות בבתי חולים ציבוריים כלליים), התשפ"ב-2021;<sup>6</sup>

**"יישובי ורשויות המיעוטים"** – יישובים ורשויות במגזר הערבי, הדרוזי והצירקסי שלפחות 80% מתושביהם אינם יהודים, הנכללים ברשימה המפורטת בתוספת הראשונה למבחנים;

**"מבוטח"** – כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994<sup>7</sup> (להלן – החוק או חוק ביטוח בריאות ממלכתי);

**"מבוטחים מבוגרים"** – מבוטחים מקרב האוכלוסייה המבוגרת;

**"מבחני הרפורמה בסיעוד"** – תחומי התמיכה המנויים בפסקאות 5(ד) עד 5(כה), כמפורט בסעיף 5 להלן;

**"מחירון משרד הבריאות"** – המחיר לפי תעריף ב' של מחירון המשרד לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז אשר נקבע בהתאם לסעיף 12 לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים התשנ"ו-1996,<sup>8</sup> בשנת התמיכה הרלוונטית;

**"מטפל"** – כהגדרתו בחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996;<sup>9</sup>

**"מטפל עיקרי"** – בן משפחה, מטפל בשכר או מטפל זר בסיעוד, הנושא בעיקר נטל הטיפול בחולה;

**"מנהל הטיפול"** – רופא ראשוני (רופא משפחה), אליו משויך המטופל בקופת החולים, האחראי על מכלול הטיפול הרפואי במטופל;

**"מספר המבוטחים המשוקלל"** – כמשמעותו בסעיף 17(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובהתאם לדרך החישוב הקבועה בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות החולים), התשנ"ה-1995,<sup>10</sup> ובהתאם לערך המתקיים ביום 1 ביולי, בתחילת שנת ההערכה ואולם לגבי תחומי התמיכה ד'- כא' להלן, יחושב מספר המבוטחים המשוקלל לפי אוכלוסיית המבוטחים שגילם עולה על 65;

**"מפגש טיפולי מרחוק"** – מפגש טיפולי סינכרוני בין מטפל לבין מטופל, המתועד ברשומה הרפואית של המטופל, ומתבצע ללא נוכחות פיזית של המטופל או של המטפל במרפאות או במכוני הקופה; המפגשים הרפואיים מרחוק יתבצעו מעמדות תקשורת ייעודיות בבית החולים, במרפאות או במכוני או מאמצעי תקשורת אישיים העומדים לרשות המטופל, כדוגמת מחשב ביתי; מפגשים טיפוליים מרחוק יתבצעו על פי אמות המידה, המפורטות בחוזר המנהל הכללי מס' 6/2019 בנושא: "אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק (טלה-בריאות / טלה-רפואה (Telemedicine/);"

<sup>6</sup> ס"ח 2932, התשפ"ב (15.11.2021), עמ' 20.

<sup>7</sup> ס"ח התשנ"ד, עמ' 156.

<sup>8</sup> ס"ח התשנ"ו, עמ' 192.

<sup>9</sup> ס"ח התשנ"ו, עמ' 327.

<sup>10</sup> ק"ת התשנ"ה, עמ' 493.



“רפואה מקצועית” – כמשמעותה בתוספת השנייה לחוק ;

“שיעור הקידום הדמוגרפי” - שיעור הגידול באוכלוסיית המבוטחים שגילם מעל 65, מה- 1 בינואר בשנת הבסיס ועד ה- 1 בינואר בשנת התמיכה, כפי שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, על בסיס נתוני המבוטחים, שפורסמו על ידי הביטוח הלאומי ;

“שנת הבסיס” – שנת ההערכה שתחילתה ביום י”ח בתמוז התשע”ח (1 ביולי 2018) וסופה ביום כ”ז בסיוון התשע”ט (30 ביוני 2019) ;

“שנת ההערכה” – שנת ההערכה שתחילתה ביום י”ב בתמוז התשפ”ג (1 ביולי 2023) וסופה ביום כ”ד בסיוון התשפ”ד (30 ביוני 2024) ;

“שנת התמיכה” – השנה הקלנדרית שבמהלכה מחולקת התמיכה לפי מבחנים אלה.

### 3. הגופים הנתמכים

הגופים הנתמכים לפי מבחנים אלה הם קופות החולים.

### 4. מטרות התמיכה

מטרות התמיכה לפי מבחנים אלה הן שיפור השירות הרפואי הניתן על ידי קופות החולים ומניעת החמרה בריאותית, בדגש על האוכלוסייה המבוגרת ואוכלוסייה הסובלת ממחלות רקע.

### 5. תחומי התמיכה

תחומי התמיכה לפי מבחנים אלה הם כדלהלן :

- (א) חיסון האוכלוסייה לשפעת ;
- (ב) הערכות לתחלואת החורף ;
- (ג) הפעלת תכנית לאשפוז בית כחלופה לאשפוז פנימי בבית חולים (להלן – אשפוז בית) ;
- (ד) הפעלת תכנית עבודת צוות לטיפול במטופלים מורכבים ;
- (ה) הפעלת תכנית עבודת צוות לטיפול במרותקי בית ;
- (ו) תגבור טיפולי הבית בקהילה ;
- (ז) הפעלת תכנית לדחיית הצורך בטיפול בדיאליזה ;
- (ח) הפעלת תכנית לעידוד הטיפול בדיאליזה בבית המטופל ;
- (ט) הפעלת תכנית למניעת נפילות בקרב האוכלוסייה המבוגרת ;
- (י) הפעלת תכנית לאיתור וטיפול בחולי דמנציה ;
- (יא) הפעלת תכנית לתמיכה במטפלים העיקרי של חולי דמנציה ;
- (יב) הפעלת תכנית להפעלת מרפאות לטיפול תומך (פליאטיבי) ;
- (יג) תגבור שירותי הוספיס בית בקהילה ;
- (יד) הפעלת תכנית שיקום בית כחלופת שיקום באשפוז ;
- (טו) הפעלת תכנית לשיקום בית מרחוק ;
- (טז) תגבור השיקום האמבולטורי ;
- (יז) הפעלת תכנית לייעוץ רוקחי ;
- (יח) הפעלת תכנית לצמצום השימוש באנטיביוטיקה ;
- (יט) הפעלת תכנית לשיפור היענות הטיפול התרופתי במחלות כרוניות ;

- (כ) הפעלת תכנית להרחבת שירותי הרפואה הניתנים לחולי חסמת ריאות;
- (כא) הפעלת תכנית להרחבת שירותי הרפואה הניתנים לחולי אי ספיקת לב;
- (כב) הפעלת תכנית לקידום בריאות;
- (כג) הפעלת תכנית לצמצום פערים בקרב האוכלוסייה המבוגרת;
- (כד) גידול בביצוע בדיקות לפפטידים נטרירטיים לצורך שיפור האבחון והטיפול באי ספיקת לב בקרב אוכלוסייה מבוגרת;
- (כה) גידול באספקת מחוללי חמצן ניידים;
- (כו) הטמעת ופיתוח טכנולוגיות בריאות דיגיטלית;
- (כז) הפעלת תכנית לתאום טיפול.

#### 6. תנאי סף

- (א) קופת החולים הגישה למשרד הבריאות תכנית תמיכה שנתית עבור שנת התמיכה (להלן – תכנית תמיכה) הכוללת את הפרטים הבאים:
  - (1) פירוט סכום הזכאות הצפוי אותו מתכננת קופת החולים לצבור עבור כל אחד מתחומי התמיכה שפורטו בסעיף 5 (להלן – זכאות תחומית מתוכננת);
  - (2) בכל תחום תמיכה בו נדרשת הצגת תכנית מקצועית – התכנית המקצועית התחומית תצורף לתכנית התמיכה.
- (ב) תכנית התמיכה אושרה על ידי משרד הבריאות.

#### 7. תנאים לפעילות הנתמכת

- (א) זכאות בעד שירות לפרט במסגרת מבחני הרפורמה בסייעוד תיצבר בעד פעילות שבוצעה לאוכלוסייה מבוגרת או סיעודית.
- (ב) קופת החולים צברה זכאות לפחות ב-10 מתחומי התמיכה הנזכרים בסעיפים 5(א)-(4) עד 5(כה) לפחות.

#### 8. קביעת ההקצאה התחומית לכל קופה

- (א) לכל קופה תוגדר הקצאה תחומית עבור כל אחד מתחומי ההקצאה הבאים:
  - (1) חיסון האוכלוסייה לשפעת (תחום תמיכה א);
  - (2) הערכות לתחלואת החורף (תחום תמיכה ב);
  - (3) אשפוז בית (תחום תמיכה ג);
  - (4) מבחני הרפורמה בסייעוד (תחומי התמיכה ד - כה);
  - (5) הטמעה ופיתוח טכנולוגיות בריאות דיגיטלית (תחום תמיכה כו);
  - (6) הפעלת תכנית לתאום טיפול (תחום תמיכה כז).
- (ב) ההקצאה התחומית תיקבע בהתאם למכפלת חלקה היחסי של קופת החולים במספר המבוטחים המשוקלל בסכום התמיכה המיועד לאותו התחום.
  - (ג) על אף האמור בסעיפים קטנים (א)-(ב) לעיל:
    - (1) חלק מסכום התמיכה המיועד לחלוקה, יוקצה בין קופות החולים באופן שוויוני, כמפורט להלן:

(א) מבחני הרפורמה בסייעוד: יוקצו 2.5 מיליון שקלים חדשים לכל קופת חולים בעד צבירת זכאות עבור ביצוע פעילות תחומית ;

(ב) הטמעה ופיתוח טכנולוגיות בריאות דיגיטלית: יוקצו מיליון שקלים חדשים לכל קופת חולים בעד צבירת זכאות עבור ביצוע פעילות תחומית ;

(2) בתחום בו חלק מסכום התמיכה מוקצה באופן שוויוני, לסכום זה תתווסף עבור כל קופת חולים שארית התמיכה התחומית שהוקצתה בהתאם לחלקה היחסי של קופת החולים במספר המבוטחים המשוקלל, לצורך הגעה להקצאה התחומית שלה.

## 9. אופן חלוקת כספי התמיכה

(א) זכאותה הנצברת של קופת החולים בתחומי ההקצאה השונים תחושב כמפורט להלן:

(1) חיסון האוכלוסייה לשפעת (תחום תמיכה א): בהתאם לפעילות בשנת ההערכה ;

(2) הערכות לתחלואת החורף (תחום תמיכה ב): בהתאם לפעילות בשנת התמיכה ;

(3) אשפוז בית (תחום תמיכה ג): בהתאם לפעילות בשנת ההערכה או בשנת התמיכה, הגבוה מבניהם ;

(4) מבחני הרפורמה בסייעוד (תחומי התמיכה ד - כה): בהתאם לפעילות בשנת ההערכה או בשנת התמיכה, הגבוה מבניהם ;

(5) הטמעה ופיתוח טכנולוגיות בריאות דיגיטליות (תחום תמיכה כו): כמפורט בסעיף 35 למבחנים ;

(6) הפעלת תכנית לתאום טיפול (תחום תמיכה כז): בהתאם לפעילות בשנת ההערכה.

(ב) בשלב החלוקה הראשון תיתמך כל קופת חולים בסך זכאות הקופה בתחומי התמיכה השונים ואולם, מסכום הזכאות שנצבר לקופת חולים בעד אשפוז בית, יופעל במהלך שנת 2024 קיזוז בגין אשפוז בית.

(ג) בשלב החלוקה השני, ככל שייוותרו כספי תמיכה לחלוקה בתום השלב הראשון, הם יחולקו בין קופות החולים שצברו זכאות עודפת, שטרם נתמכה בשלב הראשון ; הסכומים שיוותרו יחולקו בין קופות החולים בהתאם לייעוד הקצאתם המקורי, כמפורט בסעיף קטן 8(א) ובהתאם ליחס הזכאויות העודפות בין קופות החולים, בכל אחד מתחומי ההקצאה בנפרד ; קופת חולים לא תיתמך בשלב זה מעבר לזכאותה העודפת בכל אחד מהתחומים האמורים במכפלת 1.1.

(ד) שלבי החלוקה הראשון והשני הנוגעים לתחום התמיכה "הפעלת תכנית לתיאום טיפולי", מפורטים בסעיף קטן 36(ט) למבחנים.

(ה) בשלב החלוקה השלישי, ככל שיוותרו כספים לחלוקה, תיתמך פעילות שטרם נתמכה עד כה במבחני הרפורמה בסייעוד ; הסכומים שיוותרו יחולקו בין קופות החולים בהתאם ליחס הזכאות העודפת בין קופות החולים, אולם, קופת חולים לא תיתמך מעבר לזכאותה בתחום במכפלת 1.1.

(ו) בשלב החלוקה הרביעי, ככל שיוותרו כספים לחלוקה, תיתמך פעילות שטרם נתמכה עד כה בתחום אשפוז הבית, בהתאם ליחס הזכאות העודפת בין קופות החולים, אולם קופת חולים לא תיתמך מעבר לזכאותה בתחום במכפלת 1.1.

(ז) בשלב החלוקה החמישי, ככל שיוותרו כספים לחלוקה, תיתמך פעילות שטרם נתמכה עד כה בתחום חיסון האוכלוסייה לשפעת בהתאם ליחס הזכאות העודפת בין קופות החולים, אולם, קופת החולים לא תיתמך מעבר לזכאותה בתחום במכפלת 1.1.

(ח) בשנה הראשונה לפעילותה של קופת החולים בכל אחד מתחומי התמיכה לפי מבחנים אלה, היא תהיה זכאית לקבלת תמיכה בעד עלויות ההיערכות והקמת התשתית הארגונית הנדרשת באותו התחום:

(1) הסכום שיחולק לקופת חולים כאמור, יהיה בגובה של 10% מסכום הזכאות אותו צברה בפועל, אך לא יעלה על סך כל הוצאותיה הישירות של קופת החולים בגין ההיערכות והקמת התשתית הארגונית לפעילות הנתמכת ולא יכלול היערכות והקמת תשתית שכבר נתמכה או תוקצבה על ידי המשרד; על אף האמור בפסקה זו, תשתיות דיגיטליות לא ייתמכו כמפורט בפסקה זו, אלא יתמכו במסגרת תחום התמיכה כו למבחינים אלה;

(2) ככל שקופת החולים מקיימת את הפעילות לפי מבחנים אלה באמצעות רכש שירותים על ידי ספק מטעמה, לא יובאו בחשבון ולא ייתמכו הוצאות הספק בגין ההיערכות והקמת התשתית;

(ט) אבני דרך: בכל אחד מתחומי התמיכה, למעט בתחום התמיכה כו, במסגרתם נדרשת קופת החולים להגיש תכנית מקצועית למשרד, תיתמך הקופה בהתאם לאבני הדרך הבאים:

(1) לאחר אישור תכנית התמיכה, קופת חולים תיתמך ב-20% מהזכאות התחומית של הקופה עבור כל אחד מהתחומים בהם הוגשה תכנית מקצועית תחומית; סכום זה יקוזז מזכאותה הצבורה של קופת החולים, כפי שתחושב בסיום שנת התמיכה;

(2) המשרד יהיה רשאי לחלק תמיכה בעבור חצי שנת התמיכה הראשונה, בגובה 50% מההקצאה הכוללת של כל קופה או בהתאם לזכאות שנצברה בפועל עד יום 1 בינואר של שנת התמיכה; סכום זה יקוזז מזכאותה הצבורה של קופת החולים, כפי שתחושב בסיום שנת התמיכה;

(3) בתום שנת התמיכה, המשרד ישלם את יתרת הזכאות הנצברת של הקופה, בהתאם להוראות המבחן.

### פרק ב': פירוט תחומי התמיכה

#### 10. תחום תמיכה (א) – חיסון האוכלוסייה לשפעת

##### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“אוכלוסייה בסיכון” – מבוטחים הנמצאים בסיכון גבוה לסיבוכי שפעת או כאלו העלולים להעביר שפעת למבוטחים הנמצאים בסיכון גבוה, כהגדרתם בתדריך החיסונים<sup>14</sup>;

“אוכלוסיית היעד” – כלל אוכלוסיית מבוטחי קופות החולים הרשאים להתחסן, בהתאם לסדר העדיפות לחיסון, כפי שהוגדר על ידי חטיבת בריאות הציבור במשרד הבריאות ופורסם בתדריך החיסונים, המעודכן למועד החיסון;

“חיסון” – תרכיב נגד מחלת השפעת העונתית (להלן – שפעת), שניתן למבוטחי קופת החולים בתקופה שבין יום 1 בספטמבר ליום 1 באפריל בשנת ההערכה;

“חיסון במינון מוגבר” – חיסון המיועד לאוכלוסייה שנקבע על ידי האגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, שיש מקום לחסנה בחיסון מוגבר;

“שירותי בריאות התלמיד” – שירותי בריאות הניתנים לתלמידים במערכת החינוך במסגרת סל שירותי הבריאות הקבוע בחוק;

“תדריך החיסונים” – מסמך ההוראות העדכני שפרסם המשרד לעניין מתן חיסונים לקראת חודשי החורף עבור אותה שנת תמיכה.

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה בתחום זה היא מניעת תחלואת חורף באמצעות מתן חיסוני שפעת על ידי קופות החולים לאוכלוסיית היעד.

## (3) תנאים לפעילות הנתמכת

(א) תינתן תמיכה לחיסונים שנרכשו על ידי קופת החולים וניתנו לאוכלוסיית היעד.

(ב) לא תינתן תמיכה בעד חיסונים שבוצעו במסגרת שירותי בריאות התלמיד.

(ג) החיסונים ניתנו למבוטחים ללא תשלום דמי השתתפות עצמית.

(ד) החיסונים ניתנו בהתאם להנחיות העדכניות בתדריך החיסונים.

## (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) סכום הזכאות התחומית המרבי יחושב כחלקה של קופת החולים במספר המבוטחים המשוקלל במכפלת סכום התמיכה המוקצה לתחום זה, ואולם סכום הזכאות התחומית לקופת החולים לא יעלה על עלות רכש החיסונים עבור הקופה בשנת התמיכה.

(ב) חישוב הזכאות התחומית יתבצע על בסיס שנת ההערכה.

(ג) סכום הזכאות הבסיסי בעד כל חיסון יהיה 10 שקלים חדשים, ואולם סכום הזכאות הבסיסי בעד חיסון מבוטח הנמנה על אוכלוסייה בסיכון יהיה 15 שקלים חדשים.

(ד) סכום הזכאות בעד כל חיסון במינון מוגבר יהיה 30 שקלים חדשים.

(ה) לגבי חיסונים שניתנו במהלך החודשים ספטמבר עד דצמבר בשנה שקדמה לשנת התמיכה, יוכפל סכום הזכאות הבסיסי במקדם 1.8.

(ו) לגבי חיסונים שניתנו במהלך החודשים פברואר עד אפריל בשנת התמיכה, יוכפל סכום הזכאות הבסיסי במקדם 0.8.

## 11. תחום תמיכה (ב) – הערכות לתחלואת החורף

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

”מוקדים לשירותי רפואה דחופה בקהילה” – כהגדרתם בחוזר חטיבת הרפואה מספר 8/2022 בנושא: ”אמות מידה להפעלת מוקד לשירותי רפואה דחופה בקהילה”<sup>15</sup>;

### (2) מטרות התמיכה

מטרות התמיכה לפי תחום תמיכה זה הן:

- (1) סיוע לקופות החולים להיערכות לעומסי הפעילות הצפויים במהלך חודשי החורף;
- (2) שיפור המענה הרפואי הקהילתי במהלך החורף, באופן בו יימנעו עומסים ממערכת האשפוז.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית מקצועית בהתאם לאמור בפסקה ד בסעיף זה, הכוללת היערכות לעומס פעילות במהלך חודשי החורף (להלן בסעיף זה – התכנית).

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים, הוטמעו בתכנית וקיבלו את אישור המשרד.

### (4) הפעילות הנתמכת

(א) גידול בהיקף הפעילות לאיתור ופנייה למטופלים לצורך קבלת חיסוני שפעת ביחס להיקף פעילות זו בתקופת הזמן המקבילה בשנת הבסיס.

(ב) גידול בזמינות המוקדים לרפואה דחופה הפועלים מעבר לשעות פעילות המרפאות, ביחס לזמינות פעילותם במהלך החודשים מאי עד אוגוסט בשנת התמיכה.

(ג) הרחבת הפעילות לקיצור זמני ההמתנה במוקד האחיות, ביחס לזמני ההמתנה במהלך תקופת הזמן המקבילות בשנת הבסיס.

### (5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) הזכאות תיזכר בעד ביצוע הפעילות הנתמכת בהתאם לתכנית, כפי שאושרה על ידי המשרד.

(ב) לקופת החולים תיזכר זכאות תחומית בהיקף שלא יעלה על 90% מעלות הפעילות הכוללת המאושרת בתחום תמיכה זה.

## 12. תחום תמיכה (ג) – הפעלת תכנית לאשפוז בית כחלופה לאשפוז פנימי בבית חולים

<sup>15</sup> <https://www.gov.il/he/departments/policies/mr08-2022>

## (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“יום אשפוז” – כל יום במחלקה במהלכו המטופל נבדק או טופל פעם אחת לפחות, על ידי רופא ואחות מצוות המחלקה;

“מחלות פנימיות” – לעניין מבחנים אלה, מחלות אשר הטיפול בהן במקרה המחייב אשפוז, מתבצע במסגרת מחלקה פנימית, ובכלל זה, זיהומי רקמות רכות ומערכת השלד – צלוליטיס, אוסטאומיאליטיס, זיהומי מערכת הנשימה – שפעת, ברונכיטיס, דלקת ריאות, זיהומי מערכת השתן, זיהומי מערכת העיכול – גסטרואנטריטיס, החמרה באי ספיקת לב כרונית, החמרה במחלת ריאות כרונית – COPD, חולי COVID-19 ומצבים רפואיים נוספים העשויים לחייב אשפוז במחלקה פנימית, בהתאם לשיקול דעת רפואי;

“מחלקה פנימית” – מחלקה פנימית, פנימית גריאטרית, מחלקת השהייה;

“תכנית אשפוז בית” או “התכנית” – תכנית מקצועית סדורה, המופעלת על ידי קופת חולים או מי מטעמה ובאחריותה, ומיועדת לאוכלוסייה בוגרת, מעל גיל 18; מטרת התכנית מתן טיפול רפואי בבתי המטופלים למחלות פנימיות חריפות או למצבים של החמרה במחלות כרוניות הדורשת אשפוז, כתחליף לאשפוז בבית חולים כללי; התכנית תופעל על בסיס פרוטוקולים מקצועיים המותאמים לאשפוז בית שאושרו על ידי הנהלת הקופה.

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה, היא הפעלת מערך אשפוז בית במסגרת הקהילה ובאחריות קופת החולים, כחלופה לאשפוז בבית חולים כללי, לצורך מניעת אשפוזים בבתי חולים כלליים וקיצור אשפוזים, שיפור איכות ובריאות הטיפול ושיפור “חווית המטופל” המאושפז.

## (3) תנאי סף למתן תמיכה

(א) קופת החולים הגישה והפעילה בשנת ההערכה תכנית לאשפוז בית פנימי; התכנית תהיה מבוססת על העקרונות המפורטים בסעיף קטן (ד), להלן.  
(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

## (4) אמות המידה לפעילות הנתמכת

(א) התכנית תהיה מבוססת על העקרונות המפורטים בחוזר חטיבת הרפואה 1/2022: “אמות המידה לחלופות אשפוז בבית חולים הסובלים ממחלות חריפות”.  
(ב) הטיפול בחולי COVID - 19 יתבצע בהתאם לאמות המידה, המפורטות בנהל חטיבת הרפואה “חלופת אשפוז בבית לחולי COVID – 19 המפורסם באתר המשרד בכתובת <https://www.gov.il/he/Departments/policies/mk-731123221>.  
(ג) קופת החולים תיתמך בעבור כל יום אשפוז של חולה הסובל ממחלה פנימית, בין שהופנה לאשפוז ממרפאת קהילה או שהופנה ממחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) או ממחלקת אשפוז בבית חולים, ובלבד שלא שהה בשל מחלה זו במצטבר למעלה מ-3 ימים (72 שעות) בבית חולים, במלר"ד ובמחלקות האשפוז גם יחד, טרם האשפוז באשפוז בית.

## (5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

- (א) חישוב הזכאות התחומית יתבצע על בסיס שנת ההערכה.
- (ב) בעבור המטופלים הבאים, יעמוד סכום הזכאות הנצברת בעד כל יום אשפוז עד היום השישי, על 1250 שקלים חדשים למטופל, ובעד כל יום אשפוז החל מהיום השביעי, על 750 שקלים חדשים למטופל:
- (1) מטופלים שגילם מעל 80;
- (2) מטופלים המתגוררים ביישובי הפריפריה הגיאוגרפית;
- (3) מטופלים המתגוררים ביישובי ורשויות המיעוטים.
- (ג) בעבור כל מטופל שאינו נמנה עם אחת הקבוצות בפסקה (2) לעיל, יעמוד סכום הזכאות הנצברת על כל אחד מארבעת ימי האשפוז הראשונים על 1250 שקלים חדשים, בעד כל אחד מהימים החמישי והשישי, על 500 שקלים חדשים, ובעד היום השביעי ואילך, על 250 שקלים חדשים ליום.
- (ד) מתן דם ומוצריו בבית המטופל, ייתמך כיום אשפוז בבית.

## 13. תחום תמיכה (ד) – הפעלת תכנית עבודת צוות לטיפול במטופלים מורכבים

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

**"מטופל מורכב"** – מטופל במסגרת מרפאתית אשר אינו מרותק בית ואינו נזקק לטיפול פליאטיבי, ומנהל הטיפול קבע כי הוא מתאפיין במורכבות קלינית, נפשית, קוגניטיבית, תפקודית, סוציאלית או התנהגותית, המצריכה מעורבות צוות מטפל על מנת למנוע החמרה במצב בריאותו; קביעה כאמור יכול שתתבסס על קריטריונים ברי מדידה אשר תקבע קופת החולים לעניין זה;

**"מתאם טיפול מנהלי"** – איש צוות שתפקידו סיוע למטופל בביצוע התיאומים המנהלתיים הנדרשים למימוש תכנית הטיפול, לרבות קביעת תורים למפגשים רפואיים, בדיקות וטיפולים וביצוע התיאומים והעדכונים הנדרשים בין כלל חברי הצוות המטפל ומול גורמי הקהילה;

**"צוות מטפל"** – צוות מטפל בסיסי או צוות מטפל מורחב;

**"צוות מטפל בסיסי"** – צוות מטפל אליו משויך מטופל, הכולל את מנהל הטיפול, אחות, עובדת סוציאלית ויכול שיכלול גם מתאם טיפול מנהלי;

**"צוות מטפל מורחב"** – צוות הכולל את הצוות המטפל הבסיסי וכן שני אנשי צוות נוספים לפחות, כגון: רופא, פסיכולוג, רוקח קליני או מטפל ממקצועות הבריאות אשר יצורף בהתאם לצורך הרפואי או הפסיכוסוציאלי של המטופל;

**"רבעון / חציון"** – פרק זמן של 3 חודשים או 6 חודשים, בהתאמה, הנספר מעת הכללתו של המטופל בתכנית;

**"תכנית טיפול אישית"** – תכנית אישית לחולה מורכב אשר תכלול יעדים אישיים וצעדים לביצוע התערבות יזומה, רפואית או אחרת, ומתן מענה טיפולי במקרים רפואיים דחופים;

תכנית הטיפול תיקבע במשותף במפגש יזום של הצוות המטפל עם המטופל.

## **(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה, היא שיפור הטיפול הרפואי במטופלים מורכבים באמצעות שיוך מטופלים אלו לצוות מטפל, שיקבע ויממש תכנית טיפול בשיתוף מלא עם המטופל.

## **(3) תנאי סף למתן התמיכה**

- (א) קופת החולים הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית מקצועית לעבודת צוות מטפל לצורך שיפור הטיפול במטופלים מורכבים.
- (ב) התכנית התבססה על העקרונות המפורטים בתוספת השנייה למבחנים אלה.
- (ג) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

## **(4) תנאים לפעילות הנתמכת**

- (א) משך הטיפול בכל מטופל לא יפחת משלושה חודשים, אלא אם משך הטיפול קצר יותר מסיבות שאינן תלויות בקופת החולים, לרבות אשפוז בבית חולים.
- (ב) קיום מפגש אחד לפחות של כל אחד מחברי הצוות המטפל הבסיסי עם המטופל בטווח זמן של חודש מהכללתו בתכנית, לרבות קיום מפגש עם מתאם הטיפול המנהלי ככל שנכלל בצוות המטפל; על אף האמור, מפגשים עם העובד הסוציאלי יוכלו להתקיים בטווח זמן של שלושה חודשים מעת הכללת המטופל בתכנית.
- (ג) קיום מפגשים רפואיים מתועדים עם מנהל הטיפול בתדירות של פעם ברבעון לפחות.
- (ד) קיום מפגשים מתועדים עם אח, פעמיים ברבעון לפחות.
- (ה) קיום מפגש עם מתאם הטיפול המנהלי ככל שנכלל בצוות המטפל, פעם ברבעון לפחות.
- (ו) קיום מפגשים רפואיים מתועדים עם כל אחד מיתר חברי הצוות, פעם בחציון לפחות.
- (ז) קיום תכנית טיפול אישית מתועדת בטווח זמן של חודשיים מהכללתו של המטופל בתכנית.
- (ח) קיום דיון מעקב מקצועי מתועד של חברי הצוות המטפל אחת לרבעון לפחות, ובכל מקרה, טרם ההחלטה על הפסקת הטיפול הצוותי.
- (ט) קופת החולים העבירה הדרכה מקצועית לצוותים המטפלים, בהתאם לעקרונות שנקבעו בתכנית טרם תחילת עבודתם; לעניין פסקה זו, ניתן לקיים את הדרכת הצוות בצורה מקוונת.

## **(5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

התמיכה תינתן בעד תקופות פעילות של שלושה חודשי טיפול, שהסתיימו בשנת התמיכה, כמפורט להלן:

- (1) בעד טיפול לפרקי זמן הקצרים מ-3 חודשים, במצבים בהם הטיפול הופסק מסיבות שאינן תלויות בקופת החולים, תיתמך קופת החולים, בהתאם לפרק הזמן

- היחסי בו נמשך הטיפול ובהתאמה לסכומים המפורטים בפסקה (ב) להלן ;
- (2) בעד כל שלושה חודשי טיפול מלאים בכל מטופל הנכלל בתכנית הטיפול ואשר הושלמו בתקופה הנתמכת, יחושב לקופת החולים סכום זכאות, כדלהלן :
- (א) מטופל מורכב, המטופל על ידי צוות מטפל מורחב, ומתגורר באזור הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 1500 שקלים חדשים ;
- (ב) מטופל מורכב, המטופל על ידי צוות מטפל בסיסי, ומתגורר באזור הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 1200 שקלים חדשים ;
- (ג) מטופל מורכב, המטופל על ידי צוות מטפל מורחב, ואינו מתגורר באזור הפריפריה הגאוגרפית – 1200 שקלים חדשים ;
- (ד) מטופל מורכב, המטופל על ידי צוות מטפל בסיסי, ואינו מתגורר באזור הפריפריה הגאוגרפית – 1000 שקלים חדשים ;
- (ה) בעבור כל מטופל מורכב, שגילו עולה על 75, יוכפל סכום הזכאות במקדם 1.2 ;
- (ו) בעבור מטופל הסובל ממורכבות פסיכיאטרית, יוכפל סכום הזכאות עבור אותו מטופל במקדם 1.1 ;
- (ז) במקרה בו הצוות המטפל לא כלל מתאם טיפול מנהלי, יופחתו 200 שקלים חדשים מסכום הזכאות עבור אותם שלושה חודשים לאותו מטופל ;
- (3) במקרה בו קופת חולים לא עמדה באמות המידה לתמיכה הנדרשות ברבעון, כמפורט בסעיף קטן זה, לא תיזכר לזכותה זכאות בעד אותו רבעון ;
- (4) במקרה בו קופת החולים לא ביצעה פעילות חציונית, הנדרשת בתוספת השנייה למבחנים אלה, לא תיזכר לזכותה זכאות בעד אחד מהרבעונים באותו חציון.

#### 14. תחום תמיכה (ה) – הפעלת תכנית עבודת צוות לטיפול במרותקי בית

##### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“**מרותק בית**” – כהגדרתו בחוזר מנהל הרפואה וחטיבת הרפואה מספר 4/2017 בנושא : “הגדרת מטופל כ”מרותק בית” לצרכי מתן שירותי רפואה”<sup>16</sup>, למעט מטופלים הנזקקים לטיפול פליאטיבי במסגרת הוספיס בית ;

“**מתאם טיפול מנהלי**” – איש צוות שתפקידו סיוע למטופל בביצוע התיאומים המנהלתיים הנדרשים למימוש תכנית הטיפול, לרבות קביעת תורים למפגשים רפואיים, בדיקות וטיפולים וביצוע התיאומים והעדכונים הנדרשים בין כלל חברי הצוות המטפל ומול גורמי הקהילה ;

“**צוות מטפל**” – צוות מטפל אליו משויך המטופל וכולל את מנהל הטיפול, אחות, מטפלים ממקצועות הבריאות ויכול שיכלול גם מתאם טיפול מנהלי ;

“**רבעון / חציון**” – פרק זמן של 3 חודשים או 6 חודשים, בהתאמה, הנספר מעת הכללתו של המטופל בתכנית ;

<sup>16</sup> <https://www.gov.il/he/departments/policies/mr04-2017>

**"תכנית טיפול אישית"** – תכנית אישית לחולה מרותק בית אשר תכלול יעדים אישיים וצעדים לביצוע התערבות יזומה, רפואית או אחרת ולמתן מענה טיפולי במקרים רפואיים דחופים; תכנית הטיפול תיקבע במשותף במפגש יזום של הצוות המטפל עם המטופל.

## **(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא שיפור הטיפול הרפואי במרותקי בית באמצעות שיוך מטופלים אלו לצוות מטפל, שיפעל על פי עקרונות עבודת צוות, יקבע ויממש תכנית טיפול בשיתוף מלא עם המטופל.

## **(3) תנאי סף למתן התמיכה**

- (א) קופת החולים הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית לעבודת צוות מטפל לצורך שיפור הטיפול במרותקי בית.
- (ב) התכנית התבססה על העקרונות המפורטים בתוספת השלישית למבחנים אלה.
- (ג) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופת החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

## **(4) תנאים לפעילות הנתמכת**

- (א) משך הטיפול בכל מטופל לא יפחת משלושה חודשים, אלא אם משך הטיפול קצר יותר מסיבות שאינן תלויות בקופת החולים, כגון אשפוז בבית חולים.
- (ב) קיום מפגש אחד לפחות של כל אחד מחברי הצוות המטפל עם המטופל בטווח זמן של חודשיים מהכללתו בתכנית, לרבות קיום מפגש עם מתאם הטיפול המנהלי, אם נכלל בצוות המטפל.
- (ג) קיום מפגשים רפואיים מתועדים עם מנהל הטיפול פעם ברבעון לפחות.
- (ד) קיום מפגשים מתועדים עם אחות פעמיים ברבעון לפחות.
- (ה) קיום מפגש עם מתאם הטיפול המנהלי, אם נכלל בצוות המטפל, פעם ברבעון לפחות.
- (ו) ביקוריהם של עובדת סוציאלית, דיאטנית, פיזיותרפיסט וכן מרפאה בעיסוק או קלינאית תקשורת, יתקיימו בטווח חצי שנה מהכללת המטופל בתכנית, ולאחר מכן יתקיימו ביקורים של עובדי מקצועות הבריאות, בהתאם לצורך ועל ידי שני מטפלים בחציון לפחות.
- (ז) ביצוע הערכה גריאטרית על ידי רופא מומחה בגריאטריה או אח מומחה בסייעוד גריאטרי, פעם בשנה לפחות.
- (ח) קיום תכנית טיפול אישית מתועדת בטווח זמן של חודשיים מהכללתו של המטופל בתכנית.
- (ט) קיום דיון מעקב מקצועי מתועד של חברי הצוות המטפל בתדירות רבעונית לפחות, ובכל מקרה טרם ההחלטה על הפסקת הטיפול הצוותי.
- (י) קופת החולים העבירה הדרכה מקצועית לצוותים המטפלים, בהתאם לעקרונות שנקבעו בתכנית, טרם תחילת עבודתם; ההדרכה תכלול מפגש אחד לפחות, בליווי

רופא הנושא בתפקיד ניהולי בקופת החולים.

#### (5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) התמיכה תינתן בעד תקופות פעילות של שלושה חודשי טיפול, שהסתיימו בשנת התמיכה, כמפורט להלן:

- (1) בעד טיפול לפרקי זמן הקצרים משלושה חודשים, במצבים בהם הטיפול הופסק מסיבות שאינן תלויות בקופת החולים, תיתמך קופת החולים, בהתאם לפרק הזמן היחסי בו נמשך הטיפול ובהתאמה לסכומים המפורטים בפסקת משנה (ב) שלהלן;
- (2) בעד כל שלושה חודשי טיפול מלאים, בכל מרותק בית הנכלל בתכנית הטיפול ואשר הושלמו בתקופה הנתמכת, יחושב לקופת החולים סכום זכאות, כדלהלן:
  - (א) מרותק בית, המטופל על ידי צוות מטפל, ומתגורר באזור הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 1800 שקלים חדשים;
  - (ב) מרותק בית, המטופל על ידי צוות מטפל, ואינו מתגורר באזור הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 1500 שקלים חדשים;
  - (ג) בעבור מרותק בית שגילו עולה על 75, יוכפל סכום הזכאות במקדם 1.2;
  - (ד) בעבור מטופל הסובל ממורכבות פסיכיאטרית, יוכפל סכום הזכאות במקדם 1.1;

(ה) במקרה בו הצוות המטפל לא כלל מתאם טיפול מנהלי יופחתו 200 שקלים חדשים מסכום הזכאות הרבעוני.

- (ב) במקרה בו קופת חולים לא עמדה באמות המידה לפעילות הנדרשות ברבעון, לא תיצבר לזכותה זכאות בעד אותו רבעון.
- (ג) במקרה בו קופת החולים לא ביצעה פעילות חציונית או שנתית נדרשת, לא תיצבר לזכותה זכאות בעד אחד מהרבעונים באותו חציון או באותה שנה בהתאמה.

#### 15. תחום תמיכה (ו) – תגבור טיפולי הבית בקהילה

##### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“**טיפולי בית**” – טיפולים העונים על התנאים האלה:

- (1) בוצעו בבית המטופל בנוכחות פיזית של המטפל;
- (2) בוצעו ברפואה ובמקצועות הבריאות;

“**טיפולי בית נוספים**” – הגידול במספר טיפולי הבית שניתנו על ידי קופת החולים למבוטחיה, מעבר למספר טיפולי הבית שנתנו בשנת הבסיס, במכפלת שיעור הקידום הדמוגרפי, ושטרם נתמכו במסגרת התמיכה בשיקום בית, לפי תחום תמיכה 14 במבחנים אלה (“הפעלת תכנית לשיקום בית כחלופה לשיקום באשפוז”) או במסגרת תמיכות הניתנות בתחומי תמיכה או במבחנים אחרים;

“**תחומים מקצועיים**” – מקצועות הבריאות שהגדרתם במבחנים אלה, למעט רוקחות ובתוספת מקצוע הרפואה.

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא תגבור טיפולי הבית בקהילה.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

סך כל טיפולי הבית שנתנו על ידי קופת החולים למבוטחיה בשנת התמיכה גדול ממספרם האמור בשנת הבסיס במכפלת שיעור הקידום הדמוגרפי.

### (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) חישוב מספר הטיפולים הנוספים יתבצע בנפרד לכל אחד מהתחומים המקצועיים שצוינו, ויתבצע חישוב נפרד לטיפולים שבוצעו ביישובי הפריפריה הגאוגרפית.

(ב) בעד טיפול בית נוסף שניתן בידי רופא מומחה מתחומי הרפואה המקצועית, תחושב לקופת החולים זכאות לתמיכה בסכום של 300 שקלים חדשים.

(ג) בעד טיפול בית נוסף שניתן בידי רופא, תחושב לקופת החולים זכאות לתמיכה בסכום של 200 שקלים חדשים.

(ד) בעד טיפול בית נוסף שניתן בתחומים מקצועיים אחרים, תחושב לקופת החולים זכאות לתמיכה בסכום של 100 שקלים חדשים.

(ה) הזכאות בעד טיפולי בית נוספים, כמפורט בפסקאות ד(2) עד ד(4) לעיל, שבוצעו בפריפריה הגאוגרפית, תוכפל במקדם 1.25.

## 16. תחום תמיכה (ז) – הפעלת תכנית לדחיית הצורך בטיפול בדיאליזה

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“טיפול בדיאליזה” – טיפול קבוע בדיאליזה עקב אי ספיקת כלייתית כרונית בשלב 5 ;

“מספר המבוטחים הממוצע” – ממוצע חשבוני של מספר המבוטחים בקופת החולים בכל תחילת רבעון במהלך שנת התמיכה ; במידה והחישוב מתבצע לגבי חלק משנה נתונה, הוא יתבסס על הממוצע החשבוני של מספר המבוטחים בתאריכים האמורים, הכלולים באותו פרק זמן ;

“ערך הבסיס של שיעור היארעות הטיפול בדיאליזה” – ממוצע חשבוני של שיעור היארעות טיפול בדיאליזה בשנת הבסיס ובשנתיים שלפניה ;

“שיעור היארעות הטיפול בדיאליזה” – מנת החלוקה בין מספר המטופלים החדשים בדיאליזה אשר גילם עד 67, לבין מספר המבוטחים הממוצע בקרב אוכלוסיית המבוטחים בקופת החולים שגילם 25 ומעלה, במהלך שנת התמיכה או בחלקה ;

### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא דחיית הצורך בטיפול בדיאליזה.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית לדחיית הצורך בטיפול בדיאליזה.

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

#### (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) בתחום תמיכה זה יחושב ההפרש בין ערך הבסיס של שיעור היארעות הטיפול בדיאליזה לבין שיעור היארעות הטיפול בדיאליזה בשנת התמיכה (להלן – הפרש שיעורי היארעות הדיאליזה).

(ב) ערך חיובי של הפרש שיעורי היארעות הדיאליזה יוכפל במספר המבוטחים הממוצע שגילים 25 ומעלה מקרב אוכלוסיית המבוטחים בקופת החולים, לקבלת מספר המקרים המזכים בתחום דחיית הצורך בטיפול בדיאליזה; למען הסר ספק, יובהר כי ערך שלילי לא יצבור זכאות.

(ג) מספר המקרים המזכים בתחום דחיית הצורך בטיפול בדיאליזה, יוכפל ב- 50 אלף שקלים חדשים לצורך חישוב זכאות קופת החולים בתחום תמיכה זה.

(ד) לחלופין, ובכפוף לערך חיובי של הפרש שיעור היארעות הדיאליזה כאמור בסעיף קטן (ד)(2), תצבור קופת החולים זכאות בהיקף של 60% מעלות התכנית לקופה, אך לא מעבר לסכום שאושר לקופה בשלב אישור התכנית, לפי הגבוה מבניהם.

### 17. תחום תמיכה (ח) – הפעלת תכנית לעידוד הטיפול בדיאליזה בבית המטופל

#### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“דיאליזה בבית המטופל” – טיפול קבוע בדיאליזה פריטונאלית או בהמודיאליזה, המתקיים בבית המטופל;

“מספר מטופלי הדיאליזה בבית” – מספרם הממוצע של חולי הדיאליזה המטופלים בביתם במהלך שנת התמיכה; החישוב יתבצע כממוצע חשבוני של מספר מטופלי הדיאליזה בבית בכל תחילת רבעון במהלך שנת התמיכה;

“מספר מטופלי הדיאליזה בקופת החולים” – מספרם הממוצע של המבוטחים בקופת החולים המטופלים בדיאליזה במהלך שנת התמיכה; החישוב יתבצע כממוצע חשבוני של כלל מטופלי הדיאליזה בקופת החולים, בכל תחילת רבעון במהלך שנת התמיכה;

“ערך הבסיס של שיעור מטופלי הדיאליזה בבית המטופל” – ממוצע חשבוני של שיעור מטופלי הדיאליזה בבית המטופל בשנת הבסיס ובשנתיים שלפניה;

“שיעור מטופלי הדיאליזה בבית המטופל” – מנת החלוקה בין מספר המבוטחים בקופת החולים המטופלים בדיאליזה בביתם לבין כלל מבוטחי קופת החולים המטופלים בדיאליזה;

#### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא עידוד הטיפול בדיאליזה בבית המטופל.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים הפעילה בשנת התמיכה תכנית לדחיית הצורך בטיפול בדיאליזה.  
(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולחטיבת הרגולציה שבמשרד; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

### (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) בתחום תמיכה זה יחושב ההפרש בין שיעור מטופלי הדיאליזה בבית המטופל לבין ערך הבסיס של שיעור מטופלי הדיאליזה בבית המטופל (להלן – הפרש שיעורי מטופלי דיאליזה בבית המטופל).

(ב) ערך חיובי של הפרש שיעורי מטופלי דיאליזה בבית יוכפל במספר מטופלי הדיאליזה בקופת החולים במהלך שנת התמיכה לקבלת מספר המקרים המזכים בתחום עידוד הטיפול בדיאליזה בבית המטופל; למען הסר ספק, יובהר כי ערך שלילי לא יצבור זכאות.

(ג) מספר המקרים המזכים בתחום עידוד הטיפול בדיאליזה בבית המטופל יוכפל ב-15 אלף שקלים חדשים לצורך חישוב זכאות קופת החולים בתחום תמיכה זה.

### 18. תחום תמיכה (ט) – הפעלת תכנית למניעת נפילות בקרב האוכלוסייה המבוגרת

#### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“אוכלוסיית היעד” – מבטחי קופות החולים מקרב האוכלוסייה המבוגרת;

“גורם מטפל” – רופא, אח או מטפל ממקצועות הבריאות, כמשמעותם בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס”ח-2008<sup>17</sup>;

“היקף אוכלוסיית היעד” – מספר מבטחי קופת החולים, השייכים לאוכלוסיית היעד, ביום 1 בינואר בשנת ההערכה;

“הערכה גריאטרית למניעת נפילות” – הערכה המתבצעת על ידי רופא מומחה בגריאטריה או אח מומחה בסייעוד גריאטרי במקרה של חשד לקיום סיכון בינוני או גבוה לנפילות, שעלה במהלך בדיקת סקר במרפאה ראשונית;

“שבר צוואר הירך” (Fracture of neck of Femur) – אחת מהאבחנות המקודדות בקוד ICD-9 המתחיל בספרות 820 (820.0 עד 820.9);

“שיעור היארעות שברי צוואר הירך” – לגבי תקופה מסוימת – היחס בין מספר אירועי שבר צוואר הירך לבין היקף אוכלוסיית היעד באותה תקופה.

#### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא מניעת נפילות ונזקיהן בקרב אוכלוסיית היעד.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

<sup>17</sup> ס”ח התשס”ח, עמ’ 720.

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית למניעת נפילות בקרב אוכלוסיית היעד, שתתבסס על העקרונות המפורטים בתוספת הרביעית למבחנים אלה.

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

(ג) קופת החולים פרסמה את דבר קיום התכנית למניעת נפילות למבוטחים באתר האינטרנט של הקופה ובסניפיה.

#### (4) הפעילות הנתמכת

(א) שיעור ההפחתה בשברי צוואר הירך.

(ב) ביצוע סקר נפילות למבוטחים.

(ג) ביצוע התערבויות למניעת נפילות, שיכללו אחד או יותר מהמרכיבים שלהלן:

(1) הערכה גריאטרית למניעת נפילות למבוטחים, המסווגים בסיכון בינוני או גבוה לנפילות;

(2) טיפול לצורך חיזוק שרירים ושיפור שיווי המשקל למבוטחים המסווגים כבעלי סיכון בינוני או גבוה לנפילות;

(3) ביצוע הערכת בטיחות של סביבת מגורי המטופל, המסווג בסיכון גבוה לנפילות.

#### (5) אמות המידה לפעילות הנתמכת

(א) שיעור ההפחתה בשברי צוואר הירך:

קופת חולים לא תיתמך בעד שיעור היארעות שברי צוואר ירך, הגבוה יותר משיעור עבורו נתמכה קופת החולים בשנות התמיכה הקודמות;

(ב) ביצוע התערבויות למניעת נפילות:

(1) סקר הנפילות התבצע על ידי גורם מטפל;

(2) סקר הנפילות תועד ברשומה הרפואית הממוחשבת;

(3) לעניין טיפול לצורך חיזוק השרירים ושיפור שיווי המשקל:

(א) הטיפול יתבצע תחת השגחת מטפל מתחום הפיזיותרפיה;

(ב) הטיפול יכול שיהיה פרטני או קבוצתי עם לכל היותר 12 משתתפים בקבוצה;

(ג) הטיפול יינתן למשך 12 מפגשים לפחות ובפרק זמן של עד 8 שבועות;

(ד) הטיפול יינתן בתדירות ממוצעת של פעמיים בשבוע;

(4) הערכת בטיחות של סביבת מגורי המטופל תתבצע על ידי מטפל מתחום הריפוי

בעיסוק או הפיזיותרפיה או על ידי אח מוסמך, שהוכשר לכך במסגרת עבודתו.

#### (6) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) בעד כל שבר צוואר ירך שנמנע, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 10,000 שקלים חדשים; מספר שברי צוואר הירך שנמנעו יחושב כדלהלן:

(1) בשלב הראשון, יחושב ההפרש בין שיעור היארעות שברי צוואר הירך בשנת

התמיכה לבין ממוצע השיעורים כאמור בשנתיים שקדמו לה;

- (2) בשלב השני, מספר שברי צוואר הירך שנמנעו יחושב כמכפלת ההפרש כאמור בהיקף אוכלוסיית היעד בקופה במהלך שנת התמיכה.
- (ב) בעד ביצוע סקר נפילות – ינתנו 10 שקלים חדשים בעד כל סקר ואולם סכום הזכאות הנצבר בעד מטופל יחיד לא יעלה על 20 שקלים חדשים.
- (ג) בעד גידול במספר ההערכות הגריאטריות למניעת נפילות, ביחס למספר ההערכות הגריאטריות למניעת נפילות שבוצעו במהלך שנת הבסיס במכפלת שיעור הקידום הדמוגרפי, תצבור קופת החולים זכאות בסך 500 שקלים חדשים בעד כל הערכה נוספת.
- (ד) בעד כל ביצוע הערכת בטיחות של סביבת מגורי המטופל, הנמצא בסיכון גבוה לנפילות, תצבור קופת החולים זכאות בסך 100 שקלים חדשים בעבור כל הערכה.
- (ה) בעד השתתפות מטופל, המסווג כנמצא בסיכון בינוני או גבוה לנפילות, בטיפול לצורך חיזוק שרירים ושיפור שיווי המשקל, תצבור קופת החולים זכאות בסך 40 שקלים חדשים בעבור כל טיפול.
- (ו) ביצוע המפורט בפסקאות (ב) עד (ה) למטופל המתגורר ביישובי הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים, יזכה את קופת החולים בתוספת לצבירת הזכאות בשיעור 20%.

## 19. תחום תמיכה (י) – הפעלת תכניות לאיתור וטיפול בחולי דמנציה

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“**אוכלוסיית היעד**” – אוכלוסיית המבוטחים העונה על אחד משני התנאים האלה:

(1) מבוטחים שגילם מעל 65, אשר אינם מאושפזים במסגרת מוסדית והתעורר לגביהם חשד קליני כי הם לוקים בדמנציה;

(2) מבוטחים שגילם מעל 75, בעלי גורמי סיכון לפתח דמנציה, כמפורט בתוספת הראשונה למבחנים אלה;

“**אומדני ADL ו- IADL**” - אומדנים תפקודיים להערכת תלות הבודקות את יכולתו של אדם לבצע פעולות יומיומיות בסיסיות (אומדן ADL) או פעולות נוספות הקשורות לניהול משק הבית (אומדן IADL);

“**הערכה גריאטרית לאבחון דמנציה**” – ייעוץ רפואי הניתן למטופל על ידי רופא מומחה בגריאטריה או אח מומחה בשיעוד גריאטרי, למטופלים שאינם מאובחנים כסובלים מדמנציה, במקרה בו הועלה חשד לדמנציה במסגרת המרפאה הראשונית;

"רכז תחום דמנציה" – מטפל או עובד סוציאלי, המועסק בקופת החולים כאחראי על מימוש התכנית להתמודדות עם דמנציה והוכשר בנושא; למען הסר ספק, רכז תחום דמנציה יכול לבצע את תפקידו בנוסף לתפקידים אחרים בהם הוא נושא.

## **(2) מטרות התמיכה**

מטרות התמיכה לפי תחום תמיכה זה הן איתור חולי דמנציה חדשים בקרב אוכלוסיית היעד וטיפול בהם.

## **(3) תנאי סף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית המיועדת לאיתור חולי דמנציה וטיפול בהם במסגרת המרפאות הראשוניות והמרפאות הגריאטריות:

- (1) התכנית התבססה על העקרונות המפורטים בתוספת החמישית למבחנים אלה;
- (2) התכנית כללה פירוט לגבי הכשרת הצוות המטפל בביצוע ההתערבות הטיפולית הנדרשת;

(ב) בראש התכנית עומד רכז תחום דמנציה.

(ג) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

## **(4) הפעילות הנתמכת**

התמיכה לפי תחום תמיכה זה תינתן בעד הפעילויות שלהלן:

- (1) ביצוע הערכות במסגרת המרפאה הראשונית למטופלים מאוכלוסיית היעד;
- (2) ביצוע הערכה גריאטרית לאבחון דמנציה למטופלים, שטרם אובחנו כסובלים מדמנציה, עברו הערכה במרפאה ראשונית כאמור בפסקה (1) והועלה לגביהם החשד במסגרת הערכה זו כי הם סובלים מהמחלה.

## **(5) תנאים לפעילות הנתמכת**

התמיכה בעד ביצוע הערכה במסגרת המרפאה הראשונית תינתן בכפוף להתקיימותם של התנאים האלה:

- (1) ביצוע מפגש מובנה עם מנהל הטיפול לצורך קבלת אנמנזה, ביצוע בדיקה גופנית והחלטה על השלמת בדיקות מעבדה ודימות נדרשות, כמפורט בתוספת החמישית למבחנים אלה;
- (2) ביצוע תבחין להערכה קוגניטיבית במסגרת המרפאה הראשונית, כמפורט בתוספת החמישית למבחנים אלה, ואומדני ADL ו-IADL;
- (3) הפניית המטופל להערכה גריאטרית לאבחון דמנציה, באם הועלה חשד לדמנציה, לאחר השלמת המתואר בפסקאות (1) ו-(2).

## **(6) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

(א) בעד כל ביצוע מפגש מובנה של מטופל עם מנהל הטיפול לאיתור דמנציה, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 150 שקלים חדשים.

(ב) בעד כל ביצוע תבחין הערכה קוגניטיבית או אומדני ADL ו-IADL למטופל, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 100 שקלים חדשים.

(ג) בעד גידול בביצוע הערכות גריאטריות לאבחון דמנציה, כאמור בסעיף 19(ד)(2), ביחס למספר ההערכות הגריאטריות לאבחון דמנציה שבוצעו במהלך שנת הבסיס במכפלת שיעור הקידום הדמוגרפי, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 500 שקלים חדשים

בעד כל הערכה נוספת.

(ד) בעד ביצוע האמור בפסקאות (א) עד (ה) למטופלים המתגוררים ביישובי הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים, תוכפל הזכאות שצברה קופת החולים במקדם 1.2.

## 20. תחום תמיכה (יא) – הפעלת תכנית לתמיכה במטופלים עיקריים של חולי דמנציה

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

”**רכז תחום דמנציה**” – מטפל או עובד סוציאלי, המועסק בקופת החולים כאחראי על מימוש התכנית להתמודדות עם דמנציה; למען הסר ספק, רכז תחום דמנציה יכול לבצע את תפקידו בנוסף לתפקידים אחרים, בהם הוא נושא.

### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה, היא מתן תמיכה למטופלים העיקריים של חולי דמנציה.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים הפעילה ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית המיועדת למתן תמיכה למטופלים העיקריים של חולי הדמנציה;  
(ב) בראש התכנית יעמוד רכז תחום דמנציה;  
(ג) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן; הסתייגויותיהם הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

### (4) הפעילות הנתמכת

התמיכה לפי תחום תמיכה זה תינתן בעד ביצוע מפגשי הנחיה לתמיכה במטופלים עיקריים.

### (5) תנאים לפעילות הנתמכת

(א) הפעילות התבצעה על ידי עובד סוציאלי.  
(ב) העובד הסוציאלי עבר הכשרה על ידי קופת החולים, בהיקף של 8 שעות אקדמיות לפחות, שכללה תכנים, המפורטים בתוספת השישית למבחנים אלה.  
(ג) הפעילות התבצעה במסגרת מפגשי הנחיה פרטניים או קבוצתיים בין העובד הסוציאלי לבין המטפל העיקרי, ובמידת הצורך בנוכחות בני משפחה נוספים, לצורך דיון בצרכי המטופל ובדרכים להקלה על המטפל העיקרי.  
(ד) מפגשי הנחייה קבוצתיים לא יכללו למעלה מ-10 מטופלים עיקריים.  
(ה) ניתן לבצע את הפעילות באמצעות מערכת רפואה מרחוק המאפשרת תקשורת וידאו עם המטפל העיקרי.

### (6) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) בעד כל מפגש הנחיה פרטני בין העובד הסוציאלי לבין המטפל העיקרי, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 80 שקלים חדשים.  
(ב) בעד כל מפגש הנחייה קבוצתי בין העובד הסוציאלי לבין המטפל העיקרי, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 40 שקלים חדשים בעבור כל מטפל עיקרי.

(ג) בעד מפגשי הנחייה פרטניים ופרונטליים, המתבצעים בפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים, תוכפל הזכאות, שצברה קופת החולים במקדם 1.2.

## 21. תחום תמיכה (יב) – הפעלת תכניות להפעלת מרפאות לטיפול תומך (פליאטיבי)

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“אוכלוסיית היעד” – אוכלוסיית היעד המפורטת בסעיף 6 לחוזר המנהל הכללי של המשרד מספר 30/2009, בנושא: “הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי” (להלן – חוזר מנכ”ל מס’ 30/09)<sup>18</sup>;

“אח מומחה טיפול תומך” – בעל תעודת אח מומחה בטיפול תומך לאחר, שאושרה בהתאם לתקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע”ד-2013<sup>19</sup>;

“ייעוץ פליאטיבי המשכי” – ייעוץ המשכי הניתן למטופל מוכר או לצורך תמיכה במטפלו העיקרי, על ידי אחד מחברי הצוות לטיפול תומך;

“ייעוץ ראשון בטיפול תומך” – ייעוץ רב מקצועי הניתן, למטופל חדש במסגרת המרפאה לטיפול תומך לחולים, שאינם מטופלים במסגרת הוספיס בית;

“ייעוץ רב מקצועי” – ייעוץ הניתן על ידי לפחות שני מטפלים מצוות הטיפול התומך;

“הנחיות מקדימות וייפוי כוח” – כהגדרתם בחוק החולה הנוטה למות, התשס”ו-2005<sup>20</sup>;

“מרפאות ייעודיות” – מרפאה לטיפול תומך, הפועלת במחוז ממחוזות קופת החולים ומאוישת בצוות טיפול תומך;

“צוות טיפול תומך” – רופא, אח ואחד משני אלה – עובד סוציאלי או פסיכולוג;

“רופא מומחה בטיפול תומך” – רופא מומחה ברפואה פליאטיבית, כמפורט בתוספת הראשונה לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל”ג-1973<sup>21</sup>.

### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא שיפור הטיפול התומך לאוכלוסיית היעד, באמצעות הפעלת שירות מרפאתי לטיפול תומך במחוזות קופת החולים.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית למתן שירות טיפול תומך למטופלים באוכלוסיית היעד; התכנית אושרה על ידי הנהלת קופת החולים.

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

### (4) תנאים לפעילות הנתמכת

<sup>18</sup> <https://www.gov.il/he/departments/policies/mk30-2009>

<sup>19</sup> ק”ת התשע”ד, עמ’ 251.

<sup>20</sup> ס”ח, 2039 התשס”ו (15.12.2005), עמ’ 58.

<sup>21</sup> ק”ת התשל”ג, עמ’ 1924.

- (א) המשרד אישר שצוותי הטיפול התומך הם בהרכב הנדרש.
- (ב) המשרד אישר שצוותי הטיפול התומך מקיימים את תנאי ההכשרה המפורטים בחוזר המנכ"ל מס' 30/09, ולצורך כך חברי הצוותים השתתפו בהכשרה שקיים המשרד או צפויים להשתתף בהכשרה כאמור בתוך שנתיים מתחילת פעילותם.
- (ג) צוותי הטיפול התומך הופעלו במסגרת מרפאות ייעודיות רב מקצועיות במחוזות קופת החולים.
- (ד) צוות הטיפול התומך ביצע לפחות 50 ייעוצים ראשוניים בטיפול תומך במהלך שנת התמיכה.
- (ה) יעד הפעילות לצוות יעמוד על 500 ייעוצים, שיכול שיהיו ייעוצים רב מקצועיים ראשוניים, או ייעוצים המשכיים, ואולם במרפאה לטיפול תומך הפועלת ביישובי הפריפריה הגאוגרפית, יידרשו ארבע מאות ייעוצים כאמור.

#### (5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

בעד כל הפעלת צוות טיפול תומך, במסגרת מרפאה ייעודית רב מקצועית, תצבור קופת החולים זכאות כדלקמן:

- (1) בעד השגת יעד הפעילות לצוות במהלך שנת התמיכה, תצבור קופת החולים זכאות לתמיכה בסכום של 250 אלף שקלים חדשים; בעד היקף פעילות נמוך מיעד הפעילות לצוות במהלך שנת התמיכה, תצבור קופת החולים זכאות לתמיכה בסכום שיהיה נמוך בהתאם ליחס שבין היקף פעילות הצוות לבין יעד הפעילות לצוות;
- (2) ככל שצוות הטיפול התומך כלל רופא מומחה בטיפול תומך, או אח מומחה בטיפול תומך, שביצע לפחות 50% מייעוצי אותו הצוות במהלך שנת התמיכה, יוכפל סכום הזכאות, שנצבר בעד פעילות אותו צוות, במקדם 1.2;
- (3) בעד כל מטופל שבמסגרת טיפול בו במרפאה ייעודית במהלך שנת התמיכה, ניתנו הנחיות מקדימות או ייפוי כוח, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 200 שקלים חדשים.

## 22. תחום תמיכה (יג) – תגבור שירותי הוספיס בית בקהילה

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“**אוכלוסיית היעד**” – אוכלוסיית היעד המפורטת בסעיף 6 לחוזר המנכ"ל מספר 30/2009 בנושא: “הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי”<sup>22</sup>;

“**הוספיס בית**” – מסגרת אשפוז ביתי לטיפול פליאטיבי;

“**הנחיות מקדימות וייפוי כוח**” – כהגדרתם בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005<sup>23</sup>;

“**ערך הבסיס**” – בעבור ימי האשפוז ובעבור מספר המבוטחים, שטופלו במסגרת שירות הוספיס בית למעלה מ-60 ימים, יחושב כמפורט להלן:

<sup>22</sup> <https://www.gov.il/he/departments/policies/mk30-2009>  
<sup>23</sup> ס"ח 2039 התשס"ו (15.12.2005), עמ' 58

(א) לגבי ימי האשפוז – מספר ימי האשפוז במסגרות הוספיס בית בשנת הבסיס, במכפלת שיעור הגידול הדמוגרפי;

(ב) לגבי מספר המבוטחים – מספר המבוטחים ששהו במסגרות הוספיס בית מ-30 ועד ל-59 ימים בשנת הבסיס, ומספר המבוטחים ששהו במסגרת הוספיס בית למעלה מ-60 ימים בשנת הבסיס, במכפלת שיעור הקידום הדמוגרפי;

”צוות טיפול תומך” – רופא, אח, ואחד משני אלה – עובד סוציאלי או פסיכולוג.

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא שיפור הטיפול התומך לאוכלוסיית היעד באמצעות תגבור שירותי הוספיס בית בקהילה.

## (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית למתן טיפול תומך למטופלים באוכלוסיית היעד; התכנית אושרה על ידי הנהלת קופת החולים.

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

(ג) מספר הימים במסגרות הוספיס בית, שסופקו למבוטחי הקופה בשנת התמיכה, היה גדול ממספרם בשנת הבסיס.

## (4) תנאים לפעילות הנתמכת

(א) המשרד אישר שצוותי הטיפול התומך מקיימים את תנאי ההכשרה המפורטים בחוזר המנכ"ל מס' 30/09, ולצורך כך חברי הצוותים השתתפו בהכשרה שקיים המשרד או צפויים להשתתף בהכשרה כאמור בתוך שנתיים מתחילת פעילותם.

(ב) יתקיים אחת לשבועיים לפחות, ולא פחות מ-3 פעמים בחודש, ביקור רופא.

(ג) יתקיים פעם בשבוע ביקור אח.

(ד) יתקיים פעם אחת לפחות ביקור עובד סוציאלי או פסיכולוג.

(ה) במהלך כל שעות היממה תהיה זמינות טלפונית של רופא או אח לצורך מתן ייעוץ טלפוני או ביצוע ביקור בית דחוף.

(ו) הכללת מטופל במסגרת שירות הוספיס בית תתבצע רק לאחר שייבדק בביתו על ידי הרופא והאח מצוות הטיפול התומך.

(ז) ביקור העובד הסוציאלי או הפסיכולוג בבית המטופל יתבצע בתוך שבוע מהכללתו במסגרת השירות.

(ח) אם ביקור העובד הסוציאלי או הפסיכולוג לא התקיים בטווח הזמן האמור, הימים שחלפו מהמועד האחרון לביקור של העובד הסוציאלי או הפסיכולוג ועד למועד הביקור בפועל, יופחתו ממספר ימי האשפוז של אותו מטופל.

## (5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

בעד גידול במספר ימי האשפוז במסגרת הוספיס בית בשנת התמיכה ביחס לערך הבסיס, תצבור קופת החולים זכאות כדלקמן:

(1) בעד כל יום אשפוז נוסף במסגרות הוספיס בית – 100 שקלים חדשים;

(2) בעד כל יום אשפוז נוסף במסגרות הוספיס בית ביישובי הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 125 שקלים חדשים;

- (3) בעד הגידול במספר מאושפזי הוספיס בית, שטופלו במסגרת שירות הוספיס בית מ-30 ועד ל-59 ימים, ביחס לערך הבסיס – 750 שקלים חדשים, בעבור כל מטופל נוסף;
- (4) בעד הגידול במספר מאושפזי הוספיס בית, שטופלו במסגרת שירות הוספיס הבית למעלה מ-60 ימים, ביחס לערך הבסיס – 1000 שקלים חדשים, בעבור כל מטופל נוסף;
- (5) בעד כל מטופל במסגרות הוספיס בית שנתן במהלך אשפוזו בהוספיס במהלך שנת התמיכה הנחיות מקדימות או ייפוי כוח – 200 שקלים חדשים.

## 23. תחום תמיכה (יד) – הפעלת תכנית שיקום בית כחלופת שיקום באשפוז

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“**טיפול שיקומי**” – לעניין שיקום בית – הליך טיפולי מתמשך המתבצע על ידי רופאים ומטפלים ממקצועות הבריאות, שמטרתו השגת שיפור תפקודי לאחר מחלה או פגיעה שבעטיין חלה ירידה תפקודית, למשל עקב פגיעה נוירולוגית או פגיעה במערכת שריר-שלד;

“**יחידת שיקום**” – שבועיים של שיקום בית למטופל בהתאם למפורט בכללים לבניית תכנית שיקום המפורטים בתוספת השביעית למבחנים אלה;

“**רופא שיקום**” – רופא מומחה בשיקום או רופא מומחה אחר, המנוסה בביצוע הערכה שיקומית ובקביעת תכנית שיקום אישית;

“**שיקום בית**” – הליך טיפול שיקומי, המתקיים בביתו של המטופל בידי רופאים ומטפלים ממקצועות הבריאות;

“**תכנית שיקום בית**” – תכנית סדורה, רב-מקצועית ונמרצת של הקופה, המיועדת לכל הגילים, להשגת יעדים בשיקום על פי הערכה תפקודית ותכנית שיקומית, בביתו של המטופל.

### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא תגבור הטיפול השיקומי באמצעות הפעלת מערך שיקום בית, כחלופה לאשפוז שיקומי בבתי חולים ובמוסדות ייעודיים.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית לשיקום בית; התכנית מבוססת על הכללים לבניית תכנית שיקום המפורטים בתוספת השביעית למבחנים אלה.

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

### (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

- (א) בעד ביצוע יחידת שיקום תצבור קופת חולים זכאות בסכום של 2000 שקלים חדשים.
- (ב) בעד ביצוע יחידת שיקום ביישובי הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי ורשויות המיעוטים, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 2500 שקלים חדשים.

- (ג) ככל שהשיקום נמשך שבוע מלא נוסף ונעשה ברצף ליחידת השיקום הראשונה, תיחשב תקופה זו כחצי יחידת שיקום.
- (ד) ככל ששיקום הבית החל למעלה מ-72 שעות משחרור המבוטח מאשפוז, יקוּזו 1000 שקלים חדשים מזכאותה של קופת החולים לתמיכה.
- (ה) ככל ששיקום הבית החל למעלה משבוע ימים משחרור המבוטח מאשפוז, יקוּזו 2000 שקלים חדשים מזכאותה של קופת החולים לתמיכה.

## 24. תחום תמיכה (טו) – הפעלת תכנית לשיקום בית מרחוק

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“**מערכת טכנולוגית ייעודית**” – מערכת מבוססת רשת, המתאפיינת ביכולת שמע וצפייה דו כיוונית, ומאפשרת טיפול פרטני בידי מטפל ממקצועות הבריאות, וכן ביצוע תרגול עצמי על ידי המטופל, ללא נוכחות המטפל; במקרים בהם הדבר נדרש, המערכת תכלול אבזור טכנולוגי המאפשר קליטה של תנועות המטופל והערכתן;

“**מפגש שיקום בית מרחוק**” – טיפול המתבצע בידי מטפלי מקצועות הבריאות, תוך שימוש במערכת טכנולוגית ייעודית (להלן בסעיף זה – **טיפול שיקום מרחוק**); טיפולי השיקום מרחוק יינתנו כטיפולים פרטניים;

“**רופא שיקום**” – רופא מומחה בשיקום או רופא מומחה אחר, המנוסה בביצוע הערכה שיקומית ובקביעת תכנית שיקום אישית;

“**שיקום בית מרחוק**” – תגבור הטיפול השיקומי, כחלק מהליך שיקומי כולל, המתקיים בסיוע מערכת טכנולוגית, המקשרת בין המטופל הנמצא בביתו לבין מטפלי מקצועות הבריאות (להלן בסעיף זה – **השירות**); שיקום בית מרחוק יכול להתבצע במקביל לטיפול השיקומי הסטנדרטי או לאחר סיומו.

### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא תגבור הטיפול השיקומי באמצעות שימוש במערכות שיקום מרחוק, המאפשרות טיפול ותרגול עצמי בבית המטופל, בנוסף על הטיפול השיקומי הסטנדרטי.

### (3) תנאי סף למתן התמיכה

- (א) קופת חולים הפעילה בשנת התמיכה תכנית לשירות שיקום בית מרחוק; התכנית מבוססת על העקרונות המפורטים בתוספת השמינית למבחנים אלה.
- (ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולחטיבת הרגולציה שבמשרד; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

(ג) קופת החולים העבירה למשרד, מידע אודות התכנית, והערכה מקצועית שיקומית בדבר יעילותה; בכלל זה, יידרש מידע לגבי מספר מפגשי השיקום בנוכחות ומועדיהם ומספר מפגשי השיקום מרחוק ומועדיהם, וזאת ביחס לכל מטופל, וכן מועדי עריכת הערכות שיקומיות ותוצאותיהן, טרם תחילת הטיפול, במהלכו ובסיומו, בעבור כל מטופל.

#### **(4) תנאים לפעילות הנתמכת**

(א) השירות הוצע למבוטחים מתאימים הנזקקים לשירות זה, ללא תוספת גבייה או תשלום כלשהו, ובכלל זה בגין השאלת אביזרי השיקום הנדרשים והתקנת המערכת הטכנולוגית לשיקום בית מרחוק בבית המטופל.

(ב) המטופל ביצע לפחות 8 מפגשים טיפוליים פרונטליים, במקצועות הבריאות בהם הוא נוטל חלק במסגרת תכנית שיקום הבית מרחוק; לעניין זה, טיפולי מקצועות הבריאות במסגרת אשפוז במחלקת שיקום, שנמשך שלושה שבועות לפחות, ייחשבו במניין מפגשי השיקום בנוכחות.

(ג) מספר מפגשי השיקום מרחוק שיוקצה לכל מטופל המשתתף בתכנית, יקבע בהתאם לשיקול הדעת הרפואי של רופא השיקום, ובלבד שלא יפחת מ-8 טיפולי שיקום מרחוק בכל אחד ממקצועות הבריאות בהם הוחלט על טיפול זה.

(ד) להשתתפות המטופל בתכנית השיקום מרחוק קדם מפגש בנוכחות המטפל והמטופל להערכת מידת התאמתו של המטופל להיכלל בתכנית שיקום הבית מרחוק.

(ה) מטפל מרחוק רשאי לטפל בו זמנית בשני מטופלים לכל היותר.

(ו) בשנה הראשונה שבה קופת חולים הפעילה תכנית שיקום בית מרחוק לפי המבחנים ותנאי הסף האמורים – ככל שקופת החולים קיימה את הפעילות לפי מבחנים אלה באמצעות ספק מטעמה, לא הובאו בחשבון התמיכה בעד עלויות ההיערכות והקמת התשתית הארגונית הנדרשת לפעילות זו, ולעניין זה בלבד, הוצאות של הספק בגין ההיערכות והקמת התשתית.

#### **(5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

(א) בעד כל מפגש שיקום מרחוק תצבור הקופה זכאות בהיקף של 150 שקלים חדשים.

(ב) הסכום שיחולק לקופת חולים בשנה הראשונה שבה היא מפעילה תכנית שיקום בית מרחוק לפי מבחנים אלה, לתמיכה בעד עלויות ההיערכות והקמת התשתית הארגונית הנדרשת לפעילות זו, שעמדה בתנאי הסף, יעמוד על 250 אלף שקלים חדשים, אך לא יעלה על סך כל ההוצאות הישירות של הקופה בגין ההיערכות והקמת התשתית הארגונית לפעילות הנתמכת.

#### **(25) תחום תמיכה (טז) – תגבור השיקום האמבולטורי**

##### **(1) הגדרות**

לעניין תחום תמיכה זה –

**"הגידול בהיקף רכש שירותי השיקום האמבולטוריי"** – ההפרש בין היקף רכש שירותי השיקום האמבולטוריי במחירי המשרד בשנה שבעדה מבוקשת התמיכה, לבין היקף רכש שירותי השיקום האמבולטוריי בשנת הבסיס, במכפלת שיעור הקידום הדמוגרפי ;

**"היקף רכש שירותי השיקום האמבולטוריי במחירי המשרד"** – סך כל מכפלות כמויות שירותי השיקום האמבולטוריי שסיפקה קופת החולים בתעריפי מחירון משרד הבריאות, שנמצא בתוקף ביום 1 בינואר בשנת ההערכה<sup>24</sup> ;

**"מכוני השיקום האמבולטוריי"** – מכוני שיקום אמבולטוריי שאושרו בידי חטיבת הרפואה שבמשרד, המופיעים ברשימה, שמפורסמת באתר האינטרנט של המשרד בכתובת <https://www.gov.il/files/health/moh-files/27082019.pdf> ;

**"שירותי השיקום האמבולטוריי"** – שירותים שניתנו במסגרת סל שירותי הבריאות במכוני השיקום האמבולטוריי, בהתאם לקודי השירות המפורטים להלן :

(1) אשפוז יום שיקומי (לפעילות המבוצעת בבתי חולים בלבד) : L0561 ;

(2) יום שיקום (לפעילות המבוצעת בבתי חולים בלבד) : L0080 ;

(3) בדיקת רופא שיקומי במרפאה : L9279 ;

(4) אבחון רב מקצועי לשיקום : L0806 ;

(5) בדיקה פסיכולוגית למסגרת שיקומית : L0807 ;

(6) הערכה פסיכולוגית לטיפול תומך עקב מחלה גופנית : L9611 ;

(7) הערכת הפרעות קול ודיבור : 92506 ;

(8) ריפוי בדיבור פרטני : 92507 ;

(9) ריפוי בדיבור קבוצתי לשעת טיפול : 92508 ;

(10) טיפול בהפרעות במנגנון הבליעה, לטיפול : 92526 ;

(11) ריפוי בעיסוק – אבחון ובניית תכנית טיפול : 97003 ;

(12) ריפוי בעיסוק פרטני : 97530 ;

(13) ריפוי בעיסוק קבוצתי : L7771 ;

(14) פיזיותרפיה פרטנית : 97140 ;

(15) פיזיותרפיה, אבחון ובניית תכנית טיפול, מבוגר : 97001 ;

(16) פיזיותרפיה או שיקום פרטני בבריכה, הידרותרפיה : 97113 ;

(17) פיזיותרפיה או שיקום קבוצתי בבריכה, הידרותרפיה, עד 4 משתתפים, כולל ילד :  
; L9511

(18) פיזיותרפיה או שיקום קבוצתי, מעל 4 משתתפים, כולל ילד, למשתתף : 97150 ;

- (19) פיזיותרפיה או שיקום קבוצתי, עד 4 משתתפים, כולל ילד, למשתתף: L7140;
- (20) פיזיותרפיה לחולי ריאות לטיפול: 94667;
- (21) שירות סוציאלי – תיאום, קישור ותיווך: L9499;
- (22) שירות סוציאלי מחוץ לאשפוז: L9321;
- (23) תזונה – דיאטה, ייעוץ וטיפול: 97802;
- (24) שירות אחות במרפאה – עד 30 דקות: 99315.

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא הרחבת אספקת שירותי השיקום האמבולטורי למבוטחי קופות החולים.

## (3) תנאי סף למתן התמיכה

קופת חולים שעומדת בכל תנאי הסף המפורטים להלן תהיה זכאית לתמיכה לפי תחום תמיכה זה:

- (א) הגידול בהיקף רכש שירותי השיקום האמבולטורי למבוטחים מבוגרים גדול מ-0;
- (ב) מספר המבוטחים המבוגרים, שניתנו להם שירותי שיקום אמבולטורי, גדל במהלך שנת התמיכה ביחס למספרם בשנת הבסיס.

## (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) בחישוב סכום הזכאות לתמיכה, תיכלל רק פעילות שבוצעה במרפאות ובמכוני קופת החולים או בקרב מכוני שיקום אמבולטוריים מולם קיים לקופה הסדר חוזי לאספקת השירותים למבוטחי הקופה; בכלל זה מכוני שיקום אמבולטוריים בבתי חולים מולם קיים הסדר כאמור.

(ב) בעד הגידול בהיקף רכש השירותים האמבולטוריים ביישובים שאינם יישובי הפריפריה הגאוגרפית, תהיה זכאית קופת החולים לתמיכה בהיקף הגידול האמור במכפלת 0.8.

(ג) בעד הגידול בהיקף רכש השירותים האמבולטוריים ביישובי הפריפריה הגאוגרפית או ביישובי רשויות המיעוטים, תהיה זכאית קופת החולים לתמיכה בהיקף הגידול האמור במכפלת 0.9.

## (26) תחום תמיכה (יז) – הפעלת תכניות לייעוץ רוקחי

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“אוכלוסיית היעד” – אוכלוסיית מבוטחי הקופה, שגילם 65 ומעלה ביום 1 בינואר בשנת התמיכה;

“ייעוץ רוקחי” – מפגש בין רוקח למטופל שמטרתו להדריך את המטופל כיצד להשתמש בצורה יעילה, בטוחה ומושכלת בתכשירים התרופתיים, שנרשמו לו;

**"מטופלים בתרופות מרובות"** – מטופלים הנוטלים בקביעות 6 תרופות ומעלה.

**(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא הרחבת מתן ייעוץ רוקחי למבוטחי קופת החולים ביחס למספרם בשנת הבסיס.

**(3) תנאי הסף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית להרחבת מתן ייעוץ רוקחי לאוכלוסיית היעד.

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

**(4) תנאים לפעילות הנתמכת**

התמיכה בעבור פעילות להרחבת מתן ייעוץ רוקחי תינתן בכפוף להתקיימותם של התנאים שלהלן:

(א) פעילות הייעוץ הרוקחי תתבצע במסגרת מפגש רפואי, שיתקיים בנוכחות הרוקח והמטופל ויתועד ברשומה הרפואית; המפגש יכול שיתקיים כמפגש רפואה מרחוק באמצעות שיחת וידאו או טלפון;

(ב) 80% מפעילות הייעוץ הרוקחי לפחות, תתקיים בעבור מטופלים בתרופות מרובות;

(ג) פעילות הייעוץ הרוקחי, תיעשה בהתאם לנוהל מס' 113 של אגף הרוקחות במשרד בנושא: "ייעוץ רוקחי יזום ומידע תרופתי על ידי רוקח"<sup>25</sup>.

**(5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

התמיכה בעבור כל ייעוץ רוקחי תחושב זכאות בסכום של 150 שקלים חדשים.

**(27) תחום תמיכה (יח) – הפעלת תכנית לצמצום השימוש באנטיביוטיקה**

**(1) הגדרות**

לעניין תחום תמיכה זה –

**"מידת הקיטון בשיעור הניפוק"** – יחושב כקיטון בנקודות אחוז בין ערך הבסיס לבין שיעור הניפוק בשנת התמיכה; ככל שקופת החולים נתמכה בשנים קודמות בתחום תמיכה זה, הקיטון יחושב כהפרש בין הערך שהושג בשנת התמיכה לבין הערך שהושג בשנת הייחוס; למען הסר ספק, ערך שלילי לא ייתמך;

**"ניפוק"** – הפצה של אנטיביוטיקה למבוטחים;

**"ערך הבסיס"** – ממוצע שיעור ניפוק תכשירים אנטיביוטיים למבוטחי הקופה בשנת הבסיס ובשנה שקדמה לה;

**"שיעור ניפוק"** – המחושב ביחידות DDD (Defined Daily Dose) ל-1000 מבוטחים ליום;

**“שנת הייחוס”** – השנה האחרונה בה נתמכה קופת החולים בתחום תמיכה זה, ובמידה וטרם נתמכה – שנת הבסיס.

## **(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא הטמעת שימוש מושכל באנטיביוטיקה בקהילה.

## **(3) תנאי סף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית להטמעת שימוש מושכל באנטיביוטיקה במרפאות הקהילה (להלן בסעיף זה – התכנית).

(ב) התכנית המפורטת הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הוטמעו בתכנית.

(ג) הקצאת התמיכה המתוכננת לפרק זה, שתאושר לקופת החולים במסגרת הצגת תכניתה תהווה את .

## **(4) תנאים לפעילות הנתמכת**

(א) למנהל התכנית מונה רופא מומחה במחלות זיהומיות, המועסק בתפקיד זה בהיקף של שליש משרה לפחות.

(ב) במסגרת התכנית נקבעו קווים מנחים קליניים לאבחון ולטיפול במחלות זיהומיות שכיחות בקהילה, ובמחלות האלה לפחות – Tonsillitis, Pharyngitis, Pneumonia, Otitis, Sinusitis, Cellulitis, Urinary Tract Infection (UTI).

(ג) התכנית הגדירה תהליכי הטמעה ובקרה נדרשים של הקווים המנחים הקליניים בקרב הצוותים המטפלים.

## **(5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

(א) בעד כל קיטון בשיעור נקודת אחוז תהיה זכאית קופת החולים ל-2 מיליון שקלים חדשים, במכפלת חלקה היחסי במספר המבוטחים המשוקלל; בעד קיטון בשיעור מופחת מנקודת אחוז תהיה זכאית קופת החולים לסכום תמיכה יחסי. לחלופין, תצבור קופת החולים זכאות בהיקף של 60% מעלות התכנית שאושרה לקופה במסגרת הצגת תכניתה כנדרש לעיל, לפי הגבוה מבניהם.

## **(28) תחום תמיכה (יט) – הפעלת תכנית לשיפור היענות הטיפול התרופתי במחלות כרוניות**

### **(1) הגדרות**

**לעניין תחום תמיכה זה –**

**“אוכלוסיית היעד”** – אוכלוסיית מבוטחי הקופה, שגילם 65 ומעלה, ביום 1 בינואר בשנת התמיכה, הסובלים ממחלות כרוניות;

**“הפרש שיעורי היענות”** – ההפרש בין שיעור ההיענות לטיפול תרופתי בשנת התמיכה או בחלק ממנה, לשיעור זה בשנת הייחוס בתקופה המקבילה; למען הסר ספק, ערך שלילי לא ייתמך;

**“מחלות כרוניות”** – סוכרת, יתר לחץ דם ויתר שומני הדם (היפרליפידמיה);

**“שיעור ההיענות לטיפול תרופתי”** – היחס בין מספר שורות המרשם לתרופות המשמשות לטיפול במחלות כרוניות, שבגינן נרכשו תרופות, לבין כלל שורות המרשם המשמשות לטיפול במחלות כרוניות, שנרשמו בידי רופאי הקופה למטופלים באותו פרק הזמן; לעניין זה, לא יילקחו בחשבון מרשמים שאינם ניתנים למימוש עקב נסיבות שאינן תלויות בקופת החולים, כגון: מחסור עולמי בתרופה או קריאה להחזרתה (Recall);

**“שנת הייחוס”** – השנה האחרונה בה נתמכה קופת החולים בתחום תמיכה זה, ואם טרם נתמכה – שנת הבסיס;

**“תרופות למחלות כרוניות”** – תרופות למחלות כרוניות, שיפורטו באתר האינטרנט של המשרד בקישור <https://www.gov.il/files/health/moh-files/List-preparations-treatment-chronic-diseases.xlsx>

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא שיפור ההיענות לטיפול התרופתי במחלות כרוניות.

## (3) תנאי סף למתן התמיכה

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תכנית לשיפור שיעור ההיענות לטיפול התרופתי במחלות כרוניות.

(ב) התכנית כללה איתור של קבוצות המטופלים הרלוונטיות, העברת המידע האמור למטופלים, הגדרת ההתערבות הנדרשת ובקרה על תוצאות ההתערבות.

(ג) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

## (4) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

(א) לכל קופת חולים יחושב היקף הגידול בהיענות לטיפול תרופתי במחלות כרוניות, אשר יהיה שווה להפרש שיעורי ההיענות לטיפול תרופתי, במכפלת מספר שורות המרשם שנרשמו לטיפול במחלות כרוניות בשנת התמיכה.

(ב) לקופת החולים יחושב סכום זכאות לתמיכה, השווה להיקף הגידול בהיענות לטיפול תרופתי במחלות כרוניות, במכפלת 10 שקלים חדשים.

## (29) תחום תמיכה (כ) – הפעלת תכנית להרחבת שירותי הרפואה הניתנים לחולי חסמת ריאות

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

**“חולי חסמת ריאות”** – חולים המאובחנים כסובלים ממחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD), שגילם מעל 45;

**“מחוז מזכה”** – מחוז קופה המזכה בתמיכה;

**“מספר המבוטחים המשוקלל”** – לעניין תחום תמיכה זה, יילקחו בחשבון מבוטחים מעל גיל 45 בלבד;

“רופא ריאות” – רופא המטפל במחלות ריאה במסגרת שירות מרפאתי, ובכלל זה מומחה במחלות ריאה, מתמחה במחלות ריאה או רופא תחומי שהוכשר והתנסה בתחום זה, והוסמך על ידי קופת החולים להתחיל טיפול בכלל התרופות המיועדות לטיפול בחסמת הריאות.

#### **(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא הרחבת שירותי הרפואה לחולי חסמת ריאות, לשם שיפור האבחון והטיפול ולשם מניעת החמרה במצבם.

#### **(3) תנאי סף למתן התמיכה**

לתמיכה לפי תחום תמיכה זה, תהיה זכאית קופת חולים בכפוף לעמידתה בכל התנאים להלן:

- (א) קופת החולים הפעילה בשנת התמיכה תכנית להרחבת שירותי הרפואה הניתנים לחולי חסמת ריאות, לשם שיפור האבחון והטיפול ולשם מניעת החמרה במצבם;
- (ב) התכנית כללה איתור של חולי חסמת הריאות, העברת המידע האמור למטפלים, הגדרת ההתערבות הנדרשת ובקרה על תוצאות ההתערבות;
- (ג) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולחטיבת הרגולציה שבמשרד; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

#### **(4) תנאים לפעילות הנתמכת**

הזכאות לתמיכה לפי תחום תמיכה זה תיציבר בעבור מחוזות בקופת חולים, המקיימים את אחת מאמות המידה שלהלן לפחות; קיום אמות המידה ייבדק בעבור כל מחוז קופה בנפרד:

- (א) מחוז הקופה הגדיל את מספר המפגשים הרפואיים המתקיימים בין מבוטחי הקופה במחוז שגילם עולה על 45, לבין רופאי הריאות הפועלים במסגרת השירות הרפואי במחוז, ביחס למספר המפגשים הרפואיים האמור בשנת הבסיס; שיעור הגידול האמור לא יפחת משיעור הגידול במספר המבוטחים המשוקלל באותו מחוז משנת הבסיס ועד לשנת התמיכה;
- (ב) מספר מפגשי סדנאות השיקום לחולי ריאה שמימן מחוז הקופה לפי קוד מחירון משרד הבריאות L3799: “סדנת שיקום לחולי ריאה, לפגישה”<sup>26</sup> במהלך שנת התמיכה, גדל ביחס למספרם האמור במחוז בשנת הבסיס; שיעור הגידול האמור לא יפחת משיעור הגידול במספר המבוטחים המשוקלל באותו מחוז משנת הבסיס ועד לשנת התמיכה.

#### **(5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

- (א) בעד הגידול במספר המפגשים הרפואיים שהתקיימו בין מבוטחי הקופה במחוזות המזכים, שגילם עולה על 45, לבין רופאי הריאות במסגרת שירותי הרפואה שניתנו במחוזות אלה במהלך שנת התמיכה, ביחס למספר המפגשים הרפואיים כאמור בתקופה המקבילה בשנת הבסיס, תיציבר זכאות בסכום של 200 שקלים חדשים בעבור כל מפגש.

- (ב) בעד הגידול במספר סדנאות שיקום הריאות, שמימן מחוז הקופה במהלך שנת התמיכה, ביחס למספרם האמור בתקופה המקבילה בשנת הבסיס, תיצבר זכאות בסכום של 80 שקלים חדשים בעבור כל פגישה.
- (ג) קופת החולים תצבור זכאות בהיקף של 70% מעלות התכנית שאושרה לקופה בעבור תכנית אשר הופעלה במחוזות המזכים ולא נתמכה במסגרת פסקאות (1) ו-(2), אך לא מעבר לסכום, שאושר לקופה בשלב אישור התכנית.
- (ד) בעד השגת יעד תוצאה של צמצום בימי אשפוז או ירידה בתמותה בגין חסמת ריאות במהלך בשנת התמיכה, ביחס לשיעורם של ימי אשפוז או מקרי תמותה כאמור בשנת הבסיס, תיתמך קופת החולים במלוא עלות התכנית

**(30) תחום תמיכה (כא) – הפעלת תכנית להרחבת שירותי הרפואה הניתנים לחולי אי ספיקת לב**

**(1) הגדרות**

לעניין תחום תמיכה זה –

“**חולי אי ספיקת לב**” – חולים המאובחנים כסובלים מאי ספיקת לב;

“**מחוז מזכה**” – מחוז קופה המזכה בתמיכה, בהתאם לתנאים המפורטים במבחנים אלה;

“**מספר המבוטחים המשוקלל**” – לעניין תחום תמיכה זה, יילקחו בחשבון מבוטחים מעל גיל 45 בלבד;

“**קרדיולוג**” – רופא המטפל במחלות לב במסגרת שירות מרפאתי ובכלל זה מומחה במחלות לב, מתמחה במחלות לב או רופא תחומי, שהוכשר והתנסה בתחום זה והוסמך על ידי קופת החולים להתחיל טיפול בכלל התרופות המיועדות לטיפול באי ספיקת לב.

**(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא הרחבת שירותי הרפואה לחולי אי ספיקת לב לצורך שיפור האבחון והטיפול ולשם מניעת החמרה במצבם.

**(3) תנאי סף למתן התמיכה**

קופת החולים הפעילה בשנת התמיכה תכנית להרחבת שירותי הרפואה לחולי אי ספיקת לב, לצורך שיפור האבחון והטיפול ולשם מניעת החמרה במצבם;

(א) התכנית כללה איתור של קבוצות המטופלים המתאימות להתערבות, העברת המידע האמור למטופלים, הגדרת ההתערבות הנדרשת ובקרה על תוצאות ההתערבות;

(ב) התכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולחטיבת הרגולציה שבמשרד; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתכנית.

**(4) אמות המידה לפעילות הנתמכת**

הזכאות לתמיכה תינתן למחוזות בקופת החולים, המקיימים אחת מאמות המידה שלהלן לפחות; קיום אמות המידה ייבדק בעבור כל מחוז קופה בנפרד:

(א) מחוז הקופה הגדיל את מספר המפגשים הרפואיים במהלך שנת התמיכה, שהתקיימו

בין מבוטחי הקופה במחוז, שגילם עולה על 45, לבין הקרדיולוגים, הפועלים במסגרת השירות הרפואי במחוז, ביחס למספר המפגשים הרפואיים האמור בשנת הבסיס; שיעור הגידול האמור לא יפחת משיעור הגידול במספר המבוטחים המשוקלל באותו מחוז משנת הבסיס ועד לשנת התמיכה;

(ב) מספר חודשי שיקום הלב שמימן מחוז הקופה לפי קוד מחירון משרד הבריאות 93797: "שיקום חולי לב תעריף לחודש שיקום" במהלך שנת ההערכה לא יפחת משיעור הגידול במספר המבוטחים המשוקלל באותו מחוז משנת הבסיס ועד לשנת התמיכה.

#### **(5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

(א) בעד הגידול במספר המפגשים הרפואיים שהתקיימו במהלך שנת ההערכה בין מבוטחי הקופה במחוזות המזכים, שגילם עולה על 45 לבין הקרדיולוגים, במסגרת שירותי הרפואה שניתנו במחוזות אלה, ביחס למספר המפגשים הרפואיים כאמור בתקופה המקבילה בשנת הבסיס, תיצבר זכאות בסכום של 200 שקלים חדשים בעבור כל מפגש.

(ב) בעד הגידול במספר חודשי שיקום הלב שמימן מחוז הקופה במהלך שנת ההערכה, ביחס למספר האמור בתקופה המקבילה בשנת הבסיס, תיצבר זכאות בסכום של 500 שקלים חדשים בעבור כל חודש.

(ג) קופת החולים תצבור זכאות בהיקף של 70% מעלות התכנית שאושרה לקופה אשר הופעלה במחוזות המזכים ולא נתמכה במסגרת פסקאות (1) ו-(2), אך לא מעבר לסכום שאושר לקופה בשלב אישור התכנית.

(ד) בעד השגת יעד תוצאה של צמצום בימי אשפוז או ירידה בתמותה בגין אי ספיקת לב במהלך בשנת התמיכה, ביחס לשיעורם של ימי אשפוז או מקרי תמותה כאמור בשנת הבסיס, תיתמך קופת החולים במלוא עלות התכנית.

#### **(31) תחום תמיכה (כב) – תמיכה בהפעלת תוכנית לקידום בריאות**

##### **(1) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה הן הצבת מקדמי בריאות בפריסה ארצית, במטה וביחידות של קופות החולים המספקות שירותי בריאות לציבור המבוטחים, הפעלת קבוצות לקידום אורח חיים פעיל ובריא והכשרת עובדי בריאות בגישות מסייעות לתמיכה בשינוי התנהגות בריאות.

##### **(2) תנאי סף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה תוכנית לקידום בריאות.

(ב) התוכנית כללה לכל הפחות אחד מתחומי התמיכה המפורטים בסעיף קטן (ג) להלן, והתבססה על העקרונות המפורטים בתוספת התשיעית עד התוספת הארבע עשרה למבחנים אלה.

(ג) התוכנית הוצגה למחלקה לקידום בריאות ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתוכנית.

##### **(3) תחומי התמיכה**

(א) הצבת מקדמי בריאות בתפקידי מטה או במתקני השירות של הקופה.

(ב) הפעלת קבוצות לקידום אורח חיים בריא ופעיל, באחד או יותר מהתחומים המפורטים להלן:

(1) סיוע לחולי סוכרת: קבוצות הנחיה ותמיכה לקידום אורח חיים בריא ופעיל המיועדות לחולי סוכרת; לעניין קבוצות אלה – חולי סוכרת חדשים, חולי סוכרת לא מאוזנים וחולי סוכרת העומדים לעבור לטיפול באינסולין;

(2) פעילות ירידה במשקל וטרור סוכרת – סדנה משותפת: קבוצות הנחיה ותמיכה לקידום אורח חיים בריא ופעיל המיועדות למבוטחים שמלאו להם 18 שנה, ולהם BMI 27 ומעלה או שאובחנו כסובלים מטרור סוכרת;

(3) הדרכת קשישים לאורח חיים בריא ופעיל: קבוצות להנחיה ולתמיכה בקידום ושימור אורח חיים בריא, לרבות הדרכה לביצוע פעילות גופנית מותאמת למצב הבריאותי, המיועדות למבוטחים שמלאו להם 65 שנים ומעלה;

(4) הדרכת מתמודדים עם מגבלה נפשית לאורח חיים בריא: קבוצות להנחיה ולתמיכה בקידום אורח חיים בריא המיועדות למבוטחים בעלי נכות נפשית, בני 18 ומעלה.

(ג) מתן ייעוץ למטופלים בנושאי שינוי ושימור התנהגות בריאותית.

#### (4) אמות המידה לפעילות הנתמכת

(א) אמות המידה להעסקת מקדם בריאות:

(1) בהכשרתו וניסיונו הוא עונה על אמות המידה המפורטות בתוספת התשיעית למבחנים אלה;

(2) הוא מועסק, כשכיר או כעצמאי, בהיקף העסקה השקול ל-50% משרה לפחות, הגדרת תפקידו בקופת החולים הינה מקדם בריאות והוא עוסק בקידום בריאות או במחקר ובהוראה בתחום קידום בריאות.

(ב) אמות המידה להפעלת קבוצות לקידום אורח חיים בריא ופעיל:

(1) אמות המידה להפעלת קבוצות סיוע לחולי סוכרת מפורטות בתוספת העשירית למבחנים אלה;

(2) אמות המידה להפעלת קבוצות לפעילות ירידה במשקל וטרור סוכרת (סדנה משותפת) מפורטות בתוספת האחת עשרה למבחנים אלה;

(3) אמות המידה להפעלת קבוצות להדרכת קשישים לאורח חיים בריא מפורטות בתוספת השתיים עשרה למבחנים אלה;

(4) אמות המידה להפעלת קבוצות להדרכת מבוטחים המתמודדים עם מגבלה נפשית מפורטות בתוספת השלוש עשרה למבחנים אלה;

(5) גביית התשלום מהמבוטחים המשתתפים בסדנאות הנתמכות במסגרת מבחנים אלה, לא תעלה על מחצית סכום הגבייה המרבי המאושר לקופת החולים ממבוטחים המשתתפים בסדנאות.

(ד) אמות המידה להכשרת המטפלים ולמתן ייעוץ למטופלים בנושאי שינוי ושימור התנהגות בריאותית מפורטות בתוספת הארבע עשרה למבחנים אלה.

#### (5) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה

לקופת חולים תחושב זכאות תחומית כדלהלן:

(1) הצבת מקדמי בריאות בתפקידי מטה או במתקני שירות של הקופה בהתאם לתנאי סעיף קטן (4)(א) – 50,000 שקלים חדשים לתמיכה במשרה מלאה של מקדם בריאות, או חלק יחסי מסכום זה במידה ומועסק בהיקף משרה קטן יותר;

(2) הפעלת קבוצות לקידום אורח חיים בריא ופעיל בהתאם לתנאי סעיף קטן (4)(ב):

(א) בעד מבוטח, שגילו מעל 65, המשתתף בקבוצה, שמקום מגוריו בפריפריה החברתית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 50 שקלים חדשים בעבור כל מפגש;

(ב) בעד מבוטח, שגילו מעל 65, המשתתף בקבוצה שמקום מגוריו אינו בפריפריה החברתית – 30 שקלים חדשים בעבור כל מפגש;

(ג) בעד מבוטח, שגילו מעל 65, המשתתף בקבוצה להדרכת מתמודדים עם מגבלה נפשית לאורח חיים בריא – 50 שקלים חדשים בעבור כל מפגש, ללא תלות במקום מגוריו;

(ד) בעד מבוטח, שגילו מעל 65, המשתתף בקבוצה המתקיימת בשפה הערבית – 70 שקלים חדשים בעבור כל מפגש, ללא תלות במקום מגוריו;

(ה) בעד מבוטח יליד אתיופיה, שגילו מעל 65, המשתתף בקבוצה – 70 שקלים חדשים למפגש, ללא תלות במקום מגוריו;

(ו) בחישוב זכאותו של מטופל בודד יכללו לכל היותר 4 קבוצות לקידום אורח חיים בריא ופעיל, במסגרתן נטל חלק במהלך שנת התמיכה;

(3) מתן ייעוץ למטופלים בנושאי שינוי ושימור התנהגות בריאותית, בהתאם לתנאי סעיף קטן (4)(ג):

(א) בעד קיום מפגש ייעוץ מתועד עם מטופל, שגילו מעל 65 – 70 שקלים חדשים;

(ב) בעד קיום מפגש ייעוץ מתועד עם מטופל, שגילו מעל 65, המתגורר בפריפריה החברתית או ביישובי ורשויות המיעוטים – 100 שקלים חדשים.

#### (32) תחום תמיכה (כג) – הפעלת תוכנית לצמצום פערים בקרב האוכלוסייה המבוגרת

##### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

“אוכלוסיית היעד” – האוכלוסייה המבוגרת, כהגדרתה במבחנים אלה, המשתייכת לאחת מקבוצות הסיכון;

”קבוצות בסיכון” – מטופלים המקבלים גמלת הבטחת הכנסה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ”א-1980<sup>27</sup> (להלן – חוק הבטחת הכנסה) או מטופלים המתגוררים באזורי הפריפריה החברתית.

## **(2) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא צמצום פערים בבריאות בקרב אוכלוסייה מבוגרת המשתייכת לאחת מקבוצות הסיכון.

## **(3) תנאי סף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה במהלך שנת התמיכה תוכנית לצמצום פערים בבריאות בקרב אוכלוסיית היעד.

(ב) התוכנית הוצגה למנהל אסטרטגיה ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב”ן; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתוכנית.

## **(4) הפעילות הנתמכת**

התמיכה תינתן בעד פעילות הניתנת למטופלים המשתייכים לאוכלוסיית היעד, בהתאם לקבוצת הסיכון אליה הם משתייכים, כדלהלן:

(1) תגבור שירותים לטובת מיצוי זכויות והתמצאות במערכת הבריאות;

(2) מתן סיוע למניעת החמרה במצבם הרפואי.

## **(5) התנאים לפעילות הנתמכת**

(א) תגבור שירותים לטובת מיצוי זכויות והתמצאות במערכת הבריאות:

(3) המענה יינתן על ידי עובדים סוציאליים או נותני שירות ייעודיים;

(4) המענה יכול שיינתן באמצעות פגישה פנים אל פנים או באמצעות מוקדים טלפוניים או באמצעים דיגיטליים אחרים, המאפשרים קיום קשר קולי עם המטופל;

(ב) סיוע למניעת החמרה במצב הרפואי:

(1) הסיוע יינתן לאוכלוסיית היעד בכל רחבי הארץ, על פי אמות מידה שוויוניות שיוגדרו מראש על ידי קופת החולים; אמות המידה יועברו לאישור המשרד במסגרת התוכנית;

(2) הסיוע יכול שיינתן על ידי ביצוע שירותים בפועל; הסיוע לא יינתן על ידי מתן החזרים כספיים;

(3) הסיוע יכול שיינתן על ידי אספקת תרופות לבית המטופל, סיוע ברכש של אביזרי בטיחות או של אמצעי עזר רפואיים.

## **(6) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

(א) בעד פעילות שבוצעה לפי סעיף קטן (5)(א), תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 50 שקלים חדשים בעבור כל שעת פעילות ייעודית.

<sup>27</sup> ס”ח התשמ”א, עמ’ 30.

(ב) בעד פעילות שבוצעה לפי סעיף קטן (5)(א), תצבור קופת החולים תוספת זכאות בסכום של 20 שקלים חדשים בעבור כל מפגש פרונטלי ו-30 שקלים חדשים בעבור מפגש פרונטלי עם מטופלים המקבלים גמלת הבטחת הכנסה מכוח החוק להבטחת הכנסה.

(ג) בעד פעילות שבוצעה לפי סעיף קטן (5)(ב), תצבור קופת החולים זכאות בסכום השווה להיקף הסיוע שהעניקה למטופלים, ובהיקף שלא יעלה על 2,000 שקלים חדשים בשנה לכל מטופל.

**(33) תחום תמיכה (כד) – גידול בביצוע בדיקות לפפטידים נתריורטיים לצורך שיפור האבחון והטיפול בקרב אוכלוסייה מבוגרת**

**(1) הגדרות**

לעניין תחום תמיכה זה –

“בדיקת פפטידים נתריורטיים” – בדיקות דם ל – BNP או ל – NT - pro - BNP.

**(2) מטרת התמיכה**

(א) שיפור באבחון אי ספיקת לב בקרב אוכלוסייה מבוגרת החשודה בהיארעות המחלה.  
(ב) ניטור משופר של אוכלוסייה מבוגרת הסובלת מאי ספיקת לב.

**(3) תנאי סף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה במהלך שנת התמיכה תוכנית להגדלת השימוש בבדיקת פפטידים נתריורטיים לצורך שיפור האבחון והטיפול בחולי אי ספיקת לב.  
(ב) התוכנית הוצגה לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן; הסתייגויות המשרד הועברו לקופת החולים והוטמעו בתוכנית.

**(4) הפעילות הנתמכת**

גידול בביצוע בדיקות דם לפפטידים נתריורטיים באוכלוסייה מבוגרת.

**(5) התנאים לפעילות הנתמכת**

(א) הבדיקה הומלצה על ידי קרדיולוג במסגרת מפגש רפואי במרפאה קרדיולוגית.  
(ב) הבדיקה בוצעה לצורך שלילה או אבחון של אי ספיקת לב.  
(ג) אפשר כי עד 20% ממספר הבדיקות הנתמכות יבוצעו לצורך מיטוב הטיפול התרופתי או ריבוד הסיכון של מטופלי אי ספיקת לב, ולא עבור קיצור הליך האבחון.  
(ד) אפשר כי עד 5% ממספר הבדיקות הנתמכות תבוצענה בקרב אוכלוסייה שאינה מבוגרת.  
(ה) מספר בדיקות הפפטידים הנתריורטיים, שמימנה קופת החולים, גדל ביחס לשנת הבסיס.

**(6) אמות המידה לצבירת הזכאות לתמיכה**

בעד הגידול במספר הבדיקות הנתריורטיות, תצבור קופת החולים זכאות בסכום של 120 שקלים חדשים בעבור כל בדיקה נוספת.

**(34) תחום תמיכה (כה) – גידול באספקת מחוללי חמצן ניידים**

**(1) הגדרות**

לעניין תחום תמיכה זה –

**"חודשים נוספים"** – מספר החודשים בהם השתמשו מבוטחי קופת החולים במחולל חמצן  
נייד מעבר לערך שהתקיים בשנת הבסיס ;

**"מחולל חמצן נייד"** – מחולל חמצן המיועד לנשיאה על ידי המטופל ומאפשר לו להתנייד  
מחוץ לביתו.

## (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה היא גידול באספקת מחוללי חמצן ניידים.

## (3) תנאים לפעילות הנתמכת

(א) מספר מחוללי החמצן הניידים שסיפקה קופת החולים למבוטחיה גדל ביחס למספרם  
בשנת הבסיס.

(ב) קופת החולים קבעה ופרסמה למבוטחיה אמות מידה שוויוניות לקבלת מחוללי חמצן  
ניידים.

(ג) קופת החולים פעלה בהתאם לאמור בחוזר סגן המנהל הכללי לפיקוח על קופות החולים  
והשב"ן מס' 4/2012 בנושא: "השתתפות עצמית בעד בלוני חמצן ומחוללי חמצן".

## (4) אמות המידה לתמיכה

בעד הגידול במספר מחוללי החמצן הניידים שסופקו למבוטחים, תצבור קופת החולים  
זכאות בסכום של 350 שקלים חדשים בעבור כל חודש נוסף.

## (35) תחום תמיכה (כו) – הטמעה ופיתוח טכנולוגיות בריאות דיגיטליות

### (1) הגדרות

לעניין תחום תמיכה זה –

**"טכנולוגיות בריאות דיגיטלית"** – מוצר או שירות דיגיטלי שמטרתו לשפר את איכות  
הטיפול או השירות בתחומי הבריאות והוא נעשה באמצעים דיגיטליים ;

**"מוצר"** או **"שירות"** – מוצר או שירות שתפקודם מבוסס על תוכנה ומרכיב התוכנה בהם  
הוא משמעותי ;

**"עלות פיתוח והטמעה"** – בכלל זה, עלויות כוח האדם העוסק בפיתוח ובהטמעת הפרויקט  
הטכנולוגי ;

**"FHIR"** (Fast Healthcare Interoperability Resources) – סטנדרט להעברת מידע  
בריאותי, המפותח על ידי הארגון הבינלאומי HL7.

### (2) מטרת התמיכה

מטרת התמיכה לפי תחום תמיכה זה הן סיוע במימוש הפעילות הנדרשת בתחומים  
הבאים :

(1) עבודת צוות לטיפול במרותקי בית ;

(2) איתור וטיפול בחולי דמנציה ;

(3) שיקום ;

(4) טיפול תומך (פליאטיבי) ;

(5) מניעת נפילות ;

(6) קידום בריאות ;

(7) ייעוץ רוקחי ושימוש מושכל בתרופות ;

(8) העברת מידע ממוסדות אשפוז גריאטריים.

### (3) תנאים לפעילות הנתמכת

- (א) קופת החולים ניסחה והגישה כל פרויקט הטמעת טכנולוגיה אשר נכלל בתכנית, בהתאם לנדרש בתוספת החמש עשרה למבחנים אלה.
- (ב) ככל שקופת החולים ביקשה להיתמך במספר פרויקטים, עליהם להיות שונים ובלתי תלויים במימוש של אחד או יותר מהפרויקטים.
- (ג) תכנית הפיתוח שהוגשה כללה את כל מרכיבי הפתרון, התכולות, העלויות ואבני הדרך למימושה, מדדים קליניים וכלכליים.
- (ד) הסתייגויות המשרד לפרויקט, שהועברו לקופת החולים, הוטמעו בו.
- (ה) טרם קבלת כספי תמיכה בעד אבן הדרך הראשונה, התחייבה קופת החולים כי הפרויקט יושלם במהלך שנת התמיכה וככל שלא יושלם במהלך שנת התמיכה, יוגש שנית לתמיכה בשנת התמיכה העוקבת.
- (ו) טרם קבלת כספי התמיכה בעד אבן הדרך הראשונה התחייבה קופת החולים להגיש לאישור משרד הבריאות תכנית מחקר מלווה להערכת התועלות הקליניות והכלכליות. תכנית המחקר תוגש במסגרת אבן הדרך השנייה, לא יאוחר מחצי שנה מיום אישור הפרויקט.
- (ז) בסיום הטמעת כל פרויקט ובטרם קבלת התמיכה בגין אבן הדרך האחרונה, תגיש קופת החולים דוח מסכם בהתאם לנדרש בתוספת השש עשרה למבחנים אלה.

### (4) אופן חלוקת התמיכה

- (א) קופת החולים תיתמך בעד פרויקטים מאושרים עד חלקה בכספי התמיכה.
- (ב) בשלב הראשון יאושרו פרויקטים שלא הושלמו בשנת התמיכה הקודמת.
- (ג) בשלב השני יאושרו פרויקטים חדשים.
- (ד) במידה ונותרו כספי תמיכה לחלוקה יוקצה סכום התמיכה שנותר באופן שוויוני בין קופות החולים.

### (5) אמות המידה לתמיכה

- (א) בעד פרויקט פיתוח והטמעה שאושר על ידי המשרד תיתמך קופת החולים בהיקף של עד 70% מעלותו בפועל.
- (ב) בעד פרויקט טכנולוגי, שיוסכם בין המשרד וקופת החולים כי יפותח בסטנדרט FHIR, תיציבר לקופת החולים זכאות בהיקף של 80% מעלותו בפועל.

### (6) אבני דרך לקבלת התמיכה

- (א) אבן דרך ראשונה: לאחר אישור הפרויקט בתוכנית הפיתוח וההטמעה יחולקו 40% מכספי התמיכה בפרויקט.
- (ב) אבן דרך שניה: 10% מכספי התמיכה בפרויקט יחולקו לאחר הגשת הצעת המחקר, כאמור בפסקה (3)(ו) לעיל.
- (ג) אבן דרך שלישית: בסיום הפיתוח הטכנולוגי והטמעתו, השלמת המחקר המלווה

ובכפוף לאישור חטיבת הרגולציה שבמשרד לדו"ח המסכם אשר הגישה קופת החולים, תחולק יתרת כספי התמיכה בעד הפרויקט.

#### **(7) נהלים**

ככל שפרויקט לא הושלם במהלך שנת התמיכה, לא הוגש שנית לתמיכה במהלך שנת התמיכה העוקבת ולא הושלם במהלכה, רשאי המשרד לקזז את התמיכה שנתנה לקופת החולים בעד אותו פרויקט.

### **(36) תחום תמיכה (כז) – הפעלת תכנית תיאום טיפול**

#### **(1) הגדרות**

במבחנים אלה –

“**אוכלוסיית היעד**” – מטופלים מורכבים מגיל פרישה הקבוע בחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004<sup>28</sup>;

“**אח מתאם**” – אח מוסמך, המועסק על ידי קופת החולים;

“**ועדה בינמשרדית**” – ועדת היגוי למימוש תוכנית תיאום הטיפול, הכוללת נציגים ממשרד הבריאות ומשרד הרווחה;

“**הישובים הנתמכים**” – ישובים שנבחרו על ידי המשרד לפי הערכת מספר הקשישים הצפויים להזדקק לשירותים הניתנים לפי מבחנים אלה, לפי קריטריונים סוציאליים, תפקודיים וקליניים; רשימת היישובים הנתמכים תפורסם באתר האינטרנט של המשרד;

“**מטופלים מורכבים**” – מטופלים שצברו ניקוד ב-2 קטגוריות לפחות, ובהיקף כולל של 3 נקודות לפחות, לפי הטבלה שבתוספת השבע עשרה למבחנים אלה;

“**עו"ס מתאם**” – עובד סוציאלי, המועסק על ידי שירותי הרווחה או קופת החולים;

“**צוות תיאום טיפול**” – אח מקופת החולים ועובד סוציאלי משירותי הרווחה או מקופת החולים;

“**רכז תחום תיאום טיפול**” – גורם מקצועי בקופת החולים שישמש כאחראי על מימוש תוכנית תיאום הטיפול ברמה הארצית; למען הסר ספק, הרכז יוכל למלא את התפקיד בנוסף לתפקידים אחרים שהוא ממלא בקופת החולים;

“**שירות תיאום טיפול**” – שירות הניתן לחולה מורכב, הכולל ביצוע הערכה משולבת על ידי אח ועובד סוציאלי במטרה לממש את המלצות הטיפול הבריאותיות, אשר נתנו על ידי מנהל הטיפול ולהשיג יעדים אישיים בתחום הביופסיכוסוציאלי, וזאת באמצעות ביצוע התערבות יזומה בתחומי הבריאות והרווחה; יעדי תיאום הטיפול יקבעו במשותף עם מנהל הטיפול ועם המטופל;

#### **(2) הגופים הנתמכים**

הגופים הנתמכים לפי מבחנים אלה הם קופות חולים.

<sup>28</sup> ס"ח התשס"ד, עמ' 46.

### **(3) מטרת התמיכה**

מטרת התמיכה לפי מבחנים אלה היא שיפור הטיפול באוכלוסיית היעד, באמצעות מימוש תכנית תיאום טיפול על ידי צוותי תיאום טיפול.

### **(4) תנאי סף למתן התמיכה**

(א) קופת החולים ניסחה, הגישה והפעילה בשנת התמיכה, תוכנית למתן תיאום טיפול למטופלים באוכלוסיית היעד; על התכנית לשייך מטופלים מורכבים לצוות תיאום טיפול; התוכנית תתבסס על העקרונות המפורטים בתוספת השמונה עשרה למבחנים אלה ובראשה יעמוד רכז תחום תיאום הטיפול.

(ב) התוכנית הוצגה למנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, לחטיבת הרפואה ולאגף לפיקוח על קופות החולים והשב"ן במשרד טרם תחילתה; הסתייגויות המשרד יועברו לקופת החולים ויוטמעו בתוכנית; התחלת התוכנית מותנית באישור מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי לפריסת התקנים הנתמכים על פי מבחנים אלה ביישובים הנתמכים.

(ג) התכנית כללה ביצוע התאמות נדרשות במערכת הקלינית הממוחשבת באופן שיאפשר סימון וזיהוי של חולים המשתתפים בתוכנית, ביצוע המעקב הנדרש אחר המטופלים, ועדכון מתועד בין חברי צוות התיאום בנוגע ליישום התוכנית; ביצוע ההתאמות הנדרשות במערכת הממוחשבת לא יהווה תנאי לתמיכה בשנה הראשונה והשנייה לפעילותה של קופת החולים בתחום תמיכה זה, והשלמת ביצוע ההתאמות תידרש במהלך השנה השלישית לפעילותה.

### **(5) הפעילות הנתמכת**

הפעילות הנתמכת לפי מבחנים אלה היא איוש תוספתי של אחים מתאמים, עו"סים מתאמים ורכזי תחום תיאום הטיפול בקופת החולים ובמרפאות הקופה הממוקמות ביישובים הנתמכים.

### **(6) תנאים לפעילות הנתמכת**

(א) פריסת התקנים אושרה טרם איושה בידי ראש מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי שבמשרד.

(ב) מתאמי הטיפול ורכזי תחום תיאום הטיפול הוכשרו על ידי קופת החולים והשתתפו בהכשרה תואמת, ככל שהתקיימה על ידי המשרד.

(ג) האחים המתאמים הועסקו בתפקידים כמתאמי טיפול בהיקף של חצי משרה לפחות.

(ד) תיאום הטיפול החל בקיום מפגש משותף של צוות תיאום הטיפול עם המטופל בביתו ונמשך שלושה חודשים לפחות.

(ה) בכל חודש יתקיים מפגש פרונטלי מתועד אחד לפחות בין האח או העו"ס המתאם לבין המטופל, אולם בעד 20% מהמטופלים ניתן להמיר את אחד המפגשים הפרונטליים במפגש מרחוק.

(ו) במהלך תקופת תיאום הטיפול, התקיים מפגש רפואי מתוכנן, פרונטלי או מפגש מרחוק, של המטופל עם מנהל הטיפול, אשר תועד ברשומה הרפואית.

(ז) על אף האמור בפסקה (ה), ב-10% מהמקרים ניתן לוותר על אחד המפגשים החודשיים, בתנאי שבמהלך תקופת תיאום טיפול שמשכה שלושה חודשים, התקיימו בסך הכול לפחות שלושה מפגשים בין האח או העו"ס המתאם לבין המטופל.

(ח) לא תינתן תמיכה בעבור מטופל שבגינו ניתנת על ידי המשרד תמיכה לפי המבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים המפעילות תכנית לעבודת צוות לצורך טיפול במטופלים מורכבים ומרותקי בית (סעיפים 13 ו-14 לעיל), ככל שהתמיכה האמורה ניתנת בעד פעילות המבוצעת באותם מועדים.

#### **(7) אופן הקצאת התקנים**

(א) בכל שנה, יקבע המשרד את מספר התקנים הנתמכים שיוקצו לפי מבחנים אלה לאח מתאם ולעו"ס מתאם, וימסור על כך הודעה לקופות החולים.

(ב) בשלב הראשון, יוקצו לכל קופת חולים התקנים שהוקצו לה בשנה הקודמת ובלבד שאוישו והיו פעילים בסיום שנת ההערכה הקודמת.

(ג) בשלב השני, ככל שנותרו תקנים לחלוקה, יוקצו לכל קופת חולים מספר תקני אחים ועו"ס מתאמים, בהתאם לחלקה היחסי במספר המבוטחים המשוקלל במכפלת מספר התקנים שנותרו לחלוקה; המספרים שיתקבלו יעוגלו כלפי מטה למספר הקרוב המתחלק בחצי, ללא שארית.

(ד) חצאי תקנים שיוותרו להקצאה יחולקו בין קופות החולים, בהתאם לחלקן היחסי במספר המבוטחים המשוקלל, מקופת החולים שחלקה היחסי הוא הקטן ביותר ועד לקופת החולים שחלקה היחסי הוא הגדול ביותר, בצורה שוויונית עד להשלמת ההקצאה.

(ה) המשרד רשאי לבטל הקצאת תקנים שהוקצו לקופת החולים ולא אוישו במהלך ארבעה חודשים רצופים בשנת התמיכה; הודעה על ביטול הקצאת התקנים תועבר לקופת החולים בכתב ולאחר שתינתן לה הזדמנות לערער על ההחלטה; תקנים כאמור יוקצו מחדש לקופות חולים שהביעו נכונות לאייש אותם בהתאם לאופן החלוקה המפורט בסעיפים קטנים (ב) ו-(ג).

#### **(8) אמות המידה לתמיכה**

(א) תמיכה בתקן של אח מתאם במשרה מלאה, המועסק בקופת החולים, תהיה בהיקף של 275 אלף שקלים חדשים בעבור כל תקן, בכפוף לכך שהאח כאמור השלים תיאום טיפול ל-220 מטופלים לפחות; על אף האמור לעיל, התמיכה בתקן של אח מתאם, שכלל פעילותו מתבצעת בקרב מבוטחי הקופה המתגוררים במזרח ירושלים תהיה בהיקף של 275 אלף שקלים חדשים, בכפוף לכך שהאח השלים תיאום טיפול ב-200 מטופלים לפחות.

(ב) בעבור אח מתאם, שאינו מועסק במשרה מלאה בקופת החולים או שהועסק רק בחלק משנת התמיכה או שהשלים טיפול במספר מטופלים קטן יותר ביחס לנדרש מהיקף משרתו, תיתמך קופת החולים בסכום נמוך יותר, באופן יחסי.

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (ב), בשנה הראשונה להעסקתו של אח מתאם, תופחת מכסת תיאומי הטיפול שהיה צריך להשלים לצורך קבלת תמיכה מלאה בתקן העסקתו, בהיקף שלא יעלה על רבע ממכסת תיאומי הטיפול השנתית.

(ד) תמיכה בתקן של עו"ס מתאם במשרה מלאה, המועסק בקופת החולים, תהיה בהיקף של 180 אלף שקלים חדשים בעבור כל תקן, בכפוף לכך שהעו"ס כאמור השלים תיאום טיפול ל-220 מטופלים לפחות.

(ה) על אף האמור לעיל, התמיכה בתקן של עו"ס מתאם, שכלל פעילותו מתבצעת בקרב מבוטחי הקופה המתגוררים במזרח ירושלים תהיה בהיקף של 180 אלף שקלים חדשים, בכפוף לכך שהאח השלים תאום טיפול ב-200 מטופלים לפחות.

(ו) בעבור עו"ס מתאם, שאינו מועסק במשרה מלאה בקופת החולים או שהועסק רק בחלק משנת התמיכה או שהשלים טיפול במספר מטופלים קטן יותר ביחס לנדרש מהיקף משרתו, תיתמך קופת החולים בסכום נמוך יותר, באופן יחסי.

(ז) על אף האמור בסעיף קטן (ה), בשנה הראשונה להעסקתו של עו"ס מתאם, תופחת מכסת תיאומי הטיפול שהיה צריך להשלים לצורך קבלת תמיכה מלאה בתקן העסקתו, בהיקף שלא יעלה על רבע ממכסת תיאומי הטיפול השנתית.

(ח) השלמת תיאום טיפול למטופל שמשולמת בעדו גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א, 1980<sup>29</sup>, יוכפל במקדם 1.5 במניין תיאומי הטיפול.

(ט) תיאום טיפול שלצורך השלמתו נדרשו 6 חודשים לפחות, יוכפל במקדם 2 במניין תיאומי הטיפול; שיעור תיאומי הטיפול הנתמכים, שלצורך השלמתם נדרשו 6 חודשים ומעלה, לא יעלה על 25% מסך כל תיאומי הטיפול הנתמכים.

(י) למען הסר ספק, תיאום טיפול שהחל בשנת התמיכה והסתיים במהלך שנת התמיכה שלאחריה, ייתמך בשנה שבמהלכה הוא הושלם.

(יא) לצורך חישוב התמיכה בהעסקת אח או עו"ס מתאמים, המועסקים בתקן מלא, יוכרו עד 20 מטופלים, לגביהם נקבע לאחר קיום המפגש המתואר בסעיף קטן 6(ד) לעיל, כי לא קיים צורך מקצועי בהמשך תיאום הטיפול; כל מקרה כאמור, יוכפל במקדם 0.5 במניין תיאומי הטיפול.

(יב) לצורך חישוב התמיכה כאמור בהעסקת אח או עו"ס מתאמים, שאינם מועסקים במשרה מלאה בקופת החולים, או שהועסקו רק בחלק משנת התמיכה או שהשלימו תאום טיפול במספר קטן יותר ביחס לנדרש מהיקף משרתם, יותאם מספר המטופלים הנזכר בסעיף קטן (יא), באופן יחסי.

(יג) קופת החולים תהיה זכאית לתמיכה בעד איוש תקן רכז תחום תיאום הטיפול בהיקף של 6,250 שקלים חדשים בעד כל צוות תיאום טיפול שתחת אחריותו ונתמך לפי מבחנים אלו.

(יד) סכום התמיכה המרבי בעד איוש תקן רכז תחום תיאום טיפול לא יעלה על 250 אלף שקלים חדשים או על עלות שכרו – הנמוך מביניהם.

#### **(9) אופן חלוקת התמיכה**

(א) קופת החולים תיתמך בהתאם לפעילות תקני האחים והעו"ס המתאמים שהוקצו לה, וזאת עד למספר תקני האחים והעו"ס המתאמים שהוקצו, במכפלת סכום התמיכה המרבי בעבור כל תקן, כמפורט בסעיפים 8(א) ו-8(ד), וכמו כן תיתמך בעד איוש תקן רכז תחום תיאום הטיפול, כמפורט בסעיף קטן 8(י) לעיל.

<sup>29</sup> ס"ח התשמ"א, עמ' 30.

(ב) ככל שיוותרו כספים לחלוקה, תיתמך פעילות נוספת שבוצעה על ידי אחים ועו"ס מתאמים בהיקף העולה על הנדרש בסעיף 9 או על ידי אחים ועו"ס מתאמים נוספים שהופעלו בקופה מעבר להקצאת התקנים הראשונית, ובלבד שהפעלתם אושרה לקופות החולים במסגרת התוכנית (לעניין סעיף זה – פעילות הנוספת); חלוקת התמיכה תבצע על פי חלקה היחסי של כל קופת חולים בהיקף הכולל של הפעילות הנוספת, ובלבד שסכום התמיכה לעניין זה לא יעלה על 800 שקלים חדשים בעד השלמת תיאום טיפול על ידי אח מתאם ו-600 שקלים חדשים בעד השלמת תיאום טיפול על ידי עו"ס מתאם.

(ג) ככל שיוותרו כספים לחלוקה הם יועברו לשלב החלוקה השלישי לפי סעיף קטן 8(ד) לעיל.

#### (10) נהלים

(א) המשרד רשאי להמשיך ולממן במלואו תקן נתמך, גם במצב בו לא התקיימו התנאים המפורטים בסעיף 6 וזאת בכפוף לתנאים האלה:

- (1) הושלם גיוס שני אנשי צוות תיאום הטיפול;
- (2) אחד מעובדי הצוות הפסיק את עבודתו או נעדר מסיבה כלשהי באופן שלא תוכנן מראש, והקופה המשיכה לשלם את שכרו של איש הצוות הנותר, הנעדר או שניהם;
- (3) הקופה עשתה מאמץ סביר לאייש את הפער שנוצר.

(ב) המשרד רשאי להנחות כי בתקופות מסוימות, המתאפיינות במצבי חירום או בדרישות לריחוק חברתי, יומרו המפגשים הפרונטליים במפגשים מרחוק לצורך שמירה על בטחון המטופלים וצוות המטפלים, וזאת בכפוף לתנאים האלה:

- (1) הועדה הבינמשרדית אישרה את המועדים בהם ניתן להמיר את המפגשים הפרונטליים במפגשים מרחוק ועדכנה את קופות החולים;
- (2) המפגשים מרחוק יתבצעו בהנגשה שפתית וקוגניטיבית, בהתאמה למטופל.

#### פרק ג': הוראות וכללים נוספים

#### (37) נהלים

(א) בכל מקום בו לא נקבע במפורש אחרת בתנאי מבחנים אלה, רשאי המשרד להכיר כפעילות נתמכת במפגשים טיפוליים מרחוק, כחלופה חלקית או מלאה למפגשים טיפוליים פרונטליים.

(ב) קבלת התמיכה מותנית בדיווח של קופות החולים על קיום תנאי מבחנים אלה, כפי שיורה להן המשרד;

(ג) במסגרת הבקשה לתמיכה בעד הפעילויות הנתמכות לפי מבחנים אלה, לא תינתן לקופת חולים תמיכה בעד הוצאות שהוצאו במסגרת תחום פעילות שלא אושר על ידי המשרד, וקופת חולים לא תבקש תמיכה בעד פעילות שלא פורטה בבקשת התמיכה.

(ד) לא תינתן תמיכה לקופת חולים שאינה משתפת פעולה עם ביקורת מטעם המשרד.

(ה) תמיכת המדינה לפי מבחנים אלה לא תעלה על 90% מכלל עלות הפעילויות הנתמכות לפי מבחנים אלה.

(ו) לא תינתן תמיכה לפעילות הנתמכת בידי משרד ממשלתי אחר.

(ז) בלי לגרוע מן האמור בנוהל, משרד הבריאות רשאי לשלול את אפשרותה של קופת חולים להיתמך בשנתיים שלאחר מכן באם יוכח כי עשתה שימוש בלתי נאות בכספי התמיכה, השתמשה בהם שלא בעד הפעילות שלשמה ניתנו, שימשה כעמותת צינור לשם העברת הכספים לגוף אחר או הגישה דיווחים כוזבים לגבי כספי התמיכה שאושרו לה.

(ח) ככל שיתקיים מחקר קליני לאומי מטעם המשרד בנושא הפעילות הנתמכת אשר יאושר על ידי ועדת מחקר, על קופת החולים לשתף פעולה עם המחקר; ככל שקופת החולים החליטה על ביצוע מחקר אחר, עצמאי, בקשר לפעילות הנתמכת, עליה להעביר את תוצאות המחקר למשרד, לפרסם את תוצאותיו ולהנגיש לציבור החוקרים את המידע המחקרי שנאסף לצורך מחקרי המשך, בכפוף לכל דין ולנהלי המשרד.

### (38) ביטול

המבחנים המפורטים להלן – בטלים:

- (1) המבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המחסנות מבוטחים בגיל הילדות, קשישים ונשים הרות נגד מחלת השפעת<sup>30</sup>;
- (2) המבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים המפעילות תכנית לעבודת צוות לצורך טיפול במטופלים מורכבים ובמרותקי בית<sup>31</sup>;
- (3) המבחנים לתמיכה של משרד הבריאות בקופות חולים המפעילות תכנית לשיפור השירות הרפואי לאוכלוסייה המבוגרת, לצורך צמצום המיסוד, דחיית הצורך בטיפול בדיאליזה ועידוד הטיפול בדיאליזה בבית המטופל<sup>32</sup>;
- (4) המבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות לתמיכה בקופות חולים המפעילות ומרחיבות תכניות שיקום בקהילה<sup>33</sup>;
- (5) המבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות לתמיכה בקופות חולים המפעילות תכנית לאשפוז בית<sup>34</sup>;
- (6) המבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תכניות ליעוץ רוקחי, לצמצום השימוש במשככי כאבים ולשיפור ההיענות לטיפול התרופתי במחלות כרוניות<sup>35</sup>;
- (7) המבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות לתמיכה בקופות חולים המרחיבות את שירותי הרפואה הקהילתיים הניתנים לחולי חסמת הריאות (COPD) ואי-ספיקת הלב<sup>36</sup>;
- (8) המבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות לתמיכה בקופות חולים המפעילות תכנית למניעת נפילות במהלך השנים 2018 עד 2020<sup>37</sup>;
- (9) המבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תכניות לסיוע

<sup>30</sup> י"פ התש"ף, עמ' 3387.

<sup>31</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 1042 ו-12341; התש"ף, עמ' 666.

<sup>32</sup> י"פ התש"ף, עמ' 2124.

<sup>33</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 12309.

<sup>34</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 12644 ו-2426.

<sup>35</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 13454.

<sup>36</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 12323.

<sup>37</sup> י"פ התשע"ח, עמ' 11246; התשע"ט, עמ' 9951.

למטפלים העיקריים של חולי דמנציה ולאיתור חולי דמנציה חדשים<sup>38</sup> ;  
(10) המבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תכנית לטיפול  
פליאטיבי<sup>39</sup> ;  
(11) המבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים המפעילות תכניות לקידום  
בריאות<sup>40</sup> ;  
(12) המבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תכניות לצמצום  
פערים בבריאות ולקידום בריאות בקרב אוכלוסייה מבוגרת<sup>41</sup> ;  
(13) המבחנים למתן תמיכות של משרד הבריאות לקופות חולים המפעילות תכניות לצמצום  
פערים בבריאות ולקידום בריאות בקרב משפחות החיות בעוני<sup>42</sup> ;  
(14) המבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים ובבתי חולים לצורך  
הערכות למתן שירותי רפואה במהלך חודשי החורף<sup>43</sup> ;  
(15) המבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים<sup>44</sup> ;  
(16) מבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד הבריאות לקופות החולים המפעילות תכנית  
לתאום טיפול<sup>45</sup> .

### (39) תחילה

תחילתם של מבחנים אלה ביום כ' טבת התשפ"ד (1 בינואר 2024), והם יעמדו בתוקפם עד יום  
א' טבת התשפ"ה (1 בינואר 2025).

י' בחשוון התשפ"ה

(11.11.2024)

---

אוריאל בוסו

שר הבריאות

803-35-2024-000045

---

<sup>38</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 12319.  
<sup>39</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 12305.  
<sup>40</sup> י"פ התש"ף, עמ' 2120.  
<sup>41</sup> י"פ התשע"ט, עמ' 13582.  
<sup>42</sup> י"פ התש"ף, עמ' 2188.  
<sup>43</sup> י"פ התשפ"א, עמ' 522.  
<sup>44</sup> י"פ התשפ"ג, עמ' 1968.  
<sup>45</sup> י"פ התשפ"א 9217, עמ' 1224.

**תוספת ראשונה – יישובי ורשויות המיעוטים**

**(סעיף 2)**

סמל רשות	שם רשות	סמל רשות	שם רשות	סמל רשות	שם רשות	סמל רשות	שם רשות	סמל רשות	נאשם רשות
1326	עין א-סהל	1326	ברטעה	0529	אעבלין	0478	אכסאל	0472	אבו גוש
0541	ג'סר א-זרקא	0627	גילג'ולי ה	1292	ג'דיידה מכר	0483	בענה	1326	מועאווייה
0492	דייר חנא	0490	דיר אל-אסד	0489	דבורייה	0628	ג'ת	0487	ג'ש (גוש חלב)
0505	כאוכב אבו אל-היג'יא	0504	כאבול	0499	יפיע	0498	טורעאן	1290	זמר
0654	כפר קרע	0510	כפר מנדא	0509	כפר כנא	0507	כפר יאסיף	0633	כפר ברא
1327	זלפה	1327	מוסמוס	0518	מעיליא	0517	מזרעה	0516	מג'ד אל-כרום
0522	נחף	0520	משהד	1327	סאלם	1327	ביאדה	1327	מושיירפ ה
0637	עארה	0532	עין מאהל	0511	עילוט	0530	עיילבון	4501	ע'ג'ר
0538	שעב	0542	ריינה	0535	פסוטה	0537	פוריידיס	0637	ערעה
8900	טמרה	2720	טירה	2730	טייבה	6000	באקה אל-גרביה	2710	אום אל-פחם
0638	קלנסווה	0531	עראבה	7500	סח'נין	7300	נצרת	0634	כפר קאסם

526	סולם	523	ניין	512	כפר מצר	457	דחי	8800	שפרעם
636	צנדלה	524	נאעורה	635	מוקייבל ה	547	טמרה (יזרעאל)	497	טייבה (בעמק)
521	עין נקובא	493	דייר ראפאת	658	שייחי' דנון	1320	עין חוד	990	ראס עלי
0482	בועיינה- נוגידא ת	649	מייסר	1316	אל – עריאן	2024	אום אל- קוטוף	514	עין ראפה
0978	כעביה- טבאש- חג'אג'ר ה	0962	טובא- זנגרייה	0975	זרזיר	0944	בסמת טבעון	0998	ביר אל- מכסור
1334	ראס אל-עין	1246	עראמש ה	652	אבטין	1321	ח'ואלד	0913	שבלי - אום אל- גנם
1335	ערב אל נעים	1331	כמאנה	1332	חוסנייה	1317	דמיידה	1245	סלמה
539	רומאנה	528	עוזייר	993	חמאם	942	סואעד (חמרייה)	994	מנשית זבדה
1060	לקיה	1303	חורה	1054	תל שבע	1161	רהט	997	רומת הייב
				1192	ערערה בנגב	1059	כסייפה	1286	שגב שלום
0481	מגיאר	4502	עין קיניא	4203	מסעדה	4001	בוקעאת א	4201	מג'דל שמס
480	בית ג'ן	0534	עוספיא	0473	אבו סנאן	0502	ירכא	0494	דאליית אל-כרמל
0496	חורפיש	0485	ג'וליס	1295	יאנוח- ג'ית	0543	ראמה	1296	כסרא- סמיע

546	עין אלאסד	540	ריחניה	0508	כפר כמא	0525	סאג'ור	0536	פקיעין (בוקיעה )
-----	--------------	-----	--------	------	---------	------	--------	------	------------------------

**תוספת שניה – כללים לבניית תוכנית עבודת צוות למטופלים מורכבים**

**(סעיף 13, פסקה 3(ב))**

- (א) הצוותים המטפלים בחולה המורכב יהיו צוותים קבועים בעבור כל מטופל; במצב בו מי מאנשי הצוות עזב את הצוות, יחליפו בצוות בעל מקצוע דומה וקבוע.
- (ב) בתוכנית יפורטו אמות המידה להכללת מטופלים מורכבים, לרבות קביעת מצבים שבהם יופעל צוות מטפל בסיסי והמצבים המחייבים הפעלת צוות מטפל מורחב.
- (ג) בתוכנית יפורטו העקרונות לבניית תוכנית הטיפול למטופל מורכב כדלהלן:
- (1) אופן שיתוף המטופל המורכב ומשפחתו בקביעת תוכנית הטיפול וביצועה – תתקיים לכל הפחות ישיבה אחת משותפת של כלל חברי הצוות, ובכללם המטופל ומשפחתו, בסמוך לתחילת התוכנית; הישיבה יכול שתהיה בנוכחות פיזית של חברי הצוות או על ידי שימוש באמצעים טכנולוגיים אשר אינם מחייבים נוכחות פיזית של חברי הצוות;
  - (2) אופן היישום של תפיסת עבודת הצוות, תוך מימוש מרב יכולותיהם המקצועיות של כל אחד מחברי הצוות;
  - (3) אופן חלוקת העבודה בין בעלי התפקידים בצוות המטפל ושיתוף הפעולה ביניהם תוך מינוי דמות מקצועית, שתשמש כמתכלל הטיפול (case coordinator) ותהיה אחראית על מימוש התוכנית האישית; קביעת זהותו של מתכלל הטיפול תעשה תוך התחשבות בטיב המורכבות המאפיינת את המטופל;
  - (4) אופן קבלת החלטות, הדיווח והעדכון בין אנשי הצוות;
  - (5) אופן השילוב בין מענה רפואי דחוף למענה רפואי שגרתי;
  - (6) אופן השילוב בין מענה רפואי פרונטלי למענה רפואי מרחוק;
  - (7) אופן שילוב של מערכות תמיכה קהילתיות מחוץ למערכת הרפואית במסגרת תוכנית הטיפול;
  - (8) קביעת אופן שמירת רצף הטיפול במהלך אשפוז ובמעבר בין אשפוז ובין רפואה בקהילה;
  - (9) אופן שיקוף מדדי הצלחת תוכנית הטיפול האישית למטופל ולשאר חברי הצוות המטפל, בהתאם למדדים שיקבעו בתוכנית האישית;
  - (10) ביצוע סיכום תקופתי מתועד, של עמידה ביעדי התוכנית האישית בעת השלמת התוכנית או בתדירות שנתית לפחות;
  - (11) תוכנית טיפול אישית תכלול את הדרישות האלה:

- (א) משך הטיפול בכל מטופל לא יפחת משלושה חודשים ;
- (ב) קיום מפגש אחד לפחות של כל אחד מחברי הצוות המטפל הבסיסי עם המטופל בטווח זמן של חודש מהכללתו בתוכנית, למעט העו"ס שיקיים מפגש רפואי תוך 3 חודשים מעת ההכללה בתוכנית ;
- (ג) קיום תכנית טיפול אישית מתועדת בטווח זמן של חודשיים מהכללתו של המטופל בתכנית ;
- (ד) יכולתם המתמשכת של כל אחד מחברי הצוות לקיים מפגשים פרונטליים עם המטופל, לצד האפשרות לקיים מפגשי רפואה מרחוק ;
- (ה) קיום מפגשים רפואיים מתועדים עם מנהל הטיפול בתדירות רבעונית לפחות ;
- (ו) קיום מפגשים רפואיים מתועדים עם כל אחד מחברי הצוות האחרים, אחת לחציון לפחות ;
- (ז) זמינות גבוהה של מתאם הטיפול המנהלי למטופל ולצוות המטפל במהלך שעות פעילות הקופה ;
- (ח) קיום דיון מעקב מקצועי מתועד של חברי הצוות המטפל בתדירות רבעונית לפחות, ובכל מקרה טרם ההחלטה על הפסקת הטיפול הצוותי.

### **תוספת שלישית – כללים לבניית תוכנית עבודת צוות למרותקי בית**

#### **(סעיף 14, פסקה 3(ב))**

- (א) הצוותים המטפלים בחולה מרותק הבית יהיו צוותים קבועים בעבור כל מטופל ; במצב בו מי מאנשי הצוות עזב את הצוות, יחליפו בצוות בעל מקצוע דומה וקבוע.
- (ב) בתוכנית יפורטו אמות המידה להכללת מרותקי בית.
- (ג) בתוכנית יפורטו העקרונות לבניית תוכנית הטיפול למרותקי בית כדלהלן :
- (1) אופן שיתוף המטופל המורכב ומשפחתו בקביעת תוכנית הטיפול וביצועה – תתקיים ישיבה אחת משותפת לפחות של כלל חברי הצוות, ובכללם המטופל ומשפחתו, בסמוך לתחילת התוכנית ; הישיבה יכול שתהיה בנוכחות פיזית של חברי הצוות או על ידי שימוש באמצעים טכנולוגיים אשר אינם מחייבים נוכחות פיזית של חברי הצוות ;
- (2) אופן היישום של תפיסת עבודת הצוות, תוך מימוש מירב יכולתם המקצועית של כל אחד מחברי הצוות ;
- (3) אופן חלוקת העבודה בין בעלי התפקידים בצוות המטפל ושיתוף הפעולה ביניהם תוך מינוי דמות מקצועית, שתשמש כמתכלל הטיפול (case coordinator) ותהיה אחראית על מימוש התוכנית האישית ; קביעת זהותו של מתכלל הטיפול תעשה תוך התחשבות בטיב המורכבות המאפיינת את המטופל ;
- (4) אופן קבלת החלטות, הדיווח והעדכון בין אנשי הצוות ;
- (5) אופן השילוב בין מענה רפואי דחוף למענה רפואי שגרתי ;
- (6) אופן השילוב בין מענה רפואי פרונטלי למענה רפואי מרחוק ;
- (7) אופן השילוב של מערכות תמיכה קהילתיות מחוץ למערכת הרפואית במסגרת תוכנית הטיפול ;

- (8) קביעת אופן שמירת רצף הטיפול במהלך אשפוז ובמעבר בין אשפוז ובין רפואה בקהילה ;
- (9) אופן שיקוף מדדי הצלחת תוכנית הטיפול האישית למטופל ולשאר חברי הצוות המטפל, בהתאם למדדים שיקבעו בתוכנית האישית ;
- (10) ביצוע סיכום תקופתי מתועד, רב מקצועי של עמידה ביעדי התוכנית האישית בעת השלמת התוכנית או בתדירות שנתית לפחות ;
- (11) תוכנית טיפול אישית תכלול את הדרישות האלה :
- (א) ככלל, המפגשים הרפואיים של מנהל הטיפול, הרופאים המקצועיים, האח, עובד סוציאלי ומקצועות הבריאות יתבצעו בבית המטופל, אך יתכנו נסיבות בהן התוכנית תכלול גם מרכיבי שימוש במערכת רפואה מרחוק ;
- (ב) ביצוע הערכה גריאטרית בתדירות שנתית ;
- (ג) ביקורי מנהל הטיפול יתקיימו בתדירות רבעונית לפחות ;
- (ד) ביקורי אח יתקיימו פעמיים ברבעון לפחות ;
- (ה) ביקורי עובד סוציאלי, דיאטן, פיזיותרפיסט ומרפא בעיסוק או קלינאי תקשורת יתקיימו בטווח חצי שנה מהכללת המטופל בתוכנית, ולאחר מכן יתקיימו ביקורי מקצועות הבריאות בהתאם לצורך ועל ידי שני מטפלים בחציון, לפחות ;
- (ו) זמינות גבוהה של מתאם הטיפול למטופל ולצוות המטפל במהלך שעות פעילות הקופה ;
- (ז) ביקורי רופאים מהרפואה המקצועית יתקיימו בבית המטופל או באמצעות מערכת רפואה מרחוק, במקרים המתאימים ;
- (ח) קיום דיון מעקב מקצועי מתועד של חברי הצוות המטפל בתדירות רבעונית לפחות, ובכל מקרה טרם ההחלטה על הפסקת הטיפול הצוותי.

### **תוספת רביעית – עקרונות עליהם תתבסס התוכנית למניעת נפילות**

#### **(סעיף 18, פסקה 3(א))**

- התוכנית למניעת נפילות תכלול, בין היתר, את המרכיבים שלהלן :
- (א) ביצוע סקר שנתי, מתועד ברשומה הרפואית, של מידת הסיכון לנפילות בקרב אוכלוסיית היעד, כמפורט להלן :
- (1) תשאול שנתי לגבי אירועי נפילות, קושי בהליכה או הפרעה בשיווי המשקל של אוכלוסיית היעד – האם המבוטח נפל בשנה האחרונה והאם חש קושי בהליכה או בשיווי המשקל ;
- (2) בהינתן אירועי נפילה יש לתשאל לגבי שכיחותם, מאפייניהם ונסיבותיהם ;
- (3) במטופלים שנפלו פעם אחת או יותר, או שצינו קיום קושי בהליכה או הפרעה בשיווי המשקל, יש לבצע בדיקה קלינית להערכת היציבות בהליכה, כגון "Get Up and Go" test ;
- (4) רמת הסיכון של המבוטחים תוגדר כדלהלן :
- (א) סיכון נמוך – ללא עדות לנפילות או לקושי בהליכה או להפרעה בשיווי המשקל בשנה

האחרונה ;

(ב) סיכון בינוני – המטופל חווה בשנה האחרונה נפילה בודדת שלא הסתיימה בנזק שחייב התערבות רפואית ;

(ג) סיכון גבוה – המטופל חווה נפילה בשנה האחרונה שהייתה כרוכה בפגיעה אשר חייבה התערבות רפואית, או שחווה למעלה מנפילה אחת או שמבדיקתו עולה כי סובל מקושי בהליכה או מהפרעה בשיווי המשקל ;

(ב) המשך הערכה וטיפול לפי אומדן הסיכון –

(1) לגבי מבוטחים ברמת סיכון נמוכה – להמליץ על תוכנית פעילות גופנית לשימור היציבות ושיווי המשקל כדוגמת טאי-צ'י ;

(2) לגבי מבוטחים ברמת סיכון בינונית – להפנותם לתוכנית פעילות גופנית למניעת נפילות, בפקוח פיזיותרפיסט ;

(3) לגבי מבוטחים ברמת סיכון גבוהה – להפנותם לביצוע הערכה גריאטרית למניעת נפילות ובהתאם לתוצאות ההערכה לכוון את ההתערבות הטיפולית, לרבות הפנייה לתוכנית פעילות גופנית למניעת נפילות וביצוע הערכת בטיחות של סביבת המגורים.

### תוספת חמישית – עקרונות התוכנית להתמודדות עם דמנציה

#### (סעיף 19, פסקת משנה 3(א)(1))

(א) גורמי סיכון לקיום דמנציה :

(1) קיום גורמי סיכון קרדיו-וסקולריים, כגון : סוכרת, היפרליפידמיה, עישון, יתר לחץ דם או השמנה ;

(2) ידוע על קיום מחלת לב איסכמית, מחלת כלי דם פריפרית (PVD) או אירוע של שבץ מוחי בעברו של המטופל ;

(3) חולי חסמת ריאות ;

(4) חולים במחלה ניוונית של מערכת העצבים המרכזית, כגון : מחלת הפרקינסון.

(ב) עקרונות ההתערבות הטיפולית במרפאה :

(1) אנמנזה : הערכה קוגניטיבית והתנהגותית לאורך הזמן, שלילת דליריום, שלילת קיום דיכאון והשפעת תרופות, הערכת איזון גורמי סיכון וסקולריים ;

(2) ביצוע בדיקה גופנית רלוונטית ;

(3) השלמת בדיקות מעבדה, כגון : ספירת דם, סוכר, אלקטרוליטים, סידן, TSH, וויטמין (B12) ובדיקות דימות במקרים הקליניים המתאימים, כגון : חבלת ראש, חשד לאירוע מוחי, חשד לממאירות, חשד לקיום מחלה נוירולוגית אחרת ;

(4) ביצוע תבחינים קוגניטיביים, כגון : MMSE, MOCA, MINICOG וביצוע של אומדני התפקוד ADL ו-IADL ;

(5) הפניית המטופל לביצוע הערכה גריאטרית במקרה של חשד לדמנציה ;

(6) קביעת תוכנית התערבות טיפולית, ובכללה טיפול תרופתי, מעורבות מטפלים נוספים ומעורבות גורמי רווחה וקהילה אחרים לתמיכה בחולה ובמשפחתו ;

- (7) לשקול אפשרויות תמיכה במטפל העיקרי באמצעות קיום סדנאות פרטניות, שיועברו על ידי עובדות סוציאליות אשר הוכשרו בנושא ;
- (8) הגברת המודעות לקיומם של ייפוי כוח או הנחיות רפואיות מקדימות על ידי המטופל, ובמידת האפשר, סיוע בהכנתם.

### **תוספת שישית – תכני הכשרה לעובדים סוציאליים המעבירים מפגשי הנחיה לתמיכה במטפל**

#### **עיקרי**

#### **(סעיף 20, פסקה 5(ב))**

- (א) אלצהיימר ודמנציה: מהם אלצהיימר ודמנציה, תסמינים אופייניים, התנהגויות מאתגרות, אבחון ותקשורת.
- (ב) תוכנית ליווי וטיפול פרטני במשפחות המתמודדות עם דמנציה, מיהו המטפל העיקרי, מה המשמעות של להיות מטפל עיקרי, ההשלכות והדרכים להתמודדות מיטיבה.
- (ג) המשפחה המתמודדת עם חולה דמנציה: מה קורה למשפחה במשבר, השפעתה על הפרט במשפחה, המשפחה כמשאב להתמודדות.
- (ד) מודל ההתערבות לסיוע למטפל העיקרי.

### **תוספת שביעית – כללים לבניית תוכנית שיקום בית בקופת החולים**

#### **(סעיף 23, פסקה 3(א))**

תוכנית שיקום בית תיבנה בהתאם לכללים ולעקרונות האלה:

- (א) התוכנית תנוהל בידי רופא אחד או יותר, שהוא רופא מומחה ברפואה שיקומית או רופא מומחה אחר המנוסה בביצוע הערכה ובקביעת תוכנית שיקומית (להלן – מנהל תוכנית שיקום הבית);
- (ב) התוכנית תכלול נוהל פנימי שבו ייקבעו הנחיות לעניין איתור והפניית מטופלים בהתבסס, בין השאר, על חוזר מנהל הרפואה מס' 4/2009 בנושא: "אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים" (להלן – חוזר מנהל הרפואה למתן טיפול שיקומי לקשישים), וכן תכלול תנאים והנחיות ליישום הטיפול במסגרת שיקום בית;
- (ג) התוכנית תגדיר אמצעים לפיקוח ולבקרה על יישום התוכנית, אשר יבטיחו את איכות הטיפול השיקומי הניתן במסגרת התוכנית, לפי אמות המידה המקצועיות המקובלות ולפי התנאים שנקבעו בנוהל הפנימי ובמבחנים אלה;
- (ד) התוכנית תבוצע בידי צוות שיקום רב מקצועי (להלן – צוות השיקום), אשר יכלול רופא ואח וכן מטפלים רפואיים במקצועות הבריאות הנוגעים לעניין, כגון: עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור ובבליעה, טיפול של תזונאי, וכיוצא באלה;
- (ה) מנהל תוכנית שיקום הבית יבצע הערכה רפואית ותפקודית רב תחומית לכל מטופל בתחילת הטיפול, ויקבע תוכנית טיפול שיקומית על בסיסה, ולאחר מכן יבצע הערכה שיקומית בתדירות של פעם בשבועיים לפחות; מנהל תוכנית שיקום הבית יקבע גם את מועד סיום השיקום והמשך הטיפול והמעקב הנדרשים בתום השיקום;

- (ו) למטופל תבוצע הערכה תפקודית (FIM) בתחילתה ובסיומה של תוכנית הטיפול השיקומית ;
- (ז) תוכניות השיקום המקצועיות – פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכיוצא באלה, יותאמו בידי מטפלי מקצועות הבריאות לפי הצורך הרפואי, בתיאום ובאישור מנהל תוכנית שיקום הבית ;
- (ח) רופא מטפל מצוות השיקום יבקר בבית המטופל בתדירות של פעם בשבועיים לפחות ;
- (ט) אחות מתוך צוות השיקום תבקר בבית המטופל בתדירות שבועית לפחות ;
- (י) יבוצעו טיפולים בבית המטופל על ידי איש צוות אחד או יותר מצוות השיקום, למעט אחות ורופא ; הטיפולים יבוצעו בתדירות של 5 טיפולים בשבוע לפחות, ב-3 ימים מתוך ימות השבוע לפחות ;
- (יא) ימונה כונן שיהיה זמין טלפונית למטופל במהלך שעות פעילות קופת החולים ;
- (יב) משך שיקום הבית לכל מטופל יהיה שבועיים לפחות ;
- (יג) במצב בו השיקום נדרש לאחר אשפוז – תחילת הטיפול השיקומי במסגרת שיקום הבית תתבצע בתוך 72 שעות לכל המאוחר, משחרור המבוטח מאשפוז ;
- (יד) הטיפול השיקומי יתועד ברשומה הרפואית הממוחשבת של המבוטח בקופת החולים.

### **תוספת שמינית – כללים לבניית תוכנית שיקום בית מרחוק בקופת החולים**

#### **(סעיף 24, פסקה 3(א))**

- תוכנית שיקום בית מרחוק תיבנה בהתאם לכללים ולעקרונות האלה :
- (א) לתוכנית נקבע מנהל רפואי האחראי על השירות, ובכלל זה :
- (1) אחראי להכשרת המטפלים למתן טיפולי שיקום מרחוק ;
  - (2) אחראי לקיום נהלי בטיחות למתן טיפול השיקום מרחוק, ובכלל זה הגדרת המצבים בהם אין להעניק טיפול שיקום מרחוק ;
  - (3) אחראי להתאמת סוג המכשור הטכנולוגי, המשמש לשיקום מרחוק, לרבות קיום אישורי האמ"ר נדרשים ;
  - (4) אחראי לקיום מערך בקרה ולקיום נהלי אבטחת איכות בדגש על עבודה בהתאם לנהלי השירות, על דיווח במקרים חריגים ועל שמירת רצף הטיפול ;
- (ב) התוכנית מופעלת בכפוף לאמות המידה המפורטות בחוזר מנהל הרפואה מס' 15/2012 בנושא : "אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק (טלה-רפואה/טלה-רפואה/Telemedicine)" ובחוזר מנהל הרפואה למתן טיפול שיקומי לקשישים ;
- (ג) המטופלים שהשתתפו בתוכנית הביעו את הסכמתם לכך, וזאת לאחר שנמסר להם המידע הנדרש לצורך קבלת ההחלטה ;
- (ד) השירות ניתן למטופל כחלק מתוכנית שיקום אישית כוללת, לאחר ביצוע הערכה שיקומית על ידי רופא שיקום ותוך היוועצות, במידת הצורך, עם מטפלי מקצועות הבריאות ;
- (ה) השירות כולל טיפולי שיקום מרחוק במקצועות הבריאות, כולם או חלקם, בהתאם לצורך הרפואי.

## תוספת תשיעית – הכשירות המקצועית הנדרשת ממקדם בריאות

### (סעיף 31, פסקת משנה 4(א)(1))

בעל הכשרה אקדמית בתחום קידום בריאות ממוסד אקדמי בארץ או מחוץ לישראל, על פי אחת מהחלופות האלה:

- (א) בעל תואר שני בתחום בריאות הציבור, במגמת קידום בריאות;
- (ב) בעל תואר שני או דוקטורט במקצועות הבריאות, בריאות הציבור או מדעי החברה, שקיבל הכשרה נוספת בתחום קידום בריאות – בקורסים אוניברסיטאיים בקידום בריאות, בהיקף של 4 קורסים של שעתיים סמסטריאליות במגמת קידום בריאות בבתי הספר לבריאות הציבור לפחות;
- (ג) בוגר אחד ממחזורי הקורס "מובילי קידום בריאות" של המשרד אשר התקיימו בין השנים 2009 עד 2015;
- (ד) עובדי קידום בריאות ותיקים בקופת החולים, שבשנת 2015 כבר צברו וותק של חמש שנות ניסיון מוכח כמקדמי בריאות בקופת חולים.

## תוספת עשירית – אמות המידה להפעלת קבוצות סיוע לחולי סוכרת

### (סעיף 31, פסקת משנה 4(ב)(1))

- (א) מספר המשתתפים בכל קבוצה לא יעלה על 18 מטופלים.
- (ב) תוכנית הפעילות תקנה למשתתפים כלים להתמודדות עם שינוי באורח החיים בעקבות מחלת הסוכרת וכלים לניהול עצמי של המחלה בשלוש דרכים עיקריות:
  - (1) הקניית מידע מתאים לגבי המחלה, הטיפול במחלה, דרכי ההתמודדות עם המחלה, מניעת סיבוכים, חשיבות המעקב והאפשרות לנהל אורח חיים תקין ופעיל למרות המחלה;
  - (2) הנחיה לשינוי התנהגות בריאותית ולהעצמת המסוגלות העצמית (self efficacy);
  - (3) תמיכה קבוצתית (Peer support).
- (ג) במסגרת התוכנית יתקיימו בין 6 ל-9 מפגשים לפחות, שאורכם שעה וחצי עד שעתיים לפחות, ושאורכם הכולל הוא 12 שעות לפחות.
- (ד) ההנחיה תתבצע בידי מנחה אחד לפחות, העוסק באחד ממקצועות הטיפול האלה: רופאים, אחים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, תזונאים, עובדים סוציאליים, עובדי קידום בריאות או פסיכולוגים קליניים, שעברו הכשרה מתאימה להנחיית קבוצה בנושא זה.
- (ה) טיפול תזונתי, ככל שיתקיים, יתבצע על ידי דיאטן קליני, בעל ניסיון והכשרה בהנחיית קבוצות.

## תוספת אחד עשרה – אמות המידה להפעלת קבוצות לפעילות ירידה במשקל וטרום סוכרת

### (סדנה משותפת)

### (סעיף 31, פסקת משנה 4(ב)(2))

- (א) מספר המשתתפים בכל קבוצה לא יעלה על 18 מטופלים.
- (ב) תוכנית הטיפול שלפיה יפעלו הקבוצות, מיועדת לשינוי הרגלי האכילה של משתתפי הקבוצה, ותכלול הדרכה עדכנית בנושא תזונה, דיאטה ובניית תפריט, ופעילות גופנית; התכנים ימוקדו בהגברת המודעות העצמית להרגלי אכילה והקניית כלים להתמודדות עם פיתויים תזונתיים; הטיפול יכלול הדרכה לפעילות גופנית לכל משתתפי הקבוצה והפניה לפיזיותרפיה, במידת הצורך, למי שמתגלה אצלו בעיה מיוחדת בביצוע פעילות גופנית; במהלך המפגשים יבוצע מעקב אחר ירידה במשקל על ידי הצוות המנחה בקבוצה.
- (ג) במסגרת תוכנית הפעילות יתקיימו 10 מפגשים לפחות, ומשכו של כל מפגש יהיה שעה וחצי לפחות.
- (ד) ההנחיה תתבצע בידי מנחה אחד לפחות, העוסק באחד ממקצועות הטיפול האלה: רופאים, אחים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, תזונאים, עובדים סוציאליים, עובדי קידום בריאות או פסיכולוגים קליניים, שעברו הכשרה מתאימה להנחיית קבוצה בנושא זה.
- (ה) טיפול תזונתי, ככל שיתקיים, יתבצע על ידי דיאטן קליני, בעל ניסיון והכשרה בהנחיית קבוצות.

### **תוספת שתיים עשרה – אמות המידה להפעלת קבוצות הדרכת קשישים לאורח חיים בריא**

#### **(סעיף 31, פסקת משנה 4(ב)(3))**

- (א) תכני הקבוצה יכללו אחד מאלה לפחות:
- (1) העצמת המשתתפים והקניית מידע מתאים לשמירה על בריאות ואורח חיים בריא בגיל 65 ומעלה; ניהול אורח חיים פעיל ובריא בגיל המבוגר, אוריינות בריאות, לרבות אוריינות בריאות דיגיטלית, שימוש מושכל בתרופות והתמודדות עם ריבוי תרופות, תזונה, המעקב הרפואי העיתי וביצוע בדיקות סקירה;
- (2) סדנה לפעילות גופנית בקבוצה והדרכה והעצמה להטמעה ולקיום אורח חיים פעיל.
- (ב) מספר המשתתפים בכל קבוצה לא יעלה על 18 מבוטחים.
- (ג) כל קבוצה תקיים בין 6 ל-9 מפגשים, שאורכם שעה וחצי עד שעתיים לפחות; אולם בסדנאות לגביהן נקבע כי משך כל מפגש יהיה קצר יותר, יוגדל מספר המפגשים בסדנה בהתאמה;
- (ד) הקבוצה תודרך על ידי מנחה אחד לפחות, העוסק באחד ממקצועות הטיפול האלה – רופאים, אחים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטנים, עובדים סוציאליים, רוקחים, עובדי קידום בריאות או פסיכולוגים קליניים, שעברו הכשרה מתאימה להנחיית קבוצה בנושא זה.
- (ה) טיפול תזונתי, ככל שיתקיים, יתבצע על ידי דיאטן קליני, בעל ניסיון והכשרה בהנחיית קבוצות.
- (ו) הפעלת המפגשים והסדנאות לפעילות גופנית תתבצע על ידי אחד מאלה:
- (1) מורה לחינוך גופני;

- (2) מדריך ספורט בעל תעודת הסמכה, כהגדרתה בחוק הספורט, התשמ"ח-1988.<sup>46</sup>
- (ז) הפעילות הגופנית במסגרת הסדנאות תכלול, בין היתר, פעילות ארובית, אימוני התנגדות, תרגילי גמישות ותרגילי שיווי משקל.
- (ח) מפגש אחד לפחות, יתקיים בשיתוף עם נציגים רלוונטיים מהרשות המקומית כגון: מחלקת הבריאות, הרווחה, ההתנדבות, וכיוצא באלה או עם נציג רלוונטי ממוסד הממשלה או מעמותה ציבורית רלוונטית.

### **תוספת שלוש עשרה – אמות המידה להפעלת קבוצות הדרכת מתמודדים עם מגבלה נפשית**

#### **לאורח חיים בריא**

#### **(סעיף 31, פסקת משנה 4(ב)(4))**

- (א) מספר המשתתפים בכל קבוצה לא יעלה על 18 מבוטחים.
- (ב) תוכנית המפגשים תקנה למשתתפים כלים להתמודדות עם שמירה על אורח חיים בריא בדרכים האלה:
- (1) הקניית מידע מתאים לשמירה על בריאות ואורח חיים בריא, ניהול אורח חיים פעיל, אוריינות בריאות, לרבות אוריינות בריאות דיגיטלית, שימוש מושכל בתרופות, המעקב הרפואי העיתי, הדרכה לביצוע פעילות גופנית בקבוצה ובאופן עצמאי וביצוע בדיקות סקירה;
- (2) הנחיה לשינוי התנהגות בריאותית ולהעצמת המסוגלות העצמית (self efficacy);
- (3) תמיכה קבוצתית (Peer support).
- (ג) כל קבוצה תקיים 6 עד 9 מפגשים, שאורכם שעה וחצי עד שעתיים לפחות.
- (ד) הקבוצה תודרך על ידי מנחה אחד לפחות, העוסק באחד ממקצועות הטיפול האלה – רופאים, אחים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטנים, עובדים סוציאליים, רוקחים, עובדי קידום בריאות או פסיכולוגים קליניים, שעברו הכשרה מתאימה להנחיית קבוצה בנושא זה.
- (ה) טיפול תזונתי, ככל שיתקיים, יתבצע על ידי דיאטן קליני, בעל ניסיון והכשרה בהנחיית קבוצות.
- (ו) תכני הקבוצה יבחרו בהתאם לצרכי קבוצת היעד.

### **תוספת ארבע עשרה - אמות המידה להכשרת המטפלים ולמתן ייעוץ למטופלים בנושאי שינוי**

#### **ושימור התנהגות בריאותית**

#### **(סעיף 31 – פסקת משנה 4(ג))**

- (א) המפגשים יתבצעו על ידי מטפלים ממקצועות הרפואה, הסיעוד, ממקצועות הבריאות ומקדמי בריאות.
- (ב) הכשרת המטפלים תהיה בהיקף שלא יפחת מ- 16 שעות; ההכשרה תתבסס על מודלים מבוססי ראיות, המוכרים בספרות המקצועית. ותכני ההכשרה יכללו העצמת מסוגלות

<sup>46</sup> ס"ח התשמ"ח, עמ' 122; התשס"ג, עמ' 61; התשע"ז, עמ' 548.

אישית (Self efficacy); הנעה וליווי לשינוי ההתנהגות הבריאותית; תחזוקת שינוי ההתנהגות הבריאותית; תמיכה בביצוע שינויי אורחות חיים:

(ג) משך מפגש טיפולי ייעודי, שעניינו שינוי ושימור ההתנהגות הבריאותית יהיה 30 דקות; תכני המפגשים הטיפולים יתועדו ברשומה הרפואית הממוחשבת, בנפרד ממפגשים טיפוליים אחרים המהווים חלק מעבודתו השוטפת של המטפל.

(ד) התייעוד יכלול את הנושאים האלה – נושא ההתערבות שנבחר, תהליך ההתערבות והמודל בו נעשה שימוש, שלב ההתערבות וסטטוס שינוי ההתנהגות.

**תוספת חמש עשרה – פורמט להגשת תוכנית לפיתוח והטמעה או הטמעת טכנולוגיות בריאות**

**דיגיטלית**

**(סעיף 35, פסקה 3(א))**

עבור כל פרויקט הכלול בתכנית שהוגשה, יש למלא את פורמט ההגשה בנפרד.

יש לצרף עמוד זה לכל הגשה של פרויקט בנפרד.

**פרטי התקשרות של מוביל התכנית מטעם הקופה:**

	שם מלא
	טלפון נייד
	כתובת מייל
	חתימה

**מאשרי התכנית מטעם הקופה:**

שם מלא	חתימה	
		מנהל הקופה
		מנהל מערכות המידע
		מנהל הכספים

**פרטים על התכנית:**

	שם התכנית
	סכום התכנית הכולל

	<b>סכום התמיכה המבוקש</b>
--	-------------------------------

### נא להתייחס ולמלא כל אחת מן הנקודות שלהן:

#### עיקרי התכנית

הקופה מתבקשת להגיש סיכום קצר המכיל את עיקרי התכנית המוגשת בהתאם לנקודות הבאות:

- מהו נושא התכנית מתוך הנושאים בסעיף 11(ב)?
- מהו הצורך עליו הפתרון המוצע בתכנית נותן מענה?
- מהו הפתרון המוצע?
- כיצד הפתרון המוצע בתכנית מהווה מענה לצורך המפורט לעיל?
- מה הערך והשימויות הקלינית והכלכלית?

#### ערך הבריאות והיתכנות המימוש שלו

##### **היקף האוכלוסייה המושפעת**

- (1) מיהו קהל היעד אשר יושפע מהטמעת הפתרון? מהו האופן בו הפתרון מותאם אליהם וכיצד מיועד להיות מופעל? מה הצפי להיענות המטופלים? על סמך מה הוא מבוסס?
- (2) מהי שכיחות המצב הרפואי בקהל יעד זה שהפתרון יספק לו מענה?

##### **השוואה לשיטת הטיפול הקיימת היום**

- (1) מהי השיטה המקובלת היום לטיפול (standard of care)? מהם המאפיינים של תהליך הטיפול ושל מסע המטופל בעת קבלת טיפול?
- (2) היכן בתהליך זה מיועד הפתרון להשתלב? האם הוא מחליף פרוצדורות קיימות?
- (3) עד כמה הפתרון המוצע ישפר או ייתן אלטרנטיבה טובה יותר לשיטת הטיפול הקיימת בקופה?

##### **מחקר מלווה**

יש לתאר ברמת על את תכנית המחקר שיילווה את הטמעת הפרויקט.  
על התיאור להכיל ברמת על את מתווה המחקר, תוצאים קליניים ותוצרים כלכליים צפויים מהפעלת השירות.

יצויין כי במסגרת מבחנים אלה (לפי הוראות סעיף ג(6)) יש להגיש לאישור המשרד מתווה מחקר מלא לא יאוחר מחצי שנה מאישור התכנית.

## **התאמת הפתרון לארגון**

### **תיאור הפתרון**

- (1) מהו הפתרון הטכנולוגי המוצע? נא לתאר בפירוט את הפתרון לרבות תמונות, מסכים וכל אמצעי אחר שייסייע להבין את מהותו.
- (2) עד כמה הטכנולוגיה בשלה ופעילה בארגון שלכם או בארגונים אחרים?

### **ישימות הפתרון ברמה הארגונית והשתלבות בתהליכי עבודה**

- (1) האם נדרשת התאמה וממשקים למערכות המידע בארגון וכיצד היא תתבצע, הן בשלב הפיילוט והן בשלב הטמעה?
- (2) כיצד תשתלב הטכנולוגיה בתהליכי העבודה הקיימים? האם נדרשות התאמות בפרוטוקולים ושגרות עבודה לטובת הפעלת הפרויקט? במידה וכן כיצד נערך לכך הארגון?
- (3) האם תידרש הכשרה לעובדים? מהו זמן ההכשרה? האם צפוי שינוי בעומס הפיזי או הקוגניטיבי על הצוות?

### **ערך וישימות כלכלית**

#### **היערכות ומשאבים נדרשים**

- (1) אילו תשומות נדרשות מצד הארגון לצורך ביצוע התכנית (זמן, כסף, קשב ניהולי, אחר)?
- (2) האם קיימת מטרה להרחיב את השימוש בפתרון בארגון במקרה בו הפיילוט יניב תוצאות טובות? אלו משאבים ידרשו לצורך כך ולצורך התחזוקה השוטפת?
- (3) האם יש צורך בצידוד או בתשתיות ייחודיים?

### **זיהוי תועלת כלכלית ומרכיביה**

- (1) מהן מרכיבי עלות המחלה שניתן למנוע באמצעות שימוש בשירות החדש? האם אלה עלויות בהן הארגון נושא? האם ניתן לזהות את עלויות המחלה המיוחסות לקבוצת האוכלוסייה במיקוד?
- (2) האם צפוי ייעול תהליכים במסגרת מימוש הפתרון? מהן העלויות התפעוליות אשר יושפעו?

#### **מדדים ויעדים כלכליים**

(1) מהם יעדי ההצלחה של הארגון בתכנית? מהו הערך הכלכלי של עמידה ביעדים אלה מבחינת חיסכון בעלויות מחלה?

(2) כיצד הארגון יאסוף את הנתונים לצורך מדידת הערך הכלכלי של הפתרון ובחינת העמידה ביעדים הכלכליים שהוצבו?

**השוואת עלות-תועלת לשיטת הטיפול הקיימת היום (במידה והפתרון מהווה תחליף לשיטת טיפול קיימת)**

(1) האם מודדים היום את העלות והתועלת של התהליך הקיים?

(2) כיצד צפוי שהפתרון החדש ישפיע על תוצאות אלה?

### **שימושיות והיבטים חברתיים**

#### **שימושיות**

(1) האם הפתרון מתאים לשימוש על ידי כל אוכלוסיית היעד? האם נדרשות התאמות מיוחדות על מנת להתאים את הפתרון עבור אוכלוסיות מגוונות (לרבות התאמות תרבותיות ואוריינות דיגיטלית)?

(2) האם השימוש במוצר כרוך בהשתתפות עצמית (כלכלית) של המשתמשים? אם כן – האם ציפייה זו תואמת את יכולות המימון של קהל היעד?

#### **השפעה חברתית**

מהי השפעת הפתרון על מטופלים באזורים פריפריאליים?

#### **שיתופיות ולמידה הדדית**

בכוונת המשרד לפרסם מידע כללי על התכניות מיד לאחר אישורן.

המשרד יפרסם את שם התכנית, נושא התכנית, ארגון/ארגוני הבריאות המעורבים בתכנית, ופסקה קצרה המתארת את מהות התוכנית; בהתאם, אנא כתבו את הפסקה שתפורסם.

### **תכנית עבודה ומדדים:**

יש להציג תכנית עבודה מפורטת הכוללת את המשימות, עלויות ולוחות זמנים הנדרשים למימוש הפרויקט:

שלב בתכנית (אבן דרך)	פירוט ההישגים המוחשיים של שלב זה	משאבים (טכנולוגיה, כ"א)	מועד מתוכנן להשלמת השלב בתכנית	עלות

--	--	--	--	--

**פירוט עלויות התכנית:**

משאבים (טכנולוגיה, כ"א)	תיאור ההוצאה והצורך לתוכנית	סכום בש"ח	אבן/אבני הדרך להן העלות מיוחסת
(ספק חיצוני, עובד הארגון, שם הכלי הטכנולוגי, אחר (פרט))			

**מדידה**

יש להגדיר מדדים לבחינת הפתרון בארגון (קליניים/שירותיים/תפעוליים וכו') – יש לציין לפחות מדד תוצאה אחד למדידת המועילות של הפתרון (Outcome), מדד אחד להצלחת ההטמעה (שימושיות) ולפחות מדד כלכלי אחד.

מספר	שם המדד	תיאור המדד	תיאור אופן מדידה	ערך המדד היום (במידה וקיים)
1				
2				
3				

**תוספת שש עשרה – התכנים הנדרשים בדוח המסכם לפרויקט פיתוח והטמעה של טכנולוגיות**

**בריאות דיגיטלית**

**(סעיף 35, פסקה 3(ז))**

- (א) היקף אוכלוסיית המטפלים והמטופלים אשר עשתה שימוש בפתרון בתקופת ההטמעה.
- (ב) האתגרים הארגוניים בהטמעת הפתרון וכיצד הארגון התמודד עימם.
- (ג) דיווח תוצאות מדידת היעילות, המועילות והצלחת ההטמעה בארגון, בהתאמה למדדים שהוגדרו עם הגשת התוכנית, בדגש על מדדי תוצאה, כגון: האם השימוש בטכנולוגיה למניעת נפילות הצליח למנוע נפילות.
- (ד) דיווח הערך הכלכלי הישיר והעקיף של השימוש במודל הפעילות החדש ובטכנולוגיה שהוטמעה, בהתאמה להצעת המדידה שהוגדרה עם הגשת התוכנית.
- (ה) תגובות משתמשים (אופציונלי).

(ו) שיתוף מבנה הנתונים בסטנדרט FHIR, ככל שמדובר בפרויקט שסוכם שיפותח בסטנדרט FHIR.

### **תוספת שבע עשרה – מטופלים מורכבים**

#### **(סעיף 36, פסקה (1))**

ניקוד

קטגוריה

#### **קטגוריית מצב תפקודי (חלה ירידה משמעותית בתפקוד)**

- 1 קיימת מגבלה בתפקוד בשתיים או ביותר משש הפעולות המוגדרות במסגרת מבחן ה-ADL – קימה ושכיבה, רחצה, לבוש, אכילה ושתייה, ניידות ושליטה על סוגרים
- 1 תיעוד של נפילות ושברים בחצי שנה האחרונה
- 1 מבקרי יתר במרפאות וצרכני יתר – במהלך הרבעון האחרון, מעל פעמיים בשבוע במהלך 3 שבועות ברצף

#### **קטגוריית מצב רפואי (קיימת אי-יציבות רפואית)**

- 1 אשפוז או הגעה למיון פעמיים בחצי השנה האחרונה או סיכון לאשפוז חוזר בתוך חודש ו-3 אשפוזים בחצי שנה
- 1 ריבוי תרופות (תרופות למחלות כרוניות) – 6 ומעלה (שימוש של 3 חודשים לפחות) כולל OTC
- 1 חולים שלא רוכשים תרופות המומלצות על ידי הרופא המטפל\*
- 1 קיום ניסיונות אובדניים
- 1 אבחנת דיכאון
- 1 נוכחותן של יותר מ-4 מחלות כרוניות מהרשימה שלהלן:
- (1) סוכרת
- (2) סרטן (ממאירות)
- (3) יתר לחץ דם
- (4) מחלה לבבית, כגון: מחלת לב איסכמית ואי-ספיקת לב כרונית
- (5) מחלת כלי דם פריפרית
- (6) מחלת ריאות חסימתית
- (7) מחלת כליות כרונית
- 1 דמנציה והפרעות התנהגותיות, אבחנה של MCI, ירידה קוגניטיבית קלה

## ניקוד

## קטגוריה

### קטגוריית מצב סוציאלי

1	ניצול שואה
1	חוה משבר בשנה האחרונה – מוות של בן או בת זוג, מוות של המטפל העיקרי
1	בדידות (דיווח של המטופל על תחושת בדידות)
1	מעל גיל 90
1	עריריות או העדר משפחה קרובה
1	המטופל חי עם בן משפחה עם צרכים מיוחדים
1	המטופל חי עם בן משפחה עם צרכים מיוחדים
1	הזנחה או התעללות על ידי בן משפחה או אחר במחצית השנה האחרונה
1	חסר בצרכים בסיסיים או שירותים חיוניים לזקן
1	הזנחה עצמית – הימנעות מקבלת טיפול רפואי, מאכילה ומרחיצה ואי-שמירה על מצב היגייני של הזקן ושל מקום מגוריו*
1	עומס רב על מערכת התמיכה
1	יחסים קונפליקטואליים בין בני המשפחה

### תוספת שמונה עשרה – עקרונות תכנית תיאום טיפול

#### (סעיף 36, פסקה 4(א))

- (א) תהליך תיאום הטיפול יארך שלושה חודשים לפחות.
- (ב) מפגש קבלה (אינטייק) יבוצע לקשיש בביתו על ידי האח והעו"ס במשותף; אם מבחנים אלה ילוו בתכנית תואמת של שירותי הרווחה, העו"ס המשותף במפגש הקבלה יהיה עו"ס משירותי הרווחה.
- (ג) קבלת המטופל על ידי האח תכלול את ביצוע האומדנים הסיעודיים האלה:
- (1) הערכת מצב המטופל על פי מערכות הגוף, לרבות סימנים חיוניים;
  - (2) אומדן כאב בהתאם למצב הקוגניטיבי או התקשורתי של המטופל;
  - (3) אומדן תפקודי – הערכת יכולת המטופל לביצוע פעילויות היום-יום (Activity Daily Living) וקביעת מידת התלות התפקודית;

- (4) אומדן מצב העור וקיום פצעי לחץ ;
- (5) הערכת מסוכנות לנפילות ;
- (6) אומדן שלמות ומצב בריאות הפה, לרבות לעיסה ובליעה ;
- (7) אומדן כף רגל סוכרתית בחולי סוכרת ;
- (8) סיקור תזונתי ;
- (9) אומדן והערכה של ההיענות לטיפול תרופתי ;
- (10) הערכת ההיענות למעקב וביצוע בדיקות ;
- (11) הערכת בטיחות סביבת המטופל.
- (ד) קבלת המטופל על ידי עובד סוציאלי מקופת החולים תכלול ביצוע הערכה פסיכוסוציאלית, ובכללה אומדן מצבו הרגשי של המטופל, הערכת תפקודו, שלילת מצבי התעללות או הזנחה והערכת תפקוד מטפלו העיקרי.
- (ה) צוות התיאום יקבע במשותף עם המטופל את תכנית התיאום הנדרשת ואת היעדים להשלמת תכנית התיאום.
- (ו) אחד מחברי הצוות ייקבע כ"מוביל" תהליך התיאום בהתאם לאופן ההתערבות העיקרי הנדרש, בין אם רפואי ובין אם פסיכוסוציאלי.
- (ז) תיאום הטיפול יכלול פעולות כגון: גיבוש המלצות רפואיות וסיעודיות וביצוע התיאומים הנדרשים מול צוות המרפאה המטפל ומול גורמי רפואה ורווחה נוספים בקופת החולים ומחוצה לה, תמיכה פסיכוסוציאלית במטופל ובמשפחתו, קביעת תורים נדרשים, ליווי המטופל ומשפחתו במהלך ביצוע בדיקות ומפגשים רפואיים, סיוע במימוש זכויות במערכות הבריאות והרווחה, מעקב אחר מימוש התכנית הטיפולית ומצבו הרפואי של המטופל.
- (ח) מפגשים פרונטליים בין האח או העו"ס המתאמים מקופת החולים לבין המטופל יתקיימו בתדירות חודשית לפחות.
- (ט) מפגש עם הרופא המטפל יתקיים פעם אחת לפחות, במהלך תקופת תיאום הטיפול ובמידת האפשר בסמוך לקליטת המטופל לתכנית תיאום הטיפול.
- (י) מפגשי עבודה בין האח המתאם לעו"ס מטעם שירותי הרווחה יתקיימו בתדירות חודשית לפחות; במצב שבו העו"ס המתאם שייך לשירותי הרווחה יתקיימו המפגשים הללו בלשכת הרווחה.