

נוהל בריאות השן 8.9 נוהל בריאות הנפש 65.001	מהדורה מס': 4 ,
דף 1 מתוך 9 דפים	תאריך תוקף : 01.01.2025
הנושא : טיפול שיניים לזכאי סל שיקום – בקהילה	נוהל מספר 8.9
הנדון: מתן שרות דנטלי לזכאי סל שיקום	

1. כללי:

סעיף ו' לתוספת לחוק שיקום מתמודדי נפש בקהילה, התש"ס 2000 (להלן – "החוק") קובע זכאותם של מתמודדי נפש, שקיבלו אישור לכך מועדת שיקום אזורית הפועלת לפי החוק לקבל שירותים מתחום טיפול השיניים כחלק מתוכנית שיקום.

2. מטרה:

הסדרת תהליך מימוש הזכאות לקבלת טיפול דנטלי על ידי מתמודדים, זכאי סל שיקום במרפאות המספקות את שירותי רפואת השיניים ואשר בהתקשרות עם המשרד.



3. אחריות:

אחריות ליישום נוהל זה חלה על :

- 3.1 מנהלי תחום שיקום פסיכיאטרי
- 3.2 מנהלי מרפאות השיניים שבהתקשרות עם משרד הבריאות ורופאים אחראים במרפאת השיניים
- 3.3 פסיכיאטר מחוזי
- 3.4 מרכז שירות דנטלי למתמודדי נפש באגף לבריאות השן במשרד הבריאות
- 3.5 סגן ראש האגף לבריאות הנפש או מי מטעמו

4. אזכורים:

- 4.1 חוק שיקום מתמודדי נפש בקהילה, תש"ס, 2000

אושר על-ידי:	עודכן על-ידי:
	
<p>ד"ר גלעד בודנהיימר מנהל האגף לבריאות הנפש</p>	<p>ד"ר לנה נטפוב מנהלת האגף לבריאות השן</p>

5. הגדרות:

- 5.1 **זכאי סל שיקום** – מתמודד נפש אשר ועדת שיקום מחוזית אישרה לו תכנית שיקום לפי החוק שכוללת שירותים מתחום טיפולי שיניים.
- 5.2 **סל שירותים דנטליים או סל השירותים** – רשימת הטיפולים הדנטליים שזכאי סל שיקום יכול לקבל במסגרת תכנית שיקום. כפי שמפורט בנספח 4.
- 5.3 **מרפאת שיניים – מרפאת שיניים שבהתקשרות עם משרד הבריאות לצורך מתן שירותים דנטליים לזכאי סל שיקום.** סגן ראש האגף לבריאות הנפש – אחראי על מערך השיקום בבריאות הנפש.
- 5.4 **רופא שיניים מחוזי** - רופא אחראי לבריאות השן בלשכת הבריאות המחוזית של משרד הבריאות.
- 5.5 **מרכז השירות או המרכז** – רופא שיניים או רכז מנהלי של השרות באגף לבריאות השן במשרד הבריאות.
- 5.6 **מנהל תחום שיקום פסיכיאטרי** - האחראי על ועדת סל שיקום באזור בלשכת הפסיכיאטר המחוזי.
- 5.7 **תעריפים מאושרים** – התעריפים אותם משלם המשרד בהתאם להתקשרות עם מרפאת השיניים, כפי שהם מתעדכנים מעת לעת על ידי המשרד.

6. חלות :

נוהל זה חל על :

- 6.1 לשכות הבריאות
- 6.2 לשכות הפסיכיאטר המחוזיים
- 6.3 מרפאות השיניים, שבהתקשרות עם משרד הבריאות, המעניקות שירות דנטלי לזכאי סל שיקום.

7. הזכאות לטיפול שיניים :

- 7.1 הזכאות לטיפול הינה רק לשירותים המפורטים בסל השירותים (נספח 4) מסמך 65.001.05
- 7.2 תוקף הזכאות- 12 חודשים מאישור ועדת סל שיקום (יש להתחיל בטיפול ולסיימו תוך תקופת הזכאות). **במקרים שהטיפול נמשך מעל שנה יש צורך בחידוש החלטת וועדת סל שיקום ואישור מרכז שירות באגף לבריאות השן.**
- 7.3 טיפול מניעתי ומשמר יכול להינתן, בהתאם לצורך, ללא הגבלה בהתאם להחלטת ועדת סל שיקום עדכנית ואישור תוכנית הטיפול על ידי מרכז השירות.
- 7.4 טיפול משקם ניתן אחת לחמש שנים בהתאם להחלטת ועדת סל שיקום עדכנית ואישור תכנית הטיפול על ידי מרכז השירות.
- 7.5 בקשות לאישורים חריגים, יש להפנות למרכז השירות יחד עם בקשה מנומקת של המרפאה.

8. הפעלת השירות (שיטה):

- 8.1 מתמודד שזקוק לטיפול שיניים ומעוניין במימון על ידי משרד הבריאות, בקשתו תופנה וועדת סל שיקום.
- 8.2 וועדת סל שיקום תדון בבקשה ותקבל החלטה בהתאם לתכנית השיקומית של הפונה. החלטת וועדת סל שיקום תועבר למתמודד ולגורם המפנה למימוש ההחלטה באחת ממרפאות שבהתקשרות עם המשרד (רשימת המרפאות מופיע באתר משרד הבריאות).
- 8.3 לאחר בדיקה קלינית ורנטגנית באחת מהמרפאות שבהתקשרות עם המשרד ימלא הרופא המטפל תכנית טיפול מתומחרת בטופס בקשה לריפוי דנטלי נספח 1 מסמך מספר 65.001.02 ויעביר לאישור מרכז השירות באגף בריאות השן-משרד הבריאות.
- 8.3.1 התכנית תכלול רק טיפולים המפורטים בסל השירותים (נספח 4.65.001).

8.3.2 העתק התכנית ישמר ברשומה של המטופל במרפאה.

8.3.3 טרם תחילת הטיפול במרפאה יש לקבל הסכמה מדעת של המתמודד לבידוק ולטיפול ובכלל זה יש להסביר למתמודד על תכנית הטיפול.

8.4 במקרה בו המתמודד זקוק לטיפול שלא ניתן לביצוע במרפאה (צורך בהרדמה כללית, ניתוחי פה ולסתות וכד'), יופנה למרפאת מומחים בבתי חולים שבהתקשרות עם המשרד, לאחר קבלת אישור מראש ובכתב ממרכז השירות. לצורך קבלת אישור להפניה למרפאת מומחים יש לשלוח למרכז השירות את טפסים 65.001.04 נספח 3, וטופס בקשה לריפוי שיניים 65.004.02 נספח 1. (רשימת מרפאות המומחים שבהתקשרות עם המשרד מופיע באתר משרד הבריאות – בתי חולים שבהסדר)

8.4.1 לאחר קבלת אישור מרכז השירות, הטיפול יבוצע במרפאת המומחים, בהתאם לאישור מרכז השירות. תוכנית טיפול המבוצעת במרפאת מומחים תכלול את סוגי טיפול הנמצאים בסל השירותים שניתן בקהילה בלבד.

8.4.2 אם יש צורך בטיפול בהרדמה ואשפוז, יש לדאוג מראש לאישור קופת חולים המבטחת (טופס 17).

8.5 טיפול שיניים שנעשה טרם קבלת אישור ביצוע ממרכז השירות לא ישולם, ולמעט טיפולי עזרה ראשונה (ובלבד שבוצעו במרפאה שבהתקשרות עם המשרד).

8.6 בתום הטיפול:

8.6.1 תמלא המרפאה אישור על ביצוע ריפוי שיניים – 65.001.03 נספח 3 בצרוף חשבון אשר יישלחו למרכז השירות.

8.6.2 לא יבוצע תשלום למרפאה על ביצוע שחרג מתכנית הטיפול שאושרה מראש. במקרים בהם יש צורך בשינוי התכנית יפנה הרופא המטפל למרכז השירות עם הסבר מפורט לכך וזאת מראש ולפני ביצוע השינוי.

8.6.3 לאחר אישור מרכז השירות יועבר החשבון לתשלום בהתאם לתעריפים המאושרים.

8.7 נציג משרד הבריאות יבצע בקרות תקופתיות במרפאת שיניים בהן מטפלים בזכאי סל שיקום. בבקרות ייבדקו מתמודדים שסיימו טיפול. הבקרה תתייחס לאיכות הטיפולים, שביעות רצון המתמודד מהטיפול, היבטים כספיים ועוד. דוח סיכום הבקרה יועבר למרפאה לקבלת תגובה.

9. מימון:

9.1 משרד הבריאות יממן, על פי התעריפים המאושרים רק את השירותים המופיעים בנספח 4 אלא אם התקבל אישור מפורש בכתב ומראש ממרכז השירות למימון שירותים נוספים. על המתמודד לממן את מלוא העלות של בדיקת רנטגן או הדמיה נדרשות (צילומי סטטוס, פנורמי, CT) בין אם מבוצעות במרפאה ובין אם במכונים חיצוניים.

9.2 איסור גביית תשלומים ממתמודד:

מתמודד שאושר לו טיפול לפי נוהל זה אין לגבות ממנו כל תשלום למעט בגין צילומי רנטגן או הדמיה שבוצעו במרפאה. בנוסף, מקום שמתמודד מעוניין לשדרג כתרים מכתרי PFM על בסיס

מתכת רגילה, לכתרים מזרקוניה, ניתן לגבות מהמתמודד את ההפרש שבין עלות הכתרים השונים.

9.3 חריגה מתוכנית טיפול מאושרת:

במקרה בו מתמודד מעוניין בתוכנית טיפול השונה או החורגת מהתוכנית שאושרה לפי נוהל זה, היא תבוצע על חשבונו של המתמודד ללא כל השתתפות של משרד הבריאות. יש להבהיר את האמור למתמודד בטרם תחילת הטיפול.
9.4 המימון לטיפול הדנטלי עבור המרפאות יהיה בהתאם לתעריפים המאושרים.

10. נספחים:

65.001.02	10.2 נספח 1 טופס בקשה לריפוי שיניים – זכאי סל שיקום
65.001.03	10.3 נספח 2 אישור על ביצוע ריפוי שיניים – זכאי סל שיקום
65.001.04	10.4 נספח 3 טופס הפניה למרפאת מומחים
65.001.05	10.5 נספח 4 סל שירותים דנטליים

טופס הפניה למרפאת שיניים מומחים – זכאי סל שיקום

אל: מרפאת שיניים _____

הננו מפנים אליכם את החולה לטיפול שיניים, ולהלן פרטיו:

שם החולה _____ ת"ז מס' _____

מרפאה מפנה _____ טלפון מס' _____

מחלות גופניות: סוכרת, לחץ דם, בעיות קרישה, _____

מחלות מדבקות: HIV, הפטיטיס B, הפטיטיס C _____

האם קיבל בעבר הרדמה מקומית: כן / לא האם עבר ניתוחים בעבר: כן / לא

מצב נפשי: שקט / אי שקט

שיתוף פעולה: כן / לא / חלקי

ניידות: עצמאי / כסא גלגלים / עם ליווי

נוטל התרופות הבאות: _____

אלרגיה לתרופות: _____

מטרת ההפניה: _____

חתימה וחותמת

תפקיד

שם המפנה

תאריך

סל שירותים דנטליים:

טיפול משמר:

- סילוק אבנית, רובד.
- הדרכה להיגיינה אורלית.
- הקצעת שורשים
- שחזורים מרוכבים בשיניים קדמיות (כולל ניבים).
- שחזורי אמלגם בשיניים אחוריות (פרמולרים, מולרים).
- טיפולי שורש, כולל חידושי טיפולי שורש.
- עקירות, לרבות עקירות כירורגיות.
- מבנה מידי.
- סד לילה.

טיפול משקם:

- מבנה יצוק.
- תותבות שלמות וחלקיות.
- 2 שתלים לעיגון תותבת בלסת תחתונה.
- שתל בודד (במקרה של חוסר שן בודדת ושיניים סמוכות בריאות).
- כתרים זמנים וקבועים מחרסינה (על בסיס מתכת רגילה) – עד 5 כתרים ללסת.
- במקרים מיוחדים תאושרנה חריגות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא שיניים באגף לבריאות השן.