



חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

נוהל בריאות השן מס' : 8.4	מהדורה מס' : 6,	עדכון יוני 2019
דף 1 מתוך 9 דפים	תאריך תוקף : 1.7.2019	
הנושא : שרות דנטלי לנזקקים		
הנדון : שרות דנטלי לנזקקים במרפאות שיניים ציבוריות או פרטיות		

סימוכין – הנחיות בריאות השן 8.4 מהדורה מספר 5 מתאריך 5.10.10. (מספר שרדוקס ישן 28227310) להלן ההנחיות בנושא שבנדון המעדכנות ומבטלות את ההנחיות שבסימוכין. הנחיות אלו מבוססות על חוזרים ונהלים של המשרד והכרעת כל דין.

#### 1. כללי:

אוכלוסייה נזקקת פונה למחלקה לשרותים חברתיים ברשות המקומית לקבלת סיוע לטיפול שיניים.

#### 2. מטרה:

מטרת הנוהל להסדיר מימון טיפולי שיניים לנזקקים במרפאות שיניים ציבוריות ופרטיות בסיוע משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ובאישור מקצועי של משרד הבריאות במטרה להזיל את השרות.

#### 3. אחריות:

אחריות ליישום נוהל זה חלה על:

- 3.1 מנהל מרפאת השיניים
- 3.2 רופאי שיניים מחוזיים
- 3.3 מרכז ארצי - השרות הדנטלי לנזקקים, משרד הבריאות
- 3.4 מנהל המחלקה לשרותים חברתיים ברשות או מי שהוסמך על ידו

#### 4. אזכורים:

- 4.1 נוהל מס' 8.5 הפעלת מרפאות שיניים קהילתיות.
- 4.2 תע"ס – תקנון לעובדים סוציאליים התשכ"ג – 1963 הוראה מספר 3.16.

#### 5. הגדרות:

- 5.1 נזק – אדם הנזקק לסיוע המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית על רקע מצב של משבר זמני או מתמשך מפאת מוגבלות, עוני והדרה חברתית, קשיי תפקוד, גיל, אבטלה, הזנחה, אפליה, ניצול וסטייה חברתית שלו או של משפחתו.
- 5.2 מרפאת שיניים קהילתית – מרפאה המופעלת על ידי רשות מקומית כמפורט בנוהל 8.5 של האגף.
- 5.3 מרפאת שיניים ציבורית – מרפאה בבעלות מוסד ללא כוונות רווח שעובדת לפי מחירון טיפול שיניים לנזקקים, על פי רשיון תאגיד.
- 5.4 מרפאת שיניים פרטית – מרפאת שיניים בבעלות רופא שיניים.



- 5.5 מרכז ארצי שרות דנטלי לנזקקים – מרכז אדמיניסטרטיבי של השרות באגף.
- 5.6 סל טיפולים – טיפול שיניים מניעתי, משמר ומשקם כמפורט ב-(נספח 10.1).

#### 6. חלות:

- 6.1 רופאי שיניים במרפאות השיניים הקהילתיות, ציבוריות והפרטיות
- 6.2 המחלקה לשרותים חברתיים – ברשות המקומית

#### 7. נוהל הפעלה – מדריך לרשות המקומית

- 7.1 המחלקה לשירותים חברתיים יכולה להפנות נזקקים לטיפול שיניים :
  - 7.1.1 למרפאת שיניים קהילתית של הרשות (ברשויות המפעילות מרפאות קהילתיות, נוהל 8.5)
  - 7.1.2 למרפאת שיניים צבורית
  - 7.1.3 למרפאת שיניים פרטית

#### 8. הליך הטיפול בבקשה לסיוע בטיפול שיניים

- 8.1 מחלקה לשירותים חברתיים שסבורה כי אדם שבטיפול נזקק לסיוע במימון טיפול שיניים יפעל לפי הוראת תע"ס 3.16.
- 8.2 המחלקה לשירותים חברתיים, תפנה את הנזקק ככל שקיימת ברשות המקומית מרפאה ציבורית או מרפאה פרטית העובדת לפי מחירון של משרד הבריאות.
- 8.3 באחריות רופא השיניים במרפאה למלא את טופס "בקשה לטיפול דנטלי" (נספח 10.2) כשעותק אחד ימסר ללקוח והאחר ישמר במרפאת השיניים לצורכי בקרה ופיקוח.
- 8.4 קבלת חוות דעת אגף לבריאות השן תתקיים דלקמן : תוכנית טיפול בגובה של 24 נ"ז - המחלקה רשאית להיוועץ. מעל 24 נ"ז - חובה לקבל חו"ד מהאגף לבריאות השן על הצעת תוכנית הטיפול ועלותה.
- 8.5 המחלקה לשירותים חברתיים תעביר למרפאת השיניים התחייבות בגין טיפול שיניים בגובה ההשתתפות שאושרה.
- 8.6 למען הסר ספק, המחלקה לשירותים חברתיים רשאית להפנות למרפאות השיניים הציבוריות גם נזקקים שישאו במימון הטיפול בעצמם.

#### התנהלות מרפאה ציבורית



חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

מרפאות שיניים ציבורית מחוייבת כדלקמן:

8.7 בכל מרפאה יימצא ד"וח עבודה יומי (נספח 10.3).

8.8 מדי חודש ישלח דו"ח סיכום על עבודת המרפאה לרופא השיניים המחוזי.

#### 9. מבחני תמיכה


מרפאות שיניים המבקשות לקבל תמיכה מועדת התמיכות של משרד הבריאות יעמדו בדרישות נוהל זה, לרבות דיווח על הפעילות לרופא שיניים מחוזי, ויגישו בקשה לתמיכה בהתאם לקול הקורא המתפרסם מדי שנה באתר משרד הבריאות.

#### 10. נספחים

10.1 מחירון לטיפול שיניים לנזקים

10.2 טופס בקשה לטיפול דנטלי למתרפא

10.3 דוח עבודה יומי ודוח סיכום חודשי (חוברת טיפולים)

<p>אושר ע"י:</p>  <p>פרופ' שלמה זוסמן מנהל האגף לבריאות השן</p>	<p>מהדורה זו נערכה ע"י: גב' חנה עובד מרכזת שרות דנטלי לאוכלוסיות מיוחדות</p>
--	--

#### 10.1 נספח

Division of Dental health  
Ministry of health  
P.O.B. 1176 Jerusalem 944724  
[Dental.health@moh.gov.il](mailto:Dental.health@moh.gov.il)  
Tel: \*5400 Fax: 02-5655995

אגף לבריאות השן  
משרד הבריאות  
ת.ד. 1176 ירושלים 944724  
[Dental.health@moh.gov.il](mailto:Dental.health@moh.gov.il)  
טל: \*5400 פקס: 02-5655995



**מחירון טיפול שיניים לזכאי סל שיקום/נזקקים נכון ליום 01.08.2015**  
(סימוכין : 52740915)

מחיר מירבי ב- ₪	כללי
40	בדיקה והכנת תכנית (אחת לשנה)
90	עזרה ראשונה כולל צילום רנטגן פריאפיקלי או נשך. במידה ומתבצע המשך טיפול בשן, עלות עזרה ראשונה תקוזז מעלות הטיפול.
20	צילום פריאפיקלי או צילום נשך (ללא קשר לעזרה ראשונה)
100	צילום פנורמי
150	צילום סטטוס
250	* צילום CT לצורך השתלה
	<b>היגיינה אורלית ומניעה</b>
100	הסרת אבנית, הדרכה להיגיינה אורלית וטיפול בפלואריד, לישיבה (30 דקות)
150	הקצעת שורשים (עם הגשת מיפוי פריודנטלי - chart), לרבע פה
50	איטום חריצים, לשן אחת
	<b>שחזורים מאמלגם:</b>
130	משטח אחד
150	2 משטחים ויותר
	<b>שחזורים מחומר מרוכב בשיניים קידמיות</b>
150	משטח אחד
165	2 משטחים או יותר
330	השלמת כותרת
	<b>טיפולים לילדים</b>
135	קיטוע מוך השן { (פולפוטומי), לא כולל שיחזור סופי }
200	כתר טרומי
400	שומר מקום
80	סדציה נשאפת ("גז צחוק") – לישיבה אחת
	<b>טיפול שורש</b>



חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

350	1 תעלה
450	2 תעלות
570	3 תעלות
650	4 תעלות
50	חידוש טפול שורש (תוספת לכל תעלה)
260	מבנה ישיר (כולל יתד ושחזור סופי)
	<b><u>כירורגיה קטנה</u></b>
130	עקירה רגילה שן אחת
100	עקירת שן נוספת באותה ישיבה
300	עקירה כירורגית כולל הרמת מתלה, קידוח בעצם, תפרים והורדת תפרים
560	הארכת כותרת כולל כירורגית עצם
	<b><u>פרותטיקה</u></b>
400	תותבת מאקריל עד 2 שיניים (FLIPPER), כולל ריפוד לשנה
1,200	תותבת חלקית להוצאה מאקריל מ 3 עד 6 שיניים (כולל ווים ושיניים) זמנית או קבועה, כולל ריפוד לשנה
1,800	תותבת חלקית להוצאה מאקריל מעל 6 שיניים (כולל ווים ושיניים) כולל ריפוד לשנה
1,500	תותבת מיידידת שלמה
2,300	תותבת שלמה, כולל ריפוד לשנה (מאקריל)
400	תוספת עבור רשת יצוקה בתוך תותבת שלמה
250	תיקון שבר בתותבת, כולל הוספת שיניים או ווים
400	ריפוד תותבת במעבדה (מעל שנה לאחר עשיית התותבת)
2,700	תותבת חלקית על בסיס מתכת ויטליום (כולל הכל)
1,300	* שתל



חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

400	* מבנה לשתל / מחבר לתותבת
500	* עצם מלאכותית לשתל בודד
300	* ממברנה לשתל בודד
1,100	כתר חרסינה או חלק ביניים בגשר כולל עלות המתכת (חצי אצילה) וכתר זמני המבוצע במרפאה
180	כתר זמני מבושל מאקריל המבוצע במעבדה
400	מבנה יצוק
400	סד לילה
	<b><u>טיפול אורתודונטי – יישור שיניים – אצל מומחה ביישור שיניים</u></b>
2,500	למשך חצי שנה מכשירים ניידים עד
4,500	למשך שנה מכשירים ניידים או קבועים עד
8,000	למשך שנתיים מכשירים ניידים או קבועים עד

תוספת 10% ניידות עבור טיפול במרפאות שיניים ניידות

טיפולים חריגים, חייבים לקבל מראש אישור של רופא שיניים מהאגף לבריאות השן

\* שתלים יאושרו רק במקרים הבאים: (1) עיגון תותבת שלמה תחתונה, (2) חוסר שן בודדת בשיניים מ-5-5.

#### נספח 10.2

הטופס ימולא ויועבר לאגף לבריאות השן לאישור מקצועי

Division of Dental health  
Ministry of health  
P.O.B. 1176 Jerusalem 944724  
[Dental.health@moh.gov.il](mailto:Dental.health@moh.gov.il)  
Tel: \*5400 Fax: 02-5655995

המחלקה לשרותים חברתיים  
אגף לבריאות השן  
משרד הבריאות  
ת.ד. 1176 ירושלים 944724  
[Dental.health@moh.gov.il](mailto:Dental.health@moh.gov.il)  
טל: \*5400 פקס: 02-5655995



חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

ברשות המקומית \_\_\_\_\_

**טופס בקשה לריפוי דנטלי**

**סעיף א'**

(1) הפונה

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהוי \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_

(2) העו"ס המטפל/עובד אחר

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

(3) רופא השיניים

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' זהוי \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה \_\_\_\_\_ י ש ו ב \_\_\_\_\_ טלפון במרפאה \_\_\_\_\_

**לרופא השיניים :** אין לבצע טיפול לפני מתן האישור. נא למלא את כל הפרטים בדיוקנות.

**סעיף ב' המצב הקיים:**

**מצב חניכיים :** טוב/ גינגיביטיס/ פרודונטיטיס קלה / פרודונטיטיס קשה

**שמירת נקיון הפה :** טוב / בינוני / גרוע

האגף לבריאות השן  
אינו מאשר:  
טיפול אורתודונטי

סכום מאושר	מס' שיניים	הצעת מחיר	סטטוס								פנורמי								צילומים: סלילוק אבנית	ל	ס	ת	ע	ל	י	ו	נ	ה								
			לסת תחתונה				לסת עליונה				לסת עליונה				לסת עליונה																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8										
			צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ										
			ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע										
			כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ										
			מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ										
			טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש										
			סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא										
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
			סא	סא	סא	סא	סא	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא										
			טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש	טש										
			מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ	מ										
			כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ	כ										
			ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע	ע										
			צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ	צ										
			ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת										

בדיקה

טיפול אחר (פרט)

לסמן בעגול את הטיפול הנדרש.

מקרא: ת = תותבת; צ = צילום פריאפיקלי; ע = עקירה; טש = טיפול שורש; מ = מבנה; כ = כתר; סל = סתימה לבנה; סא = סתימת אמלגם. לציין שטח סתימה MODLB.



חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

נספח 10.3

דו"ח פעילות חדשי במרפאת שיניים קהילתית/צבורית לנזקקים המופנים משרותי הרווחה

עבור חודש \_\_\_\_\_ שנת \_\_\_\_\_

שם המרפאה \_\_\_\_\_ שם הרשות המפעילה את המרפאה \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מס' טלפון במרפאה \_\_\_\_\_

רופא/ה השיניים:					חתימה וחותמת:						
סה"כ טיפולים החודש											
בדיקות ראשוניות		עזרה ראשונה		ניקוי אבן		סתימות		ט. שורש		עקירות	
רפוד/תיקון		תותבות חלקיות		תותבות שלמות		טיפול אחר בסל (פרט)		טיפול מחוץ לסל (פרט)			
		הכנה	מסירה	הכנה	מסירה						
מספר מטופלים שסיימו טיפול בחודש				סה"כ בקורים				סה"כ שעות עבודה לטיפול בנזקקים בחודש			
רופא/ה השיניים:					חתימה וחותמת:						
סה"כ טיפולים החודש											
בדיקות ראשוניות		עזרה ראשונה		ניקוי אבן		סתימות		ט. שורש		עקירות	
רפוד/תיקון		תותבות חלקיות		תותבות שלמות		טיפול אחר בסל (פרט)		טיפול מחוץ לסל (פרט)			
		הכנה	מסירה	הכנה	מסירה						
מספר מטופלים שסיימו טיפול בחודש				סה"כ בקורים				סה"כ שעות עבודה לטיפול בנזקקים בחודש			
שיננית: _____ חתימה: _____						סה"כ ניקוי אבן _____ סה"כ שעות עבודה _____					

שם מגיש הדו"ח ותפקידו \_\_\_\_\_ תאריך הגשה \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_





חטיבת הרפואה  
האגף לבריאות השן  
Division of Dental Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

העתקים:  
לרופא השיניים המחוזי  
שרות דנטלי לנזקקים, לאגף לבריאות השן י-ם  
עותק אחד יישאר במרפאה.  
הדו"ח יועבר עד ל- 10 בחודש שלאחר תקופת הדו"ח.