

חוזר בריאות השן



משרד הבריאות

מהדורה מס': 3, עודכן ביום 21/07/15	נוהל בריאות השן 8.9 נוהל בריאות הנפש 65.001
תאריך תוקף: 31/12/16	דף 1 מתוך 9 דפים
מתן שרות דנטלי לזכאי סל שיקום	

1. כללי:

טיפול פה ושיניים לנכי נפש כרוניים ניתן במסגרת סל שירותים של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, על מנת לאפשר טיפול שיניים לאנשים שהטיפול מהווה חלק מתהליך שיקומם.

2. מטרה:

מטרת הנוהל להסדיר תהליך טיפול דנטלי למשתקמים, זכאי סל שיקום במרפאות שיניים ציבוריות וקהילתיות.

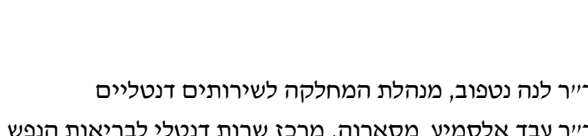
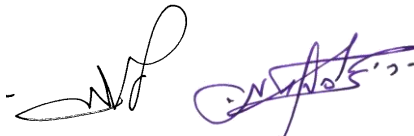
3. אחריות:

אחריות ליישום נוהל זה חלה על:

- 3.1 רכזי שיקום מחוזיים
- 3.2 מנהלי מרפאה לפי סעיף 5.2
- 3.3 פסיכיאטרים מחוזיים
- 3.4 רופאי שיניים מחוזיים
- 3.5 מרכז שירות דנטלי לבריאות הנפש
- 3.6 ממונה שיקום בריאות הנפש

4. אזכורים:

- 4.1 חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס, 2000
- 4.2 תקנות שיקום נכי נפש בקהילה (טיפול שיניים) התשס"ג 2003

עודכן על-ידי:	אושר על-ידי:
 ד"ר לנה נטפוב, מנהלת המחלקה לשירותים דנטליים ד"ר עבד אלסמיע מסארה, מרכז שרות דנטלי לבריאות הנפש	 ד"ר שלמה פ. זוסמן ד"ר גדי לובין מנהל האגף לבריאות השן ראש שירותי בריאות נפש

נוהל בריאות השן 8.9 נוהל בריאות הנפש 65.001	מהדורה מס': 3, עודכן ביום 21/07/15
דף 2 מתוך 9 דפים	תאריך תוקף: 31/12/16
מתן שרות דנטלי לזכאי סל שיקום במרפאות קהילתיות	

5. הגדרות:

- 5.1 זכאי סל שיקום – נכה נפש שעבר ועדת שיקום מחוזית והוגדר כזכאי לטיפול שיניים במסגרת הסל.
- 5.2 מרפאת שיניים – מרפאת שיניים בקהילה הנמצאת בהסדר עם משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש.
- 5.3 רכז סל שיקום – האחראי על ועדת סל שיקום במחוז, בלשכת הפסיכיאטר המחוזי.
- 5.4 רופא שיניים מחוזי - רופא אחראי לבריאות השן בלשכת הבריאות המחוזית של משרד הבריאות.
- 5.5 מרכז שירות דנטלי לבריאות נפש (להלן "מרכז") – רופא שיניים או רכז מנהלי של השרות באגף לבריאות השן.
- 5.6 ממונה שיקום ארצי – ממונה שיקום ארצי בשירותי בריאות הנפש.
- 5.7 המחירון – מחירון טיפול שיניים לנזקקים / זכאי סל שיקום
- 5.8 סל שירותים – סוגי טיפול שיניים המפורטים נספח 6

5.9

6. חלות :

נוהל זה חל על :

- 6.1 לשכות הבריאות / לשכות הפסיכיאטר המחוזיים.
- 6.2 מרפאות שיניים המטפלות בנכי נפש שבהסדר עם שירותי ברה"נ במשה"ב.

7. הזכאות לטיפול שיניים :

- 7.1 הזכאות לטיפול הינה בהתאם לסל השירותים (נספח 6).
- 7.2 זכאות לטיפול משמר ומניעתי איננה מוגבלת בזמן וכל בקשה תאושר לפי הצורך הטיפולי.
- 7.3 הזכאות לטיפול משקם נוסף תתאפשר לאחר 5 שנים מסיום הטיפול הקודם.
- יש להתחיל בטיפול ולסיימו בתוך 12 חודשים מאז אושרה הזכאות בוועדת סל השיקום.

8. הפעלת השירות (שיטה):

- 8.1 מטופל שזקוק לטיפול שיניים, יופנה ע"י עו"ס לוועדת סל שיקום שם תיבדק זכאותו.
- 8.2 עם קביעת הזכאות לטיפול שיניים בוועדת סל שיקום, רכז סל שיקום יצייד אותו עם "טופס הפנייה לטיפול שיניים לזכאי סל שיקום" נספח 8.1 שמולא ונחתם על ידי הפסיכיאטר ועל ידו ויפנה אותו למרפאת השיניים הנמצאת בהסדר עם משרד הבריאות (רשימת מרפאות בנספח 8.5).
- 8.3 במרפאה יימצאו שלושה טפסים -
 - 8.3.1 טופס בקשה לריפוי שיניים – זכאי סל שיקום 65.001.02 (נספח 8.2).
 - 8.3.2 אישור על ביצוע ריפוי שיניים – זכאי סל שיקום 65.001.03 (נספח 8.3).
 - 8.3.3 טופס הפניה למרפאת שיניים מומחים – זכאי סל שיקום 65.001.04 (נספח 8.4).
- 8.4 תכנון שלבי הטיפול במרפאת השיניים :
 - 8.4.1 רופא השיניים יכין למטופל תוכנית טיפול על פי הטיפולים שבסל. במקרה שיש מספר חלופות שיקומיים נכונות מקצועית, יש לבחור בחלופה הפשוטה ביותר.
 - 8.4.2 רופא השיניים יסביר למטופל את תוכנית הטיפול ויקבל את הסכמתו לכך.

- 8.4.3 רופא השיניים ימלא בטופס הבקשה 65.001.02, (נספח 8.2) את פרטי התוכנית ויעבירו למרכז בצרוף צילומי הרנטגן לצורך אישור תכנית הטיפול
- 8.4.4 העתק התוכנית יישמר בתיק הרפואי של המטופל.
- 8.5 זקוק המטופל לטיפול שלא ניתן לבצעו במרפאה (צורך בהרדמה כללית, ניתוחי פה ולסתות וכד'), יפנה אותו רופא השיניים למרפאת מומחים בתאום עם המרכז, ההפניה למרפאת המומחים תתבצע באמצעות הטפסים 65.001.04 (נספח 8.4) ו 65.001.02, (נספח 8.2).
- 8.5.1 במרפאת המומחים יכינו תוכנית טיפול שתכלול ככל האפשר טיפולים הנמצאים בסל השירותים. תוכנית הטיפול והצעת מחיר ישלחו למרכז.
- 8.5.2 אם יש צורך בטיפול בהרדמה ואשפוז, יש לדאוג מראש לאישור קופת חולים המבטחת.
- 8.6 הטיפולים יבוצעו לאחר קבלת אישור המרכז. טיפול שיניים שנעשה טרם קבלת האישור, לא ימומן על ידי המשרד, למעט עזרה ראשונה.
- 8.7 בתום הטיפול:
- 8.7.1 תמלא המרפאה אישור על ביצוע ריפוי שיניים 65.001.03 נספח 8.3
- 8.7.2 אישור הביצוע לא יחרוג מתוכנית הטיפול שאושרה מראש. במקרים בהם שנוי התוכנית נבע מהצורך רפואי דחוף או בלתי צפוי (לדוגמא, טיפול שורש במקום סתימה עמוקה וכו') ייצרף הרופא הסבר מפורט לכך.

9. הוראות מנהליות

- 9.1 **איסור גביית תשלומים ממטופל:**
אין לגבות ממטופל, שאושרה לו תוכנית טיפול לפי נוהל זה כל תשלום
- 9.2 **חריגה מתוכנית טיפול מאושרת:**
במקרה בו מטופל מעוניין בתוכנית טיפול השונה או החורגת מהתוכנית שאושרה לפי נוהל זה, היא תבוצע על חשבונו של המטופל, ללא כל השתתפות של משרד הבריאות.
- 9.3 מעת לעת תערך ביקורת במרפאות שבהסכם ובמהלכה ייבדקו מטופלים שסיימו טיפול. הביקורת תתייחס לאיכות הטיפולים, שביעות רצון המטופל מהטיפול, ניהול רפואי וכספי של השרות. לאחר הביקורת יצא דו"ח סיכום שיועבר למרפאה.

10. נספחים:

- 10.1 נספח 1 טופס הפניה למרפאת שיניים – זכאי סל שיקום 65.001.01
- 10.2 נספח 2 טופס בקשה לריפוי שיניים – זכאי סל שיקום 65.001.02
- 10.3 נספח 3 אישור על ביצוע ריפוי שיניים – זכאי סל שיקום 65.001.03
- 10.4 נספח 4 טופס הפניה למרפאת מומחים 65.001.04
- 10.5 נספח 5 רשימת מרפאות קהילתיות 65.001.05
- 10.6 **נספח 6 סל שירותים דנטליים 65.001.06**

טופס הפניה למרפאת שיניים לזכאי סל שקום

אל: מרפאת שיניים

הננו מפנים אליכם את המטופל לטיפול שיניים, ולהלן פרטיו:

שם ושם משפחה _____ ת"ז מס' _____

ועדת סל שיקום _____ טלפון מס' _____

_____ מחלות גופניות: סוכרת, לחץ דם, מחלת לב, בעיות קרישה, אחר _____

_____ 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: _____

_____ רגישות לתרופות: _____

_____ הערות: _____

_____ חתימה וחותמת

_____ שם הרופא

_____ תאריך

לכבוד:

מנהל מרפאת השיניים

במסגרת תכנית סל שיקום אושר טיפול דנטלי עבור:

שם _____ שם משפחה _____ מס' זהות _____

נא למלא את הטופס "בקשה לטיפול דנטלי": זכאי סל שיקום", המפרט את תוכנית הטיפול, ולשלוח בצרוף הצילומים הנדרשים, לאגף לבריאות השן, משרד הבריאות, רח' בן טבאי 2 י-ם.

לאחר קבלת אישור לתוכנית המוצעת אפשר להתחיל בטיפול.
עם סיום הטיפול, יש למלא "טופס גמר טיפול" ולשלוח לכתובת הנ"ל.

_____ רכז שיקום מחוזי

_____ תאריך

נספח 2

משרד הבריאות
האגף לבריאות השן

שרות דנטלי לזכאי של שיקום

הטופס ימולא ב - 3 עותקים
ויועבר לאגף לבריאות השן לאישור

טופס בקשה לריפוי שיניים – זכאי של שקום

סעיף א'

האגף לבריאות
השן אינו מאשר :
כתרים, גשרים,
תותבת יצוקה
מויטליום ללא
תצלומי רנטגן

(1) הפונה שם משפחה שם פרטי מס' זיהוי שנת לידה מס' טלפון

(2) העו"ס המטפל/עובד אחר שם משפחה שם פרטי מס' טלפון תאריך

(3) רופא השיניים שם משפחה שם פרטי מס' רשיון תאריך

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/ גיינגיביטיס/ פריודונטיטיס קלה / פריודונטיטיס קשה
שמירת ניקיון הפה : טוב / בינוני / גרוע
סעיף ג' להקיף בעגול את הטפול הנדרש.

מקרא: ת= תותבת : צ= צילום פריאפיקלי : ע= עקירה : טש= טיפול שורש : מ= מבנה : כ= כתרי

חוברת טיפול סל= סתימה מורכבת לבנה : סא= סתימת אמלגם. (לציין שטח סתימה MODLB) : שן חסרה לסמן X.

סכום מאושר	הצעת מחיר	מס' שיניים	סטטוס									פנורמי				צילומים				ניקוי						
			לסת תחתונה			לסת עליונה			לסת עליונה				אבנית													
			ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת		
			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		
			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		
			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	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא	סא		
		ימין	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	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		
			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		
			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		
			ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת		
			טיפול אחר (פרט)																							
		סך הכל:																								

אישור מקצועי

הערות רופא שיניים מאשר (אגף לבריאות השן)

נספח 3

שרות דנטלי לזכאי של שיקום
הטופס ימולא ב- 3 עותקים
ויועבר לאגף לבריאות השן לאישור

משרד הבריאות
האגף לבריאות השן

אישור על ביצוע ריפוי שיניים – זכאי סל שקום

סעיף א'

1) הפונה _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זיהוי _____ שנת לידה _____

2) העו"ס המטפל/עובד אחר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך _____

3) רופא השיניים _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' רישון _____ תאריך _____

_____ כתובת המרפאה _____ י ש ו ב _____ טלפון במרפאה _____

סעיף ב' המצב לאחר טיפול:

מצב חניכיים: טוב/ גינגיביטיס/ פריודונטיטיס קלה / פריודונטיטיס קשה
שמירת ניקיון הפה: טוב / בינוני / גרוע
סעיף ג' - להקיף בעגול את הטפול שבוצע.

מקרא: ת = תותבת : צ = צילום פריאפיקלי : ע = עקירה : טש = טיפול שורש : מ = מבנה : כ = כתר : סל = סתימה מורכבת (לבנה) : סא = סתימת אמלגם. (לציין שטח סתימה MODLB) : שן חסרה לסמן X.

סכום מאושר	מס' שיניים	הצעת מחיר	צילומים : ניקוי																				
			פנורמי : לסת עליונה						סטטוס : לסת תחתונה						צילומים : אבנית								
			ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת	ת					
			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
			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
			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	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סל	סא	סא	סא	סא	סא	סא
									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
			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
			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
			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

טיפול אחר (פרט) _____

סך הכל: _____

חתימת הפונה : _____ תאריך _____

חתימת רופא המטפל : _____ תאריך _____

טופס הפניה למרפאת שיניים מומחים – זכאי סל שקום

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, מחלת לב, בעיות קרישה, אחר _____

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: _____

_____ רגישות לתרופות:

_____ מטרת ההפניה:

_____ חתימה וחותמת

_____ תפקיד

_____ שם המפנה

_____ תאריך

רשימת מרפאות שיניים מוכרות ע"י משרד הבריאות לנכי נפש

טלפון	כתובת המרפאה	שם המרפאה
04-9827972	דרך העצמאות 6, נהריה	מרפאת שיניים עמותה למען הקשיש
02-6414571	דהומיי 10\3 ירושלים	מרפאת שיניים - ארגון למען המשפחה
02-5821889	ת.ד. 5737 ירושלים	מרפאת שיניים - מרכז לשירותי בריאות
04-8525266	הגפן 26, חיפה	מרפאת שיניים ציבורית יאורית
03-6588647	ירושלים 36, בת-ים	מרפאה לשרותים דנטליים
03-5133439	שד' ירושלים 100, יפו	מרפאת שיניים צהלון
077-2060977	פנחס לבון 18, נתניה	מרפאת שיניים מקום לחיוך
09-8625430	שטמפר 5, נתניה ת.ד. 2440	העמותה למען הקשיש מרכז יום
09-8826917	054-5392492	
08-6603367	רח' המולדת 6, קרית גת	מרפאת שיניים – ק.גת
09-9582777	יד התשעה, רביבים 8, הרצליה	השרות למען העיוור (מיקי)
08-6491635	שפרינצק 11, באר-שבע	בית סקנדינביה מרפאת שיניים מט"ב
03-9665782	רוטשילד 34, ראשון לציון	מרפאת שיניים ברק פלוס, ראשל"צ
04-6723897	רח' הפרחים 4, טבריה	מרפאת שיניים ד"ר דלאשה
09-7191575	ת.ד. 820	מרפאת שיניים טייבה העמותה למען הקשיש
03-6197631	אברבנאל 60, בני ברק	מרפ"ש - מתנ"ס פרדס כץ - בני ברק
03-9052550	אחד העם 31, פתח-תקווה	מרפאת שיניים עיריית פ"ת
08-8502067	רש"י 505/2, קרית מלאכי	מרפאת שיניים ד"ר יצחק סרוור
08-9230307	הרותם 11 שכי נווה נוף, לוד	מרפאת שיניים לוד – ד"ר אלישע אורית
04-6011175	תירוש 2, נצרת עילית	מרפאת שיניים נצרת עלית
08-6795779	אבשלום חביב 6, אשקלון	מרפאת שיניים עירונית - אשקלון
04-6997154	קניון 8, ת.ד. 11500, קרית שמונה	מרפאת שיניים - ד"ר ספדי מגד – בית בתיה
04-6265697	הרצוג 11, אור עקיבא	מרפ"ש קהילתית אור עקיבא – ד"ר רז עידן
04-9961082	ת.ד. 140 כפר יאסיף 24908	ד"ר מרוון דרוויש
04-9831421	סמטת הלבנה 1 קרית טבעון	מרפאת שיניים - ד"ר כרמלי רחל
04-8672111	יצחק שדה 36 קרית אתא	מרפאת שיניים לב ח"ש - ד"ר מריוס סימוביץ
04-8672666	ילג 7 חיפה	
04-9973078	מעלות תרשיחא ת.ד. 5499	תרשיחא - ד"ר חדאד אליאס
072-2614005	ת.ד. 299	כפר קרע - ד"ר אסלי אנס
04-6453816	1025\16	נצרת - דר' עונאללה סעיד
072-9862912	כפר כנא ת.ד. 772	ביר אלמכסור - ד"ר חטיב סמיר

מרפאה ניידת עמותה לטיפול למען בריאות הפה רח' הבן הראשון 14 ראשון לציון – קריין 054-2231111

נספח 6

סל שירותים דנטליים:

סל השירותים הדנטלי כולל:

- הדרכה להיגיינה אורלית פעם ברבעון.
- סילוק אבנית והקצעת שורשים
- הפנייה למומחה לפריודונטיה במקרים שמצריכים טיפול פריודנטלי.
- סילוק עששת
- סתימות משן מלתעה I ודיסטלית לפי עלות סתימות אמלגם. סתימות בשיניים חותכות וניבים לפי סתימות מרוכבות.
- טיפולי שורש, חידוש טיפולי שורש.
- עקירות
- מבנה מידי.

טיפול משקם:

- מבנה יצוק.
- תותבות שלמות וחלקיות.
- כתרים זמנים.
- כתרים קבועים מחרסינה – עד 5 כתרים בכל לסת.
- **שני שתלים לעגון תותבת בלסת תחתונה**
- במקרים מיוחדים תאושרנה חריגות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא שיניים באגף לבריאות השן.