

חוזר מס': 8/2021

ירושלים, כ"ה אלול, תשפ"א
2 ספטמבר, 2021

אל: מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהלי בתי החולים

הנדון: שיקום שמיעה באמצעות מכשירי שמיעה לבני 18 ומעלה במסגרת הסל הבסיסי
סימוכין: חוזר המנהל הכללי מס': 4/2011 מיום: 23.1.2011
חוזר מינהל הרפואה מס': 34/2011 מיום: 11.10.2011
חוזר מינהל הרפואה מס': 15/2016 מיום: 27.7.2016

הננו להביא בזאת לידיעתכם נוסח מעודכן לחוזרנו שבסימוכין המחליף ומבטל אותם. חוזר זה מפרט את ההליך לשיקום שמיעה באמצעות מכשירי שמיעה לכלל האוכלוסייה, וערכון שיטת ההתחשבות בגין מכשירי שמיעה לבני 18 ומעלה ולהליך אספקת המכשירים כפי שהוכלל בסל.

1. רקע:

הליך התאמת מכשירי שמיעה ואספקתם הוא חלק מתהליך שיקום השמיעה הכולל של אדם עם מוגבלות שמיעה.

התאמת מכשירי שמיעה הינה חלק חשוב בתהליך שיקום שמיעה לצורך שיפור תפקודו השמיעתי של אדם עם מוגבלות בשמיעה, לאפשר לו תקשורת עם סביבתו ולשפר את איכות חייו בריאותו ובטיחותו. תהליך התאמה והמלצה על מכשירי שמיעה יבוצע אך ורק על ידי קלינאי תקשורת על פי חובתו המקצועית והאתית ועל פי צרכיו התקשורתיים של המטופל ורצונו.

2. מטרה:

קביעת הליך מסודר, לייעוץ, להתאמה ולאספקה של מכשירי שמיעה.

3. הגדרה:

"ספק/יבואן" - יבואן מורשה ו/או סוכן מורשה ו/או מפיץ מורשה בישראל מטעם היצרן ומורשה מטעמו לשווק מכשירי השמיעה.

4. כללי – רגשים והבהרות:

4.1. הזכאות להחלפת המכשירים הינה אחת ל-3.5 שנים.

4.2. כל מכשירי השמיעה שיכללו בהסכמי הקופה חייבים להיות בעלי אישור אמ"ר של משרד הבריאות.

4.3. על הקופה לדאוג כי:

- 4.3.1. בהיצע של ספק יכללו מכשירי שמיעה בכל התצורות אשר יתאימו לכל סוגי הירידות בשמיעה בחומרות שונות. ההיצע יכלול לפחות קבוצת מכשירי שמיעה המתקדמת והעדכנית של היצרן המיוצג על ידי הספק בכל התצורות הקיימות למכשירים המיובאים לארץ.
- 4.3.2. המכשירים שייכללו בהיצע זה יהוו ייצוג הולם של החברה היצרנית.
- 4.3.3. היצע המכשירים יעודכן אחת לשנתיים.
- 4.3.4. היצע המכשירים העומדים לרשות המבוטחים יכלול מכשירים ממספר ספקים ולפחות שלושה ספקים.
- 4.3.5. הסדר מכרזי של הקופה יכלול אחריות של הספק לביצוע תיקונים והחלפה של מכשירים פגומים, לרבות תיקונים הנדרשים עקב בלאי סביר למשך כל תקופת המכרז או 3.5 שנים מעת הרכישה, (המאוחר מבין השניים) וללא השתתפות עצמית של המבוטח.
- 4.3.6. בנסיבות בהן המכשיר אינו יכול לשרת באופן סביר את המטופל עקב שינוי משמעותי במצב השמיעה שלו ולא ניתן להביא את המכשיר לרמת תפקוד סבירה שלא בדרך החלפה, תתחדש זכאותו של המטופל למכשירי שמיעה גם בטרם חלפו 3.5 שנים ממועד ניצול הזכות על ידו.
- 4.3.7. למבוטח תינתן אפשרות לבחור מכשיר שמיעה ברמה טכנולוגית בסיסית לפחות (ראה נספח א), ללא השתתפות עצמית. באם יוחלט על מכשיר ברמה טכנולוגית גבוהה יותר ובמידה ונדרשת תוספת השתתפות עצמית, המבוטח ישלם את מחיר המכשיר בהפחתת הזכאות למימון המתעדכן מעת לעת. למען הסר ספק, במידה ועלות המכשיר נמוכה מגובה הזכאות יינתן המכשיר למבוטח ללא השתתפות עצמית.

ב. הליך להתאמת מכשירי שמיעה:

1. בדיקת רופא אף אוזן גרון (להלן: א.א.ג.) והפנייה לבדיקת שמיעה
המבוטח ייבדק אצל רופא א.א.ג. הבדיקה תכלול:
1.1. בדיקה אוטוסקופית.
1.2. הפניה לבדיקת שמיעה עם פירוט תוצאות הבדיקה האוטוסקופית וציון שאין התוויות נגד לשימוש במכשירי שמיעה. על הרופא לציין בהפנייה באם המטופל חייב לחזור אליו עם בדיקת השמיעה במקביל להמשך תהליך שיקום השמיעה.
2. בדיקת שמיעה במכון אודיולוגי
2.1. המבוטח יבצע בדיקת שמיעה במכון אודיולוגי. בהתאם לממצאי בדיקת השמיעה, ימליץ הקלינאי התקשורת על שיקום שמיעתי ו/או חזרה עם ממצאי הבדיקה לרופא א.א.ג.
2.2. המבוטח יקבל ייעוץ בנוגע לשיקום שמיעה.

ייעוץ בנוגע לשיקום השמיעה במכון אודיולוגי:

כאשר מטופל הופנה ממכון אודיולוגי לשיקום שמיעה ינוהל המשך ההליך כדלהלן:

- 3.1. מילוי שאלון 'התאמת מכשירי שמיעה'. (נספח ב').
- 3.2. ייעוץ והמלצה להתאמת מכשירי שמיעה, חד/דו-צדדי, לרמה הטכנולוגית של המכשיר, ולאפיונים נוספים נדרשים.
- 3.3. מילוי טופס 'המלצה להתאמת מכשיר שמיעה' (נספח ג') שיכלול עבור כל אוזן את הרמה הטכנולוגית של המכשיר, תצורת המכשיר והתוויות נוספות בהתאם לצרכיו השמיעתיים ומאפייני ירידת שמיעתו של המטופל.
- 3.4. המטופל יקבל את רשימת המכונים שבהסכם הנותנים את השירות למבוטחי הקופה ויהיה רשאי לבחור מתוכם את המכון בו יבצע את תהליך שיקום השמיעה ובכלל זה התאמת מכשירי השמיעה.

התאמת מכשירי שמיעה

- 4.1. המבוטח יפנה עם הפניית רופא א.א.ג., ותוצאות בדיקות השמיעה למכון המבצע התאמת מכשירי שמיעה.
- 4.2. קלינאי התקשורת יתאים למבוטח מכשירי שמיעה, על פי שיקולים מקצועיים, צרכיו של המטופל רצונו והעדפותיו ובהתאם לבדיקת התאמה מקצועית שתבוצע לו במכון.
- 4.3. קלינאי תקשורת יבצע הליך מקיף ומקצועי של התאמת מכשירי שמיעה, כיוון המכשירים, הדרכה וליוויו מקצועיים בהתאם לצרכיו המטופל.
- 4.4. קלינאי תקשורת שיבצעו את התאמת המכשירים יעמדו בדרישות כל דין בנושא.
- 4.5. ההמלצה המקצועית לעניין רמתם הטכנולוגית של המכשירים תעשה אך ורק על פי שיקולים מקצועיים קליניים של קלינאי התקשורת ובהתאם לצרכיו של המבוטח, רצונו והעדפותיו. ההמלצה אינה מחייבת את המבוטח והוא רשאי לרכוש מכשירים רמה טכנולוגית גבוהה או נמוכה יותר או תצורה אחרת המתאימה לצרכיו שמיעתו ללא הצורך באישור נוסף.
- 4.6. כל קופה יכולה לבחור האם לקיים בו זמנית ובאותו מקום את בדיקת השמיעה, הייעוץ וההתאמה או לפצלן ובלבד שהייעוץ ייכלל במעמד בדיקת השמיעה או בהתאמה.
- 4.7. במידה וקופת החולים בחרה להתאים ולספק מכשירי שמיעה במכוני הקופה, יחולו הוראות נוהל זה על כלל מכוני השמיעה שלה בהם ניתן השירות.

קבלת המכשירים לתקופת ניסיון

- 5.1. מכשירי השמיעה יינתנו למבוטח תמורת השתתפות עצמית השווה למחיר המכשיר פחות גובה ההשתתפות העצמית העדכנית, או בטוחה סבירה אחרת בהיעדר השתתפות עצמית, לתקופת ניסיון שתיקבע מראש בהסכם ההתקשרות של הקופה עם הספקים, אולם, בכל מקרה, תקופת הניסיון לא תפחת מחודש. המבוטח יפקיד המחאה דחוייה בגובה ההשתתפות העצמית על המכשירים. או ייתן פרטי כרטיס אשראי לבטחון, התחייבות מטעם הקופה, מועד המחאה דחוייה או מועד לחיוב כרטיס האשראי לפי העניין יהיה למועד החל 30 יום לאחר תום תקופת הניסיון (להלן: "המועד הסופי").

5.2. במהלך תקופת הניסיון, יגיע המבוטח למכון בו בוצעה התאמת המכשירים לצורך כיוונים, הסברים וכדומה. במידת האפשר, תתבצענה פעולות אלה ע"י קלינאי התקשורת שביצע את התאמת המכשירים למבוטח ומכיר את מאפייניו וצרכיו התפקודיים.

5.3. המחאה הדחויה או כל בטוחה אחרת שניתנה, תוחזר למבוטח בסיום תקופת הניסיון. מבוטח שלא השיב את המכשירים עד המועד הסופי לא יוכל להשיב את המכשירים ולקבל לידיו את המחאת הפיקדון שתמומש, או לחילופין כרטיס האשראי שאת פרטיו נתן כבטוחה יחויב בסכום הפיקדון, ויראו אותו כמי שהמכשירים סופקו לשביעות רצונו. במעמד מסירת המכשירים לניסיון יימסר למבוטח עלון המפרט את האמור לעיל.

6. החזרת המכשירים

במידה והמבוטח אינו מעוניין במכשירים יחזירם במצב תקין לא יאחר מתום תקופת הניסיון ויוכל לקבל מכשירים מתאימים אחרים, או לחילופין, יפנה מיוזמתו למכונים אחרים שבהסכם לקבלת מכשירים אחרים לניסיון. יודגש בזאת, כי המבוטח לא יחויב בתשלום בגין תקופת הניסיון. כאמור, במידה והמבוטח לא החזיר את המכשירים תוך 30 יום מתום תקופת הניסיון, תמומש המחאה הדחויה או תועבר ההתחייבות למימוש.

7. החזר עבור רכישה פרטית של מכשירי שמיעה

קופות החולים רשאיות לאפשר מסלול החזר עבור רכישה פרטית לצד הרכישה ממכונים שבהסדר או במקומו. יצוין, כי אספקה באמצעות מכונים שבהסדר מחייבת אישור מראש של הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושב"ן במשרד הבריאות לאחר שרשימת המכונים, פריסתם וסוגי המכשירים יוצגו בפניו. אישור זה יינתן לתקופה מוגדרת שלא תעלה על שלוש שנים, כאשר חידוש האישור לקופה, לפעול בשיטת מכוני ההסדר, מותנה בהגשת בקשה לאישור מחדש לתקופה נוספת לקראת סוף כל תקופה.

8. אימוני שמיעה

לאחר קבלת המכשירים ועל מנת למצות את ההליך השיקומי תאפשר הקופה למבוטח סדרה של עד ארבעה מפגשים של אימוני שמיעה על ידי קלינאי תקשורת. לפי סעיף 32(ג)(3) לתוספת השנייה לחוק, אימוני שמיעה כלולים בסל והם כוללים גם תרגול של שימוש בעזרים לשמיעה, לרבות מכשירי שמיעה. מבוטח הרוצה וזקוק לאימוני שמיעה לצורך תרגול השימוש במכשירי שמיעה, תאפשר לו הקופה את ביצוען בהתאם לצורך. קופ"ח רשאית לכלול מרכיב זה בהתקשרותה עם הגורם המספק את מכשירי השמיעה.

9. חולים מרותקים

קופ"ח תאפשר למטופלים המרותקים לביתם או השוהים במסגרת אשפוז ממושך, לקבל את השירותים הרלוונטיים ואת מכשירי השמיעה כמפורט בחוזר זה במקום הימצאם.

10. בקרת הקופות על ההליך

- 10.1. הקופה תפרסם מידע מלא ברור ועדכני למבוטחים על ההליך, מכוני השמיעה, המכשירים, מחיריהם וגובה ההשתתפות העצמית הנדרשת במידה וקיימת.
- 10.2. קופות החולים ינהלו מעקב אחר המבוטחים שקיבלו מכשירי שמיעה, באמצעות הקופה או המכונים. המעקב יכלול בין השאר בדיקה מדגמית של איכות בדיקות השמיעה, בחינת סוגי המכשירים והתאמתם לצרכי המטופל וכן אחר שביעות רצון המטופל מההליך כולו ומהשימוש במכשירים הנבחרים. בנוסף, יבצעו ניטור של מקרים בהם מבוטחים ויתרו על המכשירים, והעדיפו להחליפם לאחר תקופת הניסיון.
- 10.3. קופות החולים יוודאו כי כל שלבי הליך התאמת מכשירי השמיעה המפורטים לעיל, מבוצעים ע"י קלינאי תקשורת בעלי תעודת מקצוע ממושרד הבריאות.
- 10.4. קופות החולים יוודאו כי הזמינות לשירות מבדיקת א.א.ג, ובדיקת השמיעה ועד להפניית המבוטח להתאמת מכשירי השמיעה יתבצע בתוך 60 יום. הקופה תקפיד כי ההליך יהיה נגיש וזמין ככל האפשר.

11. תחולה

- חוזר זה יכנס לתוקפו שנה ממועד הוצאתו או במועד הראשון שבו ניתן לסיים או לחדש הסכמים קיימים, לפי המוקדם.
- הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,
ד"ר ורד עזרא
ראש חטיבת הרפואה

העתק : המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
הנהלה מורחבת
מנהלי קופות החולים
קרפ"ר – צ.ה.ל
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים – משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר ההסתדרות האחיות
יו"ר מועצה מדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל

סימוכין : 756904921

[אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי חטיבת הרפואה וחוזרי מנכ"ל](#)

רמה טכנולוגית בסיסית למכשירי שמיעה:

מכשיר שמיעה ברמה טכנולוגית בסיסית יכול ללכל לפחות :

לפחות fitting bands
מעגל דחיסה
Output limiting
מנגנון להנחתת רעשים
מערכת כיוונית אדפטיבית
מנגנון להפחתת אקוסטי feedback
אופציה להנמכת/דחיסת תדרים
שלוש תוכניות לפחות
אופציה לקישוריות אלחוטיות*
Tcoil ברגמי Full sized BTE/RITE

*למעט מכשירים בהם בשל גודלם אין אפשרות לקישוריות

קלינאית/ת התקשורת ממלא/ת השאלון:

שם פרטי ומשפחה: _____

מס. רישיון: _____

תאריך: _____

שם המכון: _____

כתובת המכון: _____

שאלון להתאמת מכשירי שמיעה

א. פרטים אישיים

שם: (פרטי) _____ (משפחה) _____ ת. זהות: _____

תאריך לידה: _____ גיל: _____ הרופא המפנה: _____

כתובת: _____

סוג מקום מגורים (בית, בית אבות, סיעודי): _____

קופת החולים המבטחת: _____

ביטוח משלים: אין/ יש סוג: _____

ב. כללי

1. מתי החלה בעיית השמיעה? (לציין כמה זמן: חודשים/שנים) _____

הרקע: פתאומי / הדרגתי

המקור: מחלה/אחר _____

2. האם יש לך מכשירי שמיעה? לא/ כן

- ממתי? _____

- באיזו אוזן? _____

- סוג המכשיר: _____

- האם שבע רצון מהמכשיר/ים? כן/ לא - למה? _____

3. האם השתמשת בעבר במכשירי שמיעה? לא/ כן

- מתי? _____

- באיזו אוזן? ימין/ שמאל

- סוג המכשיר: _____

אם הפסקת להשתמש במכשיר השמיעה, מדוע? _____

4. האם סובל רעש ו/או מצפצופים באוזן? לא/ כן - ימין/ שמאל/ שתי האוזניים

5. האם סובל מהפרשות/דלקות אוזניים? לא/ כן

6. האם יש בעיות בריאות נוספות (ראיה, מוטוריקה)? לא/ כן _____

ג. תפקוד שמיעתי בסביבת העבודה

1. האם אתה עובד? לא/כן
- היכן?
- עיסוק?
- מה סביבת העבודה? שקטה/רועשת
- סוג הרעש:
2. האם נדרש מגע ישיר עם אנשים? לא/כן
3. האם בעבודה אתה מדבר הרבה בטלפון? לא/כן
4. האם בעבודה יש מודעות ללקות שמיעה (מגבר בטלפון, הגברה בישיבות וכד')? לא/כן

ד. תפקוד שמיעתי בסביבת המגורים ובשעות הפנאי

האם קיימים קשיים בתפקוד השמיעתי בסביבת המגורים ובשעות הפנאי? לא/כן
אם כן, מהם הקשיים ומהם צרכי התקשורתיים:

ה. האם משתמש באביזרי עזר לשמיעה (מגבר לטלוויזיה, טלפון מוגבר וכד')? לא / כן

פרט:

ו. מאפיינים אודיולוגיים (יש לצרף אודיוגרמה עדכנית*)

- תוצאות בדיקת שמיעה מתאריך: _____
בוצעה במכון: _____
עיי קלינאית/ת התקשורת: _____ רישיון: _____
אם יש אודיוגרמות קודמות - לצרף גם אותן ולציין האם ליקוי השמיעה קבוע או מתקדם.
הערות: _____

ז. המלצות

1. התאמת מכשירי שמיעה (לסמן): חד/דו צדדי מכשיר רגיל/ מכשיר בהולכת עצם

הסיבה: _____

2. תצורת המכשיר/ים (אפשרי יותר מאחד) CIC, ITC, ITE, BTE, RIC ,

3. אפשרות שילוב עם מערכת FM: _____

4. מספר תוכניות שמיעה: _____

5. קישוריות _____

קִיבַל הַמְלָצָה לַמְכַשֵּׁיר/י שְׁמִיעָה מֵרֵמָה טֶכְנֹלֹגִית (קֶטְגֹרִיָה) : _____

קִיבַל הַסֵּבֵר לַהֲמַלְצוֹת שְׁנִיתָנוּ לֹו כן/ לא

נִיתְנָה רְשִׁימַת סוֹכְנִים לַמְכַשֵּׁירֵי שְׁמִיעָה כן/ לא

נִיתְנוּ הַמְלָצוֹת לַאֲבִיזָרֵי עֶזֶר לַשְׁמִיעָה כן/ לא

פִּירוּט _____

הַעֲרוֹת : _____

חֲתִימַת קְלִינָא/יַת הַתְּקַשׁוּרַת _____

חֲתִימַת הַמְטוֹפֵל/הַמְבּוֹטָח _____

נספח ג'

פרטי קלינאית/התקשורת הממליץ: _____
שם פרטי ומשפחה: _____
מס' תעודת מקצוע: _____
תאריך: _____
שם המכון: _____
כתובת המכון: _____

טופס המלצה למכשירי שמיעה

א. פרטים אישיים

שם: (פרטי) _____ (משפחה) _____ ת. זהות: _____
תאריך לידה: _____ גיל: _____ הרופא המפנה: _____
כתובת: _____
סוג מקום מגורים (בית, בית אבות, סיעודי): _____
קופת החולים המבטחת: _____
ביטוח משלים: אין/יש סוג: _____

ב. המלצה

לקבלת מענה תפקודי שמיעתי סביר, מומלץ לנייל מכשירי שמיעה עפ"י הפירוט הבא:

אוזן	מאפיינים הכרחיים	מאפיינים אופציונאליים	הערות
ימין			
שמאל			

מומלץ מכשירי שמיעה שאינו מתחת לרמה טכנולוגית: _____

חתימת המטופל/המבוטח

חותמת

חתימת קלינאית התקשורת

לתשומת ליבך:

- הרשום לעיל מהווה המלצה והנך רשאי לבחור מכשירים ברמה טכנולוגית גבוהה או נמוכה יותר ובעלי מאפיינים בהתאם לצרכיך ורצונך
- הסתגלות למכשירי שמיעה הינה תהליך הדרגתי.
- ניתן לנסות מספר מכשירי שמיעה טרם ההחלטה.
- מכשירי השמיעה ניתנים לתקופת ניסיון של חודש לפחות, במהלכה חשוב לנסות את המכשירים בסביבות שמיעה שונות ולהגיע לפגישות לצורך כיוונום ובדיקת יעילותם.
- אם בתקופת הניסיון המכשיר אינו נוח, יש להחזירו ובמידה ומעוניינים – לנסות מכשיר אחר.