

# חוזר מינהל הרפואה



משרד הבריאות

חוזר מס': 10/2015

ירושלים, ג' סיון, תשע"ה  
21 מאי, 2015

אל: מנהלי בתי החולים  
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: המלצה, התאמה ואספקה של מכשירי תקשורת תומכת וחלופית לאנשים עם מוגבלות לשימוש אישי בביתם

סימוכין: חוזרנו מס' 1/2014 מיום: 7.1.2014

במסגרת הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2015, הוכללו בסל מחשבי תקשורת תומכת וחלופית.

משרד הבריאות יספקם בהתאם לאמות המידה ולתהליכים המפורטים בנספח לחוזר זה.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,

  
ד"ר **ורד עזר**  
ראש מינהל הרפואה (בפועל)

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 מועצה מדעית – ההסתדרות הרפואית  
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה  
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי  
ארכיון המדינה  
מנכ"ל חברת ענבל  
סימוכין : 33768815

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי  
מנכ"ל היא: [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il)

## אמות מידה לקבלת מחשבי תקשורת תומכת חלופית במסגרת סל הבריאות

### 1. הגדרה:

"מכשירי תקשורת תומכת וחלופית" מערכות המאפשרות למשתמש בהן יכולת תקשורת באמצעות מסרים מוקלטים או מוקלדים המחליפים דיבור. שימוש במערכות אלו מאפשר לאנשים ללא יכולת דיבור או עם מובנות דיבור ירודה להביע את עצמם ובכך לתקשר באופן מיטבי ועצמאי, ככל שניתן, עם סביבתם.

### 2. כללי:

חוזר מנכ"ל מס': 1/15 מפרט את הטכנולוגיות שנוספו לסל במסגרת תהליך ההרחבה לשנת 2015 ובכלל זה גם מחשבי תקשורת תומכת וחלופית אשר ינתנו כלהלן:

2.1. למטופלים שאינם יכולים לקיים תקשורת מילולית ושאינם יכולים להעזר במכשירי פלט קולי או לוחות תמונות או טאבלטים (כגון iPad) לצורך תקשורת.

2.2. יינתנו מחשבי תקשורת תומכת וחלופית מהסוגים הבאים:

א. מחשבים יעודיים שעליהם מותקנת תוכנה ייעודית שניתן להפעילם בדרכי שימוש ישירות או באמצעות אביזרי נגישות שונים.

ב. מחשבים לתקשורת תומכת וחלופית מבוססי מיקוד מבט.

### 3. מטרה:

פירוט התנאים, אמות המידה וההליך להתאמה ואספקה של מכשירי תקשורת תומכת וחלופית לאנשים עם מוגבלות לשימוש בביתם.

### 4. אמות מידה לאספקת השירות (על כל התנאים להתקיים):

#### א. אוכלוסיית היעד

אנשים שאינם יכולים לקיים תקשורת מילולית ושאינם יכולים להיעזר במכשירי פלט קולי או לוחות תמונות או טאבלטים (כגון iPad) לצורך תקשורת ואשר מחשבי התקשורת יאפשרו להם תקשורת יעילה.

#### ב. סוגי המכשירים

4.1. מחשבים יעודיים עליהם תותקן תוכנה ייעודית הניתנת להפעלה בדרכי שימוש ישירות או באמצעות אביזרי נגישות שונים.

4.2. מערכות תקשורת תומכת וחלופית ממוחשבות, המופעלות באמצעות מיקוד מבט. מערכות אלה ינתנו לאנשים עם מוגבלות חמורה בדיבור ומוגבלות חמורה בתפקוד מוטורי המסוגלים להשתמש אך ורק במערכות המופעלות באמצעות מיקוד מבט.

#### ג. תקופת ניסיון עם המכשירים

4.3. המכשיר ינתן באופן קבוע (כפוף לבחינה עיתית על פי סעיף 7, "מעקב ובקרה") רק לאחר תקופת התנסות של כ-3 חודשים לפחות בשימוש במערכת, בבית ובמסגרות אחרות (כגון: מסגרת חינוכית/טיפולית).

ההפניה לאספקת מכשיר לתקופת ההתנסות תינתן על ידי משרד הבריאות או גורם מטעמו.

4.4. בתום תקופת הניסיון תינתן חוות דעת של קלינאי תקשורת העוסק בתחום התקשורת התומכת החלופית שלוש שנים לפחות. המכשיר יינתן באופן קבוע רק אם על פי חוות

הדעת קיים צפי לשימוש יעיל ולשיפור משמעותי בתפקוד התקשורת בחיי היומיום, לרבות בהיבט קיומה של מערכת משפחתית או מערכת תומכת אחרת היכולה לסייע בהטמעת השימוש במכשיר.

4.5. במקרים בהם חוות הדעת שניתנה לפי סעיף 4.4 ציינה צורך באביזרי נגישות לצורך הפעלת המחשב (עקב מגבלה פיסית בהפעלה רגילה של מחשב) כולל למערכות מיקוד מבט תינתן המלצה של מרפא בעיסוק, העוסק בתחום התקשורת התומכת החלופית שלוש שנים לפחות, המפרטת את אביזרי הנגישות הדרושים.

## 5. מסמכים נדרשים:

א. **מסמכים נדרשים להגשת בקשה, כתנאי לבחינת עמידה בתנאי הזכאות הבסיסיים (בכפוף לעמידה בתקופת הניסיון) וטרם הפנייה לתקופת הניסיון בפועל:**

5.1. מסמכים רפואיים מהרופא המטפל או מרופא אחר הכוללים אבחנה מדויקת ומידע רפואי רלוונטי.

5.2. דו"ח תפקודי של קלינאי תקשורת מפנה; לעניין סעיף זה, קלינאי תקשורת מפנה הינו קלינאי תקשורת מטעם קופת החולים המבטחת, אך ניתן לקבל דו"ח גם מקלינאי תקשורת במסגרות טיפוליות כגון בתי חולים, מסגרות שיקום, מסגרות חינוכיות.  
הדו"ח יכול מידע מקיף ומפורט על תפקודי התקשורת השפה והדיבור.

ב. **מסמכים נדרשים לקבלת אישור סופי לאחר סיום תקופת הניסיון:**

5.3. חוות דעת עדכנית ומפורטת של קלינאי התקשורת כמפורט בסעיף 4.4 הכוללת את המסמכים הבאים:

1) טופס חוות דעת מלא כמפורט בנספח לחוזר זה;

2) דיווח על שימוש לאורך מרבית שעות היום ובסיטואציות שונות;

3) מידע על תרומתו של השימוש במכשיר לתפקוד התקשורת.

5.4. במקרים שבהם קיים צורך באביזרי נגישות לצורך הפעלת המחשב יש לצרף המלצה של מרפא בעיסוק.

5.5. במידת הצורך ועל פי בקשת משרד הבריאות, יצורפו דו"חות של אנשי מקצוע נוספים כגון: מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, פסיכולוג, עו"ס, צוות חינוכי, מורה ללקויות ראייה.

5.6. מסמך מטעם מרפא בעיסוק במקרים מיוחדים:

במקרים של חולים הסובלים ממחלה ניוונית הפוגעת בתפקוד המוטורי, ללא פגיעה קוגניטיבית או פגיעה בתפקודי שפה, ניתן להסתפק בחוות דעת או דו"ח תפקודי של מרפא בעיסוק, העוסק בתחום התקשורת החלופית שלוש שנים לפחות, במקום חוות דעת או דו"ח תפקודי של קלינאי תקשורת, וזאת הן לענין סעיף זה והן לענין סעיף 4(ג).

## 6. אביזרי נגישות:

6.1. הזכאות למכשירי תקשורת תומכת וחלופית כוללת גם אביזרי נגישות המאפשרים הפעלת המחשב במקרים של מגבלה פיסית מוכחת בהפעלתו, על פי חוות דעת של מרפא בעיסוק.

במקרים של אישור מערכות אלו, יאושרו אביזרי נגישות לצורך הפעלה בלבד, כגון: עכבר מיוחד או מתגי הפעלה.

6.2. במקרים של מערכת ממוחשבת המופעלת באמצעות מיקוד מבט בלבד יאושרו גם עזרים נילווים כגון עמוד, זרוע לצורך העמדה מותאמת של המחשב.

**7. אי תלות אנשי מקצוע:**

קלינאי תקשורת או מרפאים בעיסוק העובדים או מצויים בקשר עסקי עם חברה מסחרית העוסקת במכירה של מכשירי תקשורת תומכת לא ייתנו חוות דעת או דו"ח תפקודי על פי חוזר זה.

**8. הליך הגשת הבקשה והטיפול בה:**

הליך הטיפול בבקשה יעשה בהתאם לחוזר: 1/2014 בנושא: "אישור מכשירי שיקום וניידות" של מינהל הרפואה ובשינויים הנדרשים כמפורט להלן בחוזר זה:

8.1 יש להגיש את הבקשה למשרד הבריאות באמצעות הכתובת באתר.

[https://www.health.gov.il/Services/Citizen\\_Services/mobility/Pages/HearingAidChild.aspx](https://www.health.gov.il/Services/Citizen_Services/mobility/Pages/HearingAidChild.aspx)

8.2 ההחלטה לאישור ואספקת המכשיר תתקבל ביחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות ותטופל בהתאם לנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות של משרד הבריאות.

8.3 לא ינתנו החזרים כספיים במקרים של רכישה באופן פרטי.

**9. מעקב ובקרה:**

על מנת להבטיח את השימוש במכשיר באופן שוטף, משרד הבריאות יהיה רשאי לבצע מעקב מקצועי אחר דפוסי השימוש במחשבי התקשורת כולל בקשה לקבלת דיווח מגורם מקצועי (קלינאי תקשורת, מרפא בעיסוק או גורם מקצועי אחר) על שגרת השימוש.

**10. החזרת המכשיר:**

המכשירים יוחזרו למשרד הבריאות בתום השימוש, בהתאם לנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות.

**11. תיקונים ותמיכה טכנית:**

התיקונים והתמיכה הטכנית יהיו באחריות משרד הבריאות ובהתאם לנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות.

המלצה – מכשיר תקשורת תומכת וחלופית

טופס מספר 2.14

שכת בריאות: \_\_\_\_\_  
 קופ"ח מבטחת: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_  
 לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.

**פרטי הפונה:**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מצב משפחתי
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמ/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה
פקס	מייל		

אבחנה: \_\_\_\_\_

שותפים למגורים: \_\_\_\_\_

לא  
 כן  
 אם כן, מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_

איש משפחה מלווה: \_\_\_\_\_

עיסוק / מקצוע של הפונה: \_\_\_\_\_

מסגרת שיקומית / טיפולית / חינוכית: \_\_\_\_\_

ראייה: \_\_\_\_\_ שימוש באביזרי ראייה: \_\_\_\_\_  
 שמיעה: \_\_\_\_\_ שימוש באביזרי שמיעה: \_\_\_\_\_

לא  
 כן  
 האם מונשם?

תפקוד קוגניטיבי (כולל מצב עירנות ויכולת ריכוז): \_\_\_\_\_

הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת בוצעה בתאריך: \_\_\_\_\_

מקום ביצוע ההערכה: \_\_\_\_\_

שם קלינאי התקשורת מבצע ההערכה: \_\_\_\_\_ מספר תעודת מקצוע: \_\_\_\_\_  
 (יש לצרף מסמך ובו הערכה מפורטת של תפקודי השפה, הדיבור והתקשורת)

**מידע כללי על תפקוד תקשורתי ושפתי של הפונה:**

1. האם מדבר?  לא  כן  
 האם הדיבור מובן:  לא  כן, לסביבתו הקרובה  כן לכל אדם  
 הערות: \_\_\_\_\_

2. מהי רמת ההבנה המוצהרתת של הפונה? (שניתנת לצפייה באופן אובייקטיבי)

בחרו את רמת התפקוד הגבוהה ביותר של הפונה מבין האפשרויות הבאות:

- א.  נענה לסיטואציות יומיומיות
- ב.  נענה למסרים מילוליים מחוץ להקשר
- ג.  נענה למסרים מילוליים ארוכים, מורכבים ומופשטים (כולל הבנת שאלות של פתרון בעיות)

3. פרט את הפעולות התקשורתיות של הפונה:

- א.  מגיב לאינטראקציה חברתית: כגון חיוך, פעולה משותפת.
- ב.  נענה להוראות
- ג.  יוזם בקשה
- ד.  יוזם שיתוף באינטראקציה משותפת
- ה.  אחר: \_\_\_\_\_

4. האם הפונה מתקשר עם אנשים ומגיב לתקשורת המופנית כלפיו?  לא  כן

פרט באילו אמצעים מגיב לתקשורת המופנית אליו:

- א.  קולות וצלילי דיבור
- ב.  קשר עין
- ג.  ג'סטות
- ד.  הגשת חפצים
- ה.  תמונות או לוחות תקשורת
- ו.  כתיבה או הקלדה בלבד
- ז.  משיכת תשומת לב של שותף התקשורת
- ח.  אחר: \_\_\_\_\_

5. מי הם שותפי התקשורת של הפונה?

- א.  בני משפחה מטפלים קרובים בלבד
- ב.  צוות חינוכי/ טיפולי
- ג.  אחרים: \_\_\_\_\_

6. הסמלה: איזו סוג הסמלה האדם מזהה? סמנו את כל סוגי הסמלים שהאדם מזהה:

- א.  חפצים מוחשיים
- ב.  תמונות מצולמות של אזורים (תמונה של חדר או סביבה)
- ג.  תמונות מצולמות של פריטים
- ד.  תמונות מצוירות של סמלים גרפיים
- ה.  אותיות ומספרים
- ו.  אחר: \_\_\_\_\_

7. האם האדם יודע לקרוא?  לא  כן  חלקית

- א.  קריאה גלובלית של מילים מוכרות
- ב.  קריאה מפענחת (קידוד צליל אות)
- ג.  קריאה שוטפת של מילים ומשפטים קצרים
- ד.  קריאה שוטפת של טקסטים

8. האם האדם יודע לכתוב?  לא  כן  רק בהקלדה  חלקית

- א.  מאיית מילים מוכרות
- ב.  מאיית מילים באופן מדויק 50% מהזמן
- ג.  מאיית מילים באופן מדויק 80% מהזמן
- ד.  מאיית מילים ומשפטים

9. באיזה אמצעי האדם מאיית?

- א.  כלי כתיבה
- ב.  מקלדת
- ג.  לוח אותיות

### תפקוד מוטורי :

יש מגבלה מוטורית/אין מגבלה מוטורית  
אם יש : נא לצרף הערכה מפורטת של מרפא בעיסוק ו/או פיזיותרפיסט הכוללת :

1. מידע כללי על תפקוד מוטורי של הפונה :

- א.  הולך עצמאי
- ב.  נעזר בהליכון קדמי/אחורי
- ג.  מתנייד עצמאית בכסא גלגלים ממונע תוך שימוש במתגים או ג'ויסטיק ציין את מערכת ההפעלה של כסא הגלגלים ומיקומה \_\_\_\_\_
- ד.  אינו עצמאי, ישוב בכסא גלגלים
- ה.  מרותק למיטה

הערות : \_\_\_\_\_

2. היד הדומיננטית :  ימין  שמאל

3. תאר את היכולות התפקודיות ביד ימין

- תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

4. תאר את היכולות התפקודיות ביד שמאל

- תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

5. תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד ימין

- תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

6. תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד שמאל

- תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

7. מהי מידת השליטה בתנועת הצוואר?

- א.  שליטה מלאה בטווחי התנועה של הצוואר
- ב.  שליטה חלקית בטווחי תנועת הצוואר
- ג.  זקוק לתמיכת צוואר כדי לבצע תנועה
- ד.  אין כלל תנועת צוואר

8. האם יכול להפעיל מתגים?  כן  לא

באיזה אופן מפעיל את המתגים (לפרט איבר ספציפי)

\_\_\_\_\_

9. התנסויות עם מכשירים או אביזרי תקשורת תומכת וחלופית אחרים בעבר :

האם הפונה התנסה בעבר או מתנסה בהווה בעזר תקשורת חלופית?

- א.  לא, מדוע : \_\_\_\_\_
- ב.  השתמש בעבר ב: \_\_\_\_\_ וכיום אינו משתמש, בשל הסיבה : \_\_\_\_\_
- ג.  כן, משתמש היום בעזר : \_\_\_\_\_
- ד.  לוחות מסוג : \_\_\_\_\_
- ה.  פלטים קוליים
- ו.  מחשב תקשורת מסוג \_\_\_\_\_ עם תוכנת \_\_\_\_\_ מחשב נייד/נייח בלי/עם מסך מגע
- ז.  שפת סימנים
- ח.  אחר : \_\_\_\_\_

האם מכשירים או אביזרים אלו אינם תואמים את הצרכים התקשורתיים הנוכחים. פרט :

---

---

---

---

פרטי המכשיר המומלץ

פירוט	הערות	
האביזר		
תוכנה/ות		
אביזרי נגישות		



נמק את הצורך במכשיר המומלץ ותרומתו לתפקוד התקשורתי של הפונה:

---

---

---

---

האם עבר הערכת נגישות למחשב תקשורת או פלט קולי על ידי מרפא/ה בעיסוק?  כן  לא  
תקופת הניסיון עם המכשיר:

האם התקיימה תקופת התנסות עם המכשיר?  כן  לא

משך תקופת ההתנסות: \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_

השימוש במכשיר הוא על בסיס יומיומי  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

במסגרת החינוכית בכיתת הלימוד/ מחוץ לכיתת הלימוד/ במסגרת שיקומית/טיפולית/בחוגים/בבילוי/ במסגרות חברתיות / בעבודה/ במסגרת הבית/ אחר: \_\_\_\_\_

פרט: \_\_\_\_\_

בכל מקרה של דרישה לאביזרי נגישות (לצורך הפעלה מבלבד), יש לצרף המלצה של מרפא בעיסוק.

המכשיר עונה על צרכיו התקשורתיים של הפונה  כן  לא

פרט (לדוגמא: מבטא צרכים פיזיים ובקשות, משתתף בהחלטות, משתתף בשיחה, שואל שאלות, מספר סיפור):

---

---

---

אביזרי הנגישות מתאימים לצרכיו ומאפשרים שימוש יעיל  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

האם ישנם קשיים התנהגותיים שיכולים להשפיע על השימוש במכשיר  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

האם צפויים שינויים במצבו הרפואי/התפקודי/או אחר של הפונה בתקופה הקרובה  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

טל: \_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_

אם אין צורך בגורם מקצועי מלווה נמק:

האם ניתנה הדרכה לשימוש במכשיר לשותפי תקשורת?  כן  לא

אם כן, למי?

הורים: אב/ אם/בן/ת זוג/ בני משפחה אחרים \_\_\_\_\_ /מטפל סיעודי/ אפוטרופוס/ אחר \_\_\_\_\_

הערות:

---

---

---

פרטי קלינאי/ת התקשורת הממליץ:

(במקרה של התאמה למבוגר עם מחלה ניוונית ללא פגיעה קוגניטיבית או פגיעה בתפקודי שפה כתובה ניתן לקבל המלצה של מרפא בעיסוק)

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

מס. תעודת מקצוע: \_\_\_\_\_ ותק מקצועי: \_\_\_\_\_

ניסיון מקצועי בשימוש בטכנולוגיות תת"ח \_\_\_\_\_

פרטי התקשרות: טלפון \_\_\_\_\_ כתובת מייל \_\_\_\_\_

---

פרטי המסגרת הטיפולית או המרכז בו בוצעה ההתאמה וההמלצה: \_\_\_\_\_

מסגרת ציבורית/ פרטית

פרטי התקשרות כתובת \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_

כתובת מייל \_\_\_\_\_

חתימת קלינאי התקשורת \_\_\_\_\_

חותמת \_\_\_\_\_ ומספר תעודת מקצוע \_\_\_\_\_

אם נדרשים אביזרי נגישות

שם מרפא בעיסוק שביצע את ההתאמה \_\_\_\_\_ מספר תעודת מקצוע \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_