

חוזר מינהל הרפואה



משרד הבריאות

חוזר מס': 15/2016

ירושלים, כ"א תמוז, תשע"ו
27 יולי, 2016

אל : מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהלי בתי החולים

הנדון: מכשירי שמיעה לבני 18-30 ולבני 65 ומעלה במסגרת הסל הבסיסי - עידכון
סימוכין : חוזר המנהל הכללי מס': 4/2011 מיום: 23 בינואר 2011
חוזר מנהל רפואה מס': 34/2011 מיום: 11 באוקטובר 2011

הננו להביא בזאת לידיעתכם נוסח מעודכן לחוזרנו שבסימוכין המחליף ומבטל אותם. חוזר זה מפרט את השינויים בנוגע לשיטת ההתחשבות בגין מכשירי שמיעה לבני 18-30 ולבני 65 ומעלה ולהליך אספקת המכשירים כפי שהוכלל בסל.

בבסיס החוזר ההכרה כי מכשיר שמיעה אינו "מוצר מדף" כי אם חלק מהליך שיקומי. לפיכך, הנחיותינו מתייחסות לסוגי המכשירים ולתהליך המקצועי המלווה את התאמתם לאוכלוסייה הנזקקת להם.

א. קטגוריות מכשירי שמיעה:

מכשירי השמיעה מחולקים ל-3 קטגוריות מקצועיות:

גבוה	ביניים	בסיס
12 ערוצים לפחות	6-10 ערוצים	3-5 ערוצים
מעגל דחיסה	מעגל דחיסה	מעגל דחיסה
Output limiting	Output limiting	Output limiting
מנגנון להנחתת רעשים	מנגנון להנחתת רעשים	כיוונית
מערכת כיוונית אדפטיבית במספר רב של ערוצים	מערכת כיוונית אדפטיבית	מנגנון להנחתת רעשים
מנגנון להפחתת אקוסטי feedback	מנגנון להפחתת אקוסטי feedback	
אופציה להנמכת/ דחיסת תדרים	אופציה להנמכת/דחיסת תדרים	
4-5 תוכניות לפחות	שלוש תוכניות לפחות	
קישוריות אלחוטיות*	אופציה לקישוריות אלחוטיות*	
Tcoil בדגמי Full sized BTI/RITE	Tcoil בדגמי Full sized BTI/RITE	

• למעט מכשירים בהם בשל גודלם אין אפשרות לקישוריות

יודגש פי :

1. הזכאות להחלפת המכשירים הינה אחת ל-3.5 שנים.
2. כל מכשירי השמיעה שיכללו בהסכמי הקופה חייבים להיות בעלי אישור אמ"ר של משרד הבריאות.
3. מכשיר שמיעה יענה לכל הפחות על כל דרישות הבסיס באותה קטגוריה אליה הוא משויך.
4. על הקופה לדאוג לכך שכל קטגוריה תכלול את כל מגוון המכשירים הקיים אצל הספק באותה קטגוריה; אי הכללת כל המכשירים מחייבת אישור מראש של הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושב"ן במשרד הבריאות.
5. על הקופה לדאוג כי היצע המכשירים יכלול מגוון מכשירים ממספר יצרנים.
6. הסדר מרכזי 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. מטופל אשר יפקיד מכשיר לתיקון יוכל לקבל מכשיר חלופי מאחורי האוזן בטכנולוגיה בסיסית עם אוזניה אוניברסאלית במידה ואין ברשותו אוזניה מותאמת אישית.
7. בנסיבות בהן המכשיר אינו יכול לשרת באופן סביר את המטופל עקב שינוי משמעותי במצב השמיעה של המטופל, ולא ניתן להביא את המכשיר לרמת תפקוד סבירה שלא בדרך החלפה, הקופה תחליף את המכשיר גם בטרם חלפו 3.5 שנים.
8. למבוטח תינתן אפשרות לבחור מבין מגוון מכשירים הנכללים בהיצע קופת החולים, על פי צרכיו, ללא השתתפות עצמית. באם יבחר המבוטח מכשיר אחר, תחול עליו השתתפות עצמית. במקרה זה ישלם המבוטח את מחיר המכשירים בהפחתת הזכאות למימון בסך 3,479 ₪ (נכון למועד הוצאת החוזר) למכשיר (מכשיר לכל אוזן).
9. השינוי בקטגוריית בין חוזר זה לחוזרנו מס': 34/2011 יכנס לתוקפו תוך שנתיים ממועד הוצאת החוזר או במועד הראשון שבו ניתן לסיים או לא לחדש הסכמים קיימים, לפי המוקדם.
10. לתשומת לבכם, חלו שינויים מסוימים בנספחים הנלווים לחוזר זה לעומת חוזרנו מס' 34/2011. ממועד פרסום חוזר זה, הטפסים המצורפים הם המחייבים.

ב. הליך התאמת מכשירי שמיעה:

להלן שלבי הליך ההתאמה של מכשירי השמיעה:
1. בדיקת רופא א.א.ג. והפנייה לבדיקת שמיעה

המבוטח ייבדק אצל רופא א.א.ג. הבדיקה תכלול:
א. בדיקה אוטוסקופית.

ב. הפנייה 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 טרם ההפנייה לשיקום שמיעה.

2. בדיקת שמיעה במכון אודיולוגי

א. המבוטח יבצע בדיקת שמיעה במכון אודיולוגי. אם בהפניית רופא א.א.ג. אין חיוב לבדיקה חוזרת יומלץ לו, בהתאם לממצאי בדיקת השמיעה, על שיקום שמיעתי ו/או חזרה עם ממצאי הבדיקה לרופא א.א.ג.
ב. המבוטח יוזמן לייעוץ בנוגע למכשירי שמיעה.

3. ייעוץ בנוגע למכשירי שמיעה במכון אודיולוגי

כאשר מבוטח הופנה ממכון אודיולוגי לשיקום שמיעה ינוהל המשך ההליך כלהלן:

- א. מילוי שאלון 'התאמת מכשירי שמיעה'. (נספח א)
- ב. ייעוץ והמלצה להתאמת מכשירי שמיעה, חר/דו-צדדי, לקטגוריית המכשיר, ולאפיונים נוספים נדרשים.
- ג. מילוי טופס 'המלצה להתאמת מכשיר שמיעה' (נספח ב) שיכלול עבור כל אוזן את קטגוריית המכשיר, תצורת המכשיר והתוויות נוספות בהתאם לצרכיו השמיעתיים ומאפייני ירידת שמיעתו.

המבוטח יקבל את רשימת המכונים שבהסכם מכשירי שמיעה ויהיה רשאי לבחור מתוכם את המכון בו יבצע התאמת מכשיר השמיעה.

4. התאמת מכשירי שמיעה

המבוטח יפנה עם הפניית רופא א.א.ג, ותוצאות בדיקות השמיעה למכון המבצע התאמת מכשירי שמיעה.

המכון יתאים למבוטח מכשירי שמיעה, על פי בדיקת התאמה מקצועית שתבוצע לו במכון.

קלינאי תקשורת שיבצעו את התאמת המכשירים יעמדו בדרישות כל דין וחוזרי מנהל רפואה בנושא.

ההמלצה המקצועית לעניין קטגוריית המכשירים אינה מחייבת את המבוטח והוא רשאי לרכוש מכשירים מקטגוריה גבוהה או נמוכה יותר או תצורה אחרת המתאימה לצרכי שמיעתו ללא הצורך באישור נוסף.

כל קופה יכולה לבחור האם לקיים בו זמנית ובאותו מקום את בדיקת השמיעה, היעוץ וההתאמה או לפצלן ובלבד שהיעוץ יכלל במעמד בדיקת השמיעה או בהתאמה.

5. קבלת המכשירים לתקופת ניסיון

מכשירי השמיעה יינתנו למבוטח תמורת השתתפות עצמית השווה למחיר המכשיר פחות 3,479 ₪ (נכון למועד הוצאת החוזר), לתקופת ניסיון שתיקבע מראש בהסכם ההתקשרות של הקופה עם הספקים, אולם, בכל מקרה, תקופת הניסיון לא תפחת מחודש. המבוטח יפקיד המחאה דחוויה בגובה ההשתתפות העצמית על המכשירים. מועד ההמחאה הדחוויה יהיה למועד החל 30 יום לאחר תום תקופת הניסיון (להלן: "המועד הסופי").

במהלך תקופת הניסיון, יפנה המבוטח, במידה ויהיה מעוניין, להתייעצות וקבלת חוות דעת נוספת במכון אודיולוגי בו ניתן לו היעוץ הראשוני.

במהלך תקופה זו, יגיע המבוטח למכון בו בוצעה התאמת המכשירים לצורך כיוונים, הסברים וכד'. במידת האפשר, תתבצעה פעולות אלה ע"י קלינאי התקשורת שביצע את התאמת המכשירים למבוטח ומכיר את מאפייניו וצרכיו התפקודיים.

ההמחאה הדחוויה תוחזר למבוטח בסיום תקופת הניסיון. מבוטח שלא השיב את המכשירים עד המועד הסופי לא יוכל להשיב את המכשיר ולקבל לידיו את המחאת הפיקדון שתמומש ויראו אותו כמי שהמכשירים סופקו לשיעור רצונו.

במעמד מסירת המכשירים לניסיון ימסר למבוטח עלון המפרט את האמור לעיל.

6. החזרת המכשירים

במידה והמבוטח אינו מעוניין במכשירים, יחזיר את המכשירים לא יאוחר 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 ההמחאה הדחוויה.

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 באישור מחדש לתקופה נוספת לקראת סוף כל תקופה.

לאחר קבלת המכשיר 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

- א. הקופה תפרסם מידע מלא ברור ועדכני למבוטחים על ההליך, מכוני השמיעה המכשירים, מחיריהם וגובה ההשתתפות העצמית.
- ב. 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.
- ג. קופות החולים יוודאו כי כל שלבי הליך התאמת מכשירי השמיעה המפורטים לעיל, מבוצעים ע"י גורמים מקצועיים מוכשרים לנושא.
- ד. קופות החולים יוודאו כי סיום תהליך התאמת מכשירי השמיעה עבור מבוטחים המעוניינים במכשיר שמיעה, יתבצע בתוך 60 יום לכל היותר, ממועד בדיקת רופא א.א.ג (שלב 1) לצורך הפנייה לבדיקת שמיעה ועד להתחלת תהליך התאמת המכשירים. הקופה תקפיד כי ההליך יהיה נגיש וזמין ככל האפשר.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

חוזר זה ייכנס לתוקף ב- 1.8.2016 (למעט במקרים בהם צויין אחרת). לעניין המעבר להחלפת המכשיר מדי 3.5 שנים, כלל זה יחול רק על מי שהמכשיר סופק להם לראשונה או הוחלף להם החל מיום: 1.8.2016.

ב' ר"ב ה,
 ד"ר ורד עזריא
 ראש מינהל הרפואה

העתק : שר הבריאות
 המנהל הכללי
 המשנה למנהל הכללי
 הנהלה מורחבת
 קרפ"ר – צ.ה.ל
 קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
 קרפ"ר – משטרת ישראל
 רכוז 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 : 49298416

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי
מנכ"ל היא: - www.health.gov.il

נספח א'

קלינאלי/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

- ממת? _____

- באיזו אוזן? _____

- סוג המכשיר: _____

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

3. האם השתמשת בעבר במכשיר שמיעה? לא/כן

- מתי? _____

- באיזו אוזן? ימין/שמאל

- סוג המכשיר: _____

אם הפסקת להשתמש במכשיר השמיעה, מדוע? _____

4. האם סובל 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: _____

ע"י 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.

הסיבה: _____

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

3. אפשרות שילוב עם מערכת FM: _____

4. מספר תוכניות שמיעה: _____

5. קישוריות _____

קיבל המלצה למכשיר/י שמיעה מקבוצה: בסיס / ביניים / גבוה

קיבל הסבר להמלצות שניתנו לו כן/לא

ניתנה רשימת סוכנים למכשירי שמיעה כן/לא

ניתנו המלצות לאביזרי עזר לשמיעה כן/לא

פירוט _____

הערות: _____

חתימת קלינאית/ת התקשורת _____

חתימת המטופל/המבוטח _____

נספח ב'

פרטי קלינאית/ת 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 לנ"ל מכשירי שמיעה עפ"י הפירוט הבא:

אוזן	מאפיינים הכרחיים	מאפיינים אופציונאליים	הערות
ימין			
שמאל			

מומלץ מכשירי שמיעה שאינו מתחת לקטגוריית: **בסיס / ביניים / גבוה**

חתימת המטופל/המבוטח

חותמת

חתימת קלינאית התקשורת

לתשומת ליבך:

- הרשום לעיל מהווה המלצה והנך רשאי לבחור מכשירים בקטגוריה גבוהה או נמוכה יותר או בתצורה שונה
- 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.