



מינהל הגמלאות
אגף סיעוד

י' אב, תשע"ה
26 יולי, 2015

הנדון: אגרת 287 - תיקון

בתשובה לשאלות שקיבלנו מצאנו לנכון לתקן את אגרת 287.
מצ"ב נוסח חדש של האגרת בו הסבר מפורט בנושא ההתחשבות.

ב ב ר כ ה,

רבקה רוזנברג-בושם
מנהלת תחום בכירה
אגף סיעוד



מינהל הגימלאות אגף סיעוד

שד' ויצמן 13
ירושלים 91909
טל. 02-6709722
פקס. 02-6463084
Email: rinag@nioi.gov.il

י' אב, תשע"ה
26 יולי, 2015

אגרת 287

לכבוד
נותני שירותים לטיפול אישי בבית
נותני שירותים במרכזי יום

הנדון: השלמת שעות טיפול על ידי מרכז יום במצבים של היעדרות מטפל/ת בשירות טיפול אישי בבית

1. כללי

נציגי מרכזי יום פנו אל אגף הסיעוד בבקשה לשקול אפשרות להשלמת שעות על ידי ביקור במרכז יום בעת היעדרות מטפל/ת (טיפול חלופי במרכז היום).

הוקם צוות חשיבה שבחן אפשרויות ביצוע.

ההמלצה שהתקבלה: תתאפשר השלמת שעות טיפול באמצעות ביקור במרכז יום בעת היעדרות של מטפל/ת. הביצוע ייבחן במשך שנה מתחילת הביצוע. החלטה על ההמשך תתקבל לאחר ניתוח נתונים שיאספו בתקופה הנ"ל.

מומלץ לנותן שירות טיפול אישי בבית בעת קליטת זכאי חדש לקיים תהליך של היכרות מוקדמת של הזקן עם מרכז היום בתנאים של "מבקר מזדמן" ולבחון התאמה הדדית בין מרכז היום לזקן, כדי לאפשר הפעלת נוהל זה מידיית בעת היעדרות אפשרית של מטפל/ת. יום ביקור זה יהיה ללא תשלום. כמו כן מומלץ לבחון התאמה כזו לגבי כלל הזכאים המקבלים שירות טיפול אישי בבית באמצעותכם.

האחריות העיקרית לביצוע מוטלת על העובדים הסוציאליים של נותני השירותים: טיפול אישי בבית ומרכזי היום.

תכנית זו אינה מיועדת לחולי אלצהיימר ודמנציות אחרות.

נוהל זה יופעל ביום הראשון להיעדרות המטפל/ת כאשר:

- (א) נערך הליך של בדיקה עם הזכאי לקבל השלמת טיפול באמצעות ביקור במרכז היום.
- (ב) הזקן הביע את הסכמתו להשלמת שעות טיפול בעת היעדרות מטפל/ת, על ידי מרכז היום. בכל מקרה, יש לבקש הסכמת הזקן מחדש בעת הביצוע גם אם הביע בעבר הסכמה לכך).
- (ג) מרכז היום מכיר את הזקן וערוך ומוכן לקלוט אותו בעת היעדרות המטפל/ת.

2. אופן ביצוע

באחריות עו"ס של נותן שירותי טיפול אישי בבית:

- (א) לוודא שבוצע שלב היכרות מוקדמת בין הזקן לבין מרכז היום.
 - (ב) לבדוק עם עו"ס מרכז היום, אפשרות לקבלו: קיום התאמה בין מרכז היום והזקן, מקום פנוי במרכז היום/סידורי הסעה.
 - (ג) לוודא יכולת הזקן לקבל שירות חליפי במרכז היום ולבקש הסכמתו (מומלץ שבן משפחה יתלווה אל הזקן ליום הראשון במרכז היום).
 - (ד) להנחות את משפחת הזקן להמציא אישורים רפואיים + רשימת תרופות מעודכנת. הזקן יוכל לקחת איתו למרכז היום את התרופות.
 - (ה) לשלוח למרכז היום טופס הפניה + הזמנה והתחייבות להעברת תשלום, העתק ישלח אל מרכזת הועדה ומחלקת הסיעוד בסניף.
- הטופס יכלול מידע על מצב תפקודי נוכחי, פירוט של פעולות יום יום שהזקן זקוק בהן לסיוע, תזונה, והסעות וכן מס' השעות השבועיות המוזמנות מנותן השירות (ראה נספח 1 ו-2).
- (ו) להודיע למרכז היום על חזרת המטפל/ת לפחות 24 שעות מראש.

3. באחריות עו"ס מרכז היום

- (א) לוודא קבלת מסמכים רפואיים + תרופות מהזקן, מסמכים אלו, העו"ס יעביר אל אחות מרכז היום
- (ב) למלא החלטה על קליטת זקן במרכז יום (ראה נספח 1).
- (ג) יבקש מעו"ס נותן השירות טיפול אישי בבית, לשלוח טופסי הפניה + הזמנה והתחייבות להעברת תשלום.
- (ד) לתאם סידורי הסעה.
- (ה) לקבוע את בעל התפקיד במרכז היום שיהיה כתובת קבועה לזקן בימים הראשונים.

4. התחשבוניות וחשבוניות

- מוצע שהיום הראשון, חד פעמית, יהיה – יום אירוח לניסיון, ע"ח מרכז היום. (כמו שקיים היום, במקרה שקשיש שמקבל טיפול בבית מבקש לנסות הליכה למרכז יום).
- (א) ההתחשבוניות בין שני נותני השירותים, תיעשה אך ורק ביניהם.
- (ב) נותן השירות בבית בלבד יגיש חשבונית לביטוח הלאומי ובה ידווח על מתן שירות חלופי במסגרת מרכז יום, בצרוף יומן נוכחות של הזקן במרכז היום, בו יחתום מפעיל מרכז היום.
- שורת החשבונית תוגש כשורה נפרדת עם פרטי המטפלת שהייתה אמורה לטפל בזקן.
- (ג) כדי לסמן שהשירות ניתן במרכז היום כשירות חלופי – בשדה "סיבה להזנת 88 ביום פיקוח" נוסף הערך 10 – השלמת שעות במרכז יום" (אין להשתמש במקרה כזה בקוד 3 (ביקור במרכז יום)).

על נותן השירותים להוסיף ערך זה בפוזיציה 52-53 במבנה החשבונית.

ד) נותן השירות טיפול אישי, ישלם למרכז היום על פי חשבונית עבור הימים שסיפק שירות לזקן בימי ההיעדרות של המטפלת.

5. מידע לוועדה המקומית

א) נותן שירותים טיפול אישי בבית, חייב להודיע מידית למרכזת הוועדה המקומית על:

- ◆ היעדרות צפויה של מטפלת/ת שלושים ימים קלנדריים ומעלה. (לדוגמה, במצבים בהם עובד זר נוסע לחופשת מולדת).
- ◆ הזקן הודיע שהוא מעוניין להמשיך ולבקר במרכז יום, בכל מתכונת שהיא (כשרות חליפי, כתכנית טיפול משולבת).

ב) לתשומת לב - תכנית הטיפול נקבעת על ידי הוועדה המקומית בלבד, מכאן ששינוי בתכנית (החלפה קבועה של קבלת השרות במרכז יום במקום טיפול בבית) נעשית רק על ידי הוועדה.

היה ובשלב מסוים יחליט הזקן, שהוא מבקש לבקר במרכז היום באופן קבוע, כחלק מתכנית הטיפול שלו, יהא עליו לעבור ועדת קבלה של מרכז היום, לשם בניית תכנית טיפול שתואם לו, כפי שמחייבת הוראת תע"ס של מרכזי היום במשרד הרווחה.

6. גביית השתתפות עצמית מהזכאי

מרכז היום רשאי לגבות מהזקן סך של עד 15 ₪ ליום ביקור, כמקובל לגבי כל המבקרים במרכז היום.

7. מכרזים עתידיים

בכוונת אגף סיעוד להשתמש במידע על ביצוע השלמות שעות טיפול, הן על ידי מטפלת/ת חליפית והן על ידי ביקור במרכז יום ולשכלל ביצוע השלמות בציון איכות נותן שירותים במכרזים עתידיים.

ב ב ר כ ה,



ארנה זמיר
מנהלת אגף סיעוד

העתק: גב' אילנה שרייבמן – המשנה למנכ"ל וראש מינהל הגימלאות, המוסד לביטוח לאומי
גב' כלנית קיי – ראש אגף סיעוד בקהילה, שירותי בריאות כללית
גב' סימונה שטיינמץ – ס/מנהלת האגף לשירותים חברתיים ואישיים
גב' רבקה רוזנברג-בושם – מנהלת תחום בכירה סיעוד, המוסד לביטוח לאומי
חברי ועדות מקומיות

טופס הפניה של הזקן למרכז יום (מנותן שירותים: טיפולי בית)

תאריך ההפניה _____

שם נותן השירותים _____ שם מרכז היום _____

א. פרטים מזהים:

שם משפחה ופרטי _____ מס' ת"ז _____ שנת לידה _____

מין: זכר נקבה שפות דיבור: _____

כתובת _____ טלפון נייד _____ טלפון נייד _____

גר לבד - כן לא

איש קשר: שם _____ יחס קרבה לזקן _____

כתובת _____

טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____ טלפון נייד _____

מרפאת קופ"ח: _____ טלפון _____

מצב תפקודי נוכחי _____

ב. הזקן זקוק לסיוע בפעולות:

ניידות הלבשה רחצה אכילה טיפול בהפרשות

מצב קוגניטיבי: תקין דמנציה קלה בינונית מתקדמת

האם קיימת מחלה סכרתית? לא כן, פרט מידת חומרה, מגבלות וטיפול רפואי שמקבל

_____ אחר, פרט _____

ג. סל צרכים מיוחדים: כלכלה - אוכל דל שומן, דל מלח, מרוסק, אחר (פרט) _____

הסעות: זקוק ל- ליווי בהסעות, רכב עם מעלון

הערות נוספות _____

ד. מספר שעות הטיפול השבועיות המוזמנות על ידי המוסד לביטוח לאומי _____ מצ"ב: טופס הזמנה והתחייבות לתשלום

שם המפנה ותפקידו _____

טלפון _____ תאריך _____

החלטת מרכז היום

מתאים לבקר במרכז היום

מעוניין לבקר במרכז היום בימים: סמן בעיגול: א' ב' ג' ד' ה' ו'

אינו מתאים לבקר במרכז היום: פרט _____

שם _____ תפקיד _____ חתימה _____

נספח מס' 2

תאריך _____

טופס הזמנה והתחייבות לתשלום

שם החברה נותן שירותים _____ שם מרכז היום _____

לכבוד

מרכז יום _____

שלום רב,

הנדון: מר/גב' _____, ת"ז: _____

כתובת: _____

הנני מפנה אלייך את הנ"ל לשם ביקורים במרכז היום, החל מיום _____, במסגרת טיפול חלופי בשל היעדרות המטפלת/ת שלו. הנ"ל נתן הסכמתו לקבל שירות חליפי במרכז היום. נודיעכם על חזרת המטפלת/ת לטפל בו, עד 24 שעות לפני חזרתו/ה. לידיעתכם, עבור הנ"ל מוזמנים מחברתנו _____ שעות טיפול בשבוע. השבוע הוא ניצל _____ שעות. הננו מתחייבים לשאת בעלויות הטיפול החלופי. לנוחיותך מצ"ב נספח: בקשה לתשלום עבור ימי השירות החלופי במרכז היום.

בכבוד רב,

נותן השירותים

תאריך _____

אל: נותן שירותים: _____

הנדון: בקשה לתשלום עבור ימי השירות החלופי במרכז היום,

בעבור גב' / מר: _____ ת"ז: _____

הריני להודיעכם כי הנ"ל ביקר במרכז יום _____ מיום _____ עד יום _____, סה"כ _____ ימים.

נודה לכם על תשלום בסך _____ ש, בעבור תקופה זו.

בכבוד רב,

מנהל מרכז יום