

מדינת ישראל – משרד הבריאות

החטיבה לעניני בריאות

מנהל רפואה

חוזר מס' 4/2009:

ירושלים, י"ח טבת, תשס"ט
14 ינואר, 2009

תיק מס' 14/3/25:

אל: מנהלי בתי חולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים
סימוכין: חוזר מס' 83/1995 מיום: 23.11.95
חוזר מס' 18/1998 מיום: 9.3.98
חוזר מס' 46/2004 מיום: 14.10.04

הננו להביא בזאת לידיעתכם נוהל עדכני המחליף ומעדכן את חוזרנו שבסימוכין

1. רקע:

שיקום הוא שלב טיפולי בתהליך ריפוי מתמשך, שמטרתו לשפר תפקודים מוטוריים וקוגניטיביים ספציפיים שנפגעו על ידי מחלה או פציעה, להגדיל עצמאות אישית ולהקטין תלות בזולת לקראת חזרתו של המטופל לסגון חיים פעיל ובריא. בבסיס התהליך השיקומי עומדת ראייה רב-מקצועית, רב מערכתית וכוללנית של צרכי המטופל המידיים והעתידיים, שיתוף מלא של המטופל, משפחתו ואנשי המקצוע.

יעדים אלה עומדים בהתאמה לעקרונות ארגון הבריאות העולמי: WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, 2001) הנוהל מבוסס גם על מסקנות והמלצות הכתובות במסמכים:

1. קריטריונים לקבלה ושחרור חולים למחלקות שיקום גריאטריות -1998- מועצה לאומית לגריאטריה.
2. מסקנות הועדות לבדיקת הטיפול ומניעה בשברי צוואר הירך בקשישים -1999- המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר.

3. כנס הסכמה לטיפול בשברי צוואר הירך 1999-מכון גרטנר בשיתוף משרד הבריאות.
4. מסקנות הועדה לשיקום קשיש לאחר שבר בצוואר הירך (יו"ר פרופ' ליבוביץ) - 2005 מועצות לאומיות לגריאטריה ולשיקום.
5. המלצות ועדות המועצה הלאומית לשיקום (יו"ר פרופ' רינג) - 2007.

2. מטרות :

- 2.1. לאגם את כלל תכני הנהלים / החוזרים והמלצות ועדות המפורטות לעיל בתחום השיקום.
- 2.2. להגדיר את אמות המידה להפנייה לטיפול שיקומי.
- 2.3. להגדיר את אופן מתן הטיפול השיקומי.
- 2.4. להתוות את רצף תהליך הטיפול באשפוז ובהקילה.

3. הגדרות :

- 3.1. "שיקום תפקודי" טיפול רפואי הניתן ע"י צוות רב-מקצועי בראשותו ובאחריותו של רופא מומחה בגריאטריה בעל ניסיון בהערכת תפקוד ופוטנציאל שיקומי או רופא מומחה בשיקום, במטרה להביא למיצוי מרבי ומיטבי של יכולות תפקוד המטופל.
- 3.2. "אשפוז חריף (חד)" שהות המטופל בבית חולים כללי עקב מחלה / ארוע חריף (כגון חבלה, ניתוח, ארוע מוחי, וכד').
- 3.3. "מסגרת שיקום" מסגרת טיפולית הכוללת רופא מומחה לגריאטריה / שיקום וצוות רב-מקצועי ממקצועות הבריאות כמוגדר בנהלים, הנותנת שירותי שיקום רפואי. מסגרת השיקום פועלת במוסד רפואי עם רשיון לשיקום כללי או גריאטריה שיקומית, או בקהילה בשירותים של הגורם המבטח בקהילה (קופ"ח): אשפוז יום שיקומי, יחידות המשך טיפול או מכונים יעודיים.
- 3.4. צוות רפואי המטפל בבית (יחידות המשך טיפול) - צוות רב-מקצועי ממקצועות הבריאות בראשותו ואחריותו של רופא, המופעל באחריות הגורם המבטח (קופ"ח). הצוות מספק את הטיפול הרפואי ו/או השיקומי בביתו של המטופל, לרבות טיפול בית ואשפוז בית.
- 3.5. "צוות שיקומי" צוות רב מקצועי הכולל את מקצועות הבריאות בתחום השיקום במסגרות השיקום למניחה.
- 3.6. "מחלקה שיקומית כללית" מחלקה העוסקת בשיקום חולים שתיפקודם נפגע באופן חר או הדרגתי עקב מחלה או חבלה. תהליך השיקום במסגרת המחלקה נקבע על פי תכנית שיקום אישית למטופל". (בהתאם לחוזר מינהל הרפואה מס' 42/2003)
- 3.7. "מחלקה גריאטרית שיקומית" מחלקה גריאטרית המטפלת בחולים, הסובלים ממחלות מלוות בירידה תפקודית והזקוקים לטיפול שיקומי, על מנת להגיע לחזרה מלאה או

חלקית לתפקוד עצמאי פיזית, מנטלית וחברתית המיטבית של החולה." (מתוך "אמות המידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית" – חוזר מינהל רפואה 60/2002).

4. הבסיס החוקי:

- 4.1. אחריות למתן שיקום מעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (תשנ"ד 1994).
- האחריות למתן שיקום חלה על הגורם המבטח (קופות החולים) על פי התוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 4.2. זכותו של כל אדם לקבל טיפול שיקומי נאות על פי חוק זכויות החולה (תשנ"ו 1996) "..... כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל..... מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי אנוש".
- 4.3. הטיפול השיקומי יינתן בפועל רק לאחר קבלת הסכמה מדעת של המטופל או של אפוטרופסו או בני משפחתו (להלן: המטופל), כמשתמע מחוק זכויות החולה. על הגורם המטפל ליידע כל מטופל ומשפחתו על זכויותיו למיצוי פוטנציאל השיקום תוך הפנייה לגורמים המתאימים, ולהביא לידעתם על קיום גורמים מסייעים כגון "האגודה לזכויות החולה"

5. התוויות למתן שיקום (באשפוז, בקהילה או בבית)

5.1. אבחנות ומצבים בהם יש לתת טיפול שיקומי:

5.1.1. שיקום אורטופדי בעקבות ירידה בתפקוד בתחום הניידות והעצמאות בעקבות

חבלה או מחלה אורטופדית:

- לאחר שברים כגון במפרק ירך, בגפיים תחתונות או עליונות, אגן, עמוד שדרה.

- לאחר קטיעת גפיים.

- במצב של הפרעות תפקודיות במפרקים (כגון בעקבות דלקת מפרקים).

- לאחר כל ניתוח אורטופדי אלקטיבי בגפיים תחתונות (כגון החלפות

מפרקים וכד')

5.1.2. שיקום נויורולוגי לאחר פגיעות נויורולוגיות במוח .

- מחלות או חבלות כגון אירוע מוחי, כריתת גידול מוחי, דלקת במוח

שגורמים לפגיעה תפקודית או קוגניטיבית

5.1.3. שיקום נוירולוגי לאחר פגיעות ומחלות של חוט השדרה. הפוגעות בשליטה היציבתית, בכושר ההליכה, בתפקודים האוטונומיים, או בשליטה בסוגרים.
- מחלות או חבלות של חוט השדרה או מערכת העצבים ההיקפית,
- מחלות או חבלות בחיבור עצב-שריר והשרירים.

5.1.4. שיקום בעקבות ירידה תפקודית עקב מחלה - Deconditioning
לאחר ירידה תפקודית בכושר ההליכה והעצמאות במעברים ובקימה, בעקבות ריתוק ממושך למיטה ו/או מחלה חריפה שלא צוין לעיל ו/או אשפוז (כגון עקב מחלה זיהומית, נשימתית, קרדיאלית, ניתוחית או אחרת)

5.2. קווים מנחים בשיקולים למתן שיקום:

- א. מצב ויציבות רפואית - ישקלו התוויות נגד כבעיות חריפות חמורות המונעות מאמצים שיקומיים (כזיהום אקוטי חריף, דליריום, מצב קרדיאלי חריף, קריש ורידי עמוק וכו') אולם בתום הארוע החריף תעשה הערכה מחודשת .
- ב. דרגת התיפקוד הגופני והקוגניטיבי לפני הארוע - קיומן של מגבלות קודמות בתפקוד אינו מהווה התווית נגד לשיקום, כאשר הערכת הרופא היא שניתן להחזיר את המטופל לתיפקוד הקודם או לשפר את תפקודו במידה משמעותית.
- ג. מידת שיתוף פעולה ויכולת למידה - יש לתת שיקום גם במקרים של ירידה קוגניטיבית, ובתנאי שהמטופל מסוגל לשתף פעולה ברמה המאפשרת שיקום ניידותו ותפקודו הקוגניטיבי.

5.3 מצבים שאינם מונעים ואינם דוחים טיפול שיקומי:

- א. פצע לחץ אשר לא מונע את ביצוע טיפול שיקומי איננו מהווה התווית נגד להפניה למסגרת שיקומית.
- ב. הגבלה זמנית כגון הנחיה לעיכוב דריכה למשל לאחר התערבות כירורגית לא מהווה סיבה לאי הפניה למסגרת שיקומית מתאימה.
- ג. הזנה אנטראלית באמצעות זונדה או גסטרוסטום אשר לא מונעת את ביצוע טיפול שיקומי איננה מהווה התווית נגד להפניה למסגרת שיקומית.

5.4 מידע למטופל

בכל שלב מתהליכי השיקום וכן בסיומו יינתן מידע מלא למטופל תוך שיתופו והסכמתו לכל מרכיבי התהליך.

6. טיפול שיקומי במסגרת אשפוז חריף (בבי"ח כללי):

6.1. הערכה ראשונית

- 6.1.1. עם תחילת אשפוז חריף עקב ארוע / מחלה הגורמים או עשויים לגרום לירידה תפקודית מתמשכת או קבועה יש לבצע הערכה רפואית ותפקודית מובנית ולתעד אותה.
- 6.1.2. בהתאם לממצאי הערכה, יינתן הטיפול במהלך האשפוז בראייה שיקומית, מוקדם ככל האפשר רצוי בהנחיית רופא גריאטר/שיקום.
- 6.2. הערכה תפקודית מובנית - לקראת שחרור מבית חולים כללי יעבור כל מטופל העונה להתוויות שבסעיף 5, הערכה תפקודית כוללנית.
- 6.3. ההחלטה על מתן שיקום ויעדיו - תיקבע ע"י רופא מומחה בגריאטריה, או מומחה בשיקום, מביה"ח (או יועץ לביה"ח) ובהתייעצות עם נציג צוות הרב-מקצועי של בית החולים מתחומים: סיעוד, עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאי תקשורת.
- כל החלטה חייבת להיות מנומקת ומתועדת.
- 6.4. בשיקולים על מתן ודרכי השיקום יש לשתף את המטופל ומשפחתו ולהתחשב בהעדפותיו ורצונותיו, תוך מתן מידע מלא על הגורמים בהם ניתן להסתייע בתהליך השיקום.
- 6.5. ההחלטה לגבי הטיפול השיקומי (מתן שיקום או אי מתן) תועבר לגורם המבטח ולמטופל ומשפחתו, לפחות 2 ימי עבודה לפני השחרור מהמחלקה.
- 6.6. נציג הגורם המבטח לנושא זה יהיה רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום, אשר ייבחן את המלצת בי"ח וייתן מענה מיידי ולא יאוחר מ-2 ימי עבודה. כל סטייה מהמלצת בי"ח מחייבת נימוק מפורט ומתועד תוך פירוט תכנית אלטרנטיבית.
- 6.7. כאשר לא ניתנה ע"י הגורם המבטח, המלצה/הפניה לשיקום חובת נציג הגורם המבטח לנושא זה – (מומלץ רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום), לעדכן את המטופל ומשפחתו ביחס לזכויות המוקנות לו בחוק, לרבות פניה לגופים האחראיים על מיצוי זכויותיו בקופת החולים, במשרד הבריאות לנציבת קבילות הציבור וכן באמצעות פניה לבית הדין לעבודה - כמפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 6.8. כאשר הוחלט בבי"ח שהמטופל נזקק להמשך טיפול שיקומי והגורם המבטח סרב לקבל החלטה זו יש לפעול באחת משתי הדרכים:

- (א) להפנות להערכה שיקומית במסגרת שיקומית אשפוזית.
- (ב) לפנות לחוות דעת נוספת של רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום המקובל ומוסכם על דעת הגורם המבטח.
- כל אי הסכמה חייבת להיות מפורטת ומתועדת.

7. הפנייה לשיקום באשפוז (ולא בקהילה) - התוויות מחייבות:

- כאשר מטופל מתאים לטיפול שיקומי אין להפנותו ללביתו ולמתן טיפול בקהילה כאשר קיים אחד או יותר מהמצבים הבאים:
- 7.1. התנאים המשפחתיים, סוציאליים והסביבתיים אינם מאפשרים טיפול בבית או בקהילה כגון חוסר במטפל עיקרי, חוסר בתנאי מחייה סבירים וכד'.
- 7.2. מצב רפואי הדורש השגחה וטיפול סיעודי-רפואי ממושך.
- 7.3. ליקויים מוטוריים, קוגניטיביים, שפתיים, רגשיים והתנהגותיים שטיפולם האופטימלי מחייב ידע ואמצעים הקיימים רק במסגרות שיקום ייעודיות.
- 7.4. לא ניתן לתת שיקום נאות בקהילה מכיוון שהקופה שבה הוא מבוטח איננה מפעילה בקהילה אתר שיקום המתאים לצרכי המטופל (שיקום יום, מכון פיזיותרפיה וכד'), או לא ניתן אישור לקבלת המטופל באתר זה.
- 7.5. כל מעוכב דריכה כאמור בסעיף 5.3ב' שלעיל מסגרת השיקומית אליה יופנה הינה מסגרת שיקום באשפוז, אלא אם כן נתן המטופל או מיופה כוחו את הסכמתו לשיקום בקהילה ושירותי הבריאות בקהילה יתנו את המענה האופטימלי.
- 7.6. מטופל לאחר ארוע מוחי או בעיות נוירולוגיות אחרות וחומרת הפגיעה הינה שציונו בהערכה התפקודית היא מתחת ל- FIM=75 או BARTHEL מתחת ל-16 או בכל כלי אמדן אחר, במדרג המתאים למצויין לעיל.

8. ביצוע הטיפול השיקומי - באשפוז ובקהילה:

- 8.1. הטיפול השיקומי יבוסס על הליכי עבודה מוגדרים ומתועדים.
- 8.2. יישום הטיפול השיקומי יבוצע ע"י צוות רב-מקצועי שבראשו יעמוד רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום. הצוות יכלול: סיעוד, עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, שיקום בדיבור ובליעה ותזונה.
- בעת הצורך יכלול הצוות מומחים כנוירולוג, פסיכולוג, או אורטופד. זאת, בהתאם לסיווג בעיית המטופל בעטייה הוא זקוק לשיקום.
- 8.3. קבלת המטופל תבוצע ע"י צוות רב-מקצועי תוך שימוש בכלי מדידה תקפים, מהימנים ומקובלים.

- 8.4. הערכה תבוצע בקבלה, לקראת שחרור ובהתאם לצורך בפרקי זמן נוספים. מומלץ להתאים את כלי המדידה כך שניתן יהיה להשוות בין ההערכות השונות על מנת להעריך את התקדמות השיקום.
- 8.5. לכל מטופל תיקבע תכנית טיפול כוללנית. תכנית הטיפול תהיה משולבת (אינטגרטיבית) עם פירוט תוכנית של כל מקצוע טיפולי. התכנית תיקבע בהתאם לצרכים הייחודיים של המטופל וקצב התקדמותו.
- 8.6. מהלך השיקום ומשכו ימצו את היכולות התפקודיות הבסיסיות של המטופל באופן מיטבי, כך שיתאפשר שילובו במסגרת עתידית מתאימה.

9. תנאים למסגרת שיקומית אשפוזית:

- 9.1. השיקום יינתן במחלקות לשיקום כללי או גריאטריה שיקומית או מחלקה משולבת ברישוי לשיקום כללי וגריאטריה שיקומית.
- בכל מחלקה לסוגה יהיה צוות רב-מקצועי שיוענה לצרכי המטופלים והרכבו לפחות בהתאם לתקינה המפורטת בחוזרי מינהל רפואה 42/2003 ו-60/2002 בהתאמה. (נספחים 2,3)
- 9.2. משך השיקום באשפוז ייקבע על פי צרכי המטופל ולא יפחת מההיקף הבא:
- 9.2.1. למטופלים בשיקום אורטופדי לפחות 14 יום.
- 9.2.2. למטופלים בשיקום נוירולוגי לפחות 25 ימים.
- 9.2.3. אם נקבע משך זמן קצר יותר, יש לנמקו ברשומה הרפואית ובמכתב השחרור על סמך ממצאי הערכה תפקודית כוללנית.
- 9.3. עם השחרור מאשפוז שיקומי יימסר למטופל מכתב סיכום המופנה לרופא המשפחה. הסיכום וההמלצות יועברו גם למסגרת השיקומית בקהילה אליה יפנה רופא המשפחה את המטופל להמשך שיקום.

10. תנאים לקיום מסגרת שיקומית בקהילה:

- 10.1. מסגרות השיקום בקהילה:
- 10.1.1. שיקום מחוץ לבית:
- א' מסגרת רב-מקצועית - בדומה לאשפוז יום
- ב' שיקום בתחום מקצועי אחד - כגון במכון פיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק.
- 10.1.2. שיקום בבית המטופל - שיקום רב-מקצועי או שיקום בתחום מוגדר.
- 10.2. על כל גורם מבטח להפעיל צוות שיקום בקהילה שיפעל בהתאם למוגדר בסעיף 8 שלעיל.
- לחילופין, לחתום על הסכם עם שירות קיים המפעיל צוות שיקום.

- 10.3. כל מטופל המופנה לקהילה מבית חולים כללי או אחר לקבלת טיפול שיקומי, יעבור הערכה ע"י צוות הכולל איש צוות אחד או יותר לפי הצורך תוך 2 ימי עבודה משחרורו, ובהתאם לתוצאת ההערכה ולאחר דיון עם כלל הצוות השיקומי תותאם לו תכנית שיקומית ומסגרת שיקומית לא יאוחר מ- 5 ימי עבודה ממועד הפניה.
- 10.4. כאשר מטופל הופנה על פי רצונו ובהסכמתו בכתב לשיקום בקהילה למרות ההתוויות שלעיל (סעיף 7) המפנה יעקוב אחר תהליך השיקום של המטופל לפחות אחת לשבוע ויוודא שמסגרת הקהילה נותנת מענה מספק לצרכיו השיקומיים.
- 10.5. הטיפול השיקומי בקהילה יסתיים עם השגת היעדים שנקבעו ו/או ירידה משמעותית בקצב ההתקדמות (פלאטו), על-פי החלטת רופא מחוזי גריאטרי או שיקומי ובתיאום עם הצוות השיקומי המטפל.

11. תיעוד סיכום הטיפול שיקומי - באשפוז ובקהילה:

- 11.1. עם סיום הטיפול השיקומי באשפוז או בקהילה יימסר למטופל סיכום הכולל:
- א. ציון מצב רפואי: אבחנות, טיפולים והמלצות לטיפול מניעתית (כגון טיפול להורדת יל"ד, מניעת אוסטאופורוזיס, אספירין או נוגדי קרישה למניעת אוטם מוחי וכד').
- ב. ציון מצב תפקודי: פירוט הערכה רב-מקצועית (תוך שימוש בכלי מדידה משווים לאורך תקופת הטיפול, מצב קוגניטיבי וכד').
- 11.2. המלצות מפורטות לגבי המשך הטיפול יינתנו:
- 11.2.1. למטופלים המשתחררים מאשפוז שיקומי - המשך השיקום בקהילה (בשחרור מאשפוז).
- 11.2.2. למטופלים שסיימו טיפול שיקומי פעיל בקהילה - תכנית לטיפול משמור או פעילות גופנית מתאימה ו/או מעקב. ההמלצות תכלולנה גם פירוט הצורך למתן שרותים ע"י גורמים מסייעים נוספים בקהילה לפי הצורך (כגון חוק ביטוח סיעוד, שירותי רווחה ועוד).

12. מעקב:

- 12.1. 6 חודשים לאחר סיום השיקום, יעריך רופא המשפחה את תפקודו של המטופל, זאת בהתייעצות עם הצוות השיקומי וייתעד זאת ברשומת המטופל.
- 12.2. על סמך ממצאי הערכת המעקב ישקול הצוות מתן טיפול המשכי נוסף בקהילה או הפנייה לאשפוז שיקומי בהתאם להערכה גריאטרית/שיקומית כוללנית.
- 12.3. המעקב וממצאיו יתועדו ברשומות המטופל.

13. דרכי יישום הנוהל:

- 13.1. על הגורם המבטח (קופות החולים) להטמיע פרטי נוהל זה ומשמעותיותו בקרב עובדיהם. לפעול באופן פעיל לחינוך, הכשרה והעמקת הידע אודות תכני נוהל זה

בקרב אוכלוסיית אנשי המקצוע והמטפלים המועסקים על ידם, כולל הכרה ומודעות על זכויות המטופלים.

13.2. על הגורם המבטח (קופות החולים וכד') להבטיח מסד נתונים נגיש וזמין על פיו ניתן יהיה לקבל נתונים על היקף הטיפולים השיקומיים איכותם ותוצאותיהם (על פי כלים מקובלים כדוגמת FIM).

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.


ב ב ר ר ה
ד"ר חזי לוני
ראש מינהל הרפואה

העתק : המנהל הכללי

המשנה למנהל הכללי

ס/מנכ"ל בכיר למנהל ולמשאבי אנוש

ס/מנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה

ס/מנכ"ל לכלכלת בריאות

ס/מנכ"ל לתכנון תיקצוב ולתימחור

ס/מנכ"ל קופות חולים

ס/מנכ"ל להסברה ויחסים בינלאומיים

ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות

נציב קבילות הציבור

נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חשב המשרד

היועצת המשפטית

אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסייעוד

ראש שרותי בריאות הציבור

רופאי מחוזות – לשכות בריאות מחוזיות

מנהל האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות

מנהל אגף רישוי מוסדות ומכשירים

ראש שרותי בריאות הנפש

מנהל האגף לגריאטריה

מנהל האגף לרפואה כללית

מנהל אגף בכיר ביטחון

מנהל אגף בריאות השן

מנהל אגף הרוקחות

מנהל האגף לשרותי מידע ומחשוב

מנהלת תחום רישום ומידע רפואי

מנהל המרכז הלאומי לבקרת מחלות

מנהל האגף לשעת חרום

מנהל האגף למקצועות בריאות

מנהלת האגף להבטחת איכות

מנהל אגף ביקורת פנים
פיזיותרפיסטית ראשית
מפקחת ארצית ריפוי בעיסוק
מנכ"ל קופות החולים
מנהל האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהל המחלקה לאבזורים ומכשירים רפואיים
מנהל המחלקה לרפואה קהילתית
מנהל תחום מינהל ומשק
מנהל המחלקה לאפדמיולוגיה
מנהל המחלקה למעבדות
מרכזת המועצות הלאומיות
מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית
הספרייה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הנפש
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הציבור
אחראית ארצית על הסיעוד – בגריאטריה
אחות ראשית – קופ"ח הכללית
הרופא הראשי האגף לטיפול במפגר - משרד הרווחה
קרפ"ר – צ.ה.ל
רע"ן רפואה- מקרפ"ר
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
מנכ"ל הסתדרות מדיצינית – "הדסה"
רכז הבריאות , אגף תקציבים – משרד האוצר
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
יו"ר ארגון רופאי המדינה
יו"ר המועצה המדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל
מנהלת המחלקה לניהול סיכונים - חברת ענבל

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

8 - 121/11881(מ)