



**הוראת אגף משפחות והנצחה מס' 81.18**

הנושא :	החלמה לאחר אשפוז – אלמנות
תאריך :	1.01.2011
מס' עמודים :	8

**כללי**

1. הוראה זו מחליפה את הסעיפים בהוראת אגף משפחות והנצחה מס' 81.18 מיום 1.3.2010 שעסקו בנושא החלמה לאחר אשפוז לאלמנות צה"ל.
2. הוראה זו, באה לקבוע את הזכאות של אלמנות לקבלת השתתפות בהחלמה לאחר אשפוז ואת דרכי הטיפול במימוש הזכאות.
3. הוראה זו מעגנת הטבה שמעבר לקבוע בחוק.
4. מנהל המחוז הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של ההוראה.
5. ראש היחידה לתגמולים והטבות נושא באחריות המטה להנחיה, עדכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

**עקרונות כלליים**

6. השתתפות במימון מענק החלמה תינתן לאלמנות לאחר אשפוז רציף בבית חולים של **4 לילות** ומעלה **או** לאחר סידרה של טיפולים כימותרפיים **או טיפולי הקרנות**, ולא יותר מפעם אחת בשנה קלנדרית.
7. הזכאות למימון החלמה לאחר אשפוז – עד 7 ימים, בתעריפי הנש"מ, בתקופה של עד 6 שבועות לאחר תום האשפוז.
8. במקרים בהם זכאית מחויבת לעבור טיפולים רפואיים בתום האשפוז, וזאת עפ"י אישור רפואי, תוכל לצאת להחלמה בתקופה של עד 6 שבועות מתום מועד תקופת הטיפול.

9. במידה והאלמנה מוכרת גם באגף השיקום כנכה צה"ל, על עובד הרווחה לוודא טרם מתן הסיוע הכספי כי האלמנה לא מימשה זכאותה באגף שיקום נכים לקבלת הפנייה מטעמים רפואיים להחלמה כתוצאה מאותו אשפוז.

**בסמכות הועדה המחוזית** לאשר יציאה להחלמה בתקופה של מ-6 שבועות, עד 9 שבועות ממועד סיום האשפוז(או לחלופין ממועד סיום הטיפולים לאחר האשפוז), בהתקיים נסיבות מיוחדות המצדיקות זאת.

**הדגשה:** בתקופת ההחלמה **ינוכה החזר בגין "עזרת זולת"**, במידה ואושר לזכאית.

### הגדרות

10. **"שנה קלנדרית"** - לעניין הוראה זו-התקופה שבין 1 לינואר ועד 31 לדצמבר.

11. **"תעריפי נש"מ"**-תעריף נציבות שרות המדינה אשר מפורסם מעת לעת.

12. **ועדה מחוזית** - לעניין הוראה זו – ועדה המוסמכת לדון בנושאים חריגים כמפורט בגוף ההוראה, והרכבה כלהלן:

א. מנהל המחוז – יו"ר

ב. עוזר בכיר לרווחה / מרכז עובדי רווחה במחוז – חבר

ג. עובד הרווחה המטפל בזכאי – חבר

### מדרג סמכויות אישור

13. לעובד הרווחה במחוז הסמכות והאחריות לטפל בבקשת הזכאות ולאשרה, ובלבד שהפונה עמדה באופן ברור וחד משמעי בתנאים המפורטים בהוראה זו. אישור הזכאות מחייב בדיקה ואישור בחתימה שנייה של מנהל המחוז, או מי שהוסמך לכך על ידו.

14. בסמכות הועדה המחוזית לאשר הסיוע גם אם הזכאית יצאה להחלמה עד 9 שבועות ממועד סיום האשפוז או ממועד סיום הטיפולים לאחר האשפוז בהתקיים נסיבות מיוחדות המצדיקות זאת. אישור הועדה המחוזית יגובה במסמך המנמק החלטתה.

## זכאות

15. אלמנה המוכרת לפי חוק חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) התשי"י-1950.

## גובה הסיוע

16. גובה ההשתתפות יהיה על פי התשלום בפועל ועד לסכום המרבי המפורט בנספח א' להוראה (על פי תעריפי נציבות שירות המדינה), וזאת לאחר מימוש הזכאות בקופת החולים/ביטוח משלים(אם קיימת זכאות) לתקופה של עד 7 ימים.

הדגשה: במקרה של זכאות להשתתפות קופת החולים/הביטוח המשלים – סכום ההשתתפות של משהב"ט יהיה בגובה התשלום בפועל של הזכאי או התעריף המרבי של משהב"ט, המופיע בנספח א' - הנמוך ביניהם.

## אופן הטיפול

17. זכאית המבקשת השתתפות בהוצאות להחלמה כאמור תפנה בקשתה בכתב למחוז המטפל.

18. הפונה תצרף לבקשה :

- א. אישור בית החולים על משך האשפוז או- על ביצוע סידרה של טיפולים כימותרפיים/הקרנות.
- ב. קבלה מקורית על שם הזכאית + אישור שהייה ("וואוצ'ר") מהמלון.
- ג. כאשר משך האשפוז עלה על 6 לילות יש להמציא אישור מהביטוח המשלים, על זכאות/אי זכאות למימון הוצאות ההחלמה וגובה השתתפותם.
- ד. במקרה של אשפוז בגין בעיות לב או של חולים סוכרתיים יש להמציא בכל מקרה אישור קופת חולים והביטוח המשלים על גובה השתתפותם.

19. עובד הרווחה במחוז יבדוק את הזכאות, יוודא עמידה בתנאי הוראה זו ואם נוכח כי הפונה זכאית לסיוע, יבצע את הפעולות הבאות :

- א. יזין את הנתונים למערכת הממוחשבת בקוד הטבה : מק"ט 29052 (מערכת שיקום 2000) בציון שם הזכאית. בשדה "בעבור תקופה" יש לציין את מועד האשפוז בבית החולים.
- ב. במידה והאלמנה מוכרת באגף השיקום כנכה צה"ל, על עובד הרווחה לוודא טרם מתן הסיוע הכספי כי האלמנה לא מימשה זכאותה באגף שיקום נכים לקבלת הפנייה מטעמים רפואיים להחלמה כתוצאה מאותו האשפוז.
- ג. יעביר את האסמכתא לחתימה שנייה של מנהל המחוז, או מי שהוסמך לכך על ידו.
- ד. יעביר את האישורים לסריקה בחוצץ הטבות ורווחה / החלמה לאחר אשפוז
- ה. יעקוב אחר אשרור הזכאות ע"י יחידת חשבונאות שיקום / אכ"ס.
- ו. לאחר אשרור ההטבה לתשלום (אשרור התנועה) על ידי היחידה לחשבונאות שיקום / אכ"ס, ישלח לזכאית הודעה על אישור הזכאות, על גבי מכתב מודפס בנוסח שבנספח ג' להוראה.

20. במידה והפונה לא נמצאת זכאית לקבלת הסיוע, תקבל על כך הודעה מעובד הרווחה בכתב עם פירוט הנימוקים לדחיית הבקשה (נספח ד')

### **רמת השירות – משך ביצוע**

21. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים-על מנהל המחוז לוודא השלמת הטיפול בבקשה ומשלוח הודעה לפונה בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 14 ימי עבודה ממועד המצאת כל המסמכים על ידי הפונה .

22. מסגרת זמן זו כוללת את משך הטיפול על ידי המחוז (עד 7 ימי עבודה) ועל ידי חשבונאות שיקום (עד 7 ימי עבודה).

**אריה מועלם**  
**סמנכ"ל וראש אגף משפחות והנצחה**

## נספח א' להוראה מספר 81.18

### גובה השתתפות בהוצאות להחלמה לאחר אשפוז

1) סכום ההשתתפות הינו בגין דמי הבראה לתקופה של עד 7 ימים. זאת לאחר מיצוי זכאות מקופת חולים/ביטוח משלים (אם קיימת).

2) גובה ההשתתפות על פי תעריף נציבות שירות המדינה ליום הבראה-395 ש"ח, נכון ליום 01/01/2011.

**נספח ב' להוראה מספר 81.18**

**טופס בקרה נלווה ל :**

**בקשה להשתתפות במימון החלמה לאחר אשפוז**

<b><u>פירוט השלב בתהליך</u></b>	
קבלת פניה בכתב מהפונה + מסמכים נלווים	.1
בדיקת מסמכים נדרשים	.2
הזנה למחשב מערכת שיקום 2000	.3
סריקת מסמכים במחשב חוצץ "הטבות ורווחה- החלמה לאחר אשפוז"	.4
חתימת מנהל המחוז / עובד שהוסמך לכך	.5
הודעה בכתב של המחוז לפונה - גם במקרה של אישור וגם במקרה של דחייה	.6

**נספח ג' להוראה מספר 81.18**  
**נוסח מכתב תשובה חיובי לפונה**

\_\_\_\_\_ : מחוז  
\_\_\_\_\_ : טלפון  
\_\_\_\_\_ : תאריך  
\_\_\_\_\_ : תיק

לכבוד :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

הנדון : בקשתך להשתתפות במימון החלמה לאחר אשפוז

קיבלנו את בקשתך בהשתתפות במימון החלמה לאחר אשפוז.  
אנו מבקשים להודיעך כי הבקשה אושרה וההשתתפות תשולם ביחד עם התגמול  
החודשי.

נבקש להביא לידיעתך כי הסכום שאושר הינו \_\_\_\_\_ ש"ח.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות וכל טוב.

בכבוד רב

\_\_\_\_\_  
(חתימה וחותמת של עובדת רווחה)

**נספח ד' להודאה מספר 81.18**  
**נוסח מכתב דחייה לפונה**

\_\_\_\_\_ : מחוז  
\_\_\_\_\_ : טלפון  
\_\_\_\_\_ : תאריך  
\_\_\_\_\_ : תיק

לכבוד:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

הנדון: בקשתך להשתתפות במימון החלמה לאחר אשפוז

קיבלנו את בקשתך להשתתפות במימון החלמה לאחר אשפוז.  
הבקשה נבדקה, אולם לצערנו אין לנו יכולים להיענות לבקשתך מהטעמים הבאים:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות וכל טוב.

בכבוד רב

\_\_\_\_\_  
(חתימה וחותמת של עובדת רווחה)