



## הוראת אגף משפחות והנצחה מס' 81.11

הנושא :	השתתפות במימון טיפולים ברפואה משלימה להורים שכולים
תאריך :	1.03.2010
מס' עמודים :	7

### כללי

1. הוראה זו מחליפה את הוראת אגף משפחות והנצחה מיום 1.7.2006 .
2. הוראה זו באה לקבוע את הזכאות ואת דרכי הטיפול במתן השתתפות במימון טיפולים ברפואה משלימה להורים שכולים.
3. הוראה זו מעגנת הטבה שמעבר לקבוע בחוק.
4. מנהל המחוז הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של ההוראת.
5. ראש היחידה לתגמולים והטבות נושא באחריות המטה להנחיה, עדכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

### עקרונות

6. השתתפות במימון טיפולים ברפואה משלימה תינתן כנגד הצגת קבלות המעידות על תשלום בפועל.
7. ההשתתפות תינתן עבור מספר הטיפולים שבוצעו בפועל לא יותר משלושה טיפולים ביום, ולא יותר מסך מצטבר של עד 20 טיפולים לשנה קלנדרית, בין שהם בסוג טיפול אחד או יותר.
8. מימוש ההטבה המפורטת בהוראה זו מותנה בפניית הזכאי למחוז המטפל בצרוף האישורים הנדרשים.
9. הבקשה להשתתפות במימון הטיפולים תוגש בסמוך ככל הניתן למועד קבלת הטיפולים ולא יאוחר מתקופה של שנה אחת. לא ניתן לאשר סיוע לתקופה קודמת העולה על שנה אחת ממועד ההוצאה בפועל.

01. הבהרה: בהוראה זו לא נדרש מיצוי הזכויות בקופת החולים כתנאי לקבלת הסיוע. זאת בשל מגבלת מספר הטיפולים והבעייתיות של שמירה על רצף טיפול בין המטפל בקופת חולים למטפל אחר.

## הגדרות

11. **טיפולים ברפואה משלימה** (טיפולים אלטרנטיביים) – לעניין הוראה זו – טיפולים הניתנים במרפאות לרפואה משלימה של בתי חולים, קופות החולים ובבתי מלון. טיפולים הניתנים על ידי מרפאים פרטיים ובבתי מלון יוכרו במידה וסוג הטיפול מקובל במרפאות הציבוריות של קופות החולים או בתי החולים כמפורט ברשימת הטיפולים שבנספח ד'. הפונה לקבלת הטיפול אחראי לבדוק את הסמכתו של המטפל הפרטי.

21. **שנה** – לעניין הוראה זו – התקופה שבין ה-1 לינואר ועד 31 לדצמבר.

## מידרג סמכויות אישור

31. לעובד הרווחה במחוז יש סמכות ואחריות לטפל בבקשת הזכאות ולאשרה, ובלבד שהפונה עמד באופן ברור וחד משמעי בקריטריונים המפורטים בהוראה זו. אישור הזכאות מחייב בדיקה ואישור בחתימה שנייה של מנהל המחוז או מי שהוסמך על ידו.

## זכאות

41. הורה שכול הזכאי לתגמולים והטבות, זכאי להשתתפות במימון של עד 20 טיפולים בשנה, ולא יותר משלושה טיפולים ביום. למען הסר ספק סך כל הטיפולים בשנה אחת גם יחד, לא יעלה על 20 טיפולים, ללא תלות בסוג הטיפולים.

51. מי שמוכר באגף משפחות והנצחה כהורה שכול אשר שכל יותר מילד אחד זכאי להשתתפות במימון של עד 30 טיפולים בשנה.

## גובה הסיוע

61. ההשתתפות תהיה לפי מספר הטיפולים והעלות בפועל ועד לגובה המרבי הנקוב בנספח א' להוראה.

71. הסכום המרבי בהוראה זו יעודכן אחת לשנה, בחודש ינואר, לפי מדד המחירים לצרכן. העדכון יעשה על ידי תחום יחידת תקציבים והתקשרויות בתיאום עם היחידה לתגמולים והטבות ועם היחידה לחשבונאות שיקום/ אכ"ס בכפוף לאישור בכתב מאגף תקציבים.

## אופן הטיפול

81. פונה המבקש סיוע במימון טיפולים ברפואה משלימה יפנה בקשתו בכתב לעובד הרווחה במחוז המטפל. לבקשה יצורפו:
- א. קבלות מקור(עם שם המטפל על גבי הקבלה) על שם הזכאי, המעידות על התשלום בפועל.
91. עובד הרווחה במחוז יבדוק את הזכאות, יוודא עמידה בקריטריונים ואם נוכח כי הפונה זכאי לסיוע, יבצע את הפעולות הבאות:
- א. יזין את הנתונים למערכת הממוחשבת - במק"ט 29087 (במערכת שיקום 2000).
- ב. יעביר לסריקה את הבקשה והאישורים הנדרשים לחוצץ "רווחה הטבות".
- ג. לאחר סריקת המסמכים במערכת הממוחשבת יאשרר עובד הרווחה את ההטבה (חד שלבי). ישלח לזכאי הודעה על אישור זכאותו, על גבי מכתב מודפס בנוסח שבנספח ב' להוראה. (הבהרה: את הנוסח שבנספח יש להעתיק לתוכנת ההדפסה במחוז ולמלא בהדפסה את כל הפרטים הנדרשים).
02. במידה והפונה לא נמצא זכאי לקבלת הסיוע, יודיע עובד הרווחה לפונה על דחיית הבקשה בפירוט ההסבר על גבי הנוסח שבנספח ג' להוראה. העובד ישלח לסריקה את הבקשה והעתק התשובה לפונה.

## רמת השירות – משך ביצוע

12. על מנהל המחוז לוודא שעובד הרווחה ישלים את הטיפול בבקשה, ומשלוח ההודעה לפונה – בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 7 ימי עבודה ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה.
- מסגרת זמן זו כוללת את משך הטיפול על ידי המחוז - עד 7 ימים..

**אריה מועלם**

**סמנכ"ל וראש אגף משפחות והנצחה**

נספח א' להוראה 81.11

**גובה הסיוע המרבי להשתתפות בטיפולים ברפואה משלימה**

הסכום המירבי הינו 115 ₪ לטיפול

עד 20 טיפולים בשנה

נספח ב' להוראה 81.11



**מדינת ישראל**  
משרד הביטחון - אגף משפחות והנצחה

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

לכבוד:

\_\_\_\_\_

**הנדון: בקשת להשתתפות באימון טיפולית ברפואה משלימה**

קיבלנו את בקשתך להשתתפות כספית במימון טיפולים ברפואה משלימה.

אנו מבקשים להודיעך כי הבקשה אושרה וההשתתפות הכספית תשולם ביחד עם התגמול החודשי.

אושרה השתתפות ב- \_\_\_\_\_ טיפולים, מתוך זכאות ל-20 טיפולים בשנה.

אנו מאחלים לך בריאות וכל טוב.

**ק כ כ ה**

\_\_\_\_\_  
(חתימה וחותמת של עו"ר)



**מדינת ישראל**  
משרד הביטחון - אגף משפחות והנצחה

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

לכבוד: \_\_\_\_\_

**הנדון: בקשת להשתתפות באימון טיפוליים ברפואה משלימה**

קיבלנו את בקשתך להשתתפות במימון טיפולים ברפואה משלימה.  
הבקשה נבדקה אולם, לצערנו, אין אנו יכולים להיענות לבקשתך מהסיבה הבאה:

---

---

---

---

---

---

---

**ב ב ר כ ה,**

\_\_\_\_\_  
(חתימה וחותמת של עו"ר)

## נספח ד' להוראה 81.11

### רשימת סוגי הטיפולים להן תינתן השתתפות

(סוגי הטיפולים מופיעים לפי הא"ב)

- אקופונקטורה (דיקור סיני)
- ביו-פידבק
- היפנוזה
- הרזיה הוליסטית
- הומוטקסולוגיה
- טוינה
- כירופרקטיקה
- נטורופתיה
- עיסוי רפואי (הודי ואחר)
- פלדנקרייז
- פרחי באך
- רפואה סינית
- רפלקסולוגיה
- שיאצו
- שיטת אלכסנדר
- שיטת פאולה