



הוראת אגף משפחות והנצחה מס' 81.16

הנושא :	מוצרי ספיגה למבוגרים
תאריך :	1.8.2011
מס' עמודים :	10

כללי

1. הוראה זו מחליפה את הסעיפים שעסקו בנושא הטיטולים למבוגרים והיו קבועים בהוראת אגף השיקום מס' 84.02, מיום 1.7.05 .
2. הוראה זו באה לקבוע את הזכאות ואת דרכי הטיפול ב מתן מוצרי ספיגה למבוגרים הסובלים מבעיות אי שליטה על הסוגרים.
3. הוראה זו מעגנת הטבה שמעבר לקבוע בחוק.
4. מנהל המחוז הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של ההוראה.
5. ראש היחידה להכרה בזכאות ולתגמולים נושא באחריות המטה להנחיה, עדכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

עקרונות כלליים

6. סיוע ברכישת מוצרי ספיגה למבוגרים יאושר לזכאים הקבועים בהוראה זו אשר לוקים באי שליטה על סוגר/ים, על פי אישור מרופא, המפרט אבחנה רפואית.
7. החל מ- 1.5.2005 יסופקו מוצרי הספיגה על ידי חברה שנבחרה בחוזה התקשרות עם משהב"ט (להלן: החברה).
8. מוצרי ספיגה באספקה ע"י חברה, יסופקו בהתאם לכמות שתוגדר על ידי הזכאי ועד להיקף סל מוצרים שנקבע בהתקשרות. אם הזמנת המוצרים תהיה בעלות גבוהה יותר מהזכאות הקבועה בהוראה זו, ישא הזכאי בהפרש העלות ישירות מול החברה.
9. לזכאים השוהים בבתי אבות יינתן הסיוע הנ"ל באחת מהדרכים הבאות:
 - א. לזכאים השוהים בבית אבות במחלקה של תשושים/ סיעודיים והמימון בגין שהייתם משולם ישירות לזכאי או שהם ממנים את דמי שהייתם בבית אבות באופן עצמאי - הסיוע יינתן בהתאם לבחירת הזכאי :

1) כהשתתפות כספית חודשית בתוספת לתגמול החודשי

או

2) באמצעות אספקת מוצרי ספיגה על ידי החברה.

ב. לזכאים השוהים בבית אבות והסיוע בגין שהייתם משולם על ידי משרדנו ישירות לבית האבות – במקרים אלה תשולם ההשתתפות עבור מוצרי ספיגה ישירות לבית האבות.

01. מימוש ההטבה המפורטת בהוראה זו מותנה בפניית הזכאי למחוז המטפל בצרוף האישור הרפואי.

11. את הבקשה לסיוע יש להגיש בסמוך ככל הניתן לצורך במוצרי הספיגה.

21. ניתן לאשר השתתפות כספית במוצרי ספיגה עד לתקופה של שנה רטרואקטיבית בלבד.

הגדרות

31. מוצרי ספיגה למבוגרים – לעניין הוראה זו – סופגנים (פדים), חיתולים חד פעמיים למבוגרים, סדיניות.

מדרג סמכויות אישור

41. לעובד הרווחה במחוז יש סמכות ואחריות לטפל בבקשת הזכאות ולאשרה, ובלבד שהפונה עמד באופן ברור וחד משמעי בקריטריונים המפורטים בהוראה זו.

זכאות

51. הורה שכול או אלמנה הזכאים לתגמולים והטבות, ואשר סובלים מאי שליטה על סוגר/ים על פי אישור רפואי זכאים לקבל סיוע למוצרי ספיגה באחת מהדרכים הבאות לפי העניין:

א. אספקה חודשית של מוצרי ספיגה למבוגרים.

ב. השתתפות כספית המשולמת כהטבה לזכאי (בכפוף להמצאת קבלות)–

1) למי ששוהה בבית אבות במחלקה לתשושים/ סיעודיים וההשתתפות במימון בית האבות משולמת לזכאי.

2) למי ששוהה בבית אבות במחלקה לתשושים/ סיעודיים, מממן את השהייה בבית האבות באופן עצמאי ומקבל תגמול חודשי.

ג. תשלום לבית האבות – למי ששוהה בבית אבות והסיוע בגין השהייה משולם ישירות לבית האבות.

גובה הסיוע

61. **סל מוצרי הספיגה המסופק על ידי חברה:** סל המוצרים יכלול סדיניות, חיתולים { מסוג מכנסון גזרתי (חגורון) } או סופגנים למבוגרים (בגודל 11X30) וחיתולי לילה (מסוג: סטנדרטי/ פול אפ/ גזרתי/ סופגן סליפ אקטיב) עד לסכום המקסימאלי ובהתאם לסוג המוצרים המפורטים בהסכם עם החברה.
71. **השתתפות כספית כנגד קבלות:** ההשתתפות המרבית תהיה לפי המשולם בפועל ועד לסכום המרבי הנקוב בנספח א' להוראה.
81. הסכום המירבי בהוראה זו יעודכן בהתאם להסכם עם החברה. העדכון יעשה על ידי ר' היחידה להכרה בזכאות ולתגמולים בתיאום עם תחום תקציבים והתקשרויות ו עם היחידה לחשבונאות שיקום/ אכ"ס.

אופן הטיפול

91. פונה המבקש סיוע במוצרי ספיגה יפנה בקשתו בכתב למחוז המטפל. לבקשה יצורפו:
- א. אישור רפואי מרופא מטפל על אי שליטה על הסוגרים. האישור הרפואי יכלול פירוט של האבחנה הרפואית והאם אי השליטה על הסוגרים הינה זמנית או צמיתה (ניתן לשלוח דף הסבר לזכאי כמפורט בנספח ה').
- ב. קבלות בגין רכישת מוצרי ספיגה עבור תקופה קודמת להגשת הבקשה (ניתן להגיש קבלות לתקופה שקדמה ל-1.8.05 ועד שנה רטרואקטיבית ממועד הבקשה).
02. עובד הרווחה במחוז יבדוק את הזכאות, יוודא עמידה בקריטריונים ואם נוכח כי הפונה זכאי לסיוע, יבצע את הפעולות הבאות (במידה והפניה מתייחסת לזוג הורים שכולים יש לבצע את כל הפעולות עבור כל אחד מהזכאים בנפרד):
- א. יזין למערכת הממוחשבת אחד מהבאים:
- 1) למי שיקבל את הסיוע באמצעות החברה, יזין הפניה למערכת הממוחשבת עם פרטי הזכאי לחודש הסמוך לבקשה (מק"ט 23732 – מוצרי ספיגה). במידה והוגשו קבלות על מוצרי ספיגה לתקופה רטרואקטיבית, יזין גם החזר כספי עבור חודשים אלה (בקוד 145).
- 2) למי ששוהה בבית אבות והסיוע למוצרי ספיגה ניתן כהטבה לזכאי (מקרים כאמור בסעיף 15.ב.) – יזין ההטבה בקוד 145.
- 3) למי ששוהה בבית אבות והסיוע בגין השהייה משולם ישירות לבית האבות - ישולם הסיוע עבור מוצרי ספיגה ישירות לבית האבות באמצעות ר' תחום סיוע אישי ורפואי.
- ב. יזין את תקופת הסיוע (מתאריך _____ ועד תאריך _____) במערכת הממוחשבת.
- ג. יסרוק לתיק הדיגיטאלי (בחוצץ יציוד מתכלה) את האישור הרפואי הנדרש ובמידת הצורך גם קבלות עבור תקופה רטרואקטיבית.

- ד. יעקוב אחר אישרור הזכאות ע"י חשבונאות שיקום/אכ"ס.
- ה. יפיק הפניה ממוחשבת (כדוגמת נספח ב') וישלח אותה לחברה בפקס. זאת למעט במקרים שהסיוע משולם כהטבה לזכאי.
- ו. יודא קבלת ההפניה בחברה.
- ז. 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).
- ח. יעביר את שאר החומר לסריקה בתיק הדיגיטאלי (בחוצץ יציוד מתכלה!).
12. 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 העתק המכתב לפונה.
22. בכל ברור או בקשה חריגה יש לפנות לר' תחום סיוע אישי ורפואי במטה. במקרה של בקשה חריגה תצורף גם המלצת מנהל המחוז.

מעקב

32. עובד הרווחה יודא עם הזכאי אם הוא מקבל את השירות לשביעות רצונו כמפורט בנספח ו'. הבדיקה תיערך במועדים הבאים:

א. בסוף החודש הראשון לקבלת הסיוע

ב. לאחר חמישה חודשים מקבלת הסיוע.

42. עובד הרווחה יודיע לר' תחום סיוע אישי ורפואי במטה על תלונות לגבי השירות.

הפסקת זכאות

52. במקרה שהזכאי מודיע כי אינו נזקק עוד למוצרי ספיגה או במקרה של פטירת הזכאי יש להוציא לחברה ביטול הפניה ולדווח סיום זכאות במערכת הממוחשבת.

רמת השירות – משך ביצוע

62. על מנהל המחוז לוודא שעובד הרווחה ישלים את הזרמת הבקשה תוך 7 ימים ואת משלוח ההודעה לפונה תוך מסגרת זמן שלא תעלה על 14 ימי עבודה ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה. מסגרת זמן זו כוללת 7 ימים לאשרור הבקשה ע"י חשבונות שיקום/אכ"ס.

72. פנייה המחייבת את אישור ר' תחום סיוע אישי ורפואי – תטופל בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 28 יום ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה. מסגרת זמן זו כוללת את משך הטיפול ע"י המחוז (עד 10 ימי עבודה), ע"י ר' תחום סיוע אישי ורפואי (עד 10 ימי עבודה) וע"י היחידה לחשבונאות שיקום/אכ"ס (עד 8 ימי עבודה).

אריה מועלם

סמנכ"ל וראש אגף משפחות והנצחה

גובה הסיוע המרבי למוצרי ספיגה למבוגרים

1. הסכום המרבי לאספקת מוצרי ספיגה על ידי חברה הינו על פי הסכם ההתקשרות עם החברה.

2. הסכום המרבי להחזר כספי כנגד הצגת קבלות הינו 378 ₪ לחודש.



מדינת ישראל
משרד הביטחון - אגף משפחות והנצחה

מחוז: _____
טלפון: _____
תאריך: _____
תיק: _____

לכבוד: _____

הנדון: בקשתך לסיוע במוצרי ספיגה פמולריס

בקשתך לסיוע בקבלת מוצרי ספיגה למבוגרים אושרה.

לביצוע הזמנת המוצרים אשר יסופקו ישירות אל ביתך אנא פנה ל:

טלפון: _____

פקס: _____

ברצוננו להביא לידיעתכם כי האישור הינו עבור סדיניות, חיתולים (מסוג מכנסון גזרתי), או סופגנים (בגודל 11X30) וחיתולי לילה.

היקף המוצרים יהיה על פי הצורך ועד להיקף המוסכם עם החברה.

אם הזמנת המוצרים תהיה בעלות גבוהה יותר מהזכאות הקבועה על ידנו, עליך לשאת בהפרש העלות ישירות מול החברה.

אם יחול שינוי במצבך ולא תזדקק/י יותר לשירות זה, נבקשך להודיע לנו בהקדם האפשרי. אנו מאחלים לך בריאות וכל טוב.

ב ב ר כ ה,

(חתימה וחותמת של עו"ר)



מדינת ישראל
משרד הביטחון - אגף משפחות והנצחה

מחוז: _____
טלפון: _____
תאריך: _____
תיק: _____

לכבוד: _____

הנדון: בקשת לסיוע באוצרי ספיטה פמולאריט

קיבלנו את בקשתך לסיוע בקבלת מוצרי ספיטה למבוגרים.
הבקשה נבדקה אולם, לצערנו, אין אנו יכולים להיענות לבקשתך מהסיבה הבאה:

ב ב ר כ ה,

(חתימה וחותמת של עו"ר)



מדינת ישראל
משרד הביטחון - אגף משפחות והנצחה

מחוז: _____
טלפון: _____
תאריך: _____
תיק: _____

לכבוד:

הנדון: בקשת פסיוצ באוצרי ספינה פאבואריט

כדי שניתן יהיה להמשיך בטיפול בבקשתך לקבלת מוצרי ספינה למבוגרים נבקשך להמציא
אישור רפואי הכולל את הפרטים הבאים:

- שם ושם משפחה
- מספר תעודת זהות
- אבחנה רפואית
- אישור הרופא על אי שליטה על סוגר/ים
- התקופה בה צפויה להימשך אי השליטה – (לצמיתות או ממתי ועד מתי)

ב ב ר כ ה,

(חתימה וחותמת של עו"ר)

16 פוסט אצקא אחר שפיצות רצון -
מאספקת מוצרי ספיאה פאפאריס ישירות לבית הזכאי

שם הזכאי: _____ מס' תיק: _____

• **נוסח פתיחת השיחה:**

שלום מדברת ממחוז אגף משפחות והנצחה.

במסגרת שיפור השירות לזכאים, האגף מפעיל חברה המספקת מוצרי ספיגה ישירות לבתים. שירות זה מחליף את השיטה שהיתה נהוגה בעבר, לפיה רכשתם טיטולים, העברתם קבלות והמתנתם להחזר הכספי. חשוב לנו לדעת מה דעתכם על השירות החדש. נבקש לשאול אותך מספר שאלות קצרות:

• **נוסח השאלות:**

1. **באיזו מידה אספקת המוצרים הגיעה במועד?**
אנא דרג בין 1 ל-5 (1- הנמוך ביותר, 5 - שביעות הרצון הרבה ביותר)

1 2 3 4 5

2. **באיזו מידה האספקה הגיעה לפי הכמות המוזמנת?**

1 2 3 4 5

3. **באיזה מידה אתה שבע רצון מההתייחסות של עובדי החברה**

1 2 3 4 5

4. **האם המוצרים סופקו באריזה כהה ואטומה המשביעה את רצונך?** כן / לא

5. **באופן כללי, באיזו מידה אתה שבע רצון מהשירות החדש שניתן לכם:**

1 2 3 4 5

6. **באיזו מידה פעלה עובדת הרווחה ביעילות (נתנה מידע מובן, מענה מהיר):**

1 2 3 4 5

7. **האם יש לך הצעות כלשהן לשיפור השירות על ידי החברה או על ידי עובדת הרווחה?**

תודה על שיתוף הפעולה

תאריך

חתימה וחותמת של עורך/ת המעקב