



**הוראת אגף משפחות והנצחה מס' 81.20**

הנושא : **סיוע במימון רכישת תרופות-הורים שכולים**

תאריך : **1.12.2011**

מס' עמודים : **9**

**כללי**

1. הוראה זו מחליפה את הסעיפים בהוראת אגף השיקום מס' 84.02 מיום 1.9.04 שעסקו בנושא מימון תרופות להורים שכולים .
2. הוראה זו, באה לקבוע את הזכאות של הורים שכולים לקבלת :  
**א. השתתפות במימון רכישת תרופות לשימוש קבוע בגין מחלות כרוניות (פרק א' להוראה)**  
**ב. השתתפות במימון רכישת תרופות לשימוש בגין מחלות אשר אינן כרוניות (פרק ב' להוראה) .**
3. הוראה זו מפרטת את הזכאויות ואת דרכי הטיפול במימושן .
4. הוראה זו מעגנת הטבות שמעבר לקבוע בחוק .
5. הורים שכולים (זוג או בודד) מקבלים בתגמול החודשי, באופן אוטומטי, גילום בסך 380 ₪ (נכון ל-ינואר 2011). בסכום הגילום כלול סכום של 210 ₪ למימון תרופות. לפיכך סכום ההשתתפות במימון רכישת תרופות להורים שכולים, לפי הוראה זו, הינו לאחר ניכוי סכום הגילום החודשי לתרופות ( 210 ₪ נכון ל-ינואר 2011 ).

6. מנהל המחוז הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של ההוראת.
7. ראש היחידה לתגמולים והטבות נושא באחריות המטה להנחה, עדכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

## הגדרות

8. תרופה – תכשיר שעל פי תקנות הרוקחים נרשם כתרופה ע"י מחלקת הרישום באגף הרוקחות במשרד הבריאות. תרופה תרשם בפנקס התרופות הממלכתי לאחר שהוכחה בטיחותה, יעילותה ואיכותה. תרופה תלווה בעלון לצרכן ובעלון לרופא .
9. תרופות לשימוש קבוע בגין מחלות כרוניות-תרופות, הניתנות לפי מרשם הרופא המטפל בקופת החולים, לתקופה ממושכת .
01. תרופות לשימוש בגין מחלות שאינן כרוניות-תרופות, הניתנות לפי מרשם הרופא המטפל בקופת החולים, לתקופה זמנית.
11. בית מרקחת פרטי – בית מרקחת אשר אינו שייך לקופת חולים ואינו מקיים הסדר תשלום עימו .
21. דו"ח ניפוק תרופות-דו"ח תקופתי שמופק ע"י קופת החולים וכולל מידע על כל התרופות שנרכשו בבתי המרקחת של קופת החולים או בבתי המרקחת הקשורים לקופה.

## עקרונות כלליים

31. הבקשה לסיוע, כמפורט בהוראה זו, תוגש בסמוך ככל הניתן להזדקקות ולא יאוחר משנה ממועד ההוצאה בפועל. לא ניתן לאשר החזר לתקופה רטרואקטיבית העולה על שנה אחת .
41. את התרופות יש לרכוש בבית מרקחת של קופת החולים או בבית מרקחת שיש לו הסדר תשלומים עם הקופה.
51. החזר בגין תרופות הנרכשות בבית מרקחת פרטי יאושר בתנאי שהתרופה לא נמכרת בבית המרקחת של קופת החולים וקיים אישור של הקופה אשר אינה מממנת את התרופה באופן מלא/חלקי במסגרת סל הבריאות / או במסגרת הביטוח המשלים .

61. התרופות בגינן יינתן ההחזר הכספי וגובה ההחזר, ייקבעו על סמך חוות דעת של הגורם הרפואי המייעץ לאגף, עימו יש למשהב"ט הסכם התקשרות .

71. לא תינתן השתתפות במימון תוסף תזונה, ו/או ויטמינים אשר אינם רשומים "כתרופה" על ידי משרד הבריאות וכן לא תינתן השתתפות במימון אמ"ר (אביזר/מכשיר רפואי), למעט תכשירים של ויטמינים אשר נרשמו כתרופה על ידי משרד הבריאות ונרשמו במרשם רפואי על ידי רופא מוסמך לטיפול רפואי במחלה ונרכשו בבית מרקחת של קופת החולים. למעט מקרים חריגים שבסעיף 15 להוראה זו.

81. **הכנות רוקחיות**-הינן תרופות הנרקחות בבית מרקחת על פי מרשם רופא. הכנות רוקחיות יאושרו בתנאי שמרכיביהן הם חומרי גלם רפואיים הרשומים בפרמקפיה. לא יאושרו הכנות רוקחיות למטרות קוסמטיות או לאסתטיקה. כמו כן לא יאושרו הכנות רוקחיות של תכשירים רפואיים קיימים הרשומים ומשווקים בישראל .

91. תרופות להרזיה, לאין אונות, נוגדי דלקות מהדור החדש ותרופות למיגרנות יאושרו לפי קבלות בהתאם לצריכה בפועל. במקרים מסוימים, על פי המלצת הגורם הרפואי המייעץ לאגף ולאחר בדיקת הצריכה בפועל לפי דו"ח צריכה שהזכאי ימציא לבקשת האגף -ישקל על ידי הגורם הרפואי המייעץ לאגף אישור התרופה לתקופה כמקובל באישור תרופות כרוניות .

02. במקרה בו קיימות מספר גרסאות גנריות לאותה תרופה –ההשתתפות תינתן למשך 6 חודשים במחיר התרופה האורגינלית (לפי קבלות) ולאחר מכן לפי מחיר התרופה הגנרית הזולה הקיימת בקופת החולים, למעט במקרים בהם הזכאי פעל לפי "נוהל אורגינל"-דהיינו הזכאי קיבל מהקופה אישור לרכישת התרופה המקורית ולא תחליף גנרי במחיר מסובסד המאושר בקופה למקרים רפואיים אלו .

## זכאות

12. הורה שכול המוכר לפי חוק חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) התשי"י-1950 או לפני משורת הדין לתגמולים והטבות בהתאם להחלטת ועדת למ"ד.

## מדרג סמכויות אישור

22. לעובד הרווחה במחוז ולעובד תחום סיוע רפואי סיעודי ישנה הסמכות והאחריות לטפל בבקשת הזכאות ובלבד שהזכאי עמד באופן ברור וחד משמעי בתנאים המפורטים בהוראה זו .

## אופן הטיפול

32. פונה המבקש השתתפות במימון תרופות יפנה בקשתו בכתב לעובד הרווחה במחוז בו הוא מטופל .

42. הפונה יצרף לבקשתו את המסמכים הבאים :

- א. אישור רפואי המפרט את התרופות הנדרשות - כולל פירוט התקופה והמינון החודשי .
- ב. קבלות "מקור" על שם הזכאי על תשלומים ששולמו בפועל בגין רכישת התרופות לתקופה של 3 חודשים רצופים עפ"י רבעון , או לחלופין דו"ח ניפוק תרופות לתקופה של 3 חודשים לפחות עפ"י רבעון .
- ג. במקרים חריגים בסמכותו של הגורם המקצועי המייעץ לאגף לבקש דו"ח ניפוקים לתקופה ארוכה יותר.

52. עובד הרווחה המטפל בפנייה, יוודא כי הזכאי העביר את כל האישורים הנדרשים ויעביר את הבקשה בצירוף המסמכים לתחום סיוע רפואי וסיעודי, לצורך העברתו לגורם המקצועי המייעץ לאגף .

62. תחום סיוע רפואי וסיעודי יעביר את המסמכים לקבלת חוות דעת הגורם הרפואי המייעץ לאגף, ויעקב אחר קבלתם בחזרה .

72. התייחסותו המקצועית של הגורם הרפואי המייעץ לאגף תוחזר לתחום סיע רפואי וסיעודי במטה האגף אשר :

- א. יזין את הנתונים למערכת המידע הממוחשבת שיקום 2000 במק"ט 029103 .
- ב. יסרוק את המסמכים הרלוונטיים כולל אישור הגורם המייעץ לאגף .
- ג. יעביר הבקשה לאישור היחידה לחשבונות משפחות/אכ"ס וביצוע התשלום .
- ד. יעביר עותק משובתו של הגורם הרפואי המייעץ לאגף לעובד הרווחה במחוז המטפל .

### באחריות עובד הרווחה במחוז:

- ה. לשלוח לפונה מכתב על אישור הסיוע כמפורט בנספח ב' להוראה .
- ו. במידה והפונה לא נמצא זכאי לקבלת הסיוע, יודיע עובד הרווחה לפונה על דחיית הבקשה בפירוט ההסבר על גבי הנוסח שבנספח ג' להוראה .

## גובה הסיוע

82. גובה ההשתתפות במימון תרופות ייקבע על פי התשלום בפועל, ולאחר חוות דעת מקצועית של הגורם הרפואי המייעץ לאגף. זאת בניכוי סכום הגילום החודשי לתרופות-210 ₪.

## פרק א : השתתפות במימון רכישת תרופות לשימוש קבוע בגין מחלות כרוניות

### עקרונות כלליים

92. השתתפות במימון רכישת תרופות לשימוש קבוע בגין מחלות כרוניות תינתן להורים שכולים אשר הינם חולים במחלות כרוניות או הסובלים ממחלות ממושכות וזקוקים לתרופות הניתנות באופן קבוע, בתנאי שהן מאושרות ע"י משרד הבריאות כתרופה.

03. בקשה להשתתפות במימון תוגש אחת לשנה (אלא אם כן חל שינוי בתרופות אותן נוטל ההורה במשך אותה שנה).

13. לאחר קביעת הזכאות, תשולם ההשתתפות תקופה של שנה אחת (12 חודש) מידי חודש בחודשו.

23. במקרים בהם עלות תרופה בודדת עולה על 400 ₪ לחודש - יאושר הסיוע למשך שלושה חודשים בלבד והזכאי יתבקש להמציא קבלות על רכישת התרופה או דו"ח ניפוק התרופה מקופת החולים כתנאי להמשך ההשתתפות.

## פרק ב: השתתפות במימון תרופות לשימוש במחלות שאינן כרוניות

### עקרונות כלליים

33. השתתפות במימון תרופות לשימוש במחלות שאינן כרוניות תינתן להורים שכולים הזקוקים לתרופות, כשעלות התרופה גבוהה מ-25 ₪ לאריזה (השתתפות עצמית בלבד) ובתנאי שהן מאושרות ע"י משרד הבריאות כתרופה.

43. בקשה לסיוע תוגש אחת לשנה בצירוף מרשם רפואי וקבלות אשר סכומם הינו 200 ₪ ומעלה.

### אופן הטיפול

53. פונה המבקש השתתפות במימון תרופות אשר אינן לשימוש כרוני יפנה בקשתו בכתב לעובד הרווחה במחוז בו הוא מטופל.

63. עובד הרווחה המטפל יפעל עפ"י **פרק אופן הביצוע** בסעיפים 23-27 להוראה זו.

### רמת השירות-משך ביצוע

73. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים – על מנהל המחוז לוודא השלמת הטיפול בבקשה, ומשלוח ההודעה לפונה – בתוך מסגרת זמן שלא תעלה על 30 ימי עבודה ממועד המצאת כל המסמכים ע"י הפונה.

83. מסגרת זמן זו כוללת את משך הטיפול ע"י המחוז (עד 7 ימי עבודה) ע"י המטה (עד 16 ימים) וע"י חשבונות משפחות/אגף הכספים (עד 7 ימי עבודה).

**אריה מועלם**

**סמנכ"ל וראש אגף משפחות והנצחה**

**נספח א'**

מדינת ישראל  
אגף משפחות / משרד הביטחון  
מחוז \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

תיק: \_\_\_\_\_

**החזר עבור תרופות**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

שם העובד/ת המטפלת/ת \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_

**הערות:**

כמה שולם: \_\_\_\_\_  
עבור מה: \_\_\_\_\_  
מועד התשלום: \_\_\_\_\_

חתימת העובד/ת

\_\_\_\_\_

**הערות הרוקח**

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הרוקח \_\_\_\_\_

**נספח ב'**  
**נוסח מכתב תשובה חיובי לזכאי**



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

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

**לכבוד :**

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

**הנדון: בקשתך להשתתפות במימון תרופות לשימוש כרוני**

בתשובה לפנייתך שבנדון, ברצוני להביא לידיעתך כי בקשתך להחזרים בגין רכישת תרופות לשימוש כרוני אושרה בסך של \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש, לתקופת החודשים \_\_\_\_\_.

אנו מאחלים לכם בריאות ואריכות ימים.

בכבוד רב

\_\_\_\_\_

(חתימה וחותמת של עובד/ת הרווחה)



נספח ג'  
נוסח מכתב תשובה שלילי לזכאי



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

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

**לכבוד :**

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

**הנדון: בקשתך להשתתפות במימון תרופות לשימוש כרוני**

בתשובה לפנייתך שבנדון, ברצוני להביא לידיעתך כי בקשתך להחזרים בגין רכישת תרופות לשימוש נבדקה, אולם לצערנו, אין אנו יכולים להיענות לבקשתך מהסיבה הבאה :

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

אנו מאחלים לכם בריאות ואריכות ימים .

בכבוד רב

\_\_\_\_\_

(חתימה וחותמת של עובד/ת הרווחה)