ה' ניסן, תשע"ח
21 מרץ, 2018
מס': 8/2018

סיוע במימון האשפוז הסיעודי הכרוני
סימוכין: חוזר המנהל הכללי מס' 24/2005

1. מצ"ב נוסח מעודכן של החוזר שבסימוכין בנושא: נוהל מימון האשפוז הסיעודי לחולים סיעודיים ותשושי נפש באמצעות משרד הבריאות.
2. נוהל זה **מחליף ומבטל** את החוזר שבסימוכין, יכנס לתוקפו ביום: 8.4.2018. ויחול לגבי מטופלים חדשים החל מיום זה ולגבי מטופלים קיימים שהם או בני משפחתם יבקשו לבצע חישוב מחדש לפי הנוהל המעודכן.
3. נוהל מעודכן זה כולל שינויים מקלים בגובה השתתפות המטופל ובני משפחתו בעלות האשפוז הסיעודי ובאופן עריכת חישוב הזכאות. בנוהל גם הוראות ביחס לגביית ההשתתפות העצמית מהמטופלים ובני משפחתם.
4. השינויים אושרו על ידי שר הבריאות לפי סעיף 2(1) לתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשמ"ד-1994.
5. השינויים בנוהל זה חלים מיום פרסום החוזר ואילך בלבד.
6. התנאים לאשפוז סיעודי באמצעות משרד הבריאות מפורטים להלן:

א. התנאים לאשפוז

(א) הפונה אינו זכאי לשירות זה מכוח חיקוק אחר.

(ב) ניתן אישור לשכת הבריאות על נחיצות השירות מבחינה רפואית, סיעודית וסוציאלית.

(ג) קיים מקום פנוי לאשפוז, בהתאם למכסת מקומות האשפוז הסיעודי שנקבעו בתקציב משרד הבריאות לאותה שנה ומולאו התנאים הקבועים בנוהל זה לקבלת סיוע משרד הבריאות במימון האשפוז הסיעודי, לרבות חתימה על התחייבויות כספיות על-ידי המטופל/ת וכל בני משפחתו שנקבעה להם השתתפות במימון.

(ד) בהתאם לסדרי עדיפויות עליהם הורה המנהל הכללי של משרד הבריאות.

ב. מימון האשפוז

משרד הבריאות משלם ישירות למוסדות הסיעודיים עבור האשפוז את מלוא עלות האשפוז וגובה מהמטופל ובני משפחתו השתתפות עצמית, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולפי מבחני הכנסה. גובה השתתפות המטופל ובני משפחתו יהיה בהתאם ליכולת הכספית של המטופל, בן/בת זוגו

וילדיו הבגירים, כמפורט בנוהל זה. סכום ההשתתפות החודשית לא יפחת מ-37% מקצבת זיקנה ליחיד ועשויה להגיע עד למחיר המלא של יום אשפוז שמשלם משרד הבריאות למוסד.

ג. המשתתפים במימון

- המטופל;
- בן/בת הזוג של המטופל;
- בנים/בנות של המטופל, מגיל 21;
- משרד הבריאות - בכפוף לתקציבו המיועד לנושא באותה שנה.

ד. מקורות המימון של המטופל ובני משפחתו

- הכנסות שוטפות של המטופל ושל בן/בת זוגו, כולל קצבאות וגמלאות;
- הכנסות מנכסי מקרקעין של המטופל ושל בן/בת זוגו;
- נכסים כספיים של המטופל/ת ובן/בת זוגו;
- הכנסות שוטפות של בנים/בנות של המטופל מגיל 21, המתגוררים בישראל.

7. **השינויים העיקריים שנעשו בעדכון נוהל זה הינם**:

1. ביטול דמי הכניסה;
2. הגדלת מספר נקודות הזיכוי שמשאירים לבן/בת זוג של המטופל שאין לו/ה הכנסה כלשהי;
3. הרחבת הקצבאות והגמלאות שאינן מוכללות בהכנסה השוטפת לצורך הזכאות;
4. ביטול דרישת הערבות.

פרטי נוהל זה ייושמו בעבודת כל לשכות הבריאות בכל הקשור לקביעת הזכאות ולגביית ההשתתפות מהמשפחות, כחלק מתהליך האשפוז הסיעודי כמפורט בחוזר זה.

בכבוד רב,

משה בר סימן טוב

העתק: ח"כ הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות

44979118

חלק 1: מבוא ורקע משפטי

1. אשפוז חולים סיעודיים ותשושי נפש כלול בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 כאחד השירותים שנתנה המדינה לפרט ב"מועד הקובע". עם זאת, המדינה מחוייבת לתת שירות זה במגבלות שהן אותם תנאים ותשלומים שהיו נהוגים במועד הקובע. בתוספת השלישית לחוק נקבע כי שירותי האשפוז בגריאטריה ניתנים בהשתתפות המטופל ובני משפחתו בעלות הטיפול. עיקרי התנאים והתשלומים פורסמו ב"הודעה בדבר תנאים ותשלומים לשירותי בריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי"[1].

2. לפיכך - תושב (כמשמעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי) שהוגדר כחולה סיעודי או תשוש נפש על ידי צוות לשכת הבריאות וזקוק לאשפוז בבית חולים סיעודי זכאי לקבל סיוע במימון האשפוז ממשרד הבריאות ובלבד שאינו זכאי להם מכוח חיקוק אחר. הסיוע יינתן בתנאים המפורטים בנוהל זה ובנהלים אחרים של משרד הבריאות ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית על ידי המטופל ועל ידי בני משפחתו (בן/בת הזוג ובנים/בנות בגירים של המטופל), שנקבעת לאחר בדיקת זכאות. ההשתתפות העצמית של המטופל ובני משפחתו לא תעלה על מלוא הסכום שמשלם משרד הבריאות למוסד הסיעודי (מלוא עלות האשפוז בפועל). גובה ההשתתפות נקבע לפי מבחני הכנסה, שהכללים להם מפורטים בנוהל זה. כללים אלה נקבעו ברוח עקרונות החוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות) תשכ"ט-1959 ופסיקות בית המשפט העליון ביחס לחוק זה.

3. משרד הבריאות זכאי להפעיל אמצעי אכיפה לגביית התשלומים שאדם חייב בהם לעניין זה, הואיל וחוב בגין אשפוז בבית חולים ממשלתי או בבית חולים אחר שהמדינה ערבה לדמי האשפוז בו – דינו כדין חוב מס (לפי אכרזת גביית מסים (דמי אשפוז), התשמ"ב-1982 ותיקוניה). אמצעי האכיפה לגביה יהיו בהתאם לאמצעים המשפטיים שבידי המשרד, לפי הוראות פקודת המסים (גביה) 1929 או לפי חוק המרכז לגביית קנסות, אגרות והוצאות, התשנ"ה-1995.

4. מערך הגביה הוא חלק בלתי נפרד ממערך האשפוז הסיעודי, שכן הבטחת ההכנסות מתשלומי המטופלים ומשפחותיהם מאפשרת למשרד הבריאות לנצל את כל התקציב המוקצה לאשפוז הסיעודי ואף להגדיל את מספר מקבלי הסיוע. הבטחת גביה מלאה מתחייבת מעקרון השוויון ומתקינות פעולתו של המינהל הציבורי.

5. **חקיקה רלבנטית:**

   1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994
   2. החוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות) תשכ"ט-1959
   3. חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] תשנ"ה-1995
   4. תקנות הביטוח הלאומי (חלוקת קצבה) התשמ"ד-1984
   5. חוק ההוצאה לפועל תשכ"ז-1967
   6. פקודת המסים (גביה) 1929
   7. אכרזת גביית מסים (דמי אשפוז) התשמ"ב-1982

[1] י"פ התשנ"ה, עמ' 2271

6. **הגדרות:**

"**בן/בת זוג**" – נשואים או ידועים בציבור כנשואים[2].

"**הכנסות שוטפות**" – כל הכנסה, מכל מקור, המשתלמת לאדם באורח קבוע, לרבות: קצבת ביטוח לאומי וקצבה או גמלה אחרת, משכורת, מזונות, פנסיה, רנטה, תגמולי ביטוח (למעט ביטוח סיעודי), פיצויים, הכנסה מנכס מקרקעין[3] וכיוצא באלה, ולמעט מרכיבים שיפורטו במפורש בנוהל זה.

"**נכסים כספיים**" – כספים השייכים לאדם, זמינים ושאינם זמינים לשימוש מיידי אך ניתנים למימוש. כגון: חסכונות, קופות גמל, פיקדונות, תגמולי ביטוח חד פעמיים.

"**קצבת זקנה**" – קצבה לפי פרק י"א לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

"**השלמת הכנסה**" או "הש"ה" – תוספת לקצבת הזקנה המשולמת על יד המוסד לביטוח לאומי לפי כללים הקבועים בחוק הבטחת הכנסה התשמ"א-1980.

"**דמי כיס**" – סכום הנותר למטופל מקצבה המשולמת לו לפי חוק הביטוח הלאומי, בהתאם לחלוקת קצבה לפי סעיף 307 לחוק, ולפי תקנות הביטוח הלאומי (חלוקת קצבה) תשמ"ד-1984, או סכום אחר המושאר למטופל מתוך הכנסותיו, לפי קביעת ועדת ערר.

"**מלוא עלות האשפוז בפועל**" – הסכום שמשלם משרד הבריאות עבור האשפוז, לחודש, במוסד בו מאושפז המטופל, ומתעדכן לפי ההסכמים בין משרד הבריאות למוסדות סיעודיים.

"**נקודת זיכוי**" – סכום השווה לגובה נקודת זיכוי כמשמעה בסעיף 33א לפקודת מס הכנסה [נוסח חדש].

"**סכום להוצאות אחרונות**" – סכום השווה ל-100 נקודות זיכוי ומיועד להוצאות קבורה, הקמת מצבה והוצאות נלוות הכרוכות בפטירתו של אדם.

"**תלויים**" - בן/בת זוגו של מטופל הגר/ה עמו ובן/בת קטין או חסר ישע[4] של מטופל או של בן/בת הזוג וסמוכ/ה על שולחנו או שהמטופל או בן/בת הזוג חייב/ת במזונותיו לפי פסק דין.

"**ילד**"– בן/בת של המתחייב , שטרם מלאו לו 21 שנים.

"**מתחייב/ת**"- "**בן/בת בגיר/ה**" - בן/בת של המטופל (כולל מאומץ) שגילו 21 ומעלה.

"**בני זוג**" - שני בגירים נשואים או ידועים בציבור כנשואים, המקיימים משק בית משותף.

"**משפחה שבראשה הורה עצמאי**" - משפחה שיש בה הורה אחד בלבד (מכל סיבה) המנהל משק בית עצמאי (משפחה חד-הורית), ובה לפחות ילד אחד.

---

[2] לנושא מעמדם של בני זוג כ"ידועים בציבור" והמסמכים הדרושים להוכחה, יש להיעזר ביועמ"ש לשכת הבריאות

[3] "הכנסות מנכס מקרקעין של המטופל או של בן/בת זוגו יכללו דמי שכירות או שווי דמי שכירות העשויים להתקבל, בין שהנכס מושכר ובין שאינו מושכר, כמפורט בנוהל זה.

4 לנושא הגדרת "חסרי ישע" יש להתייעץ עם היועמ"ש בלשכת הבריאות

חלק 2: הנחיות לקביעת השתתפות עצמית של המטופל/ת, בן/בת זוגו, בניו ובנותיו

א. תנאים לזכאות ולמימושה

1. כל תושב ישראל זכאי לקבל סיוע ממשרד הבריאות במימון האשפוז הסיעודי, בכפוף להשתתפות שלו ושל בני משפחתו במימון האשפוז כמפורט בנוהל זה, ובלבד שמתקיימים כל התנאים שלהלן:

א. הפונה אינו זכאי לשירות אשפוז סיעודי מכח חיקוק אחר (כגון נפגעי פעולות איבה, זכאי משרד הביטחון, נפגעי עבודה, נפגעי תאונות דרכים ועוד).

ב. ניתן אישור לשכת הבריאות על נחיצות השירות מבחינה רפואית, סיעודית וסוציאלית, כמפורט בנוהלי משרד הבריאות ביחס לתהליך האשפוז.

ג. קיים תקציב פנוי ("קוד") בהתאם למכסת המקומות לאשפוז סיעודי שנקבעו בתקציב המדינה לאותה שנה.

ד. מולאו על ידי המטופל ובני משפחתו כל התנאים הקבועים בנוהל זה לשם קבלת סיוע משרד הבריאות במימון האשפוז הסיעודי, לרבות הצגת מסמכים הדרושים לשם קביעת הזכאות וחישוב ההשתתפות העצמית וחתימה על התחייבות כספית וטופס הוראת קבע על-ידי המטופל/ת וכל בני משפחתו המשתתפים במימון.

2. הקדימות באשפוז תהיה בהתאם לסדרי עדיפויות עליהם הורה המנהל הכללי של משרד הבריאות, ובכלל זה לפי מידת דחיפות האשפוז ומצבו הרפואי והסוציאלי של המטופל.

3. אשפוז במוסד סיעודי מסויים על פי בחירת המטופל ומשפחתו יהיה בתנאי שאותו מוסד כלול בהסכם לרכישת שירותי אשפוז על ידי משרד הבריאות (לפי רשימה המתפרסמת באתר משרד הבריאות) ושקיימת במוסד מחלקה המתאימה למצבו הרפואי של המטופל ויש בה מקום פנוי.

ב. חישוב השתתפות המטופל ובני משפחתו

1. **ניצול המקורות – כללי**

בקביעת ההשתתפות העצמית של המטופל ושל בני משפחתו יילקחו בחשבון הכנסות המטופל ומשפחתו לפי הסדר המפורט להלן. מקור התשלום הבא יגבה רק לאחר מיצוי המקורות שקודמים לו בסדר המפורט להלן, אם המקורות שקודמים לו אינם מספיקים לתשלום מלוא עלות האשפוז בפועל:

1.1 הכנסות שוטפות של המטופל ושל בן/בת זוגו.

1.2 הכנסות שוטפות מנכסי מקרקעין של המטופל ו/או של בן/בת הזוג.

1.3 נכסים כספיים של המטופל או של בן/בת זוגו.

1.4 הכנסות שוטפות של בנים/בנות בגירים של המטופל.

2. **מימון על ידי המטופל ובן/בת זוגו**

2.1 **הכנסות שוטפות**

2.1.1 כל ההכנסות השוטפות של מטופל ושל בן/בת זוגו ישמשו לתשלום ההשתתפות העצמית שלו, עד לכיסוי מלוא עלות האשפוז בפועל, למעט קצבאות וגמלאות, כמפורט בסעיף 2.1.4 להלן ולמעט דמי כיס וזיכויים לבן/בת הזוג (2.1.5.2).

2.1.2 לכל מטופל יושארו דמי כיס בהתאם לתחשיב בהתאם לסעיף 307 לחוק הביטוח הלאומי ולתקנות הביטוח הלאומי (חלוקת קצבה) התשמ"ד-1984, או לפי קביעה אחרת של ועדת ערר.

2.1.3 השתתפותו העצמית של מתאשפז לא תפחת מ 37% מגובה קצבת זקנה ליחיד.

2.1.4 ההכנסות שלא יכללו בהכנסות השוטפות של מאושפז ובן/בת הזוג: תשלומים המשולמים למטופל או לבן/בת הזוג לפי חוק הפיצויים לנפגעי גזזת התשנ"ד-1994 או לפי חוק פיצוי לנפגעי פוליו התשס"ז-2007.

1. קצבה חודשית ומענק שנתי שמקבלים המטופל או בן/בת הזוג, אשר לגביהם נקבע בסעיף 8א לחוק הטבות לניצולי שואה התשס"ז-2007, שלא ייחשבו כהכנסה.
2. תגמולים המשולמים למטופל או לבן/בת הזוג בגין ביטוח סיעודי.
3. קצבאות וגמלאות המשולמות לבן/בת הזוג של המטופל בגין מצב בריאותי, נכות או מוגבלות תפקודית (ר' סעיף 2.1.5.2(ו)).
4. הכנסות אחרות המשולמות למאושפז ומשפחתו לפי חיקוק שבו נקבע במפורש כי לא יחשבו להכנסה לעניין תשלומי חובה או מסים. בקשה בעניין כזה תועבר לאישור יועמ"ש הלשכה ולידיעת הלשכה המשפטית של משרד הבריאות.
5. סיוע במימון שכר הדירה ממשרד ממשלתי אחר לא ייחשב הכנסה שוטפת.

2.1.5 כשבן/בת זוג נשארים בבית:

2.1.5.1 אם המטופל ובן/בת זוגו מתקיימים מקצבת זקנה לזוג +השלמת הכנסה בלבד, לפי הוראות סעיף 2.6.2 לא תבוצע חלוקת קצבה וההשתתפות תעמוד על סך 37% מקצבת זקנה ליחיד (השתתפות מינימום).

2.1.5.2 לבן/בת זוג הנשאר בבית יושאר מתוך הכנסותיהם השוטפות של בני הזוג, וככל שהן מספיקות לכך:

א) דמי כיס למטופל;

ב) מס הבריאות בו חייבים בני הזוג;

ג) קצבת זיקנה המגיעה לבן/בת הזוג באופן אישי לפי כללי הביטוח הלאומי (אם זכאית);

ד) שווי 18 נקודות זיכוי;

ה) אם שני בני הזוג מקבלים קצבת זקנה לזוג ללא השלמת הכנסה– סכום השווה להשלמת הכנסה המשולמת לזכאים לקצבת זקנה ליחיד.

ו) הסכום המלא של קצבאות וגמלאות המשולמות לבן/בת הזוג של המטופל באופן אישי בגין מצב בריאותי או נכות או מוגבלות תפקודית: קצבת נכות, קצבת שירותים מיוחדים, גמלת ניידות, קצבת סיעוד (המשולמת בכסף), קצבת נכות מעבודה, קצבה לנפגעי תאונות שהוכרו ע"י הביטוח הלאומי, תגמולי נכות לנפגעי פעולות איבה, קצבאות נכות ממשרד הביטחון, תשלומים לפי חוק הפיצויים לנפגעי גזזת או לפי חוק פיצוי לנפגעי פוליו, וכל קצבה או גמלה אחרת בגין מצב בריאותי, נכות או מוגבלות תפקודית.

ז) הוצאות שכר דירה או משכנתא עבור דירת המגורים בה מתגורר/ת בן/בת הזוג הנותר/ת בבית.

ח) מסים עירוניים עבור דירת המגורים לעיל.

ט) עלות פרמיה לביטוח רפואי משלים של בן הזוג הנשאר בבית, ובלבד שיש לו ביטוח כזה ושהביטוח שלו אינו ממומן על ידי צד שלישי שאינו בן משפחה.

י) הוצאות הקשורות במימון עזרה ביתית לבן הזוג הנשאר בבית בסכום השווה לערך של 3 נקודות זיכוי לחודש.

יא) שווי ½ נקודת זיכוי עבור הוצאות טלפון.

יב) אם יש למטופל או לבן/בת זוגו בן משפחה נוסף (פרט לבן/בת הזוג) התלוי בו, יושארו לבן הזוג הנותר בבית גם הסכומים המפורטים להלן:

1. שווי 9 נקודות זיכוי עבור כל בן משפחה תלוי, שאין לו הכנסה משלו. הכנסה מקצבת נכות בלבד, ממפעל מוגן שיקומי או משכורת משירות חובה בצה"ל או משירות לאומי/אזרחי לא יחשבו לעניין זה כהכנסה.
2. סכום ההשתתפות בהחזקת בן משפחה תלוי - שאיננו המטופל - במוסד (מותנה בהצגת אישורים). לעניין זה: "מוסד" – מסגרת מגורים וטיפול חוץ-ביתית לאנשים עם מוגבלות רפואית, נפשית או שכלית.

2.2 הכנסות שוטפות מנכסי מקרקעין

2.2.1 מטופל שבבעלותו או בבעלות בן/בת הזוג נכס/י מקרקעין (דירה או כל נכס אחר), ואין בן/בת זוג או תלויים במטופל או בבן/בת הזוג הגרים בנכס - יתווספו לחישוב ההכנסות השוטפות גם דמי שכירות המשולמים בגין הנכסים או שווי דמי השכירות בעד נכסים אלה, והכל בהתאם להוראות חלק זה כמפורט להלן.

2.2.2 הבעלות על נכס מקרקעין לעניין נוהל זה תיקבע על פי אישור זכויות מלשכת רישום המקרקעין (טאבו), רשות מקרקעי ישראל, המינהל האזרחי ביהודה ושומרון או חברה משכנת. זכויות בנכס מקרקעין יכול שיקבעו נוסף על רישום כנ"ל, גם בהתאם להסכם, החלטת בית משפט או כל דין אחר.

2.2.3 היה הנכס מושכר לצד שלישי[5] במועד האשפוז – יחוייב המטופל בתשלום דמי השכירות מיום מתן הקוד, כחלק מתשלום ההשתתפות העצמית.

2.2.4 לא היה הנכס מושכר במועד האשפוז, יחוייב המטופל בתשלום דמי השכירות או את שווי השכרת הנכס (כאמור בסעיף 2.2.7 להלן), כחלק מתשלום ההשתתפות העצמית החל מחודשיים ממועד האשפוז, או מיד עם תחילת השכרת הנכס בפועל, לפי המוקדם.

2.2.5 היה המטופל ערירי או חסוי באחריות אפוטרופוס ציבורי, באופן שאינו מאפשר לפעול להשכרת הנכס - תירשם הערת שיעבוד אצל רשם המקרקעין על הנכס, לטובת משרד הבריאות, בגובה מלוא עלות האשפוז במשך 6 חודשים, וזאת להבטחת תשלום חלק זה בהשתתפות העצמית במועד מאוחר יותר.

2.2.6 משכר הדירה לא יקוזזו הוצאות שוטפות החלות על הנכס (כגון ארנונה, מים, חשמל, טלפון, מסי ועד בית וכדומה). ניתן לקזז משכר הדירה החזר תשלומי משכנתא בגין אותו נכס, אך בכל מקרה לא יקוזז יותר מגובה שכר הדירה שנקבע לתשלום.

2.2.7 הערכת שווי שכר הדירה

1. גובה שכר הדירה או הערכת שווי שכר הדירה לתשלום יקבעו לפי אחד מאלה:
   - חוזה שכירות ההערכה הגבוהה מבין הערכות של שני מתווכי/שמאי מקרקעין מורשים, בנוסח חוות דעת מומחה לפי התוספת הראשונה לפקודת הראיות התשל"א-1971.
   - הערכת שווי שכר הדירה שנערכה על ידי השמאי הממשלתי
2. גובה ההשתתפות משכר הדירה יקבע בשקלים חדשים, בהתאם לקבוע בחוזה השכירות/הערכת השווי.

[5] כולל צד שלישי שהוא בן משפחה, שאינו תלוי, המתגורר בדירה, בתמורה או ללא תמורה

2.2.8 דירה שנרכשה מחברה משכנת

1. לפי חוות דעת משפטית של היועץ המשפטי של משרד השיכון, אין מניעה להשכיר דירה שרכש מטופל מחברה משכנת, הואיל והשכרת דירה עקב אשפוז סיעודי אינה נחשבת נטישת הדירה על ידי הדייר. לפיכך, יש לחייב בשכר דירה גם בגין דירה שנרכשה מחברה משכנת.

2. ביחס לדירה שנרכשה מחברה משכנת הרשומה על שם המטופל ו/או בן/בת הזוג: אין לקבל טענה שרישום הבעלות אינו נכון או שרכישת הדירה בוצעה בפועל על ידי אדם אחר. כאמור - הבעלות על נכס מקרקעין היא על פי אישור הזכויות.

2.2.9 דייר בדירה בדמי מפתח

מטופל שהוא דייר מוגן לפי חוק הגנת הדייר [נוסח משולב] התשל"ב-1972 (מתגורר בדירה בדמי מפתח) ואין לו בן/בת זוג או תלויים המתגוררים בדירה, יתחייב למכור את זכויותיו בדירה בתוך חודשיים ממתן הקוד, והתמורה תחשב נכס כספי שלו ותשמש לתשלום השתתפותו העצמית עד למלוא עלות האשפוז כמפורט בסעיף 2.3.1 לעיל.

2.2.10 העברה ללא תמורה של נכס מקרקעין לקרוב משפחה

היה נכס מקרקעין בבעלות המטופל והוא הועבר לקרוב משפחה שלו, ללא תמורה, פחות מחמש שנים לפני הפנייה למשרד הבריאות לאשפוז - יותנה האשפוז בהתחייבות קרוב המשפחה שקיבל את הדירה לשלם השתתפות במימון האשפוז בגובה שווי דמי השכירות לאותו נכס, שיקבע לפי סעיף 2.2.7 לעיל, בין אם חויב אותו בן משפחה בהשתתפות במימון האשפוז בין אם לאו.

2.3 נכסים כספיים

2.3.1 נכסים כספיים של המטופל והוצאות אחרונות:

א. לאחר מיצוי הכנסות שוטפות, לרבות הכנסות מנכסי מקרקעין ישמשו נכסיו הכספיים של מטופל לתשלום השתתפותו העצמית, עד לכיסוי מלוא עלות האשפוז.

ב. היו למטופל נכסים כספיים בשווי של עד 100 נקודות זיכוי יושארו כספים אלה להוצאות אחרונות של המטופל.

2.3.2 **נכסים כספיים משותפים** עם בן/בת הזוג:

2.3.2.1. אם סכום הנכסים הכספיים אינו עולה על שווי 350 נקודות זיכוי - אין לממש את הנכסים הכספיים.

2.3.2.2. אם סכום הנכסים הכספיים עולה על שווי 350 נקודות זיכוי אך אינו עולה על שווי 700 נקודות זיכוי:

א. יש להשאיר לבן הזוג הנשאר בבית סך השווה ל 350 נקודות זיכוי.

ב. יתרת הסכום תחשב כנכסים כספיים של המטופל ויש לנהוג בה כמפורט בסעיף 2.3 לעיל.

2.3.2.3. אם סכום הנכסים הכספיים עולה על שווי 700 נקודות זיכוי:

א. הסכום יחולק לשני חלקים שווים, ומחצית תושאר לבן הזוג הנשאר בבית.

ב. המחצית השנייה תיחשב נכסים כספיים של המטופל ויש לנהוג בהם כמפורט בסעיף 2.3 לעיל.

2.3.3 נכסים כספיים שהם בבעלות משותפת של המטופל, או של בן/בת זוגו, עם אדם אחר שאינו אחד משניהם - יש לראות את המטופל או את בן/בת זוגו כבעלים של 100% מהנכס הכספי המשותף, אלא אם היועץ המשפטי בלשכת הבריאות המחוזית קבע אחרת, על סמך מסמכים שהוצגו לו.

2.3.4 על אף האמור בסעיף 2.3.1 (א') – אם בבעלות המטופל או בן/בת הזוג תכניות חסכון/קופות גמל, שפירעונן חל בתוך 6 חודשים מיום האשפוז, אין לחייבו לפרען, אלא להסדיר תשלום מכספים אלה באמצעות שיק דחוי. חסכונות וכיוצא בזה, שמועד פירעונם חל יותר מ-6 חודשים לאחר יום האשפוז יש לחייב את המטופל לפרוע ולשלמם במועד האשפוז.

2.3.5 לאחר שמוצו כל הנכסים הכספיים, המטופל ובן/בת זוגו/ה ימשיכו לשלם את ההשתתפות מההכנסות השוטפות לרבות הכנסות מנכסי מקרקעין.

2.4 סידור מוסדי לשני בני זוג

2.4.1. אם שני בני הזוג מטופלים באמצעות משרד הבריאות ויש לבני הזוג נכסים כספיים, יושאר מתוכם, סכום להוצאות אחרונות (כאמור בס' 2.3.1 (ב) לעיל), לכל אחד מהם.

2.4.2. אם בן/בת הזוג של המטופל נמצא בסידור מוסדי פרטי, יש להפחית את ההוצאה בגין התשלום למוסד במלואה מהכנסות בני הזוג, כהוצאה לדיור.

2.4.3. בנוסף, אם בן/בת הזוג הוא עצמאי לחלוטין, ולמעשה מנהל "משק בית" במסגרת דיור מוגן - יש לנהוג כאילו מדובר בבן/בת זוג הנותר בבית, לפי סעיף 2.1.5.2.

2.4.4. אם בן/בת הזוג של מטופל שוהה במוסד במימון משרד הרווחה, משרד הבריאות יערוך בדיקת זכאות למטופל ולמשפחתו לפי נוהל זה, אך יגבה רק 60% מסך ההשתתפות העצמית המשפחתית שתיקבע. (ובהתאם להסדר בין המשרדים, ההשתתפות של בן/בת הזוג ומשפחתו במשרד הרווחה תעמוד על 40% הנותרים).

2.4.5. אם שני בני הזוג שהו במוסד במימון משרד הרווחה קודם להפיכת המטופל לסיעודי, רשאי משרד הבריאות שלא לערוך חישוב זכאות למשפחה אלא לפעול לפי סעיף 2.7 לנוהל, אולם בכל מקרה יגבה המשרד במצב זה רק 60% מהסכום שיקבע, כאמור לעיל.

2.5 מטופל חבר קיבוץ

אם המטופל הוא חבר קיבוץ/מושב שיתופי:

2.5.1. בקיבוצים/מושבים שיתופיים שלא הופרטו, או שיש להם אחריות חוזית כלפי חברי הקיבוץ הוותיקים: הקיבוץ/מושב שיתופי יישא בהשתתפות בשיעור 40% ממלוא עלות האשפוז בפועל של המטופל. ללא עריכת מבחן זכאות למטופל, בן/בת זוגו או לילדיו. במקרה כזה, לא תתבצע חלוקת קצבת ביטוח לאומי.

2.5.2. בקיבוצים/מושבים שיתופים בהם אין מחויבות של הקיבוץ כלפי חבר הקיבוץ, תיערך זכאות רגילה למאושפז, בן/בת הזוג וילדיו של המטופל.

2.6 חלוקת קצבת ביטוח לאומי

2.6.1. משרד הבריאות יבקש מהמוסד לביטוח לאומי לבצע חלוקת קצבה של מטופל המאושפז במימון המשרד בהתאם לנוהל זה[6] לפי סעיף 307 לחוק הביטוח הלאומי. במקרים אלה, ההשתתפות מתוך הקצבה תועבר ישירות מהמוסד לביטוח לאומי למשרד הבריאות.

2.6.2. במקרים כמפורט להלן לא תבוצע חלוקת קצבה:

1. מטופל שנקבעה לו השתתפות מינימום;
2. מטופל שיש לו בן/בת זוג;
3. מטופל ובן בת זוג המתקיימים מקצבה לזוג + השלמת הכנסה (כאמור בסעיף 2.1.5.1);
4. חבר קיבוץ/מושב שיתופי (ר' סעיף 2.5.1.);
5. נתקבלה לגביו החלטת ועדת ערר בעניין זה.

2.6.3. אם המוסד לביטוח הלאומי לא ביצע את חלוקת הקצבה, מכל סיבה, תיגבה הקצבה ישירות מהמטופל.

2.7 העברת מטופל מאחריות משרד הרווחה לאחריות משרד הבריאות:

2.7.1. דייר בבית אבות שהיה בסידור מוסדי על ידי משרד הרווחה ומועבר, בשל שינוי במצבו, למחלקה סיעודית/לתשושי נפש במימון משרד הבריאות, לא תיערך בדיקת זכאות למטופל ולמשפחתו לפני המעבר, אלא לפי בקשתם או לפי סעיף להלן 2.7.2.3, וזאת על מנת להקל על המשפחות.

2.7.2. בהתאם לאמור לעיל, יש לפעול כמפורט להלן:

2.7.2.1. המשפחה תציג אישור משירותי הרווחה על גובה ההשתתפות העצמית שנקבעה למטופל ולמשפחתו.

2.7.2.2. המטופל והמתחייבים יחתמו על התחייבות כלפי משרד הבריאות (כל אחד בנפרד) בגובה סכום ההשתתפות העצמית שנקבעה להם על ידי משרד הרווחה.

2.7.2.3. על אף האמור לעיל יש לערוך בדיקת זכאות בכל מקרה בו המטופל ומשפחתו חויבו על ידי שירותי הרווחה בהשתתפות עצמית בגובה מלוא עלות הסידור המוסדי או אם חלפו 5 שנים ומעלה ממועד קביעת ההשתתפות.

---

[6] לפי סעיף 307 לחוק הביטוח הלאומי – אם זכאי לקצבה נמצא במוסד סיעודי, וגוף ציבורי (כגון משרד הבריאות) נושא ביותר ממחצית הוצאות החזקתו בו, תשולם הקצבה בחלקה לזכאי ובחלקה לגוף הציבורי, ואם היו לזכאי תלויים שהם תושבי ישראל, ישולם להם חלק מהקצבה. הליך זה קרוי "חלוקת קצבה". משרד הבריאות נושא תמיד במימון מלוא הוצאות האשפוז של מטופל באמצעותו, אף שהוא גובה מהמטופל ומבני משפחתו השתתפות עצמית מודרגת על פי הכנסותיהם.[7] נושא משפטי כגון - בעלות משותפת על רכוש ונכסים כספיים, מזונות, פסקי דין או הסכמי גירושין, התנהגות מחפירה של הורה, ידועים בציבור וכדומה.

2.7.2.4. כל אחד מבני המשפחה זכאי לבקש שתיערך לו בדיקת זכאות מחדש על ידי משרד הבריאות לפי נוהל זה, ואם ביקש כך – יחויב בתשלום השתתפות עצמית לפי תוצאות בדיקה זו.

2.7.2.5. לפי נוהל זה לאחר שנתיים ממועד המעבר.

2.8 מטופל שהוא חסיד אומות העולם

מטופל שהוכר כחסיד אומות העולם בידי רשות הזיכרון "יד ושם", והוא יושב בישראל, פטור לחלוטין (הוא וכל בני משפחתו) מתשלום השתתפות עצמית לפי נוהל זה, לצורך אשפוזו, מכוח הוראת סעיף 3 לחוק התגמולים לחסידי אומות העולם, התשנ"ה-1995.

2.9 אפוטרופוס ציבורי

2.9.1. מטופל שיש לו אפוטרופוס ציבורי (שאינו בן משפחה), יערוך האפוטרופוס זכאות טרם האשפוז עפ"י נוהל זה, וגובה התשלום החודשי יהיה לאחר הפחתת שכר טרחה בסכום כפי שנקבע בהוראות "הסדר שכר לתאגידי אפוטרופסות", לא כולל קצבת זקנה והשלמת הכנסה.

2.9.2. מטופל שמונה לו אפוטרופוס ציבורי זה מכבר – לבקשת האפוטרופוס, בהמלצת העובד/ת סוציאלית ובאישור יועץ משפטי של הלשכה, ניתן לדחות את מועד עריכת חישוב הזכאות עד 3 חודשים ממועד מינוי האפוטרופוס, לצורכי התארגנות (להלן: "תקופת התארגנות"). דחיית מועד החישוב והחיוב אינה פוטרת מחובת תשלום השתתפות עצמית ביחס לתקופה זו ואינה פוטרת את בני המשפחה מעריכת זכאות בהתאם לנוהל זה.

2.9.2.1. במהלך התקופה טרם מינוי האפוטרופוס, ובמהלך תקופת ההתארגנות, יש לגבות את התשלום מתוך חלוקת קצבה.

2.9.2.2. אם יש למטופל נכס מקרקעין, יש לרשום הערת שיעבוד על הנכס, לטובת משרד הבריאות, בגובה מלוא עלות האשפוז ל-3 חודשים. הערת השעבוד נועדה להבטחת תשלום ההשתתפות העצמית בתום תקופת ההתארגנות. אם האפוטרופוס לא עורך זכאות כנדרש עם תום תקופת ההתארגנות – יש לעדכן את הסכום בהערת השעבוד מדי זמן.

2.9.2.3. באחריות העובד/ת הסוציאלית בלשכת הבריאות לעקוב אחר ביצוע מינוי האפוטרופוס.

3. **מימון על ידי בן/בת של המטופל (להלן: "המתחייב")**

3.1 **כללי**

כאשר שיעור השתתפות המטופל ובן/בת זוגו, כאמור בנוהל זה, לא מגיע למלוא עלות האשפוז:

3.1.1 אם אין למטופל בנים/בנות בגירים, יישא משרד הבריאות ביתרת עלות האשפוז.

3.1.2 אם יש למטופל בנים/בנות בגירים - כל אחד מהם יחויב להשתתף במימון הוצאות אשפוז הורהו בהתאם לעקרונות שלהלן והנוסחה המפורטת בסעיף 3.5. לכל בן/בת בגירה/ה של מטופל יערך חישוב נפרד, כאמור בנוהל זה.

3.1.3 בן/בת בגיר/ה של מטופל, המתגורר/ת בחו"ל לא יחויב בהשתתפות עצמית.

3.2 **חישוב מספר נפשות במשפחה של מתחייב**

3.2.1 מתחייב שאין לו בן/בת זוג יחושב כ- 3 נפשות.

3.2.2 מתחייב שיש לו בן/בת זוג:

(1) אם לבן/בת זוגו אין הכנסה כלשהי - יחושב כ- 3 נפשות;

(2) אם לבן/בת זוגו הכנסה כלשהי – יחושב כ- 2 נפשות.

3.2.3 כאשר למתחייב ו/או לבן/בת זוגו יש ילד/ים:

(1) כל ילד של המתחייב ו/או של בן/בת זוגו, המתגורר עמו והסמוך על שולחנו יחושב כנפש אחת נוספת.

(2) אם יש למתחייב ילד שאינו מתגורר עמו והוא מחויב לשלם את מזונותיו לפי פסק דין (לרבות לפי הסכם שקיבל תוקף של פסק דין) – יחשב ילד זה במספר הנפשות במשפחה כאילו התגורר עמו ולחילופין יופחת סכום המזונות בתוספת אחוז המס השולי של המתחייב מהכנסותיו השוטפות ברוטו, בהתאם לאפשרות שתביא לחיוב הנמוך יותר של המתחייב.

להלן טבלה המסכמת את תחשיב הנפשות לפי מצב משפחתי של המתחייב:

המצב המשפחתי של בן/בת בגיר/ה של המטופל (המתחייב):	**מספר נפשות** – לפי מצבו המשפחתי ומספר הילדים עד גיל 21 המתגוררים עמו ו/או שהוא מחויב במזונותיהם				
מספר ילדים:	0	1	2	3	4
• ללא בן/בת זוג • עם בן/בת זוג שאין לו/לה הכנסות מכל מקור שהוא	3	4	5	6	7
• עם בן/בת זוג שיש לו/לה הכנסות	2	3	4	5	6

3.2.4 בן/בת של מתחייב בגילאים 21- 26 יחושב ¼ נפש, גם אם אינו מתגורר עמו.

3.3 **חישוב הכנסות שוטפות של מתחייב**

הכנסותיו השוטפות של מתחייב יחושבו לפי הכנסתו השוטפת הממוצעת (ברוטו) בשלושת החודשים האחרונים, והכל כמפורט להלן:

3.3.1 **שכיר**

בחישוב ההכנסות השוטפות של שכיר יילקחו בחשבון כל הכנסותיו האישיות השוטפות, ברוטו, למעט הרכיבים הבאים:

(1) קצובת נסיעה;
(2) החזר הוצאות רכב;
(3) החזר הוצאות אש"ל (כולל דמי כלכלה);
(4) החזר הוצאות טלפון;
(5) גילום מס;
(6) דמי הבראה;
(7) תוספת ביגוד;
(8) תשלומים חריגים (כגון הפרשי שכר, מענק יובל, משכורת 13 וכיו"ב).

3.3.2 **עצמאי**

3.3.2.1 הכנסותיו של עצמאי יחושבו לפי השומה המתייחסת לשנת המס האחרונה כפי שנקבעה ע"י מס הכנסה בלבד.

3.3.2.2 הסכום הנקוב בסעיף "סך הכל ההכנסות" בשומה, יעודכן לפי המדד הידוע, ויחולק ל- 12, לשם קבלת ההכנסה השוטפת, ברוטו.

3.3.2.3 במידה ומדובר בעוסק חדש, יערך החישוב לפי אישור רואה חשבון על הכנסתו הממוצעת של העצמאי. חישוב זה יהיה זמני, עד לקבלת שומה רשמית. במקרה זה יאשר המתחייב בכתב כי ידוע לו שחישוב הזכאות הינו זמני.

3.3.3 מתחייב המקבל פנסיה שבוצע לגביה היוון – הכנסתו תחושב לפי סכום הפנסיה ברוטו, דהיינו הפנסיה לפני ביצוע ההיוון.

3.3.4 הכנסות שוטפות מנכס מקרקעין בבעלות המתחייב (נכס המניב דמי שכירות) - יילקחו בחשבון כהכנסה שוטפת של המתחייב, אך ניתן לקזז מהן משכנתא המשולמת על אותו נכס.

3.3.5 אין לקחת בחשבון כהכנסות של המתחייב:

3.3.5.1 הכנסות שוטפות ונכסים כספיים של בן/בת זוג של מתחייב.

3.3.5.2 קצבאות ילדים וגמלת ילד נכה המשתלמים בגין ילדי המתחייב או ילדי בן/בת זוגו.

3.3.5.3 קצבאות וגמלאות המשולמות למתחייב או לילדו באופן אישי בגין מצב בריאותי או נכות או מוגבלות תפקודית, כגון: קצבאות נכות, קצבת שירותים מיוחדים, גמלת ניידות, קצבת נכות מעבודה, קצבה לנפגעי תאונות שהוכרו ע"י הביטוח הלאומי, תגמולי נכות לנפגעי פעולות איבה, קצבאות נכות ממשרד הביטחון, תשלומים לפי חוק הפיצויים לנפגעי גזזת

או לפי חוק פיצוי לנפגעי פוליו וכל קצבה או גמלה אחרת בגין מצב בריאות, נכות או מוגבלות תפקודית.

3.3.5.4 קצבה חודשית ומענק שנתי שמקבל המתחייב אשר לגביהם נקבע בסעיף 8א לחוק ההטבות לניצולי שואה התשס"ז-2007, שלא ייחשבו כהכנסה.

3.3.5.5 הכנסות אחרות המשולמות למאושפז ומשפחתו לפי חיקוק בו נקבע במפורש כי לא יחשבו להכנסה לעניין תשלומי חובה או מסים. בקשה בעניין כזה תועבר לאישור היועץ המשפטי הלשכה ולידיעת הלשכה המשפטית של משרד הבריאות.

3.3.5.6 תגמולים מביטוחים פרטיים.

3.3.5.7 נכסים כספיים של המתחייב (כגון חסכונות, קופות גמל וכיו"ב).

3.4 **הפחתת הוצאות לדיור**

מהכנסותיו השוטפות ברוטו של מתחייב יש להפחית הוצאות לדיור כמפורט להלן:

אם המתחייב משלם משכנתא בגין דירת מגורים השייכת לו (במלואה או באופן חלקי), או משלם שכר דירה בגין הדירה בה הוא מתגורר, יש לנהוג באופן הבא:

3.4.1. אם למתחייב אין בן/בת זוג, או שבן/בת זוגו אינם עובדים/בעלי הכנסה, יש להפחית מהכנסתו השוטפת ברוטו את מלוא סכום ההחזר החודשי של המשכנתא או מלוא סכום שכר הדירה (לפי העניין), בתוספת אחוז המס השולי שלו.

3.4.2. אם לבן/בת זוג של המתחייב הכנסה ממקור כלשהו – יש להפחית מהכנסות המתחייב מחצית מסכום המשכנתא/שכר הדירה, בתוספת אחוז המס השולי שלו.

3.5 **קביעת ההשתתפות העצמית**

3.5.1 שיעור השתתפות החודשי של כל מתחייב יחושב כמפורט להלן:

3.5.1.1 גובה הכנסתו השוטפת הממוצעת ברוטו לחודש לאחר הפחתת הוצאות לדיור, יחולק במספר הנפשות במשפחתו (כאמור בסעיף 3.2 לעיל). התוצאה היא "הכנסה ממוצעת ברוטו לנפש".

3.5.1.2 ההכנסה הממוצעת ברוטו לנפש תחולק בשווי נקודת זיכוי אחת. התוצאה היא "הכנסה ממוצעת ברוטו לנפש בנקודות זיכוי".

3.5.1.3 טבלת חיוב ילדי המטופל מפרטת בטור ב' רשימה מדורגת של 'מספר נקודות זיכוי לנפש', ובטור ג' – 'מספר נקודות הזיכוי לתשלום ע"י אותו מתחייב'. המספר שבטור ג' יוכפל בשווי נקודת זיכוי אחת.

טבלת חיוב ילדי המטופל

טור א **רמת הכנסה**	**טור ב** **הכנסה ממוצעת לנפש לחודש בשקלים לפי נקודות זיכוי**	**טור ג** **ההשתתפות לחודש לפי נקודות זיכוי**		**טור א** **רמת הכנסה**	**טור ב** **הכנסה ממוצעת לנפש לחודש בשקלים לפי נקודות זיכוי**	**טור ג** **ההשתתפות לחודש לפי נקודות זיכוי**
א	עד 6 נקודות זיכוי	פטור		מ״ב	עד 54 נקודות זיכוי	16 נקודות זיכוי
ב	עד 7 נקודות זיכוי	0.25 נקודות זיכוי		מ״ג	עד 56 נקודות זיכוי	16.5 נקודות זיכוי
ג	עד 8 נקודות זיכוי	0.75 נקודות זיכוי		מ״ד	עד 58 נקודות זיכוי	17 נקודות זיכוי
ד	עד 9 נקודות זיכוי	1 נקודות זיכוי		מ״ה	עד 60 נקודות זיכוי	17.5 נקודות זיכוי
ה	עד 10 נקודות זיכוי	1.25 נקודות זיכוי		מ״ו	עד 62 נקודות זיכוי	18 נקודות זיכוי
ו	עד 11 נקודות זיכוי	1.50 נקודות זיכוי		מ״ז	עד 64 נקודות זיכוי	18.5 נקודות זיכוי
ז	עד 12 נקודות זיכוי	1.75 נקודות זיכוי		מ״ח	עד 66 נקודות זיכוי	19 נקודות זיכוי
ח	עד 13 נקודות זיכוי	2 נקודות זיכוי		מ״ט	עד 68 נקודות זיכוי	19.5 נקודות זיכוי
ט	עד 14 נקודות זיכוי	2.25 נקודות זיכוי		נ	עד 70 נקודות זיכוי	20 נקודות זיכוי
י	עד 15 נקודות זיכוי	2.50 נקודות זיכוי		נ״א	עד 72 נקודות זיכוי	20.5 נקודות זיכוי
י״א	עד 16 נקודות זיכוי	2.75 נקודות זיכוי		נ״ב	עד 74 נקודות זיכוי	21 נקודות זיכוי
י״ב	עד 17 נקודות זיכוי	3 נקודות זיכוי		נ״ג	עד 76 נקודות זיכוי	21.5 נקודות זיכוי
י״ג	עד 18 נקודות זיכוי	3.25 נקודות זיכוי		נ״ד	עד 78 נקודות זיכוי	22 נקודות זיכוי
י״ד	עד 19 נקודות זיכוי	3.50 נקודות זיכוי		נ״ה	עד 80 נקודות זיכוי	22.5 נקודות זיכוי
ט״ו	עד 20 נקודות זיכוי	3.75 נקודות זיכוי		נ״ו	עד 82 נקודות זיכוי	23 נקודות זיכוי
ט״ז	עד 21 נקודות זיכוי	4 נקודות זיכוי		נ״ז	עד 84 נקודות זיכוי	23.5 נקודות זיכוי
י״ז	עד 22 נקודות זיכוי	4.25 נקודות זיכוי		נ״ח	עד 86 נקודות זיכוי	24 נקודות זיכוי
י״ח	עד 23 נקודות זיכוי	4.50 נקודות זיכוי		נ״ט	עד 88 נקודות זיכוי	24.5 נקודות זיכוי
י״ט	עד 24 נקודות זיכוי	4.75 נקודות זיכוי		ס	עד 90 נקודות זיכוי	25 נקודות זיכוי
כ	עד 25 נקודות זיכוי	5 נקודות זיכוי		ס״א	עד 92 נקודות זיכוי	25.5 נקודות זיכוי
כ״א	עד 26 נקודות זיכוי	5.5 נקודות זיכוי		ס״ב	עד 94 נקודות זיכוי	26 נקודות זיכוי
כ״ב	עד 27 נקודות זיכוי	6 נקודות זיכוי		ס״ג	עד 96 נקודות זיכוי	26.5 נקודות זיכוי
כ״ג	עד 28 נקודות זיכוי	6.5 נקודות זיכוי		ס״ד	עד 98 נקודות זיכוי	27 נקודות זיכוי
כ״ד	עד 29 נקודות זיכוי	7 נקודות זיכוי		ס״ה	עד 100 נקודות זיכוי	27.5 נקודות זיכוי
כ״ה	עד 30 נקודות זיכוי	7.5 נקודות זיכוי		ס״ו	עד 102 נקודות זיכוי	28 נקודות זיכוי
כ״ו	עד 31 נקודות זיכוי	8 נקודות זיכוי		ס״ז	עד 104 נקודות זיכוי	28.5 נקודות זיכוי
כ״ז	עד 32 נקודות זיכוי	8.5 נקודות זיכוי		ס״ח	עד 106 נקודות זיכוי	29 נקודות זיכוי
כ״ח	עד 33 נקודות זיכוי	9 נקודות זיכוי		ס״ט	עד 108 נקודות זיכוי	29.5 נקודות זיכוי
כ״ט	עד 34 נקודות זיכוי	9.5 נקודות זיכוי		ע	עד 110 נקודות זיכוי	30 נקודות זיכוי
ל	עד 35 נקודות זיכוי	10 נקודות זיכוי		ע״א	עד 112 נקודות זיכוי	30.5 נקודות זיכוי
ל״א	עד 36 נקודות זיכוי	10.5 נקודות זיכוי		ע״ב	עד 114 נקודות זיכוי	31 נקודות זיכוי
ל״ב	עד 37 נקודות זיכוי	11 נקודות זיכוי		ע״ג	עד 116 נקודות זיכוי	31.5 נקודות זיכוי
ל״ג	עד 38 נקודות זיכוי	11.5 נקודות זיכוי		ע״ד	עד 118 נקודות זיכוי	32 נקודות זיכוי
ל״ד	עד 39 נקודות זיכוי	12 נקודות זיכוי		ע״ה	עד 120 נקודות זיכוי	32.5 נקודות זיכוי
ל״ה	עד 40 נקודות זיכוי	12.5 נקודות זיכוי		ע״ו	עד 122 נקודות זיכוי	33 נקודות זיכוי
ל״ו	עד 41 נקודות זיכוי	13 נקודות זיכוי		ע״ז	עד 124 נקודות זיכוי	33.5 נקודות זיכוי
ל״ז	עד 42 נקודות זיכוי	13.5 נקודות זיכוי		ע״ח	עד 126 נקודות זיכוי	34 נקודות זיכוי
ל״ח	עד 43 נקודות זיכוי	14 נקודות זיכוי		ע״ט	עד 128 נקודות זיכוי	34.5 נקודות זיכוי
ל״ט	עד 44 נקודות זיכוי	14.5 נקודות זיכוי		פ	עד 130 נקודות זיכוי	35 נקודות זיכוי
מ	עד 50 נקודות זיכוי	15 נקודות זיכוי		פ״א	עד 132 נקודות זיכוי	35.5 נקודות זיכוי
מ״א	עד 52 נקודות זיכוי	15.5 נקודות זיכוי		פ״ב	עד 134 נקודות זיכוי	36 נקודות זיכוי

3.5.1.4 הסכום שהתקבל בסעיף 3.5.1.3 יוכפל ב-125% והתוצאה תהא סכום ההשתתפות העצמית שעל המתחייב לשלם.

3.5.2 סכום ההשתתפות העצמית של המטופל, בן/בת זוגו וכל המתחייבים ('ההשתתפות העצמית המשפחתית') לא יעלה על מלוא עלות האשפוז בפועל של אותו מטופל. היה וההשתתפות העצמית המשפחתית עוברת את מלוא עלות האשפוז - יש להפחית את סכום ההשתתפות של כל אחד מהמתחייבים (בנים/בנות של המטופל בלבד), באופן יחסי לפי חלקו בהשתתפות העצמית המשפחתית, עד שהסכום המשפחתי ישתווה למלוא עלות האשפוז בפועל.

3.6 נסיבות מיוחדות של בנים/בנות של המטופל/ת (מתחייבים)

3.6.1 סידור מוסדי לשני הורים

3.6.1.1 חישוב השתתפות מתחייב ששני הוריו/ה התאשפזו בתוך 12 חדשים, יערך פעם אחת בלבד.

3.6.1.2 מתחייב יחויב פעם אחת בלבד, בהשתתפות שנקבע שעליו לשלם לפי הוראות סעיף 3.5.

3.6.1.3 סכום ההשתתפות העצמית המשפחתית בגין שני מטופלים לא יעלה על מלוא עלות האשפוז בפועל של שני המטופלים.

3.6.1.4 נסתיים אשפוזו של אחד מהמטופלים מכל סיבה, יש לערוך חישוב מחדש של השתתפות המטופל שנשאר באשפוז.

3.6.2 מתחייב חבר קיבוץ/מושב שיתופי

מתחייב שהוא חבר קיבוץ/מושב שיתופי - תחושב הכנסתו השוטפת הממוצעת ברוטו לעניין סעיף 3.3. לנוהל זה על פי 'קביעת הכנסה לנפש עובדת' באותו קיבוץ/מושב שיתופי לפי הנתונים המתפרסמים מעת לעת על ידי ברית פקוח הקואופרציה החקלאית העובדת בע"מ או על סמך אישור מגזברות הקיבוץ.
אין להתייחס לקצבה האישית, הקצבה החודשית או כיוצא בזה שהוא מקבל מהקיבוץ/המושב השיתופי המופרט, כהכנסה.

4. בדיקה משפטית

4.1 בכל מקרה בו מתעוררת שאלה או בעיה העשויה להיות משפטית[7], על רכזת האשפוז ו/או העובדת סוציאלית להתייעץ בנושא עם היועץ המשפטי בלשכת הבריאות המחוזית.

4.2 חוות דעת היועץ המשפטי – מחייבת.

4.3 חוות הדעת המשפטית תתועד במערכת הממוחשבת.

4.4 המטופל או המתחייב וכן חשב משרד הבריאות רשאים להגיש ליועץ המשפטי במשרד הבריאות השגה בכתב על חוות דעת היועץ של לשכת הבריאות המחוזית, והכרעת היועץ המשפטי של משרד הבריאות – מחייבת.

4.5 על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הסמכות לערעור על החלטה לפי נוהל זה נתונה לנציב קבילות הציבור לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי או לבית הדין לעבודה.

[7] נושא משפטי כגון - בעלות משותפת על רכוש ונכסים כספיים, מזונות, פסקי דין או הסכמי גירושין, התנהגות מחפירה של הורה, ידועים בציבור וכדומה.

5. אשפוז לפני סיום תהליכי הזכאות

5.1 במקרים חריגים, לפי שיקול דעת של רופא גריאטר מחוזי, ניתן להפנות מטופל לאשפוז לפני שנחתמו כתבי התחייבות והוראות קבע לחיוב חשבון על ידי כל בני משפחה.

5.2 במקרה כזה יש לבצע חלוקת קצבה מיד עם מתן הקוד ולהשלים את הליכי הזכאות לאחר מועד האשפוז ובהקדם האפשרי, לרבות החתמת המטופל וכל המתחייבים האחרים על כתב התחייבות בהתאם לנוהל זה.

5.3 בן משפחה המסרב לחתום על כתב התחייבות וכל מסמך אחר יחויב בתשלום בהפרש למלא עלות האשפוז בין תשלומי יתר בני המשפחה לבין התשלום למוסד בפועל, וינקטו נגדו צעדי גביה.

6. התחייבות

6.1 המטופל וכל מתחייב בהשתתפות עצמית במימון האשפוז, יחתמו על התחייבות. על התחייבות המטופל יכול לחתום אדם אחר מטעמו.

6.2 מתחייב לא יוכל ליטול על עצמו אחריות להתחייבות בן משפחה אחר אלא במקרים מיוחדים שיאושרו מראש על ידי היועץ המשפטי של לשכת הבריאות המחוזית.

6.3 מטופל יקבל הפניה למוסד סיעודי רק לאחר שהוא וכל אחד מהמתחייבים חתמו על כתב התחייבות לתשלום ההשתתפות העצמית שנקבעה להם וכל מסמך אחר הנדרש בנוהל זה.

7. תשלום

7.1 מועד החיוב – מועד החיוב יהיה 24 בכל חודש, עבור חודש קלנדרי קודם.

7.2 התשלום בחודש הראשון לאשפוז יהיה לפי מספר הימים ממועד האשפוז עד לסוף החודש וישולמו בהוראת הקבע בחודש העוקב.

7.3 אמצעי התשלום

7.3.1 ההשתתפות העצמית תשולם באמצעות הוראת קבע.

7.3.2 במקרים חריגים תאשר הגזברות תשלום באמצעים אחרים, לפי סדר עדיפות כדלקמן:

א. באמצעות "שוהם" באינטרנט (שירות ותשתית התשלומים הממשלתיים).

ב. כרטיס אשראי – טלפונית.

ג. שובר תשלום.

8. **חישוב מחדש**

8.1. בעקבות פטירת בן/בת הזוג חובה לערוך זכאות מחודשת.

8.2. לשכת הבריאות רשאית לערוך חישוב זכאות מחדש.

8.2.1. אחת לשנתיים.

8.2.2. לבקשת מטופל, בן/בת זוגו וכל מתחייב - עקב שינוי במצבם הכלכלי או המשפחתי וכיוצא בזה.

8.2.3. אם יש יסוד סביר לחשוב כי בתהליך הזכאות נמסר למשרד מידע חלקי, שגוי או כוזב.

8.2.4. בעת העברת המטופל למוסד אחר, שמחירו שונה, וגובה ההשתתפות העצמית המשפחתית שווה למלוא עלות האשפוז בפועל.

9. **מנגנון עדכון מחירים**

9.1 סכומים המתעדכנים מעת לעת, כגון שווי נקודות זיכוי, מחירי האשפוז במוסד וכיוצא בזה - יעודכנו במועד השינוי במערכות המחשוב של המשרד.

9.2 בן משפחה שהיה פטור מתשלום ועקב עדכון הסכומים הפך חייב בתשלום השתתפות, חייב לחתום על התחייבות והוראת קבע תוך 14 יום מקבלת הודעה על כך ממשרד הבריאות.

10. **שהות בבית חולים כללי או בחופשה**

10.1 בתקופה שהמטופל נמצא באשפוז בבית חולים כללי או בחופשה, על המטופל ומשפחתו לשלם בתקופה שהמטופל נמצא באשפוז בבית חולים כללי או בחופשה, על המטופל ומשפחתו לשלם השתתפות עצמית כרגיל, אלא אם עקב הסדרי שמירת מיטה למטופל שילם משרד הבריאות למוסד תעריף חלקי בלבד, שאז תעמוד ההשתתפות העצמית של המטופל ובני משפחתו על סכום חלקי בהתאם, קרי: שיעור ההנחה שקיבל המשרד עבור שמירת המיטה יהיה שיעור ההנחה שתקבל המשפחה על השתתפותה בימי האשפוז / חופשה.

10.2 רכזת הגבייה תערוך מידי חודש, עבור החודש הקודם בדיקת יציאות – דו"ח מאושפזים במוסד ותערוך התחשבנות בהתאם.

11. **גמר חשבון**

דיווח על הפסקת אשפוז:

11.1 רכזת הגבייה תבצע אחת לחודש בדיקת דו"ח יציאות מאשפוז סיעודי– פטירות וסיעוד מורכב וכו' ותערוך התחשבנות בהתאם.

11.2 בוצעה חלוקת קצבה – תדווח רכזת הגביה למוסד לביטוח לאומי על מועד הפסקת האשפוז.

אישור חשבון סופי:

11.3 הגזברות תערוך דו"ח סופי בתום האשפוז ובכלל זה, חוב שהמועד לתשלומו חלף או שלא שולם מכל סיבה שהיא.

11.4 קצבת ביטוח לאומי בחודש העזיבה תחושב בהתאם לכללי הביטוח הלאומי:

11.4.1 למטופל ששהה באשפוז סיעודי פחות מ-90 יום לא יינתן החזר, ובמועד החיוב של המוסד לביטוח לאומי תגבה ההשתתפות מהמשפחה.

11.4.2 מטופל ששהה באשפוז סיעודי יותר מ-90 יום ובוצעה חלוקת קצבה:

11.4.2.1 יצא המטופל מאשפוז עד ה-15 לחודש – דמי הביטוח הלאומי ישולמו למקבל הקצבה ומשרד הבריאות יגבה את התשלום מהמתחייב.

11.4.2.2 יצא המטופל מאשפוז לאחר ה-15 לחודש – הקצבה תועבר למשרד הבריאות ובמידת הצורך יוחזר ההפרש למשפחה.

12 ועדות ערר

12.1 כל אחד מבני המשפחה רשאי להגיש ערר על גובה ההשתתפות שנקבעה לו.

12.2 ועדת ערר אינה מקבלת קהל אלא מחליטה על סמך מסמכים בלבד.

12.3 ניתן לשוב ולפנות לוועדת ערר בערר חוזר, או בערר חדש.

12.4 הגשת ערר:

12.4.1 ערר יוגש בפניה בכתב לעובדת הסוציאלית האחראית על אזור מגוריו של המטופל בלשכת הבריאות המחוזית. יכול שהפניה תיערך בכתב על ידי העובדת הסוציאלית על יסוד פגישה עם הפונה.

12.4.2 התגורר העורר באזור אחר, הוא רשאי לפנות אל העובדת הסוציאלית בלשכת הבריאות באזור מגוריו, אולם החומר שיגיש והמלצת העובדת הסוציאלית, יועברו להמשך טיפול עובד/ת סוציאלי/ת בלשכת הבריאות באזור מגוריו של המטופל.

12.4.3 הבקשה, בצירוף המלצת עובדת סוציאלית בלשכת הבריאות, תועבר אל ועדת הערר המתאימה (מחוזית או ארצית), לפי נושאי הערר.

12.4.4 אם נושא הערר הוא משפטי כמוגדר בסעיף 12.8, יועבר הערר ע"י העובדת הסוציאלית לבדיקה משפטית כמפורט באותו סעיף, לפני העברה לוועדת ערר.

12.5 **מסמכים**

12.5.1 בפניה לוועדת ערר יש לצרף כל מסמך רלוונטי שיש בו לתמוך בערר.

12.5.2 אם העורר הינו המתחייב - יש לצרף אישורים על הכנסות בן/בת הזוג של העורר ותדפיסי עובר ושב מחשבונות הבנק של שני בני הזוג במהלך 3 החודשים האחרונים.

12.6 **עבודת ועדת הערר**

12.6.1 חבר בוועדת ערר אשר יש לו נגיעה אישית למקרה הנדון בוועדה – לא ישתתף בדיון באותו ערר.

12.6.2 החלטות הועדה יתקבלו ברוב קולות.

12.6.3 החלטת הועדה תירשם בפרוטוקול אשר ייחתם ע"י יו"ר הועדה.

12.6.4 עותקים, מהפרוטוקול בחתימת כל חברי הועדה, יצורפו לתיק המטופל ולגזברות הלשכה.

12.6.5 החלטה מנומקת של ועדת הערר תישלח לפונה על ידי עובדת סוציאלית בלשכת הבריאות.

12.7 **ועדת ערר מחוזית**

12.7.1 בכל לשכה מחוזית תהיה וועדת ערר אשר תתכנס לפחות פעם בחודש.

12.7.2 ועדת ערר מחוזית מוסמכת לדון בעררים ששייכים למחוז, למעט במקרים המפורטים בסעיף 12.8.1.

12.7.3 הנחה ע"פ החלטת וועדת ערר מחוזית תהיה באחוזים מגובה ההשתתפות שנקבעה לעורר.

12.7.4 ועדת ערר מחוזית תשב בלשכת הבריאות המחוזית והרכבה כדלקמן:
עובד/ת סוציאלי/ת - יושבת ראש;
ממונה מנהל מחוזי או מי מטעמו;
גזבר הלשכה.

12.7.5 **יעוץ משפטי**

יועץ משפטי של לשכת הבריאות המחוזית ייתן ייעוץ משפטי לוועדה, ויהיה רשאי להשתתף בדיוניה לפי הצורך. בסוגיות משפטיות, חוות דעתו המנומקת של היועץ המשפטי תחייב את הועדה.

12.7.6 **דיווח**

עותק מפרוטוקול ועדת ערר מחוזית יועבר ליושב ראש ועדת ערר הארצית.

12.8 **ועדת ערר ארצית**

12.8.1 **ועדת ערר ארצית מוסמכת לדון במקרים הבאים:**

12.8.1.1 עררים שלאור מורכבותם ועדת ערר מחוזית מבקשת להעביר את הדיון בהם להחלטה של וועדת ערר ארצית.

12.8.1.2 בקשות לערער על קביעת החלטת ועדת ערר מחוזית.

12.8.1.3 עררים שבהם יש לחבר ועדת ערר מחוזית עניין אישי.

12.8.1.4 עררים של עובדי לשכות הבריאות ובני משפחתם.

12.8.1.5 בקשות למתן הנחה בדיעבד-בתיקים פעילים בלבד.

12.8.1.6 בקשות להקצאת קוד רטרואקטיבי.

12.8.1.7 בקשות הקשורות לנכסיו הכספיים (חסכונות) של מטופל.

12.8.2 **הרכב**

ועדת ערר ארצית ממונה על ידי המנהל הכללי במשרד הבריאות והרכבה כדלקמן:

עובד/ת סוציאלית אחראי/ת ארצית בגריאטריה – יהיו יושב/ת ראש;

נציג חשב המשרד;

נציג האגף לתכנון תקצוב ותמחור;

ממונה תאום, ארגון ובקרה באגף לגריאטריה.

12.8.3 **יעוץ משפטי**

נציג היועץ המשפטי של משרד הבריאות ייתן יעוץ משפטי לוועדה ויהיה רשאי להשתתף בדיוניה לפי הצורך. בסוגיות משפטיות חוות דעתו המנומקת של היועץ המשפטי תחייב את הועדה.

12.8.4 **דיווח**

עותק מפרוטוקול ועדת ערר ארצית יועבר לעובד/ת סוציאלית בלשכת הבריאות שהעבירה את הערר לוועדה, לשם הודעה למערער ולרכזת האשפוז שתעדכן את גזברות הלשכה על ההחלטה.

12.9 **עררים בסמכות משולבת**

במקרים של עררים בנושאים שחלקם בסמכות ועדת ערר מחוזית וחלקם בסמכות וועדת ערר ארצית, יועבר הערר לוועדת ערר ארצית, והיא תדון בכל הנושאים.

נספחים:

נספח	שם הנספח
א	טופס פנייה לאשפוז סיעודי
ב	שאלון הצהרה מטופל ובן/בת זוג המטופל
ג	שאלון הצהרה בן/בת מטופל בגירים
ד	רשימת מסמכים לקביעת גובה השתתפות
ה	כתב התחייבות עצמית
ה1	כתב התחייבות עבור צד שלישי
ו	דוגמא לכתב הרשאה לחיוב חשבון/הוראת קבע – יש להחתים בבנק רק על הנוסח שיתקבל מהלשכה

נספח א' – טופס פנייה לאשפוז סיעודי:

משרד הבריאות

בקשה לסידור מוסדי במוסד סיעודי

פרטי המטופל

שם פרטי: | שם משפחה:

ת"ז: | תאריך לידה: יום | חודש | שנה

כתובת מגורים:

עיר: | רחוב:

מספר בית: | מספר דירה: | מיקוד: | ת"ד:

ישוב ת"ד: | מיקוד ת"ד:

היכן המטופל שוהה (יש לסמן ב-V את האפשרות הלוונטית)

☐ בבית עם בן/בת זוג או בן משפחה ☐ בבית עם מטפל/ת צמוד/ה ☐ בבית לבד

☐ במוסד ☐ בבית חולים

*** אם נמצא במוסד, יש למלא את שם המוסד ואת תאריך הכניסה למוסד:**

שם מוסד: | תאריך כניסה למוסד: יום | חודש | שנה

*** אם מאושפז בבית חולים, יש למלא את שם בית החולים ואת תאריך תחילת האשפוז:**

שם בית החולים: | תאריך תחילת האשפוז: יום | חודש | שנה

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655969

בקשה לסידור מוסדי במוסד סיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי: | שם משפחה: | תעודת זהות:

פרטי הפונה (איש הקשר)

שם פרטי: | **שם משפחה:**

הקרבה למועמד: *קרבה משפחתית- בן, בן זוג, אפוטרופוס, שכן וכו'*

פרטי התקשרות:

מספר טלפון: | מספר נייד: | מספר פקס:

כתובת דוא"ל:

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים במייל: ☐ כן ☐ לא

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים ב-SMS: ☐ כן ☐ לא

כתובת למשלוח דואר:

עיר: | רחוב:

מספר בית: | מספר דירה: | מיקוד: | ת"ד:

ישוב ת"ד: | מיקוד ת"ד:

בחתימה זו אני מאשר שכל הפרטים בטופס זה נכונים ומדויקים

שם פרטי ושם משפחה | חתימה

פתיחת "בקשה לאשפוז" ותחילת טיפול בה מחייבת המצאת כל המסמכים הבאים:

1. טופס זה מלא וחתום
2. צילום ת"ז של המועמד לאשפוז, כולל ספח של הכתובת
3. טופס מידע רפואי/סיעודי כרוני מהחודש האחרון
4. דו"ח סוציאלי עדכני
5. מכתב סיכום רפואי מהמסגרת ממנה מופנה המועמד (אם מופנה)

נספח ב' – שאלון הצהרה מטופל ובן/בת זוג המטופל:

שאלון למטופל

הצהרת המטופל ובן/בת הזוג

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל

שם פרטי: _____ **שם משפחה:** _____

ת"ז: _____ **תאריך לידה:** יום _____ חודש _____ שנה _____

מצב משפחתי (יש לסמן ב-V את האפשרות הלוונטית):

☐ נשוי ☐ אלמן ☐ גרוש ☐ רווק ☐ פרוד ☐ ידוע בציבור

המטופל שוהה עתה (יש לסמן ב-V את האפשרות הלוונטית):

☐ בבית ☐ בבית חולים ☐ בבית אבות ☐ אחר | פרט: _____

פרטי הדירה בה מתגורר או התגורר המטופל (יש לסמן ב-V את האפשרות הלוונטית):

* לכל אחד מהמקרים הנ"ל, יש לצרף אישור מעמד הדירה

☐ דירה בבעלות ☐ דירה בשכירות ☐ דירת קרובים ☐ מושב שיתופי/קיבוץ

☐ דירה בשכירות מוגנת (דמי מפתח) ☐ אחר | פרט: _____

כתובת הדירה:

עיר: _____ רחוב: _____

מספר בית: _____ מספר דירה: _____ מיקוד: _____

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655969

שאלון למטופל

הצהרת המטופל ובן/בת הזוג

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי: **שם משפחה:**

ת"ז: **תאריך לידה:** יום חודש שנה

פרטי התקשרות:

מספר טלפון:	מספר נייד:	מספר פקס:

כתובת דוא"ל:

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים במייל: ☐ כן ☐ לא

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים ב-SMS: ☐ כן ☐ לא

כתובת למשלוח דואר:

עיר:	רחוב:

מספר בית:	מספר דירה:	מיקוד:	ת"ד:

ישוב ת"ד:	מיקוד ת"ד:

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655969

שאלון למטופל

הצהרת המטופל ובן/בת הזוג

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

מספר ילדים של המטופל עד גיל 21: ____ * יש לצרף צילום ספח תעודת זהות עם פרטי הילדים

מקורות הכנסה של המטופל ובן/בת הזוג (יש להקיף את האפשרות הרלוונטית):

* חובה למלא את כל הסעיפים

מקור הכנסה	המטופל	הכנסה ברוטו לחודש מטופל	בן/בת זוג	הכנסה ברוטו לחודש בן/בת זוג	הערות
עבודה שכירה יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים	כן | לא		כן | לא		
עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה	כן | לא		כן | לא		
קצבת ביטוח לאומי (למעט קצבת ילדים) יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי	כן | לא		כן | לא		
פנסיה מכל מקור שהוא בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה	כן | לא		כן | לא		
הכנסה ממזונות יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן | לא		כן | לא		
תגמולים ממשרד הביטחון יש לצרף אישורי הכנסה	כן | לא		כן | לא		
תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים יש לצרף אישורי הכנסה	כן | לא		כן | לא		
הכנסות חודשיות משכירות דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות	כן | לא		כן | לא		
ריבית מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן | לא		כן | לא		
הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן | לא		כן | לא		

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: 5400* פקס: 02-5655969

שאלון למטופל

הצהרת המטופל ובן/בת הזוג

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

פרטים על רכוש והון המטופל ו/או בן בת הזוג

	סמן בעיגול
פרטי הון (ניירות ערך, אגרות חוב, תכניות חסכון, קופות גמל ופיקדונות שקלים ומט"ח וכיו"ב)	כן | לא
פרטי רכוש (נכסי מקרקעין או רכוש אחר מעבר לדירת המגורים)	כן | לא

בנוסף יש לצרף:

- צילום תעודות זהות של שני בני הזוג, כולל ספח
- תדפיס חשבונות עובר ושב של שלושת החודשים האחרונים, מכל חשבונות הבנק של המטופל ובן/בת הזוג.
- תדפיס ריכוז חסכונות מעודכן מסניפי הבנקים בהם מתנהלים החשבונות
- אם סומן הערך **'לא'** תחת **"פרטי הון"** בטבלה לעיל, יש להמציא אישור מהבנקים על כך שלא קיימים חסכונות ופקדונות
- אישור זכויות (נסח טאבו, אישור רשות המקרקעין וכיו"ב)
- דירה בבעלות, שלא מתגוררים בה בן/בת זוג או תלויים - יש לצרף שתי הערכות שווי שכ"ד של מתווך או שמאי מקרקעין מורשה.

יש לצרף מסמכים על הוצאות בן/בת הזוג של המטופל שנשאר בבית:

1. ארנונה שנתית
2. תשלומי משכנתא
3. שכר דירה
4. דמי חכירה
5. תשלום ביטוח רפואי משלים של בן/בת הזוג
6. תשלומי מזונות
7. שכר טרחה של אפוטרופוס

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: 5400* פקס: 02-5655969

קול הבריאות *5400

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

שאלון למטופל

הצהרת המטופל ובן/בת הזוג

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

ת צ ה י ר

אני החתום מטה _____ נושא/ת תעודת זהות _____

לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה, כי כל האמור בשאלון הצהרה זה, ובהתאם לידיעתי האישית הוא אמת וידוע לי כי סך ההשתתפות בעלות האשפוז יקבע על פי שאלון זה.

_____ _____

תאריך **חתימה**

א י ש ו ר

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____

הופיע/ה בפני מר / גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות _____ ולאחר שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ _____

חותמת **עורך הדין**

על התצהיר יחתום החולה או בן/בת זוגו או אפוטרופוס או בן/בת בגיר/בגירה לאחר שחקרו ולמדו היטב את הכנסות ורכוש ההורים.

ניתן לחתום על תצהיר בפני עו"ד או בפני מזכיר ביהמ"ש או אחד מהמנויים בסעיף 15 לפקודת הראיות (נוסח חדש) תשל"א 1971.

חתימה על תצהיר תתבצע עם הצגת תעודת זהות בלבד.

משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: 5400* פקס: 02-5655969

קול הבריאות *5400

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

נספח ג' – שאלון הצהרה בן/בת מטופל בגירים:

שאלון ילדי המטופל

הצהרת בן/בת המטופל

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

למילוי ע"י כל ילדי המטופל שהינם מעל גיל 21

פרטי המטופל

שם פרטי: _____ **שם משפחה:** _____

ת"ז: _____

פרטי בן/בת המטופל

שם פרטי: _____ **שם משפחה:** _____

ת"ז: _____ **תאריך לידה:** יום _____ חודש _____ שנה _____

מצב משפחתי (יש לסמן ב-V את האפשרות הלוונטית):

☐ נשוי ☐ אלמן ☐ גרוש ☐ רווק ☐ פרוד ☐ ידוע בציבור

מקום העבודה:

שם מקום העבודה: _____ כתובת: _____

תפקיד: _____ מספר טלפון: _____

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: 5400* פקס: 02-5655969

שאלון ילדי המטופל

הצהרת בן/בת המטופל

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

פרטי התקשרות בן/בת המטופל

פרטי התקשרות:

מספר טלפון:	מספר נייד:	מספר פקס:

כתובת דוא"ל:

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים במייל: ☐ כן ☐ לא

האם מאשר/ת קבלת תזכורות/סטטוסים ב-SMS: ☐ כן ☐ לא

כתובת למשלוח דואר:

עיר:	רחוב:

מספר בית:	מספר דירה:	מיקוד:	ת"ד:

ישוב ת"ד:	מיקוד ת"ד:

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי: _____ **שם משפחה:** _____

ת"ז: _____ **תאריך לידה:** יום _____ חודש _____ שנה _____

האם קיימת לבן/בת הזוג הכנסה מכל מקור שהוא כולל קצבאות ביטוח לאומי (למעט קצבת ילדים) ☐ כן ☐ לא

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655969

שאלון ילדי המטופל

הצהרת בן/בת המטופל

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

פרטי ילדי המצהיר

חובה לצרף ספח תעודת זהות עם פרוט שמות הילדים:

פרטי הילדים שטרם מלאו להם 21 שנה:

שם הילד	תאריך לידה	מס' ת.ז.

פרטי הילדים מגיל 21 עד גיל 26:

שם הילד	תאריך לידה	מס' ת.ז.



שאלון ילדי המטופל

הצהרת בן/בת המטופל

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי

פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

פרטים על הכנסות של בן/בת המטופל (יש להקיף את האפשרות הרלוונטית):

מקור הכנסה	הכנסות בן/בת המטופל	הכנסה ברוטו לחודש	הערות
עבודה שכירה יש לצרף 3 תלושי שכר אחרונים	כן | לא		
עצמאי יש לצרף שומת מס סופית ואחרונה	כן | לא		
קצבת ביטוח לאומי (למעט קצבת ילדים) יש לצרף אישור גובה הקצבה מביטוח לאומי	כן | לא		
פנסיה מכל מקור שהוא בארץ ובחו"ל יש לצרף אישורי הכנסה	כן | לא		
הכנסה ממזונות יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן | לא		
תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים יש לצרף אישורי הכנסה	כן | לא		
הכנסות חודשיות משכירות דירה, נכס, עסק וכדומה יש לצרף חוזה שכירות	כן | לא		
ריבית מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן | לא		
הכנסה נוספת מכל מקור שהוא יש לצרף אישורים רלוונטיים	כן | לא		

אם קיימות הוצאות בגין משכנתא ו/או שכר דירה, יש להמציא את האישורים הבאים:

- תשלומי משכנתא (אישור מבנק למשכנתאות על גובה ההלוואה, גובה ההחזר החודשי ומועד גמר המשכנתא)
- תשלום שכר דירה (חוזה שכירות עדכני)

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות *5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: 5400* פקס: 02-5655969



שאלון ילדי המטופל

הצהרת בן/בת המטופל

קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסיעודי



פרטי המטופל:

שם פרטי:	שם משפחה:	תעודת זהות:

תצהיר בן / בת המטופל

אני החתום מטה _____ נושא/ת תעודת זהות _____

לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה, כי כל האמור בשאלון הצהרה זה, ובהתאם לידיעתי האישית הוא אמת וידוע לי כי סך ההשתתפות בעלות האשפוז יקבע על פי שאלון זה.

_____ _____

תאריך **חתימה**

אישור

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____

הופיע/ה בפני מר / גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות _____ ולאחר שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

_____ _____

חותמת **עורך הדין**

ניתן לחתום על תצהיר בפני עו"ד או בפני מזכיר ביהמ"ש או אחד מהמנויים בסעיף 15 לפקודת הראיות (נוסח חדש) תשל"א 1971.

חתימה על תצהיר תתבצע עם הצגת <u>תעודת זהות בלבד</u>.

Ministry of health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655969

קול הבריאות
*5400

משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655969

נספח ד' - טפסים:
רשימת מסמכים הנדרשים ממטופל ובן/בת הזוג:

- שאלון הצהרה מלא וחתום ומאושר על ידי עורך דין מוסמך. שאלון זה ימולא על ידי המטופל/אפוטרופוס/בא כוחו/ בן/בת זוגו או אחד מבניו/בנותיו הבגירים
- צילום ת.ז. כולל ספח
- אישור מבטוח לאומי של שני בני הזוג על קצבאות וגמלאות
- 3 תלושי שכר אחרונים לשכיר
- אישור עדכני על פנסיה, גמלאות, רנטות, מזונות וכו'.
- עצמאי שומת מס אחרונה ממס הכנסה בלבד. אדם העובד כשכיר בחברה של עצמו והינו בעל מניות בחברה יציג שומת מס בנוסף לתלושי השכר.
- דפי עובר ושב ב-3 החודשים האחרונים, של המטופל ובן/בת זוגו, מכל חשבונות הבנק שבבעלותם.
- ריכוז פיקדונות מעודכן בו מפורטים כל הנכסים הכספים. היה ואין פיקדונות - אישור על העדר פיקדונות.
- אישור זכויות לגבי כל נכס מקרקעין שבעלות המטופל בן/בת זוג, (מהטאבו, רשות מקרקעי ישראל, מינהל אזרחי יהודה ושומרון או חברה משכנת).
- דירה בבעלות שלא מתגוררים בה תלויים, יש לצרף חוזה השכרה או 2 הערכות מתווך/שמאי לכל נכס בבעלות המטופל ו/או בן/בת הזוג.
- מסמכים המעידים על הוצאות בגינן ניתן לקבל זיכוי, כגון: מיסי עירייה, תשלום משכנתא/שכר דירה, תשלום ביטוח בריאות לבן/בת הזוג.
- המשרד רשאי לדרוש מסמכים נוספים בהתאם לשיקול דעת הצוות המקצועי.

רשימת מסמכים הנדרשים מהמתחייב:

- שאלון הצהרה מלא וחתום ומאושר על ידי עו"ד.
- צילום ת.ז. (כולל ספח).
- שכיר - 3 תלושי שכר אחרונים.
- עצמאי - שומת מס אחרונה ממס הכנסה בלבד. אדם העובד כשכיר בחברה של עצמו והינו בעל מניות יציג בנוסף תלושי שכר.
- אישורים על כל הכנסה נוספת כגון: בטוח לאומי, גמלאות, הכנסה מרכוש, ממזונות, וכדומה.

מסמכים המעידים על הוצאות בגינן ניתן לקבל זיכוי: אישור מבנק למשכנתאות על גובה החזר משכנתא ומועד סיומה , חוזה עדכני לשכירות דירה.

נספח ה'

כתב התחייבות עצמית

הואיל ומשרד הבריאות קבע כי לפי נהליו ניתן לאשפז את מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____ (להלן: "**המטופל/ת**") במוסד סיעודי.

והואיל ואשפוז במוסד סיעודי, באמצעות משרד הבריאות מותנה בתשלום השתתפות של המטופל/ת ובני משפחתו, והכל בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' _____ לעדכן מספר ותאריך בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" (להלן: "הנוהל").

לפיכך, אני הח"מ, מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____, להבטחת תשלום השתתפותי בגין אשפוז המטופל/ת, מתחייב/ת כדלהלן:

1. לשלם למשרד הבריאות החל מהיום בו יישא המשרד בעלות האשפוז הסיעודי, סך _____ש"ח לחודש (להלן "החיוב החודשי"), כהשתתפות בעלות האשפוז. התשלום יועבר עד ה-24 לכל חודש בעבור החודש הקודם.
2. ידוע לי כי החיוב החודשי הנקוב בסעיף 1 לעיל עשוי להשתנות מעת לעת, בשל שינוי בגובה ההשתתפות, לרבות:
   א. שינוי במצבי הכלכלי או המשפחתי, עדכון סכום או סוג קצבת ביטוח לאומי או ביצוע חלוקת קצבה על ידי המוסד לביטוח לאומי.
   ב. עדכון ערך נקודת זיכוי.
   ג. שינוי התעריף במוסד הסיעודי בו מאושפז/ת המטופל/ת (למשפחות שמשלמות את מלוא עלות האשפוז).
3. בכל מקרה כאמור בסעיף 2 לעיל, לא תהא לי כל טענה/דרישה/תביעה נגד משרד הבריאות הנוגעת לשינויים בגובה השתתפותי והתחייבותי זו מהווה אישור לגביית סכום ההשתתפות העדכני.
4. ידוע לי כי בתקופה שהמטופל יצא לאשפוז זמני בבית חולים כללי או נמצא בחופשה, אהיה חייב להמשיך לשלם את החיוב החודשי כרגיל, ואם אהיה זכאי להחזרים כספיים אקבלם בהתאם להוראות הקבועות בנוהל.
5. ידוע לי כי במקרה שיחול שינוי בפרט מהפרטים שמסרתי לצורך קביעת השתתפותי במימון האשפוז, עלי להודיע על כך מיד למשרד הבריאות, ומשרד הבריאות יהיה רשאי לחייבני בהשתתפות עדכנית, על פי הנוהל, לרבות הפרשי ריבית והצמדה[8] ככל שיחולו.

[8] כמשמעם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961

6. ידוע לי כי גובה השתתפותי נקבע על סמך הצהרתי. אם יתברר כי פרט מהפרטים שמסרתי אינו נכון והיה בכך להשפיע על גובה החיוב, יהיה משרד הבריאות רשאי לחייבני בתשלום ההפרש עד עלות האשפוז המלאה, מהיום בו נשא בעלות האשפוז הסיעודי, בצירוף הפרשי ריבית והצמדה.
7. משרד הבריאות יהיה רשאי לערוך, לפי שיקול דעתו, בדיקה מקיפה של הכנסותיי ונכסיי, חשבונות הבנק המתנהלים על שמי ולבדוק ולאמת כל מידע עליו הצהרתי במסגרת הבקשה לסיוע במימון האשפוז הסיעודי.
8. ידוע לי כי אם לא אשלם את החיוב החודשי במועד, משרד הבריאות יהא זכאי לגבות את החוב בתוספת הפרשי הצמדה וריבית, בשיעור החל מעת לעת לפי תקנות פסיקת ריבית והצמדה (קביעת שיעור הריבית ודרך חישובה), התשס"ג -2003.
9. אני מתחייב/ת להודיע למשרד הבריאות על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות אתי וידוע לי שאם לא אעשה כן כתובתי במרשם האוכלוסין תהיה הכתובת למשלוח הודעות לעניין התחייבותי זו.
10. התחייבות זו תחל מהיום בו יישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, ותעמוד בתוקפה כל עוד מממן המשרד את אשפוזו של המטופל וכל עוד לא שולמו כל הכספים המגיעים למשרד הבריאות מכוח התחייבותי זו.

קראתי והבנתי את כתב ההתחייבות ואני מקבל עלי את כל האמור בו ולראיה באתי על החתום:

שם פרטי _____שם משפחה_____ מספר תעודת זהות _____

כתובת למשלוח דואר:_____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

שם הבנק _____מספר סניף_____מספר חשבון הבנק _____

_____ _____
היום (תאריך) חתימה

אישור חתימה (ע"י עורך דין או פקיד משרד הבריאות):

הנני מאשר שמר/גב'_____ שהזדהה/תה בפני באמצעות תעודת זהות מספר _____, לאחר שקרא/ה והבין/ה את כתב ההתחייבות חתם/ה עליה בפני

_____ _____ _____ _____ _____
תאריך תפקיד שם פרטי משפחה חתימה

נספח ה'1

כתב התחייבות עבור צד שלישי

הואיל ומשרד הבריאות קבע כי לפי נהליו ניתן לאשפז את מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____ (להלן: "המטופל/ת") במוסד סיעודי.

והואיל ואשפוז במוסד סיעודי, באמצעות משרד הבריאות מותנה בתשלום השתתפות של המטופל/ת ובני משפחתו, והכל בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' _____ לעדכן מספר ותאריך בעניין "סיוע במימון האשפוז הסיעודי" " (להלן: "הנוהל").

להבטחת תשלום ההשתתפות בגין אשפוז המטופל/ת, אני הח"מ, מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____, מתחייב/ת לשלם את ההשתתפות העצמית שנקבעה למטופל/לבן/לבת מר/גב' _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____ (להלן: המשתתף) כדלהלן:

1. לשלם למשרד הבריאות החל מהיום בו יישא המשרד בעלות האשפוז הסיעודי, סך _____ש"ח לחודש (להלן "החיוב החודשי"), כהשתתפות בעלות האשפוז. התשלום יועבר עד ה-24 לכל חודש בעבור החודש הקודם
2. ידוע לי כי החיוב החודשי הנקוב בסעיף 1 לעיל עשוי להשתנות מעת לעת, בשל שינוי בגובה ההשתתפות, לרבות:
   א. שינוי במצבו הכלכלי או המשפחתי של המשתתף, לרבות עדכון סכום או סוג קצבת ביטוח לאומי או ביצוע חלוקת קצבה על ידי המוסד לביטוח לאומי.
   ב. עדכון ערך נקודת זיכוי.
   ג. שינוי התעריף במוסד הסיעודי בו מאושפז/ת המטופל/ת (למשפחות שמשלמות את מלוא עלות האשפוז).
3. בכל מקרה כאמור בסעיף 2 לעיל, לא תהא לי כל טענה/דרישה/תביעה נגד משרד הבריאות הנוגעת לשינויים בגובה התשלום מכח התחייבותי זו והיא מהווה אישור לגביית סכום ההשתתפות העדכני.
4. ידוע לי כי בתקופה שהמטופל יצא לאשפוז זמני בבית חולים כללי או נמצא בחופשה, אהיה חייב להמשיך לשלם את החיוב החודשי כרגיל ואם אהיה זכאי להחזרים כספיים אקבלם בהתאם להוראות הקבועות בנוהל.
5. ידוע לי כי גובה השתתפותי נקבע על סמך הצהרה שנמסרה למשרד הבריאות. אם יתברר כי פרט מהפרטים שנמסר אינו נכון והיה בכך להשפיע על גובה החיוב, יהיה משרד הבריאות רשאי לחייבני. בתשלום ההפרש עד עלות האשפוז המלאה, מהיום בו נשא בעלות האשפוז

הסיעודי, בצירוף הפרשי ריבית והצמדה. אני מתחייב שאם יוודע לי כי פרט מהפרטים שנמסרו לצורך קביעת ההשתתפות אינו נכון או שחל שינוי, אודיע על כך מיד למשרד הבריאות.

6. משרד הבריאות יהיה רשאי לערוך, לפי שיקול דעתו, בדיקה מקיפה של הכנסות המשתתף ונכסיו ופרטי חשבונות בנק המתנהלים על שמו ולבדוק ולאמת כל מידע שנמסר במסגרת הבקשה לסיוע במימון האשפוז הסיעודי.
7. ידוע לי כי אם לא אשלם את החיוב החודשי במועד יהא משרד הבריאות זכאי לגבות את החוב בתוספת הפרשי הצמדה וריבית, בשיעור החל מעת לעת לפי תקנות פסיקת ריבית והצמדה (קביעת שיעור הריבית ודרך חישובה), התשס"ג -2003.
8. אני מתחייב/ת להודיע למשרד הבריאות על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות אתי, וידוע לי שאם לא אעשה כן כתובתי במרשם האוכלוסין[9] תהיה הכתובת למשלוח הודעות לעניין התחייבותי זו.
9. התחייבות זו תחל מהיום בו ישא משרד הבריאות בעלות האשפוז הסיעודי, ותעמוד בתוקפה כל עוד משרד הבריאות מממן את אשפוזו של המטופל וכל עוד לא שולמו כל הכספים המגיעים למשרד הבריאות מכוח התחייבותי זו.

קראתי והבנתי את כתב ההתחייבות ואני מקבל עלי את כל האמור בו ולראיה באתי על החתום:

שם פרטי _____שם משפחה_____ מספר תעודת זהות _____

כתובת למשלוח דואר :_____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

שם הבנק _____מספר סניף_____מספר חשבון הבנק _____

_____ _____

היום (תאריך) חתימה

אישור חתימה (ע"י עורך דין או פקיד משרד הבריאות):

הנני מאשר שמר/גב'_____ שהזדהה/תה בפני באמצעות תעודת זהות מספר _____, לאחר שקרא/ה והבין/ה את כתב ההתחייבות חתם/ה עליה בפני

_____ _____ _____ _____ _____

תאריך תפקיד שם פרטי משפחה חתימה

[9] לגבי עמותות יש לשנות "ברשם העמותות"

נספח ו': דוגמא לכתב הרשאה לחיוב חשבון/הוראת קבע –יש להחתים בבנק רק על הנוסח שיתקבל מהלשכה

<u>הרשאה לחיוב חשבון – דמי השתתפות בעלות האשפוז</u>

מספר חשבון בנק	קוד בנק	סניף	בנק	קוד מסלקה

קוד מאושפז: 123456	ת.ז. מאושפז	**012345678**
קוד משלם: 123456		
לשכת בריאות: **ירושלים**		קוד מוסד: **123456**

לכבוד

1. אנ/ ו החי"מ

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק

מס' זהות/ ח.פ.

כתובת נותן/ים לכם בזאת הוראה לחייב את חשבונ/נו בסניפכם, בגין דמי השתתפות בעלות האשפוז של מר/גב' בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות ע"י משרד הבריאות כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע ל/נו כי:

א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממנ/מאתנו בכתב לבנק ולמשרד הבריאות שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשא/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב אם אוכיח/נוכיח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. ידוע ל/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע ל/לנו, כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

6. הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר למשרד הבריאות בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממנ/מאתנו.

<u>פרטי ההרשאה</u>

סכום החיוב ומועדו, יקבעו מעת לעת ע"י משרד הבריאות בהתאם להסדר התשלומים שייקבע.

_____

חתימת בעל/י החשבון



מספר חשבון בנק	קוד בנק	סניף	בנק	קוד מסלקה

קוד מאושפז: 123456	ת.ז. מאושפז	**012345678**
קוד משלם: 123456		
לשכת בריאות:		קוד מוסד: **123456**

אישור הבנק

לכבוד

גזברות _____

משרד הבריאות

קבלנו הוראות לקבל **עבור ישראל ישראלי** בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה.

רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל החשבון מן ההסדר.

אשור זה לא יפגע בהתחייבויותיהם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך _____ **בכבוד רב**

בנק_____ סניף_____ חתימה וחותמת הסניף_____

DRAFT