



מדינת ישראל

נציבות שירות המדינה

האגף הבכיר לפרישה, גימלאות ורווחה

ירושלים, כ"ה באדר א' התשס"ג
27 בפברואר 2003

חוזר מס' 2/2003

אל: סגני המנהלים הכלליים למינהל ולמשאבי אנוש במשרדי הממשלה וביחידות הסמך
מנהלי משאבי אנוש במשרדי הממשלה וביחידות הסמך

שלום רב,

הנדון: הגדלת שירות מחמת מצב בריאותו/ה של העובד/ת ו/או של בן/בת זוגו/ה
החלטת הממשלה 2364 מיום 30.7.2002

בהתאם להחלטת הממשלה שבנדון, ובהתאם לאמור בהוראת התקשי"ר 85.144(ד), החל מיום 1.4.2003 יחליט נציב שירות המדינה באשר להגדלת תקופת שירותו של עובד/ת בגין מצב בריאותו/ה שלו/ה ו/או של בן/בת זוגו/ה (להלן: "המבקש"), אם מתקיימים, **במצטבר**, שלושת התנאים כמפורט בסעיפים 1, 2 ו-3 להלן:

1. בעת פרישת העובד/ת (להלן: "העובד"), המבקש סובל ממצב בריאות לקוי (להלן: "הליקוי"), ליקוי שהתגלה לראשונה (או נתגלה לראשונה החמרה משמעותית במצב בריאות קיים) במשך השנה שקדמה למועד פרישתו של העובד לגימלאות, אך לא פחות מ-6 חודשים ממועד הפרישה (להלן: "תקופת הליקוי").

2. בקשה להגדלה שירותו של עובד בגין ליקוי תידון באם בתקופת הליקוי - בהשוואה לשנה שקדמה לגילוי הליקוי - עומד המבקש לפחות באחד משני התנאים הבאים (מסומנים א' או ב'):

א. בתקופת הליקוי נפגע כושר השתכרותו של המבקש* כך שמתקיים לפחות אחד משלושת התנאים הבאים (מסומנים 1א, 2א או 3א):

1א. בתקופת הליקוי פחת ממוצע שכר עבודתו החודשי (ברוטו) של המבקש (כולל שעות נוספות, כוננות, שכר עידוד וכד') ב - $\frac{1}{3}$ לפחות.

2א. המבקש נעדר מעבודתו, בשל מחלה הקשורה בליקוי, ב - $\frac{1}{3}$ לפחות מתקופת הליקוי.

3א. בתקופת הליקוי הופחת שיעור משרתו של המבקש, בשל הליקוי, ב - $\frac{1}{3}$ משרה לפחות.

* באם המבקש הוא בן/בת הזוג של העובד (להלן: "בן-הזוג"), תידון בקשתו באם בשנה שקדמה לתקופת הליקוי השתכר למחייתו ושכרו החודשי היה לפחות $\frac{1}{3}$ משכר המינימום וכן עמד לפחות באחד משלושת התנאים לעיל.

ב. בשל הליקוי נגרמו למבקש, בתקופת הליקוי, הוצאות חודשיות קבועות, שאינן מכוסות על ידי ביטוח רפואי כלשהו, העולות על 10% משכר המינימום.

3. המבקש אינו מקבל תשלומים כלשהם, ממקור אחר, בגין הליקוי.

4. ועדת הגימלאות בנציבות שירות המדינה, כמפורט בהוראת התקשי"ר 85.141 (להלן: "ועדת הגימלאות"), תמליץ בפני נציב שירות המדינה על הגדלת תקופת שירותו של עובד, בגין פגיעה בכושר ההשתכרות ו/או בגין ההוצאות, הנובעים מהליקוי, אם עומד המבקש, במצטבר, בתנאים 1, 2 ו-3 לעיל, זאת בהתאם לכללים הבאים:

א. אם המבקש הוא עובד, ניתן להמליץ על הגדלת תקופת שירותו, בגין ליקוי העובד, עד לשנתיים, אך לא יותר מ- 4% בשיעור קיצבתו.

ב. אם המבקש הוא בן-הזוג, ניתן להמליץ על הגדלת תקופת שירותו של העובד בגין ליקוי בן-הזוג, עד לשנה וחצי, אך לא יותר מ- 3% בשיעור קיצבתו של העובד.

ג. ניתן להמליץ על הגדלת תקופת שירותו של עובד, הן בגין ליקוי העובד והן בגין ליקוי בן-הזוג, עד לשלוש שנים, אך לא יותר מ- 6% בשיעור קיצבתו של העובד.

ד. אם בשל הליקוי, הופנה עובד על ידי ועדת הגימלאות, ערב פרישתו, לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית, וזו קבעה לעובד שיעור נכות (בהתחשב בשיעור הנכות שנקבע לעובד בעת קליטתו בשירות המדינה), ניתן להמליץ על הגדלת תקופת שירותו כך ששיעור קיצבתו יוגדל עד ל- 1% לכל 10% משיעור הנכות.

ה. ועדת הגימלאות תמליץ על השיעור הגבוה יותר מבין סעיפים א' ו- ד' לעיל.

ו. ועדת הגימלאות תמליץ על השיעור הגבוה יותר מבין סעיפים ג' ו- ד' לעיל.

5. עובד המבקש להגדיל תקופת שירותו בגין ליקוי שלו, יופנה על-ידי ועדת הגימלאות, לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית, זאת אם עמד העובד, במצטבר, בשלושת התנאים כמפורט בסעיפים 1, 2 ו-3 לעיל.

המשרד/יחידת הסמך יעביר לוועדת הגימלאות את המסמכים הבאים:

א) טופס הבקשה להגדלת תקופת שירות, החתומה על ידי העובד, אליה יצורפו נספחים א', ב' ג' ו- ד', המצורפים לחוזר זה.

ב) טופס הפנייה לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית (נספח ט' המצורף לחוזר זה) ובכלל זה התחייבות לתשלום.

עמד העובד בכל התנאים כמפורט לעיל, יופנה על ידי ועדת הגימלאות לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית, שתשיב למשרד/יחידת הסמך ותעביר עותק מהחלטתה לוועדת הגימלאות.

6. עובד המבקש להגדיל שירותו בגין ליקוי בן-הזוג, יופנה בן-הזוג, על ידי ועדת הגימלאות לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית, זאת אם עמד בן-הזוג, במצטבר, בשלושת התנאים כמפורט בסעיפים 1, 2 ו-3 לעיל.

המשרד/יחידת הסמך יעביר לוועדת הגימלאות את המסמכים הבאים :

א. טופס הבקשה להגדלת שירות, החתומה על ידי העובד, אליה יצורפו נספחים ה', ו', ז' ו-ח', המצורפים לחוזר זה.

ב. טופס הפנייה לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית (נספח ט') המצורף לחוזר זה) ובכלל זה התחייבות לתשלום.

עמד בן-הזוג בכל התנאים כמפורט לעיל, יופנה על ידי ועדת הגימלאות לוועדה הרפואית בלשכת הבריאות המחוזית, שתשיב למשרד/יחידת הסמך ותעביר עותק מהחלטתה לוועדת הגימלאות.

ועדת הגימלאות תמליץ על הגדלת תקופת שירות של עובד, בגין ליקוי בן-הזוג, כך ששיעור קיצבתו יוגדל עד ל-1% לכל 10% משיעור הנכות שנקבע לבן-הזוג, אך לא יותר מ-3%.

7. הוועדות הרפואיות, בלשכות הבריאות המחוזיות, תמשכנה לפעול במתכונת הרגילה, אך החל ביום 1.4.2003 תקבענה הוועדות שיעור נכות לצרכי הגדלת שירות, הן לעובד והן לבן-זוג, רק בהסתמך על הפניית משרד/יחידת סמך שתאושר על ידי ועדת הגימלאות (באמצעות נספח ט').

8. בשיחה האישית, כחלק מהליך הכנת העובד לפרישה לגימלאות, כאמור בהוראה 82.562 לתקשי"ר, יתודרך מועמד לפרישה בכל האמור בחוזר זה.

בברכה,



ראובן בוימל
מנהל האגף

העתק :

מר שמואל הולנדר – נציב שירות המדינה

מר יעקב ברגר – המשנה לנציב שירות המדינה

עו"ד רון דול – היועץ המשפטי, נש"מ

מר יוסי כהן – המשנה לממונה על השכר והסכמי עבודה, משרד האוצר

מר ארנון איקן – סגן בכיר לחשב הכללי, משרד האוצר

מר מוטי אהרוני – מנהל אגף בכיר (משרדי ממשלה ויחידות סמך), נש"מ

מר יוסי קינר – מנהל אגף בכיר מערכת הבריאות, נש"מ

מר ציון שבת – מנהל אגף בכיר לכח אדם בהוראה, משרד החינוך

ד"ר אסתר צוקרמן – מנהלת המחלקה הרפואית לעובדי המדינה, משרד הבריאות

מר סטניסלב שברצביין – רכז מאקרו כלכלה, אגף התקציבים, משרד האוצר

חברי הנהלה וממונים – נציבות שירות המדינה

רפרנטים – נציבות שירות המדינה

אישור הרופא המטפל לעובד/ת

נספח א'

אל: נציבות שירות המדינה

הנדון: מר/גב'

שם משפחה

שם פרטי

מס' זהות

הריני לאשר שבשנה האחרונה, (אך לא פחות מ – 6 חודשים ממועד אישורי זה), נתגלו לראשונה בנדון (או נתגלתה לראשונה החמרה משמעותית במצב בריאות קיים), ליקויי הבריאות הבאים*:

א.

ב.

ג.

ד.

ה.

בברכה,

פרטי הרופא המטפל:

תאריך

חתימה

שם משפחה

שם פרטי

מספר הרשיון

* מומלץ לצרף מסמכים רפואיים נוספים

הצהרת עובד/ת על הוצאות רפואיות

נספח ב'

אל : נציבות שירות המדינה

הנדון: הוצאות מיוחדות בשל מצב בריאותי הלקוי

אני מצהיר/ה בזאת שבשל מצב בריאותי, נגרמות לי, משך השנה האחרונה (אך לא פחות מששת החודשים האחרונים), הוצאות מיוחדות וקבועות (שאינן חד פעמיות) שאינן מכוסות על ידי ביטוחי הרפואי או על ידי הסדר אחר כלשהו, זאת במוצע חודשי של _____ ₪.

מצ"ב קבלות על ההוצאות המיוחדות.

_____	_____	_____	_____
מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך

אישור משרד/יחידת סמך על השתכרות עובד/ת

נספח ג'

אל: ועדת הגימלאות, נציבות שירות המדינה

הנדון: העובד/ת _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

הרינו לאשר שבשנה האחרונה (אך לא פחות מ-6 חודשים ממועד אישורנו זה), בהשוואה לשנה הקודמת, מתקיים באשר לעובד/ת (יש לסמן בהתאם) כדלהלן:

☐ העובד/ת נעדר/ה לחלוטית מעבודתו/ה

☐ בתקופה האמורה, שכר עבודתו/ה החודשי (ברוטו) של העובד/ת (כולל שעות נוספות, כוננות, שכר עידוד וכד') פחת, בממוצע חודשי, ב – $\frac{1}{3}$ לפחות.

☐ העובד/ת נעדר/ה מעבודתו/ה, בשל מחלה הקשורה במצבו הבריאותי, בממוצע חודשי, ב – $\frac{1}{3}$ לפחות מהתקופה האמורה.

☐ בתקופה האמורה שיעור משרתו/ה של העובד/ת, הופחת בשל מצבו הבריאותי ב – $\frac{1}{3}$ משרה לפחות.

פרטי מנהל/ת משאבי האנוש במשרד/ביחידת הסמך, המאשר/ת את הנתונים הנ"ל:

_____	_____	_____
תפקיד	שם פרטי	שם משפחה
_____	_____	
חתימה	תאריך	

הצהרת העובד/ת

אני מצהיר/ה בזאת שבגין הליקוי הבריאותי (או הוצאתי המיוחדות הקשורות בו), בעטיו אני מבקש/ת שתוגדל תקופת שירותי (יוגדל שיעור קיצבתי), איני מקבל/ת תשלומים כלשהם.

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

חתימה

תאריך

אישור הרופא המטפל לבן/בת הזוג של העובד/ת

נספח ה'

אל: נציבות שירות המדינה

הנדון: מר/גב':

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____

(בן/בת הזוג של מר/גב': _____ שם משפחה _____
שם פרטי _____)

הריני לאשר שבשנה האחרונה, (אך לא פחות מ – 6 חודשים ממועד אישורי זה), נתגלו לראשונה בנדון
(או נתגלתה לראשונה החמרה משמעותית במצב בריאות קיים), ליקויי הבריאות הבאים*:

- ו. _____

- ז. _____

- ח. _____

- ט. _____

- י. _____

בברכה,

פרטי הרופא המטפל:

תאריך _____ חתימה _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר רשיון _____

* מומלץ לצרף מסמכים רפואיים נוספים

הצהרת בן/בת זוג העובד/ת על הוצאות רפואיות

נספח ו'

אל : נציבות שירות המדינה

הנדון: הוצאות מיוחדות בשל מצב בריאותי הלקוי

אני, בן/בת הזוג של העובד/ת _____, מצהיר/ה בזאת שבשל מצב _____
שם משפחה שם פרטי

בריאותי, נגרמות לי, משך השנה האחרונה (אך לא פחות מששת החודשים האחרונים), הוצאות
מיוחדות וקבועות (שאינן חד פעמיות) שאינן מכוסות על ידי ביטוחי הרפואי או על ידי הסדר אחר
כלשהו, זאת בממוצע חודשי של ____ ₪.

מצ"ב קבלות על ההוצאות המיוחדות.

מספר זהות

שם פרטי

שם משפחה

תאריך

אישור המעסיק של בן/בת זוג העובד/ת

נספח ז'

אל: ועדת הגימלאות, נציבות שירות המדינה

הנדון: העובד/ת _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
(בן/בת הזוג של עובד/ת המדינה, מר/גב': _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____)

1. בשנה הקודמת (טרם השינויים במצב בריאותו/ה), השתכרה העובד/ת, בממוצע חודשי, סך של כ- _____ ₪.

2. הריני לאשר שבשנה האחרונה (אך לא פחות מ-6 חודשים ממועד אישורנו זה), בהשוואה לשנה הקודמת, מתקיים לגביו/ה (יש לסמן בהתאם) כדלהלן:

☐ העובד/ת נעדר/ה לחלוטין מעבודתו/ה.

☐ בשל מצבו/ה הבריאותי, שכר עבודתו/ה החודשי (ברוטו) של העובד/ת (כולל שעות נוספות, כוננות, שכר עידוד וכד') פחת, בממוצע חודשי, ב - 1/3 לפחות.

☐ העובד/ת נעדר מעבודתו, בשל מחלה הקשורה במצבו הבריאותי, בממוצע חודשי, ב - 1/3 לפחות מהתקופה האמורה.

☐ שיעור משרתו/ה של העובד/ת, הופחת בשל מצבו הבריאותי ב - 1/3 משרה לפחות.

פרטי המאשר אצל המעסיק *

שם המעסיק: _____
שם החברה (או שם המעסיק) _____

מספר טלפון _____ כתובת _____

המורשה לאשר מטעם המעסיק:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תפקיד _____

תאריך _____ חתימה _____

* אם בן/בת הזוג עצמאי יש לצרף אישורי מס הכנסה

הצהרת בן/בת זוג העובד/ת

אני מצהיר/ה בזאת שבגין הליקוי הבריאותי (או הוצאותי המיוחדות הקשורות בו), בעטיו מבקש
בן/בת זוגי שתוגדל תקופת שירותו/ה (יוגדל שיעור קיצבתו/ה), איני מקבל/ת תשלומים כלשהם.

פרטי בן/ת הזוג: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

(פרטי העובד/ת: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____)

תאריך _____
חתימה בן/בת הזוג _____

המשרד/יחידת הסמך

נספח ט'

תאריך: _____

אל: הוועדה הרפואית, לשכת הבריאות המחוזית _____

הנדון: קביעת שיעור נכות

אבקשכם לקבוע את שיעור נכות/ה של הרשום להלן, * זאת לשם הגדלת שירות מחמת מצב בריאות. מצ"ב המסמכים הרפואיים והתחייבות המשרד לתשלום.

☐ העובד/ת מר/גב': _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
(בהתחשב בשיעור הנכות שנקבע בעת הכניסה לשירות, אם נקבע)

☐ מר/גב': _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
(בן/בת זוג עובד/ת המדינה, מר/גב': _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____)

מנהל משאבי האנוש:

תאריך _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימה _____
כתובת: _____ טל': _____ פקס: _____

אישור נציבות שירות המדינה

תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת _____

* סמן בהתאם לנבדק