

קרן סיעוד

14 בספטמבר, 2016

קול קורא להקמה ותפעול מרכז יום שיקומי לקשישים מוגבלים

באזור הדרום

1. כללי

רציונל- המוסד לביטוח לאומי, באמצעות הקרן לקידום תכניות סיעוד, פונה לגופים ציבוריים להקמה והפעלה של מרכז יום שיקומי באזור הדרום (גדרה דרומה) עבור קשישים מוגבלים בתפקוד, בשל מחסור בשירות זה בדרום הארץ. הגוף הפונה מתחייב להפעיל את המרכז והשירותים הניתנים בו לטובת אוכלוסיית היעד כמפורט להלן, תחת קורת גג אחת לצורך יצירת רצף שירותים וללא דמי השתתפות עצמית.

התכנית כוללת סיוע במימון על ידי קרן סיעוד להקמה והצטיידות. הסיוע הניתן אינו מלא ועל הגוף הפונה להציג מקורות מימון נוספים להקמה.

מטרה- הרחבת שירותי שיקום יום בדרום הארץ, עבור קשישים מוגבלים לשיפור תפקודם ואיכות חייהם.

אוכלוסיית היעד- קשישים מוגבלים לאחר אירועים נירולוגיים ואורתופדיים השוהים בקהילה וזקוקים לשירותי שיקום בכל הדיסציפלינות (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, רופא שיקומי, אחות ועובד סוציאלי).

אופן הטיפול בבקשה- הגשת הבקשה תעשה על ידי מילוי מדויק ומפורט של טופס הבקשה על ידי הגוף המגיש כמצורף בנספח 1. הקרן תעשה סינון ראשוני לבקשות על סמך עמידה בתנאי סף. הבקשות אשר יעברו את תנאי הסף ייבחנו בהתאם למימדי הערכה אשר יצביעו על איכות הבקשה ועל פי קריטריוני תיעדוף.

מתוך סך הבקשות שיוגשו ובהתאם לתהליך הערכה המפורט לעיל, יינתן סיוע להקמת מבנה אחד עד שניים בהתאם ליכולות התקציביות השנתיות של הקרן.

2. על הגוף המגיש לעמוד בתנאי הסף הבאים:

2.1. תנאי סף מנהליים

2.1.1. הגוף המגיש הינו גוף ציבורי - מלכ"ר, עמותה, רשות מקומית.

2.1.2. לגוף המגיש אישור ניהול תקין בתוקף מאת רשם העמותות. להוכחת עמידתו בתנאי סף זה

על הגוף המגיש לצרף לטופס הבקשה אישור בתוקף.

קדן סיעוד

2.2 תנאי סף מקצועיים

2.2.1. לגוף המגיש ניסיון של שלוש שנים לפחות בניהול והפעלה של מסגרת קהילתית לזקנים מוגבלים.

2.2.2. על הגוף המגיש לצרף הצהרה על אחריותו להשגת התחייבות עתידית מגוף ציבורי כדוגמת אחת או יותר מקופות החולים להפניית אוכלוסיית היעד למרכז שיוקם, כמצורף בנספח 2.

3. מימדי הערכת התכנית

איכות הבקשה לסיוע תיבחן באמצעות המימדים הבאים המופיעים בטופס הבקשה :
הצורך בתכנית, אוכלוסיית היעד והיקף פעילות, יישומיות, היתכנות ויכולת הרחבה, יכולת הארגון לתמוך בתכנית (בהבטים מקצועיים וכלכליים).

4. קריטריונים לתיעדוף הבקשות

4.1. היקף אוכלוסיית היעד הפוטנציאלית באיזור.

4.2. חוסר בשירותים ומענים דומים באיזור.

4.3. הצגת הסכם הבנות בין הגוף ובין לפחות אחת מקופות החולים או גוף ציבורי אחר רלוונטי, על סיוע במימון שוטף להפעלה והפניית קשישים למרכז שיוקם.

4.4. קרבה למטרופולין ונגישות קווי תחבורה / הסעות / מוניות עבור אוכלוסיית היעד הנמצאת בפריפריה לישוב.

4.5. רצף שירותים נרחב במתחם אחד.

4.6. חדשנות בשירותים הניתנים במקום.

5. דרישות נוספות

5.1. התחייבות גזבר הגוף המגיש להשלמת המימון לביצוע מלא של התכנית, בהתאם לדרישות התוכנית שתקבע. כמפורט בנספח 3.

5.2. כחלק מההסכם העתידי, על הגוף המגיש להתחייב לממן ולהפעיל את הבית הסיעודי לתקופה של 15 שנים לפחות מיום סיום הבניה.

5.3. כחלק מההסכם העתידי, על הגוף המגיש להתחייב למתן טיפול שיקומי יומי למינימום של 70% קשישים מסה"כ מקבלי השירות. מתוך סך הקשישים מקבלי השירות, לפחות כ- 70% מהם יהיו מופנים ציבורית (הפנייה על ידי קופות חולים או גוף ציבורי אחר רלוונטי). כמו כן, יידרש מינימום של מספר טיפולים בחודש כפי שיוחלט בהמשך ולפני חתימת ההסכם.

קרן סיעוד

5.4. במידה והמקום לא יופעל לטובת אוכלוסיית היעד, כפי שהוגדר בייעוד ולאורך הזמן שהוגדר, יתחייב הגוף להחזר כספי בניכוי תקופת ההפעלה. תערך בדיקה כל שנה על מנת לוודא כי המקום מופעל לטובת אוכלוסיית היעד לאורך הזמן שהוגדר.

6. עלויות התוכנית

6.1. על הגוף המגיש לצרף לבקשה אומדן עלות לביצוע ההתאמות חתום על ידי מהנדס (בש"ח כולל מע"מ). סכום זה יהווה את הבסיס לחישוב ההשתתפות של הקרן במימון התכנית. מובהר בזאת שהוצאות התכנון, הניהול והכנת אומדן העלויות, לפני אישור הבקשה על ידי הקרן, יחולו על הגוף המגיש. אם הקרן תאשר את הבקשה של הגוף המגיש, היא תשתתף במימון הוצאות אלו (רטרואקטיבית), בהתאם לכללי המדיניות של הקרן.

7. גובה הסיוע

- 7.1. הרף מקסימאלי לסיוע של קרן סיעוד (לבניה וציוד) הינו 3,250,000 ₪.
- 7.2. התשלומים לגוף המגיש יהיו עפ"י התקדמות הבנייה, כמפורט בהסכם.

8. המועד האחרון להגשת בקשות - 30/11/2016

9. אופן הגשת הבקשות:

- 9.1. את הבקשות יש להגיש על גבי טופס בקשה לסיוע בהקמה ותפעול מרכז יום לקשישים מוגבלים באיזור הדרום, בצירוף כלל המסמכים בהדפסה בלבד. בקשות בכתב יד לא תתקבלנה.
- 9.2. את הבקשה בצירוף כל המסמכים הנדרשים, יש להעביר לקרן באחת מהדרכים הבאות:
 - 9.2.1. בדואר רשום אל: הקרן לקידום תוכניות סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, שדרות ויצמן 13 ירושלים, מיקוד 91909.
 - 9.2.2. או במסירה ידנית - לכתובת: מגדלי וולפסון, רחוב דיסקין 9 א, קומה 4.
 - 9.2.3. או בדואר אלקטרוני לכתובת: ronig@nioi.gov.il.
- 9.3. לרשות המגישים ולכל שאלה מקצועית או טכנית ניתן לפנות לנציגת הקרן גבי רוני גולדברג במייל ronig@nioi.gov.il.

המוסד לביטוח לאומי אינו מתחייב לקבל כל בקשה שהיא או לממן בקשה כלשהיא.

קרו סיעוד

נספח 1-

טופס בקשה לסייע בהקמה ותפעול מרכז יום שיקומי לקשישים מוגבלים באיזור הדרום נוסח בקשה סופית

במסמך זה אתם מתבקשים לפרט את תכנית הבקשה. שימו לב - הבקשה, כפי שמוצגת בטופס זה, מהווה את הפרויקט אותו מתחייב ארגונכם לבצע והיא הבסיס להתקשרות שלכם עם אגף הקרנות של הביטוח הלאומי.

הצורך, אוכלוסיית היעד והיקף הפעילות:

פרטו את הצורך בפיתוח המבוקש ומה מצב השירותים הקיימים והשירותים האלטרנטיביים באזור נא השלימו הפרטים הבאים אודות אוכלוסיית היעד ביישוב (טבלה מס' 2 בסוף הטופס)

ניסיון הארגון:

פרטו את ניסיון הארגון בהפעלת שירותים ומסגרות מהסוג המבוקש ועם אוכלוסיית היעד בה עוסקת הבקשה, משך הזמן, פריסת שירותים, שותפים, וכ"א מקצועי.

נא השלימו פרטים אודות מסגרות נוספות שארגונכם מפעיל ביישוב [טבלה מס' 1 בסוף הטופס]

קדן סיעוד

מטרת הפרויקט המבוקש :

פרטו מהי מטרת הפרויקט

יישומיות והיתכנות :

א. תכנית העבודה לפרויקט הבינוי או הציוד : נא פרטו בטבלה מטה מהם מרכיבי הבקשה העיקריים כולל לוחות זמנים לביצוע והפעולות הנדרשות להשגתם (מבחינת פרויקט הבינוי או הציוד)

גורם מבצע	מועד סיום	מועד התחלה	הדרכים להשגתה	אבן דרך

ב. סטטוס הבקשה/מבנה :

נא פרטו/עדכנו את סטטוס הבקשה/המבנה בסעיפים הרלוונטיים :

	בעלות על המבנה ו/או הקרקע / הקצאה
	היתרי בניה
	תמיכת המשרד הרלוונטי
	תמיכת הרשות המקומית

ג. קשיים ואתגרים :

ציינו קשיים ואתגרים צפויים בהוצאת התכנית לפועל, במידה ויש. ניתן להתייחס לקבלת היתר אם נדרש, קבלת אישור מכסות מהמשרד היעודי, מצב המבנה וכו'

ד. הגעת אוכלוסיית היעד למקום השירות והנגשתו : נא פרטו כיצד תגיע אוכלוסיית היעד למקום

השירות/המסגרת והאם המקום עצמו מונגש לה

קדן סיעוד

ה. איתור וגיוס אוכלוסיית היעד: הציגו את הדרכים לאיתור אוכלוסיית היעד וגיוסה לתכנית

תקציב ומקורות מימון:

א. תקציב: נא השלימו בטבלה 6 את פרטי תקציב התכנית המוצעת

ב. מקורות מימון: בטבלה מספר 7 פרטו מקורות מימון נוספים לקדן לפרויקט הבינוי/הצטיידות

קיימות והרחבה:

גורמי מימון נוספים:

מי הם הגורמים המתקצבים את המסגרת ומה מקורות המימון להפעלה שוטפת שלה לאחר מימוש הסיוע מהקדן

תכנית להפעלה השוטפת של התשתית או הציוד (אם נדרשת): הציגו את התכנית להפעלה השוטפת של התשתית לאחר שתושלם הבנייה או ההצטיידות

מסמכים לצרוף לבקשה:

מסמכי התאגדות (תעודת רישום התאגדות מרשם העמותות, הקדשים או אחר)

קדן סיעוד

אישור מלכ"ר
אישור ניהול תקין (רק במקרה של עמותות/ הקדשים)
מכתב המפרט שעות פעילות של המועדון ומיגוון הפעילויות
אישור בעלות על הקרקע
התחייבות להפעלת הפרוייקט ל 15 שנים מיום תום ביצוע השיפורים/הבנייה
היתר בנייה לפרוייקט
מסמכים נוספים (פרטו):

חתימת הגוף המגיש

קדן סיעוד

טבלה מס' 1 - סיעוד: פרטים אודות מקבלי שירות במרכזי יום/מועדון בניהול ארגוןך ביישוב זה

(לא כולל המרכז עבורו מוגשת הבקשה)

הנתונים נכונים לחודש _____ שנה _____

שמות הישובים מהם מגיעים מקבלי השירות	ממוצע יומי	פרטיים	מופני רווחה	זכאי חוק ביטוח סיעוד	קשישים רשומים	סוג האוכלוסייה
שם המרכז:						
						תשושים
			-			תשושי נפש
						חישוב: סה"כ מקבלי שירות כיום במרכז זה
שם המרכז:						
						תשושים
			-			תשושי נפש
						חישוב: סה"כ מקבלי שירות כיום במרכז זה
שם המרכז:						
						תשושים
			-			תשושי נפש
						חישוב: סה"כ מקבלי שירות כיום במרכז זה

טבלה מס' 2 סיעוד: מאפייני אוכלוסיית היעד והרקע בישוב [ניתן להיעזר במחלקת הרווחה]

שם היישוב: _____

הנתונים נכונים לשנת: _____

	מספר תושבים
	מספר קשישים
	מספר זכאי חוק ביטוח סיעוד
	מספר בתי אבות*
	מספר מרכזי יום*
	מספר מועדונים*
	מספר מועדוני מופ"ת*
	חישוב: אחוז קשישים מתושבים
	חישוב: אחוז זכאי חב"ס מתוך קשישים

* במידה וידוע- צייני גם את מספר מקבלי השירות במוסד

קרו סיעוד

נספח 2-

תאריך _____

לכבוד _____

קרן סיעוד
המוסד לביטוח לאומי

הנדון: הצהרה להשגת התחייבות מקופות חולים

מספר ח.פ. _____

שם גוף מגיש הבקשה _____

הנני מצהיר על כוונתי לפעול להשגת התחייבות עתידית מקופות החולים להפניית מטופלים קשישים למרכז היום השיקומי, אשר יוקם בסיוע הקרן לפיתוח שירותי סיעוד של המוסד לביטוח לאומי.

הקשישים אשר יופנו באמצעות קופות החולים יענו על אוכלוסיית היעד המוגדרת בקול הקורא (קשישים מוגבלים לאחר אירועים נירולוגיים ואורטופדיים השוהים בקהילה וזקוקים לשירותי שיקום בכל הדיסציפלינות)

מנכ"ל/יו"ר הגוף המגיש _____

**יש להכניס הלוגו של הגוף הפונה
בישוב**

תאריך _____

לכבוד

קרון סיעוד
המוסד לביטוח לאומי

שלום רב,

הנדון: התחייבות להשלמת מימון לפרויקט _____

הגוף המסתייע (רשות מקומית / עמותה / הקדש וכדומה) מתחייב לממן את ההפרש שבין מימון כל המשתתפים בפרויקט לבין עלות הפרויקט בפועל.

1

גזבר הגוף המגיש