

מדינת ישראל

משרד האוצר

האגף לשכר והסכמי עבודה

כ"א באייר התשע"ו
29 במאי 2016
ש.כ. 11521-2016

לכבוד:

מנהלי בתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים - ממשלתיים ועירוניים - באמצעות עו"ד הרולד בר
מנהלי בתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים - שירותי בריאות כללית - באמצעות מר גור גולני
פרופ' זאב רוטשטיין - מנכ"ל בית החולים הדסה
עו"ד אבי הררי - סמנכ"ל למינהל, בית החולים שערי צדק
מנהל בית החולים לניאדו
מנהל בית החולים הסקוטי
מנהל בית החולים המשפחה הקדושה
מנהל בית החולים סנט וינסנט
מנכ"לי קופת החולים: כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית

הנדון: הגשת בקשות למענקי מקצועות במצוקה ומקצועות במצוקה בפריפריה בגין שנת 2016 - הנחיות ומועדים

- חוזר מס' 3

חוזר מס' 1 מיום 22.3.2016

חוזר מס' 2 מיום 3.5.2016

1. בטופס בקשת מענק לרופאים במקצועות במצוקה, מקצועות במצוקה בפרפריה, מקצועות בחסר מקומי ומומחים בפרפריה, שצורף לחוזר מס' 2 כנספח ב' נפלה טעות.
2. מצ"ב הטופס העדכני. יש להגיש בקשות למענק על גבי טופס זה בלבד.
3. ככל שהוגשו בקשות למענקים על גבי הטופס הישן, יש לבקש מהרופא לתקנן ולחתום על הטופס החדש.
4. מלבד נספח ב' שתוקן, שאר סעיפי החוזר ונספחיו מיום 3.5.2016 יהיו ללא שינוי.
5. למען הסר ספק, הכללים הקובעים לשנת 2016 הם הכללים המפורטים בחוזר מס' 1, בחוזר מס' 2 ובחוזר זה בלבד.
6. חובה על כל בית חולים וקופת חולים אשר מתנהלת בה התמחות ברפואת המשפחה בפרפריה, להביא תוכן מכתבי זה, בכל אמצעי העומד לרשותם, לידיעת כל המתמחים אשר פתחו פנקס התמחות בשנת 2016.

7. נוסח חוזר זה יפורסם במקומות הבאים:

- א. באתר האינטרנט של משרד האוצר ומשרד הבריאות.
 ב. בנוסף אנו נפנה בבקשה להר"י לפרסם חוזר זה באתר האינטרנט שלהם וכן להפיץ חוזר זה בקרב המתמחים פותחי פנקסי ההתמחות בשנת 2016, המיוצגים על ידה.

בכבוד רב,

יוסי כהן

הממונה על השכר
 והסכמי עבודה (בפועל)
 ויו"ר וועדת המענקים

העתק:

מר משה בר סימן-טוב - מנכ"ל משרד הבריאות
 ד"ר ליאוניד אידלמן - יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
 ד"ר ורד עזרא - ראש מינהל הרפואה (בפועל), משרד הבריאות
 עו"ד לאה ופנר - מזכ"ל ויועצת משפטית, ההסתדרות הרפואית בישראל
 מר יאיר פינס - סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר
 עו"ד יעל ישראלי-נבו - ממונה בלשכה המשפטית, אגף השכר משרד האוצר
 מר גור גולני - ראש אגף פרט ושכר, שירותי בריאות כללית
 דר' עידית סגל - עוזרת רפואית, ראש מינהל רפואה, משרד הבריאות
 רו"ח שירה ארנון - סגנית ראש מינהל הרפואה, משרד הבריאות
 עו"ד מירב אוהבי - תחום יחסי עבודה, ההסתדרות הרפואית בישראל
 עו"ד הרולד בר - מנהל תחום בכיר שכר ויחסי עבודה, משרד הבריאות
 מר רן רידיניק - רכז בריאות אגף תקציבים, משרד האוצר
 מר אלעד מסאסא - רפרנט בריאות, משרד האוצר
 מר אבי מאירוביץ' - מנהל תחום הסכמי שכר, משרד הבריאות
 גב' סימה רוזנבלום - מרכזת (שכר והסכמי עבודה), משרד האוצר

בקשת מענק לרופאים במקצועות במצוקה, מקצועות במצוקה בפריפריה, מקצועות בחסר מקומי ומומחים בפריפריה

פרטי המועמד (ימולא על ידי היחידה בה הרופא מועסק)

שם הרופא: _____	שם משפחה _____	שם פרטי _____										
מס. ת.ז.: _____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
תאריך לידה: _____	תאריך לידה: _____											
טלפון: _____	טלפון: _____											
דואר אלקטרוני: _____	דואר אלקטרוני: _____											
מחלקה: _____	מחלקה: _____											
דרגה: _____	דרגה: _____											
היקף המשרה: _____	היקף המשרה: _____											
כביה"ח: _____	כביה"ח: _____											
במקצוע: _____	במקצוע: _____											
חתימת מנהל משאבי אנוש: _____	חתימת מנהל משאבי אנוש: _____											

מסלול העסקה (ימולא על ידי הרופא)

סוג המענק (ימולא על ידי הרופא)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> מצוקה | <input type="checkbox"/> מתמחה בהתמחות על |
| <input type="checkbox"/> מצוקה בפריפריה | <input type="checkbox"/> מתמחה בהתמחות ראשונה או שניה |
| <input type="checkbox"/> מקצוע במחסור בפריפריה | <input type="checkbox"/> מומחה |
| <input type="checkbox"/> רפואת המשפחה בפריפריה | |
| <input type="checkbox"/> מומחה בפריפריה | |

שם פרטי ומשפחה של הרופא: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 הערות: _____

המלצת המנהל (ימולא על ידי היחידה בה מועסק הרופא)

שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 הערות: _____

אישור גורם מוסמך: (הנהלת ביה"ח/קופ"ח/משאבי אנוש)

הריני לאשר את אמיתות הפרטים המציינים לעיל: _____
 שם פרטי ומשפחה: _____ תפקיד: _____ תאריך: _____ חתימה: _____
 התקבל ביום: _____
 שם פרטי ומשפחה של איש הקשר: _____
 כתובת: _____ טלפון: _____ מייל: _____

החלטת הוועדה (ימולא על ידי הוועדה)

סטטוס הבקשה: אושרה בכפוף לקיומו של כתב התחייבות התום נדחתה
 תאריך: _____

(לאחר קבלת טופס ההתחייבות יישלח אישור ליחידת משאבי אנוש/למעסיק ולמשרד הבריאות לשם ביצוע התשלום
 (בקופות החולים – למנהל מחלקת פרט))

צילום מסמכים שיש לצרף לבקשה לפי העניין:
 1. פנקס התמחות. 2. כתב התחייבות. 3. למתמחים בהתמחות על ולמומחים – תעודת מומחה

העתקים:

1. יחידת משאבי אנוש כביה"ח שבו תבוצע ההתמחות
2. תיק אישי ביחידה
3. תחום בכיר שכר ויחסי עבודה משרד הבריאות
4. עותק נוסף יישמר בידי העובד