



לשכת מנהל המרכז הרפואי



תהליך לבחירת יקיר/ת המרכז הרפואי



תוכן עניינים

עמוד

3

הליך בחירת "יקיר/ת המרכז הרפואי

5

התהליך

נספחים

8

נספח 1 – תקנון לבחירת "יקיר/ת המרכז הרפואי

10

נספח 2 – טופס הגשת מועמדות "יקיר/ת המרכז הרפואי



הליך בחירת "יקיר/ת המרכז הרפואי"

כללי

תהליך "יקיר/ת המרכז הרפואי" מאפשר להנהלת המרכז הרפואי להוקיר ולהעריך אישיות או ארגון, בשמו של המרכז הרפואי, על תרומה ייחודית, ראויה ומשמעותית שלו למרכז הרפואי, או שיש בפעילותו השפעה ישירה או עקיפה לטובת המרכז הרפואי ובריאות מטופליו והקהילה.

ארגונים שונים בארץ משתמשים באמצעי זה להעלות על נס, ולהוקיר אדם מיוחד, המקובל על כולם, שמחויב ותורם באופן רציף ומתמשך לארגונם.

שירות המדינה אף הוא בוחר בתדירות קבועה את "יקיר שירות המדינה" על הישגים בשירות המדינה ובעיצוב מדיניות.

סיכום הערכים שבעטיים ניתן לבחור יקיר/ת ארגון:

1. מועמד אשר תרם תרומה משמעותית למרכז הרפואי ולקידום הבריאות בפריפריה והצפון – תרומה מהותית מבחינת הישגים והתוצאות מדידות.
2. תרומה מתמשכת לאורך שנים – היקף ורציפות פעילותו של מועמד לרווחת הציבור במרכז הרפואי.
3. עבור פעילות מתמשכת ושיש מימד של התמדה, מחויבות, יצירתיות וחידוש.
4. העשייה מהווה סמל ומופת לרבים.

מי יכול להמליץ?

- עובדי המרכז הרפואי



לשכת מנהל המרכז הרפואי



- גורמים המקושרים עם המרכז הרפואי
- חברי הועדה לאיתור מועמדים
- כל אדם באשר הוא

המלצה לקיום הטקס:

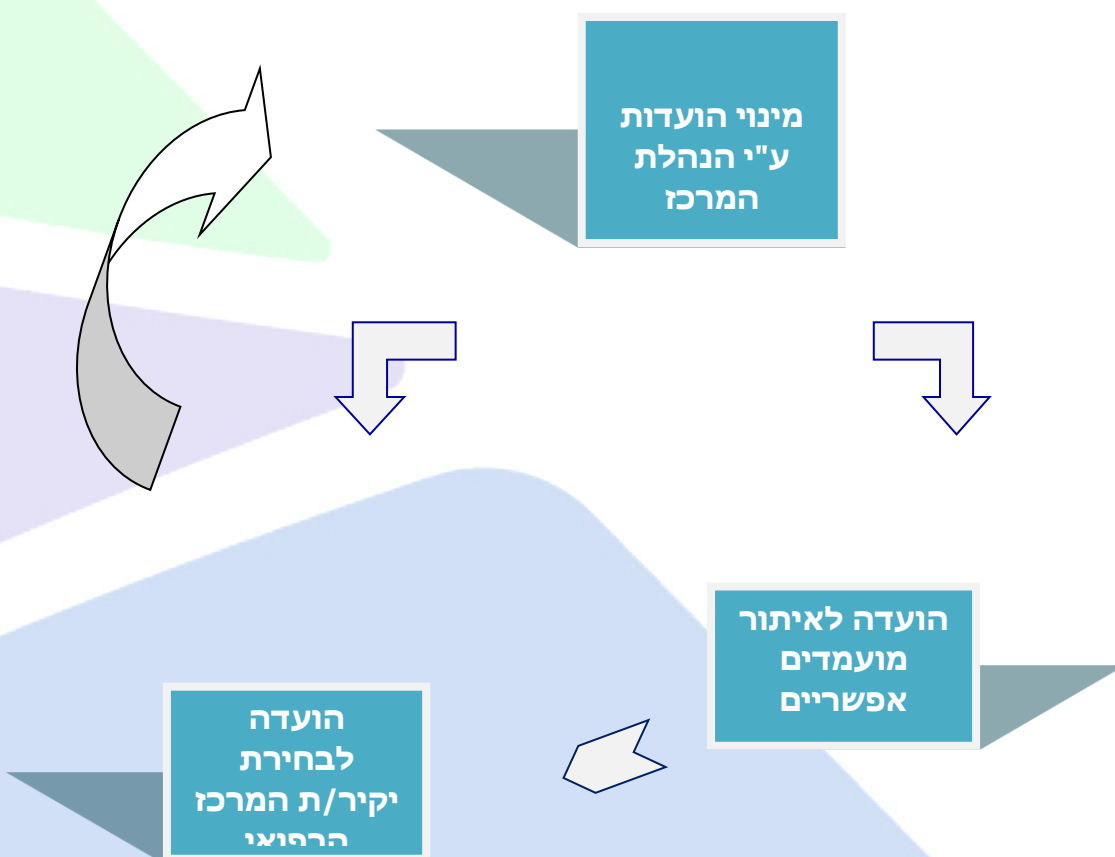
טקס מתן האות ליקיר/ת המרכז הרפואי יחבור לאירוע מרכזי של המרכז, בהשתתפות עובדי המרכז והקהילה באזור.



לשכת מנהל המרכז הרפואי התהליך



הנהלת המרכז תמנה שתי וועדות מידי שנה, או אחת לתקופה שבה יוחלט על תדירות התהליך.





הועדה לאיתור המועמדים ל"יקיר/ת המרכז הרפואי" - תפרסם, תקבל, תרכז ותבחן את רשימת המועמדים ועמידתם בקריטריונים.

הועדה לבחירת יקיר/ת המרכז הרפואי" – תדון במועמדים שיוצגו ע"י הועדה לאיתור המועמדים ותבחר מהם את יקיר/ת המרכז הרפואי לאותה שנה, ותגיש את להנהלת המלצתה למנהל המרכז הרפואי.

ועדה לאיתור מועמדים ל"יקיר/ת המרכז הרפואי"

אחריות יו"ר הועדה:

1. הכנה ופרסום קול "קורא".
2. כינוס הועדה.
3. הכנת המסמך שיציג את המועמדים ל"יקיר/ת המרכז הרפואי".

אחריות מזכירת הועדה:

4. הכנה ופרסום קול "קורא" בתיאום יו"ר הועדה.
5. אחראית על הפצת "קול קורא" לקבלת הצעות למועמדים ליקיר/ת המרכז הרפואי.
6. ריכוז טפסי המועמדים, ובדיקה שהמועמדים עונים על הקריטריונים שנקבעו.

הרכב הועדה:

1. 2 נציגי הנהלה
2. 2 נציגי עובדים
3. 1 נציג צבור



הועדה לבחירת "יקיר/ת המרכז הרפואי"

הנהלת המרכז הרפואי תמנה את הועדה. (להלן "ועדת הבחירה")

הועדה תכלול 5 חברים.

חברים מועדת איתור מועמדים ל"יקיר/ת המרכז הרפואי", לא יוכלו להיות חברים בה.

חברי ועדת הבחירה לא יוכלו להמליץ על מועמדים לועדה לבחירת "יקיר/ת המרכז הרפואי".

במידה ולאחד מחברי הועדה יש קשר עם אחד המועמדים, קשר העולה בניגוד עניינים, הוא יפסול עצמו מלבחור בו, וקולו יעבור ליו"

הרכב הועדה:

חבר הנהלה בכירה

נציג עובדים

איש ציבור

קבלת החלטות בועדה:

התכנסות של כל המשתתפים (קוורום מלא).

הדיונים בועדה יהיו חסויים, וינהלו פרוטוקולים בעיקרי דברים ללא התייחסות כתובה למועמדים וההחלטה לגביהם

ההחלטה לבחירת מועמד תהייה מנומקת ומפורטת.

נפטר המועמד שנבחר, התעודה תינתן למשפחתו באותו טקס



לשכת מנהל המרכז הרפואי

נספח מס' 1



תקנון לבחירת "יקיר/ת המרכז הרפואי"

מרכז רפואי צפון יעניק אחת לפרק זמן שייקבע על ידי הנהלת המרכז הרפואי, אות "יקיר/ת המרכז הרפואי" (להלן-"האות"). האות יוענק על ידי מנהל המרכז הרפואי, באירוע השנתי או במועד אחר שייקבע, במעמד הנהלת המרכז הרפואי, חברי הועדה לבחירת "יקירי המרכז הרפואי" עובדי המרכז הרפואי, אנשי צבור וקהילה.

האות יוענק בכל פעם לעד שלושה אישים.

קביעת מועד וארגון הטקס להענקת האות הינם באחריות הנהלת המרכז הרפואי. אם נבצר מאדם שהוחלט להעניק לו את האות להשתתף בטקס, לרבות מחמת מוות חס וחלילה, יוענק האות לאחד מבני משפחתו או חבריו.

קריטריונים לקבלת האות

האות יוענק למועמד בחיים.

האות יוענק בגין פעילות ראויה לציון וייחודית, שעיקרה קשורה במרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פורייה, או לטובתו או לטובת המטופלים שלו או לכבודם, כשהיא משמעותית ומתמשכת.

בקביעת מקבלי האות, יובאו במניין השיקולים המרקם המיוחד של צוות העובדים ושל המטופלים במרכז הרפואי וגיוון תחומי העשייה של המועמדים ללא הבדל גזע, דת, לאום, ארץ מוצא, מין, נטייה מינית, השקפה וכיו"ב.

עובד המרכז הרפואי יוכל לקבל את אות יקיר המרכז הרפואי בתנאי שחלפו לפחות 5 שנים מיום פרישתו. עם זאת, התרומה של המועמד לא קשורה לתפקידו אותו ביצע במרכז הרפואי. עובדי בית החולים בפועל לא יוכלו להיות מועמדים לקבלת האות.

הגשת מועמדות לאות

מועמדות לקבלת האות יכול שתוגש על ידי כל אדם, לרבות חבר בני-אדם.



המרכז הרפואי יפרסם מדי שנה, באתר האינטרנט של המרכז, בשני עיתונים מקומיים יומיים ובכל מקום שימצא לנכון, "קול קורא" להגשת מועמדות לקבלת האות, במסגרתו יפורטו המועד להגשת מועמדות וכתובת ההגשה, תוך חודש מפרסום קול קורא.

המועמדות תוגש על גבי הטופס (נספח מס' 2), ותצורף לה המלצה בכתב. תתקבל מועמדות שהוגשה שלא בדרך שנקבעה ו/או לאחר חלוף המועד שפורסם, רק אם המייעצת וועדת האיתור החליטה אחרת מטעמים מיוחדים שיירשמו.

אופן בחירת מקבלי האות

1. הוועדה לבחירת יקיר המרכז הרפואי

1.1

1.2 ועדת הבחירה תבחר את המועמדים הסופיים ליקיר המרכז הרפואי.

1.3 חבר המכהן בוועדה לא יהיה מועמד לקבלת האות ולא יהיה רשאי להגיש מועמדות של אדם אחר או להמליץ על מועמד אחר.

1.4 ישיבות הוועדה תתקיימנה בהשתתפות כל חבריה, ולא יירשם בהן פרוטוקול. תוכן דיוני הוועדה יישאר חסוי.

1.5 המלצות הוועדה תתקבלנה בהסכמה, ככל שניתן, ולכל הפחות על דעת רוב חבריה. המלצות הוועדה על המועמדים הנבחרים תועלנה על הכתב בליווי נימוקיהן לבחירה,

1.6 חבר הוועדה לא מועמד ישתתף בדיון על מועמד אם קיים חשש לניגוד עניינים.

2. תיאום וריכוז ישיבות הוועדה וישיבות הוועדה לפי נוהל זה הינם באחריות יו"ר הועדה.

3. ההמלצות על מקבלי האות לא יפורסמו בציבור קודם להצגתם למנהל המרכז הרפואי. רק שמות מקבלי האות יפורסמו לקהל הרחב.



נספח מס' 2

הגשת מועמדות "יקיר/ת המרכז הרפואי"

פרטי המועמד:

שם מלא:

כתובת מגורים:

גיל:

מגדר:

עיסוק:

מקצוע:

האם המועמד עובד במרכז הרפואי לשעבר? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את התפקיד שביצע במרכז הרפואי:

האם המועמד עובד ציבור? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את תפקידו הציבורי

תיאור הקשר של המועמד עם המרכז הרפואי:

פירוט ותיאור תרומת המועמד לקידום, ופיתוח המרכז הרפואי ולקידום הבריאות באזור

האם המועמד התנדב לפעילות מסוימת במרכז הרפואי, או מטעמו? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את הפעילות ההתנדבותית שביצע במרכז הרפואי

האם הפעילות של המועמד לטובת המרכז הרפואי הינה משמעותית ומתמשכת? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את משמעותה וזמני עשייתה:



רשימת ממליצים:

שם הממליץ	כתובת	דרכי התקשרות נייד / מייל	מכתב המלצה מצ"ב
			כן / לא
			כן / לא

פרטי הגורם הממליץ:

שם מלא:

כתובת מגורים:

עיסוק:

מקצוע:

האם הממליץ עובד המרכז הרפואי? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את התפקיד שביצע במרכז הרפואי:

האם הממליץ עובד ציבור? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את תפקידו הציבורי

האם קיים קשר בין הממליץ למועמד? **כן / לא**

אם "כן", לתאר את הקשר בניהם:

דרכי התקשרות

חתימה: _____

תאריך: _____