



معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

بسم الله الرحمن الرحيم

آیین نامه

شوراهای بهورزی و ارتقاء مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی

فهرست:

2	فهرست:
3	مقدمه:
3	هدف کلی:
3	اهداف راهبردی:
4	فصل ۱: نحوه تشکیل شوراهای ارتقاء خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی و بهورزی

مقدمه:

استقرار نظام مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی در کشور پس از پیروزی انقلاب اسلامی تحولی بنیادی و وسیع در خدمت رسانی در کشور ایران بود. به جرأت می توان گفت که در یک مقایسه بین المللی شاید کمتر کشوری با سطح درآمد یکسان با کشورمان توانسته است دستاوردهایی با این وسعت ناشی از استقرار یک نظام جامع و عدالت محور مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی داشته باشد. به طور قطع گذشت زمان ما را نیازمند تحول در این نظام می نماید. بدیهی است چنین تحولی از طریق یک دیدگاه فرایندنگر و همه جانبه و مبتنی بر تحول در محیط ارائه خدمت ممکن است در این راستا بهره گیری از تجربه های معنی دار محیط خصوصاً آنان که در عرصه خدمت اشتغال دارند بسیار ضروری خواهد بود. براین اساس تلاش می گردد تا با بهره گیری از یک سازماندهی از نیروهای محیطی اقدام به ارتقاء این خدمات نماییم.

با توجه به محوری بودن نقش خانه های بهداشت و بهورزان مداخله بهورزان در این امر ضرورتی قطعی دارد. گو اینکه جنبه بسیار مهمی از ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی ارتقاء وضعیت و موقعیت این خدمت گزاران سلامت در روستاست. براین اساس برنامه ارتقاء خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مبتنی بر دو محور اساسی خواهد بود.

۱ - ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی از طریق بازنگری در محتوا و صیانت از استانداردهای آن.

۲ - ایجاد رضایت مندی بالاتر شغلی در ارائه دهندگان خدمات فوق الذکر به منظور ایجاد انگیزش در ارائه خدمات.

هدف کلی:

ارتقاء خدمات بهداشتی درمانی اولیه در واحدهای ارائه خدمات روستایی

اهداف راهبردی:

۱ - ارزشیابی کیفیت ارائه خدمات در خانه های بهداشت با مشارکت خود بهورزان

۲ - تحلیل نتایج ارزشیابی عملکرد خانه های بهداشت

۳ - بهبود استانداردهای ارائه خدمت از طریق صیانت از استانداردها با مشارکت و هم فکری بهورزان

۴ - ارتقاء استانداردهای ارائه خدمات از طریق بازنگری در طراحی برنامه و روش اجرای آن مطابق با ضوابط و اختیارات موجود

۵ - تحلیل فرایندهای پشتیبانی ارائه خدمات اعم از تجهیزات، فضای فیزیکی و سایر منابع غیرانسانی و ارائه پیشنهاد راه کار برای ارتقاء آنها

۶ - تحلیل فرایندهای مدیریت منابع انسانی مشتمل بر نظام پرداخت، مهارت های پرسنلی، ارزشیابی بهورزان، ارتقاء شغلی، رضایت مندی و و ارائه راه کار برای ارتقاء آنها

۷ - بهبود فرایندهای مدیریت منابع در سطوح ستادی به منظور حل مشکلات تأمین منابع مورد نیاز برای ارائه خدمات در خانه های بهداشت

۸ - ارتقاء وضعیت بهورزان از طریق بهبود شاخص های مدیریت منابع انسانی در حوزه های شهرستان، دانشگاه و ستاد وزارتخانه

۹ - ارتقاء آموزش نیروی انسانی بهورزی بر مبنای شرح وظایف سازمانی

۱۰ - توسعه فرهنگ عدالت محوری و پاسخ گویی به بهورزان در حوزه شهرستان و دانشگاه

۱۱ - مشارکت بهورزان در بهبود استانداردها و ارائه راه کارها

۱۲ - تبادل اطلاعات و تجربیات در میان بهورزان

۱۳ ایجاد نظام حل مشکلات مبتنی بر قدرت و اختیارات سطوح مختلف و پیشگیری از ارجاع بی مورد مکاتبات و شکایات و پاسخ گویی عوامل مسئول در دانشگاه

۱۴ شناسایی بهورزان موفق و ناموفق و تلاش برای حل مشکلات بهورزانی که توفیق مناسب در فعالیت خود را به دست نیاورده اند.

۱۵ حرکت بهتر نیازهای اساسی بهورزان و پاسخگویی مدیران به آنها

۱۶ تعدیل و تنظیم تقاضاها در حیطه منطقی و در چارچوب قوانین

۱۷ به حداقل رساندن مشکلات صنفی بهورزان در چارچوب قوانین موجود

تذکر: با توجه به این که تشکیل شوراهای و هدف گذاری و طراحی برنامه های عملیاتی در آنها به تبع شرایط مناطق متفاوت خواهد بود. در این آئین نامه تنها به کلیات و مبانی اشاره گردیده و دانشگاه این اختیار را خواهد داشت تا در چارچوب این دستورعمل و سایر قوانین موجود در کشور اقدام به تعدیل آئین نامه، طراحی ساختار و اجرای برنامه برای شوراهای براساس نیاز خود نماید.

فصل ۱: نحوه تشکیل شوراهای ارتقاء خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی و بهورزی

۱-۱- سطح مرکز بهداشتی درمانی:

تشکیل شوراهای بهورزی و اقدامات مورد نیاز آنها می بایست از نخستین سطح ارائه خدمات شروع گردد. لذا نخستین سطح شورای بهورزی مراکز بهداشتی درمانی می باشند.

ترکیب اعضای شورای بهورزی در سطح مرکز بهداشتی درمانی را افراد ذیل تشکیل می دهند:

۱- تمامی بهورزان منطقه

تبصره: در صورتی که امکان حضور همزمان تمامی بهورزان منطقه در یک جلسه شورا مقدور نباشد. مدیر مرکز بهداشتی درمانی می تواند جلسات شورا را براساس وضعیت منطقه در ۲ یا ۳ گروه یا بیشتر تنظیم نماید. بدیهی است تعداد افراد شرکت کننده بهورز در این جلسات نمی بایست به تعداد غیر متعارفی که شکل شورا نداشته باشد کاهش یابد.

(پیشنهاد می شود جلسات با حضور حداقل ۴ بهورز صورت پذیرد.)

۲- تمامی اعضا تیم سلامت مرکز بهداشتی درمانی و پزشک مرکز بهداشتی درمانی

تعداد نمایندگان در شورا برای سطوح بالاتر براساس تعداد بهورزان به قرار زیر پیشنهاد می شود:

۱-۲ سطح مرکز بهداشت شهرستان:

۱- هر شهرستان تا ۵۰ بهورز، نمایندگان از هر یک از افراد زیر خواهند داشت.

۵ نفر بهورز- مدیر آموزشگاه بهورزی (و در صورت نبودن مدیر آموزشگاه در شهرستان یک نفر کارشناس از واحد گسترش شبکه های شهرستان)- مسئول گسترش شهرستان، رئیس مرکز بهداشت شهرستان و مسئول امور اداری در سطح شهرستان.

۲- با افزایش جمعیت بهورزان هر شهرستان افراد ذیل نیز به شورا اضافه خواهند شد.

- بیش از ۵۰ نفر تا ۱۰۰ بهورز ۲ نماینده جدید از بهورزان

- به ازای هر ۱۰۰ نفر بهورز اضافی یک نماینده جدید از بهورزان

تبصره: سطح شهرستان می تواند تعداد نمایندگان بهورزان را براساس تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی تنظیم نماید . به عنوان مثال از هر مرکز بهداشتی درمانی یک نماینده یا از هر چند مرکز بهداشتی درمانی یک یا دو نماینده.

۱- ۳- سطح دانشگاه:

۷ بهورز- یک مدیر آموزشگاه بهورزی- کارشناس مسئول بهورزی- مدیر گروه گسترش- معاونت بهداشتی- مدیر گروه نیروی انسانی دانشگاه

ب- نحوه انتخاب اعضای بهورز:

۱- سطح مرکز بهداشتی درمانی: تمامی بهورزان و اعضای تیم سلامت عضو شورای بهورزی مرکز بهداشتی درمانی خواهند بود.

۲- سطح شهرستان: انتخاب اعضای بهورز شورا با رأی عمومی و آزاد بهورزان توسط هم صنفان خود خواهد بود. مسئول حسن اجرای این انتخاب ریاست مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

۳- سطح دانشگاه: انتخاب اعضای بهورز، براساس رأی نمایندگان سطح شهرستان برای هم صنفان خود خواهد بود . سایر اعضاء توسط معاون بهداشتی انتخاب خواهند شد. مسئولیت حسن اجرای این انتخاب معاون بهداشتی دانشگاه خواهد بود . در هر دانشگاه یکی از بهورزان که بیشترین آرا را بخود اختصاص داده است به عنوان نماینده بهورزان دانشگاه برای انتخاب نماینده کشوری مطابق بند ۳ (که در ادامه آمده است) خواهد بود.

۴- سطح کشوری: سطح کشوری ۷ تا ۱۱ منطقه مختلف خواهد بود که توسط وزارت متبوع مشخص می گردد . هر منطقه دانشگاه های مختلفی را در بر دارد که نماینده بهورز هر دانشگاه (یک نفر نماینده حائز بالاترین رأی مطابق بند ۲) در روز مشخصی در منطقه مربوط به خود حضور یافته و با رأی خود اعضای شورای کشوری بهورزی را انتخاب خواهند نمود . سایر اعضای شورای کشوری را رئیس مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معرفی می کند.

تبصره ۱- مدت نمایندگی هر بهورز انتخابی ۲ سال و مدت نمایندگی سایرین تا زمانی است که مسئولیت مرتبط در بندهای فوق براساس ابلاغ مدیران را برعهده خواهند داشت.

تبصره ۲- در صورت تمایل بهورزان به خروج از عضویت شورا و یا تغییر موقعیت شغلی افراد انتصابی، عضویت افراد ج دید براساس دستورات بندهای قبلی صورت خواهد پذیرفت.

ج: شرایط داوطلبین نمایندگی بهورزان:

الف- حداقل ۳ سال سابقه خدمت (بدون احتساب دوره آموزشی)

ب- عدم برخورداری از سوء سابقه مشتمل بر معرفی به هیأت تخلفات اداری و یا وجود تخلف کتبی درج شده در پرونده پرسنلی

ج- تأیید مدیران سطوح ذیربط (رئیس مرکز بهداشت شهرستان یا معاون بهداشتی مربوطه) از صلاحیت اخلاقی فرد معرفی شده. این تأییدیه می بایست براساس نظر مشورتی با مسئول حراست صورت پذیرد.

۲- در صورت بیشتر بودن تعداد بهورزان دانشگاه از ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر بهورز به اعضای شورا اضافه خواهد شد.

۳- بیش از ۴۰۰ بهورز بازای هر ۳۰۰ بهورز یک نماینده بهورز به شورا اضافه می شود.

تبصره ۱: سطح دانشگاه می تواند تعداد نمایندگان بهورزان، مدیران آموزشگاه (یا فرد جایگزین وی در صورت نبودن آموزشگاه)، مسئول گسترش، رئیس مرکز بهداشت شهرستان را براساس تعداد شهرستان های تابعه تنظیم نماید . در این شرایط ترکیب تعداد نمایندگان بهورزان نباید از ۴۰٪ افراد شورا کمتر باشد.

تبصره ۲: حضور هر مقام بالاتر در ترکیب شوراها نظیر معاونین پشتیبانی، رؤسای دانشگاه و ... مطلوب است.

۱-۱- سطح کشوری:

- ۹ نفر بهورز از ۹ منطقه کشور
 - ۴ نفر کارشناس مسئول بهورزی از ۴ منطقه کشور
 - ۲ نفر مدیر گروه گسترش از ۲ منطقه کشور
 - ۲ نفر معاون بهداشتی از دانشگاه ها
 - ۱ نفر معاون پشتیبانی از دانشگاه ها
 - ۱ نفر مدیر گروه نیروی انسانی دانشگاه ها
 - معاون مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت (به عنوان رئیس شورا)
 - مدیر گروه نیروی انسانی مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
 - کارشناسان آموزش بهورزی مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
 - مدیر کل دفتر مدیریت منابع انسانی
 - رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری
 - نماینده ثابت دفتر مدیریت منابع انسانی در شورای کشوری
- تبصره: در تمامی موارد فوق- سطوح مختلف شورا- بنا به صلاحدید مدیران مربوطه (رئیس مرکز بهداشت شهرستان- معاونین بهداشتی دانشگاه- رئیس مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت) سایر افراد علمی یا مدیران نیز می توانند به عنوان مشاور موقت یا عضو دائمی شورا انتخاب شوند.

فصل دوم- وظایف برنامه های شوراها

الف- زمان بندی برنامه های گردهمایی شوراها به صورت ذیل خواهد بود:

- سطح مرکز بهداشتی درمانی حداقل هر دو ماه یکبار
- سطح شهرستان، حداقل هر سه ماه یکبار
- سطح دانشگاه، حداقل هر ۶ ماه یکبار
- سطح کشوری، حداقل یک بار در سال

ب- وظایف و برنامه های شورا:

وظایف و برنامه های شورا می بایست حداقل محورهای اهداف راهبردی پیشنهادی در این آئین نامه را داشته باشد . شوراها موظفند علاوه بر موارد ذکر شده در این اهداف با اجماع خود موارد نیاز منطقه ای را نیز به برنامه های خود اضافه نمایند. شوراها سطح مرکز بهداشتی درمانی، شهرستان و دانشگاه موظفند، براساس دستورالعمل زمان بندی فوق گزارش عملکرد خود را در ۴حیطه زیر به مدیران ذیربط و شوراها ی فوقانی خود ارائه نمایند:

- ۱- ارتقاء کیفیت خدمات در حوزه های تحت پوشش و برنامه هایی که برای آن دارند.
- ۲- بهبود فرایندهای پشتیبان خدمات در حوزه های تحت پوشش
- ۳- بهبود شرایط کاری و ارتقاء بهورزان و برنامه هایی که برای حل مشکلات آنها دارند.

تبصره ۱: هر شورا می تواند به اقتضای شرایط، نیازها و امکانات خود اقدام به بسط فعالیت های مرتبط خود در حیطه های قانون نموده و علاوه بر آن برای خود برنامه های عملیاتی، فرم ها و سایر امکانات را ایجاد نماید.

تبصره ۲: مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت موظف است در پایان هر سال گزارش عملکرد شوراهای و دستاوردهای آنها را به معاونت محترم سلامت و مقام محترم وزارت متبوع ارائه نماید.