دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
معاونت بهداشتی دانشگاه

آیین‌نامه شوراهای بهورزی
و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی

مقدمه:

استقرار نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی[1] در کشور پس از پیروزی انقلاب اسلامی تحولی بنیادی و وسیع در خدمت‌رسانی در کشور ایران بود. به جرأت می‌توان گفت که در یک مقایسه بین‌المللی شاید کمتر کشوری با سطح درآمد یکسان با کشورمان توانسته است دستاوردهایی با این وسعت ناشی از استقرار یک نظام جامع و عدالت محور مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی داشته باشد. به طور قطع گذشت زمان ما را نیازمند تحول در این نظام می‌نماید. بدیهی است چنین تحولی از طریق یک دیدگاه فرآیندنگر، همه جانبه و مبتنی بر تحول در محیط ارائه خدمت ممکن است. در این راستا بهره‌گیری از تجربه‌های معنی‌دار محیط، خصوصاً آنان که در عرصه خدمت اشتغال دارند بسیار ضروری خواهد بود. براین اساس تلاش می‌گردد تا با بهره‌گیری از یک سازماندهی از نیروهای محیطی اقدام به ارتقاء این خدمات نماییم.

با توجه به محوری بودن نقش خانه‌های بهداشت و بهورزان، مداخله بهورزان در این امر ضرورتی قطعی دارد. گو اینکه جنبه بسیار مهمی از ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی ارتقاء وضعیت و موقعیت این خدمت‌گزاران سلامت در روستاست.

براین اساس برنامه ارتقاء خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی مبتنی بر دو محور اساسی خواهد بود

۱. ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی از طریق بازنگری در محتوا و صیانت از استانداردهای آن
۲. ایجاد رضایت‌مندی بالاتر شغلی در ارائه دهندگان خدمات فوق‌الذکر 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 خانه‌های بهداشت با مشارکت خود بهورزان
۲. تحلیل نتایج ارزشیابی عملکرد خانه‌های بهداشت
۳. بهبود استانداردهای ارائه خدمت از طریق صیانت از استانداردها با مشارکت و هم‌فکری بهورزان

[1] *PHC-primary health care*

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 راه‌کار برای ارتقاء آنها

۶. تحلیل فرایندهای مدیریت منابع انسانی مشتمل بر نظام پرداخت، مهارت‌های پرسنلی، ارزشیابی بهورزان، ارتقاء شغلی، رضایت‌منـدی و .... و ارائه راه‌کار برای ارتقاء آنها

۷. بهبود فرایندهای مدیریت منابع در سطوح ستادی به منظور حل مشکلات تأمین منابع مورد نیاز برای ارائه خدمات در خانه‌های بهداشت.

۸. ارتقاء وضعیت بهورزان از طریق بهبود شاخص‌های مدیریت منابع انسانی در حوزه‌های شهرستان، دانشگاه و ستاد وزارتخانه.

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

۱۰. توسعه فرهنگ عدالت محوری و پاسخ‌گویی به بهورزان در حوزه شهرستان و دانشگاه.

۱۱. مشارکت بهورزان در بهبود استانداردها و ارائه راه‌کارها.

۱۲. تبادل اطلاعات و تجربیات در میان بهورزان.

۱۳. ایجاد نظام حل مشکلات مبتنی بر قدرت و اختیارات سطوح مختلف و پیشگیری از ارجاع بی‌مورد مکاتبات و شکایات و پاسخ‌گـویی عوامـل مسئول در دانشگاه.

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

۱۵. درک 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 شوراها و هدف‌گزاری و طراحی برنامه‌های عملیاتی در آنها به تبع شرایط مناطق متفـاوت خواهـد بـود. در این آئین‌نامه تنها به کلیات و مبانی اشاره گردیده و دانشگاه این اختیار را خواهد داشت تا در چارچوب این دستورعمل و سـایر قـوانین موجـود در کشور اقدام به تعدیل آئین‌نامه، طراحی ساختار و اجرای برنامه برای شوراها براساس نیاز خود نماید.

فصل ۱- نحوه تشکیل شوراهای ارتقاء خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی و بهورزی

۱-۱- سطح مرکز خدمات جامع سلامت

تشکیل شوراهای بهورزی و اقدامات مورد نیاز آنها می‌بایست از نخستین سطح ارائه خدمات شروع گردد. لـذا نخسـتین سـطح شـورای بهـورزی مراکز خدمات جامع سلامت می‌باشند. ترکیب اعضای شورای بهورزی در سطح مرکز خدمات جامع سلامت را افراد ذیل تشکیل می‌دهند.

- تمامی بهورزان منطقه

تبصره: در صورتی که امکان حضور همزمان تمامی بهورزان منطقه در یک جلسه شورا مقدور نباشد. مدیر مرکز خدمات جامع سلامت می‌تواند جلسات شورا را براساس وضعیت منطقه در ۲ یا ۳ گروه یا بیشتر تنظیم نماید. بدیهی اسـت تعـداد افـراد شـرکت کننـده بهـورز در ایـن جلسات نمی‌بایست به تعداد غیرمتعارفی که شکل شورا نداشته باشد کاهش یابد. (پیشنهاد می‌شود جلسات بـا حضـور حـداقل ۴ بهـورز صـورت پذیرد)

- تمامی اعضا تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت و پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

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

۱-۲- سطح مرکز بهداشت شهرستان

- هر شهرستان تا ۵۰ بهورز، نمایندگان از هر یک از افراد زیر خواهند داشت.
  - ۵ نفر بهورز– مدیر مرکز آموزش بهورزی (و در صورت نبودن مدیر مرکز آموزش در شهرستان یک نفر کارشناس از واحد گسترش شبکه‌های شهرستان) – مسئول گسترش شبکه‌های شهرستان، رئیس مرکز بهداشت شهرستان و مسئول امور اداری در سطح شهرستان
- 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 بهوزان
  - به ازای هر ۱۰۰ نفر بهورز اضافی یک نماینده جدید از بهورزان

تبصره: سطح شهرستان می‌تواند تعداد نمایندگان بهورزان را براساس تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی تنظیم نماید. به عنوان مثال از هر مرکز خدمات جامع سلامت یک نماینده یا از هر چند مرکز خدمات جامع سلامت یک یا دو نماینده

۱-۳ – سطح دانشگاه

- در هر دانشگاه تا ۲۰۰ بهورز نمایندگانی از هر یک از افراد زیر خواهد داشت.
  - ۷ بهورز – یک مدیر مرکز آموزش بهورزی– کارشناس مسئول بهورزی– مدیر گروه گسترش– معاون بهداشتی– مدیر گروه نیروی انسانی دانشگاه
- در صورت بیشتر بودن تعداد بهورزان دانشگاه از ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر بهورز به اعضای شورا اضافه خواهد شد.
- بیش از ۴۰۰ بهورز بازای هر ۳۰۰ بهورز یک نماینده بهورز به شورا اضافه می‌شود.

تبصره۱– سطح دانشگاه می‌تواند تعداد نمایندگان بهورزان، مدیران آموزشگاه (یا فرد جایگزین وی در صورت نبودن آموزشگاه)، مسئول گسترش، رئیس مرکز بهداشت شهرستان را براساس تعداد شهرستان‌های تابعه تنظیم نماید. در این شرایط ترکیب تعداد نمایندگان بهورزان نباید از ۴۰٪ افراد شورا کمتر باشد.

تبصره۲: حضور هر مقام بالاتر در ترکیب شوراها نظیر معاونین مدیریت توسعه و منابع، رؤسای دانشگاه و ... مطلوب است.

۱-٤ – 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 دانشگاه‌ها
- ۱ نفر معاون مدیریت توسعه و منابع از دانشگاه‌ها
- ۱ نفر مدیر گروه نیروی انسانی دانشگاه‌ها
- رئیس مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت (به عنوان رئیس شورا)
- معاون رئیس مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

- 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 می‌توانند به عنوان مشاور موقت یاعضو دائمی شورا انتخاب شوند.

ب- نحوه انتخاب اعضای بهورز

۱- **سطح مرکز خدمات جامع سلامت:** تمامی بهورزان و اعضای تیم سلامت عضو شورای بهورزی مرکز خدمات جامع سلامت خواهند بود.

۲- **سطح شهرستان:** انتخاب اعضای بهورز شورا با رأی عمومی و آزاد بهورزان توسط هم‌صنفان 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 هم‌صنفان 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 می‌گردد. هر منطقه دانشگاه‌های 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 می‌کند.

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 جدید براساس دستورات بندهای قبلی صورت خواهد پذیرفت.

ج: شرایط داوطلبان 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 می‌بایست براساس نظر مشورتی با مسئول حراست صورت پذیرد.

فصل دوم- وظایف برنامه‌های شوراها

الف- زمان‌بندی

زمان‌بندی برنامه‌های گردهمایی شوراها به صورت ذیل خواهد بود

- سطح مرکز خدمات جامع سلامت 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 برنامه‌های شورا

وظایف و برنامه‌های شورا می‌بایست حداقل محورهای اهداف راهبردی پیشنهادی در این آئین‌نامه را داشته باشد. شوراها موظفند علاوه بر موارد ذکر شده در این اهداف با اجماع خود موارد نیاز منطقه‌ای را نیز به برنامه‌های خود اضافه نمایند. شوراهای سطح مرکز خدمات جامع سلامت، شهرستان و دانشگاه موظفند، براساس دستورالعمل زمان‌بندی فوق گزارش عملکرد خود را در ۴ حیطه زیر به مدیران ذی‌ربط و شوراهای فوقانی خود ارائه نمایند.

۱- ارتقاء کیفیت خدمات در حوزه‌های تحت پوشش و برنامه‌هایی که برای آن دارند.

۲- بهبود فرایندهای پشتیبان خدمات در حوزه‌های تحت پوشش.

۳- بهبود شرایط کاری و ارتقاء بهورزان و برنامه‌هایی که برای حل مشکلات آنها دارند.

تبصره ۱: هر شورا می‌تواند به اقتضای شرایط، نیازها و امکانات خود اقدام به بسط فعالیت‌های مرتبط خود در حیطه‌های قانون نموده و علاوه بر آن برای خود برنامه‌های عملیاتی، فرم‌ها و سایر امکانات را ایجاد نماید.

تبصره۲ : مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت موظف است در پایان هر سال گزارش عملکرد شوراها و دستاوردهای آنها را به معاونت محترم سلامت و مقام محترم وزارت متبوع ارائه نماید.