

شورای مربیان

هر مرکز آموزش بهورزی دارای یک شورای مربیان است.

الف- اعضای شورای مربیان عبارتند از :

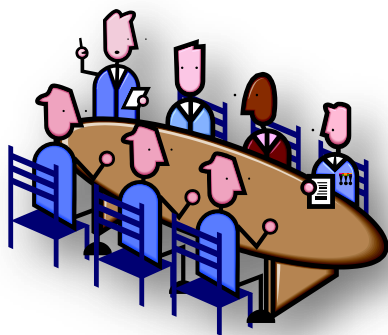
- مدیر مرکز (رئیس شورا)
- مربیان ثابت و شاغل (اعضاء ثابت)
- مربیان غیر ثابت و نیز سایر افرادی که حضور آنان در جلسه ضرورت داشته باشد بنا به مورد می توانند در جلسات شورای مربیان بدون داشتن حق رای شرکت نمایند.
- تبصره ۱: یکی از اعضای ثابت به عنوان منشی شورا انتخاب می شود.
- تبصره ۲: جلسات شورای مربیان حداقل هر ماه یک بار تشکیل و در موارد لزوم بنا به پیشنهاد اعضاء جلسه فوق العاده برگزار می شود. حضور حد اقل دو سوم اعضا و رییس شورا برای تشکیل جلسات ضروری است.
- تبصره ۳: تصمیمات اتخاذ شده در جلسات شورا پس از تنظیم صورت جلسه و امضاء کلیه اعضاء و ثبت شماره و تاریخ در دفتر توسط مدیر مرکز به مرکز بهداشت شهرستان و در صورت نیاز به تشخیص شورا به دانش آموزان بهورزی اعلام می شود .
- پیگیری اجرای مفاد صورت جلسات به عهده رئیس شورا خواهد بود.

وظایف شورای مربیان

- تصمیم گیری در مورد تشویق ، تنبیه ، اخراج و نحوه ادامه تحصیل دانش آموزان بهورزی ، تغییر محل کارآموزی و...
- تصمیم گیری بمنظور راهنمایی در مورد حل مشکلات فردی و اجتماعی دانش آموزان بهورزی
- تصمیم گیری در مورد حل مشکلات فنی و اداری مرکز
- ارزیابی عملکرد مرکز با توجه به مهارت بهورزان در خانه های بهداشت و برنامه ریزی برای ارتقاء عملکرد مرکز
- تصمیم گیری در مورد انتخاب بهورز نمونه
- برنامه ریزی برای ارتقاء عملکرد مربیان با تشکیل کارگاه های آموزشی و بازدید از سایر استان ها
- تنظیم برنامه های علمی ، فرهنگی ، اجتماعی برای دانش آموزان بهورزی



- بررسی سایر مسایلی که نیاز به طرح در شورا داشته باشد بنا به پیشنهاد رئیس یا اعضای شورا
- تصمیم گیری در مورد نحوه آموزش بهورزان شاغل و سایر پرسنل و نحوه مهارت آموزی آنان



شورای بهورزی شهرستان ها :

در هر شهرستان شورای بهورزی در دو سطح تشکیل خواهد شد.

۱- در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و با حضور تمامی بهورزان منطقه و

تمام اعضای تیم سلامت و حداقل ۲ ماه یکبار

۲- در سطح مرکز بهداشت شهرستان با رأی عمومی و آزاد بهورزان و

حداقل ۳ ماه یکبار

«آیین نامه شوراهای بهورزی و ارتقاء مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی»

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 جرات 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 فرایند نگر 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. بر این اساس تلاش می گردد تا با بهره گیری از یک سازماندهی از نیروهای محیطی اقدام به ارتقاء این خدمات نمایم.

با توجه به محوری بودن نقش خانه های بهداشت و بهورزان ، مداخله بهورزان در این امر ضرورتی قطعی دارد. گو این که جنبه بسیار مهمی از ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی ارتقاء وضعیت و موقعیت این خدمت گزاران سلامت در روستا است.

بر این 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.

۳- 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 غیر انسانی و ارائه پیشنهاد راه کار برای ارتقاء آنها
- ۶- تحلیل فرآیندهای 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 فرآیندهای 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 پیش گیری 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- 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

تذکره: با توجه به این که تشکیل شوراها 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 آیین نامه، طراحی ساختار و اجرای برنامه برای شوراها بر اساس نیاز خود نماید.

نحوه تشکیل شوراهای بهورزی و ارتقاء مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی

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 خدمات جامع سلامت می باشند.

ترکیب اعضای شورای بهورزی در سطح مرکز خدمات جامع سلامت 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 می تواند جلسات شورا را بر اساس 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 اعضای تیم سلامت مرکز و پزشک مرکز

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

۱-۲ سطح مرکز بهداشت شهرستان:

۱- هر شهرستان تا ۵۰ بهورز، اعضای شورا شامل افراد زیر خواهد بود:

۵ نفر بهورز - مدیر مرکز بهورزی (و در صورت نبودن مدیر در شهرستان یک نفر کارشناس از واحد گسترش

شبکه 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 بر اساس تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی

تنظیم نماید به عنوان مثال از هر مرکز یک نماینده یا از هر چند مرکز یک یا دو نماینده

وظایف و برنامه های شورا

وظایف و برنامه های شورا می بایست حداقل محورهای اهداف راهبردی پیشنهادی در این آئین 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 . شوراهای سطح مرکز ، شهرستان و دانشگاه موظفند ، براساس دستورالعمل زمان بندی فوق گزارش عملکرد خود را در ۴ حیطه زیر به مدیران ذیربط و شوراهای فوقانی خود ارائه نمایند.

۱- ارتقاء کیفیت خدمات در حوزه های تحت پوشش و برنامه هایی که برای آن دارند.

۲- بهبود فرآیندهای 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 قانونی 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.