



## The 12<sup>th</sup> International & 17<sup>th</sup> National Congress on Quality Improvement in Clinical Laboratories

29 فروردین تا 1 اردیبهشت ماه 1398 - ایران، تهران

**لزوم تغییر آیین نامه و مقررات اداره آزمایشگاههای تشخیص پزشکی و تاثیر آن بر آینده**

دکتر حسن حسینی دکتری علوم آزمایشگاهی، دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت سلامت

The need to change the regulations of the medical diagnostic laboratories and it's  
impact on the future

 [dr.ha.Hosseini](https://www.instagram.com/dr.ha.Hosseini)

Dr. H. Hosseini DCLS, Health care management PHD student

## سلسله مراتب قوانین

- قانون؟
- آیین نامه؟
- بخشنامه؟
- دستورالعمل؟
- .....

مسئله سلسله مراتب قوانین را در حداقل در دو سطح می توان بررسی کرد: (1) برتری قانون اساسی نسبت به قوانین عادی (2) برتری قوانین عادی نسبت به آیین نامه ها

# مفهوم قانون در نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران

## • تعریف قانون:

مرجعی که باید از قانون تعریف کند معمولاً قانون اساسی است ولی قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تعریفی از قانون ارائه نکرده است و در هیچیک از قوانین دیگر نیز قانون تعریف نشده است

یک فصل کامل از اصل 62 تا 99 به قوه مقننه و طرز کار این قوه اختصاص دارد

نمونه ای از تعاریف قانون:

-وضع مقررات عام و دائمی

-قانون به مقررات لازم الاجرائی گفته می شود که نام آن قانون است و تنها مجلس حق دارد مقرراتی را با این نام وضع کند

البته در بعضی مسائل مهم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی ممکن است اعمال قوه مقننه از راه همه پرسی و مراجعه مستقیم به آراء مردم صورت گیرد. مانند انحلال مجلس

# آیین نامه

## • انواع آیین نامه:

آیین نامه های اجرایی (غیر مستقل): به حکم صریح یا ضمنی قانونگذار برای تکمیل قانون وضع می شوند

آیین نامه های تفویضی: مقرراتی که با اذن صریح قانونگذار توسط قوه مجریه وضع میشوند اما ماهیتا با قانون فرقی ندارند

آیین نامه های مستقل: به موجب اصل 138 مقامات اجرایی می توانند در حدود اختیاراتشان اقدام به وضع آیین نامه نمایند

## تفاوت قانون با آیین نامه

• قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به صراحت برتری قانون اساسی نسبت به قوانین عادی را اعلام داشته است.

این اختلاف فقط به مراجع وضع کننده مربوط نمی شود بلکه این اختلاف کیفی و ماهوی است:

قانون ناشی از قوه مقننه است و شرایط تصویب آن را قانون اساسی معین می کند. ولی تصویب آیین نامه های اداری از طرف قوه مجریه وضع می شود و نیازمند تشریفات خاصی نیست

قانون حاکم بر تمام مردم و سازمانهای دولتی است و اگر تصویب و امضا شود هیچ مرجعی حق الغای آن را ندارد و فقط قوه مقننه می تواند با وضع قانون دیگری بطور صریح یا ضمنی، آن را فسخ کند. ولی اعتبار تصمیم های قوه مجریه محدود به مفاد قوانین است و در صورتی اعتبار دارد که مخالف مصوبات مجلس نباشد، در غیر اینصورت نه تنها دادگاهها باید از اجرای این گونه تصمیم ها خودداری کنند (اصل 170 قانون اساسی) هر ذینفع نیز حق دارد از دیوان عدالت اداری ابطال آنها را بخواهد.

تصویب نامه ها و آیین نامه های اداری قوه مجریه را پایبند نمی کند، زیرا مقام تصویب کننده یا مقام بالاتر می تواند با گرفتن تصمیم تازه ای اثر آنرا نسخ نماید

# تصویب نامه

## تصویب نامه :

مقرراتی است که مراجع و مقامات دولتی در حدود صلاحیت در امور معین و مشخص وضع مینمایند در اموری غیر از امور مورد نظر قانونگذار . مجوز حقوقی دولت در وضع تصویب نامه ناشی از مسئولیت است . تصویب نامه محتوی امری معین و محدود است به صورت متن واحد تدوین میشود ولی ایین نامه مشتمل بر قواعد عام و کلی متعدد و مرتبط است.

## بخشنامه :

که به آن متحدالمال میگویند یعنی تعلیم و تعلیمات کلی و یکنواخت به صورت مکتوب ، که از طرف مقام اداری به مرئوسین برای ارشاد به مدلول و طرز تطبیق قانون یا ایین نامه داده میشود و نباید مخالف قانون یا ایین نامه باشد و اگر مخالف صریح قانون نباشد از سیوی مرئوس لازم الاتباع است .(دستورالعمل : توسط شوراها و کمیسیون ها وضع میشود ، تعیین ضوابط اجرایی برای واحدها است برای ارائه اطلاعات فنی و عملی .

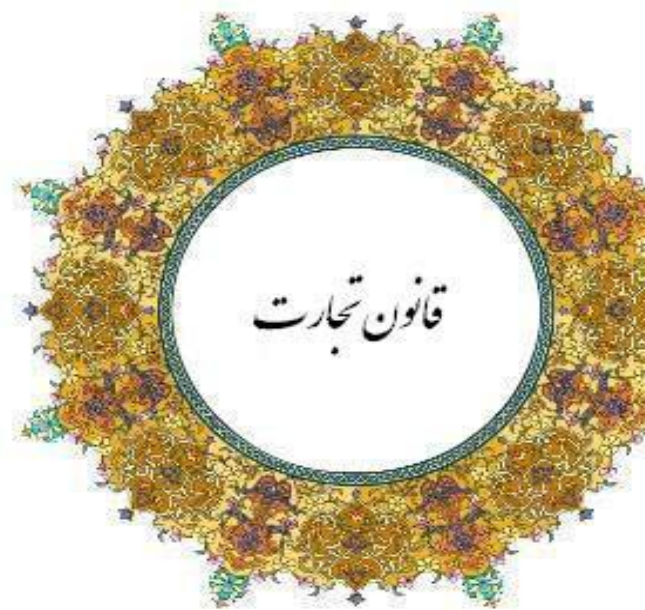
## مصوبه :

تصمیمات شوراها ، هیاتها و کمیسیونها است به مفهوم اخص کلمه . ابلاغیه یا ابلاغ وزارتی یعنی هدایت ادارات در اختیار و تکلیف وزیر است اگر به مورد خاص باشد دستور وزیر را ابلاغ وزارتی گویند و اگر به طور کلی باشد بخشنامه وزارتی گویند)



# قوانین بالا دستی و مرتبط آیین نامه تاسیس آزمایشگاههای تشخیص پزشکی:

- قانون اساسی
- قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی، مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال 1334 با اصلاحات آن
- قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب 1365
- قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب 1367
- قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی مصوب 1367
- سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران
- قانون برنامه ششم توسعه
- قانون تجارت
- قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی



# قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۱۱ - تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به:
- الف- خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی.
- ب- مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، آزمایشگاهی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توان بخشی.

# قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- 16- تعیین ضوابط مربوط به ارزیابی، نظارت و کنترل بر برنامه ها و خدمات واحدها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی، بهداشتی - درمانی و بهزیستی و انجام این امور براساس استانداردهای مربوطه.

# قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳

- تبصره 4 ( الحاقی 1374) در مواردی که **موسس مرکز** و موسسه پزشکی یک نفر باشد و شخص مزبور **فوت نماید** وارث او میتواند با ارائه گواهی تسلیم دادخواست حصر وراثت و معرفی یک نفر به عنوان مسوول فنی واجد شرایط دریافت پروانه به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی **درخواست صدور پروانه مسوولیت فنی موقت نمایند** اعتبار این پروانه به **مدت دو سال** خواهد بود. وارث مکلفند ظرف مهلت یاد شده با ارائه دادنامه حصر وراثت نسبت به معرفی شخص واجد شرایط قانونی دریافت پروانه به عنوان موسس جدید اقدام کنند. در غیر این صورت موسسه توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تعطیل خواهد شد.

دستور

## آئین نامه تاسیس و اداره امور آزمایشگاه های تشخیص پزشکی

این آئین نامه ، به استناد مواد ۱ ، ۲ ، ۳ ، ۴ ، ۶ ، ۲۰ ، ۲۴ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی، مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴/۳/۲۹ (با اصلاحات بعدی) و بندهای ۱۱ و ۱۶ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷ و ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آئین نامه اجرائی آن مصوب سال ۱۳۶۵ هیئت محترم وزیران و اصلاحات سال ۱۳۶۶ و قانون ثبت و گزارش دهی اجباری سرطان مصوب ۱۳۶۳ و قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی مصوب ۶۷/۱۲/۲۳ مجمع مصلحت نظام اسلامی تهیه و بشرح زیر اعلام می گردد :

این آئین نامه در ۱۴ فصل و ۴۷ ماده و ۳۱ تبصره ، به تصویب رسید و کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل ها و بخشنامه های مغایر با آن از تاریخ ابلاغ این آیین نامه لغو می گردد .

**دکتر محمد حسن طریقت منفرد**

**وزیر**  


به منظور رسیدن به اهداف نظام سلامت که حفظ و ارتقاء سلامت و نیز توسعه دسترسی و عدالت در این بخش است، ضرورت دارد متناسب با نیازهای موجود ، الگو و مدل مناسبی از نظام سلامت طراحی و برگزیده شود.

بدون داشتن چارچوب و سیستمی کارآمد و اثربخش در نظام سلامت امکان دسترسی به این اهداف وجود ندارد.



## برخورد با ناکامی بازار

بازارها توان این را دارند که به گونه ای کارآمد به فعالیت بپردازند و منابع خود را بسوی با ارزشترین استفاده، هدایت کنند و بطور کلی رفاه اجتماعی را بیشینه سازند. اما ویژگیهای متعدد و بهم پیوسته و تفکیک ناپذیر مراقبت های بهداشتی درمانی وجود دارد که حکایت از عدم فعالیت مطلوب بازارهای افسارگسیخته و خارج از کنترل را دارد. که این ویژگی ها را مجموعاً « ناکامی بازار » می گویند.

❖ عواملی که باعث قدرت انحصاری، یا ناکارا بودن بازار می شوند عبارتند از :

۱- کم بودن ارائه دهندگان ۲- جانشین های نزدیک کمتر ۳- موانع ورود به بازار

چرا مداخله می کنیم؟	ویژگیهای اصلی بازارهای مراقبت بهداشتی	نمونه هایی از انواع مناسب مداخلات
برای اطمینان در برابر خطر	- عدم اطمینان و ابهام در نیازهای بهداشتی - اهمیت بهداشت و سلامت - بالا بودن هزینه کالاها و خدمات بهداشتی	- تامین مالی دولتی یا بیمه اجتماعی - ساماندهی بیمه خصوصی به منظور اطمینان از دسترسی
برای افزایش دسترسی به کالاهای بهداشتی	- توزیع نامناسب درآمد در جامعه - همبستگی بین فقر وضعف بهداشت - مراقبت از عوارض جانبی	- تامین مالی دولتی مراقبت ها - یارانه برای نیازهای اساسی بهداشتی - انتقال درآمد از طریق سیستم مالیات و مزایا
افزایش کالاهای مفید و کاهش بیماری	- وجود کالای عمومی - وجود عوارض خارجی مثبت و منفی - بهداشت یعنی توان کالای استحقاقی	- یارانه ها - تامین رایگان کالای عمومی - ارتقا سلامت - تنظیم و کنترل تبلیغات
برای افزایش رقابت بین عرضه کنندگان	- منابع محدود و نیازهای نامحدود - نیاز به بیشینه سازی در کارایی و اثربخشی - تعداد محدود عرضه کنندگان و صرفه جویی های مقیاس یا تنوع تولید	تشویق به خرید فعال توسط مصرف کنندگان یا نمایندگان - انگیزه های بیشتر برای پزشکان و بیمارستان ها - خصوصی سازی و یا بازارهای داخلی در بخش عمومی
برای کنترل مجموع هزینه ها	- روابط نمایندگی، بنگاه - مسائل اطلاعات مربوط به تولید و نتیجه - میل به صعود هزینه ها	حفظ کنترل روی منابع مالی - تشویق خود-کنترلی حرفه ای - خرید فعال، با استفاده از اطلاعات مربوط به هزینه - اثربخشی بودن درمان ها

## ضرورت دخالت دولت در سلامت

○ وجود نمونه های نارسایی بازار در خدمات سلامت ( MARKET FAILURE )

— کمبود اطلاعات در مشتریان ( خدمات گیرندگان )

— عدم توازن اطلاعاتی بین ارائه کنندگان خدمات و گیرندگان آن  
( INFORMATIONAL ASYMETRY )

— مشکلات مربوط به پوشش بیمه سلامت مثل نداشتن پاداشی برای بیمه کردن بیمارهای سخت ( که معمولاً هم بیشتر نیازمندند! ) و یا تقاضا در افرادی که هزینه ای بابت خدمات نمی دهند.

## ضرورت دخالت دولت در سلامت

○ نیاز به خدمات پایه و ضروری سلامت به منظور حفظ و ارتقاء سلامت عمومی و نیز دسترسی فقرا به خدمات پایه و کاهش فقر در جامعه از دیگر سو .

➤ بخش های خصوصی امکان دسترسی جمعیت های کم درآمد را به مراقبت فراهم نمی کنند.

➤ ارائه برخی خدمات برای بخش های خصوصی صرفه اقتصادی و انگیزه ای ندارند.

# اجزای اصلی نظام سلامت

□ منابع ( RESOURCES )

❖ منابع انسانی

❖ منابع فیزیکی

❖ تجهیزات

□ عاملان نظام

□ سازمان ها و مؤسسات تأمین مالی ( FINANCING )

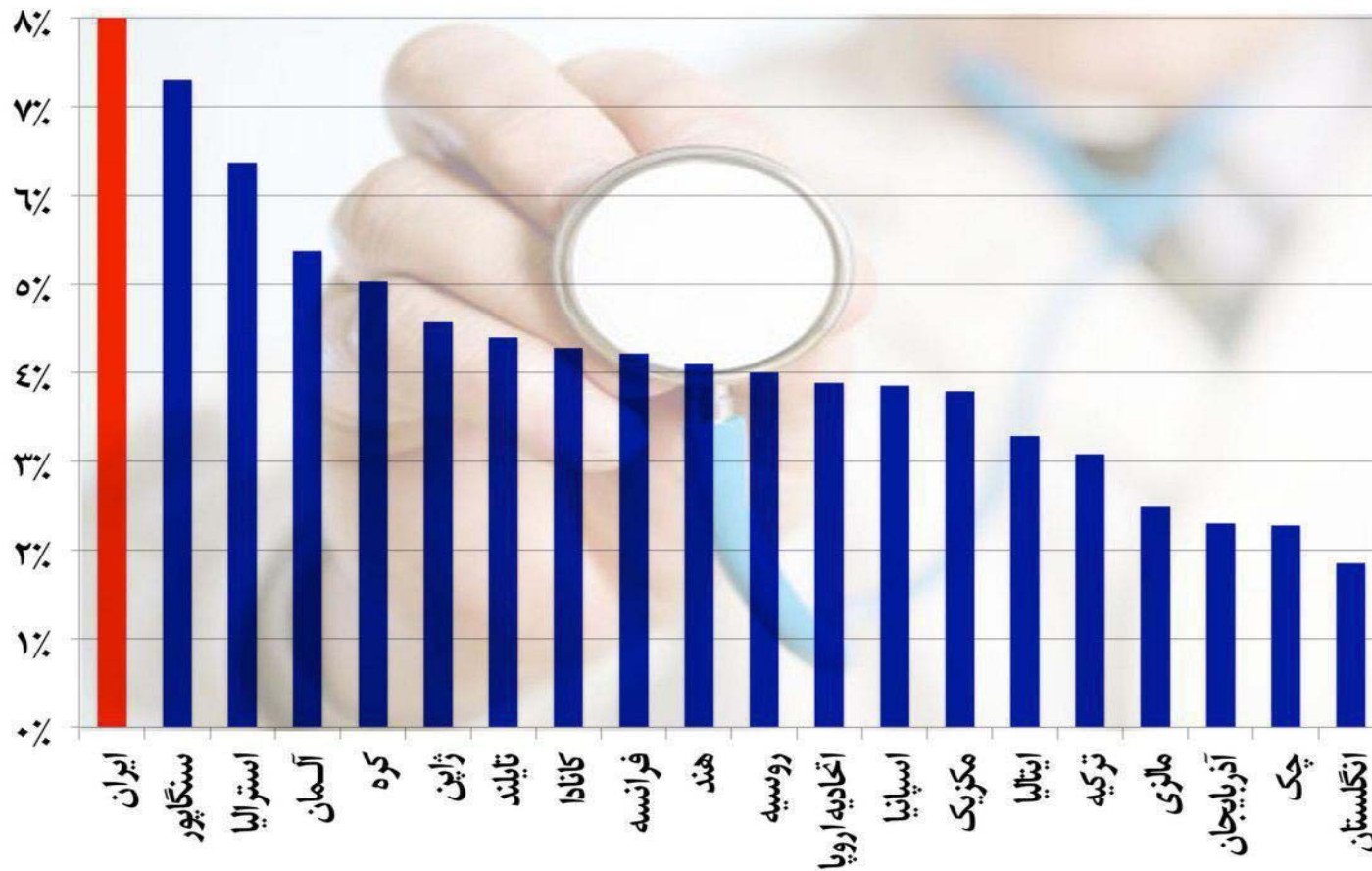
□ تدوین و تنظیم قوانین و مقررات ( واحدها و سازمان های موظف )

□ سیستم ارائه خدمات ( HEALTH PROVISION )

## دلایل نیاز به اقتصاد سلامت

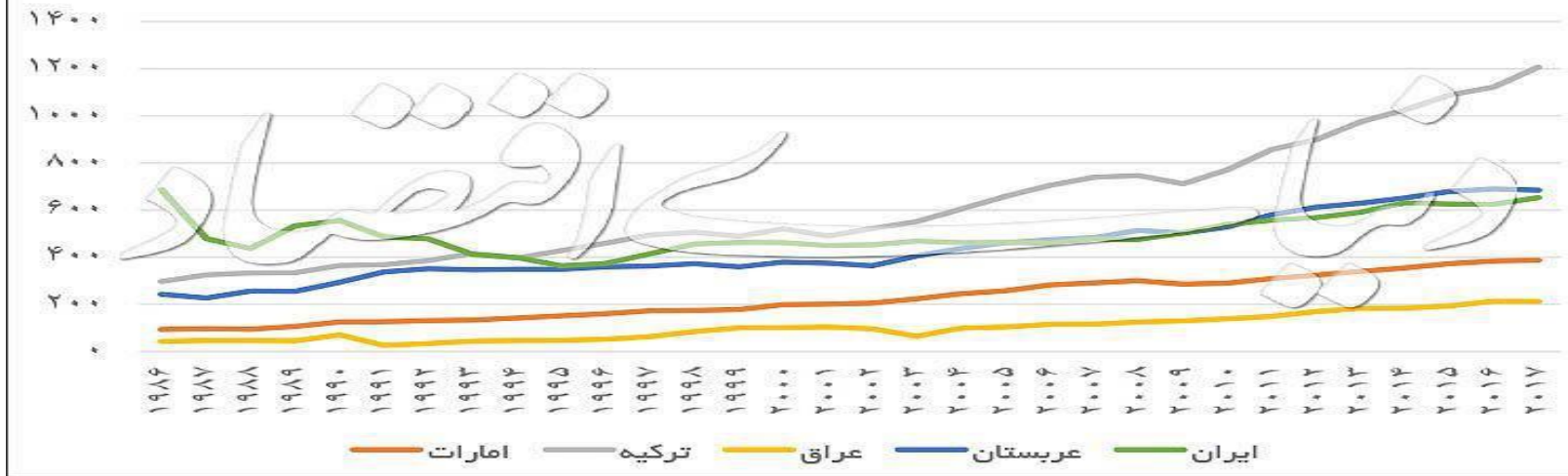
- ❑ افزایش هزینه ها در حوزه سلامت
- ❑ افزایش تقاضا و نیازها و انتظارات مردم
- ❑ محدودیت منابع

## سهم هزینه «بهداشت درمان» از کل هزینه خانوارها در ایران و کشورهای منتخب

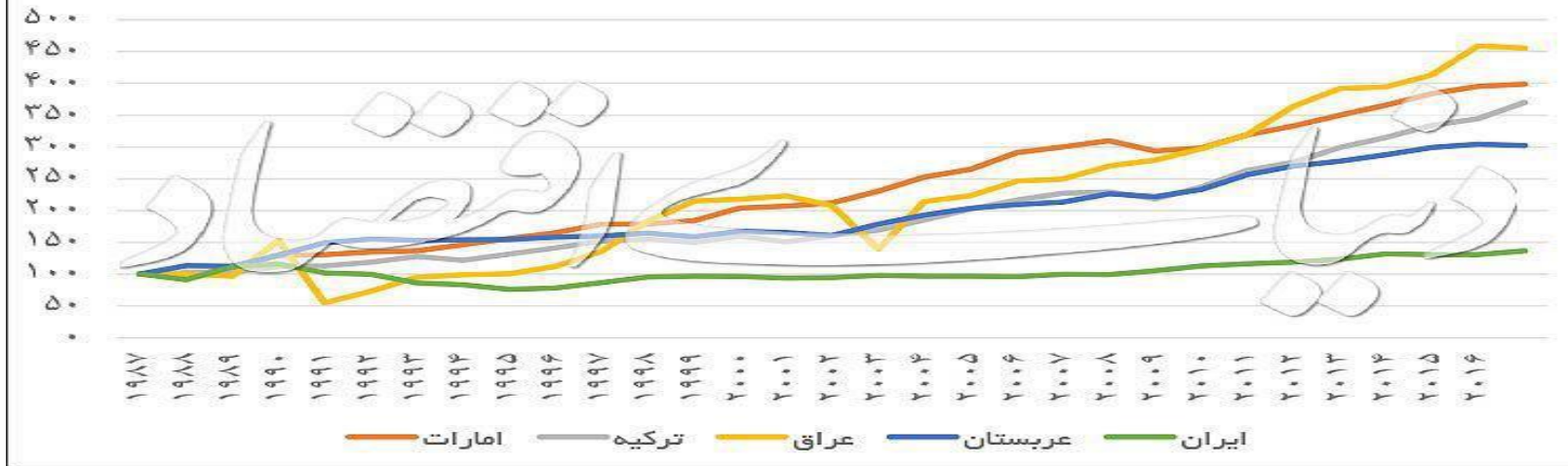


تحلیل و استنتاج: احسان سلطانی بر اساس داده های بانک مرکزی ایران (۱۳۹۴) و حسابهای ملی کشورها (۲۰۱۴)

تولید ناخالص داخلی به قیمت ثابت ۲۰۱۰



تولید ناخالص داخلی با فرض نقطه شروع برابر





## اقتصاد سلامت (شرایط کشورهای در حال توسعه)

هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته بازارهای مراقبت سلامت وجود دارد. تفاوت این است که در کشورهای توسعه یافته بازارها به طور آگاهانه و برنامه ریزی شده شکل گرفته اند و هدف این بازارها افزایش کارایی می باشد.

در کشورهای در حال توسعه، بازارها بصورتی غیر اصولی و بدلیل وجود ضعف و نارسایی و عدم نظارت و کنترل دولت شکل گرفته اند و ماهیت آن با بازارها در کشورهای توسعه یافته متفاوت است.

## تخصیص و توزیع منابع مالی

❖ یکی از مهمترین و اساسی ترین ارکان و عوامل و پایه های یک نظام سلامت، تخصیص و توزیع منابع مالی می باشد که از یک سو می تواند تابعی از برنامه ها و استراتژی های سیستم ارائه خدمات باشد و از دیگر سو می تواند خود رفتار و عملکرد نظام سلامت را شکل و جهت دهد.

## تخصیص و توزیع منابع مالی

مهم این است که تخصیص منابع براساس برنامه و راهبرد به کدام سطح و به چه میزان تعلق گیرد؟

❖ **سطح اول** خدمات مراقبت سلامت : مراقبت های اولیه، پیشگیری، ...

❖ **سطح دوم** ارائه خدمات مراقبت سلامت تخصصی، سرپایی، بستری

❖ **سطح سوم** ارائه خدمات مراقبت سلامت تخصصی، فوق تخصصی،

تجهیزات و لوازم گران قیمت ، استفاده از تکنولوژی های پیشرفته

نکته مهم و اساسی در تعیین اولویتها پیدا کردن راهها و شیوه هایی است که بین اهداف مختلف در حوزه سلامت و دیدگاهها و انتظارات مختلف موازنه و رابطه منطقی برقرار نماید.

## وضعیت نظام سلامت در ایران ( چالشها)

- ۱- استراتژیهای اصلی در ارائه خدمات و سطوح خدمات مراقبتهای سلامت مشخص و تعریف شده نیست.
- ۲- نظام ارائه خدمات سلامت در کشور هماهنگی و یکپارچگی ندارد (Integration)
- ۳- سیستم شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی دارای مشکلاتی است.
- ۴- این سیستم شبکه با سطوح دوم و سوم ارتباط ارگانیک ندارد.
- ۵- بخشهای واحدهای خدمات تخصصی در بیمارستانهای دولتی کارایی لازم را ندارد.
- ۶- مراکز دولتی غیر دانشگاهی در ارتباط دینامیک و سیاستگذاری شده با دیگر مراکز نمی باشد.

## وضعیت نظام سلامت در ایران ( چالشها)

- ۷- مراکز خصوصی ارائه کننده خدمات در چارچوبی تعریف شده و مرتبط با دیگر بخش های نظام سلامت فعالیت نمیکند.
- ۸- روشهای تامین منابع مالی بخش سلامت کشور شفاف و تعریف شده نیست (مالیات، بیمه، ...) (Revenue collection & pooling)
- ۹- میزان پرداخت از جیب (out of pocket) مردم نسبتا بالاست.
- ۱۰- ارتباط بیمه های درمانی در کشور با ارائه کنندگان نارسایی های متعدد دارند (بعنوان بخشی از تامین کنندگان منابع مالی)

## وضعیت نظام سلامت در ایران ( چالشها)

۱۲- تخصیص منابع مالی به بخش و سطوح مختلف استراتژی خاصی را دنبال نمی کند.

۱۳- میزان تخصیص منابع مالی به سطوح دوم و سوم نسبتا بالاست.

۱۴- تخصیص منابع مالی متناسب با بیماریها در کشور و برنامه ریزی شده نیست.

۱۵- تربیت و آموزش نیروهای مختلف تخصصی متناسب با نیازها و شرایط از یک سو و استراتژیهای تعریف و مشخص شده از دیگر سو هماهنگی ندارد

## وضعیت نظام سلامت در ایران (نارسایی ها و مشکلات)

- سیاستگذاری در بخش سلامت در نهادهای مختلف در کشور توزیع شده است (متمرکز نیست).
- سیستم اطلاعات مدیریت، مناسب نبوده و کارایی لازم را جهت برنامه ریزی های بعدی ندارد.
- سیستم اطلاعات بیماریها و مشکلات بهداشتی درمانی قابلیت استفاده برای مواجهه با آنان را ندارد
- استراتژی های اساسی در رابطه با سیستم ارائه خدمات تعریف شده و شفاف نیست.
- جایگاه بیمه های درمانی بعنوان بخشی از تامین کنندگان منابع مالی حوزه سلامت مشخص و شفاف نیست.
- تخصیص منابع مالی در نظام سلامت بر اساس استراتژیهای تعریف شده ارائه خدمات صورت نمی گیرد



## چالشهای نظام سلامت در ایران از نگاه WHO

⚡ تغییر وضعیت همه گیر شناختی (افزایش بیماریهای غیر واگیر،  
آسیبها و تصادفات)

⚡ تغییر شیوه زندگی (life style)

⚡ افزایش حجم بخشهای خصوصی ارائه خدمات در حوزه سلامت  
بدون توجه به اولویت ها و نیازها .

⚡ روند تدابیر تشخیصی – درمانی مبتنی بر شواهد نمی باشد.

## چالشهای نظام سلامت در ایران از نگاه WHO

- ✓ تامین منابع مالی عادلانه صورت نمی گیرد .
- ✓ پرداخت مستقیم افراد out of pocket بالاست .
- ✓ جریان حمایت از فقرا در برابر هزینه های کمر شکن سلامت کمتر صورت می گیرد.

ایران	ترکیه	
1.63 تریلیون دلار	2.13 تریلیون دلار	تولید ناخالص داخلی
6.9%	4.5%	سهم سلامت از GDP
73.7	75	امید به زندگی
1.12	2.17	تراکم پزشک به ازای 1000 نفر جمعیت
47	72	رتبه بیکاری در جهان
0.1	2.5	تخت به 1000 نفر جمعیت

## شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

با وجود اینکه هزینه های بهداشتی ترکیه کمتر از کشورهای توسعه یافته است، میزان رضایتمندی بیماران از سال 2003 به میزان قابل توجهی با برنامه تبادل خدمات بهداشتی **افزایش** یافته است. رضایت بیمار در اتحادیه اروپا در سطح 63 درصد و در سال 2013 در **75 درصد در ترکیه** است.

## شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

اصلاحات نظام سلامت ترکیه در راستای سیاست پوشش فراگیر، در برگیرنده سازماندهی و توسعه پوشش بیمه سلامت، ساماندهی پرداخت به ارائه کنندگان، ایجاد مشوق هایی برای کیفیت از طریق پرداخت مبتنی بر عملکرد، افزایش استقلال و انعطاف پذیری برای بیمارستان ها و بهبود در نظام پزشکی خانواده و ارائه خدمات از طریق مشارکت بخش دولتی و خصوصی بوده است.

## شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

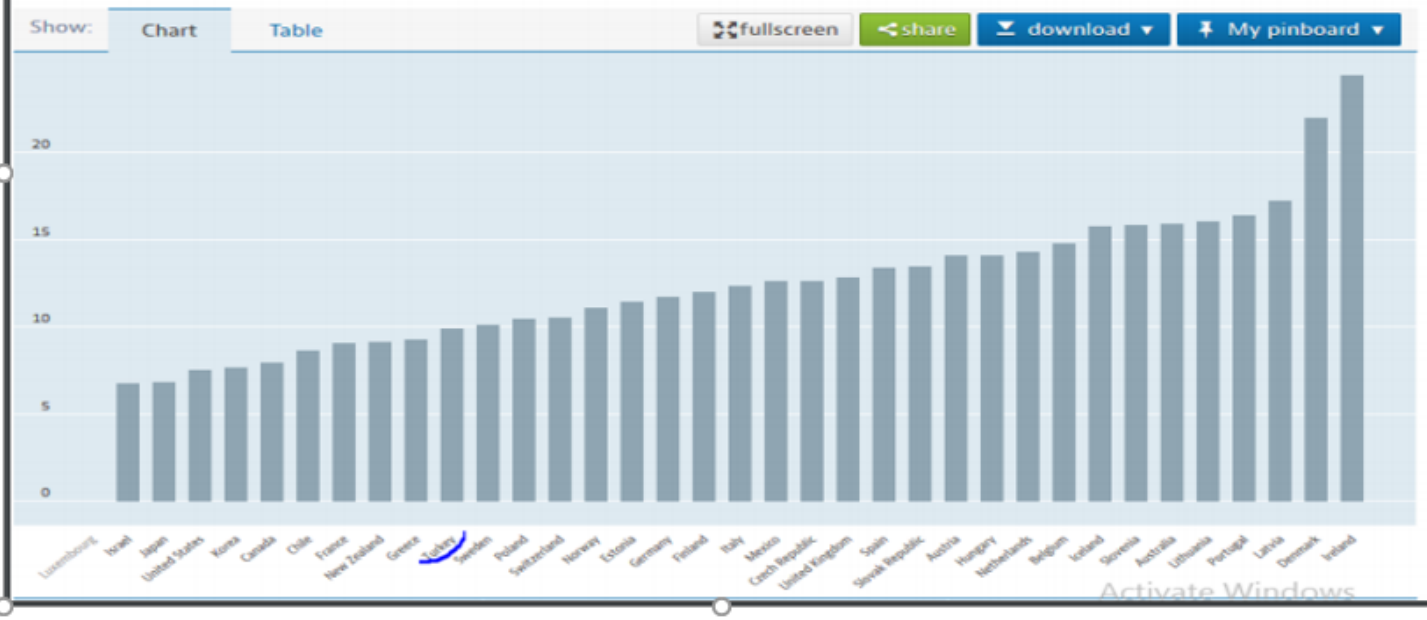
پیامدهای اصلی این اصلاحات ایجاد نظام پرداخت کننده واحد جهت تامین مالی نظام سلامت، بهبود انتخاب بیمار برای انتخاب مکان دریافت خدمات درمانی، افزایش پوشش بیمه سلامت برای فقیرترین افراد جامعه، کاهش نرخ مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان، ارتقاء حفاظت مالی. افزایش رضایتمندی بوده است و سازمان جهانی بهداشت تجربه این کشور را به عنوان الگویی موفق برای سایر کشورها معرفی نموده است.

# شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

ترکیه																					
2-15	2-14	2-13	2-12	2-11	2-10	2-09	2-08	2-07	2-06	2-05	2-04	2-03	2-02	2-01	2-00	1999	1998	1997	1996		
—	۷۵	۷۵	۷۵	۷۴	۷۴	۷۴	۷۴	۷۳	۷۳	۷۳	۷۲	۷۲	۷۲	۷۱	۷۱	۷۰	۶۹	۶۹	۶۸	۶۸	امید به زندگی در بدو تولد(سال)
	۵۴	۵۴	۵۳	۵۳	۵۶	۶۱	۶۱	۶	۵۸	۵۶	۵۴	۵۳	۵۴	۵۳	۴۹	۴۸	۳۶	۳۱	۲۹	۲۹	مخارج سلامت(د از تولید ناخالص داخلی)
۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۱	۲۳	۲۷	۳۲	۳۹	۴۸	۵۷	۶۵	۷۰	۷۴	۷۷	۷۹	۸۱	۸۳	۸۳	۸۴	۸۴	سبب مرگ و میر مادران(برآورد مدل بندی شده به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده)
—	۲۶	۲۶	۲۶	۲۷	۲۷	۲۷	۲۸	۲۸	۲۸	۲۹	۲۹	۲۹	۳۰	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	۳۲	۳۳	۳۳	جمعیت تا ۱۴ سال(٪ از کل)
—	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۵	۵	۵	جمعیت بالای ۶۵ سال(٪ از کل)
—	۲.۹	۴.۲	۳.۱	۸.۸	۹.۳	۴.۸	-۰.۷	۴.۷	۶.۹	۸.۶	۹.۴	۵.۳	۶.۲	۵.۴	۶.۸	۳.۶	۲.۳	۷.۶	۷.۴	۷.۴	رشد تولید ناخالص داخلی(٪ سالانه)
—	—	۱۵	۱۵.۴	۱۵.۶	۱۶.۳	۱۴.۱	۱۷.۶	۲۱.۸	۲۲	۲۲.۸	۱۹.۲	۱۸.۵	۱۹.۸	۲۲.۸	۲۷.۶	۳۹.۱	۲۸	۲۸.۳	۳۰.۸	۳۰.۸	مخارج بهداشت از جیب به عنوان درصدی از کل مخارج سلامت
ایران																					
2-15	2-14	2-13	2-12	2-11	2-10	2-09	2-08	2-07	2-06	2-05	2-04	2-03	2-02	2-01	2-00	1999	1998	1997	1996		
	۷۵	۷۵	۷۵	۷۴	۷۴	۷۴	۷۳	۷۳	۷۲	۷۲	۷۲	۷۱	۷۱	۷۱	۷۰	۷۰	۶۹	۶۹	۶۹	۶۹	امید به زندگی در بدو تولد(سال)
	۶.۹	۶.۵	۷	۷.۱	۸	۷.۶	۶.۳	۵.۸	۵.۹	۶.۱	۵.۹	۵.۴	۵.۴	۵	۴.۵	۴.۴	۴.۴	۴	۴	۴.۶	مخارج سلامت(د از تولید ناخالص داخلی)
۷۵	۲۶	۲۶	۲۶	۲۷	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۲	۳۴	۳۶	۳۹	۴۲	۴۶	۵۱	۵۵	۶۰	۶۶	۷۳	۷۳	سبب مرگ و میر مادران(برآورد مدل بندی شده به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده)
	۲۴	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۴	۲۴	۲۴	۲۵	۲۶	۲۸	۳۰	۳۱	۳۳	۳۵	۳۶	۳۸	۳۹	۴۱	۴۱	جمعیت تا ۱۴ سال(٪ از کل)
	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۵	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	جمعیت بالای ۶۵ سال(٪ از کل)
	۴.۳	-۱.۹	-۶.۶	۳.۷	۶.۶	۲.۳	-۰.۹	۹.۱	۵.۷	۴.۳	۴.۳	۸.۶	۸.۱	۲.۶	۵.۸	۲	۲.۱	۱.۴	۶.۶	۶.۶	رشد تولید ناخالص داخلی(٪ سالانه)
		۵۲.۱	۵۲.۵	۵۰.۱	۵۳.۶	۵۱.۲	۵۳.۶	۵۳.۵	۵۱.۸	۵۳.۲	۵۴.۱	۵۱.۴	۵۳.۵	۵۳.۷	۵۶.۲	۵۵.۶	۴۹.۹	۴۹.۷	۵۱.۱	۵۱.۱	مخارج بهداشت از جیب به عنوان درصدی از کل مخارج سلامت

# شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

Medical graduates Total, Per 100 000 inhabitants, 2017 or latest available Source: Health care resources



شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

بیماری های اصلی این اصلاحات باید تمام پرداخت کنند و بعد...  
 جدول شامل کلیه داده های سلامت، جدول سلامت برای هر یک از...  
 انتخاب مکان پرداخت خدمات درمانی، از این روش می توان...  
 سلامت برای افرادی که از خدمات درمانی برخوردارند و...  
 می توانند از خدمات درمانی استفاده کنند. سلامت برای...  
 افرادی که خدمات درمانی ارائه می دهند و سازمان جهانی بهداشت...  
 هزینه این کشور را به عنوان شاخص برای سنجش...  
 کشورها معرفی کرده است.

شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

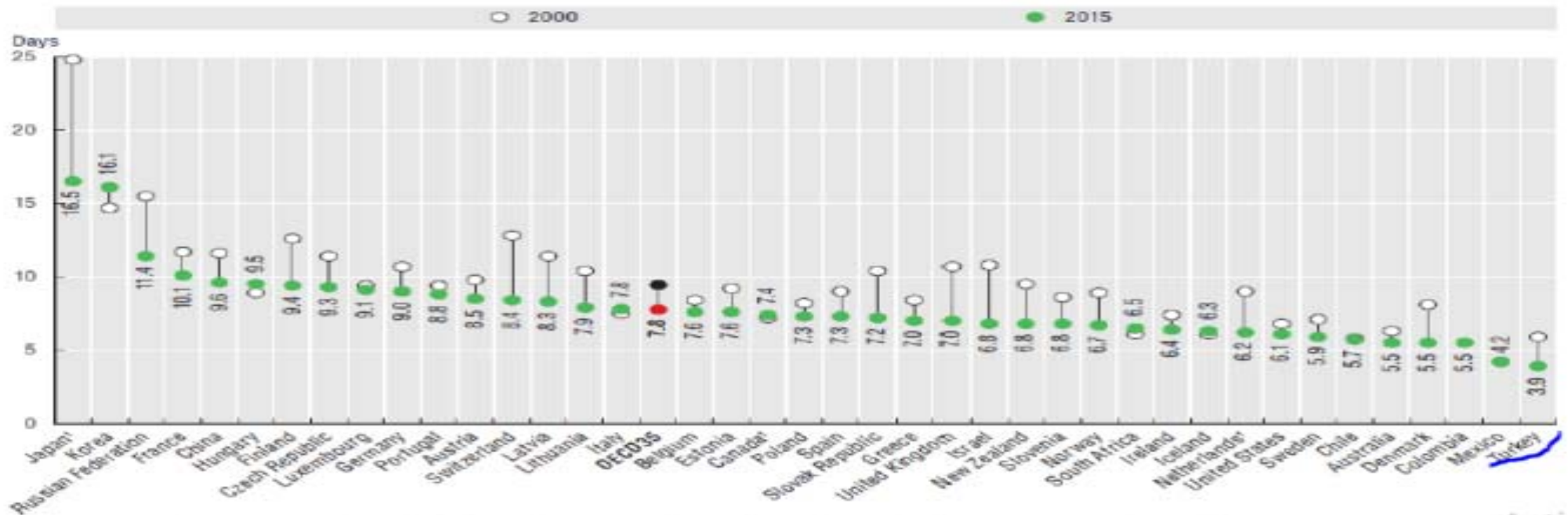
شاخص های بهداشتی کشور ترکیه



# شاخص های بهداشتی کشور ترکیه

The average length of stay in hospital has also fallen in most OECD countries, potentially indicating efficiency gains

Average length of stay in hospital, 2000 and 2015 (or nearest year)



Notes: 1. Data refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation). In Japan, the average length of stay for all inpatient care was 29 days in 2015 (down from 39 days in 2000).

Source: Health at a Glance 2017.

سیر تکاملی سیاست های نظام سلامت در ترکیه:

ماده ۶۰ قانون اساسی سال ۱۹۸۲ برخورداری از تامین اجتماعی و حق شهروندان اعلام کرد و بدین ترتیب وظیفه دولت از ارائه کننده خدمت به متولی و تنظیم کننده مقررات تغییر کرد. "قانون پایه مراقبت های سلامت" برای اصلاح نظام بهداشت و درمان در سال ۱۹۸۷ تصویب شد. در سال ۱۹۹۰ سازمان برنامه ریزی ترکیه نقشه راه بخش سلامت را تدوین نمود که سرآغاز اصلاحات نظام سلامت ترکیه بود.

## سیر تکاملی سیاست های نظام سلامت در ترکیه:

اجزای اصلی این اصلاحات **ایجاد بیمه همگانی سلامت** از طریق:  
گردهم آوردن سازمان های تامین اجتماعی زیر یک چتر واحد،  
توسعه خدمات پرونده سلامت در چهارچوب پزشک خانواده،  
تمرکز زدایی،  
خودگردانی بیمارستانها،  
جدایی خریدار از ارائه دهنده،  
توسعه نظام های اطلاعات مدیریت و  
افزودن یک ساختار به ساختار نظام بهداشت و درمان جهت  
طراحی و نظارت بر مراقبت های پیشگیری

## سیر تکاملی سیاست های نظام سلامت در ترکیه:

به دنبال به قدرت رسیدن **حزب عدالت و توسعه** و ثبات سیاسی، دولت جدید در **سال ۲۰۰۳**، سلامت را یک اولویت قرار داد و وزارت بهداشت برنامه تحول سلامت را طراحی نمود.

برنامه ریزی، اجرا و پایش این برنامه به مدت **۱۰ سال** بر عهده **یک تیم بدون تغییر رهبری**، متشکل از وزیر بهداشت، معاونین و مدیران اجرایی بخش ها بود که از حمایت گسترده نخست وزیر و کابینه برخوردار بودند.

## سیر تکاملی سیاست های نظام سلامت در ترکیه:

همچنین جلب موافقت استانداران و مسئولان محلی سلامت و ذینفعان، ایجاد کانال های ارتباطی مستقیم بین مسئولان استانی و تیم تغییر و ارائه بازخورد استان ها باعث ایجاد فضای اعتماد دوطرفه و ترغیب طرفین به در اختیار قرار دادن اطلاعات و در نتیجه افزایش فرایند یادگیری و بهبود مداوم و اجرای سریع برنامه تحول سلامت شد. از سوی دیگر پذیرش خدمات از سوی مردم و باعث مشارکت آنها در فرآیند ارائه خدمت شده و توسعه سیاست های سلامت با جلب رضایت آنها و توجه به ارزشیابی آنها صورت می گرفت.

بانک جهانی نیز در سال ۲۰۰۴ با اعطای وام به ترکیه از طرح تحول سلامت پشتیبانی نمود.

## تعریف مجدد نقش وزارت بهداشت:

طبق این قانون سازمان مرکزی وزارت بهداشت برچیده شده و مسئولیت های اجرایی مربوط به سلامت عمومی، انعقاد قراردادها، ارائه خدمات سلامت و ارزیابی فناوری سلامت به سازمان های نیمه دولتی مستقل و شهرداریها تفویض شد.

وزارت بهداشت فعالیت های خود را بر تدوین راهبرد و سیاست، ارزیابی عملکرد نظام سلامت، نظارت بر پاسخگویی و هماهنگی بین بخشی و اجرای برنامه های ملی مانند واکسیناسیون، مبارزه با سل و مالاریا معطوف نمود

## بهداشت و درمان ترکیه

### چشم انداز

کشوری که همه آنها شیوه زندگی سالم و دسترسی آسان " به مراقبت های بهداشتی دارند

### ماموریت

برای به حداکثر رساندن حفاظت از سلامت فرد و جامعه با " یک رویکرد مردم محور و ارائه راه حل های موقت و مناسب و موثر برای مشکلات بهداشتی

## نظام پرداخت:

در حال حاضر پرداخت از جیب بابت دریافت خدمات سلامت ترکیه پایین است. درصد خانوارهایی که به دلیل هزینه‌های سلامت به وضعیت فقر می‌افتادند از ۸/۰٪ در سال ۲۰۰۳ به ۳/۰٪ در سال ۲۰۰۸ رسیده است.



# دلایل عمده موفقیت ترکیه در تغییرات نظام سلامت

**3 دلیل عمده بهبود وضعیت نظام سلامت در ترکیه به شرح زیر می باشد:**

- 1- تعهد سیاسی در بالاترین سطح و قرار گرفتن سلامت در دستور کار سیاسی بدون هیچگونه تغییری در طول دوران ثبات سیاسی و رشد اقتصادی پایدار
- 2- تغییر نقش وزارت بهداشت از یک وزارتخانه ضعیف به متولی و رهبر قاطع در عرصه سلامت
- 3- درک اینکه بهبود عملکرد نیازمند طراحی مناسب مشوق‌های مالی و غیرمالی به منظور افزایش رضایتمندی متخصصان و کارکنان بخش سلامت

# الگو برداری :

کاربرد دستگاه های مرتبط با سیاستگذاری در نظام سلامت برای انتخاب مناسب ترین تصمیمات علاوه بر توجه به رفتارهای اقتصادی اجتماعی سیاسی و فرهنگی کشور بهره گیری از تجربه کشورهای موفق در زمینه زیرساخت ها و الزامات و استقرار و نگهداشت پوشش همگانی سلامت می تواند راهگشای این مسیر باشد.

سازمان مدیریت و برنامه ریزی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت کار و رفاه و امور اجتماعی به عنوان دست اندرکاران و متولیان سیاستگذاری، تامین منابع مالی و ارائه خدمات در حوزه سلامت می توانند با الگو برداری و مراحل شکل گیری و استقرار پوشش همگانی در کشور ترکیه بستر لازم را برای تسریع روند دستیابی به هدف پوشش همگانی فراهم نمایند

	آیین نامه ۹۲	آیین نامه ۸۷	آیین نامه ۷۸
تعاریف	فصل اول		
ماده ۱	<p>در این آیین نامه به اختصار به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت ، به دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه / دانشکده و به کمیسیون تشخیص امور پزشکی موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مواد خوردنی و آشامیدنی سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن کمیسیون قانونی و پروانه های تاسیس (بهره برداری) مسئولان فنی پروانه های قانونی گفته می شود .</p>	<p>در این آیین نامه به اختصار به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت ، به دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه / دانشکده و به کمیسیون تشخیص امور پزشکی موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مواد خوردنی و آشامیدنی سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن کمیسیون قانونی و پروانه های تاسیس (بهره برداری) مسئولان فنی پروانه های قانونی گفته می شود .</p>	<p>مقدمه نداشت</p>
ماده ۲	<p>آزمایشگاه تشخیص پزشکی ، موسسه پزشکی است که طبق ضوابط قانونی ایجاد می گردد و در آن نمونه های مختلف حاصل از بدن انسان برای تشخیص و مراقبت از بیماری ها و تأثیر درمان مورد آزمایش قرار می گیرد.</p>	<p>آزمایشگاه تشخیص پزشکی موسسه پزشکی است که طبق ضوابط قانونی ایجاد می گردد و در آن نمونه های مختلف حاصل از بدن انسان برای تشخیص و مراقبت از بیماری ها و تأثیر درمان مورد آزمایش قرار می گیرد.</p>	<p>آزمایشگاه تشخیص طبی و آسیب شناسی ، موسسه پزشکی است که قانونی ایجاد می گردد و در آن نمونه های مختلف حاصل از بدن انسان برای کنترل بیماریها و تأثیر درمان مورد آزمایش قرار می گیرد.</p>
	<p>آزمایشگاه عمومی (جنرال) به آزمایشگاهی گفته می شود که دارای مسئول فنی واجد شرایط دارای دکتری بالینی یکی از مدارک (دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی و تشریحی جهت آزمایشگاه آسیب شناسی بالینی (دارندگان دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی - دکتری تخصصی علوم آزمایشگاهی و یا دکترای حرفه ای علوم آزمایشگاهی) بوده و حداقل دارای بخش های (بیوشیمی -خون شناسی - میکروپ شناسی - ایمنی شناسی و سرم شناسی) می باشد .</p>	<p>ندارد</p>	

ماده ۲

تبصره ۱

آئین نامه ۹۲

آزمایشگاه تشخیص پزشکی، موسسه پزشکی است که طبق ضوابط قانونی ایجاد می گردد و در آن نمونه های مختلف حاصل از بدن انسان برای تشخیص و مراقبت از بیماری ها و تأثیر درمان مورد آزمایش قرار می گیرد.

آزمایشگاه عمومی (جنرال) به آزمایشگاهی گفته می شود که دارای مسئول فنی واجد شرایط دارای دکتری بالینی یکی از مدارک (دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی و تشریحی جهت آزمایشگاه آسیب شناسی بالینی و تشریحی - و جهت آزمایشگاه آسیب شناسی بالینی (دارندگان دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی - دکتری تخصصی علوم آزمایشگاهی و یا دکترای حرقه ای علوم آزمایشگاهی (بوده و حداقل دارای بخش های (بیوشیمی -خون شناسی - میکروپ شناسی - ایمنی شناسی و سرم شناسی) می باشد.

نکته

آئین نامه ۸۷

آزمایشگاه تشخیص پزشکی موسسه پزشکی است که طبق ضوابط قانونی ایجاد می گردد و در آن نمونه های مختلف حاصل از بدن انسان برای تشخیص و مراقبت از بیماری ها و تأثیر درمان مورد آزمایش قرار می گیرد.

آئین نامه ۷۸

آزمایشگاه تشخیص طبی و آسیب شناسی، موسسه پزشکی است که طبق قانونی ایجاد می گردد و در آن نمونه های مختلف حاصل از بدن انسان برای کنترل بیماریها و تأثیر درمان مورد آزمایش قرار می گیرد.

آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
		<p>هر آزمایشگاه تشخیص پزشکی عمومی (جنرال) متناسب با مدرک تخصصی مسئول فنی و یا مسئولین فنی می تواند نمونه اخذ شده را مورد آزمایش و تجزیه قرار داده و یا نمونه های اخذ شده را به آزمایشگاه تشخیص پزشکی ذیصلاح با رعایت ضوابط و مقررات وزارت، موازین علمی و استانداردهای ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت، ارجاع دهد.</p>	تبصره ۳
		<p>در خصوص نمونه های ارسالی به خارج از کشور دستورالعمل مجزا وجود دارد و اخذ مجوز جداگانه ضروری است.</p>	تبصره ۴
		<p>آزمایشگاه تک تخصصی به آزمایشگاهی گفته می شود که دارای مسئول فنی واجد شرایط دارای دکتری بالینی یکی از مدارک قید شده در قانون باشد و واجد بخشی باشد که مسئول فنی صلاحیت آن را دارد.</p>	تبصره ۵

ماده ۵	آئین نامه ۹۲	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۷۸
اجازه تاسیس آزمایشگاه به اشخاص حقیقی و یا حقوقی، پس از تصویب کمیسیون قانونی و اخذ مجوزهای قانونی و با شرایط ذیل داده می شود:	اجازه تاسیس آزمایشگاه به اشخاص حقیقی و یا حقوقی پس از تصویب کمیسیون قانونی و اخذ مجوزهای قانونی و با شرایط ذیل داده می شود:	اجازه تاسیس آزمایشگاه به اشخاص حقیقی و یا حقوقی پس از تصویب کمیسیون قانونی و اخذ مجوزهای قانونی و با شرایط ذیل داده می شود:	اجازه تاسیس آزمایشگاه به کسانی داده می شود که دارای شرایط ذیل باشند
الف) تابعیت جمهوری اسلامی ایران	الف) تابعیت جمهوری اسلامی ایران	الف) تابعیت جمهوری اسلامی ایران	الف) تابعیت جمهوری اسلامی ایران
<p>ب) اشخاص حقیقی متقاضی تاسیس آزمایشگاه باید دارای دکتری بالینی در یکی از مدارک ذیل باشند:</p> <p>۱- دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی و تشریحی جهت آزمایشگاه آسیب شناسی بالینی و تشریحی</p> <p>۲- دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی جهت آزمایشگاه آسیب شناسی بالینی</p> <p>۳- دکتری تخصصی آسیب شناسی تشریحی جهت آزمایشگاه آسیب شناسی تشریحی</p> <p>۴- دکتری تخصصی عمومی علوم آزمایشگاهی</p> <p>۵- دکترای حرقه ای علوم آزمایشگاهی</p> <p>۶- دکتری تخصصی یا دارندگان مدرک (PhD) تک رشته ای علوم آزمایشگاهی جهت تاسیس و قبول مسئولیت فنی آزمایشگاه تک تخصصی در رشته های:</p> <p>بیوشیمی - خون شناسی - میکروپ شناسی ویا باکتری شناسی - قارچ شناسی - انگل شناسی - ویروس شناسی - ایمنی شناسی و سرم شناسی - آسیب شناسی تشریحی (هیستوپاتولوژی و سیتوپاتولوژی) - ژنتیک پزشکی - سینوزیتیک پزشکی</p> <p>فارغ التحصیلان رشته های دکتری پژوهشی (by research) ، مشمول این فصل نمی گردند.</p>	<p>ب) نداشتن سوء پیشینه کیفری موثر (به استناد رای محاکم صالحه)</p> <p>ج) اشخاص حقیقی متقاضی تاسیس آزمایشگاه باید دارای یکی از مدارک ذیل باشند:</p> <p>۱- دکتری تخصصی آسیب شناسی بالینی یا تشریحی (یا هر دو)</p> <p>۲- دکتری تخصصی علوم آزمایشگاهی</p> <p>۳- دکترای حرقه ای علوم آزمایشگاهی</p> <p>۴- دکتری تخصصی یا دارندگان مدرک (PHD) با گرایش بالینی در یک یا چند مورد از موارد قید شده در ماده ۳</p>	<p>ب) نداشتن سوء پیشینه کیفری موثر</p> <p>یک از مدارک تعیین شده ذیل:</p> <p>دکترای تخصصی آسیب شناسی بالینی یا تشریحی (یا هر دو)</p> <p>دکترای تخصصی علوم آزمایشگاهی</p> <p>دکترای حرقه ای علوم آزمایشگاهی</p> <p>دکترای تخصصی تک رشته ای علوم آزمایشگاهی</p>	<p>ج) دارا بودن</p>
بند ب			

۸	آئین نامه ۹۲	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۷۸
تبصره ۱	فارغ التحصیلان رشته های دکتری پژوهشی (by research) ، مشمول این فصل نمی گردند .		
تبصره ۲	گذراندن دوره های تکمیلی مجوزی برای ورود در عرصه خدمات سایر رشته ها نمی باشد .		
بند ج	اشخاص حقوقی صرفاً می توانند در قالب شرکتهای تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی و در مناطق مورد نیاز دانشگاه متقاضی باشند و باید حداقل نصف به علاوه یکنفر از موسسین دارای مدارک علوم آزمایشگاهی باشند و بهر حال معرفی مسئول قنی واجد شرایط الزامی است.	د اشخاص حقوقی صرفاً می توانند در قالب شرکتهای تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی متقاضی باشند و باید حداقل نصف به علاوه یکنفر از موسسین دارای مدارک علوم آزمایشگاهی باشند و بهر حال معرفی مسئول قنی واجد شرایط الزامی است. تهادها و موسسات دولتی و یا وابسته به دولت که از بودجه عمومی استفاده می نمایند به شرطی می توانند تقاضای تاسیس آزمایشگاه نمایند ، که دارای مجوز لازم جهت درخواست تاسیس آزمایشگاه باشند.	تهادها و موسسات دولتی و یا وابسته به دولت که از بودجه عمومی استفاده می نمایند به شرطی می توانند تقاضای تاسیس آزمایشگاه نمایند که دارای مجوز قانونی ، اجازه تاسیس موسسات پزشکی قید شده باشد .
ماده ۶	به موسس آزمایشگاه پیش از یک پروانه تاسیس داده نمی شود.	به موسس آزمایشگاه پیش از یک پروانه تاسیس داده نمی شود.	به موسس آزمایشگاه پیش از یک پروانه تاسیس داده نمی شود .
تبصره	اشخاص حقیقی علاوه بر داشتن پروانه تاسیس آزمایشگاه صرفاً می توانند متقاضی عضویت در پروانه تاسیس یک آزمایشگاه در چارچوب شرکتهای تعاونی باشند .		
ماده ۷	آزمایشگاه نمی تواند مرکز دیگری بنام شعبه دایر نماید.	آزمایشگاه نمی تواند مرکز دیگری بنام شعبه دایر نماید، ضمناً آزمایشگاه مجاز به نمونه برداری و یا انجام آزمایش در غیر محل مندرج در پروانه تاسیس نمی باشد .	
ماده ۸	احراز صلاحیت موسس یا موسسین بر اساس شرایط فوق الذکر (فصل دوم و تبصره های تبصره های مربوطه) به عهده کمیسیون قانونی می باشد.	احراز صلاحیت موسس یا موسسین بر اساس شرایط فوق الذکر (فصل دوم و تبصره های مربوطه) به عهده کمیسیون قانونی می باشد.	احراز صلاحیت موسس یا موسسین بر اساس شرایط فوق الذکر (ماده ۲ تبصره های مربوطه) به عهده کمیسیون قانونی مصرح در ماده ۲۰ می باشد .

آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
<p>انتقال پروانه تاسیس به غیر توسط موسس ممنوع است مگر با موافقت کمیسیون قانونی ماده ۲۰</p>	<p>انتقال پروانه تاسیس به غیر توسط موسس ممنوع است مگر با موافقت کمیسیون قانونی.</p>	<p>انتقال پروانه تاسیس به غیر توسط موسس ممنوع است مگر با موافقت کمیسیون قانونی</p>	<p>ماده ۹</p>
<p>ضمناً برای افرادی که یکبار پروانه تاسیس گرفته باشند و بهر علتی به شخص یا اشخاص واجد شرایط دیگری واگذار کرده باشند برای بار دوم پروانه تاسیس صادر نخواهد شد، ولی با رعایت سایر مقررات، پروانه تاسیس یک آزمایشگاه را میتوان به آنها منتقل نمود.</p>	<p>ضمناً افرادی که یکبار پروانه تاسیس گرفته باشند و به هر علتی به شخص یا اشخاص واجد شرایط دیگری واگذار کرده باشند برای بار دوم پروانه تاسیس صادر نخواهد شد، ولی با رعایت سایر مقررات، پروانه تاسیس یک آزمایشگاه را می توان به آنها منتقل نمود.</p>	<p>افرادی که قبلاً یکبار در کمیسیون قانونی تأیید صلاحیت شده اند، در زمان درخواست هرگونه تغییر پروانه تاسیس و یا قبول مسئولیت فنی نیازی به طرح مجدد پرونده در کمیسیون نداشته مگر در مواردی که مورد تخطی به دانشگاه گزارش شده باشد و یا بنا به دلایل مستند پرونده فرد نیاز به بررسی مجدد داشته باشد.</p>	<p>تبصره</p>



این نامه ۷۸	این نامه ۸۷	این نامه ۹۲	
	<p>اعضاء هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی مجاز نیستند در طول خدمت در محل دیگری به جز موسسه / مرکز وابسته به دانشگاه، اشتغال داشته باشند، پروانه مسئول فنی برای این افراد قطع جهت بخشهای دانشگاهی (مانند کلینیک ویژه - بیمارستانها و...) صادر می گردد.</p>	<p>اعضاء هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی مجاز نیستند در طول خدمت در محل دیگری به جز موسسه / مرکز وابسته به دانشگاه، اشتغال داشته باشند، مجوز مسئولیت فنی برای این افراد قطع جهت بخشهای دانشگاهی (مانند کلینیک ویژه - بیمارستانها و...) صادر می گردد.</p>	<p>ماده ۱۶</p>
	<p>در صورت قطع ارتباط استخدامی افراد مذکور بهر دلیل با دانشگاه، پروانه مسئولیت فنی صادره موضوع ماده فوق لغو و در صورت تقاضای این افراد جهت اخذ پروانه در بخش غیر دولتی، طبق ضوابط مربوطه و طی مراحل قانونی اقدام خواهد گردید.</p>	<p>در صورت قطع ارتباط استخدامی افراد مذکور بهر دلیل، مجوز صادره موضوع ماده فوق لغو و در صورت تقاضای این افراد جهت اخذ پروانه در بخش غیر دولتی، طبق ضوابط مربوطه و طی مراحل قانونی اقدام خواهد گردید.</p>	<p>تبصره</p>
	<p>تمدید پروانه های آزمایشگاهها براساس قانون آموزش مداوم و رعایت ضوابط و استانداردها و ارائه مدارک مربوطه خواهد بود</p>	<p>تمدید پروانه های آزمایشگاه ها بر اساس قانون آموزش مداوم و رعایت ضوابط و استانداردها (منطبق با قسمت الف بند ۱۱ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت) و ارائه مدارک مربوطه خواهد بود.</p>	<p>ماده ۱۷</p>

این نامه ۷۸	این نامه ۸۷	این نامه ۹۲	
		<p>در صورتیکه مسئول فنی نخواهد بکار ادامه دهد باید سه ماه قبل مراتب را بطور کتبی به مؤسس و دانشگاه مربوطه اعلام نماید. در ظرف این مدت مؤسس موظف است نسبت به معرفی مسئول فنی جایگزین اقدام نموده تا پس از تصویب و تأیید صلاحیت وی توسط کمیسیون قانونی پروانه مسئول فنی جدید صادر گردد.</p>	ماده ۲۰
		<p>در صورت عدم معرفی مسئول فنی جدید در زمان تعیین شده ، آزمایشگاه مجاز به ادامه فعالیت نخواهد بود و هیچ گونه مسئولیتی متوجه مسئول فنی مستعفی نمی باشد .</p>	تبصره ۵

قوانین، مقررات، ضوابط و دستورالعملها	آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
<p>باستناد ماده ۱۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷/۳/۱۱۲ شورای نگهبان: تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی</p> <p>باستناد ماده ۱۶ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷/۳/۱۱۲ شورای نگهبان: تعیین ضوابط مربوط</p>			<p>در صورت انجام آزمایشات تشخیص پزشکی حداقل فضای ۱۰۰ مترمربع، کما فی السابق الزامی است و جهت انجام آزمایشات آسیب شناسی تشریحی و یا ژنتیک و یا سینوزیتیک هر کدام ۲۰ متر مربع به فضای فوق اضافه می شود. و برای پذیرش نمونه های آسیب شناسی تشریحی یا ژنتیک و یا سینوزیتیک نیازی به افزودن قضا نیست.</p>	ماده ۲۲
<p>به ارزیابی، نظارت و کنترل خدمات موسسات بهداشتی، درمانی و انجام این امور بر اساس استانداردهای مربوطه</p>			<p>برای آزمایشگاه های تک تخصصی حداقل فضای ۶۰ متر مربع، ضروری می باشد.</p>	تبصره
			<p>آزمایشگاه هایی که جهت انطباق با استاندارد های ابلاغی برای افزایش بخش و یا بار بیماران مراجعه کننده، نیازمند توسعه فضای فیزیکی باشند، می توانند مشروط به عدم نصب تابلو جداگانه و نیز عدم مراجعه مستقیم بیمار و با ذکر پلاک ثبتی در پروانه تاسیس، در همان ساختمان و یا ساختمان مجاور، واحد دیگری را در اختیار بگیرند.</p>	ماده ۲۳
			<p>فضاهای تعریف شده جهت آزمایشگاه، نباید بی عنوان فضای سایر مراکز درمانی، استفاده شود.</p>	ماده ۲۴

آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
	<p>ماده ۲۳- بر اساس مقتضیات زمان وزارت می تواند به طور موقت شرایط خاصی را برای مسئول فنی تعیین و ابلاغ نماید.</p>	<p>بر اساس مقتضیات زمان وزارت می تواند به طور موقت شرایط خاصی را برای مسئول فنی تعیین و ابلاغ نماید.</p>	<p>ماده ۲۷</p>

آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
فصل نهم			نیروهای فنی آزمایشگاه
	<p>ماده ۲۰- افرادی که در آزمایشگاه به کار فنی مشغول می شوند به شرح ذیل هستند:</p> <p>۱- مسئول فنی آزمایشگاه (طبق فصل هفتم این آئین نامه)</p> <p>۲- کارشناس ارشد بالینی یا کارشناس ارشد یکی از رشته های علوم آزمایشگاهی (در بخش مرتبط)</p> <p>۳- کارشناس آزمایشگاه (لیسانس علوم آزمایشگاهی یا رشته های وابسته در بخش مرتبط)</p> <p>۴- کاردان آزمایشگاه (فوق دیپلم علوم آزمایشگاهی)</p>	<p>افرادی که در آزمایشگاه به کار فنی مشغول می شوند به شرح ذیل هستند:</p> <p>۱- مسئول فنی آزمایشگاه (طبق فصل ششم این آئین نامه)</p> <p>۲- دکتری تخصصی یا دارندگان مدرک (PhD) و یا کارشناسی ارشد بالینی در رشته های معيوب وزارت ، مانند: رشته پزشکی مولکولی ، پروتئومیکس ، بیوتکنولوژی ، بیولوژی سلولی و فرآورده های بیولوژیک (در بخش مرتبط)</p> <p>۳- کارشناس ارشد یکی از رشته های علوم آزمایشگاهی (در بخش مرتبط)</p> <p>۴- کارشناس آزمایشگاه (لیسانس علوم آزمایشگاهی یا رشته های وابسته در بخش مرتبط)</p> <p>۵- کاردان آزمایشگاه (فوق دیپلم علوم آزمایشگاهی)</p>	ماده ۳۷
	<p>کلیه افراد فوق باید با صلاحدید و موافقت مسئول فنی به کار گمارده شوند</p>	<p>کلیه افراد فوق باید با صلاحدید و موافقت مسئول فنی به کار گمارده شوند</p>	تبصره ۱

آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
	<p><b>ماده ۲۲-</b> تام آزمایشگاه، آدرس، مهر و امضا مسئول فنی و تلفن روی برگه جواب منعکس شود</p> <p><b>ماده ۲۳-</b> آزمایشگاه موظف به داشتن گزارش رایانه ای بیماران جهت ثبت نام بیماران و مشخصات کامل آنها و نام پزشک درخواست کننده، نوع آزمایش درخواستی، قیمت، شماره سریال قبض، نوع بیمه و تاریخ می باشد.</p> <p><b>ماده ۲۴-</b> کلیه سوابق آزمایشگاهی مراجعین باید حداقل به مدت یکسال بصورت رایانه ای در آزمایشگاه بایگانی شود، و آزمایشگاه بایستی بطور جداگانه سوابق و نتایج آزمایش بیماران را داشته باشد</p> <p><b>ماده ۲۵-</b> آزمایشگاه موظف به صدور قبض رسید در مقابل دریافت وجه از بیماران میباشد.</p> <p><b>ماده ۲۶-</b> استفاده از هر گونه تام و عناوین روی تابلو و برگه های آزمایشگاه به غیر از آنچه در پروانه قید شده است ممنوع می باشد.</p>	<p>استفاده از هر گونه تام و عناوین روی تابلو و برگه های آزمایشگاه به غیر از آنچه در پروانه قید شده است، ممنوع می باشد.</p>	ماده ۳۸
	<p><b>ماده ۲۷-</b> نمونه برداری در آزمایشگاه باید طبق ضوابط علمی و استانداردهای معسوب آزمایشگاهی صورت پذیرد.</p>	<p>نمونه برداری باید طبق ضوابط علمی و استانداردهای معسوب آزمایشگاهی صورت پذیرد.</p>	ماده ۳۹

آئین نامه ۷۸	آئین نامه ۸۷	آئین نامه ۹۲	
		<p>نمونه برداری در خارج از آزمایشگاه پس از پذیرش در آزمایشگاه و توسط فرد ذیصلاح امکاتپذیر می باشد، بدیهی است مسئولیت صحیح بودن نحوه نمونه برداری بعهده مسئول قننی خواهد بود.</p>	تبصره
	<p><b>ماده ۳۸-</b> آزمایشگاه موظف است به تناسب امکانات علمی و قننی خود آزمایش انجام دهد، و در غیر اینصورت می تواند با رعایت استانداردها پذیرش و به آزمایشگاه همکار که تخصص و توان علمی و مجوز لازم را داشته باشد، ارسال نماید.</p> <p><b>تبصره ۱-</b> پذیرش بیمار بایستی متناسب با استانداردهای قننی مربوطه که توسط وزارت اعلام می گردد، صورت پذیرد.</p> <p><b>تبصره ۲-</b> نمونه برداری در خارج از آزمایشگاه پس از پذیرش در آزمایشگاه و توسط فرد ذیصلاح امکاتپذیر می باشد، بدیهی است مسئولیت صحیح بودن نحوه نمونه برداری بعهده مسئول قننی خواهد بود.</p>	<p>هیچگونه محدودیت سقف جمعیتی و فاصله از آزمایشگاه جهت تاسیس آزمایشگاه تشخیص پزشکی وجود ندارد و تنها احراز استانداردهای کیفیت ابلاغی وزارت، ملاک است.</p>	ماده ۴۰

موفق باشید

