



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آیین نامه تاسیس و بهره برداری

مرکز سرپایی مراقبت های
حمایتی و تسکینی سرطان

آیین نامه تأسیس و بهره برداری مرکز سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان

مستندات قانونی مرتبط: این آیین نامه مستند به اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی، ماده ۲۴ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی، بند ۱۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ و ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۴ و آیین نامه اجرائی آن مصوب سال ۱۳۶۵ هیئت محترم وزیران و اصلاحات سال ۱۳۶۶ و ۱۳۹۱ در راستای ارتقا سطح سلامت جامعه و بهبود کیفیت خدمات حمایتی و تسکینی بیماران مبتلا به سرطان، ابلاغ می گردد.

اختصارات و تعاریف

ماده ۱- اختصارات و تعاریف در این آیین نامه به شرح زیر است:

- ۱-۱- «وزارت»: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱-۲- «معاونت»: معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱-۳- «دانشگاه/دانشکده»: دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۱-۴- «معاونت دانشگاه/دانشکده»: معاونت درمان دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۱-۵- «کمیسیون قانونی»: کمیسیون تشخیص امور پزشکی موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی
- ۱-۶- «پروانه های قانونی»: پروانه های بهره برداری (تاسیس) و مسئولین فنی
- ۱-۷- «موسس»: موسس/موسسین حقیقی و یا حقوقی
- ۱-۸- «مرکز» به مرکز سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان گفته می شود که طبق مقررات، به صورت تخصصی و روزانه یا شبانه روزی، مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان و پیگیری های مرتبط را با رعایت ضوابط استاندارد بر عهده دارد.

وزیر

تبصره: مدیریت خدمات باید به گونه ای باشد که حتی در مراکز روزانه هم امکان پاسخگویی تلفنی ۲۴ ساعته (مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت) را فراهم سازد.

۹-۱- « **مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان** »: رویکردی برای بهبود کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سرطان و خانواده او هنگام مواجهه با بیماری سرطان و مشکلات مرتبط و یا عوارض درمان های سرطان از بدو تشخیص تا حوالی مرگ است.

۱۰-۱- « **مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان** »: ارزیابی بیمار و خانواده، مدیریت علائم جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و آموزش به بیمار، خانواده و مراقبین است.

۱۱-۱- « **مدیریت علائم** »: ارزیابی صحیح بیمار و علائم وی، تشخیص به موقع عوارض مرتبط با بیماری سرطان و درمان آن و مدیریت صحیح این عوارض از زمان تشخیص بیماری و همزمان با درمان اصلی سرطان و همچنین مراقبت های انتهای حیات است.

ماده ۲ - عمده خدمات ارائه شده در مراکز عبارتند از:

۱-۲- ارزیابی بیمار و خانواده و مراقبین بیمار

۲-۲- برنامه ریزی و تصمیم گیری و مدیریت مراقبت های مورد نیاز بیماران

۳-۲- ارائه خدمات و مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان

۴-۲- مدیریت ارجاعات و مشاوره های اورژانسی و غیر اورژانسی (از جمله پزشک معالج و سایر گروه های تخصصی و فوق تخصصی) بیماران

۵-۲- تجویز، تزریق و نگهداری داروهای مورد استفاده در مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان (از جمله مخدرها) و انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی بر اساس دستورالعمل ها و بخشنامه های ابلاغی وزارت (از جمله معاونت درمان و سازمان غذا و دارو)

۶-۲- پیگیری وضعیت بیماران و امکان مشاوره تلفنی و پاسخگویی ۲۴ ساعته (پزشک/ پرستار دوره دیده)

۷-۲- مدیریت و ارائه مراقبت در خانه به بیماران نیازمند به این نوع مراقبت

۸-۲- مدیریت ارجاع بیمار و ارائه خدمت به بیمار در سایر ساختارهای مرتبط با مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان (از جمله مراکز بستری، سرپایی و مراقبت در خانه و...)

۹-۲- ارائه آموزشهای لازم به بیمار، خانواده و مراقبین بیمار

۱۰-۲- مستند سازی و ثبت مراقبت های حمایتی و تسکینی در سامانه سیمای سرطان

تبصره: فرآیند ها و گردش کار تمامی خدمات فوق الذکر مطابق "دستورالعمل مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" است که توسط معاونت تنظیم و ابلاغ می گردد.

شرایط تاسیس و بهره برداری

ماده ۳- موافقت اصولی مرکز، مطابق آیین نامه و ضوابط و مقررات جاری وزارت به افراد حقیقی و یا حقوقی واجد شرایط که صلاحیت آنان به تایید کمیسیون قانونی رسیده باشد و مطابق با ضوابط سطح بندی باشد، داده می شود.

۳-۱- شخص حقیقی متقاضی تاسیس، یک نفر پزشک (فوق تخصص، فلوشیپ، متخصص و عمومی) از پزشکانی که دارای "گواهینامه آموزش مهارتی و حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" مورد تایید وزارت باشد، به تنهایی می تواند موسس باشد.

تبصره: در خصوص رشته های دارای ارتباط مستقیم با مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان (شامل رادیوتراپی انکولوژی، خون و سرطان بالغین و کودکان، فلوشیپ طب تسکینی، فلوشیپ های جراحی سرطان) دارا بودن "گواهینامه آموزش مهارتی و حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" مورد تایید وزارت برای موسس الزامی نیست اما برای سایر تخصص های پزشکی یا پزشکان عمومی ضروری است.

۳-۲- چنانچه اشخاص حقیقی بیش از یک نفر باشند، درخواست موافقت اصولی صرفاً در قالب شخصیت حقوقی قابل پذیرش خواهد بود. در صورتی که دو نفر متقاضی باشند باید یک نفر از آنها پزشک (با شرایط ذکر شده در بند ۱-۳ و تبصره ذیل آن) و یک نفر پرستار دارای "گواهینامه آموزش مهارتی و حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" مورد تایید وزارت باشد. در صورتی که بیش از دو نفر متقاضی تاسیس باشند باید نصف به علاوه یک نفر از آنها از فارغ التحصیلان گروه پزشکی (حداقل لیسانس یا بالاتر) بوده و حداقل یک نفر پزشک و یک نفر پرستار مطابق شرایط فوق الذکر باشد.

تبصره ۱: موسس و مسئول فنی در صورت احراز شرایط این آیین نامه، می تواند شخص واحدی باشد.

تبصره ۲: به هر شخص حقیقی و یا حقوقی بیش از یک پروانه بهره برداری (تاسیس) داده نمی شود.

تبصره ۳: افزایش بخش سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان، علاوه بر مراکز تیپ دو سرطان (مراکز تشخیص و درمان) و تیپ سه سرطان (مراکز جامع سرطان)، در بیمارستانها، مراکز سرپایی شیمی درمانی و موسسات رادیوتراپی و درمانگاههای تخصصی داخلی و عمومی در چارچوب این آیین نامه، منوط به ارائه درخواست کتبی بالاترین مقام مرکز فوق به معاونت دانشگاه به همراه اصل پروانه تاسیس (بهره برداری) معتبر مرکز فوق و نیز معرفی مسئول فنی واجد شرایط این آیین نامه و موافقت معاونت درمان دانشگاه مربوطه و کمیسیون قانونی خواهد بود.

تبصره ۴: تجهیزات، موقعیت جغرافیایی، فضای فیزیکی و امکانات فنی و ساختمانی بخش مذکور، لازم است قبل از طرح در کمیسیون قانونی جهت افزایش بخش، به تایید کارشناسان دانشگاه/ دانشکده مربوطه برسد.

وزیر

تبصره ۵: درج افزایش بخش سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان در متن پروانه بهره برداری بیمارستان ها، مراکز سرپایی شیمی درمانی و موسسات رادیوتراپی و درمانگاههای تخصصی داخلی و عمومی و اخذ پروانه مسئولین فنی، جهت شروع فعالیت الزامی است.

ماده ۴- موسس مکلف است مراحل اجرای موافقت اصولی و مفاد قرارداد تاسیس، مبنی بر پیشرفت کار را به همراه مستندات لازم حداقل هر ۶ ماه یک بار به معاونت دانشگاه/ دانشکده اطلاع دهد. در صورت عدم ارائه گزارش یا عدم اجرای تعهدات مطرح در قرارداد تاسیس در موعد مقرر، معاونت دانشگاه/ دانشکده مکلف است نسبت به ارجاع موضوع به کمیسیون قانونی جهت تعیین تکلیف اقدام و ضمن ابلاغ مراتب به موسس، رونوشت آن را به معاونت ارسال نماید.

ماده ۵- صدور موافقت اصولی، مجوزی برای شروع فعالیت مرکز نبوده و به هیچ عنوان قابل واگذاری به غیر نمی باشد. در صورت واگذاری موافقت اصولی یاد شده به هر شکل به غیر، مجوز از درجه اعتبار ساقط بوده و اثری بر آن مترتب نخواهد بود.

ماده ۶- پذیرش مدارک دلیلی برای صدور موافقت اصولی نبوده و هرگونه ضرر و زیان ناشی از هزینه کرد قبل از موافقت اصولی اعم از خرید ساختمان یا بازسازی محل به عهده متقاضیان خواهد بود.

ماده ۷ - مدت اعتبار موافقت اصولی صادره ۱۲ ماه است و در صورت عدم تکمیل مدارک مطابق قرارداد تاسیس منعقد در مدت مقرر، افزایش آن منوط به ارائه گزارش پیشرفت کار مورد تایید معاونت و تایید نهایی کمیسیون قانونی و حداکثر به مدت ۶ ماه خواهد بود.

ماده ۸- زمان فعالیت مرکز در نوبت های کاری صبح، عصر یا صبح و عصر و یا شبانه روزی براساس درخواست متقاضی تاسیس می باشد و حضور مسئول فنی در زمان فعالیت مرکز نیز الزامی است.

ماده ۹- تمامی مراکز سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان موظف به ارائه خدمات "مراقبت در خانه" و یا انعقاد قرارداد رسمی با مراکز تخصصی مراقبت در خانه/ مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل مورد تایید وزارت می باشند.

ماده ۱۰- حتی در مراکزی که شبانه روزی نیستند، مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته و مدیریت مراقبت در خانه توسط این مراکز ضروری است و باید در صورت نیاز بیماران به خدمات حضوری اورژانسی (تشخیصی- درمانی) در ساعات فعال نبودن مرکز، محل ارجاع مشخصی (یک مرکز مراقبت های حمایتی و تسکینی شبانه روزی یا یک بیمارستان جنرال/ تخصصی سرطان) به معاونت درمان دانشگاه معرفی گردد.

تبصره: محل ارجاع بیماران تحت پوشش مراکز مراقبت های حمایتی و تسکینی مستقر در بیمارستان ها، اورژانس همان بیمارستان می باشد.

وزیر

تبصره: برای خدمات اورژانسی (تشخیصی / درمانی) از جمله تصویربرداری، آزمایشات، ارجاعات تخصصی و فوق تخصص و و فراورده های مشتق از خون و ... مراکز دولتی موظف اند با مراکز دولتی اقدام به عقد قرارداد نمایند و مراکز خصوصی با مراکز دولتی یا خصوصی طرف قرارداد باشند.

ماده ۱۱- پروانه بهره برداری مرکز برای مدت ۵ سال صادر خواهد شد و تمدید آن منوط به رعایت ضوابط موضوع این آیین نامه و سایر دستورالعمل های ابلاغی وزارت خواهد بود.

تبصره ۱: در صورتیکه درخواست تمدید پروانه پس از مدت مقرر در ضوابط ارایه گردد، رسیدگی به درخواست در صلاحیت کمیسیون قانونی خواهد بود.

تبصره ۲: تمدید پروانه های بهره برداری و مسئولین فنی براساس قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور و ضوابط اعلام شده از سوی وزارت و نیز مفاد این آیین نامه می باشد.

ماده ۱۲- به کارگیری هرگونه فناوری جدید درمانی (تجهیزات - روش درمان) که در درمان های فعلی یا کلاسیک تعریف نشده است، برابر ضوابط و استانداردهای مصوب وزارت خواهد بود.

ماده ۱۳- جهت تاسیس، بهره برداری و فعالیت باید به شرح ذیل اقدام گردد:

۱-۳-۱- تسلیم درخواست و مدارک مورد نیاز (تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی، آخرین مدرک تحصیلی، گواهینامه دوره مهارتی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطانی مورد تایید وزارت (با لحاظ کردن مندرجات بند ۱-۳ و تبصره ذیل آن)، گواهی پایان خدمت قانونی، گواهی پایان خدمت نظام وظیفه عمومی، تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان، گواهی عدم محکومیت انتظامی از سازمان نظام پزشکی، گواهی عدم سوء پیشینه کیفری و سایر مدارک مرتبط) مطابق فرآیندهای مدیریت درخواست ها در صدور پروانه ها به معاونت دانشگاه از طریق سامانه الکترونیکی صدور پروانه های وزارت و اخذ تاییدیه های لازم به لحاظ سطح بندی خدمات دانشگاه و ضوابط و مقررات جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تبصره: مدارک مورد نیاز برای موسسات حقوقی شامل: اساس نامه شرکت با قید اجازه فعالیت بهداشتی درمانی در آن، گواهی ثبت شرکت ها، آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی و غیره مطابق ضوابط و مقررات جاری وزارت

۱۳-۲- اخذ موافقت اصولی کمیسیون قانونی، طبق ضوابط و مقررات مربوطه از دانشگاه

۱۳-۳- ارائه مدارک طبق ضوابط و زمان بندی ابلاغی وزارت پس از اخذ موافقت اصولی که شامل موارد ذیل است:

الف - معرفی مکان و ارائه نقشه های ساختمانی به معاونت دانشگاه/ دانشکده و اخذ تاییدیه توسط معاونت معاونت دانشگاه/دانشکده، معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده و دفتر مدیریت منابع فیزیکی دانشگاه/دانشکده براساس ضوابط موجود

ب - احداث یا بازسازی ساختمان، تجهیز آن و تائید اجرای نقشه ها توسط دفتر مدیریت منابع فیزیکی دانشگاه

وزیر

ج - ارائه لیست تجهیزات مطابق این آیین نامه و "دستورالعمل مدیریت مراقبتهای حمایتی و تسکینی سرطان"
د - معرفی پرسنل، پزشکان و مسئولین فنی همراه با مدارک آنان برای کلیه نوبت های کاری
ه - ارائه تصویر برابر اصل تمام صفحات سند مالکیت ششدانگ یا اجاره نامه به شرط تملیک یا اجاره نامه رسمی یا عادی معتبر با پلاک ثبتی
و - اعلام نام و نشانی دقیق
۴-۱۳ - انعقاد قرارداد رسمی مطابق با ضوابط سازمان غذا و دارو با داروخانه/ داروخانه های منتخب که مجوز تامین و توزیع داروها و ملزومات پزشکی مصرفی مورد نیاز این مرکز را از سازمان غذا و دارو دارد، جهت تامین، توزیع، عرضه، نگهداری دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی و ارائه خدمات دارویی مرتبط در این مراکز الزامی است.
۵-۱۳ - نوع و میزان دارو و تجهیزات مصرفی مورد نیاز مطابق "دستورالعمل مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" است که توسط معاونت تنظیم و ابلاغ می گردد.
ماده ۱۴ - شروع به کار و ارائه خدمات درمانی بدون اخذ پروانه های قانونی ممنوع است.
ماده ۱۵ - محل، فضای فیزیکی، ساختمان، تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس ضوابط این آئین نامه و استانداردها و دستورالعمل های مربوطه باید قبل از شروع به کار مرکز، توسط کارشناسان ذیربط معاونت مربوطه دانشگاه/ دانشکده (معاونت درمان، بهداشت و دفتر مدیریت منابع فیزیکی دانشگاه/ دانشکده) مورد بازرسی، ارزیابی و تائید قرار گیرد، در غیر این صورت پروانه بهره برداری (تاسیس) صادر نخواهد شد.
تبصره: مسئولیت هرگونه ضرر و زیان ناشی از خرید مکان و یا بازسازی و شروع هرگونه عملیات ساختمانی قبل از اخذ موافقت اصولی و تائید مکان و نقشه ها توسط کارشناسان دانشگاه، به عهده متقاضیان خواهد بود.

ضوابط پرسنلی

ماده ۱۶ - مرکز برای هر نوبت کاری باید حداقل دارای پرسنل فنی و اداری به صورت پاره وقت یا تمام وقت به شرح ذیل باشد و ارائه گواهی نامه های آموزش قبل از صدور پروانه تاسیس و بهره برداری برای تمامی کارکنان الزامی است.
۱-۱۶ - یک نفر مسئول فنی که پزشک (فوق تخصص، فاشیپ، متخصص و عمومی) و دارای گواهینامه آموزش مهارتی و حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان مورد تایید وزارت باشد.
۲-۱۶ - حداقل یک پزشک درمانگر که دارای "گواهینامه آموزش مهارتی و حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" مورد تایید وزارت است و نیز گواهی شرکت در کارگاه اصول احیای مورد تائید معاونت درمان دانشگاه را دارا باشد و با تجویز دارو (از جمله داروهای مخدر ضد درد) و ارائه مراقبت های لازم، مسئولیت قانونی بیمار را در رابطه با درمان عوارض و مراقبت وی برعهده می گیرد.

وزیر

تبصره ۱: مهر و امضای پزشک به مثابه پذیرفتن هرگونه مسئولیت مرتبط با کوتاهی و خطا، اعم از عمدی و سهوی در ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان، افشای اسرار و اطلاعات پزشکی بیمار نیز هست. مسئولیت اصلی تمامی اقدامات مرتبط با روند مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان مطابق با "دستورالعمل مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" ابلاغی وزارت نظیر بررسی مشکلات جسمی و روانی، ارزیابی و معاینات بیمار، کنترل و مدیریت عوارض احتمالی، برنامه ریزی و تصمیم گیری برای درمان و مراقبت و تصمیم گیری برای ارجاع بیماران و انجام مشاوره های حمایتی و تسکینی سرطان در بخش های بستری برعهده پزشک درمانگر است.

تبصره ۲: مسئول فنی و پزشک درمانگر در صورت احراز شرایط این آیین نامه، می تواند شخص واحدی باشد.

۱۶-۳- حداقل یک پرستار دارای صلاحیت مراقبت حمایتی و تسکینی سرطان در هر شیفت

تبصره ۱: تعداد پرستار در هر شیفت بر اساس تعداد مراجعه کنندگان و مطابق با "دستورالعمل مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" ابلاغی وزارت و با پیشنهاد مسول فنی می تواند افزایش یابد.

تبصره ۲: پرستاران مرکز باید گواهینامه "دوره آموزش مهارتی حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" مورد تایید وزارت و گواهی شرکت در کارگاه اصول احیا که به تأیید معاونت درمان دانشگاه نیز رسیده باشد، را دارا باشند.

تبصره ۳: وظایف عمومی ایشان عبارتند از:

۱- ارائه مراقبت های پرستاری مطابق با "دستورالعمل مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" ابلاغی وزارت

۲- مدیریت ثبت بیمار و مراقبت های ارائه شده به بیمار و سیر آنها در سامانه های مرتبط

۴-۱۶- حداقل یک نفر کارشناس ارشد یا دکترای روانشناسی بالینی، روانشناسی سلامت یا مشاوره سلامت دوره دیده که دست کم در دو مقطع انتهایی تحصیلی خود در رشته روانشناسی به تحصیل پرداخته باشد.

تبصره: در صورت تدوین کوریکولوم دوره آموزشی مهارتی حرفه ای مرتبط (از جمله سایکوانکولوژی) توسط وزارت متبوع، دانش آموختگان فوق ملزم به گذراندن آن خواهند بود.

۵-۱۶- حداقل یک نفر کارشناس ارشد یا دکترای تخصصی تغذیه بالینی یا علوم تغذیه دوره دیده که دست کم در دو مقطع تحصیلی خود در رشته تغذیه به تحصیل پرداخته باشد.

تبصره: در صورت تدوین کوریکولوم دوره آموزشی مهارتی حرفه ای مرتبط توسط وزارت متبوع، دانش آموختگان این رشته ملزم به گذراندن آن خواهند بود.

۶-۱۶- حداقل یک نفر مددکار اجتماعی دوره دیده دارای حداقل مدرک کارشناسی

تبصره: در صورت تدوین کوریکولوم دوره آموزشی مهارتی حرفه ای مرتبط توسط وزارت متبوع، مددکاران این مراکز ملزم به گذراندن آن خواهند بود.

وزیر

۱۶-۷- یک نفر کاردان/کارشناس مدارک پزشکی یا فن آوری اطلاعات سلامت به عنوان مسئول قسمت مدارک پزشکی، بایگانی و پذیرش

تبصره: در صورت عدم وجود فارغ التحصیلان مربوطه، به کارگیری سایر رشته‌های پیراپزشکی با تایید معاونت دانشگاه/ دانشکده بلامانع است.

۱۶-۸- یک نفر خدمه دارای گواهی نامه بهداشت عمومی از آموزشگاه های اصناف دارای مجوز از معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده در هرنوبت کاری

۱۶-۹- در صورت وجود آبدارخانه وجود یک نفر آبدارچی دارای کارت بهداشت و گواهینامه دوره ویژه بهداشت عمومی از آموزشگاههای اصناف دارای مجوز از معاونت بهداشتی (از به کارگیری آبدارچی جهت انجام امور نظافت و پسماند جلوگیری به عمل آید).

ماده ۱۷- سایر گروه های حرفه ای تخصصی مورد نیاز برای برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان که می توانند به صورت پاره وقت یا تمام وقت با ارائه برنامه کاری مشخص در قالب ویزیت یا حضور در تیم چند تخصصی به ارائه خدمات بپردازند از جمله:

- دندانپزشک و پزشکان سایر گروه های تخصصی و فوق تخصصی و یا دارای گواهینامه های حرفه ای معتبر از جمله متخصصان روانپزشکی (به ویژه فلوشیپ های طب روان تنی و روان درمانی)، متخصصان طب فیزیکی و توانبخشی، فلوشیپ های درد و طب مکمل (دارای گواهینامه معتبر داخلی یا خارجی)
- داروساز بالینی
- پیراپزشکان دوره دیده (گروه های مختلف توانبخشی، دانش آموختگان فیزیوتراپی، درمانگران لنف ادم و...) برحسب مورد و نیاز که با توجه به نظر مسئول فنی و ارائه برنامه کاری مشخص می توانند در مرکز مشغول به فعالیت شوند.

تبصره: در صورت تدوین کوریکولوم دوره آموزشی مهارتی حرفه ای مرتبط توسط وزارت متبوع، پیراپزشکان ملزم به گذراندن آن خواهند بود.

- مراقب معنوی (روان شناس یا روحانی) دوره دیده

تبصره: در صورت تدوین کوریکولوم دوره آموزشی مهارتی حرفه ای مرتبط توسط وزارت متبوع، مراقبین معنوی ملزم به گذراندن آن خواهند بود.

- مشاور خانواده/ مشاور اجتماعی

ماده ۱۸- به کارگیری پرسنل فنی اعم از پزشکان و پیراپزشکان مستلزم رعایت قوانین جاری و دستورالعمل ها و بخشنامه های وزارت متبوع و رعایت آئین نامه اجرایی قانون اجازه تاسیس مطب است.

ماده ۱۹- اشتغال همزمان (در یک نوبت کاری) پرسنل در سایر درمانگاه ها و موسسات پزشکی و حرف وابسته مجاز نیست.

ضوابط ساختمانی و تجهیزاتی

ماده ۲۰- رعایت ضوابط ساختمانی (با شرح و تفصیل در پیوست) ذیل در مرکز ضروری می باشد:

۲۰-۱- حداقل امکانات مورد نیاز شامل ۳ تخت جهت مداخلات سرپایی و دارا بودن فضای مشخص برای این مداخلات، یک اتاق مدیریت و پاسخگویی خدمات در خانه و ۲ تا ۴ اتاق ویزیت بیماران است. در عین حال مرکز می تواند فضایی جهت انجام آزمایشات دارای ارتباط مستقیم با مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان (به عنوان POCT) مطابق با "دستورالعمل مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" اختصاص دهد.

۲۰-۲- فضاهای مورد نیاز و چیدمان و ارتباط فیزیکی بین فضاها، باید مطابق با ضوابط ساختمانی "مرکز سرپایی مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" که توسط معاونت توسعه وزارت تنظیم و ابلاغ می گردد، باشد.

تبصره: هرگونه تغییرات در فضای فیزیکی مرکز باید با تایید معاونت مربوطه و دفتر مدیریت منابع فیزیکی دانشگاه و مطابق با ضوابط و استانداردهای مصوب وزارت متبوع باشد.

ماده ۲۱- ضوابط تجهیزات مورد نیاز در مرکز شامل نوع تجهیزات مصرفی و غیر مصرفی، استانداردها و کارکرد آنها مطابق با پیوست و ضوابط مندرج در "دستورالعمل مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" است. سایر تجهیزات مورد استفاده تابع ضوابط و مقررات مربوطه است.

ضوابط بهداشتی و ایمنی عمومی

ماده ۲۲- مرکز موظف است علاوه بر رعایت ضوابط و استانداردهای عمومی ابلاغی وزارت، دستورالعمل کنترل عفونت و نیز ضوابط بهداشتی و ضوابط عمومی از جمله موارد موجود در بندهای زیر را رعایت نماید.

۲۲-۱- کف تمامی قسمت های ساختمان باید سالم، بادوام، قابل شستشو، غیرقابل نفوذ به آب، بدون ترک خوردگی، ازجنس مقاوم و بدون خلل و فرج و قابل گندزدایی باشد و در عین حال لغزنده نباشند.

۲۲-۲- دیوارها باید از جنس مقاوم، بدون خلل و فرج، قابل شستشو و گندزدایی، بدون درز و شکاف، فاقد شکستگی و ترک خوردگی و به رنگ روشن و تمیز و دارای قرنیز به ارتفاع ۱۰ سانتیمتر باشد.

۲۲-۳- سقف تمامی قسمت ها باید سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن باشد.

۲۲-۴- درب و پنجره ها باید سالم و پنجره های باز شو با حفاظ مناسب و مجهز به توری مناسب باشد.

۲۲-۵- سیستم سرمایش و گرمایش بگونه ای باشد که ضمن فراهم نمودن برودت و حرارت، قادر به تهویه باشد تا از آلودگی های هوای داخل ساختمان جلوگیری شود.

وزیر

۲۲-۶- آب مصرفی باید از شبکه عمومی آب آشامیدنی شهر/ روستا مورد تایید مقامات بهداشتی تامین و در مناطقی که فاقد شبکه عمومی می باشند، از شبکه خصوصی آب با رعایت استانداردهای آب آشامیدنی کشور استفاده شود.

۲۲-۷- سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب از نظر فنی و بهداشتی با تأکید بر ضرورت تأمین استانداردهای شستشو و دفع فاضلاب آلوده به مواد مصرفی به گونه ای باشد که سطوح، خاک، آبهای سطحی و زیرزمینی را آلوده نکند، خروجی فاضلاب با استانداردهای محیط زیست و ضوابط و دستورالعملهای ارسالی وزارت مطابقت داشته و مورد تایید معاونت بهداشتی باشد.

۲۲-۸- زباله دان باید به تعداد کافی از جنس مقاوم، قابل شستشو و گندزدایی و ضد زنگ با درپوش و پدال و کیسه مناسب در مرکز موجود باشد.

۲۲-۹- وجود گندزدای مناسب جهت گندزدایی سطوح الزامی است و تمامی قسمت ها به طور مرتب نظافت و در موارد ضروری محل های آلوده بایستی گندزدائی شود.

۲۲-۱۰- صندلی ها و مبیل های اتاق ها بدون درز و پارگی، تمیز و قابل شستشو بوده، همچنین میزها و قفسه ها باید سالم، تمیز و رنگ آمیزی شده باشد.

۲۲-۱۱- اتاقک تی شویی با حداقل متراژ ۱/۵ متر مربع با کف مقاوم، قابل شستشو، کاشیکاری یا سرامیک تا زیر سقف و مجهز به شیر مخلوط آب گرم و سرد، تی آویز و حوضچه دارای کفشوی فاضلاب رو با عمق ۵۰ cm و قفسه مواد گندزدا و پاک کننده یا استفاده از تی شوی پرتابل با در نظر گرفتن فضای مناسب برای نگهداری تی شوی الزامی است.

۲۲-۱۲- رعایت ضوابط بهداشتی برای سرویس های بهداشتی کارکنان و بیماران بطوریکه روشویی ها تا حد امکان بدون پایه، با دیوار اطراف کاشیکاری شده و با شیر دستشویی از نوع آرنجی یا پدالی یا خودکار (اتوماتیک چشمی) باشد و سرویسهای بهداشتی نزدیک به ورودی سالن انتظار، با کف و دیوار کاشیکاری شده، سقف سالم و مقاوم، با رنگ روشن، کف و دیوار قابل شستشو و گندزدایی، مجهز به آب گرم و سرد، صابون مایع، حوله کاغذی، هواکش مناسب، سرویس بهداشتی سالم و بدون ترک خوردگی و دارای فلاش تانک باشد.

۲۲-۱۳- در نظر گرفتن سرویسهای بهداشتی مجزا برای پرسنل، مراجعین و بیماران "مطابق دستورالعمل های مرکز سلامت محیط و کار".

۲۲-۱۴- تأمین وسایل سیستم اطفاء حریق مرکزی و یا حداقل یک کیپسول ۴ کیلوگرمی برای هر ۵۰ مترمربع، همراه با هشدار دهنده حریق مناسب و مطابق با ضوابط و استانداردهای سازمان خدمات ایمنی و آتش نشانی

۲۲-۱۵- تأمین نور، تهویه و وجود سیستم سرمایش و گرمایش مناسب

۲۲-۱۶- آبدارخانه باید دارای شرایط بهداشتی مندرج در مقررات بهداشتی ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی باشد.

وزیر

ماده ۲۳- دفع پسماندهای پزشکی ویژه مطابق با ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته مصوبه شماره ۱۵۸۷۱/ت/۳۸۴۵۹ک مورخ ۱۳۸۷/۲/۸ هیئت محترم وزیران و دستورالعمل مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی ویژه در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی و ضوابط واگذاری آن به اشخاص حقیقی و حقوقی به شماره ۲۸۴۲۰۸ مورخ ۸۷/۸/۵ و تمامی بخشنامه های صادره از مرکز سلامت محیط و کار در خصوص چگونگی تفکیک، جمع آوری و نگهداری و دفع پسماندها الزامی است.

ماده ۲۴- تشکیل پرونده های پزشکی (معاینات دوره ای و واکسیناسیون) برای تمامی شاغلین الزامی است.

ماده ۲۵- رعایت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات الزامی است.

ماده ۲۶- با توجه به فقدان علائم بالینی در دوره کمون یا دوره پنجره بسیاری از بیماری های عفونی و قابل انتقال ویروسی (نظیر هپاتیت و ایدز) و عدم امکان تشخیص قطعی در مورد این بیماران و از طرفی امکان انتقال آسان بیماری های فوق در این مراکز، رعایت تمامی اصول کنترل عفونت در مورد بیماران براساس ضوابط و استانداردها و دستورالعمل های صادره از وزارت الزامی است.

ماده ۲۷- رعایت کلیه اصول بهداشت محیط و حرفه ای براساس آخرین ضوابط و دستورالعمل های ابلاغی از وزارت (دفتر سلامت محیط و کار) الزامی است.

فصل ششم - وظایف موسس

ماده ۲۸- «وظایف موسس» در مرکز به شرح ذیل می باشد:

۱-۲۸- معرفی مسئول / مسئولین فنی مرکز

تبصره: حداقل مدت قرارداد مسئول فنی یک سال است.

۲-۲۸- معرفی پرسنل شاغل در مرکز به معاونت دانشگاه/ دانشکده براساس ضوابط این آیین نامه

۳-۲۸- اخذ تاییدیه از معاونت دانشگاه/ دانشکده مبنی بر عدم ممنوعیت قانونی اشتغال در مرکز برای تمامی پزشکان و کارکنان شاغل در مرکز

۴-۲۸- تامین و تدارک مستمر تجهیزات و ملزومات پزشکی، مصرفی و دارویی و... براساس دستورالعمل های مربوطه برای مرکز به نحوی که بتواند به فعالیت خود طبق استانداردها و شرایط مندرج در این آیین نامه ادامه دهد.

۵-۲۸- رفع نواقص و ایرادهای مرکز در مدت مقرر و اعلام شده توسط وزارت/ معاونت دانشگاه/ دانشکده و یا مسئولین فنی

۶-۲۸- رعایت تمامی ضوابط، مقررات، دستورالعمل ها و تعرفه های مصوب مراجع ذی صلاح و ذی ربط قانونی

۷-۲۸- برنامه ریزی و ساماندهی مناسب مرکز جهت ارائه خدمات مطلوب و جلب رضایت بیماران و رعایت منشور حقوق بیماران و پرسنل

وزیر

۸-۲۸- نظارت بر رعایت ضوابط ایمنی و آتش نشانی و رفع نواقص
۹-۲۸- کسب اطلاع از قوانین و مقررات و ضوابط و دستورالعمل های مربوطه و دسترسی به آن ها
۱۰-۲۸- پاسخگویی به محاکم قضایی، وزارت، معاونت دانشگاه/ دانشکده و سایر مراجع ذی صلاح
تبصره ۱- در صورت تخلف مسئول فنی از وظایف موضوع آیین نامه، موسس می تواند با ارائه مستندات و مدارک، به معاونت دانشگاه/ دانشکده تعویض وی را از کمیسیون قانونی درخواست نماید و در صورت احراز تخلف توسط کمیسیون قانونی، با معرفی فرد واجد شرایط و تایید کمیسیون قانونی، پروانه مسئول فنی جدید به جایگزینی ایشان صادر می گردد.
تبصره ۲: تأمین، نگهداری، انتقال، انبارش و توزیع داروها، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی، مدیریت امور دارویی بر اساس ضوابط و آیین نامه های ابلاغی سازمان غذا و دارو و دستورالعمل "مدیریت مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان" انجام شود.

شرایط، وظایف و مقررات مسئول فنی

ماده ۲۹- شرایط مسئول فنی مرکز عبارت است از:
۱-۲۹- پزشک دارای گواهینامه دوره مهارتی حرفه ای مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان مورد تایید وزارت
۲-۲۹- دارا بودن پروانه اشتغال (مطب) معتبر شهر مورد تقاضا
۳-۲۹- احراز صلاحیت های عمومی از جمله ارائه گواهی سوء پیشینه کیفری و عدم محکومیت انتظامی از سازمان نظام پزشکی
ماده ۳۰- اهم «وظایف مسئول فنی» مرکز عبارت است از:
۱-۳۰- سرپرستی تمامی امور فنی مرکز، تعاملات کاری با معاونت دانشگاه/ دانشکده و وزارت و همچنین مدیریت اقدامات جانبی پزشکی (همچون عوارض احتمالی ناشی از مراقبت های ارائه شده داخل مرکز یا خانه، احیاء بیمار، مدیریت شرایط اورژانسی، ارجاعات احتمالی و...)
۲-۳۰- حضور مستمر و تمام وقت در مرکز در نوبت های کاری درج شده در پروانه مسئول فنی و قبول مسئولیت های مربوطه
۳-۳۰- نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات، بخشنامه ها، دستورالعمل ها، موازین علمی، فنی، استانداردها و گایدلاین ها و پروتکل های درمانی مرتبط با فعالیت های مرکز ابلاغی از وزارت

وزیر

- ۳۰-۴- تکمیل تیم مراقبتی (تیم اصلی و مشاوره ای) مرکز و تشکیل جلسات هماهنگی با اعضای تیم و حسب مورد با اعضاء تمام وقت و مشاور
- ۳۰-۵- نظارت بر نحوه پذیرش و ارائه خدمات توسط پزشکان و پیراپزشکان و سایر کارکنان و ابلاغ تذکرات لازم به آنان در جهت اجرای وظایف مربوطه و ارتقای سطح کیفی خدمات درمانی
- ۳۰-۶- بررسی و احراز صلاحیت نیروی انسانی، مسئولین و کارکنان فنی هر یک از واحدهای تشکیل دهنده مرکز براساس مفاد این آیین نامه و ضوابط قانونی مربوطه
- ۳۰-۷- برنامه ریزی و سازماندهی مناسب جهت ارائه خدمات مطلوب، جلب رضایت بیماران و رعایت منشور حقوق بیماران
- ۳۰-۸- تهیه و تنظیم برنامه کاری قسمت های مختلف مرکز با همکاری اعضا تیم و مسئولین هر یک از قسمتها و نظارت بر حسن انجام خدمات درمانی در ساعت های تعیین شده
- ۳۰-۹- نظارت بر فرایندهای مربوط به مراقبت در خانه بیماران نیازمند این نوع مراقبت
- ۳۰-۱۰- معرفی فرد واجد شرایط و صلاحیت به عنوان جانشین موقت به موسس جهت انجام وظایف قانونی مسئول فنی در غیاب خود (موضوع ماده ۲۹)
- ۳۰-۱۱- نظارت بر فرآیند کنترل کیفیت و قابلیت استفاده تجهیزات و ملزومات پزشکی و مصرف دارو در مرکز
- ۳۰-۱۲- ابلاغ تذکرات فنی لازم به موسس و کارکنان مرکز و پیگیری انجام اقدامات اجرایی و در صورت تخطی موسس، اعلام مراتب به معاونت دانشگاه/ دانشکده
- ۳۰-۱۳- نظارت بر حفظ شئون پزشکی و حرفه ای، اجرای ضوابط طرح انطباق امور فنی و اداری موسسات پزشکی با موازین شرع مقدس و منشور حقوق بیماران و رسیدگی به شکایت بیماران در امور فنی و پاسخگویی به آنان و سایر مراجع ذی صلاح
- ۳۰-۱۴- نظارت بر تهیه و تنظیم و نگهداری پرونده های پزشکی بیماران و بررسی شرح حال و دستورات پزشکی و تذکر به مسئولین مربوطه در خصوص تخطی از موازین علمی و فنی با رعایت اصول محرمانگی
- ۳۰-۱۵- نظارت بر جمع آوری اطلاعات و آمار مربوطه به ارائه خدمات و تهیه گزارش در صورت درخواست وزارت/ دانشگاه/ دانشکده و سایر مراجع قانونی ذی صلاح با رعایت اصول محرمانگی
- ۳۰-۱۶- گزارش دهی به موقع مشخصات بیماران مبتلا به بیماری های واگیر قابل گزارش به دانشگاه/ دانشکده/ مرکز بهداشت شهرستان با رعایت اصول محرمانگی
- ۳۰-۱۷- نظارت بر دریافت تعرفه های مصوب قانونی
- ۳۰-۱۸- اعمال نظارت لازم برای جلوگیری از پرداخت های غیر متعارف و خارج از صندوق پذیرش بیماران تحت پوشش بیمه های درمانی و جلوگیری از تحمیل هزینه و خدمات غیر ضروری و نیز غیرمجاز به بیماران
- ۳۰-۱۹- عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر پایه الزامی است.

وزیر

۲۰-۳۰- ثبت گزارش اهم اقدامات انجام شده و رخدادهای مهم در نوبت کاری مربوطه در دفتر مخصوص با امضاء و مهر مسئول فنی و نیز گزارش مشخصات و آمار بیماران فوت شده به معاونت دانشگاه/ دانشکده ۲۱-۳۰- کنترل و مراقبت وضعیت بهداشتی، درمانی، تجهیزات و ملزومات پزشکی و دارویی ۲۲-۳۰- در صورت ابلاغ ضوابط اعتباربخشی این مراکز از سوی وزارت، مسئول فنی موظف به اجرا و رعایت الزامات قانونی مربوطه خواهد بود.

۲۳-۳۰- کسب اطلاع از قوانین، مقررات و ضوابط و دستورالعمل های مربوطه و دسترسی به آنها ۲۴-۳۰- رسیدگی به شکایات و پاسخگویی به مراجع ذی صلاح از جمله وزارت، دانشگاه، سازمان نظام پزشکی، مراجع قضایی و ...

۲۵-۳۰- پذیرش و ارائه خدمات اولیه به بیماران اورژانسی و نظارت بر حسن ارائه خدمات ۲۶-۳۰- کنترل حضور و غیاب و عملکرد کیفی کارکنان فنی ۲۷-۳۰- مسئول فنی صبح، ضمن هماهنگی با مسئول فنی نوبت کاری عصر، مسئول شرکت در جلسات هماهنگی مقرر از سوی دانشگاه/ دانشکده ذی ربط خواهد بود.

۲۸-۳۰- نظارت بر رعایت ضوابط ایمنی و آتش نشانی و اعلام نواقص به موسس و معاونت دانشگاه/ دانشکده ماده ۳۱- حضور مسئول فنی در نوبت کاری و اوقات تعیین شده در مرکز الزامی است. در صورتی که مسئول فنی نتواند به دلایل موجه در مرکز حاضر شود و غیبت وی کمتر از یک نوبت کاری تا یک روز باشد، مسئول فنی نوبت کاری دیگر یا پزشک درمانگر حاضر در مرکز را به عنوان جانشین خود تعیین می کند و معرفی جانشین، نافی مسئولیت قانونی مسئول فنی نمی باشد. در صورتی که غیبت وی از یک روز بیشتر باشد، مسئول فنی نوبت کاری دیگر همان مرکز جایگزین خواهد شد و در صورت معرفی فرد واجد شرایط دیگر با تایید موسس و هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده، پس از تکمیل فرم پیوست آیین نامه، به عنوان جانشین موقت می تواند وظایف وی را حداکثر تا مدت ۳ ماه انجام دهد.

تبصره ۱: چنانچه مدت معذوریت بیش از ۳ ماه باشد، موسس باید جانشین واجد شرایط را به جای ایشان به معاونت دانشگاه/ دانشکده معرفی کند تا پس از طی مراحل اداری و قانونی، پروانه مسئولیت فنی جدید صادر شود و تا زمان تایید صلاحیت مسئول فنی جدید، پزشک جانشین معرفی شده وظایف مسئول فنی را به عهده خواهد داشت ولی پاسخگویی به مراجع قانونی کماکان به عهده مسئول فنی خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت عدم امکان جایگزین نمودن مسئول فنی جانشین واجد شرایط، موسس می تواند درخواست تعطیلی موقت به معاونت دانشگاه/ دانشکده نماید. (مطابق ماده ۴۰ این آیین نامه)

ماده ۳۲- با توجه به لزوم حضور مسئول فنی در نوبت کاری تعیین شده، مسئولین فنی نمی توانند در زمان تقبل مسئولیت فنی در محل دیگری شاغل باشند و پروانه همزمان با تصدی مسئولیت فنی برای آنان صادر نخواهد شد.

وزیر

ماده ۳۳- در صورتی که مسئول فنی تمایل به ادامه کار نداشته باشد باید سه ماه قبل مراتب را به طور کتبی به موسس و معاونت دانشگاه اعلام نماید و در طی این مدت موسس موظف است نسبت به معرفی مسئول فنی جایگزین اقدام نموده تا پس از تصویب و تایید صلاحیت وی توسط کمیسیون قانونی، پروانه مسئول فنی جدید صادر گردد.

ماده ۳۴- در صورت ترک مرکز توسط مسئول فنی و عدم انجام وظایف مندرج در این آیین نامه بدون هماهنگی و رعایت مقررات مربوطه، تمامی مسئولیت های قانونی تا زمان تعیین تکلیف ایشان به عهده وی خواهد بود و باید ضمن رسیدگی برابر ضوابط، مراتب از طریق معاونت دانشگاه/ دانشکده به وزارت/ معاونت نیز اطلاع داده شود.

تبصره: در صورت پایان مدت اعتبار پروانه مسئول فنی، موسس باید تعویض وی را با معرفی فرد واجد شرایط و با رعایت شرایط مندرج در این آیین نامه درخواست نماید.

ماده ۳۵- در صورتی که مسئول فنی مرکز فوت نماید، موسس باید حداکثر ظرف یک هفته فرد واجد شرایط دیگری را به عنوان جانشین معرفی نماید تا پس از تایید صلاحیت از سوی کمیسیون قانونی، پروانه مسئول فنی جدید صادر گردد. (در صورتی که مسئول فنی و موسس یک فرد باشد، باید مطابق مفاد ماده ۴۶ عمل گردد.)

تبصره: تا زمان تایید صلاحیت مسئول فنی جدید توسط کمیسیون قانونی و صدور پروانه وی، تصدی مسئولیت فنی مرکز بطور موقت به عهده فرد معرفی شده است.

سایر قوانین و مقررات

ماده ۳۶- هرگونه تغییر و جابجایی اعضا تمام وقت و کادر فنی باید با اطلاع معاونت دانشگاه/ دانشکده باشد.
ماده ۳۷- نصب پروانه های قانونی و تعرفه های مصوب قانونی در محلی که کاملاً قابل رویت برای عموم مراجعین باشد الزامی است.

ماده ۳۸- نصب تابلو مرکز با ذکر مشخصات کامل براساس مندرجات پروانه بهره برداری در محل ورودی الزامی است و استاندارد های مربوط به تابلو، مهر، سرنسخه، کارت ویزیت و تبلیغات باید منطبق با ضوابط و مقررات سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران رعایت گردد.

ماده ۳۹- پرسنل شاغل در مرکز، در همان نوبت کاری نمی توانند در مرکز دیگری فعالیت نمایند.

ماده ۴۰- مرکز موظف است منحصراً از عنوان و نام مصوب و مکتوب در پروانه بهره برداری در تابلوها و سر نسخه ها و دیگر اسناد استفاده نماید و انتخاب عناوین دیگر ممنوع است.

وزیر

ماده ۴۱- رعایت موازین اسلامی و اخلاقی بر اساس قانون "انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی با موازین اسلام مصوب سال ۱۳۷۷ و آیین نامه اجرایی آن مصوب سال ۱۳۸۰" و "منشور حقوق بیماران" در مرکز الزامی است و نیز نظارت بر اجرای آن به عهده موسس و مسئول فنی می‌باشد.

ماده ۴۲- در صورت درخواست تعطیلی موقت، موسس باید دلایل درخواست تعطیلی خود را به طور کتبی و با قید زمان به مسئول فنی و معاونت دانشگاه/ دانشکده اعلام نماید و حداکثر زمان تعطیلی نباید از ۶ ماه بیشتر باشد.

تبصره: در صورت درخواست تعطیلی بیشتر از ۶ ماه موضوع با ذکر دلایل و مستندات باید به تایید کمیسیون قانونی برسد.

ماده ۴۳- مرکز موظف است مواردی از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر که فهرست آن توسط وزارت یا دانشگاه/ دانشکده‌ها تعیین می‌گردد را با رعایت اصل امانت داری و محرمانگی به مراجع قانونی ذی ربط گزارش نماید.

ماده ۴۴- نظارت بر عملکرد مرکز در سراسر کشور به عهده معاونت دانشگاه/ دانشکده و در صورت لزوم، معاونت وزارت می‌باشد و موسس و مسئولین فنی موظفند گزارش عملکرد، آمار و اطلاعات لازم را در اختیار مراجع مذکور و نمایندگان قانونی آنان قرار دهند. این حکم نافی نظارت عالی وزارت نمی‌باشد.

ماده ۴۵- هرگونه تغییر مسئول/ مسئولین فنی یا مکان مرکز، باید مطابق شرایط این آیین نامه، تصویب کمیسیون قانونی و اخذ مجوزهای مربوطه باشد.

ماده ۴۶- در صورت فعالیت افراد فاقد صلاحیت در مرکز یا اداره مرکز توسط افراد فاقد صلاحیت، متخلف مشمول مجازات‌های قانونی مندرج در ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ خواهد بود.

ماده ۴۷- مرکز حق انتشار آگهی تبلیغاتی که موجب گمراهی بیمار یا مراجعین شده و یا به تشخیص وزارت بر خلاف شئون پزشکی یا عفت عمومی باشد را ندارد، استفاده از عناوین مجعول و خلاف حقیقت بر روی تابلو و سر نسخه جرم محسوب و با متخلفین برابر مقررات قانونی رفتار خواهد شد.

ماده ۴۸- در صورت فوت موسس واحد مطابق تبصره ۴ ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی و اصلاحات بعدی اقدام خواهد شد.

تبصره: در صورتی که مدت اعتبار پروانه مسوول فنی در این مدت منقضی شود، وراثت باید نسبت به تمدید مسوولیت وی یا معرفی مسوول فنی واجد شرایط اقدام نمایند.

ماده ۴۹- در صورتی که موسس به علت از کارافتادگی کلی، قادر به اداره مرکز نباشد، باید در یک مهلت حداکثر ۶ ماهه نسبت به معرفی فرد/ افراد واجد شرایط دیگری به عنوان جانشین (موسس) اقدام نماید و چنانچه به علت حرج، قادر به اداره مرکز نباشد، قیم وی باید در یک مهلت حداکثر ۶ ماهه نسبت به معرفی

وزیر

فرد/افراد واجد شرایط دیگری به عنوان جانشین (موسس) اقدام نماید تا پس از تایید صلاحیت توسط کمیسیون قانونی، پروانه بهره برداری به نام وی صادر گردد.

ماده ۵۰- در صورتیکه مؤسس، قصد انحلال را داشته باشد مراتب بایستی کتباً سه ماه قبل از هرگونه اقدام با ذکر دلایل و مستندات به معاونت مربوطه اعلام گردد.

ماده ۵۱- چنانچه پروانه موسسه به نام اشخاص حقوقی صادر گردیده و یکی از اعضا واجد شرایط مقرر در ماده ۳ آیین نامه فوت کند و یا محجور و یا از کار افتاده شود، فرد جایگزین معرفی شده باید واجد صلاحیت مقرر در ماده یاد شده باشد.

ماده ۵۲- تاسیس و راه اندازی مرکز در بیمارستان ها اعم از دولتی و خصوصی، خیریه ها و درمانگاه های عمومی، تخصصی داخلی لازم است در چارچوب این آیین نامه باشد.

ماده ۵۳- از تاریخ ابلاغ این آیین نامه هرگونه فعالیت در زمینه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان (سرپایی) تابع ضوابط مقرر در این آیین نامه خواهد بود.

فصل هفتم - تخلفات

ماده ۵۴- در صورتی که موسس یا مسئول/ مسئولین فنی از ضوابط و مقررات قانونی و نیز الزامات و وظایف خود که در این آیین نامه پیش بینی شده تخلف نماید؛ به نحو زیر اقدام خواهد شد:

الف- بار اول تذکر شفاهی با قید موضوع در صورت جلسه بازرسی محل توسط معاونت دانشگاه/ دانشکده

ب- بار دوم اخطار کتبی توسط معاونت دانشگاه/ دانشکده حداقل به فاصله دو هفته پس از تذکر شفاهی

ج- بار سوم اخطار کتبی توسط معاونت دانشگاه/ دانشکده به فاصله دو هفته از اخطار کتبی قبلی

د- در صورت تکرار و عدم توجه به تذکرات قبلی اعم از شفاهی و کتبی، در مورد تخلفاتی که مشمول قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و اصلاحات بعدی باشد؛ موضوع به کمیسیون ماده ۱۱ قانون یاد شده ارجاع تا به محاکم ذی صلاح قانونی احاله گردد.

تبصره: در مواردی که عملکرد مرکز، خلاف موازین باشد و یا موجب اختلال در امنیت و سلامت جامعه شود به تشخیص وزیر و بدون رعایت تذکرات، و اخطاریه های قبلی قابل طرح در کمیسیون قانونی بوده و با رای کمیسیون مذکور موجب تعطیلی موقت و ارجاع پرونده به مراجع ذی صلاح خواهد شد.

این آیین نامه در ماده ۵۴ و ۳۶ تبصره تصویب و از تاریخ ابلاغ قابل اجرا می باشد.