



QCHP
المجلس القطري للتخصصات الصحية
Qatar Council for Healthcare Practitioners



تعميم رقم (2018/19)

من	المجلس القطري للتخصصات الصحية
إلى	<ul style="list-style-type: none">• كافة الممارسين الصحيين العاملين في مؤسسات أكاديمية صحية في دولة قطر• كافة ضباط الاتصال للمنشآت الصحية المرتبطة باتفاقية تعاون مع مؤسسات أكاديمية صحية. (القطاعين الحكومي والخاص)
الموضوع	تسجيل/ترخيص الممارسين الصحيين العاملين في مؤسسات أكاديمية صحية
التاريخ	12 أغسطس 2018

"يهديكُم المجلس القطري للتخصصات الصحية أطيَبَ التمنيات"

إنطلاقاً من حرص المجلس القطري للتخصصات الصحية على ضمان جودة عملية تسجيل/ترخيص الممارسين الصحيين من خلال دقة البيانات والمعلومات المتوفرة عن جميع فئات المهن الصحية في دولة قطر، فيما يخص مكان العمل ومجال التخصص، والمسمى وغيرها من البيانات، وسعيًا من المجلس القطري إلى الامتثال القانوني للتشريعات المنظمة للقطاع الصحي في الدولة. فقد قررت إدارة التسجيل تبني منهجية جديدة لتسجيل/ترخيص الممارسين الصحيين العاملين في مؤسسات أكاديمية صحية وفق التوجيهات التالية :

- الممارسين الصحيين المنتسبين للعمل بالمؤسسات الأكاديمية الصحية في الدولة، في وظائف أكاديمية، وإدارية، أو بحثية -بينما سوف يمارسون أدوارهم الإكلينيكية في منشآت رعاية صحية أخرى بناءً على اتفاقيات تعاون بين المنشأة الصحية والمؤسسة الأكاديمية

1. على جميع الممارسين الصحيين المشار إليهم أعلاه و الملتحقين حديثاً للعمل بالمؤسسات الأكاديمية الصحية في الدولة، أن يتقدموا للتسجيل/الترخيص على المنشأة الصحية وليس على المؤسسة الأكاديمية .
2. على جميع الممارسين الصحيين المشار إليهم أعلاه، والمرخصين حاليًا على مؤسساتهم الأكاديمية أن يتقدموا بطلب تغيير مكان العمل حتى يتم نقل ترخيصهم على المنشأة الصحية التي يمارسون بها أدوارهم الإكلينيكية.
3. فئة الممارسين الصحيين المشار إليهم أعلاه، والمرخصين حاليًا على مؤسساتهم الأكاديمية، بينما لديهم مكان عمل إضافي على نظام التسجيل/الترخيص الإلكتروني، سوف يقوم المجلس القطري بإزالة المؤسسة الأكاديمية من ملفهم الإلكتروني كونهم لا يمارسون بها أى مهام إكلينيكية، وسوف يتم الإبقاء على مكان العمل الإضافي.
4. يحتفظ الممارسون الصحيون العاملون في عيادات الموظفين أو وحدات الإسعاف الأولية في المؤسسات الأكاديمية الصحية بترخيصهم الطبي دون تغيير مكان العمل، شريطة أن يكون مكان العمل ذو ترخيص ساري المفعول لدى إدارة ترخيص واعتماد المنشآت الصحية، وأن يتماشى نطاق التخصص للممارس الصحي مع مستوى الخدمات الصحية المصرح بتقديمها في مكان العمل المشار إليه.



QCHP
المجلس القطري للتخصصات الصحية
Qatar Council for Healthcare Practitioners



5. سوف يعلن المجلس القطري قريباً عن سياسة مستحدثة لفئة الممارسين الصحيين المتفرغين كلياً لأدوارهم الأكاديمية، والبحثية، أو الإدارية.

يتوجب على الممارسين الصحيين من فئات 1،2،3 كما هو موضح أعلاه تزويد إدارة التسجيل بالمتطلبات التالية:

- نسخة من إتفاقية التعاون بين المؤسسة الأكاديمية، والمنشأة الصحية
- خطاب عدم ممانعة من المؤسسة الأكاديمية لعمل الممارس الصحي التابع لها في المنشأة الصحية المذكورة في اتفاق الانتساب.
- نموذج إخطار من المنشأة الصحية لتوضيح طبيعة العمل، والمسؤوليات الإكلينيكية للممارس الصحي الذي سوف يتم ترخيصه عليها، وفق اتفاق الانتساب بين المنشأة الصحية والمؤسسة الأكاديمية.

يتوجب على الممارسين الصحيين من الفئات المذكورة أعلاه استكمال جميع التغييرات المطلوبة في تراخيصهم الطبية قبل نهاية العام 2018، ويهيب المجلس القطري بالمنشآت الصحية المشار إليها في هذا التعميم التعاون مع الممارسين الصحيين، والمؤسسات الأكاديمية لإجراء التعديلات المطلوبة.

مرفقات:

- نموذج خطاب عدم الممانعة
- نموذج إخطار

للاستفسار يرجى التواصل مع:

- جواهر العلي: jalali@moph.gov.qa
- د. سومة التركي: seltorky@moph.gov.qa

شاكرين لكم حسن تعاونكم

إدارة التسجيل / المجلس القطري للتخصصات الصحية

No Objection Letter (To be signed by the academic institution)

Dear QCHP,

We have no objection if Dr / Ms /Ms / Mrs..... an employee in our organization is allowed to clinically practice inasbased on the affiliation agreement between us and the mentioned healthcare facility. This No Objection Certificate is issued on particular request of the employee. The healthcare facility shall be liable regarding the clinical services introduced in its settings, and therefore we hold no further responsibility.

Signed _____

Institution _____

Dated _____

Declaration Form (To be signed by the healthcare facility)

I confirm and declare as a medical director ofthat Dr / Mr /Ms / Mrs..... who is licensed with QCHP according to the affiliation agreement between us andis working in our healthcare facility in the capacity ofstarting from....., and his/her clinical roles include the following:.....

I certify that all the above mentioned information is correct, and I am fully responsible for these details.

Signed _____

Healthcare Facility _____

Dated _____