

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| ۱- عنوان خدمت: نظارت مستمر بر مطبها و سلامتکده ها و ارائه دهندگان خدمات طب ایرانی | | ۲- شناسه خدمت: ۱۶۰۶۱۰۱۴۱۰۰ | | |
| ۳- ارائه دهنده خدمت | نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان/معاونت درمان | | | |
| | نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | | | |
| ۴- مشخصات خدمت | شرح خدمت نظارت مستمر بر مطبها سلامتکده ها و ارائه دهندگان خدمات طب ایرانی | | | |
| | نوع خدمت | <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G) | | |
| | ماهیت خدمت | <input type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" type="checkbox"/> تصدی گری | | |
| | سطح خدمت | <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی | | |
| | رویداد مرتبط با: | <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایات <input checked="" type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> وراج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر | | |
| | نحوه آغاز خدمت | <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ... | | |
| | مدارک لازم برای انجام خدمت | تصویر پروانه مطب ، تصویر کارت نظام پزشکی، تصویر گواهی پایان طرح عمومی، تصویر گواهی پایان تعهدات مقطع تخصص ، کپی کارت ملی ، مدارک پرستاران و کادر درمان ، یک عدد عکس | | |
| | قوانین و مقررات بالادستی | دستورالعمل ها و آیین نامه های وزارتی و درون سازمانی مرتبط | | |
| | ۵- جزییات خدمت | آمار تعداد خدمت گیرندگان متوسط مدت زمان ارایه خدمت: | | |
| | | تواتر (برگزاری جلسات بررسی) تعدادبار مراجعه حضوری | | |
| یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> یک بار در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال | | | | |
| هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان | | | | |
| مبلغ (مبالغ) | | شماره حساب (های) بانکی | پرداخت بصورت الکترونیک | |
| آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن ندارد | | | | |
| www.ta.mui.ac.ir | | | | |
| نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: ندارد | | | | |
| ۶- نحوه دسترسی به خدمت | مراحل خدمت | | نوع ارائه | |
| | در مرحله اطلاع رسانی خدمت <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (بازگروه دسترسی) | | رسانه ارتباطی خدمت <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه | |
| در مرحله اطلاع رسانی خدمت <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی <input type="checkbox"/> ت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> ت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> ت زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: | | ذکر ضرورت مراجعه حضوری مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی | | |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------|--|----------------------------|---|------------------------|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> ایترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) | | در مرحله درخواست خدمت | | | |
| مرجع به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی | | <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه | | <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> ایترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> ایترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) | | مرحله تولید خدمت (افزاینده داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها) | | | |
| | | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | | <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> ایترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input checked="" type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی)/ پاسخگویی تلفنی | | در مرحله ارائه خدمت | | | |
| مرجع به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی | | <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه | | <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری | | | |
| استعلام غیر الکترونیکی | استعلام الکترونیکی | فیلدهای مورد تبادل | | | نام سامانه های دیگر | ۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | بررسی گواهی پایان تعهدات- بررسی پروانه مطب ، بررسی محل فعالیت ، بررسی فعالیت انتفاعی اعضای هیات علمی | | | - | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | - | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | - | | |
| اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط: | | استعلام الکترونیکی | مبلغ (در صورت پرداخت هزینه) | فیلدهای مورد تبادل | نام سامانه های دستگاه دیگر | نام دستگاه دیگر | ۸- ارتباط خدمت با سایر |
| | | برخط <input type="checkbox"/> online <input type="checkbox"/> دستهای (Batch) <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------------------|--|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | ارسال صورتجلسه فعالیت پزشکان عمومی و متخصص در بخش خصوصی | - | سازمان نظام پزشکی |
| <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | - | - | - |
| <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | - | - | - |
| وصول درخواست های ارسالی از مراکز درمانی خصوصی | | | | | | |
| جمع آوری، بررسی و تجزیه و تحلیل درخواست هایاصله و سایر مدارک مورد نیاز | | | | | | |
| تحلیل وضعیت پزشکان شاغل در مرکز درمانی متقاضی | | | | | | |
| برگزاری جلسه با مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیصی درمانی | | | | | | |
| برگزاری جلسه با سازمان نظام پزشکی | | | | | | |
| اعلام موافقت/عدم موافقت با فعالیت پزشک متقاضی با مرکز درمانی | | | | | | |
| ارسال صورتجلسه کمیته مشترک درمان و سازمان نظام پزشکی به آن سازمان جهت پیگیری ادامه کار | | | | | | |
| ۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت | | | | | | |
| واحد مربوط: اداره نظارت طب سنتی | پست الکترونیک: negartahani@yahoo.com | | تلفن: ۰۳۱- ۳۶۶۱۹۶۶۱ داخلی: ۲۹۹ | نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمیه طحانی (کارشناس اداره طب سنتی) | | |