

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: صدور مجوز بکارگیری پزشکان(عمومی، متخصص، فوق تخصص، دندانپزشکی در مراکز درمانی خصوصی(بستری، سرپایی)		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 بمنظور فعالیت پزشکان متقاضی فعالیت در بخش مراکز درمانی خصوصی(بستری/سرپایی) ضمن ثبت درخواست متقاضیان در اتوماسیون اداری و ارسال مستندات مورد نیاز به صورت غیر حضوری (ایمیل مدارک) موارد مورد درخواست پس از بررسی کارشناسی و طرح در کمیته مشترک معاونت درمان و سازمان نظام پزشکی( توالی برگزاری کمیته ها دو بار در ماه می باشد) مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت نداشتن منع قانونی نسبت به ارسال صورتجلسه فعالیت پزشکان عمومی و متخصص در بخش خصوصی از طرف معاونت درمان به سازمان نظام پزشکی اقدام و پس از آن اطلاع رسانی امکان فعالیت پزشک متقاضی در بخش خصوصی از طرف سازمان نظام پزشکی به آن مرکز و سازمان های بیمه گر انجام می گردد.		
	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"/> مالیات <input 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"/> ازدواج <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 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	فرم خوداظهاری، تصویر پروانه مطب ، تصویر کارت نظام پزشکی، تصویر گواهی پایان طرح عمومی، تصویر گواهی پایان تعهدات مقطع تخصص و فوق تخصص، گواهی عدم نیاز در ساعات اداری ( پزشکان استخدام ) ، نامه دانشکده برای اعضای هیات علمی.	
	قوانین و مقررات بالادستی	دستورالعمل ها و آیین نامه های وزارتی و درون سازمانی مرتبط	
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۵۰۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال متوسط مدت زمان ارایه خدمت: دو هفته پس از دریافت درخواست های واصله مطابق با قوانین و مقررات موضوعه تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه سه بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال تعدادبار مراجعه حضوری نیاز به مراجعه حضوری توسط پزشک متقاضی نمی باشد و در صورت لزوم رابط مرکز درمانی خصوصی بستری و سرپایی یکبار پس از ارسال درخواست به سازمان نظام پزشکی مراجعه می نماید.	
	هزینه ارایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ(مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
۶- نحوه دسترسی به	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن ندارد		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: ندارد		
	مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت

			<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" 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"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله اطلاع رسانی خدمت
			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <b>مراجعه حضوری</b> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
			<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" 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 (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله درخواست خدمت
			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <b>مراجعه حضوری</b> <input 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		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
			<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <b>مراجعه حضوری</b> <b>مراجعه حضوری</b>		
			<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (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 (با ذکر نحوه دسترسی) / پاسخگویی تلفنی		در مرحله ارائه خدمت
			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <b>مراجعه حضوری</b> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر
	برخط online	دسته‌ای (Batch)			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<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	سایر دستگاه‌های دیگر ارتباط خدمت با سایر دستگاه‌های دیگر	
	دست‌های (Batch)	online						
	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		-	-	-		
دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		-	-	-		
وصول درخواست های ارسالی از مراکز درمانی خصوصی								
جمع آوری، بررسی و تجزیه و تحلیل درخواست های واصله 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: گروه توسعه نیروی تخصصی و پزشکی		پست الکترونیک: Specialists@mui.ac.ir		تلفن: ۳۶۶۱۹۶۶۱-۰۳۱ داخلی: ۲۸۷		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: کارشناس واحد توسعه نیروی تخصصی و پزشکی		