

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| ۱- عنوان خدمت: بازدید های دوره ای و موردی از مراکز و موسسات   |  | ۲- شناسه خدمت: 16021012102  |   |
| ۳- ارائه دهنده خدمت   | نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی                           |   |   |
|   | نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی                          |   |   |
| ۴- مشخصات خدمت  | شرح خدمت   |   |   |
|   | با توجه به نوع درخواست و نوع موسسه تیم نظارتی جهت بازدید از محل تشکیل می شود |   |   |
|   | نوع خدمت   | <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C)<br><input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B)<br><input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)   |   |
|   | ماهیت خدمت   | <input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی<br><input type="checkbox"/> تصدی گری  |   |
|   | سطح خدمت   | <input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> منطقه ای<br><input checked="" type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهری<br><input type="checkbox"/> روستایی  |   |
|   | رویداد مرتبط با:   | <input type="checkbox"/> تولد<br><input checked="" type="checkbox"/> آموزش<br><input checked="" type="checkbox"/> سلامت<br><input type="checkbox"/> مالیات<br><input type="checkbox"/> کسب و کار<br><input type="checkbox"/> تامین اجتماعی<br><input type="checkbox"/> ثبت مالکیت |   |
|   | نحوه آغاز خدمت   | <input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت<br><input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص<br><input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص   |   |
|   |  | <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه<br><input type="checkbox"/> سایر: ...  |   |
|   | مدارک لازم برای انجام خدمت   | آیین نامه، فرم ها و چک لیست، پرسنل تخصصی  |   |
|   | قوانین و مقررات بالادستی   | آیین نامه ها و دستورالعمل های تاسیس و بهره برداری ارسالی از سوی وزارت   |   |
| ۵- جزئیات خدمت  | آمار تعداد خدمت گیرندگان   | ... خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال - بصورت مستمر روزانه  |   |
|   | متوسط مدت زمان ارائه خدمت:   | بسته به نوع مرکز درمانی ۱ الی ۶ ساعت - در شهرستانها ۱ روز کاری  |   |
|   | تواتر  | <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه<br>مستمر<br>هر دو هفته یکبار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>  |   |
|   | تعداد بار مراجعه حضوری   | حدود دو بار در سال  |   |
|   | هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان                                     | مبلغ (مبالغ)  | شماره حساب (های) بانکی  |
| آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن : بعد از انجام بازدید تعداد موارد در سامانه ثبت می شود |  |   |   |
| Medcare.health.gov.ir   |  |   |   |
| نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:   |  |   |   |
| ۶- نحوه دسترسی به خدمت  | مراحل خدمت   | نوع ارائه   | رسانه ارتباطی خدمت  |
|   | در مرحله اطلاع رسانی خدمت  | <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br><input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی   | <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه)<br><input type="checkbox"/> ایستنتی<br><input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br><input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس<br><input type="checkbox"/> سایر (بازگروه دسترسی) |
|   | مراجعه حضوری   | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br><input checked="" type="checkbox"/> سایر: بصورت سرزده   | مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input checked="" type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهرستانی  |



|   |                          |                                   |   |  |  |  |                          |
|---|--------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> دستگاه<br><input type="checkbox"/> مراجعه کننده  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |   |  |  |  |                          |
| ۱- برنامه ریزی جهت زمان بندی بازدید دوره ای انواع مراکز درمانی<br>۲- هماهنگی تیم اعضای نظارتی جهت انجام بازدید<br>۳- هماهنگی جهت تهیه وسیله نقلیه برای بازدید<br>۴- مراجعه به مرکز درمانی<br>۵- تصمیم گیری در مورد بازدید   |                          |                                   |   |  |  |  | ۲- عناوین فرایندهای خدمت |
| <p style="text-align: right;">۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت</p> <pre> graph TD     Start([انجام بازدید دوره ای طبق زمانبندی قبلی یا نیاز دستگاه]) --&gt; Step1[هماهنگی با اعضای تیم نظارتی]     Step1 --&gt; Step2[هماهنگی با امور اداری جهت تهیه وسیله نقلیه]     Step2 --&gt; Dec1{آیا هماهنگی انجام شده است /}     Dec1 --&gt; Step3[مراجعه به مرکز درمانی]     Step3 --&gt; Step4[بازدید و ارزیابی مرکز درمانی مربوطه طبق دستورالعمل های استاندارد]     Step4 --&gt; Step5[تهیه گزارش از بازدید انجام شده ارجاع موارد دارای نقص به مرکز مربوطه]     Step5 --&gt; Dec2{آیا موارد نقص اصلاح شده است}     Dec2 -- خیر --&gt; Step6[ارائه پسخوراند، تذکر و....]     Step6 --&gt; Step4     Dec2 -- بلی --&gt; End([تایید و انجام خدمت مورد نظر])       </pre> |                          |                                   |   |  |  |  |                          |
| واحد مربوطه: اداره نظارت بر امور درمان  | پست الکترونیک:           | تلفن: ۳۲۲۱۰۹۴۰<br>داخلی ۱۴۸ - ۱۵۱ | نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مصطفی اکبرزاده-<br>اعظم محمدی |  |  |  |                          |