

**Инструкция по взаимодействию
с Федеральным центром медицины катастроф
ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России и работе
в ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф
Минздрава России»**

1. Правила регистрации в ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф Минздрава России» и внесения изменений в учетную карточку медицинской организации:

Запросы по работе в ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф Минздрава России» (далее – Система), такие как добавление, удаление, переименование медицинской организации, а также запросы на выдачу логинов и паролей новым пользователям в медицинских организациях, направляются в Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России через орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, либо организацией, которой переданы функции контроля за полноту и достоверность сведений, внесенных медицинскими организациями.

В случае отсутствия в Системе учетной записи о медицинской организации или филиале (структурного подразделения) формируется заявка о добавлении медицинской организации в Систему по форме № 2 либо форме № 3 и направляется в Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Рекомендуемый текст обращения для направления заявки на добавление в ИС «Силы и средства СМК Минздрава России» государственной или муниципальной медицинской организации (филиала, структурного подразделения):

«Просим добавить в ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф Минздрава России» {Полное наименование организации}.

Приложение:

1. Заявка в формате файла Microsoft Word или Excel (редактируемая).»

Заявка подписывается лицом, из числа руководства органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, ответственным за полноту и достоверность сведений, либо руководителем организации, которой переданы функции контроля за полноту и достоверность сведений, внесенных медицинскими организациями в Систему.

Одновременно с подачей заявки на добавление медицинской организации в Систему рекомендуется направлять заявку на предоставление доступа (выдачу логина и пароля) пользователю к данной Системе, согласно форме № 1.

После добавления медицинской организации в Систему и регистрации пользователя на адрес электронной почты, с которого была отправлена заявка будет направлен ответ от Федерального центра медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ

им. Н. И. Пирогова» Минздрава России с предоставлением логина и пароля для входа в Систему.

При необходимости актуализации данных учетной карточки пользователя от медицинской организации, в том случае если зарегистрированный пользователь больше не работает или обязанности по заполнению и ведению Системы были переданы другому сотруднику, либо логин и пароль был утерян, то в тексте обращения следует указать причину изменения данных учетной карточки и заполнить форму № 1 на нового пользователя для получения логина и пароля.

Медицинская организация направляет заявку (форму № 1) в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, либо в организацию, которой переданы функции контроля за полноту и достоверность сведений, внесенных медицинскими организациями в Систему, и далее подписанная заявка (консолидированная) направляется в Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России в формате файла Microsoft Word или Excel (редактируемая).

2. Удаление медицинских организаций из ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф Минздрава России»

Медицинские организации, которые прошли процедуру реорганизации путем перехода прав и обязанностей от одного юридического лица к другому, не могут быть исключены из Системы, т.к. после смены организационно-правовой формы они продолжают свою медицинскую деятельность, сохраняя основные цели и виды деятельности.

Исключаются из Системы только те медицинские организации, которые полностью прекратили медицинскую деятельность по данному адресу.

Сведения о медицинской организации необходимо вносить в соответствии с учредительными документами.

Филиал, поставленный на отдельный налоговый учет (т.е. имеет КПП, отличный от головной организации) должен быть заведен в Систему, как отдельная учетная запись (с указанием головной организации в названии). Ответственность за ведение сведений осуществляет сотрудник филиала.

Филиал, являющийся обособленным структурным подразделением, без выделения на отдельный баланс должен заводиться как структурное подразделение медицинской организации. Обособленное подразделение организации – это любое территориально обособленное от нее подразделение, по месту нахождения которого оборудованы стационарные рабочие места, при этом рабочее место считается созданным, если оно создается на срок более одного месяца.

В системе понятие «Структурное подразделение» является логическим, совпадение с организационно-штатной расстановкой не обязательно. Ответственность за ведение сведений осуществляет сотрудник «Структурного подразделения» либо сотрудник головного учреждения.

В случае реорганизации медицинской организации формируется заявка о внесении изменений в учетную карточку медицинской организации по форме № 4 с подробным разъяснением причины изменения учетной карточки и направляется в Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова»

Минздрава России.

Рекомендуемый текст обращения на изменения сведений о медицинской организации в учетной карточке ИС «Силы и средства СМК Минздрава России»:

«Прошу внести изменения в учетную карточку {Сокращенное наименование организации} на основании {Основание изменений в учетной карточке. Наименование и реквизиты документа о реорганизации/ликвидации либо документа о прекращении осуществления медицинской деятельности}.

Приложение:

- 1. Заявка в формате файла Microsoft Word или Excel (редактируемая);*
- 2. Сканированная копия документа о реорганизации/ликвидации организации либо документа о прекращении осуществления медицинской деятельности.»*

Заявка подписывается ответственным лицом, из числа руководства органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

После корректировки данных в учетной карточке медицинской организации на адрес электронной почты, с которого была отправлена заявка будет направлен ответ от Федерального центра медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Формы №№ 1, 2, 3, 4 следует направлять в формате файла Microsoft Word или Excel (редактируемые).

3. Правила внесения сведений в ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф Минздрава России»

В ИС «Силы и средства Службы медицины катастроф Минздрава России» (далее – Система) должны быть зарегистрированы и осуществлять работу все медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации. Заведение сведений о медицинской организации в Систему осуществляется на основании Устава.

Данные в Системе необходимо заполнять:

– ежемесячно, **не позднее 5 числа месяца**, или по факту изменения данных в разделах, относящихся к плановой информации (1-7 разделы Системы);

– **ежесуточно** не позднее **10:00 (МСК)** сведений, относящихся к оперативной информации (раздел № 8 «Оперативная информация»), для медицинских организаций, осуществляющих деятельность круглосуточно.

Организационно-методическое взаимодействие с пользователями Системы обеспечивается Федеральным центром медицины катастроф ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России:

по вопросам внесения данных в Систему тел. 8-495-627-29-38 (доб. 8457);

адрес электронной почты: oper-fcmk@pirogov-center.ru.

**Форма регистрации (актуализации данных) пользователя от медицинской организации
в ИС «Силы и средства СМК Минздрава России» ***

Наименование субъекта Российской Федерации	Населенный пункт	Наименование медицинской организации	Фамилия	Имя	Отчество	Должность	Рабочий телефон	Мобильный телефон	Адрес электронной почты (корпоративный)

* направляется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, либо организацией, которой переданы функции контроля за полноту и достоверность сведений, внесенных медицинскими организациями в Системе на электронный адрес: oper-fcmk@pirogov-center.ru



**Форма заявки на добавление в ИС «Силы и средства СМК Минздрава России»
государственной или муниципальной медицинской организации**

Наименование поля	Описание	Вид, способ ввода
Полное наименование		Указать полное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ.
Сокращенное наименование		Указать сокращенное наименование организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ.
ОКПО		Указать ОКПО медицинской организации согласно выписке из ЕГРЮЛ.
ОКТМО		Указать ОКТМО медицинской организации
OID медицинской организации		Указать OID медицинской организации в соответствии с федеральным реестром медицинских организаций (далее - ФРМО)
Муниципальное образование (район)		Указать муниципальное образование, район, нас. пункт расположения организации (г, с,п, рп, ст-ца, пгт и т.д.) для корректного отображения ОКТМО
Номенклатура медицинской организации (Вид деятельности)	Выберите элемент.	Указать вид деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I)
Профиль деятельности	Выберите элемент.	Указать (при наличии) профиль деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I)
Почтовый индекс		
Адрес		Указать фактический адрес местонахождения организации
Учреждение входит в состав сил и средств СМК региона		Если МО входит в СМК субъекта, то поставить галочку



Directum RX – 342349

Форма заявки на добавление филиала (структурного подразделения) медицинской организации

Наименование поля	Описание	Вид, способ ввода
Головная организация		Указать полное и сокращенное наименование головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ.
Полное наименование		Указать полное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ.
Сокращенное наименование		Указать сокращенное наименование филиала согласно выписке из ЕГРЮЛ.
ОКПО		Указать ОКПО головной организации согласно выписке из ЕГРЮЛ.
ОКТМО		Указать ОКТМО медицинской организации
OID медицинской организации		Указать OID головной медицинской организации в соответствии с ФРМО
Муниципальное образование (район)		Указать муниципальное образование, район, нас. пункт расположения организации (г, с.п, рп, ст-ца, пгт и т.д.) для корректного отображения ОКТМО
Номенклатура медицинской организации (Вид деятельности)	Выберите элемент.	Указать вид деятельности филиала в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I)
Профиль деятельности	Выберите элемент.	Указать (при наличии) профиль деятельности филиала в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I)
Почтовый индекс		
Адрес		Указать фактический адрес местонахождения филиала
Учреждение входит в состав сил и средств СМК региона		Если МО входит в СМК субъекта, то поставить галочку

**Форма заявки на изменения сведений о медицинской организации
в учетной карточке ИС «Силы и средства СМК Минздрава России»**

Старое наименование МО ¹	Новое наименование МО ²	Вид структурного подразделения ³	ОКПО ⁴	ОКТМО ⁵	Название МО по ФРМО ⁶	Название МО по геопорталу ⁷	Профиль деятельности ⁸	Адрес ⁹	ФИО ответственного по заполнению

Примечания:

1. Указать полное старое наименование медицинской организации согласно выписке из ЕГРЮЛ, которое было реорганизовано.
2. Указать полное новое наименование медицинской организации согласно выписке из ЕГРЮЛ, в том числе сокращенное наименование.
3. Указать какой статус получила реорганизованная медицинская организация: филиал, обособленное структурное подразделение, стационар, отделение, отдел и т.п.
4. Указать ОКПО медицинской организации согласно выписке из ЕГРЮЛ.
5. Указать ОКТМО.
6. Указать название медицинской организации согласно сведениям, занесенным в ФРМО
7. Указать название медицинской организации по геоинформационной подсистеме ЕГИСЗ (gr.egisz.gosminzdrav.ru).
8. Указать (при наличии) профиль деятельности организации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (Раздел I)
9. Указать фактический адрес местонахождения организации

