



Организация работы в подсистемах единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ):

**Федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО),
Федеральный регистр медицинских работников (ФРМР).**

На основании сведений, содержащихся в ФРМО и ФРМР, осуществляется:



Прием годового отчета от МО в части структурных подразделений, врачебных участков кадров, медицинского оборудования и др.;



Расчет плановых показателей регионального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)»;



Подача заявления на аккредитацию медицинских работников.



Разделы ФРМО:

- Карточка организации;
- Лицензирование;
- Здания;
- Структурные подразделения и ТВСП ;
- Передвижные подразделения;
- Врачебные участки;
- Штатное расписание;
- Оборудование;
- Домовые хозяйства;
- Служба санитарной авиации (при наличии);
- Телемедицинская служба (при наличии);
- Земельные участки (при наличии).

«ФРМО». Карточка организации



- Субъект системы здравоохранения;
- Основные данные;
- Специализированные признаки;
- Контактные данные.

Обязательно для заполнения:

- форма оказания мед. помощи;
- профиль деятельности;
- условия оказания мед. помощи;
- прикрепленное население.

Форма собственности
Государственное юридическое лицо

Субъект РФ
Пензенская область

Ведомственная принадлежность
Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации...

Вид деятельности *
Центр (Медицинские организации особого типа)

Форма оказания медицинской помощи

Прикрепленное население

Код ОПО
Учреждения, созданные субъектом Российской Федерации

Уровень организации *
III уровень

Территориальный признак *
Краевые, республиканские, областные, окружные

Профиль деятельности
медицинский информационно-аналитический

Условия оказания медицинской помощи

Наиболее удаленный населенный пункт, км

Маршрутизация

Участие в маршрутизации

Обязательно для заполнения:

- участие в маршрутизации (при наличии);
- МИС;
- ПСО (при наличии);
- участие в оказании помощи по ОМС

Медицинская информационная система

Идентификатор первичного сосудистого отделения

3. Специализированные признаки

Участвует в оказании помощи по программе ОМС

Обязательно для заполнения:

- адрес (населенный пункт, улица, дом);
- сайт и адрес эл. почты

4. Контактные данные

Субъект *
Пензенская область

Улицы

Почтовый индекс
440008

Адресный номер
58.29.4004001.118

Населенный пункт

Дом

Сайт

Эл. почта *



Шаг 1
Основная информация

Шаг 2
Адрес

Шаг 3
Право собственности

Шаг 4
Этажи и помещения

Шаг 5
Дополнительная информация

Шаг 6
Материалы и конструкция

Шаг 7
Фактическая мощность здания

Шаг 8
Проведённые ремонтные работы

1. Общие сведения

Субъект РФ *

Наименование здания *

Тип объекта (использование) *

Вид объекта *

Территориально выделенное структурное подразделение *

Дата начала эксплуатации *

Год постройки *

Этажность *

Общая площадь здания, кв. м *

Площадь застройки, кв. м *

Аварийное здание

Требуется снос

Требуется реконструкция

Требуется капитального ремонта

6. Материалы и конструкция

Материал и конструкция фундамента

Материалы стен

Материал и вид несущих конструкций покрытия

Материалы перекрытия

Материал кровельного покрытия

Строительный объем, м3

4. Этажи и помещения *

+ Добавить

1 этаж	1 этаж 649.5 кв. м	Редактировать	Удалить
3 этаж	3 этаж 656.8 кв. м	Редактировать	Удалить
2 этаж	2 этаж 645.4 кв. м	Редактировать	Удалить
4 этаж	4 этаж 635.9 кв. м	Редактировать	Удалить



- ✓ Шаг 1
Основная информация
- ✓ Шаг 2
Здания и помещения
- 03 Шаг 3
Дополнительная информация
- ✓ Шаг 4
Специализированные признаки
- ✓ Шаг 5
Подуровни структурного подразделения
- ✓ Шаг 6
Обслуживаемые населенные пункты
- ✓ Шаг 7
Врачебные кабинеты

1. Основная информация

Инициатор СП
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пензенской области "Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр"

Назначение*
Отдел информатизации здравоохранения

Заполнитель*
Административно-хозяйственный (исполнительский)

Информационный отдел

Размещение отделения: стационар и притерриториальное отделение

Указанное СП
 Обособленное СП

Выбор помещений

Выбрать одно или несколько помещений в зданиях
Отображаются только здания и этажи, в которые добавлены помещения

- Архивный отдел
- ЦБО (АТЛ)
- ЦБО (ПОМК)
- Здание на Пушкина
 - 1 этаж
 - 3 этаж
 - 2 этаж
 - 4 этаж
 - 4 этаж
- ЦБО (ОПБ)
- ЦБО (ЛОЦК)
- ЦБО (ОБСМЗ)
- ЦБО (ПОТВ)
- Научно-медицинская библиотека

снять все

Отменить Сохранить

Обязательно указание всех зданий и помещений, в которых располагается структурное подразделение

3. Дополнительная информация

Нахождение в районах Крайнего Севера / приравненных территориях

Количество компьютеров

Количество АРМ

Организационная структура

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пензенской области "Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр"
 - Отдел информатизации здравоохранения
 - Отдел бухгалтерского обслуживания "Центр по транспортному обслуживанию"
 - Отдел кадров
 - Отдел цифровых услуг и сервиса
 - Отдел сопровождения межведомственного информационного взаимодействия
 - Региональный консультативно-методический центр по вопросам создания и внедрения федерального реестра медицинских свидетельств о смерти
 - Отдел статистического анализа
 - Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи
 - Отдел сводной бухгалтерской отчетности, внутреннего контроля, анализа и методологии бухгалтерского учета
 - Отдел сбора и обработки медико-статистической информации
 - Отдел медицинской статистики
 - Отдел экономики планирования и организации государственных закупок



- Основная информация;
- Посещаемые населенные пункты;
- Транспортные средства;

Необходимо заполнение обязательных полей

Выбор обслуживаемых населенных пунктов

Новый населенный пункт

Все поля обязательны для заполнения

Субъект
Пензенская Область

Населенный пункт
с. Грабово

Отменить Сохранить

Новое транспортное средство

Идентификационный номер (VIN) *

Обязательно для заполнения

Марка * Модель *

Обязательно для заполнения Обязательно для заполнения

Год выпуска по ПТС Пробег на момент заполнения...

Ввод в эксплуатацию в данной МО *

Обязательно для заполнения

Организация, владеющая автомобилем *

Обязательно для заполнения

Правовые основания использования автомобиля *

Обязательно для заполнения

Наличие регистрационного удостоверения

Подключён к системе «Эва-ГЛОНАСС»

Отменить Сохранить

1. Основная информация

Наименование *

Обязательно для заполнения

Тип подразделения *

Обязательно для заполнения

Здание *

Обязательно для заполнения

Структурное подразделение *

Источник финансирования *

Обязательно для заполнения

Количество выездов в год *

Обязательно для заполнения

Количество осмотренных пациентов

Заполнение информации по транспортному средству



- Шаг 1
Основная информация
- Шаг 2
Типы прикрепления**
- Шаг 3
Участковые врачи и фельдшеры
- Шаг 4
Адреса обслуживания

1. Основная информация

Номер участка *

Обязательно для заполнения

Тип участка *

Обязательно для заполнения

Категория населения *

Обязательно для заполнения

Дата формирования *

Обязательно для заполнения

Упраздненный участок

Количество прикрепленного населения *

Обязательно для заполнения

Добавление сотрудников

Добавление адресов обслуживания

Редактирование участкового врача/фельдшера

Дата начала *
18.03.2014

Дата окончания

Группа кабинетов амбулаторного СП *
Врачей общей практики (ГБУЗ Нижний Ломов Поликлиника №1)

ФИО сотрудника *

Обязательно для заполнения

Отменить Сохранить

Новый адрес обслуживания

Дата начала *
01.11.2022

Дата окончания

Область *
Пензенская Область

Населенный пункт *
с. Бессоновка

Улица *
ул. Придорожная

Дом *
18

Отменить Сохранить



Штатное расписание

+ Добавить

№ ↑	Дата утверждения	Период действия с	Период действия по	
1	01.03.2017	01.03.2017	31.12.2017	⋮
2	01.01.2018	20.08.2019	31.12.2019	⋮
3	01.12.2021	01.12.2021	31.12.2022	✓

Новая запись штатного расписания

Добавление записи штатного расписания с указанием занятых штатных единиц, внешних совместителей и вакансий

Осуществляется сверка штатных и занятых единиц, а также внешних совместителей. Количество вакансий не должно быть отрицательным.

Необходимо обеспечить наличие актуального штатного расписания. Новое штатное расписание создается добавлением новой записи, а не изменением предыдущей.

Структурное подразделение *

Обязательно для заполнения

Должность по федеральному справочнику *

Обязательно для заполнения

Должность *

Обязательно для заполнения

Штатных единиц * Занятых штатных единиц

Обязательно для заполнения

Внешнее совместительство Вакансий

Комментарий

Отменить Сохранить

№ 3 Дата утверждения 01.12.2021 Период действия с 01.12.2021 Период действия по 31.12.2022

Записи штатного расписания

Структурное подразделение / Отделение / Должность по федеральному справочнику	Штатных единиц	Занятых штатных единиц	Внешние совместительство	Вакансии
Администрация	2,0000	2,0000	0,0000	0,0000
Отдел медицинской статистики	7,5000	3,7500	0,7500	3,7500
Отдел организационно-методической работы	1,0000	0,0000	0,0000	1,0000
Отдел статистического анализа	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000
Региональный консультативно-методический центр по вопросам создания и введения федерального реестра медицинских свидетельств о смерти	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000
Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000



- Основная информация;
- Модель и производитель;
- Дополнительная информация;
- Местоположение и количество.

1. Общие сведения

Наименование изделия *
Аппарат ультразвуковой диагностический

Тип оборудования *
Медицинское оборудование

Раздел медицинского изделия *

- Используется персоналом другого подразделения /отделения/кабинета
- Изделие требует замены
- Эксплуатация завершена

Обязательно указывать верный тип оборудования и раздел медицинского изделия, а также дополнительные признаки при необходимости

Указывается здание, помещение и структурное подразделение, в котором используется медицинское оборудование

4. Местоположение и количество Иной адрес

Здание *

Помещения *

Обязательно для заполнения

Структурное подразделение *

Обязательно для заполнения

Общее количество, шт *
1

Номер регистрационного удостоверения

Номер регистрационного удостоверения

Дата регистрации



Модель

Поиск

Номер ↑	Дата	Модель	Производитель	Страна
---------	------	--------	---------------	--------

29/01050602/3505-02	29.08.2002	Аппарат электрохирургический высокочастотный ЭХВЧ-200-01-“ЭНДОМЕДИУМ” для резания, монополярной и биполярной коагуляции при полостных и эндоскопических операциях	ООО “Эндомедиаум”	
29/01101197/4221-02	04.09.2002	Ножницы для рубцевых тканей, вертикально-изогнутые, 150 мм	ОАО “Медико-инструментальный завод им.М.Горького”	
29/01101202/5876-04	27.01.2004	Светильники хирургические с регулируемым размером рабочего	ЗАО “Завод ЭМА”	

Выбрано: 0

Отменить

Сохранить

Поиск модели и производителя осуществляется по номеру регистрационного удостоверения



- Основная информация;
- Адрес.

Указывается наименование, телефон и адрес домашнего хозяйства

1. Основная информация

Наименование *

Обязательно для заполнения

Телефон *

Обязательно для заполнения

Контактное лицо

2. Адрес

Субъект *

Обязательно для заполнения

Населенный пункт

Улица

Дом

Почтовый индекс

Кадастровый номер

Широта

Долгота



- Основная информация;
- Адрес службы;
- Вертолетные площадки/аэродромы;
- Расположение вертолетных площадок/аэродромов;
- Раанимобили;
- Расположение реанимобилей.

Новая вертолетная площадка/аэродром

Субъект *

Населенный пункт

Улица

Дом

Отменить Сохранить

5. Реанимобили

Реанимобили для перевозки пациентов, оснащенные по классу С

Общее количество *

Обязательно для заполнения

6. Расположение реанимобилей

Не указано

Заполняется количество реанимобилей и их расположение

Указывается расположение вертолетных площадок

1. Общие сведения

Наименование *

Обязательно для заполнения

Структурное подразделение *

Обязательно для заполнения

2. Адрес службы

Субъект * Населенный пункт

Обязательно для заполнения

Улица Дом

Почтовый индекс Широта Долгота

Указывается наименование, структурное подразделение, адрес службы

Указываются вертолетные площадки при МО, на расстоянии в пределах 15 минут доезда и за пределами 15 минут доезда

3. Вертолетные площадки/аэродромы

Наличие вертолетной площадки на территории или на непосредственно прилегающей к МО территории

Возможность ночного старта (ночной посадки)

Описание по всей территории края, чем *

Обязательно для заполнения

Количество вертолетов *

Оснащены реанимационными модулями * Не оснащены реанимационными модулями *

Обязательно для заполнения

Вертолетные площадки, удаленные от МО на расстояние, соответствующее 15 минутному доезду на автомобиле скорой медицинской помощи с включением специальными сигналами

Общее количество *

Обязательно для заполнения

Вертолетные площадки, удаленные от МО на расстояние, превышающее 15 минутный доезд на автомобиле скорой медицинской помощи с включением специальными сигналами

Общее количество *

Обязательно для заполнения



- Основная информация;
- Здания и помещения;
- Дополнительная информация.

Указывается наименование, структурное подразделение, здания и помещения и дополнительная информация

1. Основная информация

Наименование *

Обязательно для заполнения

Структурное подразделение *



Обязательно для заполнения

2. Здания и помещения *

Не указано

3. Дополнительная информация *

Формат работы *

Обязательно для заполнения

Подключение к «ВЦМК защита»



- Наименование участка;
- Площадь участка;

◀ Вернуться

Новый земельный участок

Все поля обязательны для заполнения

Название участка

Площадь участка, м²



Разделы ФРМР:

- Карточка сотрудника;
- Документы;
- Личное дело;
- Адреса;
- Образование (в т.ч. сертификат специалиста, сведения об аккредитации, квалификационная категория);
- Награды;
- Некоммерческие организации.



- Документы;
- Основные данные;

Заполняются документы и основные данные сотрудника

1. Документы

Обязательно для заполнения

Обязательно для заполнения

2. Основные данные

<input type="text" value="Фамилия"/>	<input type="text" value="Имя"/>	<input type="text" value="Отчество"/>
<input type="text" value="Дата рождения"/>		
Пол * <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский		
<input type="text" value="Телефон"/>	<input type="text" value="Электронная почта"/>	

 Инвалидность
 Пройдено обучение по COVID-19



01

Шаг 1

Общая информация

✓

Шаг 2

Сертификат/
аккредитация в
соответствии с
занимаемой
должностью

✓

Шаг 3

Право выписывать
льготные рецепты

✓

Шаг 4

Эксперт ОМС

✓

Шаг 5

Временное
неисполнение
функциональных
обязанностей

Заполняется общая информация по сотруднику

1. Общая информация

Организация *	
Структурное подразделение	OID подразделения
Должность по федеральному справочнику	Должность
Дата начала трудовой деятельности *	Тип должности
Табельный номер *	Номер трудового договора *
Дата заключения трудового договора *	Целевая подготовка *
Ставка, ед. *	Дата окончания трудовой деятельности
Трудовой стаж	



- Адрес постоянной регистрации;
- Адрес фактического проживания;

Указывается адрес постоянной регистрации и фактического проживания

Адреса

Добавить

Дата регистрации	Тип адреса	Адрес
27.06.1986	Адрес постоянной регистрации	Пензенская область, г. Пенза, проезд. Мотоциклетный, д. 1, кв. 1
30.05.2002	Адрес фактического проживания	Пензенская область, с. Лещиново, ул. Село, 134



- Среднее (общее) образование;
- Профессионально образование;
- Послевузовское образование;
- Дополнительное профессиональное образование;
- **Сведения с портала НМФО**
- Сертификат специалиста;
- Сведения об аккредитации;
- Квалификационная категория.

← Вернуться

Новая запись сертификата специалиста

Серия сертификата

Номер сертификата *
Обязательно для заполнения

Дата сдачи сертификационного экзамена *
Обязательно для заполнения

Дата выдачи сертификата

Срок действия

Образовательная организация *

Специальность *
Обязательно для заполнения

Обязательно указывать сертификат специалиста и квалификационную категорию (при наличии)

← Вернуться

Новая запись квалификационной категории

Категория *

Дата присвоения категории *
Срок действия

Специальность *



Награды

Новая награда

Все поля обязательны для заполнения



Награда/звание *



Дата *



Номер *

Отменить



Сохранить и подписать

В этом разделе будут собраны награды



▼ 146. Отчеты об эксплуатации ФРМО

86. Отчет о наполняемости ФРМО

96. ФП ЦКЗ: Выгрузка сведений по структурным подразделениям

162. Отчёт по заработной плате медицинского персонала

169. Отчет о составе данных раздела "Лечебно-профилактические здания"

172. Группировка по ТВСП

173. Отчет о перечне медицинских организаций, ведущих лицензированную деятельность

178. Отчет о наполняемости блока Медицинское оборудование

▼ 148. Отчеты об эксплуатации модуля "Медицинский персонал"

69. Отчет об эксплуатации ФРМО/ФРМР по сведениям о трудоустройстве

70. Отчет об эксплуатации ФРМО/ФРМР по сведениям об образовании

111. Отчет по трудоустроенным сотрудникам с иностранным образованием

119. Отчет по сведениям о трудоустройстве в разрезе структурных подразделений ФРМО

128. Отчет по сотрудникам с сертификатами и/или свидетельствами по аккредитации с истекшим сроком действия и со сроком действия, близким к завершению

145. Отчет по МР в профессиональных некоммерческих организациях

152. Отчёт о сотрудниках, работающих в организации

161. Отчет о движении кадров для анализа динамики устранения кадрового дефицита ФНР

200. Показатели национального проекта Здоровоохранение



Несоответствие информации о структурных подразделениях в ФРМО данным формы №30 и ГИСЗ Пензенской области;



Отсутствие информации о ФАП, ФП, врачебных участках;



Несоответствие типа медицинского оборудования и раздела медицинского изделия данным Формы №30 и ГИСЗ Пензенской области



Федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО);
Федеральный регистр медицинских работников (ФРМР).



Методические и обучающие материалы по работе в
подсистемах ЕГИСЗ: ФРМО и ФРМР.



Центр технической поддержки ЕГИСЗ.

тел.: 8-800-301-15-59

email: egisz@stp-egisz.ru



Спасибо за внимание!