



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

а/я 61, ул. Бутырская 46, стр. 1,
г. Москва, 127015
www.mofoms.ru

тел./факс 8(495) 587-87-89
(10-01, 11-84)
e-mail: general@mofoms.ru

22.06.18 № 06 – 01 – 27 / 6653

На № _____ от _____

О включении в территориальный реестр
врачей-специалистов по профилю «онкология»

Руководителям страховых
медицинских организаций
(по списку)

Руководителям медицинских
организаций
(по списку)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области сообщает, что в целях усиления контроля качества медицинской помощи, оказываемой больным онкологического профиля, проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по профилю «Онкология».

Просим оказать содействие по привлечению врачей-онкологов, оказывающих застрахованным лицам специализированную медицинскую помощь при злокачественных образованиях с применением химиотерапевтических препаратов, для включения в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по Московской области (далее – Реестр).

Для включения в Реестр согласно пункту 6 приказа ФОМС от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» должны быть предоставлены следующие документы:

а) ходатайство (приложение к письму) одного (одной) из нижеперечисленных органов или организаций:

органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;

управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации;

профессиональной медицинской ассоциации;

общественного объединения специалистов медицинского профиля;
медицинской организации;

страховой медицинской организации;

б) заявление врача-специалиста и письменное согласие (приложение к письму);

в) к ходатайству прилагаются копии документов:

основного документа, удостоверяющего личность гражданина на территории Российской Федерации (номер, серия);

диплома о высшем медицинском образовании;

сертификата (сертификатов) специалиста (свидетельства (свидетельств) об аккредитации (при наличии));

свидетельства (свидетельств) о присвоении квалификационной категории (при наличии);

диплома (дипломов) об ученой степени (при наличии);

свидетельства о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;

документа, подтверждающего стаж работы по соответствующей врачебной специальности в соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Оплата труда эксперта качества медицинской помощи, включенного в Реестр, осуществляется по нормам, установленным ТФОМС МО.

Заверенные копии документов врача-специалиста в области онкологии необходимо направить в Управление организации обязательного медицинского страхования ТФОМС МО на бумажном носителе и в электронном виде по адресу электронной почты grihodko@mofoms.ru, dolgaya@mofoms.ru.

Приложение: на 3 л. в 1 экз.

Заместитель директора

Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Московской области



Т.М. Ильина

Исполнитель: Климченко Э.Б.
(495) 587-87-89 (*10-20)

Приложение 1
к Положению о территориальном
реестре экспертов качества
медицинской помощи
по Московской области

В Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Московской области
от _____
инициатор

Ходатайство
о включении врача-специалиста в территориальный
реестр экспертов качества медицинской помощи по Московской области

инициатор

просит рассмотреть кандидатуру(ы) врача(ей)-специалиста(ов) для включения в территориальный
реестр экспертов качества медицинской помощи по Московской области

Краткие сведения о кандидате(ах):

№ п/п	Ф.И.О.	Квалификационная категория, ученая степень (при наличии)	Место работы по специальности	Должность по месту работы по специальности	Контактный телефон	Специальность (специальности) соответствии номенклатурой специальностей	в с

Приложения:

1) пакет(ы) документов в соответствии с п. 2.5 Положения о территориальном
реестре экспертов качества медицинской помощи по Московской области.

2) заявление врача-специалиста по форме приложения 2 к Положению о
территориальном реестре экспертов качества медицинской помощи по Московской области.

Подпись руководителя

Ф.И.О.

Дата

Приложение 2
к Положению о территориальном
реестре экспертов качества
медицинской помощи
по Московской области

В Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Московской
области
от _____,
(должность, организация)

Заявление

Прошу рассмотреть мою кандидатуру для включения в реестр экспертов качества
медицинской помощи по Московской области по _____
(специальность)

Представляю краткие сведения о себе: _____, _____ г.р., паспорт серия _____ номер
_____ выдан _____ г. СНИЛС _____.

Занимаю должность _____ . Диплом по специальности
_____ № _____ от _____ г, регистрационный № _____.

Смена фамилии _____ . (при смене фамилии)
В _____ защитила докторскую (кандидатскую) диссертацию
_____ (при наличии).

Имею сертификат(ы) специалиста по специальностям: _____ регистрационный номер
_____ от _____ г.

Врач высшей категории по специальности _____ № _____ от _____ г. (при наличии)

Удостоверение о повышении квалификации по программе «*Экспертная деятельность в сфере
обязательного медицинского страхования*» (может быть другая программа обучения, но
обязательно – в ОМС) _____ .

Контактная информация +7 _____, + _____, адрес электронной почты.

« _____ » _____ 2017

_____ (расшифровка подписи)

Приложения:

- 1) пакет(ы) документов в соответствии с п. 2.5 Положения о территориальном реестре экспертов
качества медицинской помощи по Московской области;
- 2) письменное согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с требованиями
статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных»*.

Подпись
Дата

Ф.И.О.
* простая письменная форма

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
зарегистрирован (а) по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____,
серия _____ номер _____ выдан _____

в соответствии с ч. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), расположенного по адресу Московская область, г. Балашиха, ул. Орджоникидзе, д. 4, моих персональных данных, представленных в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет».

Предоставляю ТФОМС МО право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. ТФОМС МО вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

«__» _____ Г.

Подпись субъекта персональных данных

_____ / _____