



## ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

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

ТФОМС МО		
29.01.2020	№	977-ИСХ
07-01-27		

Руководителям страховых медицинских  
организаций  
(по списку)

О пополнении территориального реестра  
экспертов качества медицинской помощи  
по Московской области

Руководителям медицинских организаций  
(по списку)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области (далее - ТФОМС МО) сообщает, что в целях реализации прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программы обязательного медицинского страхования, выявления нарушений при оказании медицинской помощи, оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, необходимо активизировать работу по привлечению врачей - специалистов для включения в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по Московской области (далее – Реестр).

Количество экспертов качества медицинской помощи (далее – Эксперты) в Реестре по состоянию на 01.01.2020 в разрезе медицинских специальностей составило:

- менее 5 Экспертов по специальностям: «Детская хирургия», «Детская эндокринология», «Гематология», «Колопроктология», «Неврология», «Нейрохирургия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Психотерапия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рентгенология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Стоматология общей практики», «Стоматология хирургическая», «Функциональная диагностика»;

- от 5 до 10 Экспертов по специальностям: «Гастроэнтерология», «Дерматовенерология», «Инфекционные болезни», «Неонатология», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Психиатрия-наркология», «Стоматология терапевтическая», «Урология», «Фтизиатрия», «Эндокринология»;

- от 13 до 40 Экспертов по специальностям: «Акушерство и гинекология», «Анестезиология и реаниматология», «Кардиология», «Неврология», «Психиатрия», «Педиатрия», «Травматология и ортопедия», «Скорая медицинская помощь», «Терапия», «Хирургия».

До настоящего времени в Реестре отсутствуют Эксперты по специальностям: «Гериатрия», «Детская кардиология», «Детская онкология», «Детская урология-андрология», «Диетология», «Клиническая лабораторная диагностика», «Ортодонтия», «Остеопатия», «Рефлексотерапия», «Сурдология-оториноларингология», «Торакальная хирургия», «Трансфузиология», «Ультразвуковая диагностика», «Физиотерапия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндоскопия».

Согласно части 7 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, который является врачом - специалистом, имеющим высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, прошедшим подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Перечень документов, необходимых для включения врача-специалиста в Реестр, установлен пунктом 6 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», утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2011 № 230.

Формы ходатайства, заявления и согласия на обработку персональных данных приведены в приложении к письму.

При формировании пакетов документов врачей - специалистов для включения в Реестр необходимо обратить внимание на обязательное предоставление документа, подтверждающего подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в объеме 144 часов, без которого

включение в Реестр не осуществляется, а также документа, подтверждающего стаж работы по соответствующей врачебной специальности.

В случае предоставления документов врачей-специалистов, работающих младшими научными сотрудниками, научными сотрудниками, старшими научными сотрудниками, руководителями отделений и пр., для подтверждения стажа работы по врачебной специальности необходимо предоставлять информацию о выполнении перечисленными категориями работников врачебных функций.

Приложение: на 3 л. в 1 экз.

Заместитель директора  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Московской области

Т.М. Ильина

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Территориального Фонда обязательного медицинского  
страхования Московской области.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 0297B8752F9711E980C6AC162D3EBDD9E8  
Кому выдан: ТФОМС МО  
Действителен: с 13.02.2019 до 13.05.2020

Исп. Долгая В.М.  
(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):

N 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) в соответствии с номенклатурой специальностей

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 \_\_\_\_\_,  
(ФИО, должность, организация)

Заявление

Прошу рассмотреть мою кандидатуру для включения в реестр экспертов качества  
медицинской помощи по Московской области по \_\_\_\_\_  
(специальность в соответствии с номенклатурой специальностей)

Представляю краткие сведения о себе: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., паспорт гражданина  
(ФИО полностью)  
Российской Федерации серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(кем) (дата)

код подразделения \_\_\_\_\_.

Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_. Фактический адрес проживания:  
\_\_\_\_\_. СНИЛС \_\_\_\_\_.

Занимаю должность \_\_\_\_\_ (с указанием места работы по врачебной  
специальности).

Диплом по специальности \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_, регистрационный № \_\_\_\_\_.

Смена фамилии \_\_\_\_\_ (при смене фамилии)

В \_\_\_\_\_ защитил(а) кандидатскую (докторскую) диссертацию \_\_\_\_\_ (при  
наличии).

Имею сертификат(ы) специалиста по специальности(ям): \_\_\_\_\_  
регистрационный № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Врач высшей категории по специальности \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. (при наличии)

Удостоверение о повышении квалификации по программе «Экспертная деятельность в  
сфере обязательного медицинского страхования»<sup>1</sup>.

Контактная информация +7 \_\_\_\_\_, + \_\_\_\_\_, адрес электронной почты (при  
наличии).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (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»\*.

<sup>1</sup> Наименование программы повышения квалификации приводится согласно документу

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)  
документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина Российской Федерации,  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(кем) (дата)  
код подразделения \_\_\_\_\_.

Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_,  
фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_,  
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),  
расположенным по адресу: Московская область, г. Балашиха, ул. Орджоникидзе, д. 4,  
моих персональных данных, представленных в соответствии с приказом Федерального  
фонда обязательного медицинского страхования 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.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

Подпись субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_/ (расшифровка подписи)