



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 11.02.2022

№ 30

О порядке предоставления медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования

В целях совершенствования медицинской помощи супружеским парам с бесплодием, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. порядок направления граждан Ивановской области для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) и переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) (приложение 1);

1.2. положение о комиссии по направлению и отбору граждан для проведения процедуры ЭКО и переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (приложение 2);

1.3. состав комиссии по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО и переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) (приложение 3);

1.4. форму протокола комиссии по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО и переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (приложение 4);

1.5. форму направления для проведения процедуры ЭКО и переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение 5);

1.6. форму выписки из амбулаторной карты пациента (приложение 6);

1.7. форму справки о выполнении медицинской организацией процедуры ЭКО/переноса криоконсервированных эмбрионов (приложение 7).

2. Главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Ивановской области О.Н. Песикину обеспечить:

2.1. прием документов пациентов с бесплодием в супружеской паре для лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

2.2. ведение учётной и отчётной документации по направлению граждан на проведение процедуры ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

3. Главным врачам областных бюджетных учреждений здравоохранения Ивановской области организовать работу по отбору и направлению граждан на проведение процедуры ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов за счёт средств обязательного медицинского страхования при наличии медицинских показаний в соответствии с настоящим приказом.

5. Признать утратившим силу распоряжение Департамента здравоохранения Ивановской области №53 от 10.03.2017 «О порядке предоставления медицинской помощи при бесплодии с использованием процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования».

6. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ивановской области Т.В. Слабинскую.

**Член Правительства Ивановской области -
директор Департамента здравоохранения
Ивановской области**



А.М. Фокин

ПОРЯДОК
направления граждан Ивановской области для проведения процедуры
ЭКО и переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обяза-
тельного медицинского страхования

1. Настоящий Порядок направления граждан Ивановской области для проведения процедуры ЭКО и переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) регламентирует деятельность по направлению пациентов на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Предварительное обследование пациентов выполняется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

3. При установлении диагноза бесплодия либо при наличии у пациентки криоконсервированных эмбрионов, лечащим врачом оформляется выписка из медицинской документации (приложение 6) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» с указанием результатов анализов сроком не более 12 месяцев на момент подачи документов в комиссию.

4. Документы предоставляются заявителем главному внештатному специалисту акушеру-гинекологу Департамента здравоохранения Ивановской области Песикину О.Н. по адресу: г. Иваново, ул. Победы, 20, каб. 222, в 1-й и 3-й вторник месяца, 14.00-15.00., телефон для справок: 8(4932)-33-70-13.

5. На комиссию предоставляется пакет документов:

- заявление о согласии на обработку персональных данных (приложение 7);

- выписка из медицинской документации (приложение 6);

- копии документов, удостоверяющих личность обоих супругов (паспорта: лицевая часть, место регистрации, семейное положение), полиса ОМС пациентки, свидетельства обязательного пенсионного страхования пациентки (СНИЛС).

6. Пакет документов рассматривается на Комиссии.

7. О решении Комиссии заявители информируются по телефону, указанному в заявлении

8. Криоконсервация за счет средств ОМС, произведенная на 3-4 сутки развития эмбрионов, предполагает внесение в 1 крионоситель 2-х эмбрионов; на 5-6 сутки развития – по 1 эмбриону в 1 крионоситель; оставшиеся эмбрионы

подлежат криоконсервации за счет личных средств пациентов (при желании). Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется за счет личных средств пациентов.

9. Размораживание и перенос эмбрионов, витрифицированных за счет средств ОМС, рассматривается как отдельная программа ЭКО и выполняется в порядке очередности, в соответствии с представленными заявлениями пациентов, которым производилась криоконсервация эмбрионов с 1 января 2018 года.

ПОЛОЖЕНИЕ
о комиссии по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО/ переноса криоконсервированных эмбрионов за счёт средств обязательного медицинского страхования

I. Общие положения

1. Комиссия по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО/ переноса криоконсервированных эмбрионов за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) создаётся с целью формирования и упорядочивания потока пациентов и осуществление контроля соблюдения очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с помощью применения ВРТ.

2. Комиссия организуется в составе не менее пяти человек.

II. Функции Комиссии

Функциями Комиссии являются:

1. Рассмотрение пакета документов для определения показаний или противопоказаний для направления на процедуру ЭКО/переноса криоконсервированных эмбрионов за счёт средств обязательного медицинского страхования.

2. Принятие обоснованного решения для направления на проведение процедуры ЭКО/ переноса криоконсервированных эмбрионов граждан области в медицинские организации, выполняющие процедуру ЭКО/ перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

III. Регламент деятельности Комиссии

1. Прием пакета документов проводятся 2 раза в месяц (в 1-й и 3-й вторник месяца), в исключительных случаях - по мере необходимости.

2. Протокол заседания Комиссии оформляется секретарем Комиссии после заседания в соответствии с приложением 4. Протокол заседания подписывается председателем, секретарем Комиссии, членами Комиссии, принявшими участие в заседании.

3. Комиссия принимает решение о направлении либо отказе в направлении гражданина на ЭКО/ перенос криоконсервированных эмбрионов.

4. С учетом очередности и плановых объемов на текущий год заявителю оформляется направление по форме согласно приложению 5.

5. Основаниями для отказа Комиссии в направлении на процедуру ЭКО/ перенос криоконсервированных эмбрионов являются:

- неправильное (неполное) оформление выписки из медицинской документации;
- наличие противопоказаний и ограничений к проведению процедуры ЭКО.

**Состав комиссии
по отбору граждан для проведения процедуры
ЭКО/переноса криоконсервированных эмбрионов
за счёт средств обязательного медицинского страхования**

Слабинская Татьяна Владимировна председатель	Заместитель директора Департамента здравоохранения Ивановской области
Долотова Наталья Васильевна, Секретарь	врач организационно-методического отдела ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н.Городкова» Минздрава России (по согласованию)
Филькина Елена Викторовна	начальник отдела организации медицинской помощи детям, службы родовспоможения Департамента здравоохранения Ивановской области
Песикин Олег Николаевич	главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Ивановской области, заместитель директора ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н.Городкова» Минздрава России (по согласованию)
Семененко Светлана Сергеевна	главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения Ивановской области, заведующая отделением ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н.Городкова» Минздрава России (по согласованию)

Приложение 4
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
от 11.02.2022 № 30

Форма

ПРОТОКОЛ №

ЗАСЕДАНИЯ КОМИССИИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗАСЧЕТ СРЕДСТВ ОМС

" " _____ 202_ г.

Комиссия в составе:

Председатель _____
(председатель комиссии)

Члены комиссии: _____

Комиссия рассмотрела представленные материалы:

Комиссия отметила: _____

Заключение (решение) комиссии:

(о направлении на ЭКО, дополнительном обследовании, лечении, обоснованном отказе)

Председатель _____

Секретарь _____

Члены комиссии _____

Приложение 5
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
от 11.02.2021 № 30

Форма

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКО/КРИОПЕРЕНОСА ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС

№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

(ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО/криопереноса)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, выдан)

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации/место жительства)

(код диагноза по МКБ-10)

(первичное/повторное обращение для проведения ЭКО/криопереноса)

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО/криопереноса)

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения выдавшего направление)

(адрес, тел., факс, адрес электронной почты органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

(Должность)

М.П.

(подпись)

(ФИО)

Приложение 6
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
от 11.02.2022 № 30

Форма

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА №

ФИО пациента	
Дата рождения	
Серия паспорта	
Номер паспорта	
Кем, когда выдан	
Номер полиса ОМС	
СНИЛС	
Адрес (прописка)	
Номер телефона пациента	

Диагноз (МКБ 10)	
------------------	--

Пациентка _____ г.р. направляется в _____ (название лечебного учреждения, где планируется оказание медицинской помощи) **для проведения программы ЭКО и ПЭ за счет средств ОМС.**

Продолжительность бесплодия (лет)	
Аллергия	Нет/ да (на какие препараты)
Переливание крови	Нет/да (когда)
Наследственные заболевания	Нет/да (перечислить)
Соматические заболевания в анамнезе	Нет/да (перечислить)
Гинекологические заболевания в анамнезе	Нет/да (перечислить)
Менструальная функция	Менархе с (лет), продолжительность менструального кровотечения (дней), интервал между менструациями (дней), болезненность (да/нет), обильность (да/нет)

Начало половой жизни (лет)	
Контрацепция в анамнезе	Нет/да (перечислить)

Репродуктивная функция:

Название	Сколько, чем закончилось
Роды	
Неразвивающиеся беременности	
Самопроизвольные выкидыши	
Медицинские аборт	
Внематочные беременности	

Перенесенные операции

Год	Диагноз	Объем операции

Информация о предыдущих протоколах ЭКО:

Клиника	
Дата пункции	
Количество полученных ооцитов	
Беременность наступила или нет	
Криоконсервация эмбрионов (дата и количество)	

Данные обследования

1. Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С

Название	Дата	Результат
Определение антител класса М, G к бледной трепонеме		
Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) 1, 2 и антиген р 24/25		
Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита В		
Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита С		

2. Гормональное обследование: на 3 й-5й день менструального цикла (дата)

Гормоны	значение	норма, единицы измерения
ФСГ		

пролактин		
ТТГ		
АМГ		

3. ПЦР диагностика ИППП: (дата)

Инфекция	результат
Уреаплазма spp.	
Хламидия трахоматис	
Микоплазма гениталиум	
Цитомегаловирус	
Вирус простого герпеса 1,2	

4. Кольпоскопия дата – написать заключение.

5. Мазок на онкоцитологию (цитограмма) – дата – написать заключение

6. УЗИ органов малого таза на 5-7 дни цикла: (дата), дать полное описание с размерами органов, числом антральных фолликулов.

7. УЗИ молочных желез (пациентам старше 40 лет - маммография): дата, написать заключение. При наличии патологии- заключение врача маммолога о наличии или отсутствии противопоказаний к гормональному лечению, программе ЭКО и ПЭ, вынашиванию беременности.

8. Терапевт: дата, диагноз, заключение врача терапевта о наличии или отсутствии противопоказаний к гормональному лечению, программе ЭКО и ПЭ, вынашиванию беременности.

Партнер (супруг)

ФИО пациента	
Дата рождения	
Серия паспорта	
Номер паспорта	
Кем, когда выдан	
Адрес (прописка)	
Номер телефона пациента	

Данные обследования

1. Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С

Название	Дата	Результат
Определение антител класса М, G к бледной трепонеме		
Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека		

(далее – ВИЧ) 1, 2 и антиген р 24/25		
Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита В		
Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита С		

2.Исследование эякулята (дата)

пермограмма					
араметры		Норма ВОЗ	Параметры		Норма ВОЗ
оздержание		3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		≥ 20 млн/мл
ремя разжижения		< 60 мин	Кол-во сперматозоид. в эякуляте		≥ 40 млн/мл
ъем эякулята		2-4 мл	Подвижных		$\geq 50\%$
язкость		N	Из них: быстрых прогрессивных «а»		$\geq 25 \%$
вет		серо-молоч.	средних «в»		
И		7,2-7,8	медленных «с»		
гглютинация		нет	неподвижных		< 50 %
ейкоциты		< 1 млн/мл	Средняя прогрессивная скорость сперматозоид. «а»		
пермоцитогамма					
сперматозоиды в нормальной морфологией					4%
сперматозоиды с патологической морфологией					
[AR тест			IgA		0%
			IgG		0%

Заключение:

Диагноз: (формулирует врач)

Показано лечение методом ЭКО и ПЭ за счет средств ОМС.

Врач акушер-гинеколог	
Зав. отделением., врач акушер-гинеколог	

Печать лечебного учреждения

Дата (дата)

Наименование медицинской организации

Адрес

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА №

ФИО пациента	
Дата рождения	
Серия паспорта	
Номер паспорта	
Кем, когда выдан	
Номер полиса ОМС	
СНИЛС	
Адрес (прописка)	
Номер телефона пациента	

Диагноз (МКБ 10)	
------------------	--

Пациентка _____ г.р. направляется в _____ (название лечебного учреждения, где планируется оказание медицинской помощи) **для проведения программы криопереноса эмбриона в полость матки за счет средств ОМС.**

Продолжительность бесплодия (лет)	
Аллергия	Нет/ да (на какие препараты)
Переливание крови	Нет/да (когда)
Наследственные заболевания	Нет/да (перечислить)
Соматические заболевания в анамнезе	Нет/да (перечислить)
Гинекологические заболевания в анамнезе	Нет/да (перечислить)
Менструальная функция	Менархе с (лет), продолжительность менструального кровотечения (дней), интервал между менструациями (дней), болезненность (да/нет), обильность (да/нет)
Начало половой жизни (лет)	
Контрацепция в анамнезе	Нет/да (перечислить)

Репродуктивная функция:

Название	Сколько, чем закончилось
Роды	
Неразвивающиеся беременности	

Самопроизвольные выкидыши	
Медицинские аборт	
Внематочные беременности	

Перенесенные операции

Год	Диагноз	Объем операции

Информация о предыдущих протоколах ЭКО:

Клиника	
Дата пункции	
Количество полученных ооцитов	
Беременность наступила или нет	
Криоконсервация эмбрионов (дата и количество)	

Данные обследования

1. Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С

Название	Дата	Результат
Определение антител класса М, G к бледной трепонеме		
Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) 1, 2 и антиген р 24/25		
Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита В		
Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита С		

2. Кольпоскопия дата – написать заключение.

3. Мазок на онкоцитологию (цитограмма) – дата – написать заключение

4. УЗИ органов малого таза на 5-7 дни цикла: (дата), дать полное описание с размерами органов, числом антральных фолликулов.

5. УЗИ молочных желез (пациентам старше 40 лет - маммография): дата, написать заключение. При наличии патологии- заключение врача маммолога о наличии или отсутствии противопоказаний к гормональному лечению, программе ЭКО и ПЭ, вынашиванию беременности.

Партнер (супруг)

ФИО пациента	
Дата рождения	
Серия паспорта	
Номер паспорта	

Кем, когда выдан	
Адрес (прописка)	
Номер телефона пациента	

Показан перенос криозембриона в полость матки за счет средств ОМС.

Врач акушер-гинеколог	
Зав. отделением., врач акушер-гинеколог	

Печать лечебного учреждения

Дата

Приложение 7
к приказу
Департамента здравоохранения
Ивановской области
от 11.02.2022 № 30

Форма

Справка

о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального
оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рам-
ках программы обязательного медицинского страхования

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО и (или) перенос крио-
консервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(период проведения ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность, УЗ - беременность, нет беременности)

(должность руководителя МО)

(подпись)

(Ф.И.О)

МП

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)