



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

от 21.11.2023 № 1354-0
Великий Новгород 4

**Об организации оказания медицинской помощи пациентам,
нуждающимся в проведении лечения бесплодия с использованием
вспомогательных репродуктивных технологий в рамках
Территориальной программы обязательного медицинского страхования
для лиц, застрахованных на территории Новгородской области**

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новгородской области (далее - Территориальная программа), в целях повышения эффективности проведения лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 Порядок маршрутизации пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с помощью программ экстракорпорального оплодотворения или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (далее ЭКО и перенос криоконсервированных эмбрионов), для оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее ОМС) для лиц, застрахованных на территории Новгородской области (приложение № 1 к настоящему приказу);

1.2 Рекомендуемый перечень документов для регистрации и включения в лист ожидания реестра «Электронная очередь» для пациентов, направляемых на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области (приложение № 2 к настоящему приказу);

1.3 Рекомендуемую форму выписки из медицинской документации пациента, которая оформляется лечащим врачом при направлении пациента на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области (приложение № 3 к настоящему приказу);

1.4 Рекомендуемую форму электронного реестра пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС, для лиц, застрахованных на территории Новгородской области (приложение № 4 к настоящему приказу);

1.5 Форму отчета о выполнении методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) (приложение № 5 к настоящему приказу);

1.6 Рекомендуемую форму предоставления информации об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения методов ВРТ в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области (приложение № 6 к настоящему приказу).

2. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью министерства здравоохранения Новгородской области:

2.1 Организовать на базе ГОБУЗ «Новгородский областной клинический перинатальный центр имени В. Ю. Мишекурина» (далее - ГОБУЗ НОКПЦ) кабинет для работы с пациентами, нуждающимися в лечении бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области;

2.2 Обеспечить прием, регистрацию и анализ правильности оформления медицинской документации пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области;

2.3 Проводить мониторинг соблюдения медицинскими организациями Новгородской области, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации Территориальной программы, порядка с учетом наличия в данной медицинской организации Новгородской области объемов оказания медицинской помощи с применением ВРТ, доведенным территориальным фондом ОМС Новгородской области;

2.4 Обеспечить формирование и ведение электронного реестра пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области в соответствии с рекомендуемыми формами;

2.5 Обеспечить предоставление ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным, в организационно-методический отдел ГОБУЗ НОКПЦ информации по форме, предусмотренной программно-информационным комплексом «Мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода ЭКО» Министерства здравоохранения Российской Федерации; информации об эффективности лечения бесплодия с помощью программы ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации Территориальной программы для лиц, застрахованных на территории Новгородской области на текущий год и плановый период в разрезе каждой медицинской организации.

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Новгородской области:

3.1 обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с бесплодием, нуждающимся в лечении с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области, в части проведения обследования и направления пациентов в медицинские организации Новгородской области, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации Территориальной программы.

3.2 обеспечить предоставление следующей информации: отчета о проведении процедур ВРТ в рамках базовой программы ЭКО по ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области, по формам, утверждаемым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н, ежемесячно до 2 числа, следующего за отчетным.

4. Руководителям медицинских организаций частной системы здравоохранения и медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Новгородской области, рекомендовать руководствоваться требованиями настоящего приказа.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Павлуцких А.В.

Министр



В.Н. Яковлев

Порядок маршрутизации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с использованием программ ЭКО или размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области

1. Направление на лечение бесплодия с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее ВРТ) в рамках базовой программы ЭКО по полису ОМС осуществляется в медицинские учреждения, оказывающие данный вид помощи и участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Новгородской области.
2. Перечень медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии с использованием методов ВРТ и участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяется решением комиссии по разработке Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Новгородской области.
3. В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новгородской области на текущий год и плановый период медицинская помощь пациентам с бесплодием предоставляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.
4. Программа ЭКО или перенос криоконсервированных эмбрионов выполняется пациентам при наличии у них показаний, перечисленных в пункте 10 Порядка, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803 н (далее - Приказ № 803н).
5. Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации (далее - Перечень противопоказаний) предусмотрен приложением 2 Порядка, утвержденного Приказом № 803 н.
6. Перечень ограничений для проведения программы ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов предусмотрен пунктом 12 Порядка, утвержденного Приказом № 803н.

7. На лечение бесплодия с помощью программы ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов имеют право мужчина и женщина, как состоящие в зарегистрированном браке, так и не состоящие в зарегистрированном браке.
8. Пару считают бесплодной, если беременность у женщины в возрасте до 35 лет не наступает в течение одного года регулярной половой жизни без применения методов контрацепции и в течение 6 месяцев у женщины 35 лет и старше.
9. Обследование женщин осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (в том числе доврачебной, врачебной и специализированной) специализированная медицинская помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний.
10. Обследование мужчин (мужа или мужчины, не состоящего в браке с женщиной) проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.
11. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия.
12. Длительность наблюдения, обследования и лечения пациентов с бесплодием допускается в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше.
13. Лечащий врач предоставляет пациентам информацию - перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области.
14. При направлении пациента на лечение бесплодия с помощью процедуры ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области, лечащим врачом оформляется выписка из амбулаторной карты пациента (далее выписка) по форме, утвержденной настоящим приказом.
15. Базовая программа ЭКО состоит из этапов и оказывается в соответствии с пунктом 8 Порядка, утвержденного Приказом №803 н.
16. В случае наличия у пациентов показаний, предусмотренных пунктом 31 Порядка, утвержденного Приказом №803 н, программа ЭКО дополняется этапом криоконсервации биоматериала.
17. Лечащий врач медицинской организации, осуществляющий направление пациента на лечение бесплодия с помощью программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области (далее - лечащий врач) оформляет направление в лист ожидания реестра «Электронная очередь».

18. Лечащий врач медицинской организации, осуществляющий направление пациента на лечение бесплодия, направляет пациентку к главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Новгородской области для регистрации и внесения в электронный реестр данных пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области с целью соблюдения очередности проведения лечения и анализа правильности оформления медицинской документации.
19. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью министерства здравоохранения Новгородской области обеспечить проверку представленных данных:
- 20.1 Наличие полного пакета документов, в соответствии с рекомендуемым перечнем, утвержденным настоящим приказом.
- 20.2 Правильность оформления, отсутствие повреждений, описок и исправлений, наличие всех установленных реквизитов: подпись лечащего врача, руководителя, печать медицинской организации, дату оформления выписки, актуальность представленных результатов обследования в представленной для анализа выписке.
- 20.3 Наличие у пациента, направленного на лечение, действующего полиса ОМС, оформленного на территории Новгородской области (пациент застрахован на территории Новгородской области).
20. С целью предотвращения осложнений и неблагоприятных последствий для женского организма количество возможных попыток ЭКО/ИКСИ в течение календарного года ограничено – не более двух. Количество переносов криоконсервированных эмбрионов – не более трех в год. Направление на повторную попытку ЭКО/ ИКСИ осуществляется после оценки состояния здоровья женщины, определения показаний, отсутствии противопоказаний и ограничений, но не ранее, чем через 3 месяца, на перенос криоконсервированных эмбрионов – не ранее, чем через 2 месяца при условии соблюдения очередности.
21. Реестр пациентов «Электронная очередь», нуждающихся в лечении с использованием ВРТ, за счет средств ОМС, с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных размещается на сайте министерства здравоохранения Новгородской области.
22. Отслеживание очередности по уникальному шифру может осуществляться пациентами по версии «Электронной очереди» - листа ожидания на сайте Министерства здравоохранения Новгородской области.
23. В порядке соблюдения очередности, согласно сформированного реестра пациентов «Электронная очередь», главным внештатным специалистом по репродуктивному здоровью Новгородской области каждая пациентка приглашается для оформления направления на лечение бесплодия с помощью программы ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области, ей выдается направление на лечение по форме, являющейся приложением № 5

к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н.

Рекомендуемый перечень документов, предоставляемых пациентом в целях регистрации и внесения в лист ожидания реестра «Электронная очередь» для пациентов, направляемых на лечение бесплодия с использованием программ экстракорпорального оплодотворения или размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки, за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области

1. Заявление о согласии на обработку персональных данных. Бланк заявления о согласии на обработку персональных данных выдается при обращении к главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Новгородской области.
2. Выписка из амбулаторной карты пациента (далее - выписка), оформленная лечащим врачом при направлении пациентки на лечение бесплодия с использованием программ экстракорпорального оплодотворения или размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки, за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области. Для направления на перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС, для лиц, застрахованных на территории Новгородской области, давность выписки должна составлять не более 1 года.
3. Паспорт гражданина Российской Федерации (для лиц, не имеющих гражданства РФ, но проживающих на территории РФ - вид на жительство, разрешение на временное проживание).
4. Медицинский полис ОМС, оформленный на территории Новгородской области (пациент застрахован на территории Новгородской области).
5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).
6. Выписка из эмбриологического протокола в случае направления на перенос криоконсервированного эмбриона.
7. Направление для внесения в лист ожидания реестра «Электронная очередь» для пациентов, направляемых на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки, за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы ОМС для лиц, застрахованных на территории Новгородской области.

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ № _____

(Полное наименование медицинского учреждения, направившего пациента)

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail ЛПУ:

Ф.И.О. пациента:

Дата рождения:

Место жительства: (указать место постоянной регистрации)

Контактный телефон:

Жалобы: _____ (указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данном ЛПУ).

Аллергологический анамнез, включая информацию о гемотрансфузиях

Наследственный анамнез, включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч. Lues, туберкулез, гепатиты и т.д.

Перенесенные болезни: Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при половой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).

Вес:

Рост:

ИМТ:

Менструальная функция:

Семейный анамнез:

Контрацепция:

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

(перечислить в хронологической последовательности, при описании операций указать только диагноз и объем операции, без описания хода операции)

Год	Диагноз	Объем оперативного вмешательства

Репродуктивная функция: Беременностей - (всего), из них Р- , А- , В- (перечислить в хронологической последовательности)

Год	Беременность	Особенности течения

Данные обследования

Инфекция	Дата анализа
ВИЧ	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

При получении положительного результата необходима консультация в специализированном диспансере по месту жительства и получение заключения.

Группа крови резус фактор: () Rh (); дата анализа:

Клинический анализ крови: дата анализа:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
• базофилы		
• эозинофилы		
• миелоциты		
• метамиелоциты		
• палочкоядерные		
• сегментоядерные		
• лимфоциты		
• моноциты		

Общий анализ мочи – дата анализа :

Уд. вес -...; Белок – ...; Лейкоциты – ...; Бактерии – ... в п/зр.

Биохимический анализ крови: дата анализа:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
АСТ		
АЛТ		

Гемостазиограмма: дата анализа:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ		
Фибриноген		
Тромбиновое время		

При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

Гормональное обследование: (дата анализа)

Гормоны на 2–5-й день менстр. цикла:	Показатели	Норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
пролактин		
ТТГ		
АМГ		

ПЦР анализ на ЗППП: (дата анализа)

Инфекция	Результат

Исследование сыворотки крови методом ИФА: (дата анализа)

Инфекции	Ig M	Ig G, единицы измерения

Мазок на флору: (дата анализа)

	V	C	U
Лейкоциты			
Пл. эпителий			
Гонококки Нейс.			
Трихомонады			
Флора			

Мазок на онкоцитологию:

Данные гистеросальпингографии, либо УЗ-гистеросальпингоскопии, либо данные хромогидротубации при лапароскопии: (дата анализа)

Заключение:

УЗИ органов малого таза на 5-7 день менструального цикла: дата исследования, описание.

ЭКГ: дата исследования, заключение

ФЛГ: дата исследования, заключение

Консультация терапевта: дата, заключение

Заключение:

Консультация генетика (по показаниям):

УЗИ молочных желез: дата исследования, заключение

Маммография (для пациентов после 40 лет): дата исследования, заключение

Муж: ФИО, возраст.

Здоров; Брак – 1,2..., наличие детей (ДА/НЕТ) в данном или предыдущем браке.

Инфекция	Дата анализа
ВИЧ	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

При получении положительного результата необходима консультация в специализированном диспансере по месту жительства и получение заключения.

ПЦР анализ на ЗППП: (дата анализа)

Инфекция	Результат

Спермограмма:

Описание, заключение.

MAR-тест (по показаниям, в случае бесплодия неясного генеза)

Консультация уролога/уролога-андролога (по показаниям, при патоспермии): дата осмотра

Заключение: с указанием необходимого метода лечения ЭКО / ЭКО+ИКСИ.

Диагноз:

(В диагнозе указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания)

Лечащий врач _____

(Печать лечебного учреждения)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

При наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии, пациентка проходит полное обследование у профильного специалиста с предоставлением результатов обследования и заключением об отсутствии противопоказания к проведению ВРТ и вынашиванию беременности.

Направление

для внесения в лист ожидания реестра «Электронная очередь» для пациентов, направляемых на лечение бесплодия с использованием программ экстракорпорального оплодотворения или размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки, за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области.

ФИО пациента _____
Дата рождения _____
Адрес
регистрации _____
Контактный телефон _____
Номер полиса ОМС _____
Наименование страховой компании _____
Наименование медицинского учреждения, где планируется проведение лечения _____

Диагноз основной+сопутствующий): _____

Код МКБ _____

Общее количество попыток ВРТ в
анамнезе: _____

ЭКО _____ год _____ год _____ год _____ год _____ год _____ год

Перенос криоконсервированных эмбрионов
_____ год _____ год _____ год _____ год _____ год

Беременности в анамнезе: ___ роды ___ аборты ___ выкидыш ___ внематочная
беременность _____

Дата оформления направления _____

Подпись лечащего врача _____

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Новгородской области
ОЗН.П.АСЗ № 1357-О
✓

Форму отчета о выполнении процедур ВРТ

Число выданных направлений на процедуру ЭКО по ОМС за месяц	Число женщин, оставшихся в листе ожидания для выдачи направления на ЭКО по ОМС	Число выполненных процедур ЭКО за месяц			Число выполненных процедур ЭКО (1 - III этап) за месяц	
		Полный цикл	Полный цикл с применением криоконсервации эмбрионов	Криоперенос Всего		
Полный криоперенос Всего	Полный криоперенос Всего	Полный цикл без применения криоконсервации эмбрионов	Полный цикл с применением криоконсервации эмбрионов	Всего	1 - III этап без применения криоконсервации эмбрионов	1 - III этап с применением криоконсервации эмбрионов

Приложение № 7
к приказу министерства
здравоохранения
Новгородской области
от 29.11.2018 № 135#-Д
✓

Форма предоставления информации об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения методов ВРТ в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Новгородской области

Месяц	Встало на учет в ЖК беременных после ВРТ (эко, крио и т.д.) указывать пофамильно	Исход беременности у женщин после эко:		Роды при многоплодной беременности указывать пофамильно	Количество детей, рожденных после использования методов ВРТ указывать пофамильно
		-роды -замершая -выкидыш и т.д. указывать пофамильно	ОМС		
	ОМС	Личные средства	ОМС		
	Полный цикл	Крио перенос	Полный цикл	Крио перенос	