



КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 24.04.2025 № 328
г. ПСКОВ

О совершенствовании организации
лечения бесплодия с применением
вспомогательных репродуктивных
технологий

В целях оптимизации, упорядочения и контроля направления пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, повышения эффективности лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Псковской области, в соответствии с приказами Минздрава России от 31.10.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. порядок направления пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)

в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Псковской области (далее – ТПОМС ПО) (приложение № 1 к настоящему приказу);

1.2. порядок оказания помощи пациентам, направляемым на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) (приложение № 2 к настоящему приказу);

1.3. формы отчетов медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС ПО, содержащие сведения о пациентах, которым была оказана медицинская помощь по лечению бесплодия методом ВРТ (ЭКО) (приложение № 3 к настоящему приказу).

2. Главному врачу ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» М.П. Грищук:

2.1. создать Комиссию по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) (далее – Комиссия).

2.2. утвердить порядок работы Комиссии:

2.2.1. положение о комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (приложение № 4 к настоящему приказу);

2.2.2. форму Протокола и Решения заседания Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (приложение № 5, № 6 к настоящему приказу).

3. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью женщин (врачу – акушеру – гинекологу женской консультации ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр») И.В.Кривоупцких обеспечить контроль за исполнением настоящего приказа.

4. Секретарю Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) (далее – секретарь Комиссии) обеспечить организационно – методическое руководство и контроль направления пациентов на лечения бесплодия с применением ВРТ.

5. Ежеквартально, в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом, представлять предложения (приложение

№7 к настоящему приказу) по перераспределению объемов медицинской помощи по лечению бесплодия с применением ВРТ председателю Тарифной комиссии по реализации ТПОМС ПО с использованием критериев оценки эффективности (приложение № 8 к настоящему приказу) работы медицинских организаций, осуществляющих лечение бесплодия с применением ВРТ.

6. Сформировать и обеспечить работу электронной версии реестра выявленных пациентов с бесплодием и направленных пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (далее – Реестр) (приложение № 9 к настоящему приказу) с еженедельной актуализацией информации.

7. Направлять в Комитет по здравоохранению Псковской области отчет об исполнении мероприятий по лечению бесплодия с применением ВРТ (приложение № 10 к настоящему приказу) ежемесячно в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, нарастающим итогом в течение текущего года.

8. Главным врачам медицинских организаций Псковской области обеспечить:

8.1. организацию обследования, направления пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением ВРТ;

8.2. проведение информационно-разъяснительной работы с населением по оказанию медицинской помощи с использованием ВРТ (ЭКО), в том числе путем размещения информации на информационных стендах и официальном сайте Учреждения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

8.3. заполнение сведений Реестра в электронном виде о выявлении пациентов с бесплодием и направлении пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (приложение №9 к настоящему приказу) ежемесячно в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

9. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС ПО по лечению бесплодия методом ВРТ, организовать работу в соответствии с настоящим приказом.

10. Признать утратившим силу приказ Комитета по здравоохранению Псковской области от 21.02.2022 №127

«О совершенствовании организации лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий».

11. Директору ГКУЗ ПО «Медицинский информационно-аналитический центр» А.В.Савину обеспечить размещение данного приказа на официальном сайте комитета по здравоохранению Псковской области и в сетевом ресурсе «Нормативные правовые акты Псковской области».

12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Псковской области Н.П.Рагозину.

Председатель Комитета



М.В.Гаращенко

Порядок
направления пациентов на лечение бесплодия с применением
вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) в рамках
Территориальной программы обязательного медицинского
страхования на территории Псковской области.

Настоящий Порядок определяет механизм направления и условия оказания специализированной медицинской помощи по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Псковской области.

1. Медицинская услуга по лечению бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) предоставляется женщинам, застрахованным на территории Псковской области (имеющим полис ОМС Псковской области).

2. Показания к лечению бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) определяются лечащим врачом-акушером-гинекологом в соответствии с действующими клиническими рекомендациями «Женское бесплодие» (утв. Минздравом России, 2024 г.) при неэффективности консервативного лечения диагноза «Женское бесплодие» в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины после 35 лет.

3. Противопоказания к лечению бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) определяются лечащим врачом-акушером-гинекологом (приложение № 1 к настоящему Порядку).

4. Ограничения для прохождения базовой программы ЭКО по ОМС:

- снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона <1,2 нг/мл);

- количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен);
- состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;
- состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства:
 - отсутствие матки;
 - деформация полости или шейки матки, когда коррекция невозможна или не дает эффекта;
 - патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия), когда коррекция невозможна или не дает эффекта;
 - заболевания (состояния), включенные в перечень противопоказаний;
 - отсутствие беременности после повторных попыток переноса эмбрионов (3 и более попытки при переносе эмбрионов хорошего качества);
 - привычный выкидыш, не связанный с генетической патологией;
 - острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

5. При выполнении программы ЭКО в рамках ТПОМС ПО, в случае возникновения показаний, использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, ПГТ производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Показаниями для проведения ЭКО с использованием донорских эмбрионов являются: неоднократное получение эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности при 3-х и более попытках программ ВРТ.

6. При наличии онкологического процесса в анамнезе, документы на ЭКО подаются не ранее, чем через 5 лет после лечения заболевания и снятия с учета с заключением консилиума онкологов, в иных ситуациях – после заключения консилиума онкологов федерального центра и разрешения на процедуру ЭКО.

7. Базовый спектр обследования гинекологических больных на амбулаторном этапе, регламентированный приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» выполняется в медицинской организации, наблюдающей женщину.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские приемы женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции.

В рамках профилактического медицинского осмотра: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на вирус папилломы человека (далее – ВПЧ) и цитологическое исследование мазка (соскоба), в т.ч. жидкостная цитология, на наличие атипичических клеток шейки матки) и скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).

При наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии пациентка проходит полное обследование у профильного специалиста с предоставлением результатов обследования.

8. Базовый спектр обследования мужчин (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ), необходимый для проведения процедуры ЭКО, проводится в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства.

9. Перечень необходимых обследований с указанием сроков годности результатов обследования для пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с использованием ВРТ и искусственной инсеминации (приложение № 2 к настоящему Порядку).

10. Лечащий врач-акушер-гинеколог медицинской организации, в которой наблюдается женщина:

- оформляет выписной эпикриз из амбулаторной карты пациента по форме 027/у с указанием всех проведенных обследований (приложение 3 к настоящему Порядку);

- предоставляет копию паспорта гражданина Российской Федерации пациентки (первая страница и регистрация), полиса ОМС, пенсионного свидетельства (СНИЛС).

11. Секретарь Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) (далее – секретарь Комиссии) осуществляет:

- контроль за поступлением пакета документов;
- передачу пакета документов Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО).

Комиссия выносит решение о возможности направления пациентки (или об отказе) на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО) с учетом права выбора медицинской организации и сроков ожидания специализированной медицинской помощи в соответствии с Программой.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по лечению бесплодия методом ВРТ (ЭКО) по ОМС, отображен в приложении № 3 на сайте Комитета по здравоохранению Псковской области.

12. При выполнении медицинской организацией плана по выдаче направлений на ЭКО за текущий год в рамках выделенных объемов финансирования Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Псковской области, выдача направлений приостанавливается.

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» формируется лист ожидания пациентов, которые включаются в Программу ЭКО на следующий год в порядке очередности.

13. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ (ЭКО) пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ (ЭКО) при условии соблюдения очередности и в соответствии с решением Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия методом ВРТ.

Подача документов на повторное проведение программы ВРТ (ЭКО) осуществляется после дополнительного обследования пациентки лечащим врачом женской консультации с целью выявления причины неудачной попытки ЭКО.

Приложение № 1
к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия
с применением ВРТ в рамках ТПОМС
на территории Псковской области

**Перечень противопоказаний к лечению бесплодия с применением
вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) и
искусственной инсеминации**

N	Наименование заболевания	Форма, стадия, степень, фаза заболевания	Код заболевания по МКБ-10	Примечание
1	2	3	4	5
НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ				
1.	Туберкулез:	Все активные формы	A15 - A19	
	а) туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически	-"	A15	
	б) туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически	-"	A16	
	в) туберкулез нервной системы	-"	A17+	
			A17.0+	
			A17.1+	
			A17.8+	
			A17.9+	
	г) туберкулез других органов	-"	A18	
	д) туберкулез костей и суставов	-"	A18.0+	
	е) туберкулез мочеполовых органов	-"	A18.1	У женщин
	ж) туберкулезная периферическая лимфаденопатия	-"	A18.2	
	з) туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов	-"	A18.3	
	и) туберкулез кожи и подкожной клетчатки	-"	A18.4	
	к) туберкулез глаза	-"	A18.5	
	л) туберкулез уха	-"	A18.6	
	м) туберкулез надпочечников	-"	A18.7+	
	н) Туберкулез других уточненных	-"	A18.8	

	органов: туберкулез эндокарда (I39.8*) туберкулез миокарда (I41.0*) туберкулез пищевода (K23.0*) туберкулез перикарда (I32.0*) туберкулез щитовидной железы (E35.0*)			
2.	Вирусный гепатит:	Все формы	B15-B19	
	а) острый гепатит А	-"-	B15	
	б) острый гепатит В	-"-	B16	
	в) другие острые вирусные гепатиты	-"-	B17	
	г) хронический вирусный гепатит	В фазе обострения (желтуха, высокие уровни индикаторных ферментов)	B18	
	д) вирусный гепатит неуточненный	Все формы	B19	
3.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	В стадии:	B20 - B24	При стадии 1, 2А, 2Б, 2В рекомендуется отложить применение ВРТ до перехода заболевания в субклиническую стадию. При стадии 4А, 4Б, 4В в фазе прогрессирования отложить применение ВРТ до перехода заболевания в фазу ремиссии, продолжительностью не менее 6 месяцев. В любой стадии: отсутствие АРВТ. Невыполнение условия: вирусная нагрузка ВИЧ < 50 коп/мл более 6 месяцев.
		инкубации (стадия 1);		
		первичных проявлений (2А, 2Б, 2В);		
		вторичных заболеваний в фазе прогрессирования (4А, 4Б, 4В);		
		терминальной (стадия 5)		

4.	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	Все активные формы	A50-A64	Применение ВРТ возможно после излечения
	а) врожденный сифилис	-"-	A50	
	б) ранний сифилис	-"-	A51	
	в) поздний сифилис	-"-	A52	
	г) другие неуточненные формы сифилиса	-"-	A53	
	д) гонококковая инфекция	-"-	A54	
	е) хламидийная лимфогранулема (венерическая)	-"-	A55	
	ж) другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем	-"-	A56	
	з) шанкроид	-"-	A57	
	и) паховая гранулема	-"-	A58	
	к) трихомониаз	-"-	A59	
	л) аногенитальная герпетическая вирусная инфекция	-"-	A60	Использование ВРТ возможно во вне рецидивном периоде
	м) другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках	-"-	A63	Применение ВРТ возможно после излечения
	н) болезни, передающиеся половым путем, неуточненные	-"-	A64	

Примечание. Острые воспалительные заболевания любой локализации у женщины являются противопоказанием к использованию ВРТ до их излечения.

НОВООБРАЗОВАНИЯ

1.	Злокачественные новообразования	Любой локализации	C00 - C97	Вопрос о возможности сохранения репродуктивной функции с помощью программ ВРТ решается совместно с врачом-онкологом, так же как возможность проведения программ ВРТ у пациентов со злокачественными новообразованиями в анамнезе.
2.	Лейомиома матки	Требующие оперативного	D25	
3.	Другие доброкачественные		D26	

	новообразования матки	лечения		
4.	Доброкачественное новообразование яичника		D27	
5.	Доброкачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов		D28	
БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ				
1.	Острый лимфобластный лейкоз [ALL]	Все формы	C91.0	
	Острый миелобластный лейкоз [AML]		C92.0	
	Острый промиелоцитарный лейкоз [PML]		C92.4	
	Острый миеломоноцитарный лейкоз		C92.5	
	Острый монобластный/моноцитарный лейкоз		C93.0	
	Острая эритремия и эритролейкоз		C94.0	
2.	Миелодиспластические синдромы	-"-	D46	
3.	Фолликулярная лимфома	-"-	C82	
4.	Нефолликулярная лимфома		C83	
5.	Зрелые T/NK-клеточные лимфомы		C84	
6.	Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы		C85	
7.	Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования		C90	
8.	Лимфома Ходжкина	-"-	C81	
9.	Хронический миелоидный лейкоз [CML], BCR/ABL-положительный	Требующий лечения ингибиторами тирозинкиназ. Терминальная стадия заболевания.	C92.1	
10.	Другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	Бластный криз	D47	
	Хроническая миелопролиферативная болезнь		D47.1	
11.	Другой миелоидный лейкоз		C92.7	
12.	Хронический миеломоноцитарный лейкоз		C93.1	
13.	Хроническая эритремия		C94.1	
14.	Другие апластические анемии	Тяжелая	D61	

		форма		
15.	Анемия вследствие ферментных нарушений	Тяжелое рецидивирующее течение (острые гемолитические кризы)	D55	
16.	Талассемия		D56	
17.	Другие наследственные гемолитические анемии		D58	
18.	Приобретенная гемолитическая анемия		D59	
19.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	Хроническое непрерывно рецидивирующее течение, рефрактерное к любым видам терапии	D69.3	
20.	Нарушения обмена порфирина и билирубина	Острая атака порфирии	E80	При продолжительности "светлого" периода после последней атаки менее 2 лет
21.	Другие уточненные геморрагические состояния	Тяжелое рецидивирующее течение	D69.8	Поражение почек с развитием почечной недостаточности, легких и желудочно-кишечного тракта
22.	Геморрагические нарушения, обусловленные циркулирующими в крови антикоагулянтами	Антифосфолипидный синдром Тяжелое течение	D68.3	Наличие в анамнезе повторных нарушений мозгового кровообращения, при формировании клапанных пороков сердца, поражении почек с артериальной гипертензией и почечной недостаточностью
БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ				
1.	Сахарный диабет	Все формы	E10-E14 .0 С комой	

			.1 С кетацидозом	
		С терминальной почечной недостаточностью на заместительной почечной терапии при невозможности и трансплантации почки	.2+С поражением почек	Применение ВРТ возможно после трансплантации почки
		Все формы	.3+ С поражением глаз	
2.	Гиперпаратиреоз и другие нарушения паращитовидной (околощитовидной) железы	Тяжелая форма с висцеральными и костными проявлениями	E21	

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1.	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	С тяжелыми стойкими болезненными проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой степенью вероятности обострения под влиянием беременности и родов	F00-F09	
	а) Деменция неуточненная		F03	
	б) Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами		F04	
	в) Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью		F06	
	г) Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга		F07	
	д) Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное		F09	
2.	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ		F10-F19	
3.	Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства		F20 - F29	
4.	Расстройства настроения		F30-F39	При стойких

	(аффективные расстройства)			суицидальных установках и при риске суицидальных действий
5.	Невротические, связанные со стрессом и соматоморфные расстройства		F40-F48	
	Обсессивно - компульсивное расстройство		F42	
6.	Умственная отсталость		F70 - F79	
7.	Расстройства психологического развития		F80-F89	
8.	Психическое расстройство без дополнительных уточнений		F99	

БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1.	Воспалительные болезни центральной нервной системы	Тяжелые инвалидизирующие некурабельные заболевания нервной системы различной этиологии, сопровождающиеся выраженными двигательными и психическими расстройствами	G00 - G09	
	Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему		G10-G14	
	Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения		G20 - G26	
	Другие дегенеративные болезни центральной нервной системы		G30 - G32	
	Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы		G35-G37	
	Эпилепсия		G40	
	Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (I60-I67+)		G46	
	Расстройства сна		G47	
	Поражения нервных корешков и сплетений		G54	
	Болезни нервно-мышечного синапса и мышц		G70 - G73	

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.	Хронические ревматические болезни сердца	Сопровождающиеся недостаточностью кровообращения (НК) 2Б, 3 степени. Сопровождающиеся высокой легочной гипертензией. С тромбозом и эмболическими осложнениями в анамнезе, а также при	I05 -I09	
----	--	---	----------	--

		наличии тромба в полостях сердца.		
2.	Кардиомиопатии:		I42	
	а) дилатационная кардиомиопатия		I42.0	
	б) обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия	С выраженной обструкцией выводного trakta левого, правого или обоих желудочков	142.1	
	в) другая гипертрофическая кардиомиопатия	Без обструкции выводного trakta левого желудочка со сложными нарушениями сердечного ритма	I42.2	
	г) другая рестриктивная кардиомиопатия		I42.5	
3.	Первичная легочная гипертензия		I27.0	
4.	Состояние после перенесенных кардиохирургических вмешательств:			
	а) Осложнения, связанные с сердечными и сосудистыми протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами		T82	а) после паллиативной (неполной) коррекции врожденного порока сердца (далее - ВПС)
				б) многоклапанное протезирование
	б) Другие уточненные осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках		T88.8	а) после хирургической коррекции ВПС с остаточными признаками легочной гипертензии
				б) после хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с

				неудовлетворительным результатом
5.	Болезни сосудов:			
	Аневризма и расслоение аорты		I71	В любом отделе (грудном, брюшном), в том числе после реконструктивных операций - шунтирования, протезирования
	Другие формы аневризмы и расслоение		I72	В том числе после хирургического лечения
	Эмболия и тромбоз артерий		I74	Системные эмболии артерии головного мозга, рук, ног, почек, мезентериальных сосудов, а также ветвей легочной артерии
	Эмболия и тромбоз других вен		I82	
	Легочная эмболия		I26	
	Инфаркт мозга		I63	
	Эмболия и тромбоз артерий		I74	
6.	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	IIВ-III стадий при отсутствии эффекта от терапии	I10-I15	

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В случае развития тяжелой дыхательной недостаточности, независимо от характера первичной легочной патологии и/или легочной гипертензии

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1.	Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках		K72	Независимо от первичного заболевания печени
2.	Алкогольный цирроз печени		K70.3	При наличии портальной гипертензии с риском кровотечения из вен пищевода, наличия печеночной недостаточности
	Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени		K71.7	
	Фиброз и цирроз печени		K74	
K74.3 -K74.6				
3.	Жировая печень (дегенерация печени), не классифицированная	K76.0		

	в других рубриках			
4.	Болезнь Крона [регионарный энтерит]		K50	Осложненная стенозом, свищами, нарушениями всасывания и кровотечениями
5.	Язвенный (хронический) панколит		K51.0	Осложненный токсической дилатацией толстой кишки, профузными поносами, массивными кишечными кровотечениями
6.	Целиакия		K90.0	С нарушениями всасывания в тонкой кишке. Диагноз должен быть подтвержден гистологическим исследованием тонкой (двенадцатиперстной) кишки и иммунологическими тестами с определением антител к глиадину и тканевой транскглутамазе
7.	Инцизионная грыжа с непроходимостью без гангрены		K43.0	Значительных размеров с расхождением брюшной стенки при невозможности хирургической коррекции
8.	Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью		K56.5	
9.	Кишечный свищ		K63.2	При невозможности хирургического лечения
БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ				
1.	Острый нефритический синдром		N00	
2.	Быстро прогрессирующий		N01	

	нефритический синдром			
3.	Хронический нефритический синдром	В стадии обострения	N03	
4.	Хроническая болезнь почек		N18	Уровень креатинина сыворотки крови
5.	Почечная недостаточность неуточненная		N19	до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл)
БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД				
1.	Пузырный занос		O01	В том числе перенесенный ранее (не менее двух лет)
2.	Злокачественное новообразование плаценты		C58	Хорионэпителиома
БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ				
1.	Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем	Быстро прогрессирующее течение с неконтролируемой высокой активностью	M05.3+	
			M06.8	
2.	Узелковый полиартериит	Тяжелое течение	M30.0	Полиорганные поражения со злокачественной гипертензией
3.	Полиартериит с поражением легких [Черджа-Стросса]	Тяжелое течение	M30.1	Поражение легких с кровохарканьем и дыхательной недостаточностью
4.	Гранулематоз Вегенера	Тяжелое течение	M31.3	Поражение легких и почек с признаками их недостаточности
5.	Синдром дуги аорты [Такаясу]	Тяжелое течение	M31.4	(Неспецифический аортоартериит). Поражение аортальных клапанов сердца с симптомами недостаточности кровообращения
6.	Системная красная волчанка с	Острое и	M32.1+	Поражение

	поражением других органов или систем	хроническое течение с частыми обострениями заболевания		почек (нефрит с нефротическим синдромом), центральной нервной системы (рецидивирующий эписиндром), сердца с формированием клапанных пороков, легких и симптомами нарушения функций этих органов
7.	Другие дерматомиозиты	Тяжелое течение, требующее длительной терапии высокими дозами глюкокортикоидов	M33.1	Поражение сердца с нарушениями ритма и симптомами недостаточности кровообращения
	Полимиозит		M33.2	
8.	Прогрессирующий системный склероз	Острое и хроническое течение с высокой активностью процесса	M34.0	(Системная склеродермия). Поражение почек, легких, сердца с нарушением их функции
9.	Сухой синдром [Шегрена]	Тяжелое течение	M35.0	Поражение легких, почек, с признаками недостаточности их функций
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ				
1.	Агенезия и аплазия матки		Q51.0	(Врожденные аномалии (пороки) матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности) Вопрос о возможности и
	Агенезия и аплазия шейки матки		Q51.5	
	Врожденный свищ между маткой и пищеварительным и мочеполовым трактами		Q51.7	
	Врожденное отсутствие влагалища		Q52.0	
	Врожденный ректовагинальный свищ		Q52.2	

				видах ВРТ после коррекции решается консилиумом врачей
2.	Врожденные аномалии [пороки развития] сердечных камер и соединений	НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвардсу). Осложненные бактериальным эндокардитом.	Q20	Сложные врожденные пороки сердца (транспозиция магистральных сосудов, полная форма атриовентрикулярной коммуникации, общий артериальный ствол, единственный желудочек сердца, атрезия атрио-вентрикулярных или полулунных клапанов)
	а) общий артериальный ствол		Q20.0	
	б) дискордантное желудочково-артериальное соединение		Q20.3	
	в) другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений		Q20.8	
	г) врожденная аномалия сердечных камер и соединений неуточненная		Q20.9	
3.	Врожденные аномалии [пороки развития] сердечной перегородки		Q21	
	а) дефект межжелудочковой перегородки		Q21.0	НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвардсу). Осложненные бактериальным эндокардитом.
	б) дефект предсердной перегородки		Q21.1	
	в) тетрада Фалло		Q21.3	Некорригированная, после паллиативных операций
	г) другие врожденные аномалии сердечной перегородки		Q21.8	Некорригированная, после паллиативных операций
4.	Врожденные аномалии [пороки развития] легочного и трехстворчатого клапанов		Q22	
	а) атрезия клапана легочной артерии		Q22.0	Сложные врожденные пороки сердца
	б) аномалия Эбштейна		Q22.5	Некорригированная

				ная
	в) другие врожденные аномалии трехстворчатого клапана		Q22.8	Сложные врожденные пороки сердца
5.	Врожденные аномалии [пороки развития] аортального и митрального клапанов		Q23	Сопровождающаяся регургитацией 3-4 степени и сложными нарушениями ритма
6.	Врожденные аномалии [пороки развития] крупных артерий	НК 2А степени и более Сердечная недостаточность	Q25	
	а) открытый артериальный проток		Q25.0	НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдварду). Осложненные бактериальным эндокардитом.
	б) коарктация аорты		Q25.1	Пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка. НК 2А степени и более. При наличии постстенотического расширения (аневризма аорты или легочной артерии).
	в) атрезия аорты		Q25.2	
	г) стеноз аорты		Q25.3	
	ц) другие врожденные аномалии аорты		Q25.4	Пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка. НК 2А степени и более. При наличии постстенотического

			расширения (аневризма аорты или легочной артерии).
	е) атрезия легочной артерии	Q25.5	
	ж) стеноз легочной артерии	Q25.6	Пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка. НК 2А степени и более. При наличии постстенотического расширения (аневризма аорты или легочной артерии)
	з) другие врожденные аномалии крупных артерий	Q25.8	
	и) врожденная аномалия крупных артерий неуточненная	Q25.9	
7.	Агенезия и другие редукционные дефекты почки	Q60	Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии), при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе
8.	Экстрофия мочевого пузыря	Q64.1	
9.	Врожденный множественный артрогрипоз	Q74.3	
10.	Дистрофическая дисплазия	Q77.5	Костей и позвоночника
11.	Незавершенный остеогенез	Q78.0	Врожденная ломкость костей
12.	Врожденное отсутствие конечности(ей) неуточненной(ых)	Q73.0	
13.	Краниосиностоз	Q75.0	
ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН			
1.	Травма матки	S37.6	При которой невозможна

				имплантация эмбрионов или вынашивание беременности. Вопрос о возможности и видах ВРТ после коррекции решается консилиумом врачей
--	--	--	--	--

Приложение № 2
к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия
с применением ВРТ в рамках ТПОМС
на территории Псковской области

Перечень необходимых обследований с указанием сроков годности результатов обследования для пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с использованием ВРТ и искусственной инсеминации.

№ пп	Результаты	Дата	Результат (вписать или приложить)	Срок годности исследования (Приказ МЗ РФ №803 Н 31.07.2020 и клин. рекоменд №15-4/4/2-1908 от 05.03.2019)	Примечание + ксерокопии всех анализов и исследований
	Женщины:				
1	Уровень АМГ в крови			6 мес	Для ОМС - ↑ или = 1,2 нг/мл
2	Уровень ФСГ в крови			6 мес	
3	Оценка проходимости маточных труб (выписки операций, рентгенологические и ультразвуковые исследования)			Не ограничен	
4	Микроскопическое исследование: мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры			1 мес	
5	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови			3 мес.	
6	Исследование уровня антител классов М, G (Ig M, Ig G) к вирусу иммунодефицита человека – 1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови			3 мес.	
7	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови			3 мес.	
8	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови			3 мес.	
9	Микробиологическое исследование методом ПЦР на			3 мес.	
	Хламидии (Chlamydia trachomatis)				
	Гонорею (Neisseria gonorrhoeae)				
	Трихомонады (Trichomonas vaginalis)				

10	Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови G (количественно) М			При наличии иммуноглобулинов класса М- 1 мес, при наличии иммуноглобулинов класса G – не ограничен.	
11	Общий (клинический) анализ крови,			1 мес.	
12	Анализ крови биохимический общетерапевтический,			1 мес.	
13	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)			1 мес.	
14	Общий (клинический) анализ мочи			1 мес.	
15	Определение группы крови и резус-фактора			однократно	
16	Уровень тиреотропного гормона			1 год	
17	Уровень пролактина			1 год	
18	Цитологическое исследование шейки матки и цервикального канала			1 год	
19	Ультразвуковое исследование органов малого таза			14 дней	
20	Флюорография легких			1 год	
21	Регистрация электрокардиограммы + ЛЕНТА			1 год	
22	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта.			1 год	Заклучение об отсутствии противопоказаний к ЭКО и возможности вынашивания беременности (приложить)
23	Ультразвуковое исследование молочных желез. В случае выявления признаков патологии по результатам УЗИ – консультация онколога.			1 год	Всем женщинам, Заклучение приложить
24	Маммография. В случае выявления признаков патологии по результатам маммографии – консультация онколога.			1 год	Женщинам старше 40 лет Заклучение приложить
25	Осмотр (консультация) врача-генетика (по показаниям) Исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) пары			1 год Кровь на кариотипы не ограничен	Женщинам, имеющим в анамнезе (в т.ч. у близких родственников) случаев врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей Заклучение

					приложить
26	Осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников.			по показаниям	При выявлении эндокринных нарушений Заключение приложить
27	Лютеинизирующий гормон (ЛГ), Эстрадиол, А/т к ТПО (2-5 д.м.ц) по показаниям			1 год	
28	Прогестерон (за 7 дн. до месячных) по показаниям			1 год	
29	Заключение инфекциониста по показаниям			1 мес	
	<i>Мужчины:</i>				
1	Спермограмма + MAR test			6 мес.	(«Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека. Пятое издание, 2010 г.»)
2	При патоспермии - заключение уролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения и <u>2 спермограммы</u>			6 мес.	
3	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови			3 мес.	
4	Исследование уровня антител классов М, G (Ig М, Ig G) к вирусу иммунодефицита человека – 1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови			3 мес.	
5	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови			3 мес.	
6	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови			3 мес.	
7	Микробиологическое исследование методом ПЦР			3 мес.	
	Хламидии (<i>Chlamydia trachomatis</i>)				
	Гонорею (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)				
	Трихомонады (<i>Trichomonas vaginalis</i>)				

Приложение № 3
к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия
с применением ВРТ в рамках ТПОМС
на территории Псковской области

Выписной эпикриз из медицинской документации пациента

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма 027/у

Утверждена Минздравом СССР

от 04.10.1980 г. N1030

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество пациента; идентификационный номер (в соответствие с порядковым номером Реестра)

2. Дата рождения пациента

3. Документ, удостоверяющий личность (серия и номер)

4. Номер полиса обязательного медицинского страхования и название организации, выдавшей полис

5. СНИЛС

6. Адрес по месту регистрации

7. Адрес по месту жительства

8. Телефон

9. Фамилия, имя, отчество мужа (партнера)

10. Жалобы

11. Анамнез заболевания (указать общую продолжительность бесплодия, проведенное лечение)

12. Данные анамнеза

Соматический анамнез

Перенесенные операции (перечислить в хронологической последовательности: диагноз, название операции, объем операции, данные гистологического исследования операционного материала)

Аллергологический анамнез

Гемотрансфузионный анамнез

Наследственный анамнез

Менструальная функция

Гинекологические заболевания (перечислить в хронологической последовательности: диагноз, объем проведенного лечения)

Репродуктивная функция: аборты, роды, выкидыши (перечислить в хронологической последовательности, чем закончились)

Дата окончания беременности	Исход	Особенности течения/осложнения

13. Данные обследования женщины:

- анализы крови

	дата исследования	Результат исследования	
		Ig M	Ig G
ВИЧ - 1			
ВИЧ - 2			
Гепатит В			
Гепатит С			

- определение антител к бледной трепонеме в крови – результат, дата исследования

При получении положительных результатов необходимы консультации профильных специалистов: дата консультации, диагноз, наличие или отсутствие противопоказаний к программе ЭКО.

- группа крови, резус фактор – результат, дата исследования

- клинический анализ крови – результат, дата исследования

- общий анализ мочи – результат, дата исследования

- биохимический анализ крови: дата исследования

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

- коагулограмма: дата исследования

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АЧТВ		
фибриноген		
д-димер (по показаниям)		
антитромбин III (по показаниям)		

При выявлении отклонения от нормы показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением.

- гормональное обследование

Гормоны	Показатели	Норма, единицы измерения
3-5 день цикла (дата исследования)		
ФСГ		
антимюллеров гормон		
пролактин		
T ₄ **		
ТТГ		
21-23 день цикла (дата исследования)		
прогестерон		

- молекулярно-биологическое исследование на инфекции: дата исследования

Инфекция	дата исследования	результат
Chlamydia trachomatis		

Mycoplasma genitalium		
Neisseria gonorrhoeae,		
Trichomonas vaginalis		

- определение антител класса М, G к вирусу краснухи в крови: дата исследования

	IgM	IgG, единицы измерения
краснуха		

- микроскопическое исследование влагалищных мазков: дата исследования

	V	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Флора		
Ключевые клетки		

- цитологическое исследование шейки матки: заключение, дата исследования

- расширенная кольпоскопия**: заключение, дата исследования

- ультразвуковое трансвагинальное исследование органов малого таза: заключение (приложить копию протокола), дата исследования

- оценка проходимости маточных труб и/или состояния органов малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия: заключение, дата исследования

- оценка состояния эндометрия** (гистероскопия, гистологическое исследование эндометрия): заключение, дата исследования

- УЗИ молочных желез женщинам моложе 35 лет: заключение, дата исследования

При выявлении патологии проводится маммография и консультация маммолога.

Женщинам старше 35 лет проводится маммография. При выявлении патологии необходима консультация маммолога.

- консультация врача-генетика** и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование)** показано женщинам, имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, а также женщинам, страдающим первичной аменореей

- флюорография легких (для женщин, не проходивших это исследование более 12 месяцев): заключение, дата исследования

- электрокардиограмма: заключение, дата исследования

- консультация терапевта: дата осмотра, заключение о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (с учетом данных врачей-специалистов)

- при выявлении эндокринных нарушений назначается осмотр (консультация) врача-эндокринолога**, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников

- при выявлении патологии малого таза и проведенном хирургическом лечении: копии выписного эпикриза и протокола операции

14. Данные обследования мужа (партнера):

- определение антител к бледной трепонеме в крови;

- определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С, определение антигенов вируса простого герпеса в крови;

- микроскопическое исследование отделяемого уретры
- молекулярно-биологическое исследование**

Инфекция	дата исследования	результат
Chlamydia trachomatis		
Mycoplasma genitalium		
Neisseria gonorrhoeae,		
Trichomonas vaginalis		

- исследование эякулята мужа (партнера), в случае выявления агглютинации сперматозоидов проводится смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов.

16. Диагноз (код по МКБ-10):

Основное заболевание

Сопутствующее заболевание

17. Заключение врачебной комиссии медицинского учреждения о необходимости лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) от «__»__20__ г. №__:

- фактор бесплодия установлен/не установлен
- при установленном факторе бесплодия: указать фактор
- лечение фактора бесплодия показано/не показано, устранимо/не устранимо
- при показанном лечении устранимого фактора бесплодия: указать проведенное лечение, длительность
- наличие показаний для ВРТ (ЭКО), отсутствие противопоказаний и ограничений

М. П. Лечащий врач

Руководитель амбулаторного структурного подразделения

Главный врач медицинской организации

(подписи с расшифровкой)

* Заполняется в печатном виде

** Определяются по показаниям

**Порядок
оказания помощи пациентам, направляемым на лечение бесплодия
с применением ВРТ (ЭКО).**

1. Пациентка с диагнозом «Женское бесплодие», обращается на прием в женскую консультацию ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» (далее – женская консультация).

2. Врач-акушер-гинеколог женской консультации направляет пациентку и её партнера на сдачу анализов, необходимых для проведения процедуры ЭКО.

3. После сдачи анализов пациентка и её партнер приходят на повторный прием к врачу-акушеру-гинекологу женской консультаций для определения показаний и противопоказаний к процедуре ЭКО.

4. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний к процедуре ЭКО, врач-акушер-гинеколог женской консультации оформляет и выдает пациентке на руки готовый выписной эпикриз.

5. Далее, пациентка, с выписным эпикризом и копиями: паспорта гражданина Российской Федерации (первая страница и регистрация), полиса обязательного медицинского страхования Псковской области, страхового номера индивидуального лицевого счёта (СНИЛС), обращается к секретарю Комиссии для заполнения Заявления о выборе медицинской организации, осуществляющей лечение бесплодия с применением ВРТ, на имя главного врача ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» (приложение № 1 к настоящему Порядку оказания помощи пациентам, направляемым на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) с указанием выбранной клиники (перечень приоритетных клиник для выдачи направления на процедуру ЭКО по ОМС отображен в приложении №3 на сайте Комитета

по здравоохранению Псковской области), и Согласия на обработку персональных данных (приложение № 2 к настоящему Порядку оказания помощи пациентам, направляемым на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) лично, либо посредством электронного документооборота по защищенным каналам связи в сети «Интернет».

6. Секретарь Комиссии инициирует заседание Комиссии в очном или очно-заочном формате в течение 7 дней с момента получения заявления от пациентки.

7. По итогу решения Комиссии секретарь Комиссии информирует пациентку о принятом решении. В случае принятия положительного решения – в течение 3-х дней с момента вынесения решения Комиссией направляет необходимый пакет документов пациентки и её партнера посредством электронного документооборота по защищенным каналам связи в сети «Интернет» в выбранную клинику для рассмотрения и согласования выдачи направления на ЭКО по ОМС.

8. После согласования с клиникой пациентке выдается направление на процедуру ЭКО и (или) переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС (приложение № 3 к настоящему Порядку оказания помощи пациентам, направляемым на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО)).

9. Пациентка и её партнер обращаются в выбранную клинику с направлением, выписным эпикризом, результатами анализов и обследований для проведения процедуры ЭКО.

10. Секретарь Комиссии направляет на электронную почту медицинской организации готовое направление на ЭКО пациентки с целью уточнения сроков оказания специализированной медицинской помощи (с отметкой «получено» и датой оказания помощи).

11. Медицинская организация, участвующая в реализации ТПОМС ПО, направляет в ответ Решение о возможности проведения процедуры ВРТ (ЭКО) (приложение № 4 к настоящему Порядку оказания помощи пациентам, направляемым на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО) и ведет лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляет

информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи.

Приложение № 1
к Порядку оказания помощи пациентам,
направляемым на лечение бесплодия
с применением ВРТ (ЭКО)

Главному врачу

от _____

зарегистрированной по адресу:

моб. тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить мою медицинскую документацию
на рассмотрение в _____

(наименование медицинской организации)

для оказания мне медицинской помощи с использованием
вспомогательных репродуктивных технологий.

С полным списком медицинских организаций, оказывающих
медицинскую помощь с использованием ВРТ в рамках Территориальной
программы обязательного медицинского страхования Псковской области
ознакомлена. Данная медицинская организация выбрана мною лично.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

☐ Направление заберу лично

☐ Даю согласие на отправку направления по электронной почте

Направление получено _____

(дата)

(подпись)

Приложение № 2
к Порядку оказания помощи пациентам,
направляемым на лечение бесплодия
с применением ВРТ (ЭКО)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с организации оказания мне специализированной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____ 2. Пол _____
(число, месяц, год) (женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем (код подразделения) и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания)

6. Контактные телефоны, адрес электронной почты _____

7. Наименование страховой компании, серия и номер страхового полиса ОМС _____

8. Номер Свидетельства обязательного пенсионного страхования _____

9. Сведения о законном представителе (заполняется в том случае, если заявление
подписывает _____ не _____ сам _____ пациент)

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

10. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

11. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____
(наименование, номер и серия документа, кем (код подразделения) и когда выдан)

12. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

** пункты с 9 по 12 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина РФ*

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена). На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам и адресу электронной почты, указанным в заявлении, согласен (согласна). Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Дата _____ Подпись пациента _____ / _____ /

Приложение № 3
к Порядку оказания помощи пациентам,
направляемым на лечение бесплодия
с применением ВРТ (ЭКО)

**Направление для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса
криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС**

№ ____ от «_____» _____ 20__ г.

(Ф.И.О. направляемого пациента для проведения ЭКО)		
(шифр пациента – ID)	(дата рождения)	(возраст пациента)
(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))		
(полис ОМС)	(СНИЛС)	
(адрес регистрации / места жительства)		
(код диагноза по МКБ -10)		
(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)		
(наименование медицинской организации для проведения программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов)		
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление)		
(адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)		

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О. должностного лица)

Приложение № 4
к Порядку оказания помощи пациентам,
направляемым на лечение бесплодия
с применением ВРТ (ЭКО)

**Решение медицинской организации, участвующей в лечении бесплодия
методом ВРТ в рамках реализации Территориальной программы ОМС
Псковской области**

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Адрес _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская организация _____

(наименование медицинской организации)

рассмотрела _____

документы _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента)

и сообщает, что готова принять пациента на лечение методом вспомогательных
репродуктивных технологий _____

(наименование метода ВРТ)

в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Псковской области.

Дата и время госпитализации: _____.

Адрес: _____.

Дополнительная информация для пациента _____.

М.П.

Руководитель медицинской организации _____

(фамилия, инициалы и подпись)

Дата «____» _____ 20____ г.

**Формы отчетов медицинских организаций, содержащие сведения
о пациентах, которым была оказана медицинская помощь
по лечению бесплодия методом ВРТ (ЭКО).**

Медицинская организация, осуществляющая деятельность по лечению бесплодия методом ВРТ (ЭКО) в рамках ТПОМС ПО направляет в ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» на адрес электронной почты av.grigoryeva@zdrav.pskov.ru следующую информацию:

1. Дату вступления в протокол ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, либо о постановке в лист ожидания клиники с указанием причины, в срок не более 3-х рабочих дней с момента получения посредством электронного документооборота оформленного направления пациента для проведения процедуры в рамках базовой программы ОМС.

2. Справка о выполнении медицинской организацией базовой программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания случая (приложение № 4 к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ в рамках ТПОМС на территории Псковской области).

3. Лист выписного эпикриза из индивидуальной карты пациента в срок не более 14 дней по результату ХГЧ.

4. Сведения о пациентах, которым была оказана медицинская помощь по лечению бесплодия методом ВРТ, ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, с указанием результатов по законченным случаям лечения согласно форме Таблицы к приложению № 4 настоящего Порядка направления пациентов

на лечение бесплодия с применением ВРТ в рамках ТПОМС на территории Псковской области).

5. Медицинская организация, уполномоченная по выдаче направлений на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО) (далее – ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр») ежемесячно направляет сведения по объемам специализированной медицинской помощи по ОМС в программно – информационный комплекс Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенный по адресу <https://report.minzdrav.gov.ru/>:

- о количестве женщин, вставших на учет по беременности после прохождения базовой программы ЭКО;

- о количестве родов в результате ЭКО за счет средств ОМС;

- по объемам медицинской помощи с использованием экстракорпорального оплодотворения в программно-информационный комплекс «Мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода экстракорпорального оплодотворения» (приложение № 5 к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ в рамках ТПОМС на территории Псковской области).

- ежемесячно в адрес Комитета по здравоохранению Псковской области направлять сведения по возрастным группам пациентов, прошедших процедуру ЭКО, согласно форме таблицы на адрес электронной почты ma.savdons@zdrav.pskov.ru (приложение № 6 к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ в рамках ТПОМС на территории Псковской области).

Приложение № 4
к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия
с применением ВРТ в рамках ТПОМС
на территории Псковской области

**Справка
о выполнении медицинской организацией программы
экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса
криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной
программы обязательного медицинского страхования**

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКОи (или) перенос криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента) _____
(IDпациента) _____
(возраст пациента)

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

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность, УЗИ - беременность, нет беременности)
Проведение ВРТ:

Программа ВРТ	<input type="checkbox"/> овариальная стимуляция; <input type="checkbox"/> пункция фолликулов яичников для получения ооцитов; <input type="checkbox"/> инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или <input type="checkbox"/> путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита; <input type="checkbox"/> культивирование эмбрионов; <input type="checkbox"/> перенос эмбрионов в полость матки; <input type="checkbox"/> криоконсервация эмбрионов; <input type="checkbox"/> разморозка криоконсервированных эмбрионов; <input type="checkbox"/> внутриматочное введение размороженного эмбриона
Донорские ооциты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Донорская сперма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Количество полученных ооцитов*	
Количество оплодотворённых ооцитов*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> из ни выполнено ПТГ
Количество перенесенных эмбрионов*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> из ни выполнено ПТГ
Количество криоконсервированных эмбрионов (на момент окончания текущей процедуры ВРТ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> из ни выполнено ПТГ
Результат	<input type="checkbox"/> маточная беременность, подтвержденная УЗИ <input type="checkbox"/> биохимическая беременность <input type="checkbox"/> беременность не наступила <input type="checkbox"/> в проведении ВРТ отказано (указать причину)
Осложнения	<input type="checkbox"/> синдром гиперстимуляции яичников (указать степень тяжести) <input type="checkbox"/> внутрибрюшное кровотечение <input type="checkbox"/> внематочная беременность <input type="checkbox"/> другие (указать)

* при проведении данных процедур ВРТ

(должность руководителя
медицинской организации) _____
(подпись) _____
(Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

М.П.

" ____ " _____ 20__ г.
(дата оформления)

Таблица к Приложению № 4

№	Номер направлен ия	Дата рожден ия	Полис	Лечащий врач	Дата поступлен ия	Дата выписки	КСГ	ДКК	Исход цикла	ХГЧ результ ат	УЗИ результ ат

*Клинико-статистическая группа (КСГ) по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), для случаев проведения ЭКО в дневном стационаре, осуществляется на основании дополнительных классификационных критериев (ДКК) "ivf1" - "ivf7", отражающих проведение различных этапов ЭКО:

ivf1 – Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) (A11.20.030.001 Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона).

ivf2 – Проведение I этапа ЭКО: стимуляция суперовуляции.

ivf3 – Проведение I-II этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки)

ivf4 – Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); без последующей криоконсервации эмбрионов.

ivf6 – Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); без осуществления криоконсервации эмбрионов.

ivf7 – Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); с осуществлением криоконсервации эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов).

к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ в рамках ТПОМС на территории Псковской области

[illegible]

Приложение № 6
к Порядку направления пациентов на лечение бесплодия
с применением ВРТ в рамках ТПОМС
на территории Псковской области

Сведения по возрастным группам пациентов, прошедших процедуру ЭКО

2.	Число проведенных циклов ЭКО (за счет средств ОМС)	Всего
	из них женщинам в возрасте:	
2.1.	до 25 лет	
2.2.	25-29	
2.3.	30-34	
2.4.	35-39	
2.5.	40-44	
2.6.	45-49	
3.	Число женщин, которым проведены циклы ЭКО (за счет средств ОМС)	Всего
	из них число женщин в возрасте:	
3.1.	до 25 лет	
3.2.	25-29	
3.3.	30-34	
3.4.	35-39	
3.5.	40-44	
3.6.	45-49	

**Положение о Комиссии по отбору и направлению пациентов
на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО).**

1. Комиссия по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО) создается на базе ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр».

2. Заседание Комиссии в очном или очно-заочном формате проводится 1 раз в неделю, или по необходимости в соответствии с потребностью.

3. Комиссия рассматривает представленную медицинскую документацию (выписной эпикриз из амбулаторной карты пациента по форме 027/у с указанием всех проведенных исследований, копии протоколов гистероскопии с гистологическим исследованием, гистеросальпингографии, лапароскопической операции и всех оперативных вмешательств).

Выписные эпикризы, представленные не по форме, утвержденной настоящим приказом, Комиссией не рассматриваются, выдается протокол о возврате пакета документов.

4. Комиссия проводит отбор пациентов на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО) по ОМС на основании представленной документации при наличии полного пакета документов.

5. Заключение Комиссии оформляется Протоколом заседания Комиссии и Решением комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО) в рамках ТПОМС ПО.

6. Выписной эпикриз пациента с Протоколом и Решением Комиссии хранится на бумажном носителе ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр».

В случае принятия Комиссией положительного решения – выписной эпикриз пациента с Протоколом и Решением Комиссии посредством

электронного документооборота направляется в медицинскую организацию, участвующую в реализации ТПОМС ПО на рассмотрение и согласование приема пациента на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО) по ОМС.

В случае положительного ответа медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь с использованием ВРТ (ЭКО), секретарь Комиссии оформляет и направляет готовое направление на ЭКО пациентки также посредством электронного документооборота для согласования даты вступления в протокол ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов.

7. Секретарь комиссии исполняет следующее:

- формирует и ведет электронные версии реестров, лист ожидания пациентов, направляемых на лечение бесплодия методом ВРТ (ЭКО);

- обеспечивает сбор и своевременную обработку установленной отчетности с медицинских организаций, осуществляющих деятельность по лечению бесплодия методом ВРТ (ЭКО), в целях мониторинга выполнения Территориальной программы государственных гарантий ОМС на территории Псковской области, контроль за правильным оформлением и сроками исполнения;

- осуществляет сбор сведений с медицинских организаций, осуществляющих деятельность по лечению бесплодия методом ВРТ (ЭКО) в рамках ТПОМС ПО:

- осуществляет сбор сведений о пациентах, которым была оказана медицинская помощь по лечению бесплодия методом ВРТ с указанием результатов по законченным случаям лечения;

- ежемесячно актуализирует данные по количеству выданных направлений и выполненным циклов ЭКО с данными Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Псковской области.

**Протокол заседания Комиссии по отбору и направлению пациентов
на лечение бесплодия с применением ВРТ (ЭКО).**

Присутствовали: _____

Слушали: _____

№	Шифр пациента	ФИО, возраст, телефон, № полиса ОМС	Адрес	Диагноз	Направлена в учреждение (отказано в направлении, причина)

Примечания: _____

Председатель: _____

Члены комиссии: _____

**Решение Комиссии по отбору и направлению пациентов
на ВРТ (ЭКО) в рамках Территориальной программы ОМС
Псковской области.**

Комиссия, созданная на основании приказа Комитета по здравоохранению Псковской области от «___» _____, № ____ и утвержденная приказом главного врача ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» от «___» _____ № ____ рассмотрела документы

(фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента)

и сообщает следующее решение (нужное подчеркнуть):

- выдать направление и направить документы

(фамилия, инициалы пациента)

В _____

(наименование медицинской организации, выполняющей базовую программу ВРТ)

для лечения бесплодия методом вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Псковской области;

- отказать в направлении пациентки на лечение бесплодия методом ВРТ по причине:

- отсутствия показаний для проведения ВРТ;
- необходимости дообследования;
- продолжения лечения без применения ВРТ;
- наличие противопоказаний для проведения ВРТ;
- наличие ограничений для проведения ВРТ.

Рекомендации при отказе в направлении пациента на лечение бесплодия методом ВРТ:

Председатель Комиссии _____

(фамилия, инициалы и подпись)

Дата: «___» _____ 20__ г.

Приложение № 7
к Приказу Комитета по здравоохранению
Псковской области
от 24.04.2025 № 328

**Предложения по перераспределению объемов медицинской помощи
по лечению бесплодия с применением ВРТ.**

Наименование МО	Плановые объемы (случаи)	Фактически исполненные объемы (случаи)	Количество пациентов в листе ожидания	Критерии эффективности			Предложения (+/-)
				Доля осложнений на 1 законченный случай/1 процедуру (% / %)	Доля наступления беременности (по УЗИ) на 1 случай ПЭ (%)	Среднее количество полученных эмбрионов на 1 цикл стимуляции овуляции	

Приложение № 8
к Приказу Комитета по здравоохранению
Псковской области
от 24.04.2025 № 328

Критерии эффективности по лечению бесплодия с применением ВРТ.

Наименование МО	Критерии эффективности		
	Доля осложнений на 1 законченный случай/1 процедуру (% / %)	Доля наступления беременности (по УЗИ) на 1 случай ПЭ (%)	Среднее количество полученных эмбрионов на 1 цикл стимуляции овуляции

Приложение № 9
к Приказу Комитета по здравоохранению
Псковской области
от 24.04.2025 № 328

**Реестр пациентов, с установленным диагнозом бесплодия,
в том числе пациентов, требующих лечения с использованием ВРТ.**

№ п/п (ID пациента)	Наименование МО, в которую первично обратился пациент	Дата установли диагноза бесплодие	Дата завершения обследования с целью установли фактора	Фактор бесплодия* (МКБ-10)	Дата начала лечения (без ВРТ)	Дата направления на Комиссию	Решение Комиссии (направить/отказать)	Дата повторного направления на Комиссию**	Дата госпитализации в МО, оказывающую ВРТ***	Количество проведенных полных циклов ЭКО****	Количество проведенных ПЭ*****	Дата наступления маточной беременности (подтвержденной УЗИ)	Исход беременности*****

* выбор опции из вариантов:

** при принятии решения об отказе направления на ВРТ

*** на основании решения МО

**** актуализируется ОМО нарастающим итогом на основании Справок, полученных от МО

***** - антенатальные потери беременности (неразвивающаяся беременность, выкидыш, медицинский аборт, ante- и интранатальная гибель плода)

- роды (срочные/преждевременные), при наличии осложнений беременности, родов и послеродовом периодах, а также осложненном течении неонатального периода – перечисляются все коды МКБ-10.

При проведении последующих ВРТ после завершения беременности – пациент вносится повторно в реестр под новым ID в формате (номер первичного ID)/1.

Приложение № 10
к Приказу Комитета по здравоохранению
Псковской области
от 24.04.2025 № 328

Форма отчета об исполнении мероприятий по лечению бесплодия с применением ВРТ.

Наименование МО	Утвержденный объем на текущий год (случай)	Фактически исполненные объемы (законченные случаи)	Выдано направлений	Количество пациентов в листе ожидания	Количество обратившихся в МО для проведения ЭКО	Выполнено процедур ЭКО							
						Овариальная стимуляция	Пункция фолликулов	Инсеминация ооцитов методом ЭКО	Культивирование эмбрионов	Перенос эмбриона/-ов	Криоконсервация эмбрионов	Разморозка эмбрионов	Внутриматочное введение размороженных эмбрионов

ID	Номер направления	Метод ВРТ*								Исход
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Пациент №1	1									-
	2									-/+
	3...									+
Пациент №2	1									
	2...									

*

- [1] овариальная стимуляция;
- [2] пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;
- [3] инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;
- [4] культивирование эмбрионов;
- [5] перенос эмбрионов в полость матки;
- [6] криоконсервация эмбрионов;
- [7] разморозка криоконсервированных эмбрионов;
- [8] внутриматочное введение размороженного эмбриона