МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ
(МИНЗДРАВ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ)

ПРИКАЗ

16.06.2026 № 125-ОД

Геническ

Об организации направления пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в Херсонской области

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 19.12.2025 № 747н «О порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», согласно Постановлению Правительства Херсонской области от 12.05.2026 № 57-пп «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Херсонской области на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов», на основании Положения о Министерстве здравоохранения Херсонской области, утвержденного Указом Губернатора Херсонской области от 20.07.2023 № 48-у «Об образовании Министерства здравоохранения Херсонской области», в целях организации направления жителей Херсонской области для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением метода экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение №1);

1.2. Положение о комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 2);

1.3. Состав комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (приложение №3).

2. Руководителям Государственных бюджетных учреждений здравоохранения Херсонской области, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (кроме использования ВРТ и искусственного прерывания беременности), урологии в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, организовать:

2.1. работу в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением метода экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования;

2.2. направление пациентов, нуждающихся в проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения, в женскую консультацию ГБУЗ ХО «Геническая ЦРБ»;

2.3. проведение информационно-разъяснительной работы среди населения Херсонской области по вопросам порядка оказания медицинской помощи при бесплодии, в том числе, путем размещения информации на стендах, официальном сайте учреждения, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Руководителю ГБУЗ ХО «Геническая ЦРБ» организовать работу женской консультации по оформлению и предоставлению документов на рассмотрение комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Комиссия).

4. Председателю Комиссии обеспечить:

4.1. работу Комиссии в соответствии с Положением о комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий;

4.2. ведение Регистра (Листа ожидания) пациентов, нуждающихся в лечении с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

4.3. своевременное предоставление данных мониторинга оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в Министерство здравоохранения Херсонской области.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на и.о. заместителя Министра здравоохранения Херсонской области О.И. Демедюк.

Министр

Документ подписан электронной подписью
СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП
Сертификат: 5D935393E1A73EDAEBDB01BD35424E08
Владелец: Борчанинова Елена Леонидовна
Действителен с 15-04-2026 до 09-07-2027

Е.Л. Борчанинова

Приложение №1
к приказу Министерства здравоохранения
Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования

1. Настоящее Положение определяет правила направления жителей Херсонской области, нуждающихся в лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также противопоказания и ограничения по применению.

2. Медицинская помощь с использованием ВРТ в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО), криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов (далее-криоперенос)) оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях (структурных подразделениях), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, 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» (далее – Приказ Минздрава России № 803н).

3. Обследование и направление пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (кроме использования ВРТ и искусственного прерывания беременности), медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

4. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия предусмотрены Приказом Минздрава России № 803н.

5. Базовой программой ВРТ является программа ЭКО, состоящая из следующих этапов:

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.

Дополнительно, в процессе выполнения ЭКО возможно осуществление криоконсервации эмбрионов.

Финансовое обеспечение ЭКО и криопереноса осуществляется согласно тарифному соглашению, утвержденному в соответствии с ежегодно издаваемыми Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Оплата случаев проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования

ВРТ осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с главой IX. «Осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

6. Хранение и транспортировка (в случае необходимости) криоконсервированных эмбрионов, использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство осуществляется за счет собственных средств граждан и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

7. Показаниями для проведения программы ВРТ и криопереноса являются:

- неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;
- состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ЭКО выше, чем при применении других методов;
- наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование, независимо от статуса фертильности;
- сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности искусственной инсеминации);
- ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

8. Перечень противопоказаний к применению ВРТ предусмотрен приложением № 2 к Приказу Минздрава России № 803н;

9. Ограничениями для проведения программы ЭКО и криопереноса являются:

- снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (криоперенос возможен);
- состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;
- состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства;
- острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

10. При обращении пациентов в медицинскую организацию с жалобами на отсутствие наступления планируемой беременности, врачом-акушером-гинекологом медицинской организации проводится обследование пациента (не более 6 месяцев с даты обращения пациента) и его лечение, направленные на выявление и устранение причин отсутствия беременности (далее — лечение бесплодия).

11. Лечение пациентов с нарушением репродуктивной функции подразделяется на 2 этапа:

1 этап (без использования ВРТ) – лечение нарушений репродуктивной функции, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, регуляцию менструального цикла, стимуляцию овуляции, коррекцию соматической патологии;

2 этап – лечение нарушений репродуктивной функции с использованием ВРТ.

12. Первый этап лечения осуществляется в рамках диспансерного наблюдения врачом-акушером-гинекологом.

13. При отсутствии эффекта от лечения пациенты направляются в женскую консультацию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Херсонской области «Геническая центральная районная больница» (далее – женская консультация ГБУЗ) для направления на лечение бесплодия с применением ВРТ.

14. При наличии показаний и отсутствии у пациентов ограничений и противопоказаний врачом-акушером-гинекологом женской консультации ГБУЗ (далее –

лечащий врач) организуется проведение необходимых исследований и консультаций врачей согласно перечню, указанному в приложении № 1 к настоящему Положению, для чего им в течение одного дня с момента определения показаний оформляются соответствующие направления.

13. После получения результатов исследований и проведенных консультаций врачей лечащим врачом в течение двух рабочих дней проверяются сроки годности результатов, указанные в приложении № 1 к настоящему Положению, формируется подробная выписка из амбулаторной карты лечащего врача по форме, согласно приложению № 2 к настоящему Положению, содержащая диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-Х, результаты обследования, подтверждающие диагноз и показания для применения ЭКО и исключающие наличие противопоказаний и ограничений, а также данные лабораторных и клинических обследований, предусмотренных приказом Минздрава России № 803н (далее – выписка из амбулаторной карты), для направления на Комиссию Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (далее – Комиссия).

14. На рассмотрение Комиссии представляются:

- выписка из амбулаторной карты;
- копия паспорта гражданина Российской Федерации (со страницей регистрации);
- копия полиса обязательного медицинского страхования, выданного страховой медицинской организацией, осуществляющей деятельность на территории Херсонской области;
- копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- заявление о согласии на обработку персональных данных установленной формы в соответствии с приложением № 3 к настоящему Положению.

14. Срок подготовки решения Комиссии о направлении пациента на процедуру ЭКО не должен превышать 5 рабочих дней со дня поступления на рассмотрение документов пациента.

15. Протокол решения Комиссии оформляется в соответствии с приложением № 4 к настоящему Положению, в течение одного рабочего дня со дня проведения заседания.

16. Секретарь Комиссии обеспечивает передачу пациенту выписку из Протокола решения Комиссии и направление для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС по форме согласно приложению № 5 к настоящему Положению.

17. Лечащий врач осуществляет информирование пациента в доступной форме о возможности выбора медицинской организации, предоставляя ему перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО, согласно приложению № 6 к настоящему Положению. Сведения о выборе пациента медицинской организации для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС вносятся в Лист информирования, который оформляется по форме, согласно приложению № 7 к настоящему Положению.

18. Для включения в Регистр (Лист ожидания) пациентов, нуждающихся в лечении с использованием ВРТ (далее – Регистр (Лист ожидания), пациент предоставляет:

заявление на включение в Регистр (лист ожидания), установленной формы в соответствии с приложением № 8 к настоящему Положению;

лист информирования.

19. Ведение Журнала регистрации пациентов, направленных в Комиссию по отбору пациентов для проведения ЭКО и/или криопереноса по форме, согласно приложению № 9 и Регистра по форме, согласно приложению № 10 к настоящему Положению, осуществляется Комиссией.

20. При поступлении информации о наличии (появлении) у медицинской организации, выполняющей процедуру ЭКО (далее – МО_ЭКО), объемов медицинской помощи, лечащий врач производит запись пациента на проведение ЭКО на конкретный день и время.

Пациенту, кроме медицинской документации и направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС, выдается направление для оказания медицинской помощи (форма 057/у), учетная форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025 № 519н.

21. При обращении пациента в МО_ЭКО и включении в цикл ЭКО, МО_ЭКО направляет Сведения согласно Приложению № 11 в Комиссию, на основании которого пациенты исключаются из Регистра с указанием о факте направления лечения. Сведения о МО_ЭКО должны быть направлены по почте, дополнительно посредством электронной почты в отсканированном виде, в срок не более двух рабочих дней с момента окончания программы ЭКО.

22. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ пациент может повторно направляться для выполнения программы ЭКО и /или криопереноса при условии соблюдения очередности.

С целью предупреждения осложнений, связанных с процедурой ЭКО, не допускается проведение более двух сопровождающихся стимуляцией суперовуляции (при криопереносе – трех-четырех) попыток в год.

23. Данные мониторинга оказания медицинской помощи с использованием ВРТ подаются Комиссией в Министерство здравоохранения Херсонской области ежемесячно до 3-го числа, следующего за отчетным, согласно Приложению 12 к настоящему Положению.

24. Критериями эффективности лечения бесплодия с использованием ЭКО является:

- доля (% от пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования при постановке на учет по беременности;
- доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами, в общем количестве женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклы с переносом эмбрионов).

Приложение №1
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ПЕРЕЧЕНЬ

необходимых исследований и консультаций врачей для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и сроки годности их результатов

№ пп	Наименование результатов обследования	Срок годности
1	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	2 месяца
2	Флюорография легких	1 год
3	Регистрация электрокардиограммы	1 год
4	Ультразвуковое исследование молочных желез	1 год
5	Маммография (женщинам 40 лет и старше)	1 год
6	Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови	3 месяца
7	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови[1]	3 месяца
8	Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови[12]	3 месяца
9	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови[3]	3 месяца
10	Общий (клинический) анализ крови	1 месяц
11	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1 месяц
12	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1 месяц
13	Общий (клинический) анализ мочи	1 месяц
14	Определение иммуноглобулинов класса M и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови[4]	при наличии иммуноглобулинов класса M - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен
15	Определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен

№ пп	Наименование результатов обследования	Срок годности
16	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц
17	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)[4]	3 месяца
18	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год
19	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2 - 5 день менструального цикла[4]	6 месяцев
20	Исследование уровня анимюллерова гормона в крови	6 месяцев
21	Спермограмма	6 месяцев
22	Консультация врача-терапевта	1 год
23	Консультация врача-уролога (донорам спермы)	1 год
24	Консультация врача-генетика (по показаниям)	1 год
25	Заключение врача-инфекциониста (оказывающий медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным)	1 месяц

[1]при наличии положительного анализа на гепатит В – количественное определение ДНК вируса гепатита В, заключение врача-инфекциониста об отсутствии противопоказаний для проведения лечебного цикла ЭКО;
[2]при наличии положительного анализа на гепатит С – количественное определение РНК вируса гепатита С, заключение врача-инфекциониста об отсутствии противопоказаний для проведения лечебного цикла ЭКО;
[3]при наличии положительной реакции Вассермана – заключение врача-дерматовенеролога об отсутствии противопоказаний для проведения лечебного цикла ЭКО;
[4]выдача направления на исследования (форма 057/у).

Дополнительно по показаниям (требуются только при выявлении патологических изменений в результатах обследования или при наличии известных хронических заболеваний:

Заключение врача-онколога/маммолога об отсутствии противопоказаний и проведению гормональной терапии (при выявлении патологических изменений по данным УЗИ молочных желез, маммографии)	1 год
Заключение врача-эндокринолога (при наличии заболеваний щитовидной железы/выявлении патологических изменений при анализе гормонального фона (ТТГ, АТ-ТПО)	1 год
Заключение врача-специалиста (при наличии хронических заболеваний) об отсутствии противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашиванию беременности	1 год

Приложение №2
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

_____

(Наименование медицинской организации Херсонской области, выдавшей направление на врачебную комиссию по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ, адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)

Дата «_____» _____ 20___г.
Ф.И.О. пациентки
Дата рождения
Адрес проживания
Контактный телефон, e-mail
ДИАГНОЗ:
СОПУТСТВУЮЩИЙ ДИАГНОЗ:
Аллергологический анамнез: _____
Гемотрансфузии:_____
Наследственный анамнез:_____
Lues, туберкулез, гепатиты:_____
Перенесенные заболевания:_____
Перенесенные гинекологические заболевания:_____
Менструальная функция:_____
Репродуктивная функция: всего беременностей: - ____, в том числе:
внематочная беременность _____
аборт медицинский_____
несостоявшийся выкидыш_____
самопроизвольный выкидыш_____
роды_____
Перенесенные операции, оценка проходимости маточных труб (гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия):

Год	Диагноз, показания	Объем операции

Попытка КИО, ИИСМ, ЭКО и ПЭ (с описанием протокола стимуляции, количество полученных ооцитов/эмбрионов, наличие криоконсервированных эмбрионов)
_____
_____
_____

Результаты обследования женщины:

1.

Инфекция	Дата анализа, результат
ВИЧ 1/2	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

2. Группа крови, резус фактор: _____

3. Клинический анализ крови:

Показатель	Значение	Норма	Ед.измерения

4. Общий анализ мочи: _____

5. Биохимический анализ крови:

Показатель	Значение	Норма	Ед.измерения

6. Коагулограмма:

Показатель	Значение	Норма	Ед.измерения

7. Гормональное обследование

Показатель	Значение	Норма	Ед.измерения

8. Рост, масса, ИМТ_____

9. Микробиологическое исследование (посев из ц/к) на микоплазмы, уреаплазмы дата, результат_____

10. Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР мазок из ц/к) на хламидии, вирус простого герпеса 1,2 тип, цитомегаловирус дата, результат_____

11. Исследование крови (ИФА)- определение Ig M, Ig G к вирусу простого герпеса, краснухе дата, результат._____

12. Цитологическое исследование шейки матки – дата, результат_____

13. УЗИ органов малого таза - на 5-7 день цикла, дата результат (описать полностью)_____ _____

14. ЭКГ - дата, результат_____

15. Флюорография легких - дата, результат_____

16. Консультация терапевта: дата, заключение_____

17. УЗИ молочных желез (женщинам до 35 лет) дата, заключение. Маммография (женщинам старше 35 лет). При выявлении патологии - консультация маммолога._____

18. Женщинам, имеющим в анамнезе (в т.ч. у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей, назначается осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование)_____

19. При выявлении эндокринных нарушений назначается осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников._____

Результаты обследования мужа (партнера)
1.

Инфекция	Дата анализа, результат
ВИЧ 1/2	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

2. Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР мазок из уретры) на хламидии, вирус простого герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус, гонококк дата, результат_____
3. Микробиологическое исследование (посев из уретры) на микоплазмы, уреаплазмы - дата, результат_____
4. Группа крови, резус фактор_____
5. Флюорография ОГК_____
6. Спермограмма:_____
7. Показатель МАР теста (Ig G) _____дата_____
8. Заключение уролога:_____
9. Диагноз: (код по МКБ-Х)_____

Заключение: проведение процедуры ЭКО и беременность не противопоказаны.

Лечащий врач _____

Главный врач/Заместитель главного врача по медицинской части_____

Дата _____
МП

Приложение № 3
к Положению об организации оказания
медицинской помощи жителям
Херсонской области по направлению на
лечение бесплодия с применением
вспомогательных репродуктивных
технологий, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я,_____
,
(фамилия, имя, отчество)
даю согласие Комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью оказания специализированной медицинской помощи и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие распространяется на следующую информацию:

1. Дата рождения_____
(число, месяц, год)

2. Данные документа, удостоверяющего личность_____
_____
_____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

3. Адрес регистрации по месту жительства_____
_____
_____
_____

4. Адрес фактического проживания _____
_____
_____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

5. Данные страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования_____
_____

6. Данные страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС)_____
_____

Перечень действий, на обработку которых дается согласие: все действия (операции), связанные с обработкой персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопления, хранение, уточнение (обновления, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

На передачу лично мне сведений по телефонам, указанным в заявлении, согласна.

«____» _____ 20____ _____ /_____/

Приложение № 4
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ПРОТОКОЛ

«_____» _____ 20___г. г. Геническ № _____

заседания врачебной Комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Комиссия в составе:
Председатель комиссии: _____
Заместитель председателя комиссии: _____
Секретарь комиссии: _____
Члены комиссии: _____
_____
рассмотрела представленные материалы:
Пациент: _____
(Ф.И.О. полностью)
Возраст _____
№ амбулаторной карты _____
Адрес регистрации проживания: _____
_____
Паспорт _____
Полис ОМС_____
СНИЛС_____
Диагноз: _____
Код диагноза по МКБ-Х_____

Заключение комиссии: _____
_____
(при наличии противопоказаний или ограничений указываются соответствующие данные)
1. Включить в лист ожидания процедуры ЭКО и/или криопереноса, присвоен шифр пациента _____.
2. Обоснованный отказ (причины отказа)
Председатель комиссии: _____
Заместитель председателя комиссии: _____
Секретарь комиссии: _____
Члены комиссии: _____
_____

Приложение № 5
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

НАПРАВЛЕНИЕ
для проведения программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

_____
(Ф.И.О. направляемого пациента для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____ _____
(дата рождения пациента) (возраст пациента)

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

_____

_____
(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС пациента)

_____
(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

_____
(код диагноза пациента по МКБ-10)

_____
(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____
(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

_____
(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

_____ _____ _____
(должность) (подпись) Ф.И.О.

Приложение № 6
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО жителям Херсонской области

Клиника Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 350010, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, д.29

ОО «МК «Ваш доктор», 295017, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Зои Жильцовой, д. 4

ООО «Таврическая клиника репродуктивной медицины «Ферти-Лайн», 295050, Республика Крым, город Симферополь, Донская ул., д. 43

Приложение № 7
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ЛИСТ
информирования пациентов, направленных на процедуру ЭКО и/или криопереноса за счет средств ОМС, о перечне медицинских организаций, осуществляющих ЭКО и/или криоперенос

Я, _____,
(Ф.И.О.)
ознакомлена с перечнем медицинских организаций, осуществляющих ЭКО и/или криоперенос.
Мною, _____,
(Ф.И.О.)
выбрана медицинская организация _____
_____

Подпись_____ _____
(Ф.И.О.)

Приложение № 8
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

Министру здравоохранения
Херсонской области
Ф.И.О.
от _____
(Ф.И.О. полностью)
Регистрация по адресу:
_____
_____
Контактный телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить меня в Регистр пациентов (Лист ожидания), нуждающихся в лечении с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

С перечнем медицинских организаций, выполняющих процедуру ВРТ из числа участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, ознакомлена.

_____ _____
(подпись) (дата)

Заявление принято. В Регистр включена: _____Присвоен шифр: _____

Секретарь ВК ВРТ _____ _____
(подпись) (дата)

Приложение № 9
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ЖУРНАЛ
регистрации пациентов, направленных в Комиссию Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

№ пп	Ф.И.О.	Шифр	Дата рождения	Адрес регистрации проживания	Телефон	Диагноз	Дата, № заседания Комиссии	Решение Комиссии	Медицинская организация, в которую направлена пациентка для проведения ВРТ	Сведения о проведении лечения

Приложение № 10
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

РЕГИСТР (ЛИСТ ОЖИДАНИЯ)
пациентов, нуждающихся в лечении с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

№ пп	Шифр пациента	Шифр по МКБ-Х	Медицинская организация, выбранная для лечения	Дата и решение протокола Комиссии	№ и дата направления	Сведения о выполнени и процедуры (№, дата)	Примечание (снятие с учета, повторно поставлено на учет)

Приложение № 11
к Положению об организации оказания медицинской помощи жителям Херсонской области по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

СПРАВКА

о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсериврованных эмбрионов (ЭКО и/или криоперенос)

_____
(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО и (или криоперенос)

_____ _____
(дата рождения пациента) (возраст пациента)

_____
(период проведения ЭКО и (или) криопереноса)

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

_____ _____ _____
(должность руководителя медицинской организации) (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

«____» _____ 20____
(дата оформления)

Приложение № 12
к Положению об организации оказания
медицинской помощи жителям Херсонской
области по направлению на лечение
бесплодия с применением вспомогательных
репродуктивных технологий,
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ДАННЫЕ

мониторинга оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий
по состоянию на _____
(подается ежемесячно с нарастающим итогом не позднее 3-го числа, следующего за отчетным)

Число выданных направлений			Число женщин, оставшихся в Регистре для выдачи направления на процедуру			Число выполненных процедур за период				Число выполненных процедур (I-III этап)		Число женщин, вставших на учет после ЭКО за период			Число родов после ЭКО	Число детей, родившихся в результате ЭКО
Полный цикл	Криоперенос	Всего	Полный цикл	Криоперенос	Всего	Полный цикл без применения криоконсервации эмбрионов	Полный цикл с применением криоконсервации эмбрионов	Криоперенос	Всего	I-III этап без применения криоконсервации эмбрионов	I-III этап с применением криоконсервации эмбрионов	Полный цикл	Криоперенос	Всего		

Секретарь Комиссии
МП

Приложение №2
к приказу Министерства
здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

ПОЛОЖЕНИЕ
о работе Комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о работе Комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Положение) регламентирует деятельность Комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Комиссия).

1.2. Цель работы Комиссии – обеспечение доступности проведения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) жителям Херсонской области в рамах базовой программы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС).

2. Задачи Комиссии

2.1. Основными задачами Комиссии являются:

отбор и направление пациентов для проведения процедур ВРТ на основании определения показаний и противопоказаний;

координация деятельности медицинских организаций по вопросам организации отбора пациентов, нуждающихся в лечении с применением процедур ВРТ за счет средств ОМС;

выдача направления в медицинскую организацию для проведения ВРТ, с учетом выбора пациента;

взаимодействие с медицинскими организациями по вопросам направления пациентов, нуждающихся в проведении процедур ВРТ за счет средств ОМС;

формирование и упорядочивание потока пациентов путем ведения Регистра (Листа ожидания) пациентов, нуждающихся в лечении с использованием ВРТ и осуществление контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи при лечении нарушений репродуктивной функции с помощью ВРТ;

ведение мониторинга проведения процедур ВРТ за счет средств ОМС;

подготовка предложений по вопросам улучшения организации и качества оказания медицинской при проведении процедур с применением ВРТ;

- разъяснения пациентам причин отказа в направлении на лечение с применением ВРТ и рекомендации оптимального способа преодоления нарушений репродуктивной функции;

анализ эффективности использования ВРТ в лечении нарушений репродуктивной функции;

решение сложных, конфликтных случаев, возникающих при лечении с применением ВРТ.

3. Порядок формирования Комиссии и полномочия членов Комиссии

3.1. Комиссия формируется в количестве не менее 5 человек в составе: председатель Комиссии, заместитель председателя Комиссии, секретарь Комиссии и члены Комиссии.

3.2. Персональный состав Комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Херсонской области.

3.3. Комиссия работает на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Херсонской области «Геническая центральная районная больница».

3.3. Работой Комиссии руководит председатель Комиссии, который:

осуществляет общее руководство работой Комиссии;

определяет место, дату и время заседаний Комиссии;

утверждает повестку дня заседания Комиссии;

открывает и закрывает заседание Комиссии, предоставляет слово членам Комиссии;

формулирует вопросы для принятия решений и внесения в протокол заседания Комиссии, ставит их на голосование;

председательствует на заседаниях Комиссии;

подписывает протоколы Комиссии.

В период отсутствия по уважительной причине (болезнь, командировка, отпуск и т.п.) председателя Комиссии его функции выполняет заместитель председателя Комиссии.

3.4. Заместитель председателя Комиссии:

исполняет обязанности председателя Комиссии в период временного отсутствия;

подписывает протоколы заседаний Комиссии;

осуществляет иные полномочия, необходимые для организации надлежащей деятельности Комиссии.

3.5. Секретарь Комиссии:

ведет делопроизводство Комиссии;

принимает и регистрирует поступающие в Комиссию заявления пациентов и приложенные к нему документы, готовит их для рассмотрения на заседании Комиссии;

ведет журнал регистрации пациентов, направленных в Комиссию;

информирует в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения Комиссии пациентов о решении Комиссии путем направления письменного уведомления по адресу, указанному в заявлении.

ведет Регистр (Лист ожидания) пациентов, нуждающихся в лечении с использованием ВРТ (далее - Регистр (Лист ожидания));

обновляет сведения в Регистре (Листе ожидания);

выдает направления для проведения процедуры ЭКО и/или криопереносе, фиксирует отказы от применения ВРТ;

ведет журнал учета выданных направлений на проведение процедуры ВРТ за счет средств обязательного медицинского страхования;

ведет учет сведений о медицинских организациях, выполнивших процедуру ЭКО и/или криопереноса;

предоставляет отчет о проведении Мониторинга в Министерство;

отвечает за ведение, сохранность и архивирование документации Комиссии;

извещает членов Комиссии о времени и месте проведения заседания Комиссии;

при отсутствии кворума, необходимого для принятия Комиссией решения, письменно уведомляет всех членов Комиссии о переносе заседания Комиссии на иную дату с указанием времени и места проведения заседания не менее чем за 1 рабочий день до планируемой даты проведения заседания Комиссии;

ведет протокол заседания Комиссии;

подписывает протоколы заседаний Комиссии;

исполняет поручения председателя Комиссии;

В период отсутствия по уважительной причине (болезнь, командировка, отпуск и т.п.) секретаря Комиссии его функции выполняет один из членов Комиссии по решению председателя Комиссии.

3.6. Члены Комиссии:

выступают и пользуются правом голоса при внесении предложений председателю Комиссии по порядку рассмотрения Комиссией вопросов, включенных в повестку дня заседания Комиссии;

знакомятся с документами, представленными на рассмотрение Комиссии;

пользуются правом формулировать в письменной форме особые мнения по любому из решений Комиссии, принятых на заседании Комиссии;

Члены Комиссии не могут делегировать свои полномочия иным лицам. Замена члена Комиссии производится путем внесения в состав Комиссии соответствующих изменений приказом Министерства здравоохранения Херсонской области.

3.7. В случае невозможности участия в заседании Комиссии члены Комиссии информируют об этом председателя Комиссии и (или) секретаря Комиссии не позднее, чем за 1 рабочий день до планируемой даты проведения заседания Комиссии.

3.8. При возникновении прямой или косвенной личной заинтересованности члена Комиссии, которая может привести к конфликту интересов при рассмотрении вопроса, включенного в повестку дня заседания Комиссии, он обязан до начала заседания заявить об этом. В таком случае соответствующий член Комиссии не принимает участия в рассмотрении указанного вопрос.

3.9. Информация о наличии у члена Комиссии заинтересованности в принятии решения, а также решения, принятые Комиссией по результатам рассмотрения такой информации, указываются в протоколе заседания Комиссии.

4. Порядок работы Комиссии

4.1. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не менее одного раза в месяц. Проведение заседания возможно с применением видеоконференцсвязи, а также телемедицинских технологий.

4.2. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее 2/3 членов Комиссии.

4.3. Комиссия рассматривает предоставляемые пациентами документы в течение 5 рабочих дней с момента их регистрации, принимает решение.

4.4. Решения Комиссии не позднее одного рабочего дня с даты проведения заседания Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председателем Комиссии, заместителем председателя Комиссии, секретарем Комиссии и членами Комиссии, присутствовавшими на заседании Комиссии.

4.5. На основании решения Комиссии в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения Комиссии секретарь Комиссии включает пациента в Регистр (Лист ожидания) с указанием шифра пациента без персональных данных.

4.6. Решения Комиссии принимаются путем открытого голосования простым большинством голосом, присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов решающим является голос председателя Комиссии.

4.7. Комиссия несет ответственность за законность принимаемых решений.

Приложение №3
к приказу Министерства
здравоохранения Херсонской области
от 16.06.2026 № 125-ОД

СОСТАВ

комиссии Министерства здравоохранения Херсонской области по отбору пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Председатель комиссии	Тарасова Наталья Владимировна, начальник организации лечебно-профилактической помощи, санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Херсонской области
Заместитель Председателя комиссии	Остапчук Юрий Михайлович, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Херсонской области по акушерству и гинекологии, врач-акушер-гинеколог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Херсонской области «Геническая центральная районная больница»
Секретарь комиссии	Павлова Марина Владимировна, заведующий женской консультацией-врач-акушер-гинеколог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Херсонской области «Геническая центральная районная больница»
Члены комиссии:	Кузько Ангелина Андреевна, заместитель главного врача по медицинской части Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Херсонской области «Геническая центральная районная больница»
	Пинаева Наталья Игоревна, врач-акушер-гинеколог женской консультации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Херсонской области «Геническая центральная районная больница»