

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
N 15-0/10/1-7577**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
N 12573/30-4/и**

**ПИСЬМО  
от 22 декабря 2016 года**

**О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ ЭКО ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС**

В соответствии с протоколами совещаний у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 1 декабря 2016 г. N ОГ-П12-287пр и от 8 декабря 2016 г. N ОГ-П8-290пр Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования сообщают.

Учитывая высокое социальное значение преодоления бесплодия с помощью процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО), органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения необходимо принять меры по совершенствованию организации медицинской помощи с использованием ЭКО.

При планировании объемов медицинской помощи с использованием ЭКО в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год необходимо учитывать число застрахованных лиц-пациентов, страдающих женским и мужским бесплодием, находящихся на учете и проходящих лечение в медицинских организациях субъекта Российской Федерации, а также возможность получения медицинской помощи с применением методов ЭКО застрахованными лицами за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

По экспертным оценкам, доля пациентов, нуждающихся в проведении ЭКО, составляет порядка 20% от числа зарегистрированных пациентов с бесплодием.

Одним из важных мероприятий, направленных на повышение качества лечения бесплодия и своевременного направления на ЭКО, является мониторинг эффективности и длительности лечения бесплодия путем своевременного использования полного объема диагностики и лечения, включая методы гормональной и хирургической коррекции.

В соответствии с приказом Минздрава России от 30 августа 2012 г. N 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (зарегистрирован Минюстом России 12 февраля 2013 г., регистрационный N 27010) рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет 3 - 6 месяцев. В случае если после установления причины бесплодия проведенное лечение, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, стимуляцию овуляции и терапию мужского фактора бесплодия, признано неэффективным (отсутствие беременности в течение 9 - 12 месяцев), пациенты направляются на лечение с использованием ЭКО. Женщины старше 35 лет по решению консилиума врачей направляются на лечение с использованием ЭКО до истечения указанного срока.

Несоблюдение указанных сроков является критерием неудовлетворительного качества оказания медицинской помощи при бесплодии.

При оценке качества процедуры ЭКО необходим контроль за использованием лекарственных препаратов, которые должны соответствовать перечню, утвержденному приказом Минздрава России от 30 октября 2012 г. N 556н "Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий" (зарегистрирован Минюстом России 21 марта 2013 г., регистрационный N 27823).

Оценка эффективности ЭКО должна осуществляться на основании наступившей беременности, подтвержденной ультразвуковым исследованием при взятии на учет. Для этого территориальным фондам обязательного медицинского страхования необходимо организовать мониторинг оплаты счетов за наблюдение по беременности из числа оплаченных счетов за оказанную медицинскую помощь женщинам, пролеченным с помощью ЭКО. Доля женщин, вставших на учет по беременности из числа пролеченных с помощью ЭКО, является показателем эффективности лечения. При распределении объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями рекомендуем учитывать показатели результативности деятельности медицинских организаций, в том числе долю случаев ЭКО, завершившихся наступлением беременности, не менее 30%.

Беременность после ЭКО должна вестись как беременность группы высокого риска. Доля осложнений

беременности может мониторироваться также путем оценки оплаты счетов на лечение возникших осложнений (самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность и др.) при оказании медицинской помощи женщинам, пролеченным с помощью ЭКО.

Заместитель  
Министра здравоохранения  
Российской Федерации  
Т.В.ЯКОВЛЕВА

Председатель  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования  
Н.Н.СТАДЧЕНКО

---