



Републички фонд за здравствено осигурање

Јована Мариновића бр. 2, 11040 Београд, Србија, тел: 381 11 2053-830; факс: 381 11 2645-042
e-mail: public@rfzo.rs ПИБ бр. 101288707 мат. бр. 06042945 рач. бр. 840-26650-09

16/1 број: 450 – 1254/19-1

26.05.2020. године

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ ПОКРАЈИНСКОМ ФОНДУ, СВИМ ФИЛИЈАЛАМА

ПРЕДМЕТ: Упутство за спровођење лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења по укидању ванредног стања

Услед проглашења ванредног стања због спречавања ширења заразне болести COVID-19 изазване вирусом SARS-CoV-2 обустављен је поступак биомедицински потпомогнутог оплођења (у даљем тексту: БМПО) на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Како би се по укидању ванредног стања и почетка рада одељења за IVF и Комисија за БМПО осигураним лицима омогућило остваривање права на БМПО и спречиле последице непоступања у прописаним роковима, Републички фонд за здравствено осигурање дана 19.05.2020. године, обратио се Републичкој стручној комисији за биомедицински потпомогнуто оплођење (у даљем тексту: РСК за БМПО) министарства надлежног за послове здравља са предлогом даљег поступања.

РСК за БМПО подржала је предлоге Републичког фонда за здравствено осигурање у вези измене поступка БМПО на терет средстава обавезног здравственог осигурања по укидању ванредног стања.

За остваривање права на БМПО на терет средстава обавезног здравственог осигурања после укидања ванредног стања од значаја је следеће:

1. Осигураницама које су напуниле 42 године живота у време трајање ванредног стања и у периоду од 30 дана након укидања ванредног стања, омогућује се спровођење БМПО на терет средстава обавезног здравственог осигурања.
2. Комисија за БМПО дужна је да по приоритету закаже и обави преглед ради добијања Потврде о испуњености услова за поступак БМПО (Образац БМПО-3) осигураницама које су напуниле 42 године живота у време трајања ванредног стања и у периоду од 30 дана након укидања ванредног стања.
3. Здравствена установа је у обавези да закаже термин за преглед пред Комисијом за БМПО у року од три месеца од укидања ванредног стања осигураним лицима, којима је пре проглашења ванредног стања издата оцена лекарске комисије (образац ОЛК-11) и којима због ванредног стања и обустављања рада Комисија за БМПО и поступака IVF није донета одлука Комисије за БМПО о испуњености услова за поступак БМПО. Здравствена установа заказује преглед на основу оцене лекарске комисије донете на образцу ОЛК-11 пре проглашења ванредног стања, односно заказује преглед без доношења нове оцене лекарске комисије.
4. Потврде о испуњености услова за поступак БМПО (Образац БМПО-3) издате у

периоду 01.03.-31.12.2019. године важе 18 месеци. Здравствена установа је дужна да започне поступак БМПО у периоду важења Потврде о испуњености услова за поступак БМПО (Образац БМПО-3).

5. Поступак криоембриотрансфера (без обзира на начин финансирања услуге замрзавања ембриона) након укидања ванредног стања, а најкасније до 31.12.2020. године, обезбеђује се на терет средстава обавезног здравственог осигурања без претходног упућивања на Комисију за БМПО. Осигурана лица сву потребну документацију добијају на лекарској комисији Републичког фонда за здравствено осигурање.

Лекарска комисија је дужна да приликом доношења оцене о испуњености услова за криоембриотрансфер **у видљивој и у невидљивој** (која се не штампа) напомени оцене наведе „КРИОЕМБРИОТРАНСФЕР“.

Лекарска комисија, након издавања оцене на обрасцу ОЛК-11, осигураном лицу-жени издаје и Потврду о испуњености услова за поступак БМПО-криоембриотрансфер на обрасцу БМПО-8, који је у прилогу овог упутства и чини његов саставни део.

На основу оцене лекарске комисије и са напоменом „КРИОЕМБРИОТРАНСФЕР“, стручна служба у Дирекцији Републичког фонда за здравствено осигурање спроводи неопходне радње ради добијања термина за спровођење поступка од стране здравствене установе и с тим у вези и издавање обрасца ОЛК-12.

У прилогу достављамо и Образац БМПО-4 измењен у складу са тачком 5. овог упутства, а који се примењује од дана достављања упутства.

Спровођење лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења по укидању ванредног стања спроводи се у складу са овим упутством и Упутством за спровођење лечења неплодности поступцима БМПО 02 број: 450-1254/19 од 28.02.2019. године.

* * *

Неопходно је да са овим упутством **одмах** упознате здравствене установе примарног нивоа здравствене заштите на подручју Ваше филијале, здравствене установе које пружају услуге лечења неплодности поступцима БМПО осигураним лицима на терет средстава обавезног здравственог осигурања на подручју Ваше филијале, Комисију за БМПО у здравственој установи на подручју Ваше филијале, као и лекарске комисије и запослене у филијали у чијој надлежности је контрола фактура и остваривање права.

За поступање у складу са наведеним одговоран је директор, односно заменик директора филијале.

С поштовањем,

Прилог: као у тексту

**ЗАМЕНИК ДИРЕКТОРА СЕКТОРА
ЗА**

МЕДИЦИНСКЕ ПОСЛОВЕ И ПРОЦЕНУ НОВЕ

Др Ивана Ђунисијевић

**ДИРЕКТОР СЕКТОРА
ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ**

др РАДА МИЛИЋЕВИЋ



Позив осигураном лицу-жени у вези упућивања на поступак БМПО

име и презиме

место

адреса

ПОЗИВ

Здравствена установа _____

из _____, адреса _____

_____, контакт телефон _____

_____, Вам је заказала пријем на први

консултативни преглед у вези поступка БМПО који ће се обавити дана _____

године.

Потребно је да се јавите свом изабраном лекару-специјалисти гинекологије који ће Вам издати упут за стационарно лечење у здравственој установи у којој ће се обавити поступак БМПО.

Са уредно добијеним упутом потребно је да се јавите лекарској комисији филијале према седишту изабраног лекара, на адреси _____.

Са собом понесите:

1. Здравствену исправу,
2. Личну карту,
3. Упут за стационарно лечење,
4. Потврду Комисије за БМПО, односно Потврду
лекарске комисије за криоембриотрансфер,
5. Овај позив.

М.П. _____ (одговорно лице филијале)

Место: _____

Датум: _____

**Потврда о испуњености услова за поступак БМПО
-криоембриотрансфер-**

На основу оцене лекарске комисије, издате на обрасцу ОЛК-11, првостепена
лекарска комисија Филијале

_____ (назив филијале)

Дана _____

издаје

**ПОТВРДУ
О ИСПУЊЕЊУ УСЛОВА ЗА КРИОЕМБРИОТРАНСФЕР**

Осигурано лице (жена) _____

из _____

адреса _____

ЛБО: _____

У складу са Упутством за спровођење лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења и на основу увида у прописану документацију, осигурано лице-жена испуњава услове за упућивање на криоембриотрансфер на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Потврда се издаје за упућивање на поступак криоембриотрансфера и у друге сврхе се не може употребити.

ДОСТАВИТИ:

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. осигураном лицу-жени

М.П.

1. _____

(потпис и факсимил)

2. _____

(потпис и факсимил)

НАПОМЕНА: ПОТВРДА ВАЖИ ДВАНАЕСТ МЕСЕЦИ ОД ДАТУМА ИЗДАВАЊА