

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ и.о. Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 30 сентября 2026
года № 126. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 1 октября
2026 года № 40058Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить перечень некоторых приказов Министра здравоохранения Республики Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнения, согласно приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Исполняющий обязанности министра здравоохранения
Республики Казахстан**

**Т.
Султангазиев**

Приложение к приказу
Исполняющий обязанности
министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 сентября 2026 года
№ 126

**Перечень некоторых приказов Министра здравоохранения Республики
Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнения**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-236/2020 «Об утверждении правил и условий проведения донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21760) следующие изменения и дополнение:

преамбулу изложить в следующей редакции:

«В соответствии с пунктом 3 статьи 148 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**»;

в Правилах и условиях проведения донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов, утвержденных указанным приказом:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Настоящие правила и условия проведения донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов в Республике Казахстан (далее – Правила и условия) разработаны в соответствии с пунктом 3 статьи 148 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс) и определяют порядок и условия проведения донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов в Республике Казахстан.»;

в приложении 1 к указанным правилам:

пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. Серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации (перед каждой процедурой).»;

в приложении 4 к указанным правилам:

пункт 14 изложить в следующей редакции:

«14. Серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации (перед каждой процедурой).»;

в приложении 5 к указанным правилам:

пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. Определение антител к HBsAg вируса гепатита В в сыворотке крови иммуноферментным методом (далее – ИФА-метод), определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом, определение суммарных антител к ВИЧ инфекции - 1, 2 и антигена р24 в сыворотке крови ИФА-методом (перед криоконсервацией и через 3 (три) и 6 (шесть) месяцев после криоконсервации).»;

дополнить пунктом 12 следующего содержания:

«12. Серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации (перед каждой процедурой).».

2. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-272/2020 «Об утверждении правил и условий проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21816) следующие изменения и дополнения:

преамбулу изложить в следующей редакции:

«В соответствии с пунктом 4 статьи 146 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**»;

в Правилах и условиях проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий, утвержденных указанным приказом:

в пункте 2:

в подпункт 1) вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

подпункт 9) изложить в следующей редакции:

«9) вспомогательные репродуктивные методы и технологии (далее – ВРТ) – методы лечения бесплодия (искусственная инсеминация (далее – ИИ), экстракорпоральное оплодотворение (далее – ЭКО) и перенос эмбриона), при

применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства);»;

подпункт 15) изложить в следующей редакции:

«15) договор суррогатного материнства – нотариально удостоверенное письменное соглашение между лицами, являющимися гражданами Республики Казахстан, состоящими в браке (супружестве) и желающими иметь ребенка, и женщиной, давшей свое согласие на вынашивание и рождение ребенка путем применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий;»;

дополнить пунктом 3-1 следующего содержания:

«3-1. Женщина или мужчина, не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий при наличии ее (его) информированного согласия на медицинское вмешательство, за исключением суррогатного материнства.»;

пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Медицинская помощь в системе ОСМС предусматривает процедуру ВРТ – цикл, в котором последовательно следуют проведение стимуляции суперовуляции, трансвагинальная пункция яичников, забор яйцеклетки, инсеминация ооцита (ооцитов) и (или) интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку (далее – ИКСИ), культивирование эмбрионов, перенос эмбрионов, включая перенос замороженных эмбрионов в случаях отсроченного переноса при которых перенос эмбрионов в стимулированном цикле противопоказан (риск синдрома гиперстимуляции яичников, наличие факторов снижающих результативность – гиперплазия эндометрия на фоне стимуляции овуляции, гипоплазия эндометрия, острые воспалительные заболевания любой локализации).»;

дополнить пунктом 4-1 следующего содержания:

«4-1. Криоконсервация половых клеток, эмбрионов и тканей репродуктивных органов осуществляется по желанию пациента и (или) по медицинским показаниям и не входит в перечень услуг в системе ОСМС.»;

пункты 5 и 6 изложить в следующей редакции:

«5. Критериями отбора для проведения процедуры с использованием ВРТ в системе ОСМС являются в совокупности следующие факторы:

1) удовлетворительный овариальный резерв, характеризующимся наличием не менее 2 (двух) факторов из следующих: антимюллеровский гормон (далее – АМГ) больше 0,8 (ноль целых восемь десятых) нанограмм/ миллилитр, фолликулостимулирующий гормон (далее – ФСГ) меньше 12 (двенадцати) (на 2-5 (второй-пятый) день цикла), количество антральных фолликулов не меньше 3 (трех) (на 2-5 (второй-пятый) день цикла) в каждом яичнике или 5-6 (пять-шесть) антральных фолликулов, в случае наличия единственного яичника;

2) отсутствие факторов снижения результативности наступления беременности (аномалии развития внутренних половых органов, препятствующие имплантации и развитию беременности, гидро (сактосальпингсы), синехии полости матки 3-4 (третьей-четвертой) степени, кисты яичников, необтурационная азооспермия);

3) бесплодие, обусловленное мужским фактором (по определению: олигозооспермия – снижение концентрации сперматозоидов до 16 (шестнадцати) миллион/миллилитр; астенозооспермия – прогрессивно подвижные (класс А+В) от 5 % (пяти процентов) в 1 (одном) миллилитра до 30 % (тридцати процентов) в 1 (одном) миллилитре эякулята; тератозооспермия – от 1 % (одного процента) до 4 % (четырёх процентов) сперматозоидов нормального строения; сочетанная патология спермы (различное сочетание изменений в концентрации, подвижности и строения сперматозоидов, снижающих оплодотворяющую способность спермы); наличие антиспермальных антител в эякуляте (МАР – тест более 50 % (пятидесяти процентов), препятствуют естественному оплодотворению в случаях нормальной концентрации сперматозоидов, а также пациенты с азооспермией, у которых сперматозоиды получены методом хирургической биопсии (до выдачи направления на ВРТ в системе ОСМС);

4) возраст женщины до 42 (сорока двух) лет на момент включения в портале «Бюро госпитализации»;

5) семейные пары с отягощенным генетическим анамнезом по результатам медико-генетического консультирования с учетом типа наследования и генетического риска, с использованием биоматериалов донора или с

использованием предимплантационного генетического тестирования (далее – ПГТ) эмбрионов при условии оплаты донорских клеток и ПГТ пациентами самостоятельно за счет собственных средств. Выбор доноров половых клеток осуществляется пациентами добровольно и самостоятельно на основании фенотипического описания;

б) при отсутствии беременности после использования программ ВРТ в системе ОСМС (при условии направление на повторное проведение процедуры криопереноса эмбриона в течение текущего периода в медицинскую организацию, выполняющую программу ВРТ, без транспортировки биоматериала самостоятельно за счет собственных средств);

7) при наличии криоконсервированных эмбрионов, пациенты повторно не допускаются на программу ВРТ в системе ОСМС до полного использования криоконсервированных эмбрионов.

6. Проведение процедуры с использованием ВРТ в системе ОСМС предоставляется гражданам Республики Казахстана.

При отсроченном переносе замороженных эмбрионов процедура проводится в благоприятный для пациента период.

При незавершенной программе ЭКО по причине бедного ответа яичников или остановки развития эмбрионов, случаи закрываются как незавершенные, отправляются в фонд социального медицинского страхования (далее – ФСМС) и оплачиваются по фактическим затратам.

Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием ВРТ в системе ОСМС является доля женщин (% от числа пролеченных), у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов для проведения процедур с использованием ВРТ являются:

необструктивная и обструктивная азооспермия;

расстройства эякуляции: аспермия, ретроградная эякуляция;

100 % (сто процентов) некрозооспермия в эякуляте.

Противопоказаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

Оптимальный способ получения сперматозоидов осуществляется врачом-урологом.

Показаниями для ИКСИ являются:

мужской фактор бесплодия, который проявляется в значительном снижении параметров эякулята;

использование сперматозоидов, полученных хирургическим путем;

использование ооцитов после замораживания;

проведение ПГТ методом полимеразной цепной реакции;

низкая частота оплодотворения в предыдущей программе ВРТ.»;

пункты 7 и 8 изложить в следующей редакции:

«7. Организации здравоохранения по месту прикрепления пациента включают в электронный регистр диспансерных больных лиц, страдающих бесплодием. После обследования и установления причин бесплодия, организации здравоохранения по месту прикрепления пациента на основании заключения профильного специалиста направляют документы пациента в региональную комиссию местных органов государственного управления здравоохранением столицы, областей и городов республиканского значения (далее – региональная комиссия) для решения вопроса о проведении ВРТ в системе ОСМС.

Медицинские организации, оказывающие помощь с использованием ВРТ в лечении бесплодия, вносят данные в медицинскую цифровую систему по процедурам ВРТ проведенным в системе ОСМС.

8. Выбор медицинской организации для получения медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется пациентом. При принятии положительного решения региональная комиссия регистрирует направление на госпитализацию в портале «Бюро госпитализации» с прикреплением пакета документов пациента.»;

дополнить пунктом 8-1 следующего содержания:

«8-1. Критериями отбора медицинских организаций для проведения процедуры с использованием ВРТ в системе ОСМС являются:

- 1) наличие действующей лицензии на медицинскую деятельность;
- 2) опыт непрерывной деятельности в сфере ВРТ в течение последних 3 (трех) лет;

3) эффективность программ ВРТ с частотой наступления клинической беременности $\geq 31\%$ (тридцати одного процента), частотой рождения ребенка не менее 27 % (двадцати семи процентов);

4) количество лечебных циклов ЭКО не менее 300 (трехсот) циклов в год;

5) ресурсное и техническое обеспечение (собственная эмбриологическая лаборатория, полный цикл, наличие мультигазовых инкубаторов и системы ИКСИ, возможностью оказания экстренной помощи при осложнениях);

6) наличие в штате не менее 2 (двух) акушер-гинекологов, с наличием сертификационных курсов по направлению «Репродуктология» или «Вспомогательные репродуктивные технологии» (ВРТ) (стаж не менее 5 (пяти) лет), наличие штатного эмбриолога;

7) интеграция с цифровыми системами уполномоченного органа.»;

заголовок главы 2 изложить в следующей редакции:

«Глава 2. Порядок проведения экстракорпорального оплодотворения»;

пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. Процедура ЭКО со стимуляции суперовуляции состоит из следующих этапов:

- 1) отбор и обследование пациентов;
- 2) индукция суперовуляции, включая мониторинг фолликулогенеза и развития эндометрия;
- 3) пункция фолликулов яичников, получение ооцита (ооцитов);
- 4) инсеминация ооцита (ооцитов) и (или) ИКСИ, культивирование эмбрионов *in vitro* (в пробирке);
- 5) перенос эмбрионов в полость матки;
- 6) посттрансферная гормональная поддержка;
- 7) диагностика беременности ранних сроков.

Процедура ЭКО без стимуляции суперовуляции (в естественном менструальном цикле) состоит из следующих этапов:

- 1) отбор и обследование пациентов;

- 2) мониторинг фолликулогенеза и развития эндометрия;
- 3) пункция фолликулов яичников, получение ооцита (ооцитов);
- 4) инсеминация ооцита (ооцитов) и (или) ИКСИ, культивирование эмбрионов *invitro* (в пробирке);
- 5) перенос эмбрионов в полость матки;
- 6) посттрансферная гормональная поддержка;
- 7) диагностика беременности ранних сроков.»;

абзац первый пункта 11 изложить в следующей редакции:

«11. При наличии показаний к использованию донорских половых клеток с письменного согласия пациента процедура ЭКО дополняется следующими этапами:»;

абзац первый пункта 12 изложить в следующей редакции:

«12. Показаниями для проведения ЭКО являются:».

пункты 13, 14, 15 и 16 изложить в следующей редакции:

«13. Проведение ЭКО и перенос эмбрионов в полость матки не производятся при следующих противопоказаниях:

- 1) соматические и психические заболевания, имеющие противопоказания для вынашивания беременности;
- 2) врожденные пороки развития, приобретенные деформации полости матки (препятствующие переносу эмбрионов и развитию беременности);
- 3) доброкачественные опухоли яичников, требующие оперативного лечения и (или) препятствующие забору ооцита (ооцитов);
- 4) гиперпластические процессы эндометрия;
- 5) доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;
- 6) острые воспалительные заболевания любой локализации;
- 7) злокачественные новообразования любой локализации (исключение составляют случаи, при которых показано проведение забора ооцитов перед химией и лучевой терапией, по заключению мультидисциплинарной группы специалистов о проведении стимуляции суперовуляции);

8) наличие двух и более рубцов на матке после операции кесарева сечения или миомэктомии при наличии признаков анатомической и функциональной несостоятельности, подтвержденных методами инструментальной диагностики (УЗИ, МРТ, гистероскопии), создающие высокий риск материнской смертности (разрыв матки, истинное приращение плаценты).

14. При отсутствии противопоказаний ЭКО проводится по желанию пациента или пациентов при любой форме бесплодия.

15. При наличии противопоказаний к переносу эмбрионов в полость матки, проводится забор ооцитов у женщины без суперовуляции и (или) со стимуляцией суперовуляции с дальнейшим переносом эмбриона (эмбрионов) в полость матки суррогатной матери.

16. Обследование пациентов перед ЭКО проводится в объеме, согласно приложению 1 к настоящим Правилам и условиям.»;

часть вторую пункта 18 изложить в следующей редакции:

«Пункция выполняется в малой операционной, в стационарозамещающих условиях обычно трансвагинальным доступом под ультразвуковым контролем с помощью специальных пункционных игл с общим обезболиванием и (или) без обезболивания (необходимость, возможность и вид обезболивания решается индивидуально).»;

пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. Для ЭКО применяется специально подготовленная сперма полового партнера или донора.

Получение спермы осуществляется путем:

мастурбации;

путем пункционной,

перкутанной (через кожу) аспирации (забора) сперматозоидов из придатка яичка;

перкутанной аспирации сперматозоидов из ткани яичка;

получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии придатка яичка с последующей их экстракцией (забором);

получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии яичка с последующей их экстракцией.

Специальная стерильная емкость для сбора эякулята маркируется. Сперма и (или) биопсийный материал для отсроченного использования подвергается криоконсервированию.

Нативные, криоконсервированные сперматозоиды перед использованием отмывают от семенной плазмы. Фракция морфологически нормальных и наиболее подвижных сперматозоидов отделяется от остальных сперматозоидов путем центрифугирования (флотация) или центрифугирования в градиенте плотности.»;

пункт 26 изложить в следующей редакции:

«26. Перед переносом эмбрионов в полость матки, с целью повышения частоты имплантации за счет облегчения выхода бластоцисты, по показаниям производится рассечение блестящей оболочки эмбрионов в возрасте от трех до семи дней.»;

пункт 29 изложить в следующей редакции:

«29. Диагностика беременности по содержанию бета-хорионического гонадотропина в крови и моче осуществляется через 12-14 (двенадцать-четырнадцать) календарных дней с момента переноса эмбрионов. Ультразвуковая диагностика беременности проводится с 21 (двадцать первого) календарного дня после переноса эмбриона (эмбрионов).»;

в заголовок главы 3 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в пункты 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 и 44 вносятся изменения на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

абзац первый пункта 47 изложить в следующей редакции:

«47. Противопоказаниями для ЭКО и переноса эмбрионов в процедуре «Суррогатное материнство» являются:»;

подпункт 5) пункта 48 изложить в следующей редакции:

«5) процедура ЭКО с переносом эмбрионов в полость матки суррогатной матери;»;

пункт 49 изложить в следующей редакции:

«49. При процедуре переноса замороженных эмбрионов генетических родителей проводятся:

1) выбор и обследование суррогатной матери (суррогатная мать не является одновременно донором яйцеклетки);

2) подготовка эндометрия суррогатной матери;

3) перенос замороженных эмбрионов в полость матки суррогатной матери (в программе суррогатное материнство одновременно донорские яйцеклетки, спермы и эмбрионы не используются);

4) посттрансферная гормональная поддержка суррогатной матери.»;

в пункте 56:

подпункт 2) изложить в следующей редакции:

«2) врожденные пороки развития, приобретенные деформации полости матки, препятствующие переносу эмбрионов и развитию беременности;»;

подпункт 5) изложить в следующей редакции:

«5) доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения и (или) препятствующие переносу эмбрионов и развитию беременности;»;

в приложении 1 к указанным правилам:

заголовок изложить в следующей редакции:

«Объем обследования пациентов перед проведением экстракорпорального оплодотворения»;

подпункт 7) пункта 1 изложить в следующей редакции:

«7) серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации (далее – РМП) срок действия – 30 (тридцать) дней;»;

подпункт 12) пункта 2 изложить в следующей редакции:

«12) при наличии соматических заболеваний, перед процедурой ЭКО требуется заключение врачебно-консультационной комиссии по форме № 026/у, утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об

утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).»;

подпункт 3) пункта 3 изложить в следующей редакции:

«3) серологическое обследование на сифилис методом РМП, срок действия – 30 (тридцать) дней;»;

в приложении 2 к указанным правилам:

подпункт 7) пункта 1 изложить в следующей редакции:

«7) серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации, срок действия – 30 (тридцать) дней;»;

в приложении 3 к указанным правилам:

подпункт 5) пункта 1 изложить в следующей редакции:

«5) серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации (далее – РМП), срок действия – 30 (тридцать) дней;»;

подпункт 4) пункта 2 изложить в следующей редакции:

«4) серологическое обследование на сифилис методом РМП, срок действия – 30 (тридцать) дней;»;

в приложении 4 к указанным правилам:

подпункт 7) пункта 1 изложить в следующей редакции:

«7) определение антител к HBsAg вируса гепатита В, суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом, серологическое обследование на сифилис методом реакции микропреципитации, определение суммарных антител к ВИЧ инфекции - 1, 2 и антигена р24 в сыворотке крови ИФА-методом (перед замораживанием и через 3 (три) и 6 (шесть) месяцев после замораживания);».

3. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24131) следующие изменения:

в Стандарте организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, утвержденном указанным приказом:

пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) акушерско-гинекологическая помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых женщинам при беременности, родах, после родов, гинекологических заболеваниях, при профилактическом наблюдении, а также мероприятия по охране репродуктивного здоровья женщин и планированию семьи;

2) универсально-прогрессивная модель – это модель патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности;

3) активное посещение – посещение больного на дому врачом и (или) средним медицинским работником по инициативе врача, а также после передачи сведений в организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) из медицинских организаций (далее – МО), оказывающих стационарную помощь о выписанных больных, из организаций скорой помощи после обслуживания вызова к пациентам, нуждающимся в активном осмотре медицинским работником;

4) родоразрешение – естественное или искусственное (инструментальное, ручным способом, медикаментозное) завершение родового акта;

5) анализ материнских сывороточных маркеров первого триместра – исследование крови матери для выявления у плода риска развития хромосомной патологии – синдрома Дауна, синдрома Эдвардса, синдрома Патау, синдрома Тернера;

6) комбинированный тест первого триместра – расчет индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода, основанный на измерении ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и определения материнских сывороточных маркеров (далее – МСМ) первого триместра;

7) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и

фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи);

8) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

9) лечение – комплекс медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования;

10) лечащий врач – врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации;

11) индивидуальная родильная палата – оборудованное помещение с санузлом для проведения родов для одной роженицы, в которой родильница с новорожденным находится до выписки из стационара;

12) искусственное прерывание беременности – прерывание беременности до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных или хирургических методов, проводимое медицинскими работниками, имеющими высшее медицинское образование соответствующего профиля;

13) инвазивная пренатальная диагностика (далее – ИПД) – методы диагностики хромосомной и моногенной патологии у плода, осуществляемые путем внутриматочного прокола с забором материала плодового происхождения для цитогенетического, молекулярно-цитогенетического или молекулярно-генетического анализа;

14) инвазивные методы – методы диагностики и лечения, осуществляемые путем проникновения во внутреннюю среду организма человека;

15) клинический протокол – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента;

16) консилиум – исследование лица в целях установления диагноза, определения тактики лечения и прогноза заболевания с участием не менее трех врачей;

17) контрацепция – методы и средства предупреждения нежелательной беременности;

18) вспомогательные репродуктивные методы и технологии – методы лечения бесплодия (искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона), при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства);

19) медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, включая лекарственное обеспечение;

20) мультидисциплинарная группа – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

21) партограмма – таблица для записи информации о развитии родов и состоянии женщины и плода в родах, которая является ключевым инструментом для профилактики и лечения затяжных родов и их осложнений. Партограмма ведется в реальном времени на бумажных носителях и находится у кровати роженицы/родильницы в течении 24 (двадцати четырех) часов с момента начала родовой деятельности;

22) патронаж – проведение медицинскими работниками профилактических и информационных мероприятий на дому (патронаж к новорожденному, патронаж к беременной, родильнице, диспансерному больному), патронажное наблюдение состоит из двух дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 (двенадцати) недель и 32 (тридцати двух) недели беременности);

23) регионализация перинатальной помощи – распределение медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной помощи в стационарных условиях женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов;

24) прегравидарная подготовка – комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары;

25) пренатальный консилиум – консультация беременной женщины профильными специалистами для уточнения генетического диагноза внутриутробного плода, прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения;

26) пренатальный скрининг – массовое комплексное стандартизированное обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода с последующим уточнением генетического диагноза;

27) репродуктивное здоровье – здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства;

28) репродуктивный возраст – это период в жизни женщины, в течение которого она способна к зачатию, вынашиванию и рождению ребенка (15 (пятнадцати) до 49 (сорока девяти) лет);

29) партнерские роды – присутствие и участие в родах лиц по желанию роженицы с целью создания комфортности родов;

30) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств;

31) живорождение и мертворождение плода – состояния новорожденного ребенка (плода), определяемые по соответствующим международным критериям Всемирной организации здравоохранения живорождения и мертворождения плода.»;

подпункт 15) пункта 16 изложить в следующей редакции:

«15) изучает и использует возможность получения информации из регистра беременных и ЖФВ и из медицинских цифровых систем (далее – МЦС) о течении предыдущих беременностей, родов и ранее выявленных соматических заболеваниях;»;

в пункте 24:

подпункт 10) изложить в следующей редакции:

«10) информация о прохождении и результатах ультразвукового скрининга первого, второго, третьего триместров и комбинированного теста первого триместра вносится врачом по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» или средним медицинским работником по специальности «Акушерское дело» в МЦС;»;

абзац девятый подпункта 11) изложить в следующей редакции:

«мониторинг эффективности пренатального скрининга на основании данных выходных форм в цифровую систему (далее – ЦС) «Регистр беременных и женщин фертильного возраста»;»;

подпункт 14) изложить в следующей редакции:

«14) после ИПД при выявлении хромосомных или моногенных наследственных заболеваний плода результат ИПД вносится врачом по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» или средним медицинским работником по специальности «Акушерское дело» в МЦС;»;

подпункт 8) пункта 25 изложить в следующей редакции:

«8) внесение данных в МЦС и ЦС «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» с целью автоматизированного ведения групп беременных и ЖФВ и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ.»;

пункт 29 изложить в следующей редакции:

«29. Индивидуальная карта беременной и родильницы по форме № 077/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, ведется в бумажном и (или) электронном форматах, в МЦС врачом акушером-гинекологом, врачом общей практики (далее – ВОП) или средним медицинским работником.»;

дополнить пунктом 29-1 следующего содержания:

«29-1. Обменная карта беременной и родильницы ведется в бумажном и (или) электронном форматах посредством ЦС «Регистр беременных и женщин фертильного возраста.»

часть первую пункта 34 изложить в следующей редакции:

«34. При смене беременной места жительства дальнейшее наблюдение осуществляется врачом, фельдшером или акушеркой/акушером по месту фактического проживания. Запись об отъезде беременной фиксируется в

медицинской документации (форма № 077/у и форма № 048/у). Передача сведений о переезде беременной осуществляется в местные органы государственного управления здравоохранением столицы, областей, городов республиканского значения в медицинских организациях по месту прибытия беременной телефонограммой и на электронную почту с указанием точных паспортных данных, индивидуального идентификационного номера, адреса прибытия, контактов беременной и ее родственников.»;

подпункт 3) пункта 54 изложить в следующей редакции:

«3) на платной основе за счет собственных средств граждан, средств добровольного медицинского страхования, средств работодателей и источников, не запрещенных законами Республики Казахстан.»;

в части второй пункта 55:

подпункт 20) изложить в следующей редакции:

«20) информация о ЖФВ подгруппы 2В динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту в виде списков (посредством МЦС) передается 1 (один) раз в квартал врачам акушер-гинекологами с целью контроля охвата контрацепцией;»;

подпункт 22) изложить в следующей редакции:

«22) участковым терапевтом, ВОП информация о выявленных женщинах группы 5 динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту, передается 1 (один) раз в квартал акушер-гинекологами в виде списков (посредством МЦС) с целью контроля охвата их контрацепцией;»;

подпункт 25) изложить в следующей редакции:

«25) результаты проведенных медицинских осмотров и обследования ЖФВ согласно группам динамического наблюдения, вносятся в МЦС врачом организации и профильным специалистом ПМСП;»;

подпункт 27) изложить в следующей редакции:

«27) анализ работы по динамическому наблюдению ЖФВ, оздоровлению или достижению стойкой ремиссии экстрагенитальных заболеваний, охвату контрацепцией проводится ежеквартально заведующими отделений участковой службы, заместителями руководителей организаций ПМСП, внутренним аудитом

с предоставлением информации в управления здравоохранения столицы, областей, городов республиканского значения;»;

пункт 76 изложить в следующей редакции:

«76. Для определения вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) беременная проходит обследование двукратно в течение беременности на ВИЧ – инфекцию после дотестового консультирования с получением и оформлением информированного согласия пациента на тестирование и ввода персональных данных в ЦС МО, осуществляющей забор крови. В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21692) обследование на ВИЧ – инфекцию проводится беременным женщинам: двукратно – при постановке на учет по беременности и в сроке беременности 28-30 (двадцать восемь - тридцать) недель; перед прерыванием беременности в случае аборта, самопроизвольного выкидыша или замершей беременности; поступившим в организации родовспоможения на роды без результатов двукратного обследования на ВИЧ-инфекцию; обследованным однократно – более трех недель до поступления на роды; родившие вне организаций родовспоможения; относящиеся к ключевым группам; имеющим ВИЧ–положительного полового партнера или партнера, употребляющего инъекционные наркотические средства. Половым партнерам беременной женщины проводится обследование на наличие ВИЧ-инфекции однократно при постановке беременной на учет по беременности.»;

пункт 122 изложить в следующей редакции:

«122. Решение об определении уровня регионализации МО, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, принимают местные органы государственного управления здравоохранением столицы, областей, городов республиканского значения с учетом кадрового потенциала, оснащенности, доступности, транспортной инфраструктуры.»;

пункт 128 изложить в следующей редакции:

«128. Родильнице выдается медицинское свидетельство о рождении по форме № 041/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, для

предоставления через некоммерческое акционерное общество Государственная Корпорация «Правительство для граждан» либо через веб-портал «цифрового правительства» в регистрирующие органы для государственной регистрации рождения ребенка не позднее трех рабочих дней со дня его рождения и получения свидетельства о рождении ребенка.»;

пункт 131 изложить в следующей редакции:

«131. Организации здравоохранения осуществляют оповещение МО более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местные органы государственного управления здравоохранением столицы, областей, городов республиканского значения при выявлении в период поступления или нахождения в стационаре у беременной, роженицы, родильницы критического состояния в соответствии с Перечнем критических состояний беременных, рожениц и родильниц, подлежащих оповещению согласно приложению 5 настоящего Стандарта.»;

подпункт 3) пункт 132 изложить в следующей редакции:

«3) местные органы государственного управления здравоохранением столицы, областей, городов республиканского значения:».