



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің кейбір бұйрықтарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2026 жылғы 30 қыркүйектегі № 126 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2026 жылғы 1 қазанда № 40058 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. Осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің өзгерістер мен толықтырулар енгізілетін кейбір бұйрықтарының тізбесі бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Ана мен бала денсаулығын сақтау департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы*

Т. Султангазиев

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушы
2026 жылғы 30 қыркүйектегі
№ 126 бұйрығына
қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің өзгерістер мен толықтырулар енгізілетін кейбір бұйрықтарының тізбесі

1. "Жыныстық жасушалардың, репродуктивтік ағзалар тіндерінің донорлығын жүргізу қағидалары мен шарттарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық

сақтау министрінің 2020 жылғы 8 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-236/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21760 тіркелді) мынадай өзгерістер мен толықтыру енгізілсін:

кіріспе мынадай редакцияда жазылсын:

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі 148-бабының 3-тармағына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН**:";

көрсетілген бұйрықпен бекітілген Жыныстық жасушалардың, репродуктивтік ағзалар тіндерінің донорлығын жүргізу қағидалары мен шарттарында:

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"1. Осы Қазақстан Республикасында жыныстық жасушалардың, репродуктивтік ағзалар тіндерінің донорлығын жүргізу қағидалары мен шарттары (бұдан әрі – Қағидалар мен шарттар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 148-бабының 3-тармағына сәйкес әзірленді және Қазақстан Республикасында жыныстық жасушалардың, репродуктивтік ағзалар тіндерінің донорлығын жүргізу тәртібі мен шарттарын айқындайды.";

көрсетілген қағидаларға 1-қосымшада:

12-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"12. Микропреципитация реакциясы әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау (әрбір емшараның алдында).";

көрсетілген қағидаларға 4-қосымшада:

14-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"14. Микропреципитация реакциясы әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау (әрбір емшараның алдында).";

көрсетілген қағидаларға 5-қосымшада:

7-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"7. Қан сарысуындағы В гепатиті вирусының HBsAg антиденелерін иммуноферменттік әдіспен (бұдан әрі – ИФТ- әдісі) анықтау, қан сарысуындағы С гепатиті вирусына жиынтық антиденелерді ИФТ-әдісімен анықтау, қан сарысуындағы АИТВ - 1, 2 инфекциясына жиынтық антиденелерді және p24 антигенін ИФТ-әдісімен анықтау (криоконсервация алдында және криоконсервациялаудан кейін 3 (үш) және 6 (алты) айдан соң).";

мынадай мазмұндағы 12-тармақпен толықтырылсын:

"12. Микропреципитация реакциясы әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау (әрбір емшараның алдында).".

2. "Қосалқы репродуктивтік әдістер мен технологияларды жүргізу қағидалары мен шарттарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің

2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-272/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21816 тіркелді) мынадай өзгерістер мен толықтырулар енгізілсін:

кіріспе мынадай редакцияда жазылсын:

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі 146-бабының 4-тармағына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН**:";

көрсетілген бұйрықпен бекітілген Қосалқы репродуктивтік әдістер мен технологияларды жүргізу қағидалары мен шарттарында:

2-тармақта:

1) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"1) азооспермия – эякулятта сперматозоидтардың болмауы;"

9) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"9) қосалқы репродуктивтік әдістер мен технологиялар (бұдан әрі – ҚРТ) – бедеулікті емдеу әдістері (жасанды инсеминациялау (бұдан әрі – ЖИ), экстракорпоралдық ұрықтандыру (бұдан әрі – ЭКҰ) және эмбрионды ауыстыру), оларды қолдану кезінде ұрықтанудың және эмбриондардың ерте дамуының жекелеген немесе барлық кезеңдері ана организмінен тыс (оның ішінде донорлық және (немесе) криоконсервацияланған жыныстық жасушаларды, репродуктивтік ағзалардың тіндерін және эмбриондарды, сондай-ақ суррогат ана болуды пайдалана отырып) жүзеге асырылады;"

15) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"15) суррогат ана болу шарты – некеде тұратын (ерлі-зайыпты) және балалы болғысы келетін, Қазақстан Республикасының азаматтары болып табылатын адамдар мен қосалқы репродуктивтік әдістер мен технологияларды қолдану жолымен бала көтеруге және тууға өз келісімін берген әйел арасындағы нотариатта куәландырылған жазбаша келісім;"

мынадай мазмұндағы 3-1-тармақпен толықтырылсын:

"3-1. Некеде тұрмайтын әйелдің немесе ер адамның медициналық араласуға әйелдің (ер адамның) хабардар етілген келісімі болған кезде, суррогат ана болуды қоспағанда, қосалқы репродуктивтік әдістер мен технологияларды қолдануға құқығы бар;"

4-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"4. МӘМС жүйесіндегі медициналық көмек ҚРТ- цикл емшарасын көздейді, онда суперовуляцияны ынталандыру жүргізу, аналық бездерді трансвагинальды пункциялау, аналық жасушаны алу, ооцитті (ооциттерді) инсеминациялау және (немесе) аналық жасушаға сперматозоидты интрацитоплазмалық инъекциялау (бұдан әрі – АЖСИИ), эмбриондарды өсіру, ынталандырылған циклде эмбриондарды ауыстыруға қарсы көрсетілімдер болған кезде кейінге қалдырылған тасымалдау кезінде мұздатылған эмбриондарды тасымалдауды қоса алғанда, эмбриондарды ауыстыру (аналық бездердің гиперстимуляциясы синдромының қаупі, нәтижелілікті төмендететін факторлардың

болуы – овуляцияны ынталандыру шеңберінде эндометрия гиперплазиясы, эндометрия гипоплазиясы, кез келген жердегі жіті қабыну аурулары) жүргізіледі.";

мынадай мазмұндағы 4-1-тармақпен толықтырылсын:

"4-1. Жыныс жасушаларын, эмбриондарды және репродуктивтік ағзалар тіндерін криоконсервациялау пациенттің қалауы бойынша және (немесе) медициналық көрсетілімдер бойынша жүзеге асырылады және МӘМС жүйесіндегі қызметтер тізбесіне кірмейді.";

5 және 6-тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

"5. МӘМС жүйесінде ҚРТ қолданылатын емшараны жүргізу үшін іріктеу өлшемшарттары мынадай факторларды біріктіреді:

1) қанағаттанарлық овариалдық резерв кемінде 2 (екі) фактордың болуымен сипатталады: 0,8 (нөл бүтін оннан сегіз) нанограммнан/миллилитрден артық мюллерге қарсы гормон (бұдан әрі – МҚГ), 12 (он екіден) кем емес (циклдің 2-5 (екінші-бесінші) күніне) фолликулды ынталандыратын гормон (бұдан әрі – ФЫГ), антральды фолликулалардың саны әр аналық безде кемінде 3 (үш) (циклдің 2-5 (екінші-бесінші) күнінде) немесе жалғыз аналық без болған жағдайда 5 – 6 (бес-алты) антральды фолликула;

2) жүктіліктің басталу нәтижелілігін төмендететін факторлардың болмауы (имплантацияға және жүктіліктің дамуына кедергі келтіретін ішкі жыныс мүшелерінің даму аномалиялары, гидро (сактосальпингстер), 3-4 (үшінші-төртінші) дәрежелі жатыр қуысының синехиясы, аналық бездер жылауығы, обтурациялық емес азооспермия);

3) ерлер факторына байланысты бедеулік (анықтамасы бойынша: олигозооспермия – сперматозоидтардың концентрациясының 16 (он алты) миллион/миллилитрге дейін төмендеуі; астенозооспермия – прогрессивтік жылжымалы (А+В класы) 1 (бір) миллилитрдегі эякуляттың 5 % (бес пайыздан) 1 (бір) миллилитрдегі 30% (отыз пайызға) дейін; тератозооспермия – қалыпты құрылымдағы сперматозоидтардың 1 % (бір пайыздан) бастап 4 % (төрт пайызға) дейін; шәуеттің біріктірілген патологиясы (шәуеттің ұрықтандыру қабілетін төмендететін сперматозоидтардың қозғалғыштығы және құрылымы концентрациядағы өзгерістің әртүрлі үйлесімділігі); эякулятта антиспермалдық антиденелердің болуы (МАР-тест 50 % (елу пайыздан) көп) сперматозоидтардың қалыпты шоғырлануы жағдайында табиғи ұрықтандыруға кедергі келтіреді, сондай-ақ хирургиялық биопсия әдісімен сперматозоидтары алынған азооспермиясы бар пациенттер (МӘМС жүйесінде ҚРТ-ға жолдама берілгенге дейін);

4) "Емдеуге жатқызу бюросы" порталына енгізу кезінде әйелдің жасы 42 (қырық екі) жасқа дейін болуы;

5) медициналық-генетикалық консультация нәтижелері бойынша тұқым қуалайтын аурулардың берілу типі мен генетикалық қауіпі ескеріле отырып, донордың биоматериалдарын пайдалану арқылы немесе донорлық жасушалар мен эмбриондардың имплантация алдындағы генетикалық тестілеуді (бұдан әрі – ИГТ)

қолдана отырып, донорлық жасушалар мен ИГТ ақысы пациенттердің өз қаражаты есебінен дербес төлеу шартымен, ауыр генетикалық анамнезі бар ерлі-зайыптылар. Пациенттер жыныс жасушалары донорларын таңдауды фенотиптік сипаттама негізінде ерікті және дербес жүзеге асырады;

6) МӘМС жүйесінде ҚРТ бағдарламаларын қолданғаннан кейін жүктілік болмаған кезде (эмбриондарды криоауыстыру рәсімін ағымдағы кезең ішінде биоматериалды тасымалдаусыз, ҚРТ бағдарламасын орындайтын медициналық ұйымға өз қаражаты есебінен қайта жүргізуге жолдама беру шартымен);

7) криоконсервацияланған эмбриондар болған жағдайда пациенттер криоконсервацияланған эмбриондар толық қолданғанға дейін МӘМС жүйесінде ҚРТ бағдарламасына қайта жіберілмейді.

6. МӘМС жүйесінде ҚРТ қолданумен емшара көрсету Қазақстан Республикасының азаматтарына ұсынылады.

Мұздатылған эмбриондарды кешіктіріп ауыстыру кезінде емшара пациент үшін қолайлы кезеңде жүргізіледі.

Аналық бездердің әлсіз жұмыс істеуі немесе эмбриондардың дамуының тоқтауы себебінен ЭКҰ бағдарламасы аяқталмаса, бұл аяқталмаған жағдай болып жабылып, әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына (бұдан әрі – ӘЛМСҚ) жіберіледі және нақты жұмсалған шығындар бойынша төленеді.

МӘМС жүйесінде ҚРТ қолдана отырып бедеулікті емдеу тиімділігінің өлшемшарты ультрадыбыстық зерттеудің көмегімен жүктілігі расталған әйелдердің үлесі (емделгендер санының %) болып табылады.

ҚРТ қолданумен емшара жүргізу үшін сперматозоидтарды хирургиялық жолмен алуға көрсетілімдер:

обструктивті емес және обструктивті азооспермия;

эякуляцияның бұзылуы: аспермия, ретроградтық эякуляция;

эякуляттағы 100 % (жүз пайызда) некрозоспермия болып табылады.

Сперматозоидтарды хирургиялық жолмен алуға кез келген жердегі жіті инфекциялық аурулар қарсы көрсетілімдер болып табылады.

Сперматозоидтарды алудың оңтайлы әдісін уролог-дәрігер жүзеге асырады.

АЖСИИ-ға мынадай көрсетілімдер:

эякулят параметрлерінің айтарлықтай төмендеуінде көрінетін ерлер бедеулігінің факторы;

хирургиялық жолмен алынған сперматозоидтарды пайдалану;

мұздатылғаннан кейін ооциттерді пайдалану;

полимеразды тізбекті реакция әдісімен ИГТ жүргізу;

алдыңғы ҚРТ бағдарламасында ұрықтандырудың төмен жиілігі болып табылады.";

7 және 8-тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

"7. Пациентті бекітілген орны бойынша денсаулық сақтау ұйымдары бедеулігі бар диспансерлік науқастардың электрондық тіркеліміне енгізеді. Бедеуліктің себептерін зерттеп-қарағаннан және анықтағаннан кейін бейінді маманның қорытындысы негізінде пациенттің бекітілген жері бойынша денсаулық сақтау ұйымдары МӘМС жүйесінде ҚРТ жүргізу туралы мәселені шешу үшін пациенттің құжаттарын астананың, республикалық маңызы бар қалалардың және облыстардың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарының өңірлік комиссиясына (бұдан әрі – өңірлік комиссия) жібереді.

Бедеулікті емдеу кезінде ҚРТ-ны қолдана отырып медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдар МӘМС жүйесінде жүргізілген ҚРТ емшаралары бойынша деректерді медициналық цифрлық жүйеге енгізеді.

8. ҚРТ пайдалана отырып, медициналық көмек алу үшін медициналық ұйымды таңдауды пациент жүзеге асырады. Оң шешім қабылданған жағдайда өңірлік комиссия пациенттің құжаттар топтамасын қоса тіркей отырып, "Емдеуге жатқызу бюросы" порталында емдеуге жатқызуға жолдаманы тіркейді.";

мынадай мазмұндағы 8-1-тармақпен толықтырылсын:

"8-1. МӘМС жүйесінде ҚРТ қолданылатын емшараны жүргізу үшін медициналық ұйымдарды іріктеу өлшемшарттары:

1) медициналық қызметті жүзеге асыруға қолданыстағы лицензияның болуы;

2) ҚРТ саласында соңғы 3 (үш) жыл ішінде үздіксіз қызмет тәжірибесінің болуы;

3) клиникалық жүктіліктің басталу жиілігі ≥ 31 % (отыз бір пайыз), бала туу көрсеткіші кемінде 27 % (жиырма жеті пайыз) болатын ҚРТ бағдарламаларының тиімділігі;

4) жылына ЭКҰ емдеу циклдерінің саны кемінде 300 (үш жүз) цикл;

5) ресурстық және техникалық қамтамасыз етілуі (жеке эмбриологиялық зертханасының, толық циклдің болуы, мультигазды инкубаторлар мен АЖСИИ жүйесінің болуы, асқынулар кезінде шұғыл медициналық көмек көрсету мүмкіндігі);

6) штатта "Репродуктология" немесе "Қосалқы репродуктивтік технологиялар" (ҚРТ) бағыты бойынша сертификаттау курстарынан өткен кемінде 2 (екі) акушер-гинекологтың болуы (еңбек өтілі кемінде 5 (бес) жыл), штаттық эмбриологтың болуы;

7) уәкілетті органның цифрлық жүйелерімен интеграциялануы болып табылады.";

2-тараудың тақырыбы мынадай редакцияда жазылсын:

"2-тарау. Экстракорпоралдық ұрықтандыру жүргізу тәртібі";

10-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"10. Суперовуляцияны ынталандыратын ЭКҰ емшарасы мынадай кезеңдерден тұрады:

1) пациенттерді іріктеу және зерттеп-қарау;

2) фолликулогенез мониторингін және эндометрия дамуын қоса алғанда суперовуляция индукциясы;

3) аналық без фолликулаларын пункциялау, ооцитті (ооциттерді) алу;

4) ооцитті (ооциттерді) және (немесе) АЖСИИ инсеминациялау, invitro (пробирка) ішінде эмбриондарды өсіру;

5) эмбриондарды жатыр қуысына ауыстыру;

6) ауыстырудан кейінгі гормоналдық қолдау;

7) ерте мерзімдегі жүктіліктің диагностикасы.

Суперовуляцияны ынталандырусыз ЭКҰ емшарасы (табиғи етеккір циклінде) мынадай кезеңдерден тұрады:

1) пациенттерді іріктеу және зерттеп-қарау;

2) фолликулогенез мониторингін және эндометрияның дамуы;

3) аналық без фолликулаларын пункциялау, ооцитті (ооциттерді) алу;

4) ооцитті (ооциттерді) инсеминациялау және (немесе) АЖСИИ, invitro (пробирка) ішінде эмбриондарды өсіру;

5) эмбриондарды жатыр қуысына ауыстыру;

6) ауыстырудан кейінгі гормоналдық қолдау;

7) ерте мерзімдегі жүктіліктің диагностикасы."

11-тармақтың бірінші абзацы мынадай редакцияда жазылсын:

"11. Донорлық жыныстық жасушаларды пайдалануға көрсетілімдер болған кезде, пациенттің жазбаша келісімімен ЭКҰ емшарасы мынадай кезеңдермен толықтырылады:";

12-тармақтың бірінші абзацы мынадай редакцияда жазылсын:

"12. ЭКҰ жүргізу үшін көрсетілімдер мыналар болып табылады:";

13, 14, 15 және 16-тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

"13. ЭКҰ жүргізу және эмбриондарды жатыр қуысына ауыстыру мынадай қарсы көрсетілімдер болған кезде жүргізілмейді:

1) жүктілікті көтеруге қарсы көрсетілімдері бар соматикалық және психикалық аурулар;

2) туа біткен кемістігі, жатыр қуысының жүре пайда болған деформациялары (эмбриондарды ауыстыруға және жүктіліктің дамуына кедергі келтіретін);

3) операциялық емдеуді талап ететін және (немесе) ооцитті (ооциттерді) алуға кедергі келтіретін аналық бездердің қатерсіз ісіктері;

4) эндометрияның гиперпластикалық процестері;

5) операциялық емдеуді қажет ететін жатырдың қатерсіз ісіктері;

6) кез келген жерде орналасқан жіті қабыну аурулары;

7) кез келген жерде орналасқан қатерлі ісіктер (мультипэндік тобы мамандарының суперовуляцияны ынталандыру туралы қорытындысы бойынша химиотерапия және радиациялық терапияға дейін ооциттерді алу жағдайларын қоспағанда);

8) кесарь тілігі немесе миомэктомия операцияларынан кейін жатырда екі және одан да көп тыртықтың болуы, анатомиялық және функционалдық жеткіліксіздік белгілері аспаптық диагностика әдістерімен (УДЗ, МРТ, гистероскопия) расталған жағдайда, ана өлімінің жоғары қаупін (жатырдың жыртылуы, плацентаның шынайы бітісіп өсуі) туындатады.

14. Қарсы көрсетілімдер болмаған кезде ЭКҰ пациенттің немесе бедеуліктің кез келген түрімен ауыратын пациенттердің қалауы бойынша жасалады.

15. Эмбриондарды жатыр қуысына имплантаттауға қарсы көрсетілімдер болған жағдайда, әйелден суперовуляциясыз және (немесе) суперовияцияларды ынталандыру арқылы ооциттер алынып, одан әрі эмбрионды (эмбриондарды) суррогат ананың жатыр қуысына ауыстыру жүргізіледі.

16. ЭКҰ алдында пациенттерді зерттеп-қарау осы Қағидалар мен шарттарға 1-қосымшаға сәйкес көлемде жүргізіледі.";

18-тармақтың екінші бөлігі мынадай редакцияда жазылсын:

"Пункция стационарды алмастыратын жағдайларда, шағын операциялық бөлмеде, ультрадыбыстық бақылаумен трансвагинальды әдетте жалпы жансыздандыратын және (немесе) жансыздандырмайтын (жансыздандыру қажеттілігі, мүмкіндігі және түрі жеке шешіледі) арнайы пункциялық инелердің көмегімен жүргізіледі.";

20-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"20. ЭКҰ үшін жыныстық серіктестің немесе донордың арнайы дайындалған шәуеті қолданады.

Шәуетті алу мынадай тәсілдермен жүзеге асырылады:

мастурбациялау;

пункция жасау арқылы;

аталық без қосалқысынан сперматозоидтарды перкутандық (тері арқылы) аспирациялау (алу);

аталық без тінінен сперматозоидтарды перкутандық аспирациялау;

аталық без қосалқысынан ашық биопсия жүргізіп, кейіннен сперматозоидтарды экстракциялау (алу) арқылы алу;

аталық безге ашық биопсия жүргізіп, кейіннен сперматозоидтарды экстракциялау арқылы алу.

Эякулятты жинауға арналған арнайы стерильді ыдыс таңбаланады. Шәует және (немесе) кейіннен пайдалану үшін алынған биопсиялық материал криоконсервациялауға жатады.

Нативті, криоконсервацияланған сперматозоидтарды пайдалану алдында ұрық плазмасынан жуылады. Морфологиялық қалыпты және неғұрлым жылжымалы сперматозоидтар фракциясы центрифугалау (флотация) немесе тығыздық градиентінде центрифугалау жолымен қалған сперматозоидтардан бөлінеді.";

26-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"26. Эмбриондарды жатыр қуысына ауыстыру алдында, импланттау жиілігін арттыру мақсатында бластоцистаның шығуын жеңілдету есебінен көрсетілімдер бойынша үш күннен жеті күнге дейінгі жастағы эмбриондардың мөлдір қабығын кесу жүргізіледі.";

29-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"29. Қандағы және несептегі бета-хорионикалық гонадотропин мөлшері бойынша жүктілікті диагностикалау эмбриондарды ауыстыру сәттен бастап күнтізбелік 12-14 (он екі - он төрт) күннен кейін жүзеге асырылады. Жүктіліктің ультрадыбыстық диагностикасы эмбрион (эмбриондар) ауыстырылғаннан кейін күнтізбелік 21 (жиырма бірінші) күннен бастап жүргізіледі.";

3-тараудың тақырыбы мынадай редакцияда жазылсын:

"3-тарау. Ооцит цитоплазмасына сперматозоидты инъекциялау тәртібі";

35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 және 44-тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

"35. АЖСНИИ-ге көрсетілімдер:

1) олигозооспермия – сперматозоидтардың шоғырлануы 15 (он бес) миллион/миллилитрден аз;

2) астенозооспермия – эякулятта А және В тобындағы сперматозоидтардың үлесі 32% (отыз екі пайызынан) аз;

3) тератозооспермия – морфологиялық талдаудың мәліметтері бойынша қалыпты нысандар 4% (төрт пайызын) аз;

4) шәуеттің қосарланған патологиясы;

5) эякулятта антисперматикалық антиденелердің клиникалық маңызды көлемі (аралас агглютинация реакциясы) 50% (елу пайыздан) жоғары;

6) алдағы экстракорпоралдық ұрықтандыру кезінде *in vitro* ооциттерінің 50% (елу пайыздан) аз ұрықтандыру немесе оның осы циклде болмауы;

7) сексуалдық және эякуляциялық бұзылыстар;

8) аталық безді және оның қосалқысын пункциялық немесе ашық биопсиялау арқылы алынған сперматозоидтарды пайдалану кезінде;

9) криоконсервацияланған ооциттерді пайдалану;

10) ооцит цитоплазмасына сперматозоидты инъекциялау әдісімен ұрықтандыру болжамы ооциттердің инсеминациясына қарағанда жоғары болатын барлық жағдайлар болып табылады.

36. Обструктивті азооспермия және бастапқы тестикулярлық жеткіліксіздік сперматозоидтарды хирургиялық жолмен алуға көрсетілімдер болып табылады.

37. Жіті инфекциялық аурулар сперматозоидтарды хирургиялық алуға қарсы көрсетілімдер болып табылады.

38. Сперматозоидтарды алу үшін хирургиялық араласу алдындағы зерттеп-қарау көлемі қан тобы мен резус-факторын анықтауды, қанның ұю уақытын қоса алғанда, клиникалық қан анализін, мерезге қан анализін, АИТВ, В және С гепатитіне,

биохимиялық қан анализін, коагулограмманы, несептің жалпы талдауын, электрокардиограмманы, терапевттің қорытындысын қамтиды.

39. АЖСII жүргізу кезеңдері:

- 1) мембрананың тұтастығын бұзу арқылы сперматозоидты қозғалыссыз қалдыру;
- 2) ооциттің сыртқы цитоплазмалық мембранасының тұтастығын бұзу;
- 3) сперматозоидты микроине көмегімен ооцит цитоплазмасына енгізу.

40. Сперматогенез бұзылуы нысандарында сперматозоидтарды алудың оңтайлы тәсілін зерттеп-қараудан кейін "урология және андрология (негізгі мамандықтың бейіні бойынша ультрадыбыстық диагностика, негізгі мамандық бейіні бойынша эндоскопия) (ересектер, балалар) мамандығы бойынша дәрігер таңдайды.

41. Азооспермия кезінде сперматозоидтарды аналық жасушасына енгізу үшін аталық бездің ашық биопсиясы арқылы сперматозоидтарды экстракциялау немесе аталық бездің қосалқсы құрамын аспирациялау, аталық бездің қосалқысына немесе аталық безге тері арқылы аспирациялық хирургиялық араласулар арқылы алынады.

Биологиялық өлімді анықтағаннан кейін 24 (жиырма төрт) сағат ішінде ашық биопсия арқылы қайтыс болғаннан кейін сперматозоидтарды алу жүргізіледі.

42. Операция әйелден фолликулдарды пункциялау және ооциттерді алу күні жасалады. Криоконсервацияланған тінді және аталық бездің және (немесе) оның эпидидимис аспиратын пайдалану пациенттердің жазбаша өтініші болған жағдайда жүзеге асырылады – бұл жағдайда сперматозоидтарды алу рәсімі жұбайының аналық безінің фолликулдарын пункциялауға қарамастан алдын ала жүргізіледі.

43. Микроинъекция жүргізуден бұрын ооциттің сәулелі тәжінің жасушалары алып тасталады. Микроманипуляция бірінші полярлық денешігі бар жетілген ооциттерде жүргізіледі. Аталық безден немесе оның қосалқыларынан алынған эякулятты және аспиратты өңдеу әдістемесін сперматозоидтардың саны мен сапасына қарай эмбриолог жеке таңдайды.

44. АЖСII арнайы микроқұралдарды пайдалана отырып, микроманипуляторлармен жабдықталған инверттелген микроскоптың көмегімен орындалады.";

47-тармақтың бірінші абзацы мынадай редакцияда жазылсын:

"47. "Суррогат ана болу" емшарасында ЭКҰ және эмбриондарды ауыстыруға қарсы көрсетілімдер болып табылады:";

48-тармақтың 5) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"5) суррогат ананың жатыр қуысына эмбриондарды ауыстыру арқылы ЭКҰ емшарасы;"

49-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"49. Генетикалық ата-аналардың мұздатылған эмбриондарын ауыстыру емшарасы кезінде:

1) суррогат ананы таңдау және зерттеп-қарау (суррогат ана бір мезгілде аналық жасушасының доноры бола алмайды);

2) суррогат ананың эндометриясын дайындау;

3) суррогат ананың жатыр қуысына мұздатылған эмбриондарды ауыстыру (суррогат ана болу бағдарламасында донордың аналық жасушалары, шәует және эмбриондар бір уақытта қолданылмайды);

4) суррогат анаға ауыстырудан кейінгі гормональды қолдау жүргізіледі.";

56-тармақта:

2) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"2) туа біткен даму ақаулары, эмбриондарды ауыстыруға және жүктіліктің дамуына кедергі келтіретін жатыр қуысының жүре пайда болған деформациялары;"

5) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"5) операциялық емдеуді талап ететін және (немесе) эмбриондарды ауыстыруға және жүктіліктің дамуына кедергі келтіретін жатырдың қатерсіз ісіктері;"

көрсетілген қағидаларға 1-қосымшада:

тақырыбы мынадай редакцияда жазылсын:

"Экстракорпоралды ұрықтандыру жүргізу алдында пациенттерді зерттеп-қарау көлемі";

1-тармақтың 7) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"7) микропреципитация реакциясы әдісімен (бұдан әрі – МПР) мерезге серологиялық зерттеп-қарау, қолданылу мерзімі – 30 (отыз) күн;"

2-тармақтың 12) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"12) соматикалық аурулары бар әйелдерге ЭКҰ емшарасының алдында "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 тіркелді) бекітілген 026/е нысаны бойынша дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындысы талап етіледі.";

3-тармақтың 3) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"3) МПР әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау, қолданылу мерзімі – 30 (отыз) күн;"

көрсетілген қағидаларға 2-қосымшада:

1-тармақтың 7) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"7) микропреципитация реакциясы әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау, қолданылу мерзімі – 30 (отыз) күн;"

көрсетілген қағидаларға 3-қосымшада:

1-тармақтың 5) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"5) микропреципитация реакциясы (бұдан әрі – МПР) әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау, қолданылу мерзімі – 30 (отыз) күн;"

2-тармақтың 4) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"4) МПР әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау, қолданылу мерзімі – 30 (отыз) күн;"

көрсетілген қағидаларға 4-қосымшада:

1-тармақтың 7) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын: "7) В гепатиті вирусының HBsAg антиденелерді, қан сарысуындағы С гепатиті вирусына жиынтық антиденелерді ИФТ-әдісімен анықтау, микропреципитация реакциясы әдісімен мерезге серологиялық зерттеп-қарау, қан сарысуындағы АИТВ - 1, 2 инфекциясына жиынтық антиденелерін және р24 антигенін ИФТ-әдісімен анықтау (мұздату алдында және мұздатылғаннан кейін 3 (үш) және 6 (алты) ай өткен соң);".

3. "Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № ҚР ДСМ-92 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 24131 тіркелді) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрықпен бекітілген Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартында:

2-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"2. Осы Стандартта пайдаланылатын анықтамалар:

1) акушерлік-гинекологиялық көмек – әйелдерге жүктілік, босану, босанудан кейінгі кезеңде, гинекологиялық аурулар кезінде, профилактикалық байқау сондай-ақ әйелдердің репродуктивтік денсаулығын сақтау және отбасын жоспарлау бойынша іс-шаралар кезінде көрсетілетін медициналық қызметтердің кешені;

2) әмбебап-прогрессивті модель – өміріне, денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қатер төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қауіптер анықталған жүкті әйелдерге, жаңа туған нәрестелерге және ерте жастағы балаларға үйде патронаждық бақылау жүргізу моделі;

3) белсенді бару – дәрігердің бастамасы бойынша, сондай-ақ стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардан (бұдан әрі – МҰ) шығарылған науқастар туралы мәліметтерді медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАҚ) ұйымдарына бергеннен кейін, жедел жәрдем ұйымдарынан шақыруларға қызмет көрсетілгеннен кейін медицина қызметкерінің белсенді қарап-тексеруін қажет ететін пациенттерге дәрігердің және (немесе) орта медицина қызметкерінің баруы;

4) босандыру – босану актісінің табиғи немесе жасанды жолмен (аспаптық, қолдың көмегімен, дәрі-дәрмекпен) аяқталуы;

5) бірінші триместрдің аналық сарысу маркерлерінің талдауы – ұрықта хромосомалық патологиялардың – Дауна синдромының, Эдвардс синдромының, Патау синдромының, Тернер синдромының даму қаупін анықтау үшін ана қанын зерттеу;

6) бірінші триместрдің құрамдастырылған тесті – хромосомалық патологияның ультрадыбыстық маркерлерін өлшеуге негізделген ұрықтың хромосомалық патологиясының жекелеген генетикалық қаупін есептеу және бірінші триместрдің аналық сарысу маркерлерін (бұдан әрі – АСМ) айқындау;

7) денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) – Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау, медицина және фармацевтика ғылымы, медициналық және фармацевтикалық білім беру, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы, дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы, медициналық қызметтер (көмек) көрсетудің сапасы саласында басшылықты және салааралық үйлестіруді жүзеге асыратын орталық атқарушы орган;

8) динамикалық байқау – пациенттің денсаулық жағдайын жүйелі түрде байқау, сондай-ақ осы байқау нәтижелері бойынша қажетті медициналық көмек көрсету;

9) емдеу – ауруды жоюға, оның бетін қайтаруға және (немесе) оның ағымын жеңілдетуге, сондай-ақ оның өршуінің алдын алуға бағытталған медициналық көрсетілетін қызметтер кешені;

10) емдеуші дәрігер – пациент медициналық ұйымда байқауда болған және емделген кезеңде оған медициналық көмек көрсететін дәрігер;

11) жеке босандыру палатасы – бір босанатын әйелді босандыруға арналған санитариялық торабы бар жабдықталған үй-жай, онда босанған әйел жаңа туған нәрестесімен стационардан шыққанға дейін болады;

12) жүктілікті жасанды ұзу – тиісті бейіндегі жоғары медициналық білімі бар медицина қызметкерлері жүргізетін, дәрі-дәрмектік немесе хирургиялық әдістерді пайдалана отырып, шарананың тіршілікке қабілеттілік мерзіміне дейін жүктілікті ұзу;

13) инвазивтік пренаталдық диагностика (бұдан әрі – ИПД) – цитогенетикалық, молекулалық-цитогенетикалық немесе молекулалық-генетикалық талдау үшін ұрық тектес материалды алу арқылы жатырышілік тесу арқылы жүзеге асырылатын ұрықтың хромосомалық және моногендік патологиясын диагностикалау әдістері;

14) инвазиялық әдістер – адам организмінің ішкі ортасына ендіру жолымен жүзеге асырылатын диагностикалау мен емдеу әдістері;

15) клиникалық хаттама – пациенттің белгілі бір ауруы немесе жай-күйі кезіндегі профилактика, диагностика, емдеу, медициналық оңалту және паллиативтік медициналық көмек бойынша ғылыми дәлелденген ұсынымдар;

16) консилиум – кемінде үш дәрігердің қатысуымен диагноз қою, емдеу тактикасын айқындау және ауруды болжау мақсатында адамды зерттеу;

17) контрацепция – қаламаған жүктіліктің алдын алу әдістері мен құралдары;

18) қосалқы репродуктивтік әдістер мен технологиялар – бедеулікті емдеу әдістері (жасанды инсеминациялау, экстракорпоралдық ұрықтандыру және эмбриондарды ауыстыру), оларды қолдану кезінде ұрықтанудың және эмбриондардың ерте дамуының жекелеген немесе барлық кезеңдері ана организмнен тыс (оның ішінде донорлық және (немесе) криоконсервацияланған жыныстық жасушаларды, репродуктивтік ағзалардың тіндерін және эмбриондарды, сондай-ақ суррогат ана болуды пайдалана отырып) жүзеге асырылады;

19) медициналық көмек – дәрілік қамтамасыз етуді қоса алғанда, халықтың денсаулығын сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық көрсетілетін қызметтер кешені;

20) мультипәндік топ – пациент организмнің функциялары мен құрылымдарының бұзылу сипатына, оның клиникалық жай-күйінің ауырлығына байланысты қалыптастырылатын әртүрлі мамандар тобы;

21) партограмма – босанудың дамуы және босану кезіндегі әйел мен шарананың жағдайы туралы ақпаратты жазуға арналған кесте, ол ұзаққа созылған босанудың және олардың асқынуларының профилактикасы мен емдеудің негізгі құралы болып табылады. Партограмма нақты уақытта қағаз тасығыштарда жүргізіледі және босану басталғаннан бастап 24 (жиырма төрт) сағат бойы босанатын/босанған әйелдің төсегінің жанында болады;

22) патронаж – медицина қызметкерлерінің үй жағдайында профилактикалық және ақпараттық іс-шаралар жүргізуі (жаңа туған нәрестеге патронаж, жүкті әйелге, босанған әйелге, диспансерлік науқасқа патронаж), патронаждық байқау жүкті әйелге босанғанға дейінгі екі патронаждан тұрады (жүктіліктің 12 (он екі) аптасына және 32 (отыр екі) аптасына дейінгі мерзімде);

23) перинаталдық көмекті өңірлендіру – жүктілік пен босану ағымының қауіп дәрежесіне қарай әйелдер мен жаңа туған нәрестелерге стационарлық жағдайда перинаталдық көмек көрсетудің үш деңгейі бойынша облыс аумағында медициналық ұйымдарды бөлу;

24) прегравидарлы дайындық – нақты ерлі-зайыптылардың репродуктивтік болу функцияларын іске асыру кезіндегі тәуекелдерді азайтуға бағытталған профилактикалық іс-шаралар кешені;

25) пренаталдық консилиум – жатырішілік ұрықтың генетикалық диагнозын нақтылау, жаңа туған нәрестенің дамуы мен одан арғы өмір тіршілігін болжамдау, жүктілікті зерттеп-қарау тәсілдерін, босану мерзімі мен орнын анықтау үшін бейінді мамандардың жүкті әйелге консультациясы;

26) пренаталдық скрининг – жатырішілік ұрықтың кейіннен генетикалық диагнозы нақтыланған, хромосомалық патологиясы мен дамуының туа біткен кемістігі (бұдан әрі – ДТК) бойынша қауіп топтарын анықтау мақсатында жүкті әйелдерді жаппай кешенді зерттеп-қарау;

27) репродуктивтік денсаулық – адамның толыққанды ұрпақты өмірге келтіру қабілетін көрсететін денсаулығы;

28) репродуктивті жас – бұл әйелдің өміріндегі жүктілікке, бала көтеруге және босануға қабілетті кезеңі (15 (он бес) тен 49 (қырық тоғыз) жас);

29) серіктеспен босану – босану кезінде жайлы жағдай жасау мақсатында босанатын әйелдің қалауы бойынша адамдардың болуы және қатысуы;

30) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) – бюджет қаражаты есебінен берілетін медициналық көмектің көлемі;

31) шарананың тірі тууы немесе өлі тууы – жаңа туған баланың (шарананың) Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының шарананың тірі тууы мен өлі тууының тиісті халықаралық өлшемшарттары бойынша айқындалатын жай-күйлері.";

16-тармақтың 15) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"15) жүкті және ФЖӘ тіркелімінен және медициналық цифрлық жүйелерден (бұдан әрі – МЦЖ) алдыңғы жүктіліктің, босанудың және бұрын анықталған соматикалық аурулардың ағымы туралы ақпарат алу мүмкіндігін зерделейді және пайдаланады;"

24-тармақта:

10) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"10) бірінші, екінші, үшінші триместрдің ультрадыбыстық скринингтен өткен нәтижелері туралы ақпаратты және бірінші триместрдің аралас тестісінің қорытындылары туралы ақпаратты "Акушерия және гинекология" немесе "Жалпы медицина" маман дәрігері немесе "Акушерлік іс" мамандығы бойынша орта медицина қызметкері МЦЖ-ге енгізеді;"

11) тармақшасының тоғызыншы абзацы мынадай редакцияда жазылсын:

"Жүкті және фертильдік жастағы әйелдер тіркелімі" цифрлық жүйелерден (бұдан әрі – ЦЖ) шығу нысандарының деректері негізінде пренаталдық скринингтің тиімділігін мониторингілеуді қамтиды;"

14) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"14) ИПД кейін ұрықтың хромосомдық немесе моногенді тұқым қуалаушылық аурулары анықталған кезде нәтижесін "Акушерлік және гинекология" немесе "Жалпы медицина" мамандығы бойынша дәрігер немесе "Акушерлік іс" мамандығы бойынша орта медицина қызметкері МЦЖ-ге енгізуді;"

25-тармақтың 8) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"8) жүкті және ФЖӘ топтарын автоматтандырылу үшін жүкті және ФЖӘ денсаулығы жағдайының көрсетілімдерін мониторингілеу мақсатында "Жүкті және фертилдік жастағы әйелдер тіркелімі" ЦЖ-ге және МЦЖ-ге деректерді енгізу кіреді.";

29-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"29. № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 077/е нысаны бойынша жүкті және босанған әйелдің жеке картасын қағаз және (немесе) электрондық форматтарда,

МЦЖ-да акушер-гинеколог дәрігер, жалпы практика дәрігері (бұдан әрі – ЖПД) немесе орта медицина қызметкері жүргізеді.";

мынадай мазмұндағы 29-1-тармақпен толықтырылсын:

"29-1. Жүкті әйел мен босанған әйелдің алмасу картасы қағаз және (немесе) электрондық форматтарда "Жүкті және фертилдік жастағы әйелдер тіркелімі" ЦЖ арқылы жүргізіледі.";

34-тармақтың бірінші бөлігі мынадай редакцияда жазылсын:

"34. Жүкті әйелдің тұрғылықты жері ауысқанда одан әрі бақылауды нақты тұратын жері бойынша дәрігер, фельдшер немесе акушер жүзеге асырады. Жүкті әйелдің кетуі туралы жазба медициналық құжаттамада тіркеледі (№ 077/е нысаны және № 048/е нысаны). Жүкті әйелдің көшуі туралы мәліметтерді беру жүкті әйелдің келу орны бойынша астананың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарына және медициналық ұйымдарда нақты паспорттық деректерін, жеке сәйкестендіру нөмірін, келу мекенжайын, жүкті әйел мен оның туыстарының байланыстарын көрсете отырып, телефонограммамен және электрондық поштамен жүзеге асырылады.";

54-тармақтың 3) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"3) ақылы негізде азаматтардың өз қаражаты, ерікті медициналық сақтандыру қаражаты, жұмыс берушілердің қаражаты және Қазақстан Республикасының заңында тыйым салынбаған көздері есебінен көрсетеді.";

55-тармақтың екінші бөлігінде:

20) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"20) динамикалық бақылаудағы 2В тобындағы ФЖӘ туралы ақпарат осы Стандартқа 3-1-қосымшаға сәйкес тізім түрінде (МЦЖ арқылы) контрацепциямен қамтуды бақылау мақсатында акушер-гинеколог дәрігерлерге тоқсанына 1 (бір) рет беріледі;"

22) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"22) осы Стандартқа 3-1 қосымшаға сәйкес динамикалық бақылаудағы 5 топтағы анықталған әйелдер туралы ақпаратты учаскелік терапевт, ЖПД тоқсанына 1 (бір) рет оларды контрацепциямен қамтуды бақылау мақсатында тізім түрінде (МЦЖ арқылы) акушер-гинеколог дәрігерлерге береді;"

25) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"25) жүргізілген медициналық қарап-тексерулердің, фертилдік жастағы әйелдерді зерттеп-қараудың нәтижелерін динамикалық бақылау топтарына сәйкес МСАК ұйымының дәрігерлері мен бейінді маман МЦЖ-ге енгізеді;"

27) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"27) ФЖӘ динамикалық байқау, сауықтыру немесе экстрагениталдық аурулардың тұрақты ремиссиясына қол жеткізу, контрацепциямен қамту жөніндегі жұмысты талдауды учаскелік қызмет бөлімінің меңгерушілері, МСАК ұйымдары басшыларының

орынбасарлары, ішкі аудит тоқсан сайын астананың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың денсаулық сақтау басқармаларына ақпарат бере отырып, жүргізеді";

76-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"76. Адамның иммун тапшылығы вирусын (бұдан әрі – АИТВ) анықтау үшін жүкті әйел тестке дейінгі кеңес беруден кейін АИТВ-ға жүктілік кезінде екі рет тексеруден өтіп, пациенттің тестілеуге және қан алуды жүзеге асыратын МҰ ЦЖ-ге дербес деректерді енгізуге ақпараттандырылған келісімін алады және ресімдейді. "АИТВ инфекциясының бар-жоғына міндетті құпия медициналық зерттеп-қарау қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 27 қарашадағы № ҚР ДСМ-211/2020 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21692 тіркелді) 39 тармағының 11) тармақшасына сәйкес жүкті әйелдерге АИТВ-ға тексеру: екі рет – жүктілік бойынша есепке қою кезінде және жүктілік мерзімінде 28-30 (жиырма сегіз - отыз) апта жүргізіледі; аборт, өздігінен түсік тастау немесе қатып қалған жүктілік жағдайында жүктілікті үзу алдында; АИТВ инфекциясына екі рет зерттеп-қарау нәтижесіз босандыру ұйымдарына түскендерге; бір рет тексерілгендерге – босануға түскенге дейін үш аптадан астам; босандыру ұйымдарынан тыс босанған; негізгі топтарға жататын; АИТВ-оң жыныстық серіктесі бар немесе инъекциялық есірткіні пайдаланатын серіктесі бар әйелдерге жүргізіледі. Жүкті әйелді тіркеу кезінде жүкті әйелдің жыныстық серіктесіде тексеріледі. Жүкті әйелдің серіктестігі АИТВ инфекциясына бір рет, әйел жүктілікпен тіркеуде тұрған кезде тексеріледі.";

122-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"122. Стационарлық жағдайларда акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін МҰ өңірлендіру деңгейін айқындау туралы шешімді кадр әлеуетін, жарақтандырылуын, қолжетімділігін, көлік инфрақұрылымын ескере отырып, астананың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдары қабылдайды.";

128-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"128. "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясы арқылы не "цифрлық үкіметтің" веб - порталы арқылы баланың тууын мемлекеттік тіркеу үшін тіркеуші органдарға баланың туған күнінен бастап үш жұмыс күнінен кешіктірмей ұсыну және баланың туу туралы куәлігін алу үшін босанған әйелге № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 041/е нысаны бойынша туу туралы медициналық куәлік беріледі.";

131-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"131. Денсаулық сақтау ұйымдары осы Стандарттың 5-қосымшасына сәйкес хабарлануға жататын жүкті, босанатын және босанған әйелдердің қиын жай-күйінің тізбесіне сәйкес жүкті, босанатын әйел, босанған әйелде стационарға түсу кезінде

немесе стационарда болған уақытта қиын жай-күйі анықталған кезде перинаталдық көмекті өңірлендірудің неғұрлым жоғары деңгейіндегі МҰ және астананың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарына хабардар етуді жүзеге асырады.";

132-тармақтың 3) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"3) астананың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдары:".