



**О внесении изменения и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 августа 2011 года № 540 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан"**

*Утративший силу*

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 января 2014 года № 16. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 13 февраля 2014 года № 9143. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2023 года № 36

**Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 09.03.2023 № 36 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

В соответствии с подпунктом 1) пункта 3 статьи 32 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", и в целях дальнейшего совершенствования деятельности организаций здравоохранения оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 августа 2011 года № 540 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7198, опубликованный в газете "Юридическая газета" от 08 декабря 2011 г. № 181 (2171)) следующие изменение и дополнения:

В Положении о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан:

в пункте 9 подпункт 3) изложить в следующей редакции:

"3) медицинские организации, в структуре которых, в зависимости от возложенных на них функций, организовываются:

отделение лучевой терапии (радиологическое отделение) организовывается в составе КазНИИОиР, онкологическом диспансере с коечным фондом не менее чем 100 коек, многопрофильной больницы (областная, городская). При наличии четырех и более установок для дистанционной и контактной лучевой терапии и ежедневном проведении лучевого лечения не менее 120 больным создается радиологический отдел, объединяющий отделения лучевой терапии;

отделение химиотерапии создается в составе КазНИИОиР, онкологических диспансеров, многопрофильной больницы (областная, городская);

специализированный консультативно-диагностический отдел (далее - СКДО) создается в составе КазНИИОиР. Региональное специализированное консультативно-диагностическое отделение (далее - рСКДО) в составе областной, региональной, городской онкологической организации;

отделение (кабинет) восстановительного лечения и реабилитации онкологических больных, создается в составе онкологической организации, многопрофильной больницы (взрослой, детской), амбулаторно-поликлинической организации;

отделение (центр) ядерной медицины (далее – ОЯМ) организуется в составе КазНИИОиР, онкологических диспансеров, диагностических центров в областных центрах и городах республиканского значения, а также как самостоятельное юридическое лицо;

отделение (центр) паллиативной помощи в составе онкологического диспансера, многопрофильной больницы (взрослой, детской), а также как самостоятельное юридическое лицо;

цитологическая лаборатория создается в составе онкологических диспансеров и многопрофильных больниц;

эндоскопическое отделение (кабинет) создается в составе КазНИИОиР, онкологического диспансера, многопрофильной больницы (областной, городской, районной) на 100 коек и более, в амбулаторно-поликлинических организациях, обслуживающих 50 и более тысяч населения;

онкологический кабинет создается в составе поликлиники (городской, районной), консультативно-диагностических центров, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы;

маммологический кабинет создается в составе консультативно-диагностической поликлиники (центра), консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы, в соответствии с утвержденными штатными нормативами;

проктологический кабинет в составе консультативно-диагностической поликлиники (центра), консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы;

кабинет противоболевой терапии создается в составе онкологического диспансера, самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций;

узкопрофильные отделения (опухолей головы и шеи, урологическое и др.) создаются в онкологических организациях имеющих более 200 коек;

кабинет централизованного разведения цитостатических лекарственных средств.";

дополнить главами 16 и 17 следующего содержания:

## **"16. Кабинет централизованного разведения цитостатических лекарственных средств**

73. Кабинет централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее - КЦРЦ) предназначен для рационального использования цитостатических лекарственных средств и обеспечения безопасности медицинского персонала путем уменьшения их токсического воздействия на медицинский персонал.

74. Основными задачами КЦРЦ являются:

1) обеспечение клинических подразделений онкологической организации цитостатическими лекарственными средствами (далее - цитостатики), изготовленными путем централизованного разведения согласно заявок на разведение цитостатиков;

2) ежедневный прием заявок на разведение цитостатиков из клинических отделений;

3) регистрация заявок в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков с присвоением регистрационного номера;

4) расчет необходимого количества цитостатиков, необходимых для разведения, согласно предоставленных заявок;

5) расчет концентрации цитостатиков согласно заявки на разведение цитостатических лекарственных средств;

6) ежедневный контроль за надлежащим санитарным состоянием КЦРЦ, и работой вытяжного шкафа (ламинара);

7) своевременное и качественное разведение цитостатиков согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям;

8) ежедневный контроль за разведением цитостатиков и их соответствие дозам, указанным в заявке на разведение цитостатических лекарственных средств;

9) упаковка разведенных цитостатиков в одноразовые герметичные пакеты;

10) транспортировка разведенных цитостатиков;

11) ежедневный контроль за надлежащим хранением цитостатиков, находящихся в КЦРЦ (контроль температурного режима комнаты и холодильника);

12) ведение установленной учетно-отчетной медицинской документации.

76. В КЦРЦ ведется следующая медицинская документация:

1) журнал учета цитостатиков;

2) журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в КЦРЦ;

3) журнал кварцевания КЦРЦ;

4) журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении;

5) журнал учета температурного режима КЦРЦ.

77. Доставка разведенных цитостатиков в клинические подразделения осуществляется в контейнерах для транспортировки.

78. Работа в КЦРЦ по разведению цитостатиков организуется посменно.

79. Штатная численность медицинского персонала КЦРЦ устанавливается в соответствии с действующими штатными нормативами, планируемым и фактическим объемом работы. Работу на одном ламинарном боксе осуществляют 2 медицинские сестры или 2 фармацевта.

80. Контроль за правильностью разведения цитостатиков и ведением учетно-отчетной медицинской документации осуществляет заведующий КЦРЦ.

81. На должность заведующего КЦРЦ назначается клинический фармаколог или врач химиотерапевт, имеющий опыт работы с цитостатиками не менее 5 лет.

82. КЦРЦ разделяется на рабочую зону и санитарный пропускник. Санитарный пропускник предназначен для обработки рук и надевания индивидуальных средств защиты (одноразовый комбинезон или халат, специальная обувь, респираторная маска, защитные перчатки, защитные очки с боковой защитой и возможностью одевать их поверх обычных очков, одноразовые салфетки (из целлюлозы).

83. Оснащение КЦРЦ оборудованием и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с перечнем материально-технического оснащения кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств согласно приложению 4 к настоящему Положению.

84. Алгоритм взаимодействия клинических подразделений с КЦРЦ, приведен в приложении 5 к настоящему Положению.

## **17. Мультидисциплинарная группа**

85. Мультидисциплинарная группа – группа специалистов медицинского и немедицинского профилей, участвующих в оказании онкологической помощи и объединенных общими целями и задачами (далее - МДГ).

86. Целью МДГ является улучшение оказания медицинской, медико-социальной помощи онкологическим больным путем применения мультидисциплинарного и биопсихосоциального подходов в вопросах диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации онкологических больных.

87. Биопсихосоциальный подход - оказание комплексной онкологической помощи с решением, в пределах компетенции организации здравоохранения, всего блока имеющихся у пациента проблем (медицинских, психологических,

социальных и других), с использованием диагностических, лечебных, реабилитационных технологий.

88. Работа МДГ строится на принципах:

- 1) комплексности оказания онкологической помощи;
- 2) индивидуального подхода в оказании онкологической помощи;
- 3) преемственности в планировании и реализации комплекса запланированных и реализуемых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 4) понимания членами МДГ как общих целей, задач и назначения группы, так и своих индивидуальных функций;
- 5) сохранения индивидуальной ответственности специалистов мультидисциплинарной группы за результаты работы.

89. Основными задачами МДГ являются:

- 1) коллегиальный выбор методов диагностики, тактики лечения и динамического наблюдения онкологических больных в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра, клиническими протоколами диагностики и лечения злокачественных новообразований, рекомендациями международных онкологических обществ (ESMO, ASCO, NCCN);
- 2) мониторинг охвата лечением онкологических больных, адекватности, эффективности лечения на амбулаторном, стационарном и стационарозамещающем уровне;
- 3) мониторинг постановки и снятия с диспансерного учета больных с ЗН;
- 4) направление на высокоспециализированную медицинскую помощь в республиканские медицинские организации;
- 5) определение показаний для оказания медико-социальной помощи онкологическим больным.

90. Решение МДГ носит обязательный характер и может осуществляться на всех этапах (амбулаторном, стационарозамещающем, стационарном) и уровнях (районном, городском, областном, республиканском) оказания онкологической помощи.

91. МДГ создается в онкологической организации приказом первого руководителя.

92. В состав МДГ входят:

- заместитель директора по лечебной работе - председатель
- заведующий диспансерным отделением - зам. председателя
- врач радиолог
- врач химиотерапевт
- врач онколог (хирургического профиля)

врач онкогинеколог  
врач маммолог  
врач патоморфолог\*  
медицинской психолог, психолог, врач психотерапевт  
социальный работник  
анестезиолог реаниматолог\*  
врач цитолог\*  
врач лучевой диагностики, врач УЗИ, КТ, МРТ, РНД\*  
старшая медицинская сестра диспансерного отделения – секретарь.

\* данные специалисты приглашаются на заседания МДГ в случае необходимости.

При наличии в составе онкологической организации узкоспециализированных отделений, центры МДГ могут создаваться внутри клинических подразделений.

93. При необходимости для участия в работе МДГ могут приглашаться специалисты консультанты (нейрохирург, фтизиатр, сосудистый хирург и др.) из других медицинских организаций.

94. Заседания МДГ проводятся в онкологическом диспансере ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней). Рекомендуемое время проведения 14.00.- 15.00 часов.

95. Для проведения заседаний МДГ рекомендуется выделение отдельного кабинета, с возможностью осмотра пациентов, технически оснащенного мультимедийной, компьютерной техникой для просмотра результатов обследования.

96. На заседания МДГ направляются:

1) все первичные пациенты с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования (далее – ЗН);

2) пациенты с подозрением на ЗН, диагностика которых затруднена;

3) пациенты с рецидивом онкологического заболевания;

4) пациенты, которым необходимо изменить тактику лечения в связи с возникшими осложнениями, противопоказаниями прогрессирующим процессом, отказом от лечения;

5) пациенты в случае невозможности выполнения рекомендаций предыдущего заседания МДГ по причине осложнений, прогрессирования, наличия противопоказаний, отказов пациента;

6) при направлении пациентов в КазНИИОиР, республиканские медицинские центры, в другие онкологические организации и зарубеж;

7) при назначении таргетных препаратов.

97. Первичных пациентов на заседании МДГ докладывает врач, проводивший первичный осмотр, вторичных пациентов докладывает лечащий врач.

98. Члены МДГ изучают амбулаторную карту, проводят осмотр и принимают коллегиальное решение по тактике ведения пациента. В случае расхождения мнений, решение принимается путем открытого голосования.

99. Решение оформляется в журнале заседаний МДГ, протоколе заседания МДГ (2 экземпляра), которые вклеиваются в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма №025/у) и медицинскую карту стационарного пациента.

100. В случае направления пациентов на лечение в Казахский НИИ онкологии и радиологии на этапе согласования высылается выписка из протокола заседания МДГ с указанием принятого решения по конкретному пациенту.

101. МДГ КазНИИОиР при рассмотрении вопроса о госпитализации принимают во внимание решение регионального МДГ.

102. Контроль за соблюдением рекомендаций возлагается на председателя МДГ и заведующего отделением, в котором находится пациент.";

дополнить приложениями 4 и 5 согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) обеспечить в установленном законодательством порядке:

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

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

3. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Асаинова Д.Е.) обеспечить в установленном законодательством порядке официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на

Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

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

И. о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан

Э. Байжунусов

**Перечень  
материально-технического оснащения кабинета  
централизованного разведения  
цитостатических лекарственных средств**

№	Наименование оборудования и изделий медицинского назначения	Количество (шт./комплект)
1	Ламинарный бокс с отсекающим потоком воздуха, системой ультрафиолетового облучения внутренней камеры и защитным экраном для персонала	1
2	Медицинские шкафы хранения растворов для приготовления цитостатиков	1
3	Роторная термозапаивающая машина для герметичной упаковки шприцев и флаконов с готовыми растворами цитостатиков	1
4	Держатель для рулонов	1
5	Прибор для герметичной упаковки использованных флаконов, шприцев и других отходов	1
6	Полиэтиленовые мешки для упаковки готовых разведенных растворов во флаконах и/или шприцах, рулон 300 мм*200 м	1 рулон на 1000 упакованных цитостатических препаратов
7	Емкости для дезинфицирующих растворов (10 литровой), для обработки поверхностей	4
8	Раковина и дозирующие устройства с жидким мылом и антисептиком для гигиенической обработки рук	1
9	Сейф для хранения цитостатиков	1
10	Облучатель бактерицидный настенный	2
11	Контейнеры для транспортировки химиопрепаратов	1 на каждое клиническое отделение, проводящий химиотерапию
12	Держатели для жидкого мыла и дезинфицирующих средств	1

13	Контейнеры для утилизации использованных химиопрепаратов одноразовые. Класса А, В.	На каждый день по одному контейнеру для шприцов и флаконов
14	Шкаф медицинский для хранения химиопрепаратов закрытый	2
15	Фармацевтический холодильник.	1 на каждый кабинет
16	Гидрометр	1 на каждый кабинет
17	Шкаф для хранения документации	1
18	Шкаф для одежды	2
19	Компьютерный стол	1
20	Компьютерное кресло	1
21	Письменный стол	1
22	Шкаф для хранения одноразовых комплектов защитной одежды	1
23	Камеры видеофиксации	1
24	Компьютер	1
25	Принтер/ксерокс	1
26	Кондиционер	1
27	Душевая кабина	1
28	Стол	4
29	Емкость для бытовых отходов	1
30	Телефон	1
31	Сигнализация	На каждый кабинет

Приложение 2  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 10 января 2014 года № 16  
Приложение 5  
к Положению об организациях,  
оказывающих онкологическую помощь  
населению Республики Казахстан

**Алгоритм взаимодействия клинических подразделений с кабинетом централизованного разведения цитостатических лекарственных средств**

1. Врач клинического подразделения онкологической организации заполняет заявку на разведение цитостатических лекарственных средств (далее - цитостатики) на каждого пациента в двух экземплярах.

2. Заведующий клиническим подразделением контролирует правильность заполнения, соответствия дозировок цитостатиков согласно периодическим протоколам диагностики и лечения злокачественных новообразований и ставит свою подпись.

3. Врач клинического подразделения передает все заявки старшей медицинской сестре своего подразделения.

4. Старшая медицинская сестра клинического подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков.

5. Медицинские работники КЦРЦ регистрируют заявки в "Журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков КЦРЦ" и присваивают каждой заявке регистрационный номер.

6. Медицинские работники КЦРЦ разводят цитостатики согласно поданным заявкам и маркируют флаконы или шприцы.

7. Медицинские работники КЦРЦ упаковывают разведенные цитостатики в стерильные пакеты, маркируют и прикрепляют второй экземпляр заявки.

8. Медицинская сестра клинического подразделения получает разведенные цитостатики согласно поданным заявкам и транспортирует в свое клиническое подразделение в контейнерах.

9. Процедурная медицинская сестра клинического подразделения перед введением цитостатика онкологическому больному обязана проверить соответствие Ф.И.О пациента, маркировку на флаконах или шприцах.

10. В случае обнаружения во флаконе или шприце осадка, помутнения раствора не свойственного данному цитостатику, процедурная медицинская сестра обязана поставить в известность лечащего врача отделения, заведующего КЦРЦ и сохранить данный флакон или шприц в случае выявления вышеуказанных причин проводить инфузию цитостатика запрещается.