

КОДИРОВАНИЕ ПРИЧИН СМЕРТИ

На сайте ФГУ "ЦНИИОИЗ Минздрава РФ" (www.mednet.ru) размещено Руководство по кодированию причин смерти¹. Предлагаем ознакомиться с основными положениями этого методического документа. Руководство предназначено для практических врачей всех клинических специальностей, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, организаторов здравоохранения, медицинских статистиков, а также для студентов медицинских средних и высших учебных заведений.

Смертность населения в РФ к началу XXI века приобрела свои особенности - это крайне низкая продолжительность жизни российских граждан, значительные потери населения в трудоспособном возрасте, проблемы, прежде всего мужской смертности и вступление России на ранее неизведанный путь обратного эпидемиологического развития. Помимо увеличения масштабов потерь, произошла качественная деформация структуры причин смерти, определяющих потери продолжительности жизни за счет увеличения вклада предотвратимых причин. Крут видов патологии заметно расширился за счет болезней органов пищеварения, инфекций и неточно обозначенных состояний.

Стадию эпидемиологического развития страны определяют возрастные, гендерные, нозологические и социальные деформации смертности.

Статистика смертности является одним из основных источников медицинской информации, она позволяет получить надежные данные о здоровье населения. В то же время по статистике смертности можно судить о качестве диагностики и лечения населения.

Исследования авторов руководства показали, что достоверность учета причин смерти в учреждениях здравоохранения (Красноярский и Ставропольский края, Тульская и Владимирская области и др.) находится в диапазоне 35-65 и в целом по области (краю) составляет 50%. В основе ошибок заполнения медицинского свидетельства о смерти лежат недостаточная клиническая подготовка врачей и отсутствие навыков работы с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10)² по выбору и кодированию первоначальной причины смерти. Таким образом, главной про-

блемой статистики смертности является низкая достоверность причин смерти.

Напоминаем читателям, что в настоящее время действуют "Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти", утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н" и "Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н" (см. письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178 "О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти").

МКБ-10 и ее использование

Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра можно определить как систему рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ-10 является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

МКБ-10 стала стандартной международной диагностической классификацией для всех общих эпидемиологических целей и многих целей, связанных с управлением здравоохранением. Они включают анализ общей ситуации со

¹Основное учреждение-разработчик: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. Подготовлено авторским коллективом в составе: к.м.н. Э.И. Погореловой (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); к.м.н. Е.М. Секриеру (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); к.м.н. Д.Ш. Вайсмана (ГУЗ ТОМИАЦ); к.м.н. В.В. Антоноука (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава). Научный редактор - д.м.н., профессор Леонов С.А. (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава).

²МКБ-10 принята приказом Минздрава России от 27.05.97 N 170 как единый нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении. Эта классификация используется для учета и отчетности заболеваемости, причин смерти и обращаемости населения во всех амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения всех ведомств, а также является обязательной для частнопрактикующих врачей. В 1999 г. МКБ-10 внедрена в практику здравоохранения на всей территории Российской Федерации.

здоровьем групп населения, а также мониторинг частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимодействии с различными факторами, такими как некоторые особенности или обстоятельства, влияющие на отдельных лиц.

В то же время МКБ-10 не предназначена для индексации всех отдельных клинических случаев. Имеются трудности в использовании МКБ для изучения финансовых вопросов, таких как выписка счетов или распределение ресурсов.

Первоначально МКБ использовалась как классификация причин смерти, указанных в свидетельстве о смерти. Позднее ее рамки расширены, чтобы включить диагнозы для статистики заболеваемости.

МКБ предназначена, главным образом, для классификации болезней и травм, имеющих официальный диагноз, в то время как не каждое обращение за медицинской помощью может быть обозначено с помощью официального диагноза. Поэтому МКБ предусматривает возможность обработки данных в широком спектре признаков, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указываться вместо диагноза в медицинской документации.

"Семейство" классификаций

Хотя МКБ можно использовать в различных целях, она не всегда позволяет включить достаточно детальные данные по некоторым специальностям, иногда возникает необходимость в информации по различным характеристикам классифицированных состояний. Кроме того, было предложено включить в МКБ информацию, касающуюся состояния здоровья и медицинской помощи.

Поэтому возникла необходимость создания "семейства" классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Существует две основные группы классификаций. Классификации первой группы охватывают данные, относящиеся к диагнозам и состояниям здоровья, и строятся непосредственно на основе МКБ. К ним относятся:

1). Специальные перечни статистических разработок. Они вытекают из МКБ-10, используются для представления данных и облегчения анализа сведений о состоянии здоровья и его динамики путем сокращения перечня рубрик. Они используются для разных форм статистической разработки данных о смертности и заболеваемости. Эти перечни рекомендованы для международных сравнений и публикаций. Существует пять таких перечней: четыре для дан-

ных о смертности и один для данных о заболеваемости.

2) Специализированные варианты, которые объединяют в одном компактном томе те разделы и рубрики, которые относятся к конкретной специальности. Существует несколько специализированных вариантов путем расширения перечня рубрик для специализированных классификаций (онкология, стоматология, дерматология, психиатрия и др.). Они опубликованы отдельно от основной МКБ и используются по мере необходимости.

В этих томах содержатся трехзначные и четырехзначные подрубрики основной классификации МКБ-10, а большая детализация достигается за счет использования пятого и последующих знаков кода.

Вторая группа классификаций охватывает аспекты, относящиеся к нарушениям здоровья, которые не записываются в формальные диагнозы, а также другие классификации, касающиеся медицинской помощи. Она включает классификации инвалидности, медицинских и хирургических процедур, причин обращения в учреждения здравоохранения.

Международная номенклатура болезней (МНБ) является важной частью "семейства" классификаций. Главная цель МНБ - это дать каждой нозологической единице одно рекомендованное название.

Основными критериями выбора этого названия должны быть следующие:

- специфичность, т.е. применимость к одной и только одной болезни;
- однозначность, чтобы название, насколько это возможно, ясно указывало на суть болезни;
- простота названия болезни;
- название должно основано на ее причине, насколько это возможно. Вместе с тем не всегда удается следовать этим критериям. Многие широко распространенные названия болезней, не отвечающие этим принципам, сохранены как синонимы. С другой стороны, некоторые широко распространенные названия (болезнь Паркинсона или болезнь Аддисона) сохранены.

Каждой болезни или синдрому с рекомендованным названием дается однозначное и, по возможности, краткое определение. После каждого определения приводится перечень синонимов. Предполагается, что МНБ будет дополнять МКБ.

Общие принципы классификаций болезней

Статистическая классификация болезней должна ограничиться определенным числом

исключая рубрик, которые охватывают всю совокупность патологических состояний. Рубрики следует выбирать таким образом, чтобы облегчить статистическое изучение болезней. Конкретная болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, должна быть представлена отдельной рубрикой.

Каждая болезнь или патологическое состояние должны занимать строго определенное место в перечне рубрик.

Таким образом, на протяжении всей классификации должны быть предусмотрены рубрики для других и смешанных состояний, которые не могут быть отнесены к каким-либо конкретным рубрикам. Число состояний, отнесенных к смешанным рубрикам, должно быть минимальным. Именно элемент группировки отличает статистическую классификацию от номенклатуры болезней, которая должна иметь отдельные заглавия для каждой известной болезни.

Концепции классификации болезней и номенклатуры болезней, тем не менее, тесно связаны, поскольку номенклатура часто бывает организована по системному принципу.

Статистическая классификация болезней имеет иерархическую структуру с подразделами, что позволяет допускать различные уровни детализации. Она должна обеспечивать возможность идентифицировать конкретную болезнь и представлять статистические данные по широкому группам, чтобы получить полезную и понятную информацию.

Принципы статистической разработки причин смерти

Основным положением, принятым Всемирной ассамблеей здравоохранения, в отношении выбора причины смерти для статистической разработки данных является выбор единственной причины болезни или травмы из свидетельства о смерти.

Первый принцип - статистическая разработка причин смерти производится по одной причине (монопричине). Когда в свидетельстве указана только одна причина смерти, то ее и берут для статистической разработки. Когда же указано более одной причины, то выбор должен осуществляться в соответствии с определенными правилами. Эти правила основаны на концепции первоначальной причины смерти.

Второй принцип - статистическая разработка причин смерти производится по первоначальной причине.

Определение первоначальной причины смерти

На Международной конференции по Шестому пересмотру была достигнута договоренность об использовании в первичных статистических разработках причин смерти термина "первоначальная причина смерти".

С точки зрения предотвращения смерти необходимо прервать цепь болезненных процессов или оказать на определенном этапе медицинскую помощь. Наиболее эффективная мера в рамках общественного здравоохранения заключается в том, чтобы помешать возможной причине проявить свое действие. С этой целью первоначальная причина смерти была определена как:

а) "болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти",

б) "обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму".

Порядок заполнения пункта "причины смерти"

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при заполнении пункта "Причины смерти" медицинского свидетельства о смерти необходимо строго соблюдать порядок записей причин смерти. Вначале врач (фельдшер), заполняющий этот пункт, должен определить, какое заболевание или состояние явилось непосредственной причиной смерти. Сюда не следует включать симптомы и явления, сопровождающие наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная слабость и нарушение дыхания, если оно не были единственным известным состоянием.

Затем необходимо установить предшествующее состояние (промежуточное состояние в цепи болезненных процессов), которое вызвало непосредственную причину смерти. Далее нужно определить первоначальную (основную) причину смерти.

И, наконец, выделить те важные состояния, которые способствовали смерти, но не были непосредственно связаны с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней.

Заполнение пункта "Причины смерти" начинается с непосредственной причины смерти и заканчивается первоначальной причиной смерти, что требует от врача (фельдшера) определенных знаний этиологии, развития и осложнений заболеваний и травм. Запись в пункте "Причины смерти" является как бы "переверну-

тым" клиническим диагнозом и начинается с непосредственной причины смерти, т.к. о ней обычно бывает больше всего информации.

Затем врач (фельдшер) должен выстроить цепочку событий, что привело к непосредственной причине смерти, и определить первоначальную причину смерти, без которой всей цепочки не могло быть.

Основные правила выбора первоначальной причины смерти при заполнении медицинских свидетельств о смерти

Одним из основных правил является соблюдение логической последовательности событий. Выражение "последовательность" относится к двум или более состояниям, записанным в части I свидетельства, при этом каждое состояние является вероятной причиной возникновения другого состояния, указанного одной строкой выше.

Пример 1:

- I. а). Сепсис
- б). Остеомиелит бедренной кости
- в). Перелом нижнего конца бедренной кости
- г). Случайное падение на лестнице в подъезде дома

II. Инсулинзависимый сахарный диабет с нарушением периферического кровообращения.

В данном примере в части I записана по строкам логическая последовательность событий. Логически подтверждается причинно-следственная связь одного состояния с другим, т.е. перелом бедра мог привести к остеомиелиту, а остеомиелит мог привести к сепсису у больного с сахарным диабетом. Все это подтверждает, что свидетельство заполнено правильно.

Вторым важным правилом является так называемый "общий принцип". Если в свидетельстве указано более одного патологического состояния, в качестве первоначальной причины смерти выбирают состояние, которое единственно записано на нижней заполненной строке из первых трех строк части I, только в том случае, если оно могло привести к возникновению всех состояний, записанных в свидетельстве выше него.

В правильно заполненном свидетельстве первоначальная причина должна быть представлена одним диагнозом на нижней заполненной строке из трех первых строк части I, а состояния, которые возникли как следствие этой первоначальной причины, если они имели место, должны быть записаны выше, по одному

на каждой строке, в восходящем порядке соответственно причинной последовательности.

Пример 2:

- I. а). Бронхопневмония
- б). Генерализованные метастазы
- в). Рак нижней доли легкого.

К данному случаю применим общий принцип, значит свидетельство заполнено правильно.

Однако даже если свидетельство не было заполнено правильно, общий принцип, может быть, применим, если состояние, единственно указанное на самой нижней заполненной строке из первых трех строк части I свидетельства, могло послужить причиной возникновения всех других состояний, указанных выше него, даже если они не записаны в правильной причинной последовательности.

Общий принцип не может быть применен, если на нижней строке указано более одного патологического состояния или указанное одно состояние не могло привести к возникновению всех патологических состояний, указанных выше.

Если общий принцип не может быть применен, т.е. свидетельство заполнено неправильно, то следует обратиться к лицу, заполнявшему медицинское свидетельство о смерти, и получить разъяснения записей или рекомендовать правильно переписать медицинское свидетельство о смерти.

В отечественной практике не пользуются правилами выбора, указанными в т.2 МКБ-10 (стр.38), т.к. около 50% медицинских свидетельств о смерти у нас заполняются на основании вскрытия, а в остальных случаях врачи (фельдшеры) заполняют свидетельства, если они уверены в причине смерти.

Предполагаемые прямые последствия другого состояния

В связи с определенными трудностями выбора первоначальной причины смерти при множественных состояниях МКБ-10 рекомендуется считать следующие прямые последствия другого состояния.

Саркома Капоши, опухоль Беркитта и любое злокачественное новообразование лимфоидной, кровеносной и родственных им тканей необходимо рассматривать как прямое последствие ВИЧ-инфекции, если указана эта болезнь. Вместе с тем такое допущение не следует делать в отношении других типов злокачественных новообразований.

Любые инфекционные болезни, классифицированные в рубриках A00-B19, B25-B49, B58-

B64, B99 или J12-J18, следует рассматривать как прямое последствие указанной ВИЧ-инфекции.

Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония любого типа, кровотечение, тромбофлебит, эмболия, тромбоз, септицемия, остановка сердца, почечная недостаточность (острая), аспирация, ателектаз и инфаркт) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если осложнения появились в течение 4-х недель после операции.

Пневмония или бронхопневмония могут рассматриваться как следствие изнурительной болезни (злокачественных новообразований, недостаточности питания) и болезней, вызывающих паралич (травмы головного и спинного мозга, кровоизлияние в мозг или тромбоз сосудов головного мозга, полиомиелит), а также инфекционных болезней и травм.

Любое состояние, описанное как "эмболическое", может рассматриваться как прямое следствие венозного тромбоза, флебита или тромбофлебита, клапанных пороков сердца, мерцания предсердий, родов или любой операции.

Любое состояние, описанное как вторичное, необходимо рассматривать как следствие первичной причины, указанной в свидетельстве.

Вторичную или неуточненную анемию, недостаточность питания, маразм или кахексию можно рассматривать как следствие любого злокачественного новообразования.

Любой пиелонефрит можно рассматривать как следствие задержки мочи при таких состояниях, как гиперплазия предстательной железы или стеноз уретры.

Нефрит можно рассматривать как следствие любой стрептококковой инфекции (скарлатина, стрептококковая ангина и др.).

Обезвоживание можно рассматривать как следствие любой кишечной инфекции.

Операцию на конкретном органе необходимо рассматривать как прямое последствие хирургического заболевания этого органа (например, злокачественная опухоль или травма), указанного в свидетельстве.

Модификация выбранной причины

Отобранная причина смерти не всегда может оказаться полезной и информативной для статистической разработки. Например, если в качестве первоначальной причины была выбрана старость или какая-то генерализованная болезнь, скажем гипертензия или атеросклероз. Это будет менее полезная информация, чем та, которую можно получить, отобрав какое-либо

проявление или результат старения или болезни.

Правила модификации (повторного выбора) выбранной причины направлены на улучшение информативности и повышения точности данных о смертности, и их следует применять после отбора первоначальной причины смерти.

ПРАВИЛО А. СТАРОСТЬ И ДРУГИЕ НЕТОЧНО ОБОЗНАЧЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ

Если в свидетельстве указана старость и другие неточно обозначенные состояния, за исключением рубрики R95 (Внезапная смерть грудного ребенка), а также другие более уточненные болезни или состояния, то повторно выбирают уточненные состояния, а старость и симптомы не принимают во внимание.

Пример 3:

а) Эмфизема легких

б) Старость

Выбирают эмфизему легких(143.9)

ПРАВИЛО Б. БАНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Если выбранная первоначальная причина относится к банальному состоянию, а в свидетельстве указано более серьезное состояние, то проводят повторный выбор причины смерти, как если бы это банальное состояние не было упомянуто.

Пример 4:

а) Остановка сердца

б) Кариес зубов

Выбирают остановку сердца(146.9)

ПРАВИЛО В. СВЯЗАННЫЕ СОСТОЯНИЯ

Если выбранная первоначальная причина связана с одним или несколькими состояниями, указанными в свидетельстве, кодируют комбинацию состояний, если такой код предусмотрен в классификации.

Пример 5:

а) Непроходимость кишечника

б) Бедренная грыжа

Выбирают бедренную грыжу с непроходимостью кишечника (K41.3)

ПРАВИЛО Г. СПЕЦИФИЧНОСТЬ

Если выбранная причина характеризует состояние лишь в общих чертах, а в свидетельстве приведен термин, более точно определяющий локализацию или природу этого состояния, то предпочитают более информативный термин.

Пример 6:

а) Инфаркт мозга

б) Инсульт

Выбирают инфаркт мозга (I63.9)

ПРАВИЛО Д. РАННИЕ И ПОЗДНИЕ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

Если выбранная причина является ранней стадией болезни, а в свидетельстве указано более позднее состояние, то выбирают более позднюю стадию болезни.

Пример 7:

а) Третичный сифилис

б) Первичный сифилис

Выбирают третичный сифилис (A52.9).

Правило Д не применяется в отношении "острых состояний" при хронических заболеваниях, если они специально не оговорены в инструкциях. В этих случаях приоритетным является "острое" состояние.

Пример 8:

а) Хронический холецистит

б) Острый холецистит

Выбирают острый холецистит (K81.0).

Вместе с тем это правило не применяется, если такие случаи оговорены в классификации специальными инструкциями.

Пример 9:

а) Хронический нефрит

б) Острый нефрит

Выбирают хронический нефрит (N03.9), т.к. существует инструкция на этот счет.

ПРАВИЛО Е. ПОСЛЕДСТВИЯ

Если выбранная причина является ранней формой патологического процесса, для которого предусмотрена в классификации самостоятельная рубрика "Последствия", но при этом смерть вызвана остаточными явлениями этого состояния, а не его острой стадией, кодируют соответствующей рубрикой "Последствия" данного состояния.

Пример 10:

а) Фиброз легких

б) Перенесенный туберкулез легких (10 лет назад) Выбирают последствия туберкулеза (B90.9).

Следует помнить, что рубрикой "Последствия" можно пользоваться в случаях после забо-

леваний, состояний или травм, когда закончилась острая (активная) стадия, но остались отдаленные эффекты, которые сохраняются в течение года или более после возникновения заболевания или травмы. Иногда остаточные явления могут быть отнесены к "последствиям", независимо от промежутка времени между началом болезни или травмы и смертью.

Определенные рубрики (B90-B94, E64, E68, G09, I69, O97 и Y85-Y89) следует использовать для кодирования первоначальной причины смерти, чтобы показать, что смерть наступила в результате отдаленных последствий (остаточных явлений) данной болезни или травмы, а не в течение ее активной фазы.

Таким образом, определение первоначальной причины смерти очень важно, т.к. только она используется при статистической разработке причин смерти. При этом важно знать правила выбора первоначальной причины смерти и исключения, а также прямые и отдаленные последствия. Важно правильно выбрать первоначальную причину смерти для последующего кодирования.

Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти", утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н¹

I. Общие положения

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС), и для государственного статистического учета.

3. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация) и лица-

¹Источник: приложение 2 к письму Минздравсоцразвития РФ от 26.12.2008 N 14-6/10/2-08 "О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти".

ми, занимающимися частной медицинской практикой (далее - частнопрактикующий врач).

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, Медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

4. Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти.

В случае если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства.

В случае если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о смерти

5. Медицинское свидетельство выдается членам семьи, а при их отсутствии близким родственникам умершего(ей) или законному представителю умершего(ей), а также правоохранительным органам по их требованию, после подписи получателя на корешке Медицинского свидетельства. Корешок остается в медицинской организации или у частнопрактикующего врача.

В случае смерти в медицинской организации выдача труп без Медицинского свидетельства запрещается.

Когда захоронение умершего(ей) производится медицинской организацией, последняя обязательно заполняет Медицинское свидетельство, представляет его в трехдневный срок в орган ЗАГС для государственной регистрации.

6. При производстве вскрытий в централизованных патологоанатомических отделениях оформляется выписка из протокола (карты) патологоанатомического исследования, которая передается в медицинскую организацию, где произошла смерть. Медицинское свидетельство

выдается данной медицинской организацией, при этом раздел "причины смерти" заполняется в соответствии с заключением врача-патологоанатома.

7. Медицинское свидетельство выдается с пометкой "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

Медицинское свидетельство с отметкой "предварительное" выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования.

Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство "взамен окончательного".

При выдаче Медицинского свидетельства "взамен предварительного" или "взамен окончательного" ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства.

Медицинские свидетельства "взамен предварительного" и "взамен окончательного" используются для статистической разработки причин смерти.

8. Запрещается оформление Медицинского свидетельства заочно, без личного установления врачом (фельдшером, акушеркой) факта смерти.

Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший(ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

9. Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации, в которой произошла смерть или проводилось вскрытие. Заверяется Медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача.

10. Медицинские организации и частно-практикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства.

Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 10 ноября 2003 г. N 677 "Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области".

В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов РФ: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр - для автономных округов.

Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта РФ.

На бланке Медицинского свидетельства должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

11. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись "испорчено", и они остаются в книжке бланков.

12. В случае утери Медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу "дубликат" на основании находящейся на хранении медицинской документации.

13. Медицинские организации и частно-практикующие врачи при заполнении Медицинского свидетельства в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее - МКБ-10), в случае смерти от заболеваний должны проставлять один код первоначальной причины смерти, в случае смерти от травм или отравлений - два кода: один - по характеру травмы (отравления), второй - внешней причины. Для анализа по множественным причинам проставляют коды всех остальных причин смерти.

14. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта РФ.

На уровне субъекта РФ уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики.

Руководитель медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности их заполнения и представления в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти, если захоронение производит медицинская организация.

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильно заполненного Медицинского свидетельства:

а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства;

б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т.д.

15. Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, номер, серия и причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в первичной медицинской документации.

III. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о смерти

16. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, из-

готовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью "исправленному верить", подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

17. Заполнение Медицинского свидетельства производится вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

18. Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись "неизвестно", "не установлено" или ставится прочерк.

19. При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО.

В случае заполнения Медицинского свидетельства частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках.

Далее указывается серия и номер Медицинского свидетельства, дата его выдачи в формате "число, месяц, год" (например, 05.08.2008) и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного" - в соответствии с пунктом 3 настоящей инструкции.

20. При заполнении Медицинского свидетельства:

в пунктах 1-3, 5, 6, 12 делается запись в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего(ей);

в пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность; у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, - на основании свидетельства о рождении. Если нет сведений, делается запись "неизвестно";

в пункте 2 указывается пол - мужской или женский;

в пункте 3 указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочер-

ки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв "XX" вместо неизвестных сведений (например, "XX.XX.1985");

в пункте 4 из первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего(ей) (число, месяц, год, например, 05.12.2007) и время, а если неизвестно, ставится прочерк;

в пункте 5 "Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей)" вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно";

в пункте 6 указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

в пункте 7 указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей);

в пункте 8 указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности;

в пункте 9 отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте;

в пункте 10 указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок - доношенным (при сроке беременности 37 - 41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более);

в пункте 11 записываются сведения о детях в возрасте от 168 часов до 1 года:

масса тела при рождении в граммах (например, 1050);

каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных);

дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет).

Все сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из соответствующей первичной медицинской учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение умершего ребенка;

в пункте 12 "Семейное положение" делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно".

Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в РФ, является документ, удостоверяющий личность иностранного

гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в РФ, являются:

1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

2) разрешение на временное проживание;

3) вид на жительство;

4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором РФ в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у умершего(ей) отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 1 - 3, 5, 6, 12 Медицинского свидетельства и пункты 1 - 3, 5 корешка Медицинского свидетельства со слов родственников, о чем должна быть сделана отметка "со слов родственников" в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации или подписью частнопрактикующего врача и его печатью;

пункт 13 "Образование" заполняется со слов родственников:

в позиции "профессиональное": "высшее" отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; "неполное высшее" - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; "среднее" - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; "начальное" - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.);

в позиции "Общее": "среднее (полное)" указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; "основное" - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10 - 11 клас-

сов среднего общеобразовательного учреждения; "начальное" - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4 - 9 классов образовательного учреждения;

пункт 14 "Занятость" заполняется со слов родственников:

в позиции "был(а) занят(а) в экономике":

к "руководителям и специалистам высшего уровня квалификации" относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, финансист, экономист и др.);

к "прочим специалистам" относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

к "квалифицированным рабочим" относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйства, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

к "неквалифицированным рабочим" относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и другие), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обраба-

тывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.);

к "занятым на военной службе" относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны;

в позиции "не был(а) занят(а) в экономике":

к "пенсионерам" относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

к "студентам и учащимся" относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

к "работающим в личном подсобном хозяйстве" относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

к "безработным" относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

к "прочим" относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;

в пункте 15 "Смерть произошла" после уточнения обстоятельств случая смерти указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).

Конкретный род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и др.) указывается тот, который был установлен правоохранными органами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в Медицинском свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: "Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы". Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи Медицинского свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с про-

хождением действительной военной службы не производится;

в пункте 16 "В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти" указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла.

Данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения;

в пункте 17 "Причины смерти установлены" делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером (акушеркой), патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт;

в пункте 18 "Я, врач (фельдшер, акушерка)", указывается фамилия, имя, отчество, должность лица, заполнившего Медицинское свидетельство, отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти;

в пункте 20 "В случае смерти в результате ДТП": в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки - "1" и "2", а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8 - 30 суток после него - отметку "1";

пункт 21 заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов;

в пункте 22 указывается фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частнопрактикующим врачом, указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью;

в пункте 23 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

21. При заполнении пункта 19 "Причины смерти" необходимо соблюдать следующий порядок записи причин смерти.

Из заключительного клинического диагноза выбирается одна первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с ее осложнениями указывается в подпунктах "а - г" части I пункта 19 Медицинского свидетельства:

- а) непосредственная причина;
- б) промежуточная причина;
- в) первоначальная причина;
- г) внешняя причина при травмах (отравлениях).

В части II пункта 19 Медицинского свидетельства указываются прочие важные причины смерти.

Первоначальной причиной смерти являются:

- болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти;
- обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

В Медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями:

в каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления;

заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1 - 2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины;

в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

Часть II пункта 19 включает прочие причины смерти - это те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопут-

ствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжили основное заболевание и ускорили смерть). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также производственные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в часть II пункта 19 Медицинского свидетельства.

Не рекомендуется включать в Медицинское свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

После заполнения всех необходимых строк Медицинского свидетельства необходимо произвести выбор первоначальной причины смерти.

В статистическую разработку включается только одна первоначальная причина при смерти от заболеваний и две причины при смерти от травм (отравлений): первая - по характеру травмы (XIX класс МКБ-10), вторая - внешняя причина (XX класс МКБ-10).

Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на строке подпункта в) части I, но и на других строках. Например, промежуточная причина смерти может быть отобрана как первоначальная; при этом последняя будет располагаться на строке подпункта б).

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Медицинском свидетельстве кодируют все записанные заболевания (состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе "Код по МКБ-10" напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других

причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись "неизвестно".

Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10).

Государственная статистика материнской смертности основывается на Медицинских свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роеницу, родильницу.

Согласно рекомендациям МКБ-10:

материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43 - 365 дней после окончания беременности.

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Случай материнской смерти следует подразделять на две группы:

смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;

смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

IV. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о смерти

22. В пунктах 1-13 корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

23. В пункте 14 Корешка "Фамилия, имя, отчество получателя" указывается фамилия, имя, отчество получателя Медицинского свидетельства.

Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения Медицинского свидетельства и ставится подпись получателя.

24. Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их выдачи в течение 1 календарного года после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

