



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

27.11.2023 № 13-2/И/2-22091

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти субъектов  
Российской Федерации в сфере  
охраны здоровья

Руководителям службы  
медицинской статистики органов  
исполнительной власти субъектов  
Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

Руководителям федеральных  
государственных бюджетных  
организаций, подведомственных  
Минздраву России

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет для использования в работе методические рекомендации «Порядок оформления медицинских документов о смерти в случае отсутствия патологоанатомического вскрытия», разработанные специалистами Минздрава России и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

Приложение: на 46 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 22EE7FFB661DE73FC07C91C071A1B479  
Кому выдан: Фисенко Виктор Сергеевич  
Действителен: с 14.07.2023 до 06.10.2024

В.С. Фисенко

**ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

---

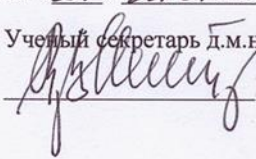
**ПРИНЯТО**

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»  
Минздрава России

Протокол № 6

От «27» июля 2022г.

Ученый секретарь д.м.н., доцент

  
В.В. Люцко

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава  
России, доктор медицинских наук,  
профессор



О.С. Кобякова

«27» июля 2022 г.

**Порядок оформления медицинских документов о смерти  
в случае отсутствия патологоанатомического вскрытия**

Методические рекомендации № 8-22

2022 год

УДК  
ББК

**Организация-разработчик:** ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Составители:** Вайсман Д.Ш., Деев И.А., Несветаило Н.Я., Латышова А.А. Кондратюк С.Ю.

**Рецензенты:**

Стародубов В.И. - д.м.н., профессор, академик РАН, Научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Сабгайда Т.П. – д.м.н., профессор, Главный научный сотрудник отделения анализа статистики здоровья населения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

**Аннотация**

В методических рекомендациях изложен порядок статистического учета и кодирования случая смерти, а также оформления медицинского свидетельства о смерти в случае отсутствия патологоанатомического вскрытия с использованием Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, и официальными обновлениями ВОЗ 1996–2021 гг., а также с использованием сведений, содержащихся в информационных системах в сфере охраны здоровья. Методические рекомендации содержат сведения о формировании медицинского свидетельства о смерти в Федеральном реестре медицинских документов о смерти, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 03.02.2022 №99.

Приведены правила выбора первоначальной причины смерти с примерами оформления медицинских свидетельств о смерти (МСС), предоставлена информация о компоненте «Федеральный реестр медицинских документов о смерти» (ФРМДС).

Методические рекомендации предназначены для врачей всех клинических специальностей, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, врачей-статистиков, врачей-методистов, организаторов здравоохранения, преподавателей и студентов медицинских ВУЗов, пользователей компонента «Федерального реестра медицинских документов о смерти», специалистов медицинских информационно-аналитических центров.

Методические рекомендации могут использоваться при проведении экспертиз в рамках внутреннего и ведомственного контроля правильности заполнения и кодирования причин смерти при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

## Оглавление

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
1. Общие положения.....	6
2. МКБ-10.....	8
3. Алгоритм кодирования диагнозов.....	11
4. Основная учетно-отчетная медицинская документация, используемая в статистике смертности .....	13
5. Принципы кодирования причин смерти.....	16
6. Оформление первичной медицинской документации в случаях смерти.....	17
7. Порядок формирования медицинских документов о смерти без патологоанатомического вскрытия.....	24
8. Федеральный реестр медицинских документов о смерти ЕГИСЗ.....	31
Заключение.....	41
Список литературы.....	43
Приложение 1.....	45

## **Список сокращений**

ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ЕГИСЗ – Единая государственная информационная система здравоохранения

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МО – медицинская организация

МСС – Медицинское свидетельство о смерти

МСПС – Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

НСИ – нормативно-справочная информация

СЭМД – структурированные электронные медицинские документы

ФЗ – Федеральный закон

ФРМДС – федеральный реестр медицинских документов о смерти

## **Введение**

В настоящее время, при заполнении медицинских документов о смерти возникают вопросы, когда, в силу определенных обстоятельств не проводилось патологоанатомические вскрытие. Эти вопросы касаются, прежде всего, оформления МСС, применения правил кодирования и выбора причин смерти, кто из медицинских работников имеет право выписывать такие МСС и ряд других. Эти вопросы имеют практическое значение, так как, часть МСС (25%, 2021 г.) выдается без проведения вскрытий.

Настоящие методические рекомендации содержат информацию о порядке оформления медицинских документов о смерти при отсутствии патологоанатомического и судебно-медицинского вскрытия в соответствии с нормативными правовыми актами, в том числе с использованием сведений в информационных системах в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации, для правильного кодирования и выбора причин смерти, а также для формирования документов о смерти в Федеральном реестре медицинских документов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМДС ЕГИСЗ), и проведения экспертиз в рамках внутреннего и ведомственного контроля.

## 1. Общие положения

«Международная статистическая классификация болезней, сокращенно называемая МКБ – это система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с общепринятыми критериями».

Целью международной классификации болезней является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время (МКБ-10, том 2).

Международную классификацию болезней следует рассматривать в более широком плане, а именно, как:

- один из важнейших разделов медицинской статистики;
- средство перевода диагнозов болезней на международный язык кодов, понятный всем врачам других стран; при этом важно принятие единых правил формулирования клинического диагноза, его написания и кодирования;
- единый нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении, позволяющий разрабатывать единые форматы представления статистических данных;
- средство для обеспечения достоверности статистических данных, позволяющих принимать адекватные управленческие решения;
- определяющий документ всей системы стандартизации в здравоохранении, например, для сопоставления экономических стандартов с международными, это, прежде всего, касается таких категорий как врач, больничная койка, посещение и т.д.;

- основу для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению; стандарты разрабатываются на основе детальных группировок МКБ и служат эталоном оказания качественной медицинской помощи;

- средство обеспечения единой группировки болезней для сопоставимости международных статистических данных о заболеваемости и смертности населения;

- способ обеспечения методического единства и сопоставимости результатов обследования здоровья населения различных стран;

- системообразующий документ, позволяющий в экспериментальных условиях объединить в решении отдельных проблем здоровья населения практически все разделы реформирования здравоохранения: определение приоритетов, структурные преобразования, экономические методы управления, обеспечение качества медицинской помощи, нормативную правовую базу, формирование программ по здравоохранению и оценку их эффективности, информационные технологии и управление;

- инструмент для изучения использования ресурсов, анализа и оценки деятельности системы здравоохранения; в условиях экономного использования ресурсов МКБ-10 используется для изучения состава госпитализированных больных, контроля за использованием дорогостоящих средств диагностики, лечения и т.д.;

- инструмент контроля качества оказания медицинской помощи пациентам;

- зеркало, отражающее современный уровень медицинской науки и ее основных теоретических знаний об этиологии и патогенезе различных заболеваний;



- способ получения данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, указываемых вместо диагноза в медицинской документации;
- неотъемлемый раздел подготовки врачей, руководителей всех уровней и менеджеров в здравоохранении;
- важнейший юридический, медицинский и статистический документ.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает, что «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» является краеугольным камнем статистики здравоохранения. Она отражает условия человеческого существования от рождения до смерти: в ней представлены кодовые обозначения каждой болезни или травмы, с которой мы сталкиваемся в течение жизни, различных обстоятельств и причин, которые могут привести к смерти.

## **2. МКБ-10**

«Международная статистическая классификация болезней, сокращенно называемая МКБ, – это система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями» (МКБ-10, том 2, с. 2). МКБ-10 – это международная стандартная диагностическая классификация для решения всех основных эпидемиологических задач и многих других задач, связанных с управлением здравоохранения».

Классификация построена по иерархическому принципу: класс, блок, рубрика, подрубрика. Сердцевиной международной классификации болезней является трехзначный код, являющийся обязательным уровнем кодирования данных о смертности для предоставления в ВОЗ, а также для проведения международных сопоставлений. На уровне регионов используется четырехзначный код [3, 6, 8].

**Том 1** – состоит из двух частей и содержит:

- полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, включающий преимущественно нозологические формулировки диагнозов заболеваний (состояний), травм, внешних причин, факторов, влияющих на здоровье и обращений;
- кодированную номенклатуру морфологии новообразований;
- специальные перечни для сводных статистических разработок данных смертности и заболеваемости.

**Том 2** – содержит основные сведения и правила пользования МКБ-10, инструкции по кодированию смертности и заболеваемости, форматы представления статистических данных и историю развития МКБ.

**Том 3** – представляет собой алфавитный указатель болезней, травм и внешних причин, а также таблицу лекарственных средств и химических веществ, содержащую около 5,5 тыс. терминов.

Классификация состоит из 22 классов.

**Класс** – это сгруппированный перечень болезней, имеющих общие признаки. Каждый класс содержит достаточное число рубрик для охвата всех известных заболеваний и состояний.

Классы подразделяются на неоднородные **блоки**, группировка болезней в которых различна (например, способ передачи инфекции, локализация новообразований и т.д.).

Блоки в свою очередь состоят из трехзначных **рубрик**, которые представляют собой код, состоящий из 3-х знаков – буквы и 2-х цифр. Некоторые из трехзначных рубрик представляют только одно заболевание, отобранное в зависимости от частоты встречаемости или значимости для здравоохранения, другие – для групп болезней.

Большинство трехзначных рубрик подразделено еще на четырехзначные подрубрики, т.е. имеют 4-й знак. Подрубрики имеют неодинаковое содержание: это могут быть анатомические локализации, осложнения, варианты течения, формы болезней и т.д. [3, 6].

Четырехзначные подрубрики представлены знаками от 0 до 9. Рубрика может содержать не все 9 знаков, имеющих неодинаковый смысл. Чаще всего 4-й знак «8» означает «другие уточненные состояния», относящиеся к данной рубрике, которые в большинстве случаев включены в том 3 МКБ-10, называемый Алфавитным указателем.

Начиная с 1996 года, ВОЗ на своем официальном сайте ежегодно публикует обновления МКБ-10<sup>1</sup> в которых отражаются новые правила, изменяются подходы к кодированию, уточняются отдельные положения и понятия.

Обновлениями ВОЗ в МКБ-10 добавлены новые рубрики и подрубрики, часть рубрик и подрубрик были исключены, а также был определен перечень рубрик, неиспользуемых в качестве первоначальной причины смерти (Приложение).

Внесены также изменения в правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти, разработан новый алгоритм выбора первоначальной причины смерти<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

<sup>2</sup> [https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2\\_en\\_2016.pdf](https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf)

### **3.Алгоритм кодирования диагнозов**

Для присвоения кода диагноза используют специальный алгоритм кодирования (МКБ-10, том 2, с. 31-32):

3.1. В учетном медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, нужно определить формулировку диагноза, подлежащую кодированию.

3.2. В формулировке диагноза нужно определить ведущий нозологический термин и осуществить его поиск в Алфавитном указателе (МКБ-10, том 3). В Указателе термин чаще всего отражен в форме существительного. Однако следует помнить, что в качестве ведущих терминов в Указателе встречаются названия некоторых болезненных состояний в форме прилагательного или причастия [7].

3.3. Найдя в Указателе ведущий нозологический термин, необходимо ознакомиться со всеми примечаниями, расположенными под ним, и руководствоваться ими.

3.4. Далее нужно ознакомиться со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти определения не оказывают влияние на кодовый номер), а также со всеми терминами, данными с отступом под ведущим термином (эти определения могут оказывать влияние на кодовый номер), до тех пор, пока не будут учтены все слова в нозологической формулировке диагноза.

3.5. Необходимо внимательно следовать за любыми перекрестными ссылками («см.» и «см. также»), найденными в Указателе.

3.6. Чтобы удостовериться в правильности выбранного в Указателе кодового номера, следует сопоставить его с рубриками 1 тома МКБ-10 и учесть, что трехзначный код в Указателе со знаком тире на месте

четвертого знака означает, что в томе 1 можно найти соответствующую подрубрику с четвертым знаком. Дальнейшее дробление таких рубрик с помощью дополнительных знаков кода в Указателе не приводится, и если оно используется, то должно быть указано в томе 1.

3.7. Используя 1-й том МКБ-10, необходимо руководствоваться всеми включенными и исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.

3.8. Затем формулировке диагноза необходимо присвоить код.

3.9. Важно не забыть про двойное кодирование некоторых состояний: система символов со значками «†» (крестик) и «\*» (звездочка). Коды со значком «\*» (звездочка) в официальной статистике не используются и применяются только для специальных целей [5,7].

4.0 Необходимо ознакомиться с правилами учета, кодирования и выбора первоначальной причины смерти при состояниях из класса XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (R00-R99), учитывая, что часть рубрик данного класса не могут использоваться в качестве первоначальной причины смерти.

#### **4. Основная учетно-отчетная медицинская документация, используемая в статистике смертности**

##### **4.1. Учетная медицинская документация**

**«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»** (далее – Карта) – учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации,

используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом Российской Федерации 20.02.2015, регистрационный номер 36160).

**«Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»** (далее – Талон) – учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом Российской Федерации 20.02.2015, регистрационный номер 36160).

**«История развития ребенка»** (далее – История) учетная форма ...№ 112/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и письмом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 ноября 2009 г. №14-6/242888 [О правомочности действия приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 года № 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения"]].

**«Медицинская карта стационарного больного»** (далее – Медкарта) – учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

**«Статистическая карта выбывшего из стационара»** (далее – Статкарта) – учетная форма № 066/у-02, утвержденная приказом Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

**«Протокол патолого-анатомического вскрытия»** – учетная форма № 013/у, утвержденная приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

**«Акт судебно-медицинского исследования трупа»** – учетная форма № 171/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

**«Медицинское свидетельство о смерти» (МСС)** – учетная форма № 106/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

**«Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (МСПС)** – учетная форма № 106-2/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

#### **4.2. Отчетная медицинская документация**

В отчетных формах федерального статистического наблюдения содержится информация о пациентах с заболеваниями по всем классам МКБ-10:

**«Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»** – форма федерального статистического наблюдения № 12, утвержденная приказом Росстата от 20.12.2021 № 932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их

заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (форма № 12).

**«Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»** – форма федерального статистического наблюдения № 14, утвержденная приказом Росстата от 20.12.2021 № 932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (форма №14).

В данные отчетные формы включается информация не только о заболеваемости, но и о случаях смерти пациентов. На основании вышеуказанных отчетных форм рассчитываются основные статистические показатели, характеризующие уровень общей и первичной заболеваемости населения, уровень госпитальной заболеваемости, больничной летальности и др.

## **5. Принципы кодирования причин смерти**

Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая была одобрена на Международной конференции по Шестому пересмотру в 1948 году.

Первоначальная причина смерти – это:

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



Это определение продиктовано тем, что, выстроив цепь событий, приведших к смерти, можно в ряде случаев повлиять на нее, с целью предотвращения смерти.

В случае смерти оформляется МСС. Оформление МСС производится в соответствии с МКБ-10 и порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (далее - приказ 352н).

При этом должна быть обязательно указана логическая последовательность патогенеза болезни в соответствии с «Общим принципом» (МКБ-10, том 2, с. 38).

При оформлении МСС врач (фельдшер, акушерка) заполняют все строки п. 22 МСС с соблюдением логической последовательности, производят кодирование всех записанных состояний, отбор необходимых причин смерти и выбор первоначальной причины смерти с помощью автоматизированных систем, позволяющих при правильном заполнении строк МСС автоматически выбирать первоначальную причину смерти в соответствии с правилами МКБ-10.

Кодирование всех заболеваний и состояний, связанных со смертью, производится в пункте 22 «Причины смерти» МСС. Он включает в себя два раздела, каждый из которых заполняется в соответствии с правилами МКБ-10.

## **6. Оформление первичной медицинской документации в случаях смерти**

В случае летального исхода на дому, в медицинской организации или в другом месте в первичной медицинской документации (Карте, Медкарте) лечащим врачом оформляется посмертный эпикриз, в котором записывается заключительный посмертный клинический диагноз.

Посмертный эпикриз обязательно должен включать следующую информацию: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место регистрации, с какого года умерший наблюдался в медицинской организации, какими заболеваниями болел, какие травмы были, по поводу каких заболеваний находился под диспансерным наблюдением, информация о последнем эпизоде оказания медицинской помощи, (дата, объективные данные, заключительный клинический посмертный диагноз), п. 22 МСС, его серия, номер и дата выдачи.

Заключительный клинический диагноз в посмертном эпикризе для целей статистического учета должен содержать следующие разделы:

1. основное заболевание
2. осложнения основного заболевания, включающие смертельные
3. внешняя причина (только при травмах и отравлениях)
4. фоновые заболевания (при наличии)
5. конкурирующие заболевания (при наличии)
6. сопутствующие заболевания (при наличии)

Основное заболевание в случаях летального исхода выбирается, чаще всего, в последнем эпизоде оказания медицинской помощи пациенту.

В качестве диагноза основного заболевания может быть записана только одна нозологическая единица – заболевание или состояние, обозначенное в МКБ-10 самостоятельной рубрикой или подрубрикой.

МСС оформляется лечащим врачом, если причина смерти известна и имеются соответствующие записи в первичной медицинской документации. При этом посмертный диагноз должен быть уточнен, и указание патогенеза умирания (логической последовательности) в МСС обязательно. Если логическая последовательность отсутствует, т.е. не указаны осложнения основного заболевания, которые привели к смерти, то такое основное заболевание без осложнений не может быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти.

Если причина смерти не установлена (статья 67 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и в первичной медицинской документации отсутствует информация о динамическом или диспансерном наблюдении пациента, труп должен быть направлен на патологоанатомическое вскрытие, а при подозрении на насильственную причину смерти – на судебно-медицинское вскрытие для установления причин смерти и выдачи МСС [9].

Если причина смерти известна и имеются записи о динамическом наблюдении, лечащим врачом выдается окончательное МСС.

#### Форма МСС (п. 22):

22. Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ
I. а)		□ □ □ □ . □ □
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)		□ □ □ □ . □ □
б)		□ □ □ □ . □ □
(патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)		□ □ □ □ . □ □
в)		□ □ □ □ . □ □
(первоначальная причина смерти указывается последней)		□ □ □ □ . □ □
г)		□ □ □ □ . □ □
(внешняя причина при травмах и отравлениях)		□ □ □ □ . □ □
II. прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		□ □ □ □ . □ □
		□ □ □ □ . □ □
		□ □ □ □ . □ □

Раздел I содержит строки:

- а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти;
- б) патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»;
- в) первоначальная причина смерти указывается последней;
- г) внешняя причина при травмах и отравлениях.

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 22 МСС 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 МСС и в другом порядке, начиная с непосредственной причины. В части I пункта 22 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

## Пример

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
<b>I а) гиповолемический шок</b> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час.	R	5	7	.	1
<b>б) желудочное кровотечение</b> патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в п. а)	3 час.	K	9	2	.	2
<b>в) Хроническая язва желудка с кровотечением</b> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	<u>K</u>	<u>2</u>	<u>5</u>	:	<u>4</u>
<b>г)</b> _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
<b>II.</b> Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <b>Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью</b>	10 лет	<b>I11.0</b>				

В данном примере на строках а-в указана правильная логическая последовательность (состояние на строке в) является причиной возникновения состояний, записанных на строках выше), заполнены промежутки времени между началом патологических процессов и смертью, подобраны коды МКБ-10 к каждому записанному состоянию, код первоначальной смерти на строке в) подчеркнут, в части II записано прочее состояние, способствовавшее смерти.

МСС (п. 22) заполнено в соответствии с установленными правилами.

Следует помнить, что в качестве основного заболевания не могут фигурировать термины «сочетанное» заболевание, «множественные» заболевания. Всегда должно быть выбрано только одно «основное» заболевание, или одна «первоначальная причина смерти» в соответствии с правилами МКБ-10.

Часть II пункта 22 МСС включает прочие причины смерти – это те важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и

сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти.

В «прочие важные состояния, способствовавшие смерти» включают любые состояния из фоновых, конкурирующих и сопутствующих болезней, которые, по мнению врача, способствовали смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили наступление смерти).

Ряд болезней, таких как некоторые хронические цереброваскулярные заболевания, хронические ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего, их необходимо включать в часть II пункта 22 МСС.

В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Не следует включать в МСС в качестве причин смерти состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как острая сердечная или дыхательная недостаточность (МКБ-10, том 2, с. 33), которые встречаются у всех умерших.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в МСС кодируют все записанные заболевания (состояния) как из части I, так и из части II МСС.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывают в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивают. Коды других причин смерти записывают в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывают 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 среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

После заполнения всех необходимых строк пункта 22 МСС необходимо присвоить код всем записанным состояниям и, в соответствии с правилами МКБ-10 выбрать первоначальную причину смерти.

Если МСС заполнено в соответствии с установленными требованиями, соблюдена логическая последовательность и правила выбора первоначальной причины смерти МКБ-10, то в соответствии с «Общим принципом», первоначальная причина смерти будет находиться на самой нижней заполненной строке части I МСС.

Для проверки информации и правильного выбора первоначальной причины смерти, специалисты, осуществляющие кодирование, должны иметь доступ ко всей информации, содержащейся в МСС. Нельзя считать удовлетворительной ситуацию, когда им предоставляются только сведения о причине смерти, представленные тем лицом, кто удостоверял факт смерти. Будет правильнее, если специалист, ответственный за кодирование будет иметь доступ как к данным о причине смерти,

указанным в МСС, так и к сведениям обо всех перенесенных заболеваниях или полученных травмах.

Пример правильного заполнения п.22 МСС в случае смерти от ДТП (двойное кодирование):

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
<b>I а) <u>отек головного мозга травматический</u></b> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	<b>2 часа</b>	<b>S</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>:</b>	<b>1</b>
<b>б) <u>Кровоизлияние субдуральное травматическое</u></b> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	<b>1 сутки</b>	<b>S</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>.</b>	<b>5</b>
<b>в) _____</b> первоначальная причина смерти указывается последней						
<b>г) <u>Столкновение пешехода с легковым автомобилем</u></b> <b><u>травма пешехода, дорожный несчастный случай</u></b> внешняя причина при травмах и отравлениях	<b>1 сутки</b>	<b>V</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>:</b>	<b>1</b>
<b>II.</b> Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <b>Перелом основания черепа</b>	<b>1 сутки</b>	<b>S02.1</b>				

Смертность – важнейший демографический процесс, участвующий в формировании естественного движения населения и влияющий на ожидаемую продолжительность жизни.

Показатель смертности – это число смертей по отношению к численности населения. Различают общие показатели, показатели по причинам смерти, показатели материнской, перинатальной, младенческой, детской смертности.

Уровень показателей смертности и причин смерти используется для определения политики в здравоохранении, для разработки и оценки эффективности программ в области общественного здоровья, для анализа



заболеваемости по смертности, для изучения структуры смертности и влияний на нее факторов внешней среды.

В современных условиях одной из важных первостепенных задач для экономики является изучение медико-демографических процессов и, прежде всего, смертности, как одного из наиболее надежных и достоверных показателей состояния здоровья населения.

Наиболее резкие отличия структуры смертности населения России, как от развитых, так и от развивающихся стран заключаются в недостоверной статистике смертности, связанной с несоблюдением правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти, а также отсутствием автоматизированных систем кодирования.

Детальная информация о смертности дает представление о том, от каких болезней чаще всего умирают люди и что необходимо для выработки соответствующих профилактических программ, разработки новых методов диагностики, лечения и реабилитации.

## **7. Порядок оформления медицинских документов о смерти без патологоанатомического вскрытия**

Выдача МСС без проведения патолого-анатомического вскрытия регламентирована Федеральным законом от 21.11.2021 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и не всегда зависит от мнения родственников умершего [9].

В соответствии со статьей 3 Федерального закона № 323-ФЗ, «По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя

умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:
  - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, вовремя или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
  - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
  - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
  - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
  - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
  - е) рождения мертвого ребенка;
  - ж) необходимости судебно-медицинского исследования».

Таким образом, Федеральный закон № 323-ФЗ четко определяет условия, при которых проведение вскрытия обязательно. Во всех

остальных случаях МСС может быть оформлено без проведения патолого-анатомического вскрытия.

Однако в этих случаях должны быть соблюдены основания для оформления МСС по данным первичной медицинской документации.

К этим основаниям относятся:

1. Наличие в первичной медицинской документации установленного, а в случае злокачественного новообразования, верифицированного диагноза заболевания, послужившего первоначальной причиной смерти;

2. Наличие диспансерного или динамического наблюдения за умершим в последнюю неделю перед смертью;

3. Наличие смертельных осложнений, зарегистрированных или подтвержденных с помощью «вербальной аутопсии»;

4. Отсутствие признаков насильственной смерти при осмотре трупа.

При отсутствии записей в первичной медицинской документации посмертный диагноз основного заболевания не может быть установлен на основании осмотра трупа. В этом случае должно быть проведено патолого-анатомическое, а при подозрении на насильственную смерть, судебно-медицинское исследование трупа.

Ответственность за констатацию случая смерти, установление причин смерти и выдачу МСС, несет врач, оформивший МСС.

МСС – юридический документ, который выдается только на основании записей в первичной медицинской документации и должен им полностью соответствовать.

Для получения медицинской информации об умершем пациенте используют:

- данные электронной медицинской карты;

- данные бумажного носителя медицинской карты (при наличии);
- данные вербальной аутопсии, записанные в медицинской карте.

Порядок записи п. 22 МСС регламентирован приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».

Следует обратить внимание на п.6 порядка выдачи МСС, который предусматривает, что «медицинское свидетельство о смерти оформляется (формируется) следующими медицинскими работниками:

- после патологоанатомического вскрытия — врачом-патологоанатомом;
- после проведения судебно-медицинской экспертизы или судебно-медицинского исследования трупа — врачом судебно-медицинским экспертом;
- на основании записей в медицинской документации — врачом (фельдшером, акушеркой), установившим смерть;
- во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за пациентом — лечащим врачом.

В п.6 учетной формы №106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» предусмотрены те же правила, кроме следующего: «во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за матерью ребенка — лечащим врачом».

Таким образом, в приказе № 352н закреплён перечень медицинских работников, имеющих право оформлять медицинские документы о смерти без проведения патологоанатомического вскрытия: врач (фельдшер, акушерка), установивший смерть и лечивший умершего

пациента. Врачи-патологоанатомы и врачи судебно-медицинские эксперты не могут выдавать МСС без проведения вскрытия.

При заполнении МСС необходимо учесть, что:

1. В случае смерти пациента в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях без вскрытия – заполняется учетная форма 003/у «Медицинская карта стационарного больного» в полном объеме, и лечащий врач заполняет МСС в соответствии с нормативными правовыми актами.
2. В случае смерти пациента, когда оформление МСС осуществляет врач, установившей только факт смерти, необходимо использовать всю имеющую медицинскую документацию пациента (в том числе содержащуюся в информационных системах) и, на основании записей в первичной медицинской документации необходимо выбрать первоначальную причину смерти.

Таким образом, при формировании медицинских документов о смерти без патологоанатомического вскрытия в обязательном порядке используется первичная медицинская документация (в электронном виде или на бумажных носителях).

Пунктом 7 порядка выдачи учетной формы № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти» и пунктом 7 порядка выдачи учетной формы № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» запрещается заполнение МСС заочно, без личного установления медицинским работником факта смерти.

В рамках внутреннего контроля в соответствии с пунктом 4.11 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» в задачи врачебной комиссии

медицинской организации входит изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента.

Однако, в функции врачебной комиссии не входит проверка правильности кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

В каждой медицинской организации должен быть назначен специалист, ответственный за кодирование в медицинской организации<sup>3</sup>, который должен контролировать правильность оформления МСС, кодирования и выбора первоначальной причины смерти. Кроме того, эти функции возложены на специалистов службы медицинской статистики, которые отвечают за достоверность информации о смерти и ее соответствии правилам МКБ-10.

В соответствии с приказом Минздрава России № 352н, МСС может формироваться с согласия получателя в форме электронного документа.

При формировании медицинских документов о смерти должны быть выполнены проверки правильности кодирования первоначальной причины смерти и полноты оформления медицинского документа о смерти, в том числе с помощью информационной системы в сфере здравоохранения, интегрированной с сервисом ЕГИСЗ по логической проверке СЭМД<sup>4</sup> или с помощью автоматизированного рабочего места (пользовательского интерфейса) ФРМДС<sup>5</sup>.

Медицинские документы о смерти, утвержденные приказом Минздрава России № 352н содержат необходимую информацию, которая

---

<sup>3</sup> Письмо Минздрава России от 18.07.16 N 13-2/10/2-4396 «О совершенствовании работы службы медицинской статистики». URL: <https://base.garant.ru/72114526/>

<sup>4</sup> <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3933>

<sup>5</sup> <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3935>

позволит дифференцировать выданные документы, причины смерти в которых указаны на основании вскрытия или нет - пункты 21 и 27, 28.

В случаях выдачи МСС без проведения вскрытия в пунктах 21 и 28 должны быть отмечены подпункты 2 или 3. Подпункт 1 отмечен быть не может, так как при наружном осмотре невозможно установить первоначальную причину смерти. В пункте 27 отметки подпунктов 4 и 5 не производятся.

#### Учетная форма 106/у

**П. 21.** Я, врач (фельдшер, акушерка) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) должность \_\_\_\_\_, удостоверяю, что на основании: осмотра трупа | 1 |, записей в медицинской документации | 2 |, предшествующего наблюдения за пациентом | 3 |, вскрытия | 4 | мною установлены причины смерти.

#### Учетная форма 106-2/у

**П.27.** Причины смерти установлены: врачом, только удостоверившим смерть | 1 | врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды | 2 | врачом-неонатологом (или врачом-педиатром), лечившим ребенка | 3 | врачом-патологоанатомом | 4 | врачом - судебно-медицинским экспертом | 5 | фельдшером, акушеркой | 6 |

**П.28.** На основании: осмотра трупа | 1 | записей в медицинской документации | 2 | собственного предшествовавшего наблюдения | 3 | вскрытия | 4 |

## **8.Федеральный реестр медицинских документов о смерти ФРМДС ЕГИСЗ**

### **Нормативное правовое обеспечение ФРМДС**

Созданию и развитию подсистемы выполнялись в рамках исполнения постановления Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. № 2161 «О проведении эксперимента по выработке подходов по повышению качества и связанности данных по смертности населения, содержащихся в государственных информационных ресурсах, и учету сведений о медицинских свидетельствах о смерти (перинатальной смерти) посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» создан Федеральный реестр медицинских документов о смерти единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ФРМДС, Компонент, ЕГИСЗ).

Федеральным законом от 2 июля 2021 г. № 358-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» внесены в изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливающие:

полномочия Минздрава России по ведению в составе ЕГИСЗ Федерального реестра медицинских документов о смерти;

включение в ФРМДС сведений, предоставляемых медицинскими организациями;

передачу сведений об умершем лице из ФРМСС федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по формированию официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других



общественных процессах в Российской Федерации (его территориальным органам).

Изменения вступили в силу с 1 марта 2022 г.

Постановление Правительства Российской Федерации № 99 «Об утверждении Правил ведения Федерального реестра медицинских документов о смерти» (далее – постановление) включает функции ФРМДС, правила ведения реестра.

Функциями ФРМДС реестра являются:

сбор, обработка, хранение и передача документов о смерти и перинатальной смерти (далее - документы о смерти), сформированных в форме электронных документов в структурированном виде;

обеспечение возможности внесения сведений из документов о смерти, сформированных на бумажном носителе, обработки, хранения, передачи указанных сведений и предоставление доступа к ним;

обеспечение возможности формирования и подписания усиленной квалифицированной электронной подписью документов о смерти, сформированных в форме электронных документов, в Федеральном реестре;

идентификация всех документов о смерти ("окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного"), предусмотренных порядком выдачи документа о смерти, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии со статьей 64 Федерального закона "Об актах гражданского состояния", и (или) сведений из них, сформированных в отношении одного лица;

форматно-логический контроль корректности документов о смерти, сформированных в форме электронных документов, и сведений

об умершем лице, предотвращение регистрации заведомо неверных сведений;

анализ корректности кодировки причин смерти при формировании документов о смерти в форме электронных документов;

информационное взаимодействие с информационными системами поставщиков и пользователей информации, в том числе с федеральной государственной информационной системой "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" и Единым государственным реестром записей актов гражданского состояния;

обеспечение соответствия документов о смерти, сформированных в форме электронных документов в структурированном виде, формам документа о смерти и документа о перинатальной смерти, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 1 статьи 20 и статьей 64 Федерального закона «Об актах гражданского состояния»;

обеспечение соответствия справочников статистических значений, используемых при формировании документов о смерти в форме электронных документов в структурированном виде, справочным значениям, предусмотренным формами документов о смерти.

В постановлении медицинские организации определены поставщиками информации в ФРМДС о смерти в части документов о смерти, сформированных в форме электронного документа, и сведений об умершем лице, предусмотренных формами документов о смерти, в том числе в случае выдачи документа о смерти на бумажном носителе.

Порядок выдачи медицинских документов о смерти в форме электронного медицинского документа определен нормативными правовыми актами Минздрава России<sup>6</sup>.

### **Работа в ФРМДС**

Для подключения к ФРМДС необходимо выполнить шаги, изложенные в инструкции по подключению к ФРМДС, размещенной по ссылке <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3935>.

Руководство пользователя размещено по ссылке <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3931>.

Вебинар по использованию медицинскими работниками пользовательского интерфейса ФРМДС <https://www.youtube.com/watch?v=dLpkmITjOhg>.

Для успешного входа в веб-интерфейс Компонента запустите браузер и в адресной строке введите адрес компонента: [frmss.egisz.rosminzdrav.ru](http://frmss.egisz.rosminzdrav.ru).

---

<sup>6</sup> Приказ Минздрава России от 07.09.2020 N 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.01.2021 N 62054).

Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н "Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи" (вместе с "Порядком выдачи учетной формы № 106/у "Медицинское свидетельство о смерти", "Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти") (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

госуслуги Единая система идентификации и аутентификации

**Вход**  
ИА ЕГИСЗ

Телефон или почта СНИЛС

Мобильный телефон или почта

Пароль

Чужой компьютер

**Войти**

[Я не знаю пароль](#)

[Зарегистрируйтесь для полного доступа к сервисам](#)  
[Вход с помощью электронной подписи](#)

Для авторизации в Компоненте пользователь будет автоматически перенаправлен на страницу авторизации ИА. *На форме авторизации введите логин и пароль пользователя и нажмите на кнопку «Войти».*

В ФРМДС предусмотрены проверки, не допускающие формирование МСС без вскрытия врачом патологоанатомом и врачом судебно-медицинским экспертом, что соответствует требованиям нормативных правовых документов, что является требованием нормативных правовых документов. В методических рекомендациях подробно описаны правила оформления медицинских документов, а также правила кодирования причин смерти.

В п.21 медицинского документа (в электронном виде) о смерти указаны основания для определения причины смерти, дан перечень медицинских работников, а также указаны основания заполнения – осмотр трупа, записи в медицинской документации, предшествующее наблюдение за пациентом.

## Пример

Причины смерти

18. Смерть произошла

20. Причины смерти установлены

**21. Основание для определения причины смерти**

22 I. Причины смерти

АСМЕ

а) Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

б) Патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины

Лет    Мес.    Нед.    Свт.    Час.    Мин.

Поиск

- 1 - врачом, только установившим смерть
- 2 - лечащим врачом
- 3 - фельдшером, акушеркой
- 4 - врачом-патологоанатомом
- 5 - врачом-судебно-медицинским экспертом

естно

## Пример

Причины смерти

18. Смерть произошла

20. Причины смерти установлены

**21. Основание для определения причины смерти**

22 I. Причины смерти

АСМЕ

а) Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

б) Патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины

Поиск

- 1 - осмотра трупа
- 2 - записей в медицинской документации
- 3 - предшествующего наблюдения за пациентом

естно

Заполняются все поля формы ввода включая причины смерти.

Заполнение пунктов «причины смерти» в электронном виде должно соответствовать требованиям МКБ-10 с учетом обновлений ВОЗ 1996-2019 годов. Соответственно, в ФРМДС включены правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти и оформления МСС с помощью блока АСМЕ [10].

[Федеральный реестр медицинских свидетельств о смерти](#) — [Создать новое медицинское свидетельство о смерти](#)

### < Создать новое медицинское свидетельство о смерти

Проверить Сохранить Редактировать Удалить Подписать Очистить Отказать в подписании Создать мсс вза

Медицинская организация  
Свидетельство  
Дата смерти  
Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего (ей)  
Место смерти  
Ребенок до 1 месяца/1 года

**Причины смерти**  
Врачи  
Получатель медицинского свидетельства о смерти

#### 22 I. Причины смерти

АСМЕ

а) Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти

Шок гиповолемический R57.1

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

Лет Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 1 0  Неизвестно

б) Патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины

Кровотечение желудочное K92.2

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

Лет Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 3 0  Неизвестно

в) Первоначальная причина смерти указывается последней

Язва желудочная с кровотечением K25.4

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

Лет Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0  Неизвестно

г) внешняя причина при травмах и отравлениях

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

Лет Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0  Неизвестно

#### 22 II. Прочие важные состояния

способствующие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Прочее состояние

Диабет с поражением почек E11.2

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

Лет Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0  Неизвестно

Прочее состояние

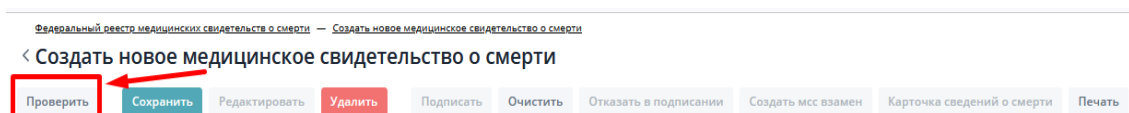
Бронхит обструктивный J44.8

Период времени между началом патолог. процесса и смертью

Лет Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0  Неизвестно

Нарушение правил оформления медицинских документов о смерти, а также правил кодирования причин смерти, сопровождается соответствующими подсказками. Медицинский работник, оформляющий медицинские документы о смерти, должен обратить внимание на всплывающие замечания, принять соответствующее решение.

Для проверки правильности заполнения формы и выбора первоначальной причины смерти необходимо нажать кнопку «проверить»



Система, согласно заложенному алгоритму, выбирает первоначальную причину смерти и выводит ее в отдельное поле, а также, подсвечивает среди введенных причин смерти, рекомендуемую для выбора первоначальную причину смерти, подсказывает какие поля не заполнены.

## Создать новое медицинское свидетельство о смерти

Проверить Сохранить Редактировать Удалить Подписать Очистить Отказать в подписании Создать мсс вз

Медицинская организация  
Свидетельство  
Дата смерти  
Регистрация по месту жительства (преживания) умершего (ей)  
Место смерти  
Ребенок до 1 месяца/1 года

**Причины смерти**  
Врачи  
Получатель медицинского свидетельства о смерти

### 22 I. Причины смерти

АСМЕ **K25.4**

а) Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти

Шок гиповолемический R57.1

Лет. Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 1 0

Период времени между началом патолог. процесса и смертью  Неизвестно

б) Патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины

Кровотечение желудочное K92.2

Лет. Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 3 0

Период времени между началом патолог. процесса и смертью  Неизвестно

в) Первоначальная причина смерти

Язва желудочная с кровотечением K25.4 **V**

Лет. Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0

Период времени между началом патолог. процесса и смертью  Неизвестно

г) внешняя причина при травмах и отравлениях

Лет. Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0

Период времени между началом патолог. процесса и смертью  Неизвестно

### 22 II. Прочие важные состояния

способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Прочее состояние

Диабет с поражением почек E11.2

Лет. Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0

Период времени между началом патолог. процесса и смертью  Неизвестно

Прочее состояние

Бронхит обструктивный J44.8

Лет. Мес. Нед. Сут. Час. Мин. 0 0 0 0 0 0

Период времени между началом патолог. процесса и смертью  Неизвестно

При проверке правильности заполнения МСС необходимо внести все изменения.



Подсказки:

**Замечаний нет**



После устранения всех замечаний медицинский документ о смерти может быть сохранен.

## **Заключение**

Оформление медицинской документации в случаях смерти, кодирование и выбор причин смерти без патологоанатомического вскрытия проводится в соответствии действующими нормативными правовыми документами.

К этим документам относятся: МКБ-10, Федеральный закон № 323-ФЗ, Постановление Правительства Российской Федерации № 99 «Об утверждении Правил ведения Федерального реестра медицинских документов о смерти», Приказ Минздрава России от 07.09.2020 N 947н, приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н.

Важным условием для обеспечения достоверной статистики смертности является строгое соблюдение правил МКБ-10, на что обращает внимание ВОЗ: «...целью выбора процедуры является получение, по возможности, наиболее полезной статистики смертности. Таким образом, дальнейшие инструкции могут отражать важность для общественного здоровья, а не то, что считается правильным с чисто медицинской точки зрения. Дальнейшие инструкции всегда применимы, независимо от того, могут ли они считаться с медицинской точки зрения правильными, или нет.

Основная цель этих инструкций – оптимизировать получение статистических данных по смертности для целей общественного здоровья. Часть этих инструкций может показаться ошибочной или сомнительной с чисто медицинской точки зрения. Эти инструкции не должны отбрасываться, поскольку могут иметь серьезное обоснование с точки зрения эпидемиологии и общественного здоровья. Отдельные страны не должны самостоятельно исправлять то, что считают ошибкой, поскольку такие изменения на национальном уровне приведут к снижению сопоставимости с данными других стран и, таким образом, сделают эти данные менее пригодными для анализа».

Руководителям медицинских организаций необходимо обеспечить проведение проверок правильности выбора первоначальной причины смерти в МСС. Эти проверки должны быть поручены специалистам службы медицинской статистики, имеющим подготовку по правилам кодирования МКБ-10.

Специалисты службы медицинской статистики обязаны проверять правильность оформления первичной медицинской документации и МСС в соответствии с установленными правилами, а в случае неправильного выбора основного состояния или первоначальной причины смерти, должны возвращать первичный учетный документ врачу для исправления в соответствии с правилами МКБ-10.

Изучение механизмов смерти и структуры смертности на основании первичной медицинской документации имеет большое значение для понимания происходящих патологических процессов, анализа динамики смертности, оценки организации помощи пациентам с множественными состояниями, последующего планирования и организации конкретных мероприятий, направленных на снижение показателей смертности от управляемых причин.

## Список литературы

1. Александрова Г. А. Кодирование и выбор причин смерти при сахарном диабете в соответствии с новыми правилами МКБ-10 / Г. А. Александрова, Д. Ш. Вайсман, С. А. Леонов, А. А. Савина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2020. - N 1. - С. 200 - 216. - DOI 10.24411/2312-2935-2020-00015.
2. Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Вайсман Д.Ш., Галявич А.С., Драпкина О.М. и др. Проблемы оценки показателей смертности от отдельных причин. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. Том: 7 № 2. 2018. С. 6-9
3. Вайсман Д. Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах, / Д.Ш. Вайсман. - Москва: ФГБУ ЦНИИОИЗ, 2022. - 514 с. - ISBN 978-5-94116-068-6.
4. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 10 (08.02.2021)" / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. 261 с.
5. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины: методическое пособие / составители Е. П. Какорина, М. В. Максимова, О. Д. Мишнев. - Москва: МЗ РФ, 2002. 41 с.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т./ ВОЗ. - Женева, 1995-1998. - Т.1-3.

7. Методические рекомендации по кодированию и выбору основного состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причины в статистике смертности, связанных с COVID-19 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2020. 24 с.

8. Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н "Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи" (вместе с "Порядком выдачи учетной формы № 106/у "Медицинское свидетельство о смерти", "Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти") (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

10. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах / ВОЗ. Европейское региональное бюро. 2012. – с. 88.

### Общий перечень кодов, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти

**I. Коды, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти (используют коды, указанные в скобках; если никакой код не указан, кодируют рубрикой R99):**

- V95.0–V95.5 (кодируют A49.1)
- V95.6–V95.8 (кодируют A49.0)
- V96.0 (кодируют A49.3)
- V96.1–V96.2 (кодируют A49.8)
- V96.3 (кодируют A49.2)
- V96.4–V96.8 (кодируют A49.8)
- V97.0 (кодируют V34.0)
- V97.1 (кодируют V34.1)
- V97.2 (кодируют V34.2)
- V97.3 (кодируют V33.3)
- V97.4–V97.5 (кодируют V34.8)
- V97.6 (кодируют V34.3)
- V97.7 (кодируют V34.4)
- V97.8 (кодируют V34.8)
- V98.0–V98.1 (кодируют A49.8)
- C77–C79 (кодируют C80.–)
- C97 (кодируют C00–C76 или C81–C96)
- E89.–
- F10.0 (кодируют X45, X65, X85 или Y15)
- F11.0 (кодируют X42, X62, X85 или Y12)
- F12.0 (кодируют X42, X62, X85 или Y12)
- F13.0 (кодируют X41, X61, X85 или Y11)
- F14.0 (кодируют X42, X62, X85 или Y12)
- F15.0 (кодируют X41, X61, X85 или Y11)
- F16.0 (кодируют X42, X62, X85 или Y12)
- F17.0 (кодируют X49, X69, X89 или Y19)
- F18.0 (кодируют X46, X66, X89 или Y16)
- F19.0 (кодируют X40–X49, X60–X69, X85–X90 или Y10–Y19)
- G97.–
- H59. –
- H95. –
- I15.1 (кодируют N28.9, если неизвестно)
- I15.2 (кодируют E34.9, если неизвестно)

I22.– (кодируют I21. –)  
I23.– (кодируют I21. –)  
I24.0 (кодируют I21.–)  
I25.2 (кодируют I25.8)  
I46.9  
I65.– (кодируют I63)  
I66.– (кодируют I63)  
I97.–  
J95.–  
K91. –  
M96.–  
N99.–  
O08.– (кодируют O00–O07)  
O80–O84 (кодируют O75.9)  
O94 (кодируют O97. –)  
P70.3–P72.0 (кодируют P96.9)  
P72.2–P74 (кодируют P96.9)  
P95 (не используют для живорожденных, кодируют P96.9)  
R57.2 (кодируют A41.9)  
R65.0–R65.1 (кодируют A41.9)  
R65.9 (кодируют A41.9)  
R69.– (кодируют R95–R99)  
S00–T98 (кодируют V01–Y89)  
Y90–Y98  
Z00–Z99

**II. Коды, не используемые для кодирования первоначальной причины смерти (кодируют исходное инфекционное заболевание; если исходное инфекционное заболевание не упомянуто, кодируют кодом, указанным в скобках)**

U82.0–U82.9 (кодируют B99)  
U83.0–U83.9 (кодируют B99)  
U84.0 (кодируют B89)  
U84.1 (кодируют B49)  
U84.2 (кодируют B34.9)  
U84.3 (кодируют A16.9)  
U84.7 (кодируют B99)  
U84.8 (кодируют B99)  
U84.9 (кодируют B99)  
U85 (кодируют C80.9)

### **III. Не используются, если первоначальная причина известна**

F03–F09

F17. –

F70–F79

F80.–

F81.–

G40.5

G81.–

G82.–

G83.–

H54.–

H90–H91

I15.0

I15.1

I15.2

I15.8

I15.9

N46

N97. –

O30. –

P07. –

P08. –

T79. –