

Методические рекомендации «Порядок проведения и применения в центрах гигиены и эпидемиологии сравнительного территориального эпидемиологического анализа заболеваемости для достижения показателей Целей устойчивого развития»

ГЛАВА 1  
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Методические рекомендации определяют порядок проведения и применения центрами гигиены и эпидемиологии (далее – ЦГЭ) сравнительного территориального эпидемиологического анализа заболеваемости (далее – сравнительный эпиданализ) в системе социально-гигиенического мониторинга (далее – СГМ) для достижения показателей Целей устойчивого развития (далее – ЦУР).

2. Настоящие Методические рекомендации по применению разработаны на основе и с учетом требований: Положения о порядке проведения социально-гигиенического мониторинга, утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.07.2012 г. № 105 (в редакции постановления от 23.12.2019 г. № 122); Инструкции о порядке проведения анализа рисков, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.01.2017 г. № 8» (в редакции постановления от 31.12.2019 г. № 131); приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1177 от 15.11.2018г. «О показателях и индикаторах Целей устойчивого развития» и № 1178 от 15.11.2018г. «О системе работы органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, по достижению показателей Целей устойчивого развития»; «Рекомендаций по реализации «Концепции совершенствования деятельности органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, по первичной профилактике неинфекционной заболеваемости и формированию здорового образа жизни» в период ноябрь-декабрь 2017 года – 1 квартал 2018 года», направленных письмом ГУ «РЦГЭиОЗ» от 05.10.2017г. № 07-03-10/52; «Рекомендаций центра по стартовым организационным процедурам исполнения учреждениями санитарно-эпидемиологической службы приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.11.2018г. №1178 «О системе работы органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор» по реализации показателей Целей устойчивого развития», направленных письмом ГУ «РЦГЭиОЗ» от 02.01.2019г. № 13-02-8/29; «О дополнениях к Рекомендациям», направленных письмом ГУ «РЦГЭиОЗ» от 27.03.2019г. № 13-02-9/38; «Рекомендаций по стартовым организационным процедурам исполнения учреждениями санитарно-эпидемиологической

службы приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.11.2018г. №1178 «О системе работы органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, по реализации показателей Целей устойчивого развития», направленных письмом ГУ «РЦГЭиОЗ» от 05.10.2019г. № 07-03-10/52.

3. Сравнительный эпиданализ проводится для получения объективных данных, позволяющих оценить ее распределение и динамику изменения по территории и среди населения в целом, по отдельным территориальным образованиям (населенным пунктам, сельским советам), возрастным, половым, социальным, профессиональным и иным группам населения, оценить вклад (значимость) отдельных классов и нозологических форм заболеваний (далее – заболевания) в популяционное здоровье населения, выявить территории, группы населения и факторы риска заболеваний.

4. В настоящих Методических рекомендациях использованы основные термины и определения:

территория – административная территория района (района города, города);

микротерритория – территория района и/или города, выделенная по существующей системе обслуживания организаций здравоохранения или по иным объединительным принципам;

общая заболеваемость – совокупность всех имеющихся среди населения (группы населения) заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых пациенты вновь обратились в данном году, отнесенная к среднегодовой численности населения (группы населения), в пересчете на 100000 населения (группы населения);

первичная заболеваемость – совокупность новых, нигде ранее не учтенных, впервые в данном календарном году выявленных и зарегистрированных среди населения (группы населения) случаев заболеваний, отнесенной к среднегодовой численности населения (группы населения), в пересчете на 100000 населения (группы населения);

структура заболеваемости – удельный вес отдельных классов (нозологических форм) заболеваний в % отношении к совокупности заболеваемости;

возрастные группы населения – группа возрастов по витальным циклам;

факторы риска – это факторы внешней среды и внутренней среды организма, поведенческие факторы (курение, употребление алкоголя, наркотиков, несбалансированное питание, избыточный вес, гиподинамия, стресс, загрязненная окружающая среда и другие), способствующие

увеличению вероятности развития заболеваний, их прогрессированию и неблагоприятному исходу;

пофакторный анализ – это использование общедоступной информации о научно-обоснованной и доказанной причинно-следственной зависимости отдельных классов и кодов заболеваний от факторов среды обитания.

5. Порядок (положение об организации) сравнительного эпиданализа в ЦГЭ разрабатываются на основании настоящих Методических рекомендаций и утверждается приказом главного врача.

## ГЛАВА 2

### ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЭПИДАНАЛИЗА

6. Сравнительный эпиданализ предусматривает оценку особенностей распространения заболеваний, вредных факторов окружающей среды, поведенческих рисков среди населения и, на этой основе, эпиддиагностику территории и микротерриторий.

7. Эпиддиагностика территории и микротерриторий включает совокупность методических приемов и способов, при помощи которых:

вскрываются закономерности и конкретные проявления эпидемического процесса;

определяются причины и механизмы возникновения, развития и распространения заболеваний;

формулируются гипотезы о причинах заболеваемости;

проводится оценка воздействия на здоровье (комплексная оценка как прямых, так и косвенных последствий с точки зрения состояния здоровья, развития здравоохранения, социально-экономического развития территории в целом, выполнения территориальных программ и/или деятельности служб, организаций, учреждений);

даются заключения о напряженности социально-гигиенической ситуации;

намечаются и разрабатываются пути и способы профилактики, снижения и/или ликвидации заболеваний;

предлагаются управленческие решения.

8. Для эпиддиагностики применяется описательно-оценочный метод, позволяющий на количественной и экспертно-аналитической основе выявить эпидемиологическую (медицинскую) и социально-экономическую значимость заболеваний на территории и микротерриториях.

В данном методическом приеме используют статистические и

другие общедоступные базы данных, при этом:

эпидемиологическая (медицинская) значимость определяется уровнями (показателями) заболеваемости населения;

социально-экономическая значимость определяется путем:

анализа рисков совокупности отрицательных явлений, возникших на территории и влияющих на распространенность заболеваний;

расчетами прямых затрат (в денежных суммах, рассчитанных в соответствии с методиками) и опосредованных (косвенных) затрат, определяемых как расчетными, так и аналитико-экспертными методами (эконометрические методы).

### ГЛАВА 3 ТРЕБОВАНИЯ К ДИЗАЙНУ, АЛГОРИТМУ И МЕТОДОЛОГИИ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЭПИДАНАЛИЗА

9. Сравнительный эпиданализ проводится в целях:

оценки состояния здоровья населения на территории, микротерриториях и в разрезе возрастных групп населения;

определения тенденций заболеваемости;

выявление причинно-следственных связей между состоянием факторов окружающей среды (причина) и состоянием здоровья населения (следствие);

заключений о состоянии заболеваний и качества среды обитания населения;

подготовки территориальных «Информационно-аналитических бюллетеней «Здоровье населения и окружающей среды» (далее – территориальные бюллетени);

обоснования проектов территориальных «Планов действий по профилактике болезней и формированию здорового образа жизни населения для реализации показателей Целей устойчивого развития» (далее – планы действий);

мониторинга выполнения планов действий.

10. Расчет показателей и структуры заболеваемости населения производится в соответствии с «Перечнем основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчета», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.03.2019г. № 363.

11. Дизайн сравнительного эпиданализа предусматривает использование единообразного подхода к:

социально-экономической классификации территорий и микротерриторий;

алгоритму сравнительного эпиданализа;

классификации диагнозов заболеваний;  
 источникам получения данных;  
 преимущественному использованию программного обеспечения для сбора сведений и проведения сравнительного эпиданализа;  
 статистическим показателям, используемым для изучения и оценки здоровья на популяционном уровне;  
 группировке и сводке материалов (показателей), графического представления информации результатов сравнительного эпиданализа.

12. Социально-экономическая классификация территорий и микротерриторий для целей настоящих Методических рекомендаций проводится экспертным методом с учетом преимущественного типа производства и количества лиц, занятых в отдельных сферах (промышленное, сельскохозяйственное) производства, численности населения проживающего на территориях сельских и городских населенных пунктов и других социально-экономических характеристик.

13. Алгоритм сравнительного эпиданализа включает:  
 расчет показателей инфекционной и неинфекционной заболеваемости (общей, первичной заболеваемости, в том числе по отдельным классам заболеваний и/или их нозологическим формам), для территории и по микротерриториям, возрастным, половым, социальным, профессиональным и иным группам населения;

расчет фоновых значений для показателей инфекционной и неинфекционной заболеваемости (общей, первичной заболеваемости, в том числе, по отдельным классам заболеваний);

использование региональных и республиканских показателей;  
 определение классов (нозологических форм) заболеваний, вносящих наибольший вклад в общую заболеваемость населения в целом.

14. Основным (наиболее приемлемым для практики) методом сравнительного эпиданализа является эпидемиологическое слежение с применением описательного (описательно-оценочного, дескриптивного) метода, который позволяет:

дать характеристику особенностей распределения заболеваемости во времени, в социально-возрастных группах населения и по территории;  
 выявить наиболее значимые болезни на количественной основе;  
 сформулировать гипотезы о факторах риска.

Описательный метод используется на первом этапе организации в ЦГЭ сравнительного анализа.

Полученные в ходе эпидемиологического слежения описательные данные сравнивают в аналитических исследованиях с биологическими, социальными и природными факторами окружающей среды. При этом выбираемые для сравнения факторы риска должны быть необходимыми и

достаточными, что бы выявить дополнительные причины возникновения и распространения уже конкретных болезней.

15. Повышению эффективности описательного метода эпиданализа заболеваемости способствует представление (оформление) эпидемиологических данных (далее – организация эпидемиологических данных).

16. Организация эпидемиологических данных предусматривает параллельно с аналитическим текстом составление таблиц, построение диаграмм, графиков, карт и других наглядных способов представления обобщенной информации.

#### ГЛАВА 4 КЛАССЫ И КОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СРАВНИТЕЛЬНОМ ЭПИДАНАЛИЗЕ

17. Для целей сравнительного эпиданализа используется действующая Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ).

18. Сравнительный эпиданализ проводится по следующим классам и/или кодам болезней МКБ-10, включенных в следующие индикаторы управленческих решений:

частота заболеваний с врожденными аномалиями и хромосомными нарушениями на 1000 населения за год (№ базы данных индикаторов управленческих решений – 1.46.) – врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (XVII), включающие коды диагнозов Q00 - Q99;

онкозаболеваемость (новообразования) (пациенты с впервые установленным диагнозом) на 100 тыс. населения (1.47.) – новообразования (II), включающие коды диагнозов C00 - D48;

первичная заболеваемость диабетом (1.48.) – сахарный диабет (из болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (IV)), включающий коды диагнозов E10 - E14;

число отравлений на 1000 населения за год (1.49.) – токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения (из класса травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (XIX)), включающие коды диагнозов T51 - T65);

профессиональные заболевания и отравления на 10 тыс. работающих (1.50.) – профессиональные заболевания и отравления (из класса травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (XIX)), включающие коды диагнозов S00-T98;

заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. населения (1.51.) – заболевания из классов I – XIX по МКБ-10, включающие коды диагнозов A00 – T 98;

заболеваемость с временной утратой трудоспособности (далее – ВУТ) (1.52.) – заболевания, приводящие к ВУТ из классов I – XIX по МКБ-10, включающие коды диагнозов A00 – T 98;

инфекционные и паразитарные болезни с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. населения (1.53.) – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (I класс), включающие коды диагнозов A00 – B99, острые респираторные инфекции верхних дыхательных J00 – J06, грипп и пневмония J09 – J18, другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей J20 – J22 (из класса болезни органов дыхания (X)), бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека Z21 и носительство возбудителя инфекционной болезни Z22 (из класса факторы, влияющие на состояние здоровья населения, обращения в учреждения здравоохранения (XXI));

число случаев завозных инфекций за год (1.54.) – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (I класс), включающие коды диагнозов A00 – B99, острые респираторные инфекции верхних дыхательных J00 – J06, грипп и пневмония J09 – J18, другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей J20 – J22 (из класса болезни органов дыхания (X)), бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека Z21 и носительство возбудителя инфекционной болезни Z22 (из класса факторы, влияющие на состояние здоровья населения, обращения в учреждения здравоохранения (XXI));

число случаев инфекций, ранее не встречавшихся на территории (1.55.) – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (I класс), включающие коды диагнозов A00 – B99, острые респираторные инфекции верхних дыхательных J00 – J06, грипп и пневмония J09 – J18, другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей J20 – J22 (из класса болезни органов дыхания (X)), бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека Z21 и носительство возбудителя инфекционной болезни– Z22 (из класса факторы, влияющие на состояние здоровья населения, обращения в учреждения здравоохранения (XXI));

болезни кожи и кожных покровов на 100 тыс. населения (1.56.) – болезни кожи и подкожной клетчатки (XII), включающие коды диагнозов L00-L99;

распространенность ВИЧ-инфицирования (1.57.) – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (из класса

некоторые инфекционные и паразитарные болезни (I)), включающая коды диагнозов B20 – B24, бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека Z21 (из класса факторы, влияющие на состояние здоровья населения, обращения в учреждения здравоохранения (XXI)) ;

заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом инфекции, передающейся половым путем (сифилис, гонококковая инфекция, хламидийные болезни) на 100 тыс. населения (1.58.) – инфекции, передающиеся преимущественно половым путем [сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз] (из класса некоторые инфекционные и паразитарные болезни (I)), включающие коды диагнозов A50 – A56, носительство возбудителей инфекционных болезней, передаваемых преимущественно половым путем Z22.4 (из класса факторы, влияющие на состояние здоровья населения, обращения в учреждения здравоохранения (XXI));

количество больных на 100 тыс. населения с впервые в жизни установленным диагнозом, учтенным наркологической организацией (1.59.) – психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (из класса психические расстройства и расстройства поведения (V)), включающие коды диагнозов F10 – F19;

психическое здоровье (1.60.):

психические расстройства и расстройства поведения с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. населения (1.60.1.) – психические расстройства и расстройства поведения (V), включающие коды диагнозов F00 – F99;

болезни нервной системы и органов чувств с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. населения (1.60.2.) – болезни нервной системы (VI), включающие коды диагнозов G00 – G99;

первичная заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения (1.61.) – туберкулез (из класса некоторые инфекционные и паразитарные болезни (I)), включающий коды диагнозов A15 – A19;

травмы и отравления, общая заболеваемость на 100 тыс. населения (1.62.) – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (XIX), включающие коды диагнозов S00-T98.

не включенные в индикаторы управленческих решений – болезни системы кровообращения (IX), включающие коды диагнозов I00 – I99;

не включенные в индикаторы управленческих решений – болезни органов дыхания (X), включающие коды диагнозов J00 – J99. (Примечание. Особенностью указанного класса является включение в его состав болезней органов дыхания инфекционной этиологии (коды диагнозов: J00 – J06 Острые респираторные инфекции верхних

*дыхательных путей; J09 – J18 Грипп и пневмония; J20 – J22 Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей) составляющие в структуре первичной заболеваемости населения болезнями органов дыхания более 70% случаев, в отдельных возрастных группах детей более 85% случаев;)*

19. Для проведения сравнительного эпиданализа проводится сбор данных по всем классам заболеваний, указанных в п. 17 настоящих Методических рекомендаций, и выделяются классы болезней, имеющие наибольший удельный вес в структуре общей и/или первичной заболеваемости на территории и микротерриториях.

20. Сравнительный эпиданализ по микротерриториям проводится по группам болезней, а при необходимости и по конкретным нозологическим формам заболеваний, определяемым ЦГЭ, с учетом их вклада (удельного веса) в формирование общей заболеваемости на территории в целом, и/или формирования заболеваемости по отдельным классам (блокам) болезней. *(Например, для оценки гигиенического благополучия или действия постоянных факторов окружающей среды по классу болезней органов дыхания целесообразно среди детского контингента выделять хронический бронхит, среди взрослого контингента – хроническая обструктивная болезнь легких и т.п.)*

## ГЛАВА 5 ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЭПИДАНАЛИЗА

21. Сравнительный эпиданализ проводится по обращаемости за медицинской помощью и по данным медицинских осмотров населения.

22. Для сбора сведений о числе, времени, месте возникновения неинфекционных заболеваний и контингентах заболевших используются формы первичной медицинской документации, государственной и ведомственной статистической отчетности, согласно приложению 1 к настоящим Методическим рекомендациям с использованием компьютерных программ или, при отсутствии последних, путем анализа первичной медицинской документации в статистических кабинетах территориальных амбулаторно-поликлинических организаций, центральных районных больниц (поликлиник) не реже 1 раза в квартал и по мере необходимости (до разработки Центральной платформы Централизованной информационной системы здравоохранения (далее – ЦП ЦИСЗ).

23. Для проведения эпиданализа инфекционной заболеваемости используются данные эпидемиологического слежения с использованием Единой информационной системы санитарно-эпидемиологической

службы (далее – ЕИС СЭС) и другие формы отчетности по отдельным блокам (В36 – В49, J12 – J18, J20 – J22 и другим, не вошедшим в ЕИС СЭС) заболеваний не реже 1 раза в квартал и по мере необходимости.

24. В целях использования результатов сравнительного эпиданализа для получения сведений о динамике и распределении заболеваемости отдельными классами (нозологическими формами) заболеваний, проводится сбор сведений об их количестве в выраженные периоды жизнедеятельности территорий (периоды летних каникул, учебы, сельхозработ, климатические, активности специфических переносчиков и другие), характерные для действия для отдельных факторов риска.

25. В ходе сравнительного эпиданализа по микротерриториям проводится пофакторный анализ причин распространения болезней.

Пофакторный анализ позволяет использовать алгоритм аналитико-экспертного анализа для выявления гигиенической (экологической, поведенческой) обусловленности заболеваемости или, наоборот, обеспечивать (вместе с сравнительным эпиданализом) акцентуализацию проблемы распространенности на территории определенных факторов риска.

## ГЛАВА 6 БАЗЫ ДАННЫХ ДЛЯ ЭПИДДИАГНОСТИКИ

26. Для сравнительного эпиданализа и эпиддиагностики территории используются базы данных, в том числе локальные базы данных ЦГЭ, которые обеспечивают:

сравнительный эпиданализ по территории и по микротерриториям;  
сравнительный эпиданализ по возрастным группам населения;  
сравнительный эпиданализ по периодам внутригодового динамического наблюдения – выраженным периодам жизнедеятельности территорий (периоды летних каникул, учебы, сельхозработ, климатические и другие);

анализ социально-гигиенической ситуации по территории и микротерриториям.

27. Ведение локальных баз в ЦГЭ осуществляется в соответствии с требованиями Методических рекомендаций «База данных центров гигиены и эпидемиологии для мониторинга достижений Целей устойчивого развития административной территории».

28. Базы данных на территориальном, областном и г. Минска, республиканском уровнях ведутся с учетом возможности выделения территорий и микротерриторий по трем основным социально-экономическим группам: преимущественно аграрные; преимущественно аграрно-промышленные и преимущественно промышленные. Отнесение

территорий (районов) и микротерриторий к отдельным социально-экономическим группам проводится территориальными ЦГЭ с учетом преобладающих видов экономической деятельности и других характеристик территорий.

29. Базы данных основываются на базе данных СГМ и индикативном аппарате программ достижения показателей ЦУР.

30. Составной частью базы данных является информация о: наличии на территории и микротерриториях опасных для здоровья населения химических веществ, продуктов, товаров, изделий и других объектах окружающей среды, способных потенциально оказывать влияние на уровень здоровья населения (далее – каталог);

действующих на территории и микротерритории факторах, способных потенциально создавать угрозу здоровью населения (далее – регистр).

Каталог и регистр являются организационной формой системы контроля за объектами и факторами, детерминирующими риски здоровью на популяционном уровне с целью своевременной регистрации их активизации на территории.

31. Регистр предусматривает описание факторов, оценку их потенциальной распространенности и количества населения, которое попадает в зону риска воздействия этих факторов, а также информацию о последствиях воздействия на популяцию.

32. Источником информации для каталога и регистра являются базы данных межведомственного уровня.

## ГЛАВА 7 ПРОВЕДЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЭПИДАНАЛИЗА

33. Для проведения сравнительного эпиданализа расчеты показателей заболеваемости проводятся не менее чем за 5 последних лет наблюдения.

При наличии технической возможности, для получения более достоверных данных о состоянии заболеваемости, целесообразно проводить оценку ее динамики не менее чем за 10 последних лет наблюдения.

34. Организационная и общая схемы проведения сравнительного эпиданализа представлены в приложении 3 и 4 к настоящим Методическим рекомендациям.

35. Сравнительный эпиданализ проводится по следующему алгоритму:

первым шагом является расчет за выбранные календарные годы

наблюдения, показателей общей и первичной заболеваемости на территории и по микротерриториям: в возрастных группах населения; по классам и кодам заболеваний; удельного веса классов и кодов заболеваний в структуре общей заболеваемости населения территории и микротерриторий;

вторым шагом является расчет тенденции (рост, снижение) показателей общей и первичной заболеваемости, темпов ее прироста (снижения) по территории и по микротерриториям в разрезе возрастных групп (витальных циклов) населения;

третьим шагом является определение классов и нозологических форм (кодов) заболеваний, имеющих подавляющий удельный вес и определяющих (являющихся индикаторами) состояние здоровья населения территории и микротерриторий. *(Например, для класса болезней органов дыхания таким индикатором может являться бронхит);*

четвертым шагом является экспертно-аналитический выбор показателей заболеваемости фоновых по микротерриториям для каждой из социально-экономических групп. *(Примечание. В качестве фоновых территориальных, по микротерриториям, доведенных региональных и республиканского показателей принимаются усредненные показатели для выбранной территории, в общем, и по каждой из социально-экономических групп микротерриторий);*

пятым шагом является проведение сравнения показателей заболеваемости на:

микротерриториях с фоновым значением для микротерриторий района (города) соответствующей социально-экономической группы;

территории и микротерритории с региональным и/или республиканским показателями для соответствующих социально-экономических групп;

шестым шагом является представление полученных в ходе расчета и сравнения данных в виде таблично-графической информации и карт.

36. Эпиддиагностика включает 6 этапов:

на первом этапе проводится выявление микротерриторий с потенциально избыточной (предотвратимой) заболеваемостью, по классам и нозологическим формам (кодам) болезней, имеющих наибольшую эпидемиологическую (медицинскую) значимость на территории. К микротерриториям с потенциально избыточной (предотвратимой) заболеваемостью относятся микротерритории с превышением заболеваемости по сравнению с фоновыми и региональными уровнями для социально-экономических групп микротерриторий;

на втором этапе проводится выявление контингентов риска среди населения. Данный этап реализуется путем контингентно-

ориентированного углубленного анализа заболеваемости на микротерритории с потенциально избыточной (предотвратимой) заболеваемостью по возрастным группам населения;

на третьем этапе проводится выявление периодов риска на территориях. Данный этап реализуется путем территориально-ориентированного и контингентно-ориентированного углубленного анализа заболеваемости микротерритории риска по периодам внутридинамического наблюдения за территориями;

на четвертом этапе проводится оценка степени распространенности среди населения поведенческих и биологических факторов риска возникновения заболеваний. На данном этапе проводится интеграция данных социологических исследований, проведенных организациями здравоохранения и иными организациями на территории района (города), областного и республиканского уровней, STEPS-исследований, полученных в период не более 5 последних лет. Далее экспертным путем с использованием индикаторов управленческих решений ранжируется перечень распространенных на территории поведенческих и биологических рисков, по каждому из которых обосновываются необходимые мероприятий по их снижению (минимизации);

на пятом этапе проводятся изучение и оценка возможных причин, условий и механизмов распространения конкретных нозологических форм заболеваний. Данный этап реализуется путем территориально-ориентированного углубленного анализа микротерритории по мониторируемым факторам окружающей среды (с учетом каталога и регистра) из базы данных СГМ, перечня косвенных показателей и индикаторов управленческих решений программ достижения показателей ЦУР;

на шестом этапе по результатам эпиддиагностики готовится справка о состоянии здоровья и среды обитания. В целях проведения эпиддиагностики, последующей оценки и управления ситуацией устанавливаются два вида контрольных уровней заболеваемости и факторов риска:

допустимые – уровни, характерные для территории и групп микротерриторий, установленные аналитико-экспертным путем, с учетом сведений об уровнях заболеваемости за последние 5-10 лет (при отсутствии технической возможности – за меньший период);

доведенные – ориентировочные (для достижения в перспективе) уровни показателей, установленные аналитико-экспертным путем на основании анализа всех баз данных и с проведением консультаций с организаторами здравоохранения и органами местного управления и самоуправления.

37. Проведение идентификация рисков реализуется путем

использования:

методов эпидемиологических исследований в соответствии с настоящими Методическими рекомендациями;

аналитико-экспертных оценок в соответствии с рекомендациями, направленных письмом ГУ «РЦГЭиОЗ» «О дополнениях к Рекомендациям» от 27.03.2019г. № 13-02-9/38.

38. В подготовленной по результатам эпиддиагностики справке о состоянии заболеваемости и среды обитания отражаются:

идентифицированные факторы риска;

аналитические оценки взаимосвязи заболеваемости населения с гигиеническим состоянием и степенью распространенности поведенческих и биологических факторов риска на территории и микротерриториях;

обоснование направлений профилактики для улучшения здоровья на популяционном уровне населения территории и микротерриторий.

В заключении о состоянии популяционного здоровья населения содержатся:

выводы о состоянии здоровья и среды обитания (оценка воздействия на здоровье) населения территории и микротерриторий;

оценку воздействия на здоровье, в том числе результаты интеграции выводов о заболеваемости населения, качестве среды обитания и жизнедеятельности, наличие и степени интенсивности территориальных (включая поведенческие) рисков для распространения значимых заболеваний на территории и микротерриториях;

заключение о напряженности социально-гигиенической ситуации;

проектные предложения об основных путях и способы профилактики, снижения и/или ликвидации заболеваний, необходимых управленческих решениях (по направленности действий органов управления и самоуправления территории, ведомств и субъектов социально-экономической деятельности по профилактике заболеваемости и формированию здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) среди населения, проживающего на территории и микротерриториях).

39. Этапы проведения эпиданализа заболеваемости, справка и заключения по результатам эпиддиагностики являются основой для подготовки территориального бюллетеня.

## ГЛАВА 8

### ПОРЯДОК ИНТЕГРАЦИИ РАБОТЫ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СРАВНИТЕЛЬНОГО ЭПИДАНАЛИЗА

40. Проведение сравнительного эпиданализа является интегрированной функцией всех структурных подразделений ЦГЭ.

41. Организация работ по сравнительному эпиданализу возлагается на отделение СГМ. Если штатным расписанием ЦГЭ не предусмотрено отделение СГМ, то проведение в ЦГЭ сравнительного эпиданализа, возлагается на одного из врачей-эпидемиологов, врачей-гигиенистов или врачей-валеологов.

42. Отделение СГМ проводит дифференциацию территории по микротерриториям.

Структурные подразделения ЦГЭ под методическим руководством отделения СГМ (врача-эпидемиолога неинфекционной заболеваемости или одного из врачей-эпидемиологов, врачей-гигиенистов или врачей-валеологов, исполняющего его обязанности) выделяют среди населения территории возрастные группы населения для последующего сравнительного эпиданализа, эпиддиагностики, оценки медико-демографического статуса и изучения степени распространенности поведенческих рисков.

43. Отдел гигиены совместно с отделом эпидемиологии ЦГЭ проводит с учетом выделенных возрастных групп:

дифференциацию объектов (субъектов) административной территории, обеспечивающих социально-гигиенический статус и устойчивость развития территории (достижение показателей ЦУР) в вопросах здоровья среди отдельных групп (контингентов) населения;

слежение (каталогизация и регистрация) социально-опасных для популяционного здоровья объектов окружающей среды и факторов на основании контрольно-надзорных мероприятий, мероприятий технического (технологического) характера, данных лабораторных исследований и анализа других информационных баз данных.

44. Отдел гигиены:

обеспечивает использование результатов сравнительного эпиданализа в части неинфекционной заболеваемости при осуществлении государственного санитарного надзора;

определяет для субъектов (объектов) приоритетные средне- и долгосрочные направления деятельности по уменьшению в результате их деятельности (бездеятельности) рисков здоровью населения на популяционном уровне с учетом результатов сравнительного эпиданализа, СГМ и задач по достижению на административной территории показателей ЦУР;

формирует для субъектов (объектов) плановые задания в виде предложений для включения в планы действий.

45. Отдел эпидемиологии обеспечивает:

сравнительный эпиданализ в части инфекционной заболеваемости, использование его результатов при организации эпидемиологического слежения;

совместно с организациями здравоохранения определяет направления деятельности по уменьшению в результате их деятельности (бездеятельности) рисков здоровью населения на популяционном уровне с учетом результатов сравнительного эпиданализа, СГМ и задач по достижению на административной территории показателей ЦУР.

46. Отдел общественного здоровья обеспечивает дифференциацию мероприятий по формированию ЗОЖ на основании:

данных СГМ и сравнительного эпиданализа по микротерриториям (выделение микротерриторий риска);

данных о степени распространенности поведенческих и биологических рисков по результатам комплексных социологических исследований административной территории (выделение фокус-групп), в том числе с учетом выделенных возрастных групп (витальных циклов) населения и с использованием STEPS-методики.

47. Порядок применения результатов сравнительного эпиданализа при разработке планов действий территории регулируется отдельным положением.

Приложение 1  
к Методическим  
рекомендациям «Порядок  
проведения и применения в  
центрах гигиены и  
эпидемиологии  
сравнительного  
территориального  
эпидемиологического анализа  
заболеваемости для  
достижения показателей  
Целей устойчивого развития»

Перечень форм первичной медицинской документации, государственной и ведомственной статистической отчетности используемой для сбора сведений для проведения эпиданализа заболеваемости

Инфекционной заболеваемости:

форма № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки»;

форма № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки»;

форма № 339/у «Направление на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис»;

форма 343/у «Журнал учета лиц, серопозитивных по результатам иммуноферментного анализа, скрининговых и арбитражных исследований»;

форма 342/у «Журнал учета ВИЧ-инфицированных лиц»;

форма 089-1/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, диагностированном в данном году случае повторного заболевания (рецидиве) туберкулеза»;

форма 081-1/у «Журнал регистрации больных туберкулезом»;

форма 089/у «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, микроспории, трихофитии, фавуса, чесотки»;

1-заболеваемость (Минздрав) «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь»;

форма 1-здрав (Минздрав) «Отчет организации, оказывающей медицинские услуги населению»;

форма 1-иппп (Минздрав) «Отчет об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем, микозах и инфестациях»;

форма 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях»;

форма 4-нетрудоспособность (Минздрав) «Отчет о причинах временной нетрудоспособности»;

форма 12-инфекции (Минздрав) «Отчет об отдельных инфекционных, паразитарных заболеваниях и их носителях»;

«Сведения об эпидемической ситуации по туберкулезу и результатах лечения пациентов, больных туберкулезом»;

Неинфекционной заболеваемости:

по обращаемости населения:

форма № 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного больного». Отражает состояние и динамику здоровья человека на протяжении длительного периода времени. Медицинская карта амбулаторного больного имеет следующую структуру: паспортная часть; лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов; лист профилактических осмотров с данными опроса и осмотра; карта учета профилактических прививок; данные о профилактических гинекологических осмотрах для женщин; лист учета временной нетрудоспособности; лист учета рентгенологических обследований; данные анамнеза и дополнения к анамнезу; листы для записи врачебных осмотров. Результаты лабораторных (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови и т. д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма (ЭКГ), спирограмма, ультразвуковое исследование (УЗИ) и т. д.), заключения специалистов консультативных поликлиник и диагностических центров, эпикризы из стационаров вклеиваются в конце медицинской карты амбулаторного больного или на месте врачебных записей. Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов содержит сведения о дате обращения (число, месяц, год), кратком заключительном (уточненном) диагнозе (впервые установленный диагноз, острые заболевания и травмы отмечаются знаком «+», все остальные — «-»), которые удостоверяются разборчивой подписью врача. Информация, занесенная в этот лист, позволяет врачу сразу узнать о патологии, с которой обращался пациент. Лист профилактических осмотров и данных осмотра заполняется по результатам опроса пациента (одна часть) и после личного осмотра пациента врачом (другая часть) с указанием даты осмотра (в идеале — не реже одного раза в год или при каждом прохождении диспансеризации, если пациент здоров).

Этот раздел позволяет врачу контролировать систематичность (регулярность) прохождения пациентом профилактически осмотров и не терять настороженность, прежде всего, в плане раннего выявления онкологических заболеваний. Лист учета профилактических прививок и гинекологических осмотров (для женщин). В карту учета профилактических прививок заносится информация о прививках против столбняка и дифтерии: дата проведения вакцинаций и ревакцинаций, доза и наименование препарата, его серия, а также местная и общая реакция на препарат (если таковая была). Для женщин в этом листе делаются отметки смотрового или гинекологического кабинета: дата профилактического осмотра, диагноз, результаты цитологического исследования, подпись врача или акушерки. Лист учета временной нетрудоспособности служит для регистрации всех случаев временной нетрудоспособности пациента (дата выдачи и дата закрытия листка нетрудоспособности, диагноз) с подсчетом количества дней нетрудоспособности по каждому случаю. Данные анамнеза и дополнения к анамнезу содержат сведения, со слов пациента, об имеющихся и перенесенных заболеваниях и операциях, о наследственности и имевшихся аллергических реакциях, об имеющихся факторах риска (курение, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, гиподинамия и др.), о профессиональном анамнезе (вредные и опасные условия труда), а также краткая информация об основном заболевании или заболеваниях (имеются в виду хронические заболевания, требующие постоянного наблюдения и лечения): с какого времени считает себя больным, вероятная причина болезни, частота обострений и факторы, их обусловившие, проводимое лечение и его эффективность, частота госпитализаций и санаторно-курортного лечения, состоит ли на диспансерном учете и с какого времени. Этот лист заполняется и подписывается лечащим врачом с указанием даты сбора анамнеза (обычно при первом обращении в это учреждение здравоохранения);

форма № 112/у «История развития ребенка»;

форма № 112-1/у «Медицинская карта допризывника (призывника)»;

форма № 053/у «Лечебная карта призывника»;

форма № 025-2/у «Статистический талон». Форма предназначена для учета всей заболеваемости в районе обслуживания учреждения здравоохранения, в городе, области и в стране в целом. Эта форма использовалась на протяжении очень многих лет, однако с введением «Ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07), дублирующей ее содержание, и компьютеризацией учреждений

здравоохранения она практически утратила свое значение, хотя пока не аннулирована. Статистический талон заполняется на все случаи острых заболеваний и травм, причем всегда со знаком «+» (пункт 6 данного документа), и на 9 хронические заболевания. При этом статистический талон заполняется только один раз в год: знак «+» ставится при впервые в жизни установленном диагнозе, а знак «-» во всех остальных случаях. Такая же информация о законченных случаях обращения в учреждение здравоохранения дублируется в листе для записи уточненных диагнозов «Медицинской карты амбулаторного больного» (форма № 025/у-07)/ «Статистический талон...» и «Ведомость учета посещений...» ежедневно представляются в кабинет статистики учреждения здравоохранения.

форма № 025-3/у-07 «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях». Форма позволяет на основании ежедневного учета выполненной работы, как на амбулаторном приеме, так и на дому, проводить анализ количественных показателей, отражающих объем, спектр и эффективность медицинской помощи. Эта форма ведется врачами всех специальностей, а не только терапевтами (ее заполнение возлагается на медсестру под контролем врача). В ведомости указываются 15 граф: 1) порядковый номер; 2) адрес по месту жительства пациента; 3) фамилия и инициалы пациента; 4) дата рождения (число, месяц, год); 5) место обслуживания (на дому, в поликлинике); 6) цель обращения; 7) форма обслуживания; 8) случай обращения в году; 9) диагноз; 10) код по МКБ-10; 11) характер заболевания; 12) законченный случай; 13) артериальное давление (АД); 14) вид травмы, обстоятельства; 15) зона обслуживания. По содержанию граф 6, 8, 10, 11 и 12 ведется подсчет общей и первичной заболеваемости. Заболевание регистрируется только при законченном случае заболевания. Законченным считается случай, когда пациент полностью обследован, получил нужные консультации, рекомендации, необходимую коррекцию в лечении и может самостоятельно его продолжать, наступило выздоровление, улучшение состояния, ремиссия заболевания или смерть. Обращение по поводу острого заболевания несколько раз в течение календарного года расценивается как первичное;

форма 1-дети (Минздрав) «Отчет о медицинской помощи детям»;

форма 1-заболеваемость (Минздрав) «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь»;

форма 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения (кроме

заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) и контингентах наблюдаемых пациентов»;

форма 1-наркология (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами в связи с употреблением психоактивных веществ и контингентах пациентов»»

«Сведения о числе профессиональных заболеваний (случаев), впервые зарегистрированных в районе обслуживания центра гигиены и эпидемиологии»;

«Сведения о числе травм, несчастных случаев и отравлений, зарегистрированных впервые в жизни в районе обслуживания организации здравоохранения»;

«Сведения об отравлениях лекарственными средствами, биологически активными веществами и токсическом действии веществ, преимущественно немедицинского назначения»;

«Сведения об основных показателях здоровья и состоянии организации медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом»;

«Сведения о числе профессиональных заболеваний (случаев), впервые зарегистрированных в районе обслуживания центра гигиены и эпидемиологии»;

по данным медицинских осмотров населения:

форма 131/у-ДВ «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет»;

форма 131/у-ДР «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет»;

форма № 025-3/у-07 «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях»;

по данным о причинах смерти населения:

форма 106/у-10 «Врачебное свидетельство о смерти (мртворождении)». *Лечащий врач (или лицо, его заменяющее) оформляет врачебное свидетельство о смерти (мртворождении) на основании: наблюдения за пациентом (в случае мртворождения или смерти ребенка первого года жизни — наблюдения за течением беременности и родов у матери ребенка (плода)); записей о наличии патологических состояний, которые могут привести к смерти и отражающих состояние пациента (в случае смерти вне больничной организации — в течение 6 последних месяцев жизни), в*

*соответствующих формах медицинских документов, установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь (например, медицинской карте амбулаторного больного);*

форма № 025-3/у-07 «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях».

Приложение 2  
к Методическим рекомендациям «Порядок  
проведения и применения в центрах гигиены и  
эпидемиологии сравнительного  
территориального эпидемиологического анализа  
заболеваемости для достижения показателей  
Целей устойчивого развития»

Организационная схема сравнительного анализа



Приложение 3  
к Методическим рекомендациям «Порядок  
проведения и применения в центрах гигиены и  
эпидемиологии сравнительного  
территориального эпидемиологического анализа  
заболеваемости для достижения показателей  
Целей устойчивого развития»

Общая схема сравнительного эпиданализа

