

11.10.2007 г.

Чуркин А.А., Творогова Н.А.

Краткий анализ качества годовых отчетов по психиатрии за 2006 год

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Росздрава

Прием отчетов осуществлялся в основном в соответствии с графиком, хотя были случаи приема отчетов ранее или позже графика.

Отрицательным моментом, который год от года усиливается, состоит в том, что бумажные носители появляются в день приезда представителей для сдачи отчетов. Это обстоятельство весьма осложняет работу, поскольку приходится буквально по ходу сверять электронную базу с бумажными носителями, разбираться в контроле, обсуждать и вносить какие-либо варианты корректировок с учетом результатов контроля. Основные моменты, на которые следует обратить внимание при подготовке отчетов по ф.ф. №10 и 36 за текущий 2007 г. и взаимосвязанными с ними ф.ф. №11, 37, 12, 14, 30, 47 приводятся ниже.

Форма № 10. В подавляющем большинстве территорий отчеты были приняты без корректировок, так как были соблюдены все условия контроля. Вместе с тем хотелось бы обратить внимание на ряд моментов, которые встречались в отдельных территориях.

1) По строке 4 "сосудистая деменция и другие формы старческого слабоумия" появлялись числа больных в возрастных группах 0-14, 15-17, 18-19 лет. Нами уже принято положение, что такие больные могут появляться в возрастной группе "20-39 лет", но если в исключительных случаях могли иметь место диагнозы сосудистой деменции у лиц более молодого возраста, то к отчету должны были быть приложены соответствующие объяснения, а таковых не было.

По этой же строке иногда появлялись такие совпадения: все больные сосудистой деменцией и другими формами старческого слабоумия в той или иной возрастной группе оказывались только сельскими жителями.

2) По строке 21 в форме №10 из числа больных органическими психозами и/или слабоумием (строка 3) показываются больные, страдающие органическими расстройствами психотического уровня, у которых установлена первопричина заболевания (травма головного мозга, эпилепсия, нейроинфекция и др.). В некоторых территориях строка 21 оказывалась или мало заполненной, или совсем не заполненной, хотя строка 3 была заполненной. Изредка же встречались территории, в которых числа больных в строке 21 почти полностью совпадали с данными в строке 3, то есть у всех больных органическими психозами и/или слабоумием была установлена причина заболевания.

На эти моменты обращалось внимание представителей территорий при приеме ф. №10, поскольку все они в определенной степени характеризуют качество диагностической работы на местах.

3) В отдельных территориях имели место логические ошибки, когда по отдельным строкам и графам число впервые диагностированных больных было больше числа всех зарегистрированных больных, или больных - сельских жителей оказывалось больше общего числа больных.

Форма №36. При приеме формы №36 без корректировок и замечаний отчеты были приняты у малого числа территорий. С небольшими правками и замечаниями - примерно у половины территорий.

Обратим внимание на некоторые недочеты и ошибки, вызывающие либо необходимость правки, либо замечания по существу предоставленных в форме отчетных данных.

Таблицы 2100 и 2110 "Контингенты больных :".

1. Здесь изредка встречаются нарушения межгодового движения больных. Этот контроль традиционен и на нем останавливаться не будем. Отметим только, что при проверке движения по отдельным строкам следует учитывать возможность диагностических переходов, обусловленных изменением и уточнением диагнозов, а также возможность переходов из группы "Д" в группу "К" и, наоборот. Здесь важно обращать внимание на размеры и логичность переходов. Иногда встречаются случаи, когда нет переходов больных из "Д" в "К" или, наоборот.

2. В графах 5 (взято больных под наблюдение в отчетном году) и 6 (в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом) в отдельных территориях совпадают числа больных, что мало вероятно для целой территории и свидетельствует скорее о том, что отчеты составляются не по первичным документам (ф. №030 - 1/у-02), заполняемым на каждого больного. Об этом же свидетельствует и такой факт, что числа больных по графам 5 и 6 совпадают по расчетным строкам "прочие психозы" (строка 1 (все психозы) минус строка 2 (все шизофренические расстройства).

3. Число больных, снятых с наблюдения с выздоровлением или стойким улучшением (графа 10) оказывается равным общему числу снятых (графа 9), что уж совсем неправдоподобно для больных с психическими расстройствами.

Таблица 2180 "Контингенты больных, имеющих группу инвалидности". В этой таблице следует обращать внимание на два момента.

1. Помимо выделенных диагностических строк (2, 3, 4, 5) при контроле таблицы расчетным путем получается строка "другие психические расстройства", вследствие которых психически больные также получают инвалидность. В структуре больных-инвалидов доля инвалидов с другими психическими расстройствами достигает 30% и более. Но в отдельных территориях больные-инвалиды по расчетной строке "другие психические расстройства" отсутствуют, особенно часто это встречается в графах 5, 6, 7 (впервые признанные инвалидами в отчетном году).

2. В довольно большом количестве территорий числа больных-инвалидов, показываемые в строке 6 (психические расстройства, классифицированные в других рубриках МКБ-10), один в один совпадают с числами больных, показываемых в строках 6 таблиц 2100 и 2110. Такое положение мало вероятно как в отношении всего числа инвалидов (графы 8, 9, 10), так и особенно в отношении больных, взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году и впервые же признанных инвалидами в отчетном году (графы 6, 7, 8 в таблицах 2100 и 2110 и графы 5, 6, 7 в таблице 2180).

Таблица 2200 "Число занятых должностей психиатров и психотерапевтов, осуществляющих диспансерное наблюдение и консультативно-лечебную помощь". Следует иметь в виду, что в графе 3 "занято должностей на конец года" должны показываться занятые должности врачей-психиатров, ведущих амбулаторный прием (психиатры, в том числе участковые, районные психиатры, а также психиатры амбулаторных кабинетов или отделений при ЦРБ и т.п.). В ф. №30 по соответствующим строкам как участковые

психиатры показываются те из ведущих амбулаторный прием врачей, у кого официально зарегистрирована эта должность приказом по учреждению с соответствующей записью в трудовой книжке.

Таким же образом должно соотноситься и число посещений, показываемых в графах 4 и 5 таблицы 2200 ф. №36, с числом посещений в ф. №30 "Сведения о лечебно-профилактическом учреждении" (таблица 2100).

Считаем необходимым подчеркнуть, что в ф. №36 в таблице 2200 в число посещений в графы 4 и 5 обязательно нужно включать и посещения на дому, которые в ф. №30 показываются в отдельных графах.

Наибольшее число замечаний при приеме отчетов приходится на расчетные показатели, которые исчисляются по данным таблиц 2100, 2110 и 2200. К числу таких замечаний относятся: очень высокая или, наоборот, довольно низкая нагрузка по числу посещений на 1 занятую должность врача-психиатра или психотерапевта, не очень высокий процент посещений по поводу заболевания в общем числе посещений; в некоторых случаях отмечали довольно высокую нагрузку на 1 занятую должность врача-психиатра (число больных на 1 должность) и довольно низкий уровень посещений по поводу заболевания на 1 больного.

Таблица 2300 "Состав больных в стационаре".

1. Контроль межгодового движения больных в стационаре осуществляется традиционным способом по сумме строк 16 (психические расстройства), 18 (наркологические расстройства) и 21 (признанные психически здоровыми и с заболеваниями, не вошедшими в строки 16 и 18). Не часто, но все же имеют место случаи, когда число больных, оставшихся в стационаре на конец года (сумма граф 13, 14, 15 по сумме строк 16, 18, 21) больше или меньше расчетного числа больных на конец года. Такие случаи могут иметь место в небольших размерах в тех территориях, где часть психиатрических коек функционирует на базе ЦРБ или других общесоматических больниц за счет внутрибольничных переводов больных. Но в таких случаях к отчету должна быть приложена объяснительная записка. [Мы рекомендуем при составлении отчета по ф. №36 раздела 2300 "Состав больных в стационаре" в учреждениях общесоматического профиля показывать больных, переведенных в психиатрические (психоневрологические) отделения из отделений другого профиля, как поступивших, а переведенных из психиатрических отделений в отделения другого профиля, как выбывших. В таком случае никаких сбоев в межгодовом движении больных не будет. При заполнении же формы №14 всех выписанных и умерших показывать по заключительному диагнозу.]

Кроме проверки межгодового движения больных по строкам 16, 18, 21 проверяется также межгодовое движение больных детей и подростков: к числу оставшихся детей или подростков на конец прошлого года (т. 2300, графы 14 или 15 по строкам 16, 18, 21) прибавить число поступивших детей или подростков в отчетном году (т. 2300, графы 6 или 7 по строкам 16, 18, 21), вычесть число выбывших детей или подростков в отчетном году (т. 2320, графы 7 или 9), в итоге должно оказаться число больных детей или подростков на конец отчетного года (т. 2300, графы 14 или 15 по строкам 16, 18, 21). При этом контроле допустимо, если расчетное число детей или подростков на конец года несколько больше реального числа больных, поскольку у детей и подростков возможны возрастные переходы: из группы детей в группу подростков, из группы подростков в группу взрослых больных. Но иногда встречались случаи, когда расчетное число, к примеру, детей оказывалось меньше реального числа детей. Такое явление возможно в условиях многопрофильной больницы за счет внутрибольничных переводов. Но тогда этому явлению должно быть дано соответствующие разъяснение в объяснительной записке.

2. В таблице 2300 следует обращать внимание на то, чтобы была заполнена строка 17 (больные с диагнозами, классифицированными в других рубриках МКБ-10), при этом числа больных по строке 17 не должны быть больше числа больных, показываемых в строке 2.

3. При анализе мы обращаем внимание на то, какова доля больных, в отношении которых получено постановление судьи о недобровольной госпитализации (по ст. 35), в общем числе больных, недобровольно госпитализированных. До сих пор встречаются территории, в которых % недобровольно госпитализированных, в отношении которых получено постановление судьи о недобровольной госпитализации, очень низок (2-5% от общего числа недобровольно госпитализированных).

Межформенный контроль. Наиболее уязвимым и вызывающим многочисленные замечания местом при приеме отчетов, является межформенный контроль между формами 36 и 10, 37 и 11 и отчетами, которые составляют все медицинские учреждения по формам №№ 30, 12, 14, 19, 47 (последняя - на уровне территорий).

Формы №№36 и 10. Основные моменты сравнения следующие:

1. Число зарегистрированных больных в ф. №10 (таблица 2000) больше числа больных, состоящих под диспансерным и консультативным наблюдением на конец года в ф. №36 (таблицы 2100 и 2110): по возрастным группам - дети, подростки, взрослые и по диагностическим группам - психозы и состояния слабоумия, шизофренические расстройства, непсихотические психические расстройства, умственная отсталость. Равенство может наблюдаться только на отдельном участке при условии, что ни один больной не был снят в течение года ни с диспансерного, ни с консультативного наблюдения, что мало вероятно.

2. Число больных, состоящих под диспансерным и консультативным наблюдением на конец отчетного года и снятых с наблюдения, показанных в ф. №36, больше числа зарегистрированных больных в ф. №10. На врачебном участке учреждения по отдельным позициям может иметь равенство при условии, что все снятые с наблюдения больные, включая умерших, были осмотрены врачом в течение отчетного года. Однако вероятность этого очень мала, поскольку среди психически больных как в группе диспансерно наблюдаемых, так и в группе получающих консультативно-лечебную помощь по обращаемости всегда есть так называемые "оторвавшиеся" больные.

3. Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом в ф. №10 (таблица 3000) должно быть равно числу больных, взятых по наблюдению впервые в жизни, показанных в ф. №36 (таблицы 2100 и 2110).

4. По всем позициям, указанным в п.п. 1, 2, 3 сравниваются и данные по строке 21 (психические расстройства, классифицированные в других рубриках МКБ-10).

5. Сравниваются также числа больных - сельских жителей, показываемых в ф. 10 (таблица 2000, строка 1, графа 13) и в ф. №36, таблица 2120, строка 1, графа 3. В ф. №10 число больных - сельских жителей должно быть несколько больше, чем в ф. №36.

6. Заметные расхождения имеют место при сравнении числа больных в трудоспособном возрасте, показываемых в ф. №36 в таблице 2120, строка 1, графа 1, с числом больных в возрастах 15-17, 18-19, 20-39, 40-59 лет, показываемых в ф. №10 таблица 2000, строка 1, графы 8, 9, 10, 11, хотя в ф. 10 изначально число больных должно быть больше (за счет того, что учтены и 15-летние подростки, и женщины в возрасте 55-59 лет).

Формы №№36 и 10, 37 и 11 и форма №12. В форме №12 показывается число заболеваний, зарегистрированных в отчетном году, в целом по классу психических расстройств, включая наркологические расстройства. Поэтому по территории в целом мы сравниваем данные о числе всех зарегистрированных больных и в том числе о больных с

впервые в жизни установленным диагнозом, показанных в формах №№10 и 11, с данными в форме №12 по возрастным группам дети, подростки, взрослые, и данные о числе больных, находящихся под диспансерным наблюдением, показываемых в формах №№36 и 37 и форме №12.

Схема расчета разницы между данными, приведенными в ф. №12 и в фф. №10+11 и 36+37 такова. **Дети 0-14 лет.** Все зарегистрированные больные: ф. №12 т. 1000 стр. 6 гр. 4 - ф. №10 т. 2000 [стр. 1 гр. 7 - стр. 21 гр. 7] - ф. №11 т. 1000 стр. 1, гр. 7. Больные с впервые в жизни установленным диагнозом: гр. 12 т. 1000, стр. 6 гр. 5 - ф. №10 т. 3000 [стр. 1 гр. 7 - стр. 21 гр. 7] - ф. №11 т. 2000 стр. 1 гр. 7. Больные, состоящие под диспансерным наблюдением: ф. №12 т. 1000 стр. 6 гр. 6 - ф. №36 т. 2100 [стр. 5 гр. 13 - стр. 6 гр. 13] - ф. №37 т. 2100 гр. 13 сумма строк 1+2+6+7.

Аналогично рассчитывались расхождения по возрастным группам подростков и взрослых. Затем разница в данных между формами №12 и 10+11 и 36+37 соотносилась с числом больных в ф. №12 (в %%). Если разница положительная, то число больных, показанных в ф. №12 больше, чем в фф. №10+11 или 36+37; если отрицательная, то число больных, показанных в фф. №10+11 или 36+37 больше числа больных, показанных в ф. №12, что выглядит уж совсем нелепо.

В этом контроле по отдельным территориям встречаются самые невероятные сочетания отчетных данных из разных форм, свидетельствующие о том, что на уровне учреждений заполняемые формы совершенно не сверяются друг с другом. Отсюда примерно одной трети территорий мы вынуждены делать замечания, что контроль между формами не отработан. Между тем, на уровне каждого самостоятельного учреждения сравниваемые данные должны совпадать один в один.

Анализ расхождений данных между фф. №10+11 и 36+37 и формой №12 выявил, что примерно чуть больше, чем в половине территорий данные, показываемые в фф. №10+11, 36+37 и ф. №12 совпадают, а в одной трети территорий они различаются в тех или иных масштабах (от единиц до сотен и тысяч больных).

Таблица 1

Распределение территорий РФ по величине отклонений данных, показанных в фф. №10, 11, 36, 37 и ф. №12 в 2006 г.*

	Зарегистрировано больных - всего			в т.ч. больные с впервые в жизни установленным диагнозом			Больные, находящие под диспансерным наблюдением		
	дети	подростки	взрослые	дети	подростки	взрослые	дети	подростки	взрослые
1. Территории, в которых данные ф. №12 больше фф.№10+11 и 36+37	+26	+19	+24	+25	+19	+27	+26	+23	+25

2. Территории, в которых данные ф. №12 меньше фф.№10+11 и 36+37	-2	-7	-10	-2	-5	-6	-1	-4	-6
3. Территории, не имеющие расхождений	52	54	46	53	56	47	53	53	49

* В распределение не включены данные по автономным округам. В число территорий с отклонениями включены все территории независимо от размера отклонений.

В следующей таблице 2 мы приводим территории, в которых расхождения между данными ф. №12 и фф. №10+11 и 36+37 по той или иной категории больных были наиболее выраженными и поэтому требуют тщательного анализа в оргметодотделах по психиатрии в перечисленных территориях, особенно в тех, что помечены звездочками в таблице.

Таблица 2

Сопоставление данных о больных психическими расстройствами, представленных в формах №10+11, 36+37 и форме №12 по отдельным регионам РФ*

	Зарегистрировано больных (ф.№12 – фф.№10+11)		Больные с впервые в жизни установленным диагнозом (ф.№12 – фф.№10+11)		Больные, находящие под диспансерным наблюдением (ф.№12 – фф.№36+37)	
	Величина расхождений					
	абс.	% к ф.№12	абс.	% к ф.№12	абс.	% к ф. №12
Дети 0-14 лет						
1. Московская обл.*	4392	14,6	2528	27,8	1742	17,9
2. Тамбовская обл.*	-63	-2,6	-15	-3,1	-21	-3,8
3. г.Москва	12056	30,0	7053	52,7	6050	24,2
4. Архангельская обл.	157	1,5	72	2,8	132	15,9
5. Вологодская обл.	2354	22,7	952	41,2	930	24,5
6. Калининградская обл.*	1425	47,8	596	57,5	49	6,9
7. Ленинградская обл.*	2572	33,0	1972	66,0	3879	81,1
8. г.Санкт-Петербург	4866	16,1	1332	16,7	1060	11,7
9. Волгоградская обл.*	789	7,1	132	4,1	1189	44,1
10. Ростовская обл.	52	0,4	-3	-0,1	4	0,1

11. Нижегородская обл.	22	0,2	7	0,2	661	11,7
12. Оренбургская обл.	-372	-3,3	6	0,2	25	1,1
13. Ульяновская обл.*	294	4,8	16	1,2	316	14,4
14. Красноярский кр.*	1047	3,9	735	12,5	34	0,4
15. Иркутская обл.*	574	3,0	3	0,1	7288	47,2
16. Хабаровский кр.*	2506	27,3	1255	48,5	1391	32,6
17. Сахалинская обл.*	2279	49,1	1427	67,2	956	54,9
Подростки 15-17 лет						
1. Московская обл.*	13	0,1	-344	-16,2	1430	23,7
2. Тамбовская обл.*	-81	-4,4	-70	-19,5	-24	-7,4
3. г.Москва	-586	-8,9	-1239	-25,2	1007	23,2
4. Архангельская обл.	73	2,2	68	8,6	63	14,4
5. Вологодская обл.	456	11,5	26	4,1	300	15,5
6. Калининградская обл.*	385	25,9	95	26,9	25	5,5
7. Ленинградская обл.*	-1213	-28,6	-532	-85,1	1511	70,2
8. Р.Адыгея	0	0	0	0	329	51,1
9. Р.Кабардино-Балкария	16	1,5	1	0,3	68	10,0
10. Волгоградская обл.*	0	0	0	0	2114	64,9
11. Нижегородская обл.	0	0	7	0,3	4714	58,8
12. Оренбургская обл.	-407	-6,0	-27	-1,5	39	3,0
13. Ульяновская обл.*	450	10,5	95	9,4	402	28,0
14. Р.Бурятия	-104	-4,0	0	0	818	38,7
15. Красноярский кр.*	301	2,6	434	16,5	323	7,7
16. Иркутская обл.*	1531	15,8	2	0,2	3021	44,0
17. Хабаровский кр.*	982	21,2	249	31,3	1175	43,1
18. Сахалинская обл.*	406	19,2	121	25,2	610	57,9
Взрослые 18 лет и старше						
1. Ивановская обл.	-400	-0,5	0	0	0	0
2. Московская обл.*	-25906	-9,9	-537	-2,0	-11723	-6,7
3. Тамбовская обл.*	-1080	-2,1	-185	-3,6	-100	-0,3

4. г.Москва	-20527	-5,9	-5642	13,5	6576	3,2
5. Калининградская обл.*	8481	18,8	1631	19,5	7,2	0,3
6. Ленинградская обл.*	-9493	-12,2	-1290	-19,8	1246	2,3
7. Р.Адыгея	-5055	-26,6	-250	-19,9	0	0
8. Р.Кабардино-Балкария	21	1,4	5	1,3	1470	7,9
9. Краснодарский кр.	-14859	-5,4	784	3,0	0	0
10. Волгоградская обл.*	0	0	1419	9,1	6597	9,7
11. Ульяновская обл.*	19228	27,1	1129	18,2	13603	28,0
12. Р.Бурятия	-462	-1,8	48	2,7	2362	9,1
13. Красноярский кр.*	14118	9,9	3882	20,8	1177	1,7
14. Иркутская обл.*	4161	3,6	1596	10,1	20411	20,3
15. Хабаровский кр.*	668	1,1	784	3,0	-1375	-3,5
16. Сахалинская обл.*	2867	7,0	1061	18,9	3887	12,9

*Звездочкой отмечены территории, в которых расхождения имели место в трех выделенных возрастных группах (дети, подростки, взрослые).

Формы №14, 36 и 37. В этом блоке контроля сравниваются данные о выписанных и умерших больных с диагнозами класса "Психические расстройства, включая наркологические", показываемые в ф. №14 и в фф. №36 и 37. Как известно, в ф. №14 по строке 6 "класс психических расстройств" (т. 2000 графы 4+7) показываются только выписанные больные - без переведенных в другие стационары, умерших, признанных психически здоровыми, без больных, выписанных с другими (не психическими) заболеваниями), без больных с психическими расстройствами, которые имеют двойной код заболевания и потому в ф. №14 они должны быть показаны по основному коду диагноза. По строке 6 в ф. №14 в графах 6+10 должны показываться только те умершие больные, которые умерли непосредственно от психического расстройства (некоторые состояния при эпилепсии, некоторые формы шизофренических расстройств с прогрессирующим типом течения и др.).

Схема расчета разницы при сравнении данных ф. №14 и фф. №36+37 по выписанным больным: ф. №14 т.2000 стр.6 сумма граф 4+7 - {ф. №36 т. 2300 гр. 11 [стр. 16 - стр. 17] - ф. №36 т. 2320 стр. 1 гр. 1 - ф. №36 т. 2320 стр. 1 гр. 4} - ф. №37 т. 2300 стр. 18 [гр. 11 - гр. 12]. Затем полученная разница соотносится с данными ф. №14 т. 2000 стр. 6 гр. 4+7 (в %).

Сравнение данных об умерших в ф. №14 и фф. №36+37 производится следующим образом: ф. №36 т. 2320 стр. 1 гр. 1 + ф. №37 т. 2300 стр. 18 гр. 12 минус ф. №14 т. 2000 стр. 6 графы 6+10. Затем полученная разница относится к числу умерших в ф. №36+37 (в %).

Сопоставляя данные о выписанных больных, мы понимаем, что полного равенства быть не может как по причине того, что больные с психиатрическими диагнозами достаточно широко госпитализируются в стационары общесоматического профиля и поэтому не попадают в отчетные данные по учреждениям психиатрического профиля, так и по той причине, что число выписанных, показанных в фф. №36 и 37 немного завышено за счет того, что в ф. №36 не содержатся данные о переведенных в другие стационары (кроме психиатрических и наркологических), а в ф. №37 вообще не выделяются сведения о

переведенных в другие стационары, включая и психиатрические. Тем не менее, сравнение таких данных по ф. №14 и фф. №36+37 показывает, какая же часть больных с психиатрическими диагнозами госпитализируется в учреждения общесоматического профиля (если разница в данных положительная) и какие просчеты допущены при составлении отчетов на уровне учреждений (если разница между данными ф. №14 и фф. №36+37 отрицательная).

По материалам за 2006 г. довольно высокие доли больных, госпитализированных не в психиатрические и наркологические стационары, имели место в Курской области (18,4%), Ленинградской области (23,8%), Республике Марий Эл (34,0%), Республике Мордовии (16,6%), Ульяновской области (16,9%), Республике Алтай (33,9%), Республике Бурятия (17,7%), Красноярском крае (16,3%). Однако в 8 территориях оказалось, что число выписанных больных по классу "психические расстройства" в ф. №14 меньше, чем в фф. №36+37: Воронежская (-6,9%), Смоленская (-8,2%), Ярославская (-0,8%) области, г. Москва (-5,2%), г. Санкт-Петербург (-7,3%), Республика Дагестан (-4,6%), Пензенская область (-0,7%), Саратовская область (-3,9%).

При сравнении чисел умерших, показываемых в ф. №14 по строке 6 (класс психических расстройств), с суммарным числом умерших от всех причин, показываемых в фф. №36+37, мы обращаем внимание на высокие доли умерших по классу психических расстройств в ф. №14 в общем числе умерших от всех причин, показываемых в фф. №36+37. По данным за 2006 г. доли больных, показанных в ф. №14, в общем числе умерших, показанных в фф. №36+37, превышали 15% в 31 территории. Наиболее высокие доли умерших отмечены в Ивановской (42,0%), Костромской (36,1%), Липецкой (50,8%), Рязанской (24,2%), Смоленской (41,9%) областях, г.Москве (27,7%), Республике Карелии (33,0%), Республике Коми (59,3%), Архангельской (53,6%), Ленинградской области (31,4%), Республике Адыгее (50,0%), Кировской области (61,0%), Оренбургской (53,7%), Курганской (70,0%) областях, Красноярском крае (33,3%), Иркутской области (24,6%), Кемеровской области (30,0%), Республике Якутии (35,7%), Хабаровском крае (25,2%), Магаданской (39,5%), Камчатской (22,7%) областях.

Формы №36, 37 и 47. В этом блоке контроля сравниваются данные о числе госпитализированных детей и подростков (0-17 лет) на психиатрические койки. В ф. №47 в т. 1110 по строкам 49+50+51 в графе 8 показывается число госпитализированных на психиатрические койки детей в возрасте 0-17 лет. В ф. №36 в т.2300 по строкам 16, 18, 21 в графах 6 и 7 показывается число госпитализированных детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет) независимо от диагноза, с которым поступил больной ребенок. Теоретически данные должны совпадать один в один не только на уровне учреждения, но и на уровне свода по территории, поскольку в настоящее время в психиатрических учреждениях функционируют только профильные психиатрические или наркологические койки.

Схема расчета разницы между числом госпитализированных детей, показанных в ф. №47 и в ф. №36 такова: ф. №47 т. 1110 сумма строк 49+50+51 графа 8 - ф. №36 т. 2300 сумма строк 16+18+21 сумма граф 6+7 + поправка на число детей, госпитализированных с наркологическим диагнозом на психиатрические койки. Эта поправка рассчитывается так: ф. №37 т. 2300 строка 18 сумма граф 7+8 - ф. №47 т. 1110 строка 52 графа 8. Полученную разницу соотносим с числом госпитализированных в ф. №47 т. 1110 (в%).

В целом по стране разница между числом госпитализированных детей (0-17 лет), показанных в ф. №47 и в ф. №36, невелика и составила всего 0,1%. Однако по территориям страны достаточно широкий разброс в этих данных. Только в 9 территориях данные о числе госпитализированных совпали в обеих формах; в 25 территориях число госпитализированных, показанных в ф. №47 больше, чем в ф. №36 (в большей части

территорий на небольшую величину - в пределах от 0,1 до 5-10%); в 46 территориях число госпитализированных детей, показанных в ф. №47, меньше, чем в ф. №36 (тоже в большинстве территорий разницы небольшие). Но в ряде территорий расхождения значительные. К примеру, в Пермской области число госпитализированных, показанных в ф. №47, больше, чем в ф. №36, на 42,4%, в Республике Бурятия - на 81,2%, Кемеровской области - на 49,7%, Хабаровском крае - на 34,3%, В то же время число госпитализированных детей, показанных в ф. №36, больше, чем в ф. №47, в Московской области - на 43,0%, в Рязанской области - больше в 2,3 раза, Ставропольском крае - на 63,1%, Астраханской области - на 43,5%.

Формы №19 и 36. При контроле по этим двум формам сравниваются числа больных-инвалидов детей в возрасте 0-17 лет в целом по классу психических расстройств и в том числе по умственной отсталости. Числа больных-инвалидов в ф.№19 изначально должны быть больше, чем данные об инвалидах, показанных в ф. №36 т. 2180 строка 1 графа 10 и строка 5 графа 10, за счет детей-инвалидов, находящихся в психоневрологических учреждениях МЗСР РФ. Но наиболее часто встречающиеся расхождения касаются того момента, что разница между числом инвалидов по причине умственной отсталости получается больше разницы между общим числом детей-инвалидов вследствие всех психических расстройств. Иногда встречаются территории, в которых данные о числе детей-инвалидов вследствие психических расстройств, показанных в ф. №36, больше, чем данные, приведенные в ф. №19. Поскольку до сих пор отсутствует инструкция по заполнению ф. №19, обращаем внимание всех руководителей оргметодотделов по психиатрии и главных психиатров территорий, что в ф. №36 следует показывать больных-инвалидов (не только детей, но и больных других возрастов) строго в соответствии с наличием документа о назначении инвалидности вследствие психического заболевания. Если на больного, включая ребенка, в отчетном году только поданы документы в МСЭК на установление инвалидности, но не получены документы об установлении инвалидности, то такой больной не должен в отчетном году включаться в число инвалидов по психическому заболеванию. Также не включаются в ф. №36 в т. 2180 психически больные, имеющие инвалидность не по психическому заболеванию, а вследствие других установленных заболеваний.

Заканчивая анализ качества годовых отчетов за 2006 г. по психиатрии, необходимо отметить следующие основные моменты:

1) В целом качество годовых отчетов по ф. №10 и 36 по большинству регионов вполне приемлемо, но хотелось бы, чтобы на те ошибки и замечания, на которые мы обращаем внимание при приеме отчетов, реагировали бы представители психиатрических служб. В связи с этим нельзя не заметить, что не нужно присылать объяснительных записок, в которых отмечаются общеизвестные "истины" (например, мал процент постановлений судьи о недобровольной госпитализации больных, потому что в течение 48 часов после госпитализации больные дают согласие на добровольную госпитализацию). В записках следует по существу объяснять те моменты, которые обнаруживаются в ходе контроля.

В связи с этим хочется выразить огромную признательность руководителям оргметодотделов по психиатрии Тверской области (Ярцеву С.В.) и Республике Карелии (Боярову В.Г.) за содержательные объяснительные записки, а также представителям Калужской области (Лариной Е.С.), Саратовской области (Найдис А.Р.), Тульской области (Поповой Г.В.), Московской области (Фролову А.И.), Пензенской области, Тюменской области (Чувывчеловой В.С.), Ямало-Ненецкого и Ханты-мансийского автономных округов (Тюменская область) приезжавшим на сдачу отчетов, за подробные пояснения по всем возникшим вопросам. В целом же можно отметить, что либо совсем без корректировок, либо

с небольшими корректировками и замечаниями, главным образом, по межформенному контролю отчеты были приняты более чем в 20 территориях.

2) Почти в трети территорий выявлены большие расхождения в данных, показываемых в формах №10, 36, 11, 37 и фф. №30, 12, 14, 47 (сводах по территориям). Эти расхождения во многом обусловлены тем, что соответствующие данные не контролируются на уровне учреждений. Поэтому предлагается сделать обязательной сверку данных по формам №10, 36, 11, 37 и формам №30, 12, 14 на уровне учреждений. А при выявлении расхождений в данных по указанным формам на уровне территорий представлять объяснительные записки, за счет чего расхождения возникли.

Оргметодотделы по психиатрии совместно с главными психиатрами территорий должны анализировать ситуацию в регионе на предмет того, в какие учреждения, помимо учреждений психиатрической службы, обращаются больные психическими расстройствами за необходимой помощью (как за амбулаторной, так и за стационарной), какая помощь им оказывается и какими специалистами, почему учреждения другого (непсихиатрического) профиля, оказывая помощь психически больным, не составляют отчеты по формам №10, 36.