

11.08.2009 г.

УДК: 613.9+616-006

Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П., Простов Ю.И.

Оценка качества отчетной документации территориальных онкологических диспансеров за 2008 год

Российский центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии [ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Росмедтехнологий](#), Москва.

Petrova G.V., Kharchenko N.V., Gretsova O.P., Prostov Yu.I.

Evaluation of quality of statistical reports of regional oncological dispensaries for the year 2008.

[Russian Center of Information Technologies and Epidemiological Studies in Oncology. Moscow P.A.Gertsen Research Oncology Institute](#), Moscow.

В статье представлен анализ качества отчетной документации территориальных онкологических диспансеров за 2008 г. Погрешности учета онкологических больных и дефекты составления отчетов показаны на конкретных примерах, даны рекомендации по формированию отчетных форм отдельных территорий, приведены выдержки из Инструкции по составлению отчетных форм № 7 и № 35.

The article presents analysis of quality of statistical reports from regional oncological dispensaries for the year 2008. Defects of oncological patients registration and report's generation are shown using cases in point. Authors provide recommendations on generation of reports for selected regions and extractions from the Instruction on generation of report forms N7 and N35.

Ключевые слова: онкология, территориальный онкологический диспансер, злокачественные новообразования, учет онкологических больных, канцер-регистр, онкологическая отчетность.

Key words: oncology, regional oncological dispensary, malignant neoplasms, registration of oncological patients, cancer register, oncology reports.

Анализ погрешностей учета и дефектов составления отчетов необходим и на федеральном, и на территориальном уровнях не только для повышения качества государственной статистики и совершенствования деятельности специализированной службы в будущем, но и для правильной интерпретации показателей состояния онкологической помощи в отчетном году.

Представленные за 2008 г. отчеты, как и в прежние годы, не всегда отвечали требованиям Инструкции, наблюдались несоответствия данных магнитного и бумажного носителей, арифметические и логические ошибки. Существенной коррекции потребовали отчеты республик Чечня, Чувашия и Приморского края.

Данные отчетов Республики Чечня из-за их низкого качества не использовались при анализе состояния онкологической помощи населению России.

При составлении вкладыша 207 были допущены ошибки почти во всех территориях: наблюдались внутриформенные ошибки и межформенное несоответствие с данными формы 7, что в основном можно объяснить отсутствием условий контроля при приемке отчетов в регионах.

В значительном числе территорий даже первая строка вкладыша по всем графам не соответствовала сумме строк 61 и 62 формы 7 (злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани).

Во многих территориях данные вкладыша значительно превышали данные формы 7, что может свидетельствовать о том, что для составления вкладыша привлекались специалисты гематологической службы, которые владеют большим объемом конкретной информации, тогда как онкодиспансеры, в которых составляется форма 7, не имеют таких данных.

Данное обстоятельство, по-видимому, является очередным подтверждением неудовлетворительного учета больных со злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической ткани.

В 2008 г. в ряде территорий был нарушен межгодовой баланс по форме № 35. В ходе приемки отчетов эти ошибки в основном удалось исправить, кроме отчетов Архангельской, Кемеровской областей, Чукотского автономного округа, республик Ингушетия и Карачаево-Черкесия, в которых наблюдался нулевой баланс. По-видимому, в этих территориях либо не снимались с учета больные с базально-клеточным раком кожи, либо они показывались в подтабличной строке 2120.

Из Инструкции: сумма больных, состоявших на учете *на конец предыдущего года* (таблица **2100**, графа **10**, строка **1**), больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году (таблица **2100**, графа **4**, строка **1**), больных с ранее установленным диагнозом злокачественного новообразования (подтабличная строка **2120**, графа **7**) **минус** число выбывших из района деятельности учреждения (подтабличная строка **2120**, графа **1**), число лиц с неподтвержденным диагнозом злокачественного новообразования (подтабличная строка **2120**, графа **2**), число больных, о которых онкологическое учреждение не имело сведений в течение года (подтабличная строка **2120**, графа **3**), число умерших от злокачественного новообразования (таблица **2200**, графа **4**, строка **1**), число умерших больных злокачественным новообразованием, причиной смерти которых послужило другое заболевание (подтабличная строка **2210**, графа **5**), составляет в **итоге** сумму состоящих на учете на конец отчетного года (таблица **2100**, графа **10**, строка **1**) и числа больных со злокачественными новообразованиями кожи (**С 44**), гистологически определяемыми как **базально-клеточный рак**, снятых с учета в течение отчетного года.

Таким образом, при ежегодном снятии с учета больных с базально-клеточным раком кожи межгодовой баланс должен иметь отрицательное значение, соответствующее числу снятых по истечении 5 лет больных с данной патологией. Следует подчеркнуть, что по Инструкции такие больные не должны включаться ни в одну графу подтабличной строки 2120, их число можно указывать на бумажных носителях отдельной строкой, что и наблюдается в отчетах большинства территорий.

О неточном выполнении Инструкции о снятии с учета больных с базально-клеточным раком кожи также свидетельствует значительный разброс показателей удельного веса группы больных, состоящих на учете 5 лет и более с диагнозом злокачественных новообразований кожи в территориях России. При среднероссийском показателе 30,4% доля больных с данной патологией, состоящих под наблюдением 5 лет и более, в Забайкальском крае составила 55,5%, Свердловской области – 55,3%, республиках Башкортостан – 54,9%, Карачаево-Черкесия – 54,7%, Ингушетия – 53,8%, Ростовской области – 51,1%. В то же время в Чукотском автономном округе на учете более 5 лет состоит 4,4% больных раком кожи, в республиках Алтай – 7,0%, Тыва – 9,6%, в Ярославской области – 9,9%, в Костромской области – 11,0%.

С 1997 г. в Камчатском областном онкологическом диспансере с учета снимается весь контингент больных с новообразованиями кожи, состоявших на учете более 5 лет, что свидетельствует о том, что учет больных с рецидивами базально-клеточного рака, возникших после 5 летнего периода, ведется не верно. Также сомнительно, что за такой продолжительный период не было зарегистрировано больных с другими морфологическими типами злокачественных новообразований кожи, которые должны состоять на учете пожизненно.

В табл. 1 представлен контроль правильности составления таблицы 2100 формы 35, а также доля больных с базально-клеточным раком кожи, снятых с учета в 2008 г., от контингента больных со злокачественными новообразованиями кожи (кроме меланомы). Таблица достаточно наглядна и не требует дополнительных пояснений.

Таблица 1

Контроль правильности составления таблицы 2100 формы 35 – межгодовой баланс

Территория	Абсолютное число										Доля больных с базально- клеточ- ным раком кожи, снятых с учета, от контин- гента больных ЗНО кожи (кроме мелано- мы), %
	больных, состоящих на учете на конец года										
	2007 г.	2008 г.	больных, взятых на учет с первыми в жизни уст. диагно- зом	умер- ших от ЗНО	выехав- ших	больных с не под- твержден- ным диагно- зом	больных, о которых нет сведений на конец года	больных с ранее уст. диагно- зом	умерших от др. заболева- ния	снятых с учета больных с базально- клеточ- ным раком кожи	
РОССИЯ	2535114	2607223	458121	258006	40834	3006	20817	22560	51771	34138	10,3
Алтайский край	48713	50494	8988	5070	612	69	0	481	1246	691	8,9
Амурская область	13345	13438	2451	1316	252	22	103	137	550	252	15,3
Архангельская область	21178	21906	3913	2218	270	20	15	79	517	224	10,7
Астраханская область	16449	16734	3254	1770	1466	3	0	629	359	0	0,0
Белгородская область	28410	29482	5069	2834	167	21	12	243	799	407	10,0
Брянская область	26841	26806	4677	2711	1378	35	0	348	651	285	10,0
Владимирская область	27059	28024	4418	2629	104	25	0	263	608	350	11,7
Волгоградская область	46355	48285	10098	5437	1306	48	2	510	1060	825	10,8
Вологодская область	26507	26015	3715	2537	192	180	698	104	132	572	20,6
Воронежская область	46446	48430	7704	4219	114	46	408	274	772	435	5,8
Еврейская авт. область	2356	2502	503	199	21	10	43	21	22	83	17,7
Забайкальский край	16793	17536	2758	1719	53	1	0	102	295	49	2,1
Ивановская область	22963	23116	3986	2500	163	22	558	65	307	348	10,3

Иркутская область	38895	39798	8092	4614	2091	79	0	1101	1031	475	10,8
Калининградская область	18164	18835	2622	1574	54	3	0	77	66	331	13,5
Калужская область	21517	22447	3758	2064	244	13	0	151	402	256	9,5
Камчатский край	5011	5293	967	499	94	0	0	30	48	74	17,1
Кемеровская область	47790	48868	8866	5844	1275	65	222	201	583	0	0,0
Кировская область	23069	23484	4284	2611	295	15	0	174	851	271	8,6
Костромская область	13229	13602	2362	1459	118	12	56	61	260	145	8,4
Краснодарский край	121480	125697	19016	9606	2633	0	0	998	1817	1741	6,7
Красноярский край	41024	43096	8598	5218	641	30	0	329	394	572	17,5
Курганская область	17207	17595	3353	1832	374	20	1	23	613	148	6,0
Курская область	24815	26057	4557	2409	281	9	0	163	510	269	5,9
Ленинградская область	26393	26964	4692	2726	204	43	977	250	202	219	9,3
Липецкая область	25023	25995	4329	2220	216	48	0	235	764	344	8,4
Магаданская область	1974	2063	520	291	156	2	0	35	11	6	3,0
Москва	178494	186484	36141	18876	4111	237	1498	3542	5111	1860	11,9
Московская область	153964	158664	22641	13625	1468	118	0	880	1803	1807	12,9
Мурманская область	13452	14031	2513	1281	269	20	3	75	308	128	13,3
Нижегородская область	76295	78064	12668	7137	338	44	401	281	1996	1264	19,3
Новгородская область	12432	12798	2425	1311	175	27	0	145	566	125	8,7
Новосибирская область	50829	53407	10689	5413	459	118	552	634	1432	771	11,0
Омская область	34653	35480	6109	3276	574	21	770	233	510	364	7,0
Оренбургская область	42616	42676	7255	4066	392	44	1268	281	1072	634	9,3
Орловская область	16393	16787	3046	1636	437	22	0	158	371	344	14,4
Пензенская область	27469	27780	5069	2729	175	76	0	66	1541	303	6,6
Пермский край	46730	47974	8258	4608	1130	66	305	845	784	966	16,8
Псковская область	12729	12763	2455	1476	328	16	0	87	352	336	17,9
Приморский край	22109	20500	5878	3216	281	51	3763	460	270	366	13,7
Ростовская область	92493	95490	14919	8358	1412	70	0	677	1080	1679	10,0
Рязанская область	23180	23762	4947	2918	208	76	0	43	914	292	12,3
Санкт-Петербург	103065	106190	15292	9860	1136	29	844	993	503	788	9,8
Ставропольский край	49526	50132	8640	4511	919	42	0	320	1796	1086	10,6
Самарская область	64835	64117	11807	5804	813	113	3506	292	1386	1195	10,9
Саратовская область	53795	55432	8777	4349	322	51	0	106	1248	1276	12,4
Сахалинская область	7091	7417	1714	956	159	20	183	179	197	52	7,6
Свердловская область	76840	77698	14936	8714	1096	116	1917	374	1774	835	11,5
Смоленская область	17819	18056	3077	1846	205	19	0	12	447	335	11,5
Тверская область	30594	31737	5026	3059	96	12	0	126	741	101	4,1

Тамбовская область	23076	23117	4240	2277	628	13	423	71	422	507	14,6
Томская область	17707	18290	3233	1854	339	38	230	265	250	204	9,7
Тульская область	29440	30264	5854	3658	1069	38	0	330	213	382	16,8
Тюменская область	40920	43175	7567	4114	475	64	290	527	656	240	5,3
Ульяновская область	22176	22580	4361	2506	795	44	26	385	527	444	13,7
Хабаровский край	20149	19490	3979	2099	1811	26	586	582	329	369	15,1
Челябинская область	72973	74731	12531	7174	1044	97	546	523	1171	1264	14,4
Чукотский авт. округ	423	436	123	73	33	1	1	5	7	0	0,0
Ярославская область	25064	25825	4953	2973	618	24	0	452	612	417	12,6
Республика Адыгея	8720	9184	1646	755	53	1	41	116	56	392	20,0
Республика Алтай	2080	2154	457	318	35	2	0	9	25	12	5,6
Республика Башкортостан	65161	66760	11102	6005	419	82	0	0	2023	974	9,8
Республика Бурятия	10247	10615	2202	1491	132	31	32	236	171	213	25,1
Республика Дагестан	14239	15202	3663	2013	318	26	95	215	210	253	11,3
Республика Ингушетия	1944	2246	546	243	0	0	0	0	1	0	0,0
Респ.Кабардино-Балкария	10894	11396	1890	1149	13	21	74	33	62	102	5,4
Республика Калмыкия	3067	3215	638	385	45	4	0	39	69	26	7,1
Республика Карелия	12983	13501	2167	1473	32	7	0	93	221	9	1,8
Республика Коми	12872	13478	2520	1440	171	30	28	35	252	28	2,8
Р. Карачаево-Черкесия	5694	5882	1185	678	143	73	0	27	130	0	0,0
Республика Марий Эл	8272	8535	1727	1198	78	6	8	68	204	38	4,3
Республика Мордовия	14920	15293	3113	1510	340	0	0	28	556	362	16,6
Республика Сев.Осетия	10931	11304	1918	1163	65	1	0	35	151	200	8,2
Республика Татарстан	56293	58869	10190	5866	352	55	40	192	1015	478	6,9
Республика Тыва	1638	1727	430	297	4	7	0	8	23	18	10,2
Республика Удмуртия	24388	25028	4120	2352	117	26	0	62	814	233	8,9
Республика Хакасия	6804	7011	1540	958	194	11	0	77	105	142	15,5
Республика Чечня	10228	11221	3689	1996	52	16	123	25	32	502	22,5
Республика Чувашия	17256	18281	2857	1646	24	7	0	218	323	50	1,9
Республика Саха (Якутия)	8146	8412	1848	1191	158	6	83	11	69	86	19,1

Очередной раз заостряем внимание на том, что число впервые выявленных злокачественных новообразований в форме № 7 (таблица 2000, графа 5, строки 1-80) всегда должно быть **больше** числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по одноименным локализациям в форме № 35 (таблица 2100, графа 4, строки 1-23), так как в первую вносятся данные о всех впервые выявленных опухолях, включая первично-множественные, выявленные посмертно, а также выявленные в

ведомственных лечебно-профилактических учреждениях. Исключением могут являться данные о злокачественных новообразованиях полости рта и глотки, так как в формах имеется расхождение в перечне кодов данных локализаций в форме № 7 не выделен код C14.0 (для обеспечения сопоставимости информации просим по возможности данный код не использовать), а также о злокачественных новообразованиях молочной железы, т.к. в форме № 7 указываются сведения о раке молочной железы у женщин, а в форме № 35 – у женщин и мужчин.

В отчетах Московской области, республик Дагестан и Алтай наблюдается равенство первичных случаев ЗНО по форме 7 и первичных больных по форме 35. Отсутствие согласования между этими параметрами и данными графы 1 подтабличной строки 2110 и графы 2 подтабличной строки 2210 наблюдается в большинстве территорий.

Например, в Московской области в 2008 г. по форме 7 выявлен 22 661 случай ЗНО и по форме 35 взят на учет 22 641 больной, диагноз установлен посмертно 20 больным, у 180 **первичных** больных были выявлены первично-множественные опухоли. Таким образом, допустив, что у больных с первично-множественными ЗНО возникло по две опухоли, получаем:

$$22661 - 22641 - 20 - 180/2 = (-90),$$

при этом 60 умерших состояли на учете в ведомственных учреждениях, что указывает на то, что не все ведомственные больные состоят на учете в территориальном диспансере, т.е. эти больные в таблице 2100 формы 35 не показывались, а в форме 7 согласно инструкции должны быть показаны обязательно. Сомнительно, что не было первично-множественных опухолей, возникших у **не первичных** больных. Таким образом, в Московской области скорее всего происходит дублирование больных при регистрации у них более одной опухоли, а также неправильно заполняется подтабличная строка 2110 формы 35.

Аналогичный расчет можно порекомендовать проводить всем территориям, а особенно Московской, Астраханской, Владимирской, Камчатской, Курской, Новосибирской, Псковской, Свердловской, Еврейской автономной областям, республикам Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Алтай, Чукотскому автономному округу.

В ежегоднике «Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году» приведен подробный анализ заполнения подтабличной строки 2110 формы 35, но ошибки есть и в отчетах за 2008 г., поэтому еще раз обращаем внимание на порядок включения в данную строку сведений о больных с первично-множественными опухолями.

Из инструкции: в подтабличной строке **2110**, графе **1** из общего числа больных, взятых на учет с впервые в жизни выявленным злокачественным новообразованием (таблица **2100**, графа **4**, строка **1**, т.е. **из выявленных в течение отчетного года**), указывается **число больных** с первично-множественными опухолями, из которых выделяется число больных с опухолями, возникшими синхронно (подтабличная строка **2110**, графа **2**).

Таким образом, в подтабличной строке 2110 следует показывать число больных, а не опухолей. При этом у больных с первично-множественными опухолями, которые должны показываться в графе 1 подтабличной строки 2110, все опухоли должны быть диагностированы в отчетном году, поэтому большую долю, как правило, будут составлять больные с синхронными первично-множественными опухолями. Анализ данных за 2008 г. показал, что в отчетных формах 59 регионов России правильно формируются 1 и 2 графы подтабличной строки 2110 (в 2007 г. в 35 регионах). Приводим все территории, которым следует обратить внимание на формирование данного параметра, – Красноярский и Хабаровский края, Санкт-Петербург, Иркутская, Архангельская, Амурская, Астраханская, Владимирская, Камчатская, Кемеровская, Костромская, Новосибирская, Свердловская,

Смоленская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская области, республики Башкортостан, Калмыкия, Татарстан, Дагестан.

По-прежнему наблюдались ошибки и несоответствия в данных о больных детях в возрастных группах 0-14 и 0-17 лет.

Во многих областях России число детей, закончивших специальное лечение по поводу злокачественного новообразования, крайне мало по сравнению с числом детей с впервые установленным диагнозом, нуждающихся в проведении этого лечения. В 33 территориях России доля пролеченных находится в пределах 0-50%. Например, в Смоленской области из 28 взятых на учет детей в возрасте 0-17 лет не закончил лечение ни один ребенок. Настораживают и максимальные уровни завершенности радикального лечения детей в возрасте 0-17 лет. В последние годы мы постоянно рассматриваем данный параметр на примере отчета Республики Мордовия, к сожалению, изменений не было и в отчете за 2008 г.: все дети закончили радикальное лечение на конец года (21 случай), хотя 10 % имели IV стадию и не подлежали радикальному лечению, по данным формы 7 более 52% впервые выявленных злокачественных новообразований у детей – гемобласты, что, как правило, свидетельствует о длительном лечении, а в таблице 2300 следует показывать больных начавших и закончивших специальное лечение в отчетном году. Можно порекомендовать всем регионам проведение многокомпонентного анализа информации по контингенту больных детей (0-14, 0-17 лет) по формам 7 и 35 на соответствие в динамике.

Настоятельно просим дополнять статистические отчеты пояснительными записками, в которых следует указать число детей, продолжающих (не закончивших) лечение, не подлежащих лечению, имевших противопоказания и отказавшихся от лечения, а также число детей, о которых диспансер не имел сведений. Выражаем благодарность онкологическим диспансерам Мурманской, Тверской, Липецкой, Ярославской, Воронежской, Тюменской, Курской областям, республикам Карелия, Башкортостан, Краснодарскому и Ставропольскому краям, представившим такие пояснительные записки.

В ходе приемки отчетов в ряде территорий уточнялась численность детского контингента. Контингент больных, который следует показывать в строках 2 и 23 графы 10 таблицы 2100, должен находиться в соответствующем **детском** возрасте (среднероссийский индекс накопления детского контингента в 2008 г. составил 5,4).

Следует отметить, что в отчетах за 2008 г. почти не наблюдалось ошибок при заполнении таблицы по лечению, хотя были отчеты, в которых в графе 7 таблицы 2300 формы 35 (лекарственный метод лечения) были показаны больные со злокачественными новообразованиями локализаций, для которых данный метод не является радикальным (особое внимание следует обратить Республике Бурятия). Больных, получивших лекарственное лечение с паллиативной целью, следует показывать в графе 7 подтабличной строки 2310. Обращаем внимание, что в графах 7 и 9 данной подтабличной строки следует показывать сведения обо всех больных (не курсах лечения) независимо от стадии заболевания и времени взятия на учет, закончивших в течение отчетного года лекарственное (графы 7 и 8) или лучевое лечение (графа 9), включая больных, показанных в таблице 2300, графах 6, 7, 9, строке 1.

Доля впервые выявленных больных, не закончивших специальное лечение до конца отчетного года (подтабличная строка 2310, графа 1), от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом (таблица 2100, графа 4, строка 1) при среднероссийском показателе 8,8%, имеет значительный разброс: от максимальных значений в Приморском крае (32,5%), Ульяновской области (29,1%), Хабаровском крае (27,9%), Амурской области (21,7%) до минимальных – в Республике Карачаево-Черкесия (**0,0%**), Волгоградской области (**0,0%**), республиках Чувашия (0,1%), Башкортостан (0,6%), Коми (1,4%), Вологодской

области (1,5%), Республике Саха (1,8%) и др. Минимальные значения, по-видимому, объясняются тем, что с целью получения более высоких показателей лечебной деятельности в графу 4 таблицы 2300 включаются больные, впервые выявленные в отчетном году и не закончившие специальное лечение, и/или больные, начавшие радикальное лечение в предыдущем году и закончившие его в отчетном.

В ряде территорий неправильно заполняется графа 6 подтабличной строки 2310 формы 35 (из числа закончивших *специальное* лечение лечились *только* амбулаторно), которая должна формироваться *из числа больных, показанных в таблице 2300, графе 4, строке 1* (не курсов лечения). В связи с этим маловероятным представляется доля больных, лечившихся *только* амбулаторно от общего числа закончивших специальное лечение, показанная в отчетах Республики Тыва (46,8%), Московской области (38,3%) (в отчетах 15 регионов России данный показатель превышает 20%), среднероссийский показатель составляет 14,5%.

Одним из критериев оценки качества онкологического учета в регионе может служить отношение числа больных, о которых онкологическое учреждение не имело сведений в течение года к численности контингента, состоящего на учете. Нулевой показатель имела 41 территория, менее 1% – 23 территории, максимальные значения, как и в 2007 г. наблюдались в Приморском крае (17,0%) и Самарской области (5,4%) (среднероссийский показатель – 0,8%). В графу 3 подтабличной строки 2120 часто попадают больные, умершие в предыдущие годы.

Оценка качества учета на примере Приморского края:

Год	Больные, снятые с учета по причине отсутствия сведений в течение года		Абс. число взятых на учет первичных больных	Индекс накопления контингентов (ранговое место среди 80 регионов РФ)
	абс. число	доля от контингента больных предыдущего года (ранговое место среди 80 регионов РФ)		
2002	1189	5,3 (4)	5520	4,1 (71)
2003	797	3,3 (3)	5677	4,2 (68)
2004	1219	4,9 (3)	5705	4,3 (66)
2005	1477	6,0 (1)	5770	4,3 (71)
2006	1496	5,9 (2)	5595	4,5 (68)
2007	5449	24,6 (1)	6055	3,7 (77)
2008	3763	18,4 (1)	5878	3,5 (79)

При этом в Приморском крае ежегодно только 2% больных ставятся на учет с ранее установленным диагнозом, доля умерших (по форме 35) и доля выехавших за этот период существенно не изменялась, а доля первичных больных постоянно растет. Снятие с учета за два последних года более 40% численности контингента больных, о которых онкодиспансер не имел сведений, требует серьезных объяснений. На запрос был получен следующий ответ: «Это больные, снятые с учета, как не явившиеся в течение года на диспансерный осмотр». Видимо, это не умершие больные. Можно сделать вывод, что в Приморском крае наблюдаются серьезные нарушения диспансеризации онкологических больных. Следует подчеркнуть, что показатели популяционной выживаемости, рассчитанные по таким данным, вряд ли будут достоверны.

Одним из недостатков работы территориальных диспансеров является неудовлетворительное прослеживание состояния больных, ведущее в результате к искажениям показателей – неправдоподобно высоки показатели 5-летнего наблюдения больных по отдельным локализациям в ряде территорий.

Отношение показателей одногодичной летальности и запущенности, значительно превышающее единицу свидетельствует не только о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больного, но и об оказании **административного давления на онкологов** с целью «улучшения» структуры распределения больных по стадиям, что совершенно недопустимо. Среди регионов России максимальные отношения показателей одногодичной летальности 2008 г. и запущенности 2007 г. наблюдались в Санкт-Петербурге (2,3), Самарской (2,0), Владимирской (2,0) областях, Алтайском крае (1,9), Республике Бурятия (1,8) (среднероссийский показатель 1,3). Приходится констатировать, что в 2008 г. нет положительных изменений, которые наблюдались в последние годы, данное отношение опять стало расти. Представляется сомнительным данное отношение в Республике Ингушетия (0,3) и Чукотском автономном округе (0,3).

Число умерших, состоявших на учете в ведомственных ЛПУ (гр. 4 подтабличной строки 2210), представлено в 28 территориальных отчетах за 2008 г. Отсутствие таких данных можно интерпретировать и как положительное, и как отрицательное обстоятельство. Хочется надеяться, что в большинстве территорий ведется работа по налаживанию исчерпывающего онкологического учета, когда все онкологические больные (в т.ч. ведомственные), проживающие в данном регионе, состоят на учете в территориальном онкологическом диспансере (т.е. ведомственные ЛПУ соблюдают приказ МЗ РФ № 135 от 19 апреля 1999 г.).

В настоящее время из медицинских учреждений так называемых «закрытых» городов (медицинские учреждения Федерального медико-биологического агентства – ФМБА) в территориальные онкологические диспансеры первичная документация, как правило, не поступает ("Извещения ..." на выявленные случаи рака и "Выписки ..." на пролеченных больных) и, соответственно, информация по этим населенным пунктам чаще всего не отражается в территориальных отчетных формах, поступающих на федеральный уровень. При этом РОССТАТ включает демографическую информацию по этим территориям в свои сводные данные (численность населения и число умерших).

В последние годы в ряде регионов данный вопрос решался путем слияния данных по «закрытым» городам на уровне отчетных форм. Приемка отчетов за 2008 г. показала, что и эти скромные достижения в ряде территорий вновь утеряны. Например, оперативной замены потребовали онкологические отчеты Калужской и Свердловской областей, т.к. в первоначальном варианте в них не были включены данные по «закрытым» территориям.

Следует подчеркнуть, что нововведения по не включению данных медицинских учреждений ФМБА в годовую территориальную отчетность, не касаются отчетных форм специализированных служб.

В последние годы появились ошибки, которые невозможно найти и исправить оперативно, а можно выявить только при скрупулезном анализе показателей в динамике. Такие ошибки наблюдаются в территориях, из которых поступают бумажные формы, распечатанные после ввода информации с ошибками на магнитный носитель (без сверки с оригиналом). Таким образом, повышается риск искажения сводной информации по России, так как часть ошибок может быть не выявлена.

В целях улучшения качества государственной статистики в территориях рекомендуем систематически проводить анализ погрешностей учета и дефектов составления отчетов, а также изучать всю собираемую информацию, характеризующую состояние онкологической помощи населению, в динамике.

Мы рекомендуем также, при резких изменениях показателей по сравнению с предыдущим отчетным годом, сопровождать отчеты пояснительными записками, чтобы избежать дополнительных запросов с требованиями объяснений в период сбора отчетных данных.

Выражаем благодарность сотрудникам ГУЗ «Архангельский областной клинический онкологический диспансер» за аналитические данные по состоянию онкологической помощи населению Архангельской области в 2008 г.

Петрова Галина Вениаминовна, e-mail: rzto@mail.ru