

10.10.2007 г.

Харченко Н.В., Петрова Г.В., Грецова О.П.

Оценка качества отчетной документации территориальных онкологических диспансеров по формам 7 и 35

[МНИОИ им. П.А.Герцена](#)

Kharchenko N.V., Petrova G.V., Gretsova O.P.

Assessment of quality of the reporting documents received from regional oncological dispensaries by forms 7 and 35

[P.A.Gertsen Moscow Research Oncology Institute](#)

Оценка качества отчетной документации территориальных онкологических диспансеров на основании официальных статистических данных выявляет не только дефекты в формировании отчетов, но и определяет уровень фактического состояния онкологической помощи, выявляет возможные недостатки в организации учета, диспансерного наблюдения и прослеженности больных.

В 2006 г. коррекции потребовали бумажные носители отчетов республик Чечня, Калмыкия, Адыгея, Дагестан, Красноярского края, Калининградской области.

Несоответствие данных магнитного и бумажного носителя наблюдалось в отчетах Красноярского, Приморского краев, Иркутской, Вологодской областях, республиках Калмыкия, Чечня.

Как и в предыдущие годы, отчетные формы Рязанской области были представлены только на бумажных носителях, ввод данных на магнитные носители осуществлялся сотрудником вычислительного центра.

Межгодовой баланс по форме 35 был нарушен в отчетах республик Адыгея, Тыва, Чечня, Калининградской области.

Равенство числа опухолей по форме 7 с числом больных по форме 35 наблюдалось в отчетах Кемеровской области, Чукотского автономного округа, республик Бурятия, Ингушетия, Карачаево-Черкесия. Число впервые выявленных злокачественных новообразований в форме 7 (гр. 5, стр. 1-80 таблицы 2000) всегда должно быть больше числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по одноименным локализациям в форме 35 (гр. 4, стр. 1-22 таблицы № 2100), 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 являются 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 С14.0; для обеспечения сопоставимости информации просим по возможности данный код не использовать).

Данные о детях возрастной группы 0-17 лет представлены с ошибками в отчетной форме № 35 Кемеровской, Вологодской, Калининградской областей, Республике Ингушетия.

По-прежнему 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 28 территориях России доля пролеченных находится в пределах 0-50%, в 25 территориях - 50-70%, в 15 территориях - 70-90%, в 12 территориях - 90-100%.

Очевидно, данная ситуация обусловлена дефектами составления отчетности и учета, а также отсутствием активного мониторинга всех заболевших злокачественными новообразованиями детей. Очередной раз убедительно **просим дополнять статистические отчеты пояснительными записками**, в которых следует указывать число детей, продолжающих (не закончивших) лечение, не подлежащих лечению, имевших противопоказания и отказавшихся от лечения, а также указывать число детей, о которых диспансер не имел сведений. При приемке отчетов за 2006 г. пояснительные записки, содержащие такую информацию представили онкологические диспансеры Республики Карелия, Липецкой, Тюменской областей, Краснодарского края.

При составлении формы 35 следует проводить межформенный контроль по возрастной группе 0-17 лет с формой 14 "Сведения о деятельности стационара". В 8 регионах России число умерших детей по форме 35 (таблица 2200, графа 4, строка 23), было меньше, чем в форме № 14 (таблица 2000, графа 10, строка 3.1).

Не смотря на замечания, в ряде регионов продолжает включать больных базально-клеточным раком, снятых с учета по истечении 5 лет, в подтабличную строку 2120 формы 35, хотя по инструкции такие больные не должны включаться ни в одну графу подтабличной строки 2120. Можно указать их число на бумажных носителях, что в основном и присутствует в большинстве отчетов.

Значительный разброс показателей удельного веса группы больных, состоящих на учете 5 лет и более с диагнозом злокачественных новообразований кожи в территориях России, видимо, свидетельствует о неточном выполнении инструкции о снятии с учета больных с базальноклеточным раком кожи. При среднероссийском показателе 32,2% доля больных, состоящих под наблюдением 5 и более лет, в Республике Карелия составила 65,9%, Калининградской области - 58,6%, республиках Башкортостан - 58,6%, Северная Осетия - 57,7%, Карачаево-Черкесия - 53,1%, Ростовской области - 50,6%. В то же время в Камчатском областном онкологическом диспансере с учета снят весь контингент больных с новообразованиями кожи, состоявших на учете более 5 лет, в Чукотском автономном округе и Вологодской области на учете более 5 лет стоят 4,0% больных раком кожи, в Республике Алтай - 7,1%, Республике Тыва - 8,4%, Ярославской области - 8,8%.

Следует отметить, что в отчетах за 2006 г. выявлено значительно меньше несоответствий инструкции при заполнении графы 4 таблицы 2300 (число больных, взятых в отчетном году на учет и закончивших специальное лечение). Только в отчете Республики Ингушетия доля больных раком полости рта и глотки и меланомой кожи превысила 100% от впервые взятых на учет. Отношение числа больных, взятых в отчетном году на учет и закончивших специальное лечение, к числу подлежащих радикальному лечению (I-III ст.), выше 100% в отчетах Иркутской области (106,8%), Красноярского края (105,7) и Чукотского автономного округа (106,1%).

Анализ отношения числа впервые выявленных больных, незакончивших специальное лечение до конца отчетного года (подтабличная строка 2310, графа 1), к числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом (таблица 2100, графа 4, строка 1) показывает, что при среднероссийском показателе, составляющем 9,4%, наблюдается значительный разброс значений данного отношения: от максимальных в Республике Бурятия (35,5%), Хабаровском крае (29,7%), Тюменской области (28,3%), Приморском крае (26,0%), Амурской области

(24,5%) до минимальных в республиках Чувашия (0,1%), Башкортостан (1,0%), Коми (1,0%), Москве (1,4%), Новосибирской области (1,4%). Настораживают минимальные значения, которые, по-видимому, определяются тем, что с целью получения более высоких показателей лечебной деятельности в графу 4 таблицы 2300 включаются больные, впервые выявленные в отчетном году и незакончившие специальное лечение, и/или больные, начавшие радикальное лечение в предыдущем году и закончившие его в отчетном.

Обращаем внимание, что в графах 7 и 9 подтабличной строки 2310 формы 35 следует показывать число больных, а не число курсов лечения.

В аналогичной статье за прошлый год был представлен подробный анализ подтабличной строки 2210 формы 35, из данных которой можно рассчитать и проанализировать число умерших, не состоявших на учете в онкодиспансере, диагноз которым был установлен при жизни. Этот параметр может служить одним из критериев оценки качества онкологического учета в регионе. В 2006 г. максимальная доля таких умерших по отношению ко всем умершим, не состоявшим на учете онкологического учреждения, наблюдается в республиках Марий Эл (100%), Кабардино-Балкария (86,7%), Вологодской области (83,7%), республиках Карелия 983,2%), Дагестан (81,3%), Адыгея (72,3%), Москве (65,6%). Среднероссийский показатель за 2006 г. составил 15,1% (2005 г. - 24,0%). При этом маловероятным представляется отсутствие умерших, не состоявших при жизни на учете онкологического учреждения в Кемеровской области и единичное число случаев в республиках Башкортостан (3 случая), Северная Осетия (2 случая), Карачаево-Черкесия (2 случая).

Маловероятным представляется отсутствие умерших с посмертно установленным диагнозом злокачественного новообразования в Кемеровской области, республиках Алтай, Марий Эл. В Республике Мордовия все 35 диагнозов злокачественного новообразования, установленных посмертно, установлены без вскрытия, в республиках Адыгея и Ингушетия аналогичная ситуация - 13 и 28 умерших с посмертно установленным диагнозом без вскрытия соответственно.

Наряду с вышеизложенным можно отметить, что в отчетах за 2006 г. по сравнению с предыдущими годами, арифметических несоответствий по подтабличной строке 2210 не наблюдалось.

Часть погрешностей отчетных форм может быть связана с сознательным или непреднамеренным искажением отчетных данных. Примером может служить отсутствие случаев смерти от осложнений лечения при высокой хирургической активности в 36 регионах России.

Маловероятно, что показатели выявляемости *cr in situ* шейки матки в Новгородской (98,5 на 100 случаев рака шейки матки), Вологодской (91,0) областях реально отражают состояние диагностики опухолей этой локализации. Среднероссийский показатель - 16,2%, при этом в 7 регионах не выявлено ни одного случая *cr in situ* шейки матки, в 20 регионах выявлено менее 6 случаев на 100 случаев рака шейки матки.

Одним из наиболее серьезных недостатков работы территориальных диспансеров является неудовлетворительное прослеживание состояния больных, ведущее в результате к искажениям показателей отчетности: неправдоподобно высоки показатели 5-летнего наблюдения больных раком пищевода в Республике Ингушетия (73,9%), больных меланомой кожи в Саратовской области (78,2%), больных раком яичников в Курской области (89,9%), больных раком предстательной железы в Республике Ингушетия (85,0%).

После длительного перерыва руководящими органами было принято решение включить данные по Республике Чечня в сводные данные по России, хотя качество отчетных данных не отвечает стандартным требованиям.

В целях улучшения качества государственной статистики сотрудникам организационно-методических кабинетов территориальных онкологических диспансеров необходимо проводить анализ погрешностей учета и дефектов составления отчетов, а также систематически изучать всю собираемую информацию, характеризующую состояние онкологической помощи населению, в динамике.

Настоятельно рекомендуем всем регионам проводить сверку соответствия данных на бумажных и магнитных носителях, а также контроль с использованием условий, указанных в инструкции по составлению отчетных форм.