

На правах рукописи

**Утка**

**Виктор Григорьевич**

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ  
И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ  
УРОВНЕ**

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

г. Москва, 2008

Диссертация выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор      Леонов Сергей Алексеевич

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор      Калининская Алефтина Александровна

доктор медицинских наук, профессор      Сырцова Людмила Ефимовна

**Ведущее учреждение:**

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2008 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01. в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЦНИИОИЗ Росздрава по адресу: 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан « 14 » января 2008г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета,

кандидат медицинских наук

Сошников Евгений Иванович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Последнее десятилетие все страны мира осуществляют преобразование своих систем здравоохранения путем повышения экономической и клинической эффективности используемых ресурсов. Состоявшиеся на рубеже XX и XXI веков масштабные реформы общественно-социального обустройства в России предполагают изменения правовых, экономических и организационных основ охраны, укрепления, восстановления здоровья и социальной защиты населения.

Необходимость реформирования системы охраны здоровья населения России обусловлена не только кардинальными изменениями, происшедшими в экономическом укладе страны, и недооценкой комплексности проблемы охраны здоровья, но и несоответствием существующей сети лечебных учреждений экономическим возможностям, как регионов, так и России в целом. Существенное значение имеет, и утрата доверия значительной части населения к качеству оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения.

Решению этих проблем посвящены исследования В.З. Кучеренко, 1996; В.П. Корчагина, 1997; В.И. Стародубова, 1996, 1999, 2002-2004; Ю.П. Лисицына, 1998; А.Л. Линденбрата, 2001; О.П. Щепина, 2001; К.Ю. Лакунина, 2001 и др.

Отдавая должное заслугам ученых, внесших значительный научный вклад в разработку теории реформирования здравоохранения в современных условиях, следует отметить наличие широкого спектра ещё не решенных проблем. Так, осуществление реструктуризации медицинской помощи населению на региональном уровне требует решения конкретных задач в зависимости от местных особенностей. На первый план выдвигаются задачи углубленного исследования состояния здоровья населения, ресурсов здравоохранения, разработки системы их мониторинга и разработки комплексов взаимосвязанных, четко спланированных мероприятий. В основе реформ здравоохранения должно лежать понимание, что единой схемы его модернизации в стране нет, но могут быть общими подходы, принципы и этапы её проведения.

В современных социально-экономических условиях изложенное выше определяет актуальность проведения региональных исследований, необходимых для разработки действенных научно-практических мер по улучшению состояния здоровья населения и его информационного обеспечения.

**Целью** настоящего исследования является системное изучение состояния здоровья населения Брянской области и оптимизация информационного обеспечения управления здравоохранением на уровне субъекта Российской Федерации.

**Задачи исследования:**

- проанализировать особенности современных методологических подходов и методик изучения здоровья населения и его информационного обеспечения;
- изучить особенности развития демографической ситуации и основные тенденции изменения смертности (повозрастной и от отдельных причин) в области в 1996-2005 гг.;
- изучить основные динамические тенденции изменения различных видов заболеваемости (общей и первичной) и утраты населением трудоспособности (стойкой и временной);
- изучить состояние ресурсного обеспечения и результаты деятельности ЛПУ за 10 лет (1996-2005 гг.);
- разработать и внедрить на региональном уровне модель информационного обеспечения деятельности органов и учреждений здравоохранения, позволяющую получать достоверную и дифференцированную информацию (отчетную и оперативную) о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения региона.

В соответствии с поставленными задачами в исследовании применены следующие методы сбора и обработки статистического материала: общенаучный (анализ, синтез, обобщение), библиографический, статистический, демографический, графический, эпидемиологический, элементы методов стратегического планирования и системного подхода, экспертных оценок, экономического анализа, программно-целевого планирования.

В целях проведения сравнительного анализа результатов исследования использованы данные официальных источников Центрального Федерального округа (ЦФО) и Российской Федерации (РФ), Брянскстата. Формирование, сбор и обработка данных проводились в условиях функционирующей информационной инфраструктуры здравоохранения Брянской области.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

- тенденции развития демографической ситуации в Брянской области за 10 лет;

- особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Брянской области в 1996-2005 гг.;
- особенности ресурсного обеспечения и деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Брянской области за 10 лет(1996-2005 гг.);
- модель информационного обеспечения деятельности органов и учреждений здравоохранения, которая позволяет получать достоверную, дифференцированную отчетную и оперативную информацию, давать обобщенную оценку состояния здоровья населения и деятельности ЛПУ для осуществления конкретных мероприятий по реструктуризации здравоохранения и улучшению качества медицинской помощи населению области.

**Научная новизна исследования.** Впервые на основе результатов системного исследования состояния здоровья населения, ресурсного обеспечения деятельности медицинских учреждений:

- разработана и действует многоуровневая модель сбора и автоматизированной обработки, годовых медико-статистических отчетов;
- на уровне субъекта РФ разработана и реализована региональная система сбора и обработки оперативных данных, динамического своевременного контроля основных тенденций в изменении состояния здоровья населения области и деятельности учреждений здравоохранения, позволяющая обеспечить органы управления достоверной и своевременной информацией о функционировании медицинских учреждений;
- разработан и внедрен метод комплексной обобщенной оценки деятельности ЛПУ области, который позволяет осуществлять контроль выполнения конкретных мероприятий по реструктуризации здравоохранения и улучшению качества жизни населения;
- определены перспективные технологии информационного обеспечения процессов управления отраслью;
- на уровне субъекта РФ разработаны и внедрены 3 формы годовых отчетов.

**Научно-практическая значимость.**

В Брянской области разработана и внедрена система сбора, хранения и автоматизированной обработки статистической информации, которая позволяет

оценивать состояние здоровья населения на основе достоверной статистической информации на современном методическом уровне и включает:

- многолетнюю (с 1999 года) базу данных медицинской статистики;
- систему подготовки, сбора на электронных носителях и автоматизированную обработку годовых государственных медико-статистических отчетов на базе единого для всех ЛПУ области программного обеспечения (ПО) «Мединфо»;

- систему ежеквартальной оперативной информации (ЕОИ) и метод комплексной обобщенной оценки деятельности ЛПУ области (КОО), представляемые департаменту здравоохранения Брянской области (ДЗ), являющиеся основанием для принятия правильных, обоснованных и своевременных управленческих решений в системе здравоохранения региона;

- разработано и внедрено во всех ЛПУ области программное обеспечение, позволяющее вести персонифицированную базу данных оказанных медицинских услуг по стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

Материалы исследования положены в основу Государственных докладов о состоянии здоровья населения в Брянской области (2000-2005 годы).

На основе материалов диссертации для ЛПУ области под руководством автора разработаны и опубликованы 4 методические рекомендации.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на:

- Научно-практической конференции «Информационные технологии в медицине» - Москва, 2002.

- Всероссийской научно-практической конференции «Информационные технологии в системе модернизации здравоохранения» - Москва, 2005.

- Международной научно-практической конференции «Регион-2006. Конкурентоспособность бизнеса и технологий как фактор реализации национальных проектов» – Брянск, 2006.

- Всероссийской научно-практической конференции «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений», – Краснодар 2006.

- Международной научно-практической конференции «Чернобыль 20 лет спустя. Социально-экономические проблемы и перспективы развития пострадавших территорий. Секция «Медико-социальные проблемы территорий, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС)» – Брянск, 2006.
- Российской научно-практической конференции с международным участием «Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением» – Ижевск, 2006.
- Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» - Москва, 2007.
- Всероссийской научно-практической конференции «Информатизация здравоохранения и социальной сферы в регионах России: проблемы координации и информационного обмена» - Москва, 2007.

**Публикации.** Основные положения диссертации отражены в 16 печатных работах. Для ЛПУ области под руководством автора подготовлено и издано 4 методических пособия, ежегодно издается и распространяется среди учреждений здравоохранения области 6 сборников статистических и аналитических материалов.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 146 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и предложений, списка литературы, включающего 149 источников, в том числе 126 отечественных авторов. Работа иллюстрирована 8 таблицами, 1 схемой и 70 рисунками.

### **КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, сформулированы и обоснованы основные положения, выносимые на защиту.

**Глава первая** «Изучение информационного обеспечения проблем состояния здоровья населения» включает обзор литературных и научных исследований по изучению информационного обеспечения, проблем состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

Во **второй главе** «Программа, материалы и методы исследования» изложены организационно-методические аспекты работы, характеристика базы, этапы проводимой работы, представлена общая схема исследования. Методы исследования и основные его этапы отражены в схеме 1.

## Общая схема исследования

Цель исследования: комплексное системное изучение состояния здоровья населения Брянской области и оптимизация информационного обеспечения управления здравоохранением на региональном уровне.	
Задачи исследования	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проанализировать особенности современных методологических подходов и методик изучения здоровья населения и его информационного обеспечения.</li> <li>2. Изучить особенности развития демографической ситуации и основные тенденции изменения смертности (повозрастной и от отдельных причин) в области в 1996-2005гг.</li> <li>3. Изучить основные динамические тенденции изменения различных видов заболеваемости (общей и первичной) и утраты населением трудоспособности (стойкой и временной).</li> <li>4. Изучить состояние ресурсного обеспечения и результаты деятельности ЛПУ за 1996-2005гг.</li> <li>5. Разработать и внедрить на региональном уровне модель информационного обеспечения деятельности органов и учреждений здравоохранения, позволяющую получать достоверную и дифференцированную информацию (отчетную и оперативную) о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения региона.</li> </ol>
Объект исследования	Население Брянской области (2005г. - 1346,5 тыс. чел.)
Источники информации	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Официальные документы и источники литературы, нормативные и распорядительные документы федеральных и областных органов исполнительной власти.</li> <li>2. Государственные медико-статистические отчеты ЛПУ области (формы ГСН №№7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 47, 57 и 62).</li> <li>3. Областной популяционный онкологический и туберкулезный регистры.</li> <li>4. Сведения Брянскстата (общая численность и половозрастной состав населения, результаты естественного движения населения).</li> <li>5. Статистические материалы Брянского МИАЦ.</li> </ol> <p>Всего обработано 9030 форм государственного статистического наблюдения (ГСН).</p>
Основные этапы исследования	1. Изучение публикаций, законодательных, научно-методических, инструктивных документов по проблемам состояния здоровья населения, ресурсного обеспечения и деятельности ЛПУ, приоритетных проблем здравоохранения и информационного обеспечения управления здравоохранением.
	2. Исследование тенденций состояния здоровья населения региона за 1996-2005 гг.
	3. Исследование ресурсного обеспечения и оценка результатов деятельности ЛПУ области за 1996-2005 гг.
	4. Создание модели информационного обеспечения деятельности органов и учреждений здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающей поддержку принятия управленческих решений. Разработка и внедрение на территории Брянской области системы подготовки, сбора и автоматизированной обработки форм ГСН.
	5. Обоснование потребных объемов, разработка и внедрение на территории Брянской области региональной системы ежеквартальной оперативной информации о деятельности учреждений здравоохранения.
	6. Разработка и внедрение на территории Брянской области метода комплексной обобщенной оценки деятельности ЛПУ области.
Методы исследования	Общенаучный (анализ, синтез, обобщение), библиографический, статистический, демографический, графический, эпидемиологический; элементы методов стратегического планирования и системного подхода, экспертных оценок, экономического анализа, программно-целевого планирования.

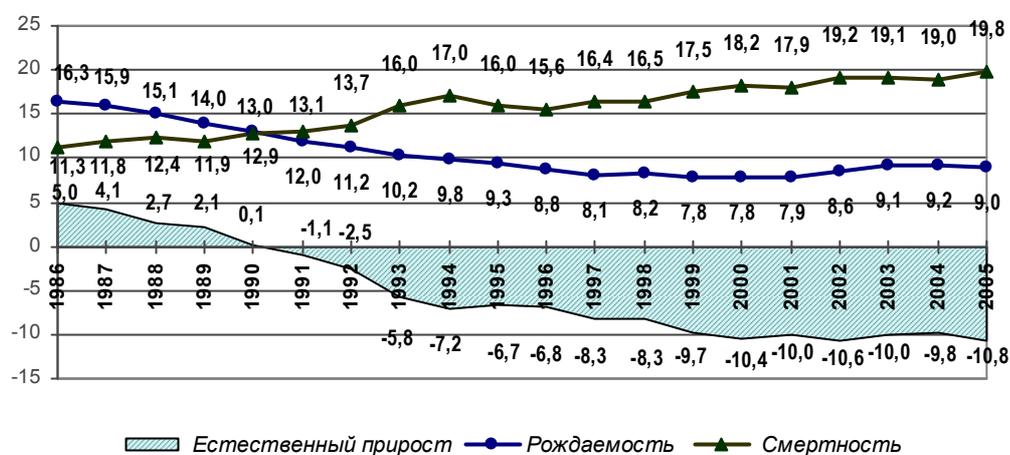
**В главе третьей «Современные тенденции общественного здоровья населения Брянской области»** проанализированы и выявлены тенденции изменения основных показателей здоровья населения - демографических показателей (численности и состава населения, миграции, рождаемости, смертности и средней продолжительности жизни населения), различных видов заболеваемости,

инвалидности, смертности по причинам населения области за десятилетний период (1996-2005 гг.).

Необходимость структурных преобразований в здравоохранении вызвана, в первую очередь, неблагоприятной медико-демографической ситуацией.

Основными демографическими, медицинскими и социальными проблемами в регионе, как и в целом по стране являются – низкая рождаемость при высоком уровне смертности, старение населения, ухудшение состояния здоровья и снижение репродуктивного потенциала населения при высоком уровне перинатальной и младенческой смертности, растущей заболеваемости и инвалидности населения. Все они являются результатом длительного негативного развития социальных и политических процессов в обществе в последней четверти XX века.

Уровень рождаемости по Брянской области традиционно низкий. В 1996 году этот показатель составлял 8,8 на 1000 населения, в дальнейшем снижался. В 1999-2001 годах его размеры стабилизировались на уровне 7,8-7,9 на 1000 населения, а с 2002 по 2004 год отмечалась тенденция к некоторому его росту (рис. 1).



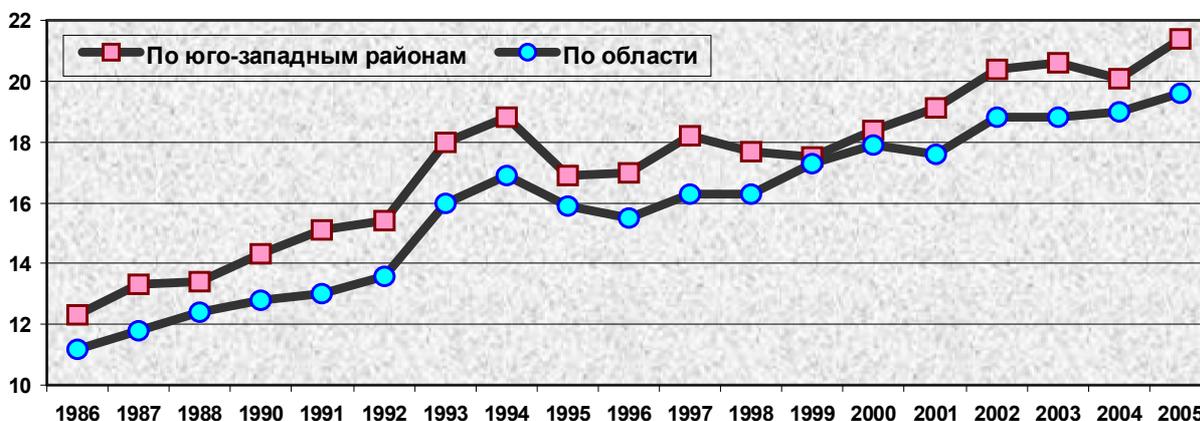
**Рис. 1. Динамика естественного движения населения Брянской области (на 1000 населения)**

В 2005 году показатель вновь снизился и составил 9,0 на 1000 населения, что на 11,8% ниже показателя по России (10,2), но на 2,3% выше показателя по ЦФО (8,8).

Начиная с 1990 года, отмечается беспрецедентный рост показателей смертности, продолжающийся и в настоящее время. Количество умерших в 2005 году составило 26 495 человек, или 19,8 на 1000 населения (рис. 1). Это максимальный уровень за последние десять лет (рост на 26,9%). Зарегистрированные уровни смертности на 23,0% выше, чем в среднем по России (2005 год – 16,1) и на 13,8% выше, чем в среднем по

ЦФО (2005 год – 17,4). В рейтинге регионов ЦФО по данному показателю в 2005 году Брянская область находится на 9 месте из 18.

В области, как и в России в целом, в 2005 году отмечается более высокая смертность населения, проживающего в сельской местности (25,6 против 16,9 на 1000 соответствующего населения). Жители 8 районов юго-западных территорий области (ЮЗТ) проживают в зоне чрезвычайной экологической обстановки, обусловленной последствиями аварии на Чернобыльской АЭС. Коэффициент общей смертности в районах, подвергшихся радиоактивному загрязнению (рис. 2), стабильно превышает среднеобластные показатели. Так, в 2005 году уровень смертности на ЮЗТ составил 21,5 случая на 1000 жителей и был выше, чем в целом по области, на 9,2%.



**Рис.2. Динамика смертности населения Брянской области и ЮЗТ за 1986-2005гг.**

В 2005 году число умерших в области превысило число родившихся на 14 427 человек, или в 2,2 раза. Коэффициент естественной убыли составил 10,8 на 1000 населения (рис. 1), что в 1,6 раза выше, чем в 1996 году (6,8), и в 1,8 раза превышает показатель по России (5,9). Естественная убыль населения наблюдается во всех без исключения районах и городах областного подчинения.

Анализируя смертность населения Брянской области по возрастным группам, можно отметить, что практически половина всех умерших (49,0%) составляют лица в возрасте 70 лет и старше, 11,1% – в возрасте 65-69 лет и 7,3% населения умирают в возрасте 50-54 года.

В динамике за последние десять лет в общей структуре смертности населения области наблюдается увеличение удельного веса возрастной категории 25-29 лет и 45-49 лет.

Состояние здоровья и рост уровня смертности населения негативно отражается на показателях ожидаемой продолжительности жизни населения области, а именно её снижении с 67,1 лет в 1996 году до 65,0 в 2005 году (РФ 2005 г. – 65,3, ЦФО 2005 г. – 66,1 лет). Сокращение этого показателя у мужчин по сравнению с 1996 годом составило 2,6 года, у женщин – 1,1 года.

Анализ стандартизованных коэффициентов смертности показывает, что в области уровень смертности населения выше, чем в целом по РФ и по ЦФО на 6,4% и 11,0% соответственно, в то время как при сравнении общих коэффициентов она превышает соответственно на 18,8 и 9,1 процентов. Однако при этом стандартизованный коэффициент смертности от всех причин смерти мужского населения области превышает соответствующий показатель по ЦФО на 15,6%, а женского населения – лишь на 4,1%.

В структуре причин смерти населения Брянской области болезни системы кровообращения (63,3%) стабильно занимают первое место (РФ 2005 г. – 56,4%, ЦФО 2004 г. – 59,6%). Смертность от этой причины на 100 тыс. населения в области остается значительно более высокой (1245,2), чем в среднем по России (895,4) и ЦФО (1032,6). Уровень смертности от этих причин за десять лет вырос в 1,5 раза.

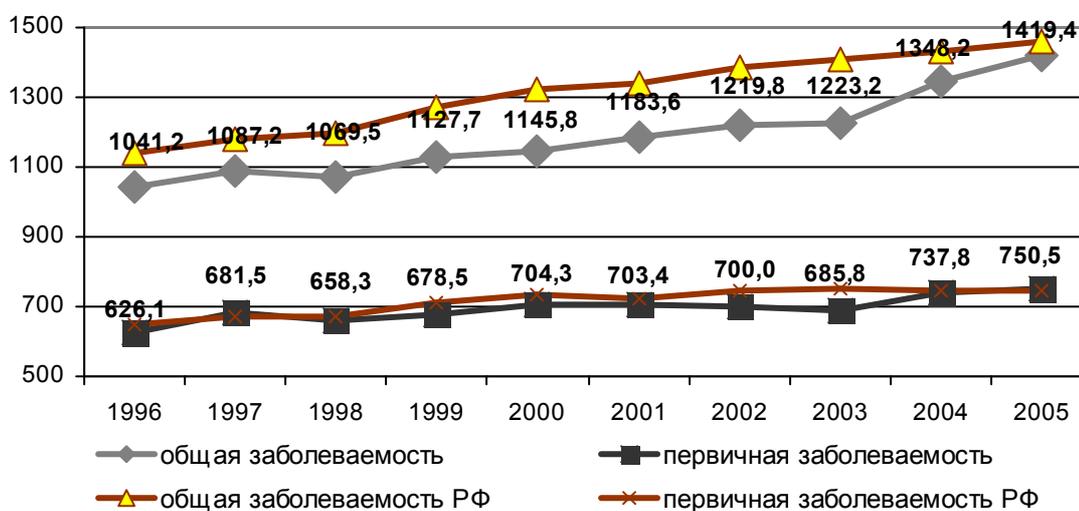
Второе место занимают травмы, отравления и другие воздействия внешних причин – 13,5% (РФ 2005 г. – 13,3%, ЦФО 2004 г. – 11,1%). Уровень смертности населения от этой причины на 100 тыс. населения с 1995 по 2005 год увеличился на 40,9%. На третьем ранговом месте (10,7%) стоят новообразования – (РФ 2005г. – 12,5%, ЦФО-13,1%).

Смертность трудоспособного населения за последние 10 лет выросла на 40,3% и составила в 2005 году 10,1 на 1000 соответствующего населения (1995 год – 7,2), что превышает показатель по РФ 2005 г. (8,2) на 23,2%.

Наиболее острой для Брянской области, как и для всей России, является проблема сверхсмертности мужчин в трудоспособном возрасте, которая в 4,9 раза превышает аналогичный показатель у женщин.

Показатель младенческой смертности по области за 10 лет снизился на 26,8% и в 2005 году составил 12,0 против 16,4 на 1000 родившихся живыми в 1996 году. Вместе с тем, его размеры превышают таковой по РФ на 9,1 (2005г. – 11,0), а по ЦФО на 20,0% (2005г. – 10,0).

Показатель общей заболеваемости по данным обращаемости всего населения области в 2005 году по отношению к 1996 году вырос более чем на треть (на 36,4%), а рост первичной заболеваемости за этот же период составил 19,9% (рис. 3).



**Рис. 3. Динамика общей и первичной заболеваемости населения Брянской области и РФ в 1996 – 2005 гг. (на 1000 населения)**

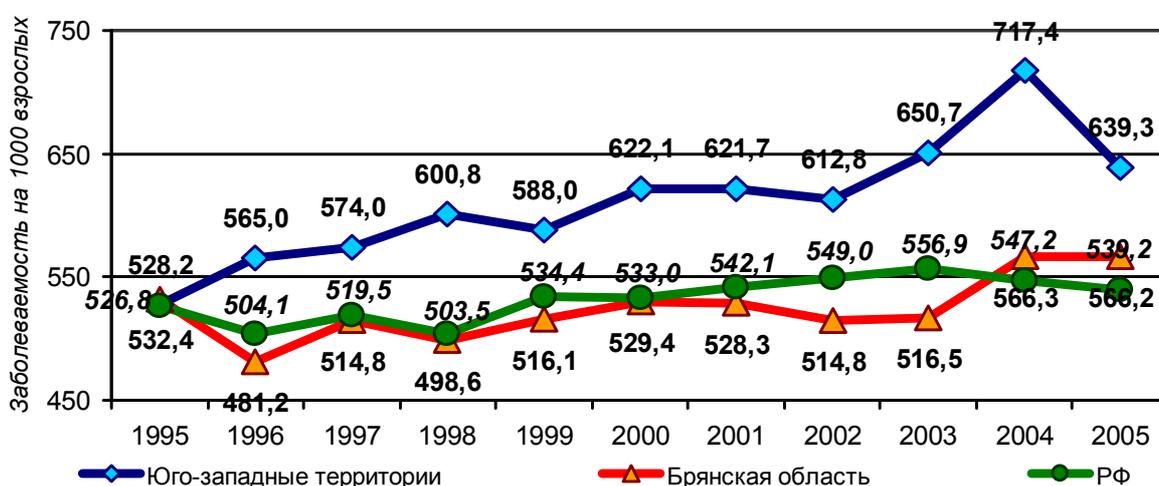
Общая заболеваемость по данным обращаемости взрослого населения в 2005 году составила 1 272,0 на 1000 населения, что на 36,0% выше, чем в 1996 году. У детей в возрасте 15-17 лет она также имеет тенденцию к росту, особенно выраженную в 2004 и 2005 годах. В 2005 году её частота достигла 1 658,3 случаев на 1000 соответствующего населения и превышала уровень 1996 года на 71,5%. Следует отметить, что зарегистрированные в области уровни общей заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет были на 6,6% ниже среднего показателя по РФ (2005г.- 1775,3‰).

Растет общая заболеваемость по данным обращаемости и у детей в возрасте 0-14 лет. К 2005 году уровень её достиг 2 130,5 случаев на 1000 соответствующего населения. Размеры её были выше, чем в 1996 году почти на половину (47,1%).

В структуре общей заболеваемости взрослых в 2005 году болезни системы кровообращения впервые за анализируемый период вышли на I место (16,7%). Болезни органов дыхания переместились на II позицию (15 против 20,7% в 1997 году). Третье ранговое место заняли болезни костно-мышечной системы (8,9%), IV место - болезни органов пищеварения (7,7%) и V строку заняли болезни мочеполовой системы ( ). Эти пять классов болезней определяли уровень общей заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости на \_\_\_%.

В структуре заболеваемости детей 0-14 лет стабильно преобладают болезни органов дыхания (51,0% в 2005г. против 53,5% в 1996г.), болезни органов пищеварения (8,0%, II место), кожи и подкожной клетчатки (5,6%, III место). Болезни глаза и его придаточного аппарата вышли на IV (4,3%), а болезни эндокринной системы переместились на V позицию (4,1%).

В динамике общей заболеваемости взрослого населения области по классу болезней системы кровообращения наиболее выраженный рост (в 4,0 раза) наблюдался по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением (76,4 случая на 1000 населения в 2005г.). Отмечается выраженное превышение первичной заболеваемости взрослого населения ЮЗТ по сравнению с областными показателями (рис. 4).



**Рис. 4. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Брянской области, ЮЗТ и РФ (на 1000 населения)**

За анализируемый период в области наблюдается неблагоприятная тенденция роста общей заболеваемости болезнями эндокринной системы взрослого населения: 1994 г. – 31,6, 2005г. – 83,9 на 1000 взрослого населения (рост в 2,7 раза), что в 1,8 раза выше показателя по РФ 2005г. (47,3). При этом в ЮЗТ уровень общей заболеваемости (193,4) превышает областной уровень в 2,3 раза.

Показатели заболеваемости населения области злокачественными новообразованиями (в 2005 году 376,4 случая на 100 тыс. населения) стойко преобладают над общероссийскими показателями с 1982 года. При этом если в 1996 году областной показатель был выше среднего по России на 19,4%, то в 2005 году – на 14,8%.

Первичная заболеваемость населения раком щитовидной железы на территориях области, пострадавших вследствие катастрофы на ЧАЭС в 1986 году, ежегодно растет. В 2005 году размеры её составляли 21,2 случая на 100 тыс. населения (по РФ – 5,8). По сравнению с 1990 годом она выросла в 4,7 раза. Столь резкий подъем заболеваемости, по мнению исследователей, обусловлен радиационным фактором.

Показатель заболеваемости туберкулезом с 1990 года вырос в 2,8 раза и составил в 2005 году 88,7 случаев на 100 тыс. населения, превышая среднероссийский уровень на 5,9%.

Число случаев временной нетрудоспособности в 2005 году составляло 73,0 (снижение за 9 лет на 15,2%), а числа дней нетрудоспособности – 957,4 на 100 работающих (снижение на 28,5%).

Показатель первичной инвалидности взрослого населения области в 2005 году составил 172,6 случая на 10 тыс. взрослого населения (1996г. – 108,6). Размеры её выросли за 10 лет на 58,9%.

Таким образом, здоровье населения Брянской области характеризуется стойким ростом общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости практически по всем классам болезней у всех возрастных группах населения, особенно на ЮЗТ, а также выраженными негативными медико-демографическими тенденциями.

Причиной этого, наравне с социально-экономическим кризисом в стране, является ослабление уровня организации и управления здравоохранением.

**В главе четвертой** «Ресурсы системы здравоохранения и региональные особенности медицинского обеспечения населения Брянской области» представлен анализ состояния ресурсного обеспечения и деятельности ЛПУ отрасли за 1996-2005 годы.

В результате реструктуризации медицинской помощи в области за 10 лет число амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось на 8, число больничных учреждений сократилось на 25, фельдшерско-акушерских пунктов на 17, санитарно-профилактических учреждений – на 29.

**Амбулаторно-поликлиническая помощь.** В области на конец 2005 года амбулаторно-поликлиническую помощь (АПП) населению осуществляли 155 ЛПУ, мощность которых составила 28 232 посещения в 1 смену (рост за 10 лет – 7,9%).

Из всех учреждений, оказывающих АПП, 136 являются муниципальными (87,7%), 19 - подведомственны департаменту здравоохранения (далее – областные учреждения). Число самостоятельных АПУ в области - 59 (40 из них расположены в сельской местности), стоматологических поликлиник - 9, диспансеров - 12. Мощность всех самостоятельных АПУ составила в 2005 году 7 236 посещений в 1 смену, что составило 25,6% от мощности всех АПУ. Больничных учреждений, имеющих в своем составе поликлиники – 75.

Обеспеченность населения АПП на 10 тыс. населения в 2005 году составила 209,7 (рост за 10 лет на 18,2%).

В работе АПУ заняты 53,2% работающих в области врачей (в 1996г. – 55,2%). В 2005 году к ним выполнено 9 652 391 посещение (без посещений к стоматологам), что составило 7,2 посещения на 1 жителя области в год (в 1996г. – 6,9).

Норматив Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) оказания бесплатной АПП населению области выполнен по области в 2005 году только на 80,4%, в том числе областными ЛПУ – на 86,7% (табл. 1).

**Табл. 1**

**Выполнение по Брянской области Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в 2001-2005 годах**

Виды медицинской помощи	Годы				
	2001	2002	2003	2004	2005
Амбулаторно-поликлиническая	99,1	98,9	95,8	89,3	80,4
Стационарная	105,4	101,5	99,6	97,1	99,0
Скорая медицинская помощь	109,1	114,3	117,0	111,5	105,2
Замещающая стационар помощь	62,1	112,0	112,0	88,5	85,6

Первичную медико-санитарную помощь населению региона оказывали 123 учреждения. Участковая сеть области в 2005 году оказывалась на 416 терапевтических (в 1998г. - 413), 276 педиатрических (в 1998г. - 313) и 78 акушерско-гинекологических участках (в 1998г. - 86). В области действует 641 ФАП (1996г. – 658).

В АПУ в 2005 году работало 14 врачей общей практики (1996г. – 1), 343 участковых врачей терапевтов (на 6,5% больше, чем в 1996г.) и 239 участковых врачей педиатров (на 17,9% меньше, чем в 1996г.).

**Стационарная помощь.** В 2005 году в области функционировало 86 больничных учреждений, из которых 32 расположены в сельской местности (37,2%). За 10 лет их число уменьшилось на 25 (22,5%). Всего в учреждениях здравоохранения области

развернуто на конец 2005 года 16 390 коек, из них 14 263 круглосуточных (уменьшение за 10 лет на 17,8%) и 2 127 койко-мест дневного пребывания.

Сельских участковых больниц в 2005 году было всего 26, по сравнению с 1996 годом их число уменьшилось в 1,7 раза в связи с реструктуризацией. Число коек в этих учреждениях по сравнению с 1996 годом уменьшилось на 25,0%.

В 2005 году уровень обеспеченности населения области круглосуточными койками всех специализаций уменьшился на 11,1% и составил 105,9 на 10 тыс. населения (1996г. – 117,6), что на 8,1% выше среднего показателя по России.

Уровень госпитализации в круглосуточные стационары составил 23,3 случая на 100 человек населения и был выше такового в 1996г. на 12,6% (20,7). Средняя занятость койки в стационарах круглосуточного пребывания в 2005 году составила 329 дней. По сравнению с 1996г. (295 дней) койка стала работать интенсивнее на 11,5%. Средняя длительность пребывания больного в круглосуточном стационаре уменьшилась на 11,3% и составила 14,9 дней (1996 г. – 16,8 дней). Объем стационарной помощи по ТППГ выполнен в области на 99,0%, в том числе областными учреждениями - на 98,5%.

**Замещающие стационар технологии.** В стационарах дневного пребывания (сметных) в 2005 году всего в области насчитывалось 2 127 мест, а в 1996 году – 225, т.е. произошло увеличение в 9,5 раз. Число мест в дневных стационарах в составе поликлиник увеличилось за 10 лет только в 3,1 раза. Объем замещающей стационар помощи по ТППГ выполнен в области только на 85,9% (в 1991г. - на 62,1%), а по областным ЛПУ – на 115,9%.

**Скорая медицинская помощь (СМП).** Число лиц, которым оказана СМП при выездах, за последние 10 лет уменьшилось на 3,2%. Фактическое число лиц, которым была оказана СМП амбулаторно и при выездах, в 2005 году составило 565 106 человек (419,7 на 1000 населения). Частота её в области на 16,4% превышает средний показатель по России (2005г. – 362,0). Объем оказания СМП по ТППГ выполнен на 105,2%.

**Кадры здравоохранения.** Обеспеченность врачами в 2005 году составляла 33,1 на 10 тыс. населения. За 10 лет она выросла только на 1,2 %. Обеспеченность области врачами на 22,5% ниже среднего показателя по стране (РФ 2005г. – 42,7).

Обеспеченность средними медицинскими работниками – 104,4, рост её за 10 лет также невысок (2,8%). Однако уровень данного показателя на 10,0% выше среднего по РФ (94,9).

**Финансирование здравоохранения.** Удельный вес расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете области составляет 13,0%, а в бюджете социальной сферы – 30,0%. На медицинскую помощь в расчете на одного жителя направлено 2451 рубль при рекомендуемом Федеральным Фондом ОМС нормативе в 3157 рублей, что составляет 77,6% от норматива. Подушевое финансирование за последние пять лет увеличилось в 4,1 раза (2000г. - 603 рубля).

Анализ структуры расходов здравоохранения показывает, что 54,7% средств направлено на финансирование стационарной помощи, а на АПП – всего 26,6%, на СМП – 4,6%, на замещающую стационар помощь – 3,4%, на прочие виды медпомощи – 10,7%.

Доля платных медицинских услуг в общем объеме финансирования составила 7,3% (2003 г. – 5,9%; 2004 г. – 7,1%).

Число больничных учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) с 2000 по 2005 год увеличилось почти в 2 раза. В систему ОМС в Брянской области на конец 2005 года было включено 76 больничных учреждений (88,3%). В стационарах области в 2005 году развернуто в системе ОМС 13340 коек, или 81,4% от всего коечного фонда (в 1999 г. - 49,5%).

Таким образом, ресурсная база здравоохранения Брянской области характеризуется:

- высоким уровнем обеспеченности койками и высоким уровнем госпитализации;
- сохраняющийся высокий уровень госпитализации является следствием неготовности внебольничного сектора здравоохранения расширить объемы высококвалифицированной и высокоспециализированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- невыполнением норматива Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи;
- очень слабым развитием службы врача общей практики;
- стабильно высоким объемом оказания скорой медицинской помощи;
- неизменно низким уровнем обеспеченности врачами;
- положительной тенденцией увеличения средств, аккумулируемых в системе ОМС и двухканальной моделью финансирования.

Учитывая изложенное, можно утверждать, что здравоохранение области нуждается в более эффективном управлении ресурсами, что возможно только при обеспечении органов управления здравоохранения достоверной и дифференцированной информацией.

**В главе пятой** «Информационное обеспечение системы здравоохранения Брянской области» проведено всестороннее комплексное исследование состояния информационного обеспечения здравоохранения Брянской области и его оптимизации.

Решение стоящих перед здравоохранением области задач, повышение эффективности принимаемых управленческих решений взаимосвязано с объемами и качеством информации. Возрастает актуальность автоматизации сбора данных, их обработки, хранения и представления достоверных данных в оптимальных формах. Плановый подход к решению проблемы позволяет реализовать создание единой информационной системы здравоохранения и соответствующего программного обеспечения.

Информация о проводимых в стране реформах должна быть доступной и прозрачной для населения, СМИ и профессионалов. Однако в последние годы медицинская статистика явно отстает от проводимых в стране преобразований в здравоохранении.

Информацию, циркулирующую в здравоохранении, можно условно разделить на две группы: технологическую и управляющую. Последнюю получают путем сбора и анализа данных, почерпнутых из первичной документации. Именно её потребные объемы и явились предметом изучения.

В целях дальнейшего совершенствования сбора и обработки медико-статистической информации, развития информационного обеспечения здравоохранения области на базе Брянского МИАЦ разработана и внедрена система управления медицинской статистикой на уровне региона, в частности:

- Информационно-вычислительный центр и Бюро медицинской статистики при департаменте здравоохранения в 2000 году были объединены в ГУЗ «Бюро медицинской статистики департамента здравоохранения», который с 2003 года преобразован в ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Брянской области (МИАЦ).

- В 2000 году при департаменте здравоохранения организован Координационный Совет по информатизации здравоохранения.

- С 2000 года введена должность главного внештатного специалиста департамента здравоохранения по медицинской статистике и информатике.

- В 2001 году проведена коллегия ДЗ с повесткой «О деятельности службы медицинской статистики и перспективах ее развития», на которой определен путь развития медицинской статистики Брянской области.

- В 2003 году введены единые областные стандарты на учетные формы «Статистическая карта выбывшего из стационара», «Талон амбулаторного пациента» и др.

- С 1998 года введено единое для всех ЛПУ региона программное обеспечение по обработке годовых отчетов (ПО «Мединфо»).

- С 2004 года введено единое для всех ЛПУ региона программное обеспечение по персонифицированному учету медицинской помощи в ЛПУ (ПО «МБД ЛПУ»).

- В 2001 году учрежден журнал «Брянский медицинский вестник», который издается на базе МИАЦ (свидетельство о регистрации серия ПИ № 8-1244 от 13.03.2002 год).

Всего в здравоохранении области на конец 2005 года имелось 1759 персональных компьютеров (ПЭВМ). Число их увеличилось за 5 лет в 3,1 раза (в 2000 г. - 565), а ежегодный темп прироста составил от 17,7 до 41,3%.

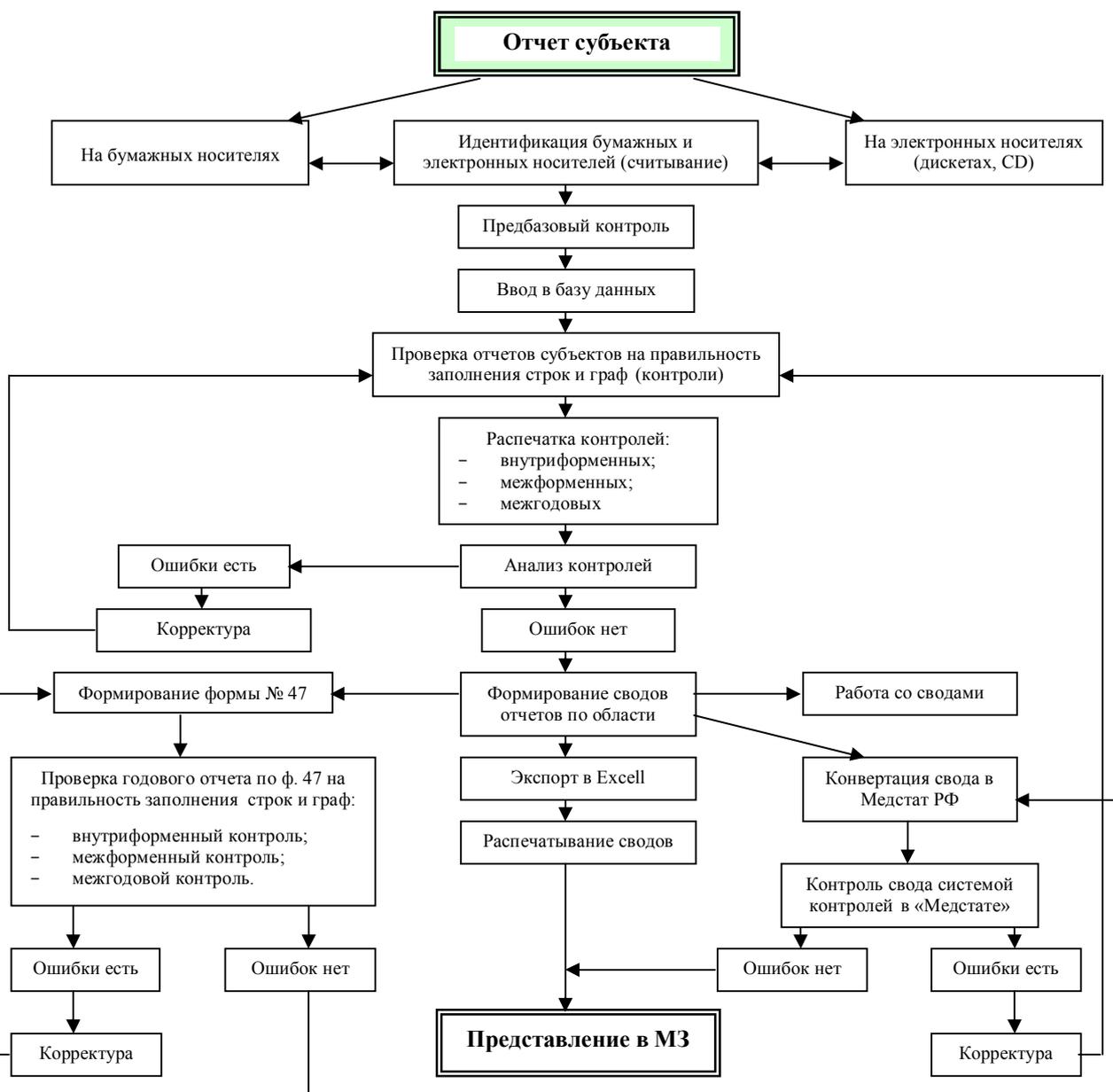
На 1 учреждение в городе Брянске приходилось 15,5 (2002 г. - 6,6) ПЭВМ, по территориям области (без г. Брянска) – 18,3 (2002 г. – 7,9), в областных ЛПУ – 20,7 (2002 г. – 13,1).

В 2004 году для ЛПУ введены временные областные штатные нормативы отделов АСУ (программисты, электроники, операторы и др.), что позволило значительно улучшить укомплектованность отделов АСУ кадрами.

В МИАЦ разработана и внедрена система сбора и автоматизированной обработки, годовых медико-статистических отчетов на базе единого ПО «Мединфо». Схема приема и обработки отчетов представлена на рис. 5.

Проблемы совершенствования информационного обеспечения служб здравоохранения затрагивают вопросы совершенствования первичного медицинского учета и статистической отчетности. Периодически проводимые изменения с целью совершенствования форм не всегда отвечают возросшим требованиям реформируемого

здравоохранения. На начало 2003 года насчитывалось 330 учетных форм, без учета временных форм. В 2005 году информационный статистический поток в системе здравоохранения обеспечивался 41 отчетными формами, представляемыми ежегодно.



**Рис. 5. Технологическая схема обработки годовых медико-статистических отчетов в системе ПО «Мединфо»**

Общее количество отчетных форм, заполняемых в ЛПУ Брянской области, представлено в табл. 2. Кроме этого в МИАЦ разработаны и внедрены по области 3 внутриобластные отчетные формы: сведения о работе ФАПов, сведения о числе заболеваний и диспансерном учете ветеранов войн, сведения об отделах АСУ и о наличии оргтехники. В 2005 году всеми ЛПУ области заполнены 832 отчетные формы

областного уровня. В МИАЦ разработана и внедрена методика сбора и анализа ежеквартальной оперативной информации (ЕОИ).

Табл. 2

**Число отчетных форм ГСН, заполняемых в ЛПУ Брянской области в 2005 году**

Наименование типов учреждений	Число учреждений	Среднее число отчетных форм на 1 учреждение	Общее число форм
Больницы всех типов	86	18	1590
Амбулаторно-поликлинические учреждения	59	6	385
Диспансеры	12	11	135
Стоматологические поликлиники	9	8	75
Станции (отделения) СМП	2	4	8
Другие учреждения здравоохранения	20	12	245
<b>Итого</b>	<b>188</b>	<b>14</b>	<b>2438</b>

Перечень сведений по ЕОИ, представляемых в МИАЦ, указан в табл. 3. Полученные показатели группируются в аналитические таблицы (48) и диаграммы (13).

Табл. 3

**Перечень сведений по ЕОИ, представляемых субъектами отчетности в МИАЦ**

№ п.п.	Субъекты отчетности	Наименование сведений	Число показателей
1.	ЛПУ территорий области, учреждения здравоохранения областного подчинения	Первичная заболеваемость	6
		Медицинские кадры	35
		Амбулаторно-поликлиническая помощь	47
		Деятельность стационаров	49
		Служба охраны здоровья матери и ребенка	17
		Станции и отделения СМП	26
		Станция и отделения переливания крови	11
		Сведения о ФАПах	18
2.	Брянкстат	Медико-демографические данные	13
3.	Роспотребнадзор	Инфекционная заболеваемость	4
4.	Областной онкологический диспансер	Заболеваемость злокачественными новообразованиями	3
5.	Областной ПТД	Заболеваемость туберкулезом	3
6.	Областной наркологический диспансер	Заболеваемость хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией	3
7.	Областной КВД	Заболеваемость ИППП	3
8.	Станция СМП г. Брянска	Показатели службы СМП	6
9.	Областная детская больница	Показатели по детству	14
10.	Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями	Заболеваемость и смертность от ВИЧ-инфекции	5
<b>Всего:</b>			<b>263</b>

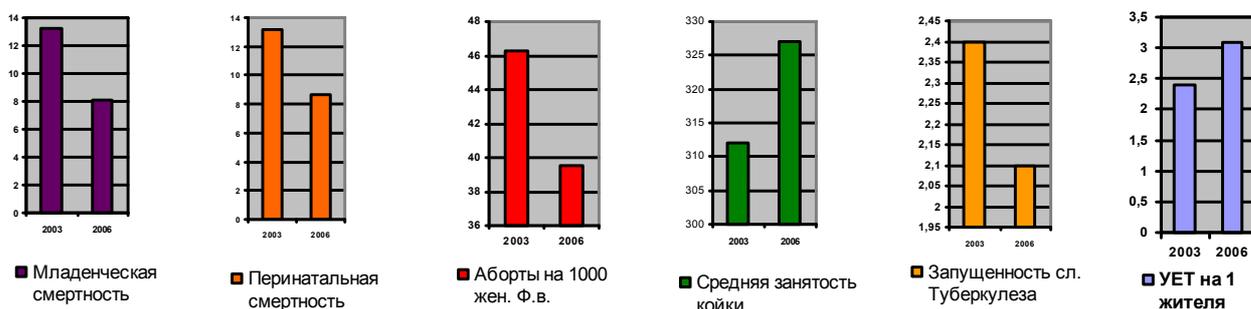
Результаты ЕОИ ежеквартально обрабатываются автоматизированным путем и представляются в департамент здравоохранения в виде аналитической брошюры.

Анализ данных ЕОИ, представляемый департаменту здравоохранения, является основанием принятия правильных и своевременных управленческих решений в сфере здравоохранения области. За 7 лет (1999 – 2005 г.) применения ЕОИ отмечается значительное улучшение некоторых показателей здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения. Так, за эти годы увеличились показатели рождаемости (на 11%); числа коек в дневных стационарах в составе поликлиник (в 1,5 раза) и больничных учреждений (9,5 раз); выявляемости туберкулеза (на 28,5%); снизились показатели заболеваемости сифилисом (в 2,3 раза), удельного веса преждевременных родов (на 11,4%), послеоперационной летальности (на 63,6%); улучшились все показатели работы круглосуточной койки.

С введением ЕОИ стало возможным постоянное наблюдение (мониторинг) за состоянием здоровья населения и деятельностью ЛПУ области.

В Брянской области в целях получения комплексного представления о функционировании ЛПУ, сравнительного анализа деятельности ЛПУ и оперативного принятия управленческих решений, в здравоохранении региона с 2004 года внедрен метод комплексной обобщенной оценки (КОО) деятельности ЛПУ области.

Система КОО позволяет определять конкретные показатели, ухудшающие общее состояние охраны здоровья населения, требующие первоочередного управленческого внимания.



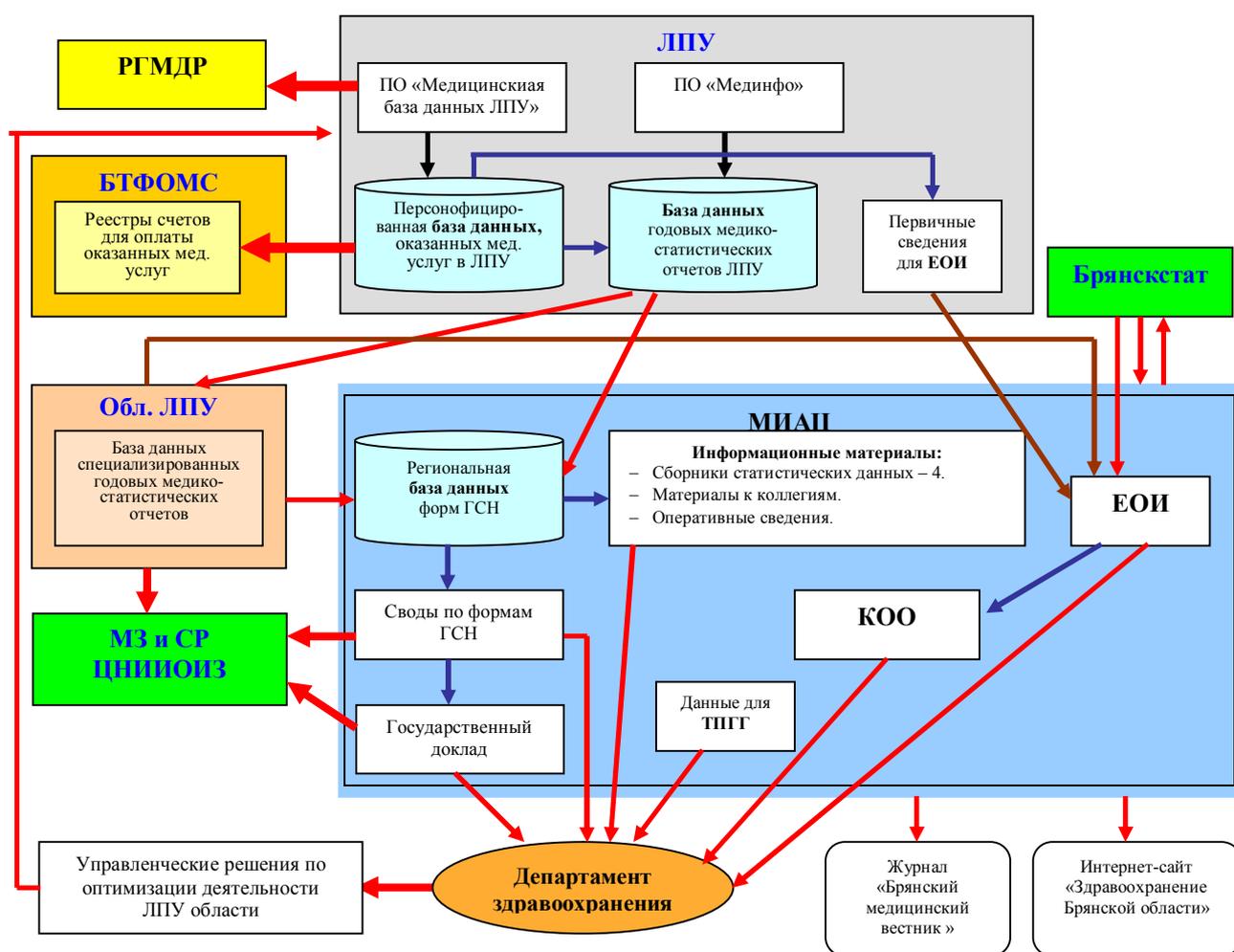
**Рис. 6. Динамика показателей младенческой и перинатальной смертности, абортов, запущенности туберкулеза, выполнение объема работы стоматологов и средней занятости койки за 2003, 2006 гг.**

Внедрение КОО позволило улучшить некоторые показатели: снизились уровни младенческой и перинатальной смертности, числа абортов, запущенности туберкулеза; увеличилась средняя занятость круглосуточной койки, существенно возросли объемы

работы стоматологов, увеличилась доля аттестованных врачей и среднего медицинского персонала (рис. 6).

Выявлены районы, которые стабильно занимают ранговые места в последней десятке, а также территории, которые традиционно лидируют.

Для автоматизации ввода при подготовке, сборе и автоматизированной обработке форм ГСН при помощи ПО «Мединфо» на уровне ЛПУ, формирования ЕОИ и метода КОО деятельности ЛПУ области внедрена конвертация данных по персонифицированному учету оказанных медицинских услуг стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (рис. 7).



**Рис. 7. Схема информационных потоков в здравоохранении Брянской области на основе ПО «Мединфо» и ПО «Медицинская база данных ЛПУ»**

Статистическая информация призвана способствовать принятию более эффективных управленческих решений, лучшей осведомленности общества в вопросах состояния здоровья населения, деятельности ЛПУ и эффективности расходов на здравоохранение.

## **Выводы**

1. Оценка демографической ситуации выявила крайне неблагоприятные тенденции развития в Брянской области демографических процессов. Естественная убыль населения в области в 1,8 раза выше, чем в Российской Федерации. Показатель общей смертности в области почти на четверть (23,0%) превышает аналогичный показатель по России. В 7 юго-западных территориях области, наиболее пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, он выше областного показателя на 9,2%.

В структуре причин смерти стабильное I-е место занимают болезни системы кровообращения (63,3%). Смертность от этой причины на 100 тыс. населения в области в 1,4 раза превышает показатель по России. За последние 10 лет смертность трудоспособного населения выросла на 40,3% и превышает показатель по РФ на 24,7%.

2. Здоровье населения области характеризуется стойким ростом общей и первичной заболеваемости по данным обрацаемости по всем классам болезней. С 1996 года регистрируется выраженный рост общей и первичной заболеваемости населения в ЮЗТ области (у взрослых – на 34,2%, у подростков – на 35,1%, у детей – на 17,9%). В области отмечен стабильно высокий уровень онкологической патологии. Особенно высока заболеваемость раком щитовидной железы: за последние 10 лет она выросла в 4,7 раза и превышает средний показатель России в 4,0 раза. Заболеваемость населения болезнями эндокринной системы в области превышает показатели по Российской Федерации почти в 2 раза.

3. Ресурсная база здравоохранения области характеризуется: высокими уровнями обеспеченности населения койками и госпитализации, неготовностью внебольничного сектора расширить объемы специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом секторе здравоохранения, низким выполнением нормативов Территориальной программы оказания населению бесплатной медицинской помощи, слабым развитием службы врача общей практики, стабильно высоким объемом оказания населению скорой медицинской помощи и неизменно низким уровнем обеспеченности врачами.

4. Крайне неблагоприятные медико-демографические тенденции при высоком уровне заболеваемости обуславливают необходимость проведения структурных преобразований в системе охраны здоровья населения и здравоохранения. Определение

путей реформирования возможно только при условии полноценного информационного обеспечения процессов управления системой здравоохранения.

5. Региональная модель информационного обеспечения деятельности органов и учреждений здравоохранения, отработанная на территории Брянской области, позволяет получать дифференцированную отчетную и оперативную информацию о состоянии здоровья населения, а также формировать интегральную оценку деятельности учреждений здравоохранения, что позволяет органу управления здравоохранения региона принимать своевременные и правильные управленческие решения.

6. Опыт своевременного информационного обеспечения управления региональным здравоохранением в Брянской области позволил начать реструктуризацию отрасли. Наряду с сокращением больничных коек круглосуточного пребывания (на 19,1%), получили свое развитие замещающие стационар технологии, объемы которых за 10 лет выросли в 9,5 раз. Повысилась и эффективность функционирования больничных учреждений, в результате чего увеличилось число пролеченных больных (на 3,3%), число дней работы койки в году (на 11,5%) и её оборот (на 25,6%).

### **Рекомендации и предложения**

1. Разработанная модель обработки медико-статистической информации в Брянской области рекомендована для широкого применения на региональном и муниципальном уровнях, а оптимизированные варианты внутриобластных отчетных форм - на федеральном уровне.

2. Автоматизированная система ежеквартальной оперативной информации и метод комплексной интегральной оценки деятельности ЛПУ, являющиеся основанием для принятия правильных, обоснованных и своевременных управленческих решений могут быть рекомендованы для внедрения в других регионах страны для оценки деятельности органов и учреждений здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях.

3. Система управления медицинской статистикой на уровне региона, разработанная и внедренная на базе Брянского МИАЦ в целях дальнейшего совершенствования сбора и обработки медико-статистической информации, развития информационного обеспечения здравоохранения, может быть использована в других регионах страны.

### **Список научных работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Утка В.Г. Информационное обеспечение реализации национального проекта в сфере здравоохранения / В.Г. Утка // Регион-2006. Конкурентоспособность бизнеса и технологий как фактор реализации национальных проектов: Материалы международной научно-практической конференции. – Брянск, 2006. – С. 582-588.
2. Утка В.Г. О развитии и проблемах информатизации здравоохранения региона / В.Г. Утка // Информационные технологии в системе модернизации здравоохранения. 2005: Всероссийская научно-практическая конференция: Сборник тезисов. – М., ВВЦ. 2005. – С. 97-100.
3. Утка В.Г. О роли МИАЦ в организации сбора и обработки медико-статистической информации на региональном уровне / В.Г. Утка // Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением: Научные труды российской научно-практической конференции с международным участием. – Ижевск, 2006. – С. 154-161.
4. Утка В.Г. Детская инвалидность в Брянской области. Особенности медико-социальной экспертизы детей-инвалидов / В.Г. Утка, Э.Г. Карпова, Е.В. Скоркина // Брянский медицинский вестник. – 2006. - № 3 (26). – С. 51-55.
5. Утка В.Г. Организация сбора и обработки годовых медико-статистических отчетов на региональном уровне / В.Г. Утка, С.А. Леонов // Врач и информационные технологии. – М., 2006. – № 5. – С. 49-56.
6. Утка В.Г. О состоянии здоровья населения Брянской области / В.Г. Утка, С.А. Леонов // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. - № 6. – С. 59-64.
7. Утка В.Г. Опыт создания отделов АСУ в учреждениях здравоохранения Брянской области / В.Г. Утка, Г.И. Лобанов // Врач и информационные технологии. – М. 2006. – № 1. – С. 18-20.
8. Утка В.Г. Использование информационных ресурсов сети Интернет в здравоохранении / В.Г. Утка, С.М. Рощин // Брянский медицинский вестник. – 2005. - № 5 (22). – С. 55-56.
9. Утка В.Г. Метод комплексной обобщенной оценки показателей охраны здоровья населения / В.Г. Утка, Л.Ш. Садретдинова // Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений: Сборник научных трудов. – Краснодар, 2006. – С. 241-250.
10. Утка В.Г. Динамика медико-демографических показателей юго-западных территорий Брянской области / В.Г. Утка, Е.В. Скоркина, Л.Ш. Садретдинова // Чернобыль – 20 лет спустя. Социально-экономические проблемы и перспективы развития пострадавших территорий: Материалы Международной практической конференции. – Брянск, 2005. – С. 201-203.
11. Утка В.Г. Оперативная информация о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Брянской области / В.Г. Утка, О.И. Федорова // Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений: Сборник научных трудов. – Краснодар, 2006. – С. 250-255.
12. Утка В.Г. Некоторые особенности деятельности учреждений здравоохранения и системы ОМС в Брянской области // С.Н. Фетисов, Л.С. Кузьмина, В.Г. Утка // Консилиум. – Воронеж, 2004. - №4(50). - С. 11-14.
13. Утка В.Г. Современные тенденции медико-демографических процессов в Брянской области / В.Г. Утка, Л.Ш. Садретдинова, О.И. Федорова; под редакцией В.Н. Дорощенко, С.Н. Фетисова / Сборник аналитических материалов. – Брянск, 2007. - 80 с.
14. Утка В.Г. Программный комплекс «Медицинская база данных лечебно-профилактического учреждения» в Брянской области / В.Г. Утка, Н.Л. Мареева, Т.А. Тахаева // Новые технологии в современном здравоохранении: Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ. Часть I. - М., 2007. - С. 111-115.
15. Утка В.Г. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики // [Михайлова Ю.В. и др.] / Специальное приложение к сборнику научных трудов «Новые технологии в современном здравоохранении»: ФГУ ЦНИИОИЗ. - М., 2007. - 36 с.
16. Утка В.Г. Руководство по статистическому анализу деятельности лечебно-профилактических учреждений. / [С.А. Леонов и др.] / ФГУ ЦНИИОИЗ. - М., 2007. - 70 с.

**Утка  
Виктор Григорьевич**

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ  
И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Отпечатано в типографии ЦНТИ  
241000, г. Брянск, ул. Горького, 30

Сдано в набор 26.12.07. Подписано в печать 28.12.07.  
Формат 60x84/16. Тираж 100 экз. Заказ № 77