

7. Mantas D., Kykalos S., Patsouras D. et al. Small intestine diverticula: Is there anything new? // World J. Gastrointest. Surg. — 2011. — Vol. 3, № 4. — P. 49-53.

8. Schnueriger B., Vorburger S.A., Banz V.M. et al. Diagnosis and management of the symptomatic duodenal diverticulum: a case series and a short review of the literature // J. Gastrointest. Surg. — 2008. — Vol. 12, № 9. — P. 1571-1576.

9. Veen M., Hornstra B.J., Clemens C.H. et al. Small bowel diverticulitis as a cause of acute abdomen // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 21, № 1. — P. 123-125.

10. Yang C.W., Chen Y.Y., Yen H.H. et al. Successful double balloon enteroscopy treatment for bleeding jejunal diverticulum: a case report and review of the literature // J. Laparosc. Adv. Surg. Tech. — 2009. — Vol. 19, № 5. — P. 637-640.

#### Сведения об авторах

Згзитоветский Дмитрий Эдуардович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406; e-mail: zdz64@mail.ru.

Белобородов Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406; e-mail: beloborodov-a@yandex.ru.

Данилина Елена Петровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406.

Борисов Роман Николаевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней имени Ю. М. Лубенского ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2469406.

Тякин Сергей Игнатьевич — заведующий 3 хирургическим (гнойным) отделением МБУЗ ГКБСМП имени Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17, тел. 8(391)2469407; e-mail: tyarkin.s@yandex.ru

## Менеджмент и здравоохранение



© АРТЮХОВ И. П., ДАВЫДОВ Е. Л., КАПИТОНОВ В. Ф., ХАРЬКОВ Е. И.

УДК 616.12-008.331.1-036-085:612.67:314.144

### СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

И. П. Артюхов, Е. Л. Давыдов, В. Ф. Капитонов, Е. И. Харьков

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н. проф. И. П. Артюхов; кафедра пропедевтики  
внутренних болезней и терапии, зав. — д. м. н., проф. Е. И. Харьков, кафедра управления  
в здравоохранении ИПО, зав. — д. м. н., проф. И. П. Артюхов.

**Резюме.** В статье представлены результаты основных показателей социально-экономической характеристики больных артериальной гипертонией (АГ) — 211 человек пожилого, 107 пациентов старческого и 108 больных среднего возраста, полученных с помощью социологического опроса. Сделан вывод о большом количестве одиноко проживающих пациентов, а также о более качественном лечении пациентов, проживающих совместно с детьми и внуками.

Установлено, что большинство пациентов удовлетворены уровнем оказываемой им медицинской помощи. При этом свыше 2/3 пациентов пожилого и 3/4 больных старческого возрастов считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной, в то же время около 50% больных приходится оплачивать лечение АГ.

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, артериальная гипертония, социально-экономическая характеристика.

В настоящее время обращаемость населения за лечебно-диагностической помощью обычно определяется по медицинской документации и/или по результатам опросов об их состоянии здоровья [1]. Хотя у обоих этих подходов есть и достоинства и недостатки, считается, что опросы о состоянии здоровья населения дают более четкую дополнительную информацию, особенно о тех услугах, которые не отражаются или недостаточно отражаются в медицинской документации. Важным преимуществом опроса перед медицинской документацией является и то, что он позволяет устанавливать связь

между обращаемостью за лечебно-диагностической помощью и демографическими и социально-экономическими характеристиками пациентов [2,4]. Наконец, опрос о состоянии здоровья — это сравнительно дешевый и оперативный способ восполнить пробелы данных в медицинской документации [6]. На сегодняшний день не вызывает сомнения, что частота заболеваемости артериальной гипертонией (АГ) увеличивается с возрастом. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, в РФ распространенность АГ после 60 лет составляет свыше 60%, а после 80 лет приближается к 80% [7].

Цель исследования. Изучить социально-экономическую характеристику больных пожилого и старческого возраста, страдающих артериальной гипертонией.

### Материалы и методы

Нами обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК – 2010 и ESH/ESC – 2009), проживающих в г. Красноярске, из которых были сформированы 3 группы.

1-я группа – 108 больных среднего возраста (45-59 лет), из них 40,7% (44) мужчин и 59,3% (61) женщин.

2-я группа – 211 лиц пожилого возраста (60-74 года – по классификации ВОЗ 1963 г.), из них – 36,5% (76) мужчин и 63,5% (135) женщин.

3-я группа – 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 43,0% (46) мужчин и 57,0% (61) женщин.

Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, блок вопросов, характеризующих медико-социальные аспекты у пациентов АГ старших возрастных групп (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А.В. Решетниковым [5]). Исследование проводилось с использованием классификации семей и классификации медико-социального состояния семей по методике описанной коллективом авторов Красноярского государственного медицинского университета [3].

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v. 19, разработанную в Стэнфордском университете (США).

Описательные статистики представлены абсолютными и относительными значениями, средними величинами и 95% доверительными интервалами (ДИ). Для проверки гипотезы о нормальности распределения применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Для определения значимости различий между качественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла-Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Для сравнения относительных показателей использовали критерий  $\chi^2$  и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Средний возраст обследуемых пациентов в 1-й группе у мужчин составлял 53,7 года (95% доверительный интервал (ДИ) 52,5 – 54,9), у женщин – 54,0 года (ДИ 53,0 – 54,9). Во 2-й группе средний возраст мужчин составил 67,2 года (ДИ 66,2 – 68,2 года), у женщин 67,3 года (ДИ 66,6 – 68,0 года). В 3-й группе средний возраст мужчин составил 81,5 года (ДИ 80,4 – 82,6), у женщин – 79,4 года (ДИ 78,5 – 80,4).

Проведенный нами анализ самооценки своего здоровья пациентами показал, что более половины пациентов старческого возраста оценивают свое здоровье как плохое (55,6% мужчины и 61,3% женщины), а респонденты пожилого (51,9% мужчины и 59,7% женщины) и среднего возраста (65,9% мужчины и 70,3% женщины) как удовлетворительное (рис. 1).

Такая разница в оценке своего здоровья у пациентов разных возрастных групп вполне объяснима, так как с возрастом снижаются функциональные резервы организма, который не может адекватно поддерживать работу различных систем.

Результаты самооценки населением состояния своего здоровья, полученные социологическим методом, носят, безусловно, субъективный характер и зависят от ряда таких факторов как: психологические особенности опрашиваемых, самочувствие в момент опроса, состояние здоровья окружающих, частота и тяжесть заболеваний перенесенных респондентами в последние годы, информированность о возможностях получения медицинской помощи и др.

Немалое значение на состояние здоровья людей старших возрастных групп оказывает семейное состояние и наличие тесных связей с детьми.

Проведенный нами анализ семейного положения респондентов показал, что доля пациентов страдающих АГ и состоящих в браке в настоящее время, в первой группе составляет 73,1%, что в 1,3 и 2,0 раза выше по сравнению со второй (58,5%,  $p = 0,002$ ) и третьей группой (37,4%,  $p = 0,0001$ ) соответственно.

Основной причиной снижения удельного веса брачных пар в старческом возрасте, является потеря супруга (супруги), у которых доля вдовствующих (57,9%), в 1,6 и 4,8 раз превышает доли респондентов пожилого (35,5%,  $p = 0,0001$ ) и среднего возраста (12,0%,  $p = 0,0001$ ) соответственно. В то же время в среднем возрасте наравне с вдовством, другой причиной являются разводы, доля которых (13,0%) в 2,1 и 2,8 раз превышает аналогичные доли у лиц пожилого (6,2%,  $p = 0,039$ ) и старческого возраста (4,7%,  $p = 0,032$ ). Удельный вес респондентов, не состоявших в течение жизни в браке, во всех группах не превышает 2,8%.

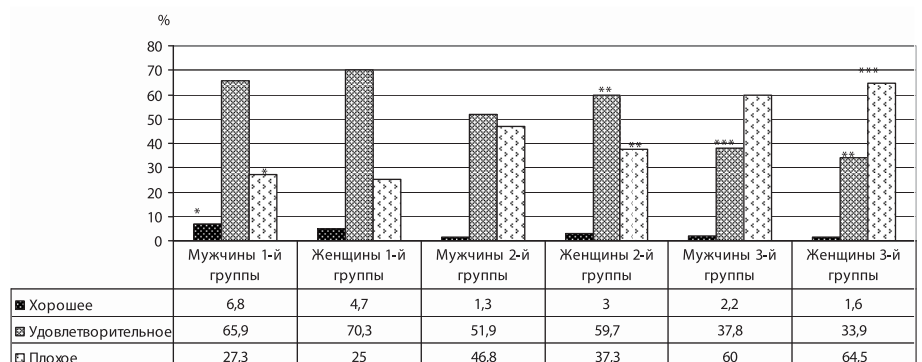


Рис. 1. Самооценка состояния здоровья пациентами (%).

Примечание: \* – критерий достоверности ( $p < 0,05$ ) между пациентами 1-й и 2-й групп; \*\* – критерий достоверности ( $p < 0,05$ ) между пациентами 2-й и 3-й групп; \*\*\* – критерий достоверности ( $p < 0,05$ ) между пациентами 3-й и 1-й групп.

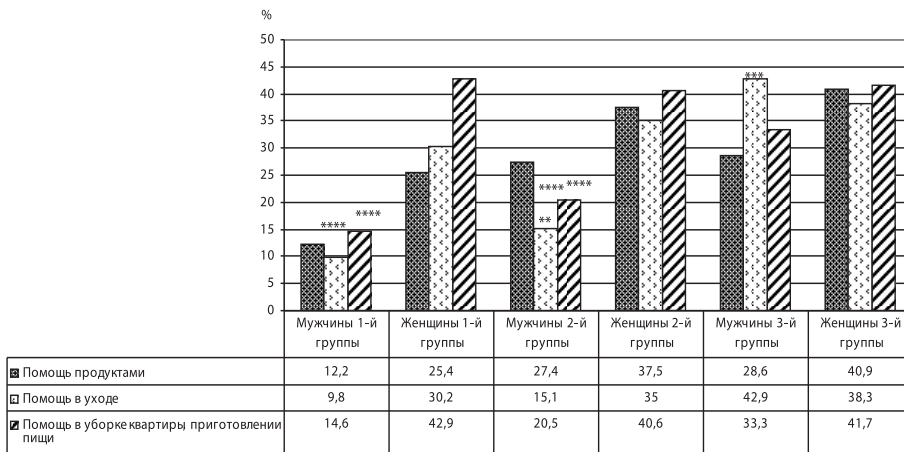


Рис. 2. Удельный вес различных видов помощи от детей и внуков (%).

Примечание: см. рис. 1; \*\*\*\* – критерий достоверности ( $p < 0,05$ ) внутри группы по полу.

Нами установлено, что удельный вес вдов во всех возрастных группах существенно превышает аналогичные доли вдовцов ( $p < 0,05$ ).

Анализ показал, что основная масса исследуемых респондентов всех возрастных групп имеет детей (мужчины – 91,1-94,8%, женщины – 95,5- 98,4%). По средней численности детей у мужчин и женщин между группами существенных отличий не обнаружено (1,8-2,2 и 1,8-1,9 ребенка у мужчин и женщин соответственно).

Проживает отдельно от младшего поколения достоверно меньше респондентов среднего возраста (48,8% мужчин и 47,6% женщин), чем пожилого (69,1%,  $p = 0,026$  и 65,6%,  $p = 0,010$  соответственно) и старческого возраста (82,3%,  $p = 0,001$  и 63,9%,  $p = 0,045$  соответственно), чем пожилого (69,1%,  $p = 0,026$  и 65,6%,  $p = 0,010$  соответственно) и среднего возраста (48,8% мужчин и 47,6% женщин). Установлено, что количество женщин старческого возраста достоверно выше чем мужчин своего возраста ( $p = 0,037$ ). На наш взгляд, одной из причин таких результатов является то, что в группе пожилого возраста лишь 2,7% мужчин имеют детей в возрасте до 18 лет, тогда как в группе среднего возраста 22,0% мужчин и 8,1% женщин имеют несовершеннолетних детей ( $p = 0,001$  и  $p = 0,001$  соответственно), которые не имеют собственных семей.

Нами установлено, что семейные пациенты всех возрастных групп, в 2,1 раза чаще оценивают свое состояние как хорошее и удовлетворительное, по сравнению с одиночными респондентами (52,9% против 25,7% соответственно).

Оценивают состояние своего здоровья как плохое, 85,6% мужчин и 77,9% женщин среднего возраста из общего числа проживающих в составе семейной группы (совместно с младшим поколением). В то время как основная масса аналогичных оценок пациентами пожилого (72,3% мужчины и 74,5% женщины) и старческого (89,2% мужчины и 91,4% женщины) возраста дана респондентами, проживающими отдельно от младшего поколения.

По нашему мнению это связано с тем, что у пациентов пожилого и старческого возраста снижаются возможности

к самообслуживанию, и им требуется дополнительная помощь в уборке квартиры, приготовлении пищи, приобретении продуктов питания, медикаментов и др.

Нами установлено, что более 4/5 респондентов всех групп проживают в отдельной благоустроенной квартире: мужчины – 84,1%, 89,6% и 86,7%; женщины – 90,6%, 85,1% и 87,1% соответственно, остальные проживают в коммунальных квартирах, частных домах, домах коттеджного типа. Количество квадратных метров на одного человека соответствует социальным нормам (выше 22,0 кв.м. на 1 человека), необходимо отметить что

в группе мужчин пожилого возраста площадь на 1 человека достоверно ниже (25,42 кв.м.), чем у женщин (30,16 кв.м.,  $p = 0,038$ ), что связано с более высоким количеством лиц совместно проживающими с детьми и внуками, с этим же связано достоверно более низкое количество площади на 1 человека у женщин среднего возраста (23,48 кв.м.) по сравнению с женщинами пожилого ( $p = 0,009$ ) и старческого (31,89 кв. м.,  $p = 0,0001$ ) возрастов.

Уровень дохода и состояние здоровья – две наиболее значимые переменные, обуславливающие удовлетворенность жизнью людей пожилого возраста. В связи с низкими доходами, пожилые в большей части не могут получить необходимые социальные и медицинские услуги.

По уровню обеспеченности на 1 члена семьи, около половины исследованных пожилых и среднего возраста мужчин (57,1% пожилого и 45,5% и среднего возраста) и женщин (49,3% и 48,4%) соответственно, относятся к малообеспеченным (имеющие уровень обеспеченности 1-2 прожиточного уровня на члена семьи), что выше, чем у пациентов старческого возраста (28,9% мужчин ( $p = 0,003$ , по сравнению с пожилыми мужчинами) и 39,3% женщин), при этом к среднему уровню обеспеченности (2-5 прожиточных уровней на члена семьи) относится 31,2% пожилых мужчин, что достоверно ниже, чем в старческом – 64,4% ( $p = 0,0001$ ) и среднем возрасте – 52,3% ( $p = 0,022$ ) и 37,3% женщин пожилого возраста, против 42,6% женщин старческого и 48,4% среднего возраста. Отмечено, что удельный вес среднеобеспеченных среди мужчин старческого возраста достоверно выше по сравнению с женщинами своей группы ( $p = 0,026$ ). Такая дифференциация в распределении по доходу, вероятно, связана с тем, что среди мужчин данной возрастной группы преобладают лица, имеющие большое количество льготных преференций (ветераны ВОВ, ветераны тыла и др.), в связи с чем, им производятся дополнительные денежные выплаты. Остальные респонденты относятся к высокообеспеченным (имеющие свыше 5 прожиточных уровней на члена семьи) или имеют уровень обеспеченности ниже прожиточного уровня,

а также затруднились ответить. Анализ показал, что затруднились оценить уровень обеспеченности респонденты всех возрастных групп, проживающие в составе семейной группы (совместно с младшим поколением).

Исследование семейного бюджета показало, что у респондентов всех трех групп, первое место занимают расходы на питание, составляющие от 39,1% до 43,2% бюджета, второе и третье место делят между собой расходы на коммунальные услуги (20,8-24,7%) и прочие расходы (21,1-24,8%). Четвертое место приходится на лекарственное обеспечение и лечение, расходы на которые составляют от 12,8 до 14,7% бюджета.

Получает материальную помощь существенно больше лиц пожилого (32,9% мужчин и 51,6% женщин) и старческого (36,6% и 45,9% соответственно) возрастов, чем пациентов среднего (17,1% мужчин и 34,9% женщин) возраста, что достоверно ниже, по сравнению с мужчинами старческого ( $p=0,046$ ) и женщинами пожилого ( $p=0,039$ ) возрастов. Нами выявлено, что такая разница в удельном весе пациентов разного возраста в получении материальной помощи от детей, связана с возрастом их детей и продолжающейся рабочей деятельностью респондентов. Так, у пациентов старческого возраста, дети имеют в основном предпенсионный и пенсионный возраст, что ограничивает возможность оказания помощи родителям. Мужчины и женщины среднего возраста продолжают трудиться и имеют детей молодого возраста, которым самим приходится оказывать материальную помощь. В то же время и внутри гендерных подгрупп имеются достоверные различия в оказании материальной помощи, так достоверно выше частота оказания материальной помощи женщинам пожилого ( $p=0,010$ ) и среднего ( $p=0,037$ ) возрастов, по сравнению с мужчинами своего возраста.

В то же время установлены значительные отличия между группами и внутри групп по остальным видам помощи со стороны детей: помощь продуктами, помощь в уходе, помощь в уборке квартиры и приготовлении пищи, что оказывает значительное влияние на снижение материальных затрат у респондентов и улучшению психологических отношений между поколениями (рис. 2).

Социологический подход к анализу качества медицинского обслуживания предполагает включение наряду с объективными показателями (медико-экономические стандарты) и системы субъективных индикаторов – мнений, суждений самих пациентов, которые по существу оценивают удовлетворенность

медицинским обслуживанием, степень реализации потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения [1,2,6].

В условиях новых подходов к повышению качества и культуры оказания медицинской помощи мнение пациентов должно стать одним из критериев деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Большинство респондентов всех групп, как мужчины, так и женщины оценивают оказываемую им медицинскую помощь по АГ как хорошую и удовлетворительную. Отличное качество медицинского обслуживания оценивает 4,7% мужчин и 1,6% женщин среднего возраста, 2,6% мужчин и 2,2% женщин пожилого возраста и 4,8% женщин старческого возраста, в то же время ни один мужчина старческого возраста не оценил оказываемое качество медицинской помощи как отличное. Обращает на себя внимание довольно большой удельный вес респондентов, оценивающих качество оказываемой медицинской помощи как плохое и очень плохое, а также затруднившихся его оценить (рис. 3).

Анализ оценки общего состояния здравоохранения в г. Красноярске показал, что доля мужчин старческого возраста, оценивающих состояние здравоохранения как хорошее, выше, чем мужчин пожилого и среднего возраста (17,8% против 13,0% и 11,4% соответственно), в то время

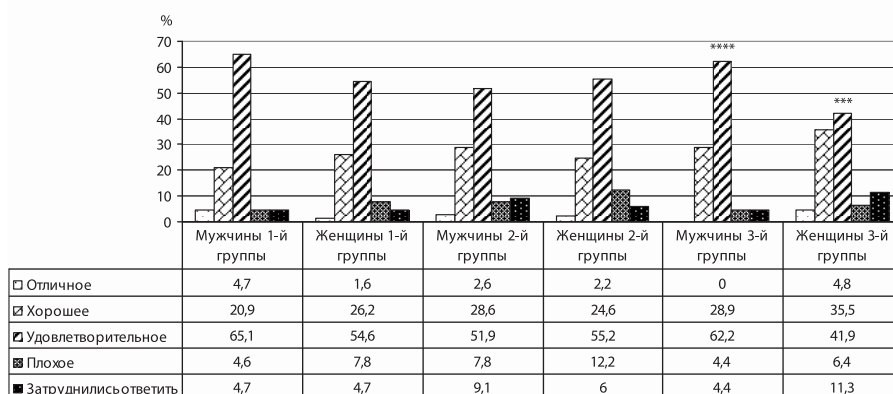


Рис. 3. Оценка качества оказываемой медицинской помощи при АГ (%).

Примечание: см. рис. 1; 2.

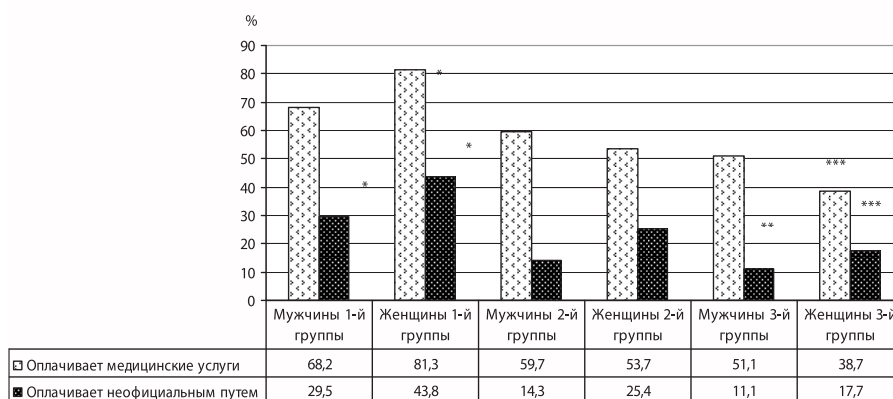


Рис. 4. Сравнительная характеристика оплаты медицинских услуг (%).

Примечание: см. рис. 1; 2.

как удельный вес женщин всех групп был практически одинаков (10,9% среднего, 11,2% пожилого и 11,3% старческого возрастов).

Около половины пациентов всех возрастных и гендерных групп, дали удовлетворительную оценку состояния городского здравоохранения. В то же время наводит на размышление значительный удельный вес респондентов среднего и пожилого возрастов, оценивших состояние здравоохранения как плохое (15,9% и 18,8% в среднем возрасте; 20,8% и 18,7% соответственно в пожилом), при этом данный показатель достоверно низок в подгруппе мужчин старческого возраста (2,2%) по сравнению с пожилыми мужчинами ( $p=0,004$ ), мужчинами среднего возраста ( $p=0,039$ ) и женщинами своего возраста (12,9%,  $p=0,049$ ), что вероятно связано, как было указано выше, с большим количеством в этой подгруппе респондентов, имеющих высокий льготный статус, в связи с чем этой группе больных чаще проводят дополнительную диспансеризацию на дому, вменяют в обязанность регулярное ежемесячное профилактическое посещение участковым терапевтом и узкими специалистами и др. Также высок удельный вес респондентов (около 20%), которые затруднились ответить на этот вопрос.

Оплачивает медицинские услуги при лечении АГ более половины исследуемых респондентов всех возрастных групп, за исключением женщин старческого возраста, доля которых составляет 38,7%, а женщины среднего возраста оплачивают эти услуги достоверно чаще (81,3%), чем женщины пожилого (53,7%,  $p=0,0001$ ) и старческого возрастов ( $p=0,001$ ). При этом значительная часть пациентов оплачивают медицинские услуги «неофициальным путем», достоверно чаще таким методом пользуются пациенты АГ среднего возраста, по сравнению с пожилыми мужчинами ( $p=0,043$ ) и женщинами ( $p=0,009$ ); мужчинами ( $p=0,030$ ) и женщинами ( $p=0,002$ ) старческого возраста (рис. 4).

Проведенный нами анализ показал, что более половины респондентов оплачивающих медицинские услуги (78,6% пациентов 1-й группы, 63,2% 2-й группы и 59,7% 3-й группы), проживает в составе семейной группы, что обеспечивает им более высокую платежеспособность.

Считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной 84,4% мужчин старческого возраста, против 67,5% мужчин пожилого и 52,3% среднего ( $p<0,05$  между возрастными группами). Среди женщин отмечаются аналогичные показатели: 77,4% — пациентки старческого возраста, 69,4% — пожилого и 50,0% — среднего возраста ( $p<0,05$  между возрастными группами).

Никогда не пользовались услугами частных медицинских центров 37,7% мужчин пожилого возраста, 48,9% старческого и 34,1% среднего возраста. Доля женщин не пользовавшихся услугами частных медицинских центров сопоставима: 48,4% старческого, 38,8% пожилого и 26,6% среднего (что достоверно ниже, чем в старческом,  $p=0,011$ ) возрастов. Как видно из данных показателей с возрастом

количество лиц пользующихся негосударственной медицинской помощью падает, что коррелирует с вышеприведенными показателями — увеличения с возрастом приверженцев бесплатной медицины.

Не могут позволить себе частные медицинские услуги по финансовым причинам 13,3% мужчин старческого, 15,6% пожилого и 22,7% среднего возраста, а также 21,0% женщин старческого, 28,1% среднего и 36,6% пожилого (что достоверно выше,  $p=0,029$  по сравнению как с женщинами старческого возраста, так и внутри группы,  $p=0,001$ ).

Из тех, кто пользуется услугами частных медицинских центров, но при этом вынужден значительно сокращать другие статьи своих расходов, удельный вес мужчин во всех группах был сопоставим — пожилого — 27,3%, старческого — 24,4% и среднего — 22,7%, а доля женщин пожилого возраста (17,9%) была достоверно ниже, чем у женщин среднего возраста (37,5%,  $p=0,003$ ) и ниже, чем в старческом (29,0%) возрасте.

Несмотря на оплату медицинских услуг, поддерживают развитие частной (платной) системы здравоохранения 20,5% мужчин и 29,7% женщин среднего возраста, что достоверно выше, чем у мужчин и женщин (4,4%,  $p=0,022$  и 3,2%,  $p=0,0001$  соответственно) старческого и женщин пожилого (11,2%,  $p=0,001$ ) возрастов, а также выше чем у мужчин пожилого возраста (11,3%).

Таким образом, проведенное нами социологическое исследование пациентов с артериальной гипертензией показало, что среди лиц пожилого и старческого возраста определяется высокий удельный вес респондентов, проживающих отдельно от детей и внуков, а также большой процент (48,5% и 71,0%) вдовствующих женщин, что негативно влияет на течение АГ и ухудшает прогноз заболевания.

Жилищные условия у пациентов старших возрастных групп являются удовлетворительными, однако среди мужчин пожилого возраста преобладают малообеспеченные, что связано с выходом на пенсию, слабой финансовой помощью со стороны детей и внуков (32,8%) и необходимостью самостоятельно нести семейное бремя расходов.

Более 3/4 пациентов пожилого и старческого возрастов с АГ удовлетворены уровнем оказываемой им медицинской помощи. При этом свыше 2/3 пациентов пожилого и 3/4 больных старческого возрастов считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной, в то же время около 50% больных приходится оплачивать лечение АГ, при этом большинство тех, кто оплачивает лечение, проживает совместно с детьми и внуками. В результате такой помощи со стороны семьи пациенты получают больший объем диагностического обследования, возможностей контроля за своим состоянием и как результат — снижение частоты осложнений АГ (инсультов, инфарктов миокарда, хронической почечной недостаточности и др.), улучшение прогноза заболевания, уменьшение инвалидизации пациентов.

## SOCIO-ECONOMIC CHARACTERISTICS OF OLDER AGE PATIENTS GROUPS WITH HYPERTENSION

I. P. Artuhov, V. Ph. Kapitonov,  
E. I. Harkov, E. L. Davidov

Krasnoyarsk State Medical University named  
after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

**Abstract.** The article presents the results of the main indicators of socio-economic characteristics of patients with arterial hypertension (AH) - 211 elderly people, 107 older patients and 108 patients of middle ages resulting by the sociological survey. It is concluded that there are a lot of patients who live alone, also that more qualitative treatment get the patients living with children and grandchildren.

It is found that most patients are satisfied with the level of medical care provided to them. Thus, more than 2/3 of elderly patients and 3/4 of old patients believe that health care should be only free, at the same time, about 50 % of the patients have to pay for the treatment of hypertension.

**Key words:** elderly and old age, hypertension, socio-economic characteristics.

### Литература

1. Аарва П., Ильченко И., Шеек О. Удовлетворенность населения Тюмени и Липецка услугами поликлиник // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2007. — № 5. — С. 13-21.
2. Антонова, Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов // Социология медицины. — 2007. — № 1. — С. 39-41.
3. Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Семейная медицина: закономерности формирования здоровья

сельских семей (Перспективные когортные исследования). — Новосибирск: Наука, 2010. — 296 с.

4. Белоконов О. В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002-2006 гг.) // Клиническая геронтология. — 2008. — № 4. — С. 11-20.

5. Решетников А.В. Социология медицины. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — 256 с.

6. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины. — 2006. — № 2. — С. 24-31.

7. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // Успехи геронтологии. — 2009. — Т. 22, № 1. — С. 49-59.

### Сведения об авторах

Артюхов Иван Павлович — доктор медицинских наук, профессор, ректор, заведующий кафедрой управления в здравоохранении ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2121395; e-mail: rector@krasgmu.ru.

Давыдов Евгений Леонардович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2217766; e-mail: devgenii@bk.ru;

Капитонов Владимир Федорович — доктор медицинских наук, профессор кафедры управления в здравоохранении ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2681122; e-mail: vkarit5@mail.ru.

Харьков Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2217766; e-mail: harkov-50@mail.ru.

© БАТИЕВСКАЯ В. Б., ШАБАШЕВ В. А.

УДК 614.2

## ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Б. Батиевская<sup>1</sup>, В. А. Шабашев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. В. М. Ивойлов; кафедра экономики и управления здравоохранением; зав. — к. э. н.

В. Б. Батиевская; <sup>2</sup> ФГБОУ ВПО Кемеровский государственный университет Минобрнауки РФ, ректор — д. и. н., проф. В. А. Волчек; кафедра экономической теории, зав. — д. э. н., проф. В. А. Шабашев.

**Резюме.** Эффективность системы охраны здоровья населения оказывает влияние на основные макроэкономические и демографические показатели развития государства. В настоящее время медицинские услуги оказываются как в государственных, так и в частных организациях. Частным и государственным клиникам присущи свои уникальные возможности и ограничения. Это необходимо использовать в процессе программно-целевого управления развитием отрасли, встраивая в целевые программы механизмы государственно-частного партнерства.

**Ключевые слова:** частно-государственное партнерство в здравоохранении, программно-целевое планирование, рынок медицинских услуг.