

## ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Денисов И. Н.<sup>1</sup>, Куницына Н. М.<sup>2</sup>, Прошчаев К. И.<sup>2</sup>, Фесенко В. В.<sup>2</sup>, Варавина Л. Ю.<sup>3</sup>, Фесенко Э. В.<sup>2</sup>, Люцко В. В.<sup>4</sup>

*1* ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

*2* Белгородский государственный национальный исследовательский университет [kun\\_nm@list.ru](mailto:kun_nm@list.ru), Белгород 308015, ул. Победы, 85, НИУ БЕЛГУ, мед.факультет

*3* Поликлиника № 1 г. Белгорода, [lina\\_varavina@yandex.ru](mailto:lina_varavina@yandex.ru), 308000, Белгород, Белгородский пр-т, 99А

*4* Медицинский центр «Ваша клиника», 112600, г. Москва, ул. Б. Дмитровка, 6/9 [vahaklinika@mail.ru](mailto:vahaklinika@mail.ru)

В статье на основании выполненных авторами исследований сформулирована и обоснована медико-социальная эффективность медицинской помощи пожилым людям в государственных и частных учреждениях здравоохранения, которую можно квалифицировать как новое решение актуальной научно-практической задачи в области геронтологии и гериатрии. Исследования, проведенные авторами, включали 5 блоков исследования. Несомненный интерес представляют собой исследования первых двух блоков и послуживших практически основанием для последующих трех блоков: сравнение медицинских технологий при оказании амбулаторно-поликлинической помощи пожилым и старым людям в государственных и частных поликлиниках и сравнительный анализ клинической и медико-социальной эффективности стационарозамещающих гериатрических технологий (дневной стационар) в учреждениях различных форм собственности. Для достоверности исследования 540 пациентов были разделены на 4 группы, включающие средний, пожилой и старческий возраст, включая гендерное распределение, что позволило проводить исследование по каждой группе, что имеет важное значение для получения достоверных результатов. В результатах исследования количество госпитализаций для пациентов среднего, пожилого и старческого возраста, лечившихся в государственных поликлиниках, было достоверно выше, чем в частных. Лечение и реабилитация в амбулаторно-поликлинических учреждениях всех форм собственности способствует повышению качества жизни пожилых пациентов, но по большинству параметров достоверно лучшие показатели достигаются в частных медицинских учреждениях.

Ключевые слова: медицинская эффективность, государственные учреждения, частные учреждения, здравоохранение, дневной стационар, гериатрическая помощь, пожилой и старческий возраст.

## FEATURES OF MEDICAL-SOCIAL EFFICIENCY OF MEDICAL CARE TO ELDERLY PEOPLE IN THE PUBLIC AND PRIVATE INSTITUTIONS OF HEALTH CARE

Denisov I. N.<sup>1</sup>, Kunitsyna N. M.<sup>2</sup>, Proshchaev K. I.<sup>2</sup>, Fesenko V. V.<sup>2</sup>, Varavina L. U.<sup>3</sup>, Fesenko E. V.<sup>2</sup>, Liutsko V. V.<sup>4</sup>

*1* I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8-2, Trubetskaya street, 119991 Moscow, Russian Federation.

*2* Belgorod National Research University, Belgorod 308015, Pobedy Street 85, medical [kun\\_nm@list.ru](mailto:kun_nm@list.ru).

*3* City polyclinic № 1, Belgorod, 308000, Belgorodsky Avenue 99A [lina\\_varavina@yandex.ru](mailto:lina_varavina@yandex.ru)

*4* Medical Center «Your clinic», Moscow, 112600, B. Dmitrovka 6/9 street, [vahaklinika@mail.ru](mailto:vahaklinika@mail.ru)

In article on the basis of the researches executed by authors medico-social efficiency of medical care to elderly people in the public and private institutions of health care which can be qualified as the new solution of an actual scientific and practical task in the field of gerontology and geriatrics is formulated and proved. The researches which have been carried out by authors, turned on 5 blocks of research. Doubtless interest is represented by researches of the two first blocks and formed practically the basis for the subsequent three blocks: comparison of medical technologies when rendering the out-patient and polyclinic help to elderly and old people in the state and private polyclinics and the comparative analysis of clinical and medico-social efficiency of hospital replacing geriatric technologies (a day hospital) in establishments of various forms of ownership. For reliability of research of 540 patients were divided into 4 groups including middle, advanced and senile age, including gender distribution that allowed to carry out research on each group that is important for receiving authentic results. In results of research the number of hospitalization for the patients of middle, advanced and senile age treated in the state polyclinics was authentic above, than in the private. Treatment and rehabilitation in out-patient and

**polyclinic establishments of all forms of ownership promotes improvement of quality of life of elderly patients, but on the majority of parameters authentically the best indicators are reached in private medical institutions.**

Keywords: medical efficiency, public institutions, private institutions, health care, day hospital, geriatric help, persons of advanced and senile age.

## **Введение**

Состояние общественного здоровья в Российской Федерации и странах СНГ характеризуется отрицательным естественным приростом, высокими уровнями смертности и инвалидности. Отмечается снижение удельного веса острых и увеличение количества хронических неинфекционных заболеваний. С возрастом доля лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, значительно возрастает по сравнению с молодыми. Одновременно в обществе становится значительным удельный вес лиц пожилого и старческого возраста. В сложившихся условиях повышается значимость служб здравоохранения, имеющих не только лечебную, но и профилактическую, саногенную направленность и ориентированных на оказание помощи лицам старших возрастных групп [4,5,6,8].

Экономические изменения, наблюдаемые в последние десятилетия в Российской Федерации, существенно повлияли на степень государственной поддержки социальной сферы и системы здравоохранения. В условиях преодоления экономического кризиса государство предпринимает все возможные усилия для сохранения стабильности системы оказания медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста. В то же время предоставление социальных гарантий в прежних размерах не представляется возможным. С одной стороны, государство делегирует ряд полномочий регионам и муниципальным образованиям; в то же время, официально разделяя государственную и муниципальную собственность, с точки зрения права на собственность и на ведение хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения этих видов собственности остаются идентичными и по своей сути представляют государственные учреждения [2, 3]. Одновременно в обществе наблюдаются процессы по неуклонному развитию частного (коммерческого) здравоохранения. Более того, формируется довольно значительная доля людей, в том числе и старше трудоспособного возраста, готовых и имеющих возможность получать медицинские услуги в этих учреждениях. При этом неизменным должно оставаться обеспечение качества медицинской помощи.

В связи с этим, обеспечение потребности населения в качественной гериатрической помощи может быть достигнуто развитием и адекватным использованием всех составляющих отечественной системы здравоохранения – как государственных, так и частных лечебно-профилактических учреждений.

Как известно, около 90 % людей пожилого и старческого возраста получают медицинскую помощь в учреждениях амбулаторно-поликлинического профиля. Именно поликлиникам принадлежит ведущая роль в обеспечении профилактических и реабилитационных программ [9,10].

Несмотря на значительное количество работ, посвященных вопросам организации гериатрической помощи и оценки ее эффективности, к настоящему времени не проведено масштабных исследований по сравнительному анализу помощи людям пожилого и старческого возраста в государственных и частных учреждениях. Отсутствуют работы по сравнительной оценке клинической эффективности тех или иных медицинских технологий в государственных и частных поликлиниках. Вопросы оценки и повышения качества помощи пожилым и старым людям в частных учреждениях практически не изучены. Все изложенное предопределяет потребность в проведении исследований по клиническому и медико-организационному анализу эффективности гериатрической и амбулаторно-поликлинической помощи в государственных и частных учреждениях и разработке рекомендаций по ее дальнейшему развитию.

### **Цель исследования**

Цель исследования – провести сравнительный анализ медико-организационной и амбулаторно-поликлинической гериатрической помощи в государственных и частных лечебно-профилактических учреждениях и на этой основе определить пути дальнейшего совершенствования гериатрической помощи.

### **Материал и методы**

Базами исследования явились поликлиника для взрослых № 1 города Белгорода, медицинский центр «Поколение» г. Белгорода, медицинский центр «Ваша клиника» г. Москвы.

Под медицинской технологией мы понимали «динамически взаимосвязанное клиническое, лабораторное, инструментальное, функционально-диагностическое, лекарственное, немедикаментозное, реабилитационное, организационно-методическое, а также сервисное обеспечение лечебно-диагностического процесса, которое представляет собой определенный набор и последовательность законченных действий (операций) и процедур (сумма операций)» [7].

Под адекватностью медицинских технологий мы понимали «соответствие осуществляемых в конкретной ситуации мероприятий сложившимся общепринятым подходам к действиям в подобных случаях» [1], а также стандартам, протоколам, рекомендациям.

Под эффективностью медицинских технологий мы понимали «достигнутые в ходе оказания помощи медицинский, социальный и экономические эффекты» [1].

Исследование включало следующие блоки.

1-й блок – сравнительный анализ медицинских технологий при оказании амбулаторно-поликлинической помощи пожилым и старым людям в государственных и частных поликлиниках. Данный этап исследования был проведен в отношении пациентов терапевтического профиля.

Изучено оказание медицинской помощи 540 пациентам.

Все пациенты были разделены на 4 группы.

В группу пациентов 1А (первая контрольная группа) было включено 131 пациент среднего возраста, получивших амбулаторную помощь в государственных поликлиниках; возраст пациентов составил от 40 до 49 лет. В группу пациентов 1Б (первая исследуемая группа) было включено 147 пациентов пожилого и старческого возраста, получивших амбулаторную помощь в государственных поликлиниках; возраст пациентов составил от 60 до 84 лет. В группу пациентов 2А (вторая контрольная группа) было включено 126 пациентов среднего возраста, получивших амбулаторную помощь в частных поликлиниках; возраст пациентов составил от 40 до 49 лет. В группу пациентов 2Б (вторая исследуемая группа) было включено 136 пациентов пожилого и старческого возраста, получивших амбулаторную помощь в частных поликлиниках; возраст пациентов составил от 60 до 86 лет.

Динамику медико-социальных показателей течения хронических заболеваний терапевтического профиля в течение одного года определяли по данным медицинской документации в начале исследования, за предыдущий год и через один год после начала исследования. Оценку динамики проводили по следующим показателям: количество обострений, количество госпитализаций, количество обострений с временной нетрудоспособностью (ВН) (для работающих пенсионеров), количество обращений в поликлинику, средняя продолжительность одного случая ВН (для работающих пенсионеров).

Динамику показателей качества жизни (КЖ) у больных пожилого и старческого возраста терапевтического профиля, проходивших лечение в поликлинике, оценивали по опроснику КЖ жизни SF-36 в начале исследования и через один месяц после начала лечения.

Также были изучены следующие показатели, характеризующие сервисную составляющую терапевтической поликлинической службы: очередь на прием (в днях), определяли путем анализа медицинской документации; время ожидания приема в поликлинике (в минутах), определяли путем хронометрирования; удовлетворенность сервисом (в баллах), определяли путем анкетирования пациентов по 5-балльной визуальной аналоговой шкале.

2-й блок – сравнительный анализ клинической и медико-социальной эффективности стационарзамещающих гериатрических технологий (дневной стационар) в учреждениях различных форм собственности. По данным отчетной документации был проведен сравнительный анализ возрастной, половой и профессиональной характеристики пациентов, направляемых в дневные стационары государственных и частных лечебно-профилактических учреждений. По данным медицинской документации был проведен сравнительный анализ спектра диагностических и лечебно-реабилитационных (медикаментозных и немедикаментозных) мероприятий, выполненных пациентам пожилого и старческого возраста в государственных и частных учреждениях. Проанализирован массив информации в 3682 случая.

Была проведена оценка деятельности дневных стационаров по следующим показателям: средняя длительность пребывания (по данным медицинской документации, в койко-днях), вариабельность пребывания (по данным медицинской документации, в койко-днях, оценивали минимальную и максимальную продолжительности пребывания 95 % случаев, при этом при изучении этого показателя 5 % крайних значений не учитывали), очередь при направлении в дневной стационар (по данным документации, в календарных днях), кратность осмотра врачом (по данным хронометрирования, количество осмотров в день), длительность пребывания в дневном стационаре в день (по данным хронометрирования, в часах).

Клиническую эффективность лечения в дневных стационарах пациентов пожилого и старческого возраста оценивали следующим образом. Изучали динамику физической работоспособности (по данным велоэргометрического теста, в кгм/мин), динамику теста с 6-минутной ходьбой (в метрах), динамику фракции выброса (по данным эхокардиографии), динамику функционального состояния по значениям «улучшение нарушенных функций», «без динамики», «ухудшение нарушенных функций». Указанные показатели изучали перед поступлением в дневной стационар и через один месяц после выписки.

Все пациенты были разделены на 4 группы.

В группу пациентов 1А (первая контрольная группа) вошло 43 пациента среднего возраста; возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст  $44,2 \pm 3,8$  года, мужчин – 22, женщин – 21 человек.

В группу пациентов 1Б (первая исследуемая группа) вошло 42 пациента пожилого и старческого возраста; возраст пациентов составил от 60 до 76 лет, средний возраст  $68,2 \pm 2,4$  лет, мужчин – 22, женщин – 20 человек.

В группу пациентов 2А (вторая контрольная группа) вошло 48 пациентов среднего возраста, возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст  $44,8 \pm 2,9$  года, мужчин – 24, женщин – 24 человека.

В группу пациентов 2Б (вторая исследуемая группа) вошло 46 пациентов пожилого и старческого возраста, возраст пациентов составил от 60 до 73 лет, средний возраст  $67,4 \pm 4,1$  года, мужчин – 20, женщин – 26 человек. Динамику качества жизни изучали до и после лечения в дневном стационаре с однемесячным интервалом по опроснику SF-36.

3-й блок исследования – оценка адекватности и эффективности медицинских технологий при оказании гериатрической помощи в государственных и частных лечебно-профилактических учреждениях на примере 404 случаев в государственных учреждениях и 428 случаев в частных, которая была проведена на основании экспертной оценки текущей медицинской документации.

4-й блок – изучение принципов управления и маркетинга при оказании гериатрической помощи на основе метода экспертных оценок.

5-й блок – разработка путей совершенствования медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в учреждениях различных форм собственности. Изучали следующие свойства системы оказания помощи: эмерджентность, аддитивность, синергичность, мультипликативность, устойчивость, адаптивность, централизованность, обособленность и совместимость. Показатели оценивали экспертным путем по 10-балльной визуальной аналоговой шкале. Градация оценок была следующей: 0-2,0 – очень низкая; 2,1-4,0 – низкая; 4,1-6,0 – средняя; 6,1-8,0 – высокая; 8,1-10 – очень высокая. Также оценивали различные виды связей в системе управления гериатрической помощи (по направлению, по иерархии, по отношению к рассматриваемой системе, по взаимности) с оценкой по аналогичной шкале.

Для работы по 3,4, и 5 блокам была создана экспертная группа из 3-х докторов медицинских наук, 2-х кандидатов медицинских наук.

Статистическая обработка результатов исследования включала применение следующих методов: расчет средних абсолютных и относительных величин с расчетом ошибки средней; определение характера распределения с применением метода  $\chi^2$ ; измерение силы влияния различных факторов на вариабельность явлений, признаков посредством факторного и дисперсионного анализа; оценка значимости различий двух совокупностей с применением критерия t Стьюдента (разность показателей считалась достоверной при  $t \geq 2$ ,  $p < 0,05$ ). Материалы, содержащиеся в формализованных программах исследования, были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

## Результаты исследования

**Медико-социальная эффективность.** При изучении динамики медико-социальных показателей течения хронических заболеваний терапевтического профиля за один год (табл. 1) было выявлено, что у пациентов среднего возраста в государственных учреждениях количество обострений было  $2,34 \pm 0,02$ ; у пациентов пожилого и старческого возраста в государственных поликлиниках –  $2,32 \pm 0,03$ ; у пациентов среднего возраста в частных поликлиниках количество обострений составляло  $2,22 \pm 0,02$ ; у пациентов пожилого и старческого возраста в частных поликлиниках –  $2,36 \pm 0,01$ . Достоверных отличий по этому показателю между группами пациентов не было выявлено ( $p > 0,05$ ).

Таблица 1

*Динамика медико-социальных показателей течения хронических заболеваний терапевтического профиля в течение одного года*

Медико-социальные показатели течения заболеваний	Группы пациентов			
	1А	1Б	2А	2Б
Количество обострений	2,34 $\pm 0,02$	2,32 $\pm 0,03$	2,22 $\pm 0,02$	2,36 $\pm 0,01$
Количество госпитализаций	0,97 $\pm 0,04$	0,96 $\pm 0,05$	0,56 $\pm 0,01^*$	0,44 $\pm 0,01^*$
Количество обострений с ВН (для работающих пенсионеров, в днях)	1,68 $\pm 0,21$	1,67 $\pm 0,03$	1,65 $\pm 0,02$	1,62 $\pm 0,03$
Количество обращений в поликлинику	2,01 $\pm 0,02$	4,67 $\pm 0,04^{**}$	2,24 $\pm 0,03$	2,36 $\pm 0,02^*$
Ср. продолжительность 1 случая ВН (для работающих, в днях)	12,32 $\pm 0,27$	12,16 $\pm 0,24$	12,19 $\pm 0,22$	11,98 $\pm 0,16$

\*  $p < 0,05$  – различия достоверны между группами 2А и 1А, 2Б и 1Б

\*\*  $p < 0,05$  – различия достоверны между группами 1Б и 1А, 2Б и 2А

Количество госпитализаций для пациентов среднего возраста в государственных поликлиниках составляло  $0,97 \pm 0,04$ ; для пациентов пожилого и старческого возраста в государственных поликлиниках этот показатель составлял  $0,96 \pm 0,05$ ; для пациентов среднего возраста в частных поликлиниках этот показатель составлял  $0,56 \pm 0,01$ ; для пациентов пожилого и старческого возраста в частных учреждениях этот показатель составлял  $0,44 \pm 0,01$ .

Количество госпитализаций для пациентов среднего возраста в государственных поликлиниках, было достоверно выше, чем в частных ( $p < 0,05$ ). Такая же закономерность по этому показателю получена и в отношении пациентов пожилого и старческого возраста ( $p < 0,05$ ).

Количество обострений заболеваний с ВН для пациента среднего возраста в государственных поликлиниках составляло  $1,68 \pm 0,21$ , для пациентов пожилого и старческого возраста в государственных поликлиниках этот показатель составлял  $1,67 \pm 0,03$ ; для пациентов среднего возраста в частных поликлиниках этот показатель составлял  $1,65 \pm 0,02$ ; для пациентов пожилого и старческого возраста в частных поликлиниках этот показатель составлял  $1,62 \pm 0,03$ . Достоверных отличий по количеству обострений с временной нетрудоспособностью между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Пациенты среднего возраста обращались в государственные поликлиники за помощью  $2,01 \pm 0,02$  раза, пациенты пожилого и старческого возраста обращались в государственные поликлиники  $4,67 \pm 0,04$  раза; пациенты среднего возраста обращались в частные поликлиники  $2,24 \pm 0,03$  раза; для пациентов пожилого и старческого возраста в частных поликлиниках, тот же показатель составлял  $2,36 \pm 0,02$ . Пациенты пожилого и старческого возраста в государственных поликлиниках обращались за медицинской помощью достоверно чаще, чем пациенты среднего возраста ( $p < 0,05$ ).

Средняя продолжительность одного случая ВН (в отношении пенсионеров – для работающих) для пациентов среднего возраста в государственных учреждениях составляла  $12,32 \pm 0,27$  дней. Для пациентов пожилого и старческого возраста в государственных поликлиниках, тот же показатель составлял  $12,16 \pm 0,24$  дня; для пациентов среднего возраста в частных учреждениях этот показатель составлял  $12,19 \pm 0,22$  дня; для пациентов пожилого и старческого возраста в частных учреждениях тот же показатель составлял  $11,98 \pm 0,16$  дней. Достоверных различий между группами выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Количество обращений у пациентов пожилого и старческого возраста в государственных поликлиниках была достоверно выше, чем у пациентов пожилого и старческого возраста в частных учреждениях ( $p < 0,05$ ).

**Качество жизни.** Результаты изучения динамики показателей КЖ (шкала SF-36) у больных пожилого и старческого возраста терапевтического профиля, проходивших лечение в поликлинике, представлены в таблице 2.

*Таблица 2*

*Динамика показателей качества жизни у больных пожилого и старческого возраста терапевтического профиля, проходивших лечение в поликлинике*



Показатель шкалы SF-36	Группа 1Б		Группа 2Б	
	До	После	До	После
Общее здоровье	59,2±3,1	72,8±2,0*	58,8±0,9	80,0±2,0*
Ролевое функционирование	68,3±5,4	72,5±6,1	71,5±5,0	74,7±6,2
Боль	54,6±2,1	75,2±2,9*	59,3±2,4	72,8±3,4*
Физическое функционирование	66,1±3,3	69,2±2,1	69,1±4,6	70,3±2,0
Жизнеспособность	50,3±2,1	70,8±1,0*	52,2±2,6	76,4±2,5*
Психологическое здоровье	51,3±2,3	64,1±3,9*	52,4±2,4	82,3±1,2*,**
Ролевое эмоциональное функционирование	52,0±2,2	56,8±2,3	55,5±0,7	74,2±2,9*,**
Социальное функционирование	59,8±3,4	79,9±0,8*	58,5±2,9	82,4±4,0*

\*  $p < 0,05$  по сравнению с уровнем до лечения

\*\*  $p < 0,05$  по сравнению между группами 2Б и 1Б после лечения

**Сервисная составляющая терапевтической помощи.** Результаты изучения показателей, характеризующих сервисную составляющую терапевтической поликлинической службы, представлены в таблице 3.

Таблица 3

*Показатели, характеризующие работу сервисную составляющую терапевтической поликлинической службы*

Показатель	Группы пациентов			
	1А	1Б	2А	2Б
Очередь на прием (дней)	0,1±0,01	0,1±0,01	0,07±0,02	0,09±0,02
Время ожидания приема в поликлинике (мин)	26,5±3,2	24,8±2,9	7,2±1,8*	7,0±1,6*
Время приема 1 пациента (мин)	8,0±0,9	13,2±1,1**	22,2±2,4*	23,3±2,9*,**
Удовлетворенность сервисом (балл)	3,0±0,06	3,8±0,09**	4,7±0,09*	4,6±0,02*

\*  $p < 0,05$  – различия достоверны между группами 2А и 1А, 2Б и 1Б

\*\*  $p < 0,05$  – различия достоверны между группами 1Б и 1А, 2Б и 2А

## ВЫВОДЫ

1. Медико-социальная эффективность деятельности учреждений разных форм собственности различна, при этом государственные учреждения в высокой степени ориентированы на предупреждение заболеваний у здоровых и практически здоровых лиц, а частные – на достижение быстрого и наглядного для пациента результата, что диктует

целесообразность оценки деятельности учреждений частной формы собственности по показателям эффективности вторичной профилактики, а государственной формы собственности – показателям популяционных показателей здоровья населения.

2. Лечение и реабилитация в амбулаторно-поликлинических учреждениях всех форм собственности способствуют повышению качества жизни пожилых пациентов, но по большинству параметров достоверно лучшие показатели достигаются в частных медицинских учреждениях (в частности, по показателям психологического здоровья на 19,6 %, по показателям ролевого эмоционального функционирования – на 20,0 %); сервисная составляющая геронтологической помощи, преимущественно ее доступность, в большей степени развита в частных учреждениях, причем вне зависимости от возраста (например, очередь ожидания приема меньше в 3,7 раза; продолжительность приема выше в 1,8 раза, удовлетворенность пациентов выше в 1,8 раза).

3. Пути развития взаимодействия государственных и частных учреждений здравоохранения в области гериатрической помощи заключаются в формировании единой системы лечебно-реабилитационных мероприятий, которая обеспечивает формирование единых медицинских технологий, при этом доминирующую роль должна играть идеология взаимосочетания лично-ориентированных и профилактических ценностей учреждений здравоохранения разной формы собственности.

### Список литературы

1. Глушанко В. С. Медико-организационный мониторинг результативности анестезиологической помощи и пути ее оптимизации: Метод, рек. / В. С. Глушанко, И. И. Канус, К. И. Прощаев, В. Я. Родионов; Разраб.: Витебский гос. мед. ин-т. – Мн: Минздрав Беларуси, 1999. – 24 с
2. Иванец Г. И. Конституционное право России: энциклопедический словарь / Г. И. Иванец, И. В. Калинин, В. И. Червонюк / Под общей ред. В. И. Червонюка. — М.: Юрид. лит., 2002. – 432 с.
3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. (<http://constitution.kremlin.ru/> дата обращения 27.07.2012).
4. Лазебник Л. Б. Полиморбидность у пожилых // Сердце. – 2007. – № 7. – С. 25-27.
5. Мареев В. Ю. Проспективное, многоцентровое, открытое исследование эффективности и переносимости квадроприла у больных с недостаточностью кровообращения, обусловленной ишемической болезнью сердца и дилатационной кардиомиопатией (Исследование КВАНК) /

В. Ю.Мареев, Л. И. Ольбинская, А. И. Мартынов // Сердечная недостаточность. – 2007. – № 8 (1). – С. 43-47.

6. Пузанова О. Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: акцент на здоровье пожилых // Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича, 2012. – № 1-2. – С. 88-89.

Райзберг Б. А. Современный экономический словарь / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева; 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2007. – 495 с.

7. Цыбин А. К. Интегральная оценка эффективности медицинских технологий: Методические рекомендации / А. К. Цыбин, В. С. Глушанко, Т. В. Колосова // Разраб.: Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский университет. – Минск, 2000. – 25 с.

8. Шабалин В. Н. Основные закономерности старения организма человека // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 2. – С. 13-18.

9. Doessel D. P. Health outcome and higher medical qualifications: An economic conception and notes on implementation / D.P.Doessel // Soc. Sci. Med. – 2007. – Vol. 24, N 11. – P. 897-910.

10. McMaren A. A. Model for the organisation of a community-based rehabilitation service. Report of a Working Group of the Royal College of Physicians Rehabilitation Medicine Committee // J.R.Coll. Physicians.Lond. – 1997. – №31(5). – P.503 – 505.

#### **Рецензенты:**

Чеботарев Павел Андреевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой безопасности жизнедеятельности человека УО «Полоцкий государственный университет», г. Новополоцк.

Иванова Маиса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор-консультант Медицинского центра «Ваша клиника», г. Москва.