

Рекомендовано д. мед. н., професором О. З. Децик

УДК 614.2:364.692:616.1-084

ВПЛИВ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

В. І. Клименко, О. С. Пушина

Запорізький державний медичний університет МОЗ України. E-mail: olga.pushina@mail.ru

У статті наведено результати аналізу світового досвіду оцінки впливу ресурсного забезпечення на ефективність профілактичних заходів попередження хвороб системи кровообігу. Проаналізовано існуючий стан матеріально-технічного та кадрового забезпечення первинного рівня медико-санітарної допомоги в Україні, зокрема в Запорізькій області, а також вітчизняний досвід підвищення якості надання медичної допомоги за рахунок поліпшення ресурсного забезпечення.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, профілактика, хвороби системи кровообігу, ресурсне забезпечення.

Постанова проблеми. Наявність ресурсного забезпечення (як кадрового, так і матеріально-технічного) первинного рівня медико-санітарної допомоги в повному обсязі має важливе значення для надання якісних медичних послуг. Особливо це стосується попередження хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), більшу частину яких складають хвороби системи кровообігу (ХСК). Для поліпшення показників здоров'я населення актуальним є питання оцінки впливу ресурсного забезпечення на доступність та якість медичної допомоги та ефективність профілактичних заходів ХСК.

Аналіз останніх досліджень і публікацій вітчизняних науковців щодо ресурсного забезпечення первинної медико-санітарної допомоги та його вплив на ефективність попередження хвороб системи кровообігу (ХСК) свідчить про велику кількість про-

BLEMНИХ моментів, що потребують нагального розв'язання.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Водночас результати досліджень закордонних учених та аналіз засобів впливу ресурсного забезпечення на соціальну, медичну та економічну ефективність профілактики ХСК дають можливість розробити рекомендації щодо підвищення якості охорони здоров'я в Україні.

Формулювання цілей статті. Метою роботи стало вивчення світового досвіду щодо впливу ресурсного забезпечення на ефективність профілактичних заходів попередження ХСК на первинному рівні.

Для досягнення поставленої мети нами за допомогою бібліосемантичного методу дослідження проведено аналіз вивчення даних наукових досліджень, а також аналіз кадрового забезпечення лікарям первинної ланки населення Запорізької області у порівнянні з даними по Україні. Статистичні дані отримано з довідників Обласного центру медичної статистики Запорізької обласної ради.

В. І. Клименко – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету МОЗ України

Викладення основного матеріалу дослідження. Згідно з даними численних досліджень ХНІЗ є головними причинами смертності населення у світі, що викликають більше смертей, ніж усі інші причини разом і вражають найдужче країни з низьким і середнім рівнем доходів населення. У загальній кількості з 57 млн смертей у світі у 2008 р. 36 млн (63 %) були пов'язані з ХНІЗ – це ХСК, цукровий діабет, рак і хронічні респіраторні захворювання [14]. Майже 80 % з цих смертей відбулося в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, до яких належить й Україна. Ці захворювання досягли масштабів епідемії – Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) прогнозує, що в поточному десятиріччі смертність від ХНІЗ збільшиться ще істотніше – на 15 % у глобальному масштабі протягом 2010-2020 рр., але їх рівень можна істотно і достовірно знизити шляхом зменшення факторів ризику (ФР), що їх спричиняють, і поліпшення контролю за рахунок підвищення рівня раннього виявлення та своєчасного лікування [9].

Передчасна смерть є одним з основних факторів, що враховується при оцінці впливу ХНІЗ на демографічні показники популяції: так, смертність у віці до 70 років, що пов'язана з ними дорівнює приблизно 44 %, відповідно 48 % та 26 % у країнах з низьким і середнім і з високим рівнем доходу [9].

Тоді як смертність від ХНІЗ, за прогнозами ВООЗ, скоротиться орієнтовано на 7 млн протягом найближчих 20 років, річна смертність від них збільшиться на 6 млн [12]. До 2030 р. смертність від ХНІЗ у світі сягне 52 млн осіб.

Населення України, за прийнятою у міжнародній статистичній практиці шкалою, має високий рівень старіння. Зростання чисельності населення і подовження тривалості життя призводять до зростання кількості і частки літнього населення, тому старіння населення є досить актуальною демографічною тенденцією в багатьох частинах світу. Так, якщо у 1991 р. частка населення у віці 60 років і старше в Україні становила майже 19 % від його загальної чисельності, то на початок 2014 р. – понад 22 %. Найвищий рівень постаріння зафіксовано у сільській місцевості (понад 24,2 %) [7].

ХСК є основною причиною смертності населення і в Росії. За даними офіційної ста-

тистики, в 2010 р. ХСК, як причина смерті, в Росії були зареєстровані в 52,0 % випадків серед померлих чоловіків і 61,5% серед жінок [1].

В Україні до 86% усіх смертних випадків припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті та новоутворення. У 2013 р. на першому місці за кількістю смертних випадків стоять ХСК (66,5 %). У структурі поширеності ХСК посідають перше місце (питома вага – 30,99 %), а у структурі первинної захворюваності – друге місце (6,99 %) [7].

За даними ВООЗ, 20 % усіх ХСК у світі зумовлені артеріальною гіпертензією (АГ). В економічно розвинутих країнах вона спричиняє майже половину всіх випадків серцевої недостатності, а її внесок у розвиток ішемічної хвороби серця сягає 35% [13].

ХСК формують показник DALYs у 27,2 % чоловічого населення країни та у 33 % жіночого.

За останні 15 років в Україні збільшився рівень виявлення хворих з АГ, цереброваскулярною патологією (також і асоційованою з АГ); спостерігається тенденція до зниження показників поширеності інсультів серед дорослих і працездатних, також і асоційованих з АГ [4].

Багатьма дослідженнями доведено, що в Україні знають про наявність АГ 81 % міського і 68 % сільського населення з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ), приймають будь-які антигіпертензивні препарати 48 % міських і 38 % сільських жителів, а ефективність лікування становить 19 і 8 % відповідно [3].

На основі існуючого досвіду та науково доведених даних ВООЗ визначила низку високоефективних стратегій і заходів для профілактики ХНІЗ. Зупинити наступ епідемії можна за умов виконання трьох компонентів національних програм: епіднадзора, профілактики і надання медичної допомоги, що, зі свого боку, включає національну спроможність запобігати ХНІЗ у межах політики і планування, розвитку інфраструктури, людських ресурсів і доступної медичної допомоги, зокрема і ліків. Треба підсилити організацію епіднадзора як пріоритетний напрям на національному та глобальному рівнях. Існує нагальна потреба поліпшити моніторинг за показниками здоров'я та спромож-

ністю системи охорони здоров'я, попереджувати та контролювати ХНІЗ, проводити регулярні дослідження ФР на національному рівні.

Концепція ФР, що виникла у 60-х роках ХХ ст. і почала стрімко розвиватися в багатьох країнах, наразі є фундаментальним обґрунтуванням сучасних підходів профілактики АГ і ХСК загалом. Результати досліджень щодо ФР дозволили розвиненим країнам спланувати і здійснити програми здорового способу життя, що привело до зниження рівня поширеності ХСК. Використання концепції ФР дозволяє прогнозувати ймовірність смерті як у популяції (популяційний ризик), так і для окремих осіб (індивідуальний ризик). На сьогодні виявлено велику кількість ФР ХСК, з яких виділяють дві великі групи: модифіковані та немодифіковані. До перших належать надлишкова маса тіла, нераціональне харчування, гіподинамія, куріння, алкоголізм, низький рівень освіти, стреси, АГ, гіперхолестеринемія, цукровий діабет та ін. До другої групи належать такі ФР, як стать, вік, спадковість. Окрім того, виділяють фактори, що знижують ризик розвитку ХСК, це регулярна фізична активність, вживання достатньої кількості овочів і фруктів тощо [1].

Другим важливим механізмом зупинення епідемії ХНІЗ є профілактика. Загальновідомо, що профілактика ХНІЗ у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих. При цьому, здоровий спосіб життя населення у 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність галузі охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в основному спрямована на лікування пацієнтів, а не на профілактику захворювань та їх раннє виявлення, що призводить до виникнення хронічної форми хвороби, зростання первинної інвалідизації та смертності, яким можна запобігти. Саме тому треба проводити профілактичні заходи для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до особистого здоров'я [6].

Оцінка ефективності профілактичних заходів проводиться за 3 напрямками: медична, соціальна та економічна ефективності.

До медичної ефективності профілактики АГ належать: зниження частоти ускладнень, частоти гіпертонічних кризів, частоти звернень за медичною допомогою з приводу погіршення стану та кількості випадків тимчасової втрати працездатності. До соціальної ефективності профілактики АГ належать: зниження первинної інвалідності, збільшення середньої тривалості життя хворих, зниження рівня смертності та зростання якості життя хворих. Критеріями економічної ефективності є економія коштів унаслідок зниження госпіталізованої захворюваності, інвалідності, смертності та зростання внутрішнього валового продукту (ВВП), пов'язане з цим. Досліджено, що основні ХНІЗ завдають мільярди доларів збитків ВВП у найбільш населених країнах: кожні 10 % зростання ХНІЗ призводять до зменшення щорічного економічного росту на 0,5 % [16].

Існує багато прикладів профілактики ХНІЗ на національному рівні. Найбільш вдалим є досвід Фінляндії, де з 1970 р. імплементується програма з профілактики серцево-судинного ризику. Найголовнішим напрямом цієї програми є зниження високого рівня АГ і загального холестерину (ЗХ). Головна увага приділяється модифікації стереотипів харчування. За 30 років існування проекту смертність від серцево-судинних ускладнень зменшилась на 72%. Ця програма стала базовою для багатьох профілактичних програм [11].

Третім, безумовно, важливим компонентом боротьби з епідемією ХНІЗ є надання медичної допомоги. Ще у 1974 р. було доведено, що на здоров'я населення впливають 4 групи факторів [12]. Вважається, що вони знаходяться у пропорційному співвідношенні: спосіб життя (49-53 %), біологія людини (18-22 %), середовище її існування (17-20 %), система охорони здоров'я (8-10 %). Отже, найбільше значення для здоров'я людини має дотримання здорового способу життя, а головну відповідальність за своє здоров'я несе індивід. Але останнім часом у літературі з'являються дані про інші чинники впливу на здоров'я населення. У 1995 р. Міністерством охорони здоров'я Канади було ідентифіковано 12, а потім 28 детермінант здоров'я. Поряд із цим було викрито основні недоліки звіту Лалонда, в якому недостатня

увага приділяється фактору соціально-економічного середовища та системі охорони здоров'я, а надмірне значення надається способу життя та самовідповідальності людини за своє здоров'я [14]. Тобто вплив фактора медичної допомоги на здоров'я населення більш істотний, ніж 10 %.

Отже, зважаючи на те, що модифіковані ФР ХНІЗ добре відомі та вивчені, основні показники здоров'я – смертність, захворюваність та інвалідність – від них не тільки не зменшились, але мають тенденцію до росту в усьому світі, актуально буде оцінити вплив ресурсного – матеріально-технічного та кадрового забезпечення первинного рівня надання медичної допомоги – на показники здоров'я.

У 2012 р. ВООЗ було проведено міжнародне дослідження, що викрило недоліки в організації допомоги хворим з ХНІЗ на первинному рівні і було організовано у 8 країнах із середнім та низьким рівнем доходу в 90 випадково обраних установах первинної ланки. Основні питання стосувалися забезпеченості медичних закладів кадровими ресурсами, обладнанням, інфраструктурою, ліками, фінансуванням. Це дослідження довело необхідність оптимізації управління та ресурсного й інформаційного забезпечення первинної ланки медичної допомоги для поліпшення показників здоров'я населення [9]. Були вивчені такі показники: забезпечення діагностичними тестами та обладнанням, доступність необхідних ліків, кадрове забезпечення первинної ланки, інформаційно-аналітичні можливості. Аналіз отриманих даних свідчить, що первинна ланка медичної допомоги країн-учасників дослідження не повністю забезпечена діагностичними тестами (аналізи сечі на протеїни, глюкозу, кетони), в деяких закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) взагалі відсутні есенційні тести крові та сечі. Усі заклади мають хоча б 1 сфігмоманометр, але автоматичні апарати наявні лише в 10 % випадків, анероїдні ж застарілі та некалібровані. Усі заклади ПМСД забезпечені вагами (99 %) і лише 63 % вимірювальними стрічками, що є необхідним для розрахунку індексу маси тіла і стратифікації ризику ХСК.

Кисневі маски, небулайзери, електрокардіографи, пікфлоуметри та пульсоксиметри

були доступні в 44, 37, 28, 29 і 2 % закладів відповідно. Доступність ліків, що використовуються для керування основними ХНІЗ, теж була неоднорідною. Так, на 100 % майже усі заклади ПМСД забезпечені лише аспірином і парацетамолом. Лише в одній країні доступні нітрати, інсулін та беклометазон в інгаляторі в усіх закладах ПМСД. Крім того, лише у деяких країнах консультації, аналізи та ліки надаються безкоштовно, в інших затрати відшкодовуються за рахунок приватної страховки чи державних фондів.

Щодо кадрового забезпечення первинної ланки, то лише в 2 країнах в усіх закладах первинна медична допомога надається лікарями. В деяких країнах зовсім немає лікарів у центрах ЦПМСД, а медична допомога надається медичними сестрами та асистентами лікарів. Крім того, в штаті є такі працівники, як асистент-фармацевт і працівник соціальних служб. Рівень підготовки та кваліфікації лікарів не вивчався.

У жодному з досліджених закладів не було комп'ютерного обладнання й Інтернету для зберігання, аналізу медичної інформації та дистантних консультацій. Лише у 85 % закладах ПМСД медичні записи зберігаються в паперовому вигляді, з них 58 % – у журналі щоденних відвідувань. Головним здобутком цього дослідження стали викриті недоліки системи надання первинної допомоги за 4 головними напрямками: фінансування, забезпечення ліками і технологіями, кадрові ресурси та інформаційне забезпечення. По-перше, пацієнт-орієнтована система охорони здоров'я потребує реімбурсації хоча б базових послуг ПМСД. По-друге, усі заклади ПМСД мають бути забезпечені технологіями та ліками, що використовуються в контролі усього спектра ХНІЗ, включно з невідкладною допомогою. По-третє, результати дослідження висвітлили дефіцит лікарів ПМСД і необхідність підготовки та мотивації медичних працівників надавати есенційну допомогу пацієнтам із ХНІЗ, наприклад, розрахунок серцево-судинного ризику, консультації з припинення паління, дієтичні рекомендації. Потрібно впроваджувати медичні освітні програми, доказову медицину, мотиваційні програми для кар'єрного зростання [9].

Аналогічне дослідження було проведено в Індії в 100 районах із 640 (15,6 %).

Головні недоліки були ідентифіковані в таких напрямках: система фінансування, доступ до медичних технологій і ліків, людські ресурси, збір і зберігання медичної інформації.

Оскільки ХНІЗ пролонговані у часі і пацієнт потребує медичного спостереження протягом багатьох років, вважається за необхідне, щоб лікар надавав допомогу під час первинного звертання та періодичних оглядів, а середній медичний персонал може проводити скринінгові методи дослідження, після проходження спеціальних тренінгів, надавати рекомендації щодо дієти та фізичної активності, дотримання здорового способу життя [8]. Тобто для ефективної профілактики ХНІЗ пропонується залучати середній медичний персонал.

Перехід до організації надання ПМСД в Україні за принципом загальної практики – сімейна медицина призвів до зростання закладів загальної практики – сімейної медицини до 2073 у 2014 р., з них 32 – по Запорізькій області. При цьому показник забезпеченості амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини (АЗП/СМ) у сільській місцевості на 10 тис. населення дорівнював у середньому 3,06 при нормі 3,3. Проте в деяких регіонах цей показник був істотно менше за норму (Львівська, Івано-Франківська, Рівненська, Хмельницька та ін.). У містах середній показник забезпеченості АЗП/СМ становив 0,98, що також не відповідає нормативам (1,6-2,5 залежно від місцевості). Лише 76,9 % населення України забезпечено медичною допомогою в АЗП/СМ. Треба зауважити, що міське населення охоплено медичною допомогою у 70,5 %, а сільське – у 91,2 %. Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП/СМ) фізичними особами у 2014 р. становила 64,84 %. Цей показник істотно зменшився у порівнянні з попередніми роками (2010 р. – 78,35 %, 2013 р. – 71,40 %).

При аналізі забезпеченості дорослого населення Запорізької області лікарями терапевтичного профілю в розрізі по спеціальностям в динаміці встановлено, що протягом всього періоду 2005-2013 рр. рівень терапевтів, дільничних лікарів, кардіологів, невропатологів перевищує рівень забезпе-

ченості дорослого населення по Україні. Поряд з цим сімейними лікарями Запорізька область забезпечена значно гірше, ніж по Україні. Якщо з 2005 по 2010 р. забезпеченість дорослого населення Запорізької області сімейними лікарями незначно (від 0,15 до 0,9) перевищувала аналогічний показник по Україні, то починаючи з 2011 р. відмічається спад забезпеченості ними до 2,76 на 10 тис. дорослого населення, що на 0,47 менше рівня по Україні. Провівши аналіз забезпеченості дорослого населення Запорізької області по районах і містах лікарями ПМСД (лікар-терапевт дільничний і сімейний лікар), ми встановили, що за період 2005-2013 рр. спостерігається позитивна тенденція до забезпеченості сімейними лікарями і суттєве зниження лікарів-терапевтів дільничних. Можливо, це пов'язано зі змінами в системі охорони здоров'я, але ще в 2005 р. забезпеченість лікарями-терапевтами дільничними по районах області була в 2 рази меншою, ніж у містах області, тоді як сімейними лікарями – більшою у 8 разів і відповідала 1,56 на 10 тис. дорослого населення, що в 2,4 рази перевищувало аналогічний показник по Україні.

Одним із головних критеріїв якості та ефективності медичної допомоги є навантаження на одного лікаря. У 2014 р. фактичне навантаження на фізичну особу ЛЗП/СМ у сільській місцевості становило 2539,04, а у міській – 1786,69, істотно перевищує нормативи навантаження (1200 осіб у сільській місцевості та 1500 у міській) та негативно впливає на якість медичної допомоги [7].

Щодо якості підготовки та перепідготовки ЛЗП/СМ, то 5,40% з тих осіб, що підлягали атестації, не були атестовані, 14,38 % керівників центрів ПМСД не мають спеціалізації з організації охорони здоров'я, а майже половина заступників лікарів з лікувальної роботи (49,93 %) не мають підготовки з ЛЗП/СМ. Крім того, протягом 10 років в Україні були створені стандарти лікування найбільш поширених захворювань у формі уніфікованих клінічних протоколів, але певна частина лікарів зовсім не ознайомлена з чинними медичними стандартами, а більшість тих спеціалістів, що знає, не використовує їх у своїй практиці [5]. А ті, що

знають і використовують, не можуть дотримуватися їх в повному обсязі, у зв'язку з недостатніми матеріально-технічними ресурсами, що впливає на ефективність та якість надання медичної допомоги.

Стан близько половини будівель і споруд (45,2 %) вважається незадовільним і потребує капітального ремонту. Стан оснащення амбулаторій, що входять до складу центрів ПМСД, теж незадовільний: лише 14,8 % закладів у 2014 р. були оснащені медичним обладнанням, інструментарієм та інвентарем згідно з табелем оснащення, менше половини закладів мають санітарний транспорт (43,9 %) [7]. Дослідження В. А. Гандзюка у Баштанському районі Миколаївської області показало, що впровадження оптимізованої моделі ресурсного забезпечення медичної допомоги (додаткові надходження у сумі 3 % від валового продукту району) сприяє зниженню смертності від ХСК на 7 %, цереброваскулярної патології – у 2 рази, інсультів – у 2,6 рази, захворюваності від ХСК – на 23,6 %. Поліпшились показники охоплення диспансеризацією пацієнтів із ХСК на 46 % [2].

Отже, недостатнє та непропорційне забезпечення населення АЗП/СМ свідчить про відсутність рівного та справедливого доступу громадян до медичної допомоги. Наявні медичні заклади потребують ремонту, дуже часто капітального. Крім того, вони неуккомплектовані на 100 % ЛЗП/СМ, що не може не впливати на якість та ефективність медичних послуг. Неуккомплектованість штатів ЛЗП/СЛ призводить до підвищення навантаження на лікаря. Тобто лікарі мають змогу займатися лише лікувально-діагностичною роботою, а на профілактичне та санітарно-гігієнічне виховання зовсім не мають часу, хоча 80 % обсягу роботи лікаря первинної ланки має займати профілактика, оскільки відомо, що попередити хворобу, набагато ліпше, ніж лікувати її наслідки та ускладнення. Дефіцит часу призводить до того, що лікарі не мають змоги розповісти чи нагадати пацієнтам про ФР виникнення та подальшого прогресування ХНІЗ чи роблять це дуже формалізовано.

Отже, всі складові ресурсного забезпечення закладів ПМСД залишається істотно недостатнім. Усі ці проблеми характерні не

тільки для нашої країни, а і для багатьох держав з низьким і середнім рівнем доходів. Саме на ці країни припадає найбільший тягар ХНІЗ, що призводить до економічних і демографічних втрат і, як наслідок, до формування порочного кола – втрати в економіці призводять до зниження витрат на охорону здоров'я та зменшення фінансування, як наслідок, зниження якості та ефективності ПМСД. Недостатність фінансування та невідповідність існуючого рівня забезпечення ПМСД зумовлюють потребу в науковому комплексному дослідженні оцінки впливу ресурсного забезпечення на профілактику ХНІЗ, насамперед ХСК, з метою розробки моделі її вдосконалення.

Висновки

1. Доведено, що, незважаючи на те, що фактори ризику хвороб системи кровообігу достеменно відомі, показники стану здоров'я населення через них поступово погіршуються унаслідок негативного впливу ресурсного (кадрового і матеріально-технічного) забезпечення первинної ланки, яка відповідає за профілактичну спрямованість.

2. Показано, що перехід організації надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини триває, але залишаються не вирішеними питання щодо укомплектованості як лікарями, так і медичними працівниками з середньою освітою, а питання щодо поліпшення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу на первинному рівні, взагалі залишається відкритим та не вивченим.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у більш детальному аналізі вивчення відповідності центрів первинної медико-санітарної допомоги табеля оснащення та впливу ресурсного забезпечення на ефективність профілактики хвороб системи кровообігу.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Алексеева Т. С. Эффективность мероприятий по модификации образа жизни в профилактике артериальной гипертонии в организованной популяции : дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : 14.01.05 / Алексеева Татьяна Сергеевна ;

- Новокузнецьк. гос. ин-т усовершенств. врачей М-ва здравоохранения РФ. – Новокузнецьк, 2014. – 143 с.
2. Гандзюк В. А. Удосконалення ресурсного забезпечення виконання державних програм на регіональному рівні / В. А. Гандзюк // Укр. мед. часопис. – 2014. – № 2. – С. 183-187.
 3. Горбась І. М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І. М. Горбась // Укр. кардіол. журн. – 2010. – № 1 (додаток). – С. 16-21.
 4. Лашкул З. В. Особливості епідеміології артеріальної гіпертензії та її ускладнень на регіональному рівні з 1999 по 2013 роки / З. В. Лашкул // Сучасні медичні технології. – 2014. – №2 (22). – С. 134-140.
 5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
 6. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1164-р від 31 жовтня 2011 р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір”» [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> – Назва з екрану.
 7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.
 8. Assessment of primary care facilities for cardiovascular disease preparedness in Madhya Pradesh, India / Abhijit Pakhare, Sanjeev Kumar, Swati Goyal, Rajnish Joshi // BMC Health Services Research. – 2015. – № 15. – P. 408.
 9. Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential non communicable disease interventions / S. Mendis, I. Al Basir, L. Dissanaayake, C. Varghese et al. // International Journal of Hypertension. – 2012 (2012). – 7 p.
 10. Global status report on non communicable diseases 2010 / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2011. – 162 p.
 11. High blood pressure – country experiences and effective interventions utilized across the European Region / World Health Organization, Regional Office for Europe. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – 23 p.
 12. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians / M. Lalonde minister of Supply and Services. – Ottawa, 1981. – 76 p.
 13. The global burden of disease: 2004 update / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2008. – 146 p.
 14. Towards a New Perspective on Health and Health Policy. A Synthesis Document of the Health Network, Canadian Policy Research Networks [Електронний ресурс]. – Toronto: Sholom Glouberman, Ph.D., 2001. – 94 p. – Режим доступу : <http://www.mcgill.ca/files/imhl/Towards-NewPerspective.pdf>.
 15. World Health Statistics 2011 [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2011. – Режим доступу : <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en>.
 16. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2009. – 42 p. – Режим доступу : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf.

REFERENCES

1. Abhijit Pakhare, Sanjeev Kumar, Swati Goyal, Rajnish Joshi. Assessment of primary care facilities for cardiovascular disease preparedness in Madhya Pradesh, India. BMC Health Services Research. 2015; 15: 408.
2. Alekseeva TS. Effektyvnost meropriyatiy po modyfykatsyy obraza zhyzny v profylaktyke arterialnoi hypertonyy v orhanyzovanoi populiatsyy. [PhD dissertation (Medical Sciences)]. Novokuznetsk: Novokuznetsk State Institute of Postgraduate medicine; 2014. 143 p.
3. Gandzyuk VA. Improving public resources of implementation of the state programs at regional level. Ukrainian medical journal. 2014; 2(100): 183-187.
4. Glouberman Sh. Towards a New Perspective on Health and Health Policy. A Synthesis Document of the Health Network, Canadian Policy Research Networks. [online] [http://](http://www.mcgill.ca/files/imhl/Towards-NewPerspective.pdf)

- www.mcgill.ca/files/imhl/Towards-New-Perspective.pdf. Accessed 21 October 2015.
5. Horbas IM. Epidemiolohichni ta medyko-sotsialni aspekty arterialnoi hipertenzii. Ukrainian Journal of Cardiology. 2010; 1: 16-21.
 6. Kvitashvili O. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. MOH Ukraine. 2014 :460 p.
 7. Lashkul ZV. Features epidemiology of hypertension and its complications at the regional level in 1999–2013. Suchasni medychni tekhnolohii. 2014; 2(22): 134-140.
 8. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974.
 9. Lekhan VM., Slabkyi GO., Shevchenko MV. Health care system strategy development: Ukrainian measuring. 2009. 50 p.
 10. Mendis S, Al Bashir I, Dissanayake L, Varghese C, et al. Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential non communicable disease interventions. Int J Hypertens. 2012 ; 2012:584041.
 11. Prescription of the Ministry of Health from 31.10.2014 № 1164. [online] <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>. Accessed 21 October 2015).
 12. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. World Health Organization (WHO): Geneva; 2011.
 13. World Health Organization. High blood pressure – country experiences and effective interventions utilized across the European Region. World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe. – Copenhagen; 2013.
 14. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization (WHO): Geneva; 2008.
 15. World Health Organization. World Health Statistics 2011. [online] <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>. Accessed 21 October 2015.
 16. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases. [online] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf. Accessed 20 October 2015.

УДК 614.2:364.692:616.1-084

ВЛИЯНИЕ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В. И. Клименко, О. С. Пушина

В статье приведены результаты анализа мирового опыта оценки влияния ресурсного обеспечения на эффективность профилактических мер предупреждения болезней системы кровообращения. Проанализированы существующее состояние материально-технического и кадрового обеспечения первичного уровня медико-санитарной помощи в Украине, в частности в Запорожской области, и отечественный опыт повышения качества оказания медицинской помощи за счет улучшения ресурсного обеспечения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, профилактика, болезни системы кровообращения, ресурсное обеспечение.

UDC 614.2:364.692:616.1-084

THE IMPACT OF THE PRIMARY MEDICAL CARE RESOURCE PROVISION ON PREVENTION OF CIRCULATORY SYSTEM DISEASES

V. I. Klimentko, O. S. Pushina

The results of the world experience analysis in assessing the impact of the resource provision on the effectiveness of prevention of circulatory system diseases are presented. The current state of material provision and staffing of the primary medical care level, as well as the domestic experience improving the medical care quality by intensification of the resource provision have been analyzed.

Key words: primary medical care, prevention, circulatory system diseases, resource provision.