

ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Аналіз
роботи галузі охорони здоров'я
області у 2016 році, заходи щодо подальшої її
оптимізації, реформування та поліпшення стану
здоров'я населення**

**м. Черкаси
2017**

ЗМІСТ

1	Позитивні зрушення, що відбулися у галузі охорони здоров'я в 2016 році	3-5
2	Оцінка результатів роботи ЛПЗ області за 2016 рік	6-7
3	Мережа лікувально-профілактичних закладів	8-13
4	Кадри	13-19
5	Фінансування галузі	20-28
6	Матеріально-технічна база	28-30
7	Охорона праці	31
8	Демографія	31-34
9	Захворюваність населення	34-37
10	Амбулаторно-поліклінічна служба	38-44
11	Загальна практика – сімейна медицина	44-49
12	Стаціонарна допомога	49-57
13	Терапевтична служба	57-61
14	Кардіологічна служба	61-66
15	Хірургічна служба	66-73
16	Педіатрична служба	74-79
17	Акушерсько-гінекологічна служба	80-88
18	Онкологічна служба	88-97
19	Неврологічна служба	97-104
20	Ендокринологічна служба	104-108
21	Нефрологічна служба	108-114
22	Стоматологічна служба	114-119
23	Фтизіатрична служба	119-123
24	Служба профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом	123-129
25	Дерматовенерологічна служба	129-133
26	Інфекційна служба	134-141
27	Імунопрофілактика	141-146
28	Психіатрична служба	146-151
29	Наркологічна служба	151-154
30	Екстрена медична допомога	154-156
31	Служба крові	157-158
32	Стан надання медичної допомоги ветеранам війни та учасниками АТО	158-166
33	Медико-соціальна експертиза	166-174
34	Звернення громадян	175-176
35	Формування у населення прихильності до здорового способу життя	176-178
36	Пріоритетні напрямки діяльності галузі охорони здоров'я області на 2017 рік	179-180

Діяльність галузі охорони здоров'я області в 2016 році була спрямована на:

- охорону здоров'я матері та дитини;
- розвиток екстреної медичної допомоги;
- боротьбу з найбільш поширеними хронічними неепідемічними та епідемічними хворобами, які набули ваги соціально-значущих та соціально-небезпечних;
- поліпшення кадрової ситуації шляхом укомплектування вакантних лікарських посад та посиленням контролю за якістю їх фахової підготовки;
- впровадження сучасних інформаційних технологій, програмної продукції та забезпечення функціонування електронної системи реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами системи охорони здоров'я;
- зміцнення матеріально-технічної бази медичних установ;
- оптимізацію наявної мережі закладів охорони здоров'я області із збереженням їх чисельності та робочих місць;
- оптимізацію наявного ліжкового фонду шляхом скорочення економічно необґрунтованих стаціонарних ліжок;
- подальше реформування первинної ланки медико-санітарної допомоги на засади загальної практики-сімейної медицини та створення центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Станом на 31.12.2016 в області функціонувало 238 амбулаторно-поліклінічних установ, з них 40 установ об'єднані із стаціонаром та 198 самостійних, у тому числі 13 самостійних поліклінік, 2 спеціалізовані амбулаторні заклади, 165 лікарських амбулаторій та 18 центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – центри ПМСД).

Стаціонарна медична допомога надавалась в 47 лікарняних закладах на 9732 ліжках, у тому числі в 20 центральних районних лікарнях, 1 районній лікарні, 1 дільничній лікарні та інші.

Крім того, в області функціонує 536 фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пункти (далі – ФАПів/ФП).

У 2016 році продовжувалося реформування первинної медико-санітарної допомоги, набули подальшого розвитку вторинна та третинна ланки надання медичної допомоги населенню області.

На кінець 2016 року в області функціонувало 18 центрів ПМСД, 13 з яких є районними медичними установами, 3 – міськими та 2 – сільськими.

До складу центрів ПМСД увійшли 145 лікарських амбулаторій (у тому числі 18 базових) та 380 ФАПів/ФП, що дозволило забезпечити населення доступною, безперервною, своєчасною, якісною та ефективною первинною медичною допомогою.

Лише в 2016 році в області розпочали свою роботу 5 центрів ПМСД, 2 з яких створені об'єднаними територіальними громадами Черкаського (с.Білозір'я) та Катеринопільського (с.Мокра Калигірка) районів. Крім того, об'єднаною територіальною громадою с. Єрки Катеринопільського району було

zareestrovano komunal'nyy zaklad "Srkiv's'ka ambulatoriya zagal'noyi praktiki-simeynoi meditsyny", do skladu yakoї vviišlo 2 FАПi.

V zakladaх ПМСД області na kineць 2016 roku pracovalo 398 сімейних лікарів, які обслуговують більше 77% населення області, у тому числі понад 82% – у сільській місцевості. Показник забезпеченості штатними посадами сімейних лікарів по області становить 4,8 на 10 тис. населення, що вище аналогічного показника по Україні.

Zalishayutsya ne stвореними центри ПМСД у 7 районах та 2 містах обласного підпорядкування (в Городищенському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Маньківському, Монастирищенському і Тальнівському районах та в містах Черкаси і Сміла).

Постановою Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 № 1024 затверджено норматив забезпечення стаціонарними ліжками населення, який становить 60 на 10 тис. населення для всієї області з урахуванням ліжкового фонду обласних медичних установ. Для міст і районів області норматив забезпеченості ліжками визначено 44,0 на 10 тис. населення.

Na pochatku 2016 roku kіlkість лікарняних ліжок в області становила 10 243, а показник забезпеченості ліжками – 82,6 на 10 тис. населення.

Za rezul'tatami obraхunkів в області станом на 01.01.2016 potrebuvalи скорочення 2 803 ліжка.

Vprodovzh 2016 roku ліжкова мережа стаціонарів області зменшилась лише на 511 ліжок і станом на 31.12.2016 в області нараховувалося 9 732 ліжка, а показник забезпеченості ліжками становив 78,5 на 10 тис. населення.

Naybіl's'ha kіlkість ліжок, що підлягали скороченню проятгом 2016 roku, zalishalasya у м. Черкаси (269), м. Сміла (248), м. Умань (127), Шполянському (48), Монастирищенському (30), Смілянському (28) та Христинівському (26) районах. Razom – 776 ліжок, скорочено 214 – 27,6%.

Ще одним важливим напрямком стратегічного розвитку системи охорони здоров'я області є створення єдиної дієздатної системи екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД). Механізм організаційно-правового забезпечення населення ЕМД закріплено в Законі України "Про екстрену медичну допомогу".

Zasnuvannya єдиної комунальної установи "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф" вже довело свою ефективність. Nаразі основним завданням є проведення реконструкції головного корпусу з оперативно-диспетчерською службою у м. Черкасах, створення відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах області, забезпечення матеріально-технічними засобами, першочергово – автомобілями швидкої медичної допомоги (далі-ШМД). Із наявних автомобілів ШМД у Центрі ЕМД потребують термінової заміни 58 автомобілів.

Upravlіnnям охорони здоров'я облдержадміністрації підготовлено та надано інвестиційний проект щодо придбання автомобілів ШМД для обласного центру ЕМД та МК а також розроблено та подано на розгляд сесії обласної ради проект обласної цільової програми екстреної медичної допомоги Черкащини на 2017-2020 роки, якою також передбачено закупівлю автомобілів ШМД.

Продовжується робота щодо інформатизації медичних установ, розпочата у 2015 році. В області прийнята Регіональна програма інформатизації сфери охорони здоров'я Черкаської області на 2015-2020 роки, яка є реалізацією концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я. Створено та подано проект "Інформатизація галузі охорони здоров'я Черкаської області" до Державного фонду регіонального розвитку на 2017 рік.

В 2016 році придбано серверне обладнання для Черкаського обласного кардіологічного центру, в якому впроваджена і активно діє система "Доктор ELEKS".

Проводиться практична реалізація програми інформатизації в закладах охорони здоров'я м. Черкас та м. Золотоноша, в яких на даний час здійснюється підготовча робота.

У м. Черкаси через тендер придбано програмний продукт, серверне обладнання та створено 150 автоматизованих робочих місць медичних працівників. В КНП "Перша Черкаська міська поліклініка ЧМР" створено вже близько 19000 електронних карток пацієнта.

Оцінка результатів роботи закладів охорони здоров'я міст обласного підпорядкування за 2016 рік		
<i>Рейтингове місце</i>	<i>Разом КДР + Т-коеф.</i>	<i>Міста</i>
1-й результат	1,55	м. Сміла
2-й результат	1,52	м. Черкаси
3-й результат	1,48	м. Умань
4-й результат	1,36	м. Ватутіне
Оцінка результатів роботи закладів охорони здоров'я сільських адміністративних районів за 2016 рік		
<i>Рейтингове місце</i>	<i>Разом КДР + Т-коеф.</i>	<i>Райони</i>
1-й результат	1,71	Канівський район
2-й результат	1,68	Черкаський район
3-й результат	1,64	Звенигородський район
4-й результат	1,59	Городищенський район
		Золотоніський район
5-й результат	1,57	Монастирищенський район
6-й результат	1,56	Кам'янський район
		Шполянський район
		Чорнобаївський район
7-й результат	1,54	Корсунь-Шевченківський район
		Жашківський район
		Христинівський район
8-й результат	1,53	Уманський район
		Тальнівський район
		Смілянський район
9-й результат	1,52	Маньківський район
10-й результат	1,48	Чигиринський район
11-й результат	1,47	Лисянський район
12-й результат	1,46	Катеринопільський район
13-й результат	1,45	Драбівський район

Оцінка результатів роботи центральної районної та Ватутінської міської лікарень (відокремлених від ПМСД) за 2016 рік		
Рейтингове місце	Разом КДР + Т-коэф.	ЦРЛ / МЛ
1-й результат	1,67	Канівська ЦРЛ
		Черкаська ЦРЛ
2-й результат	1,64	Уманська ЦРЛ
		Звенигородська ЦРЛ
3-й результат	1,55	Золотоніська ЦРЛ
4-й результат	1,53	Христинівська ЦРЛ
5-й результат	1,52	Смілянська ЦРЛ
6-й результат	1,50	Чорнобаївська ЦРЛ
7-й результат	1,49	Шполянська ЦРЛ
		Ватутінська МЛ
8-й результат	1,48	Жашківська ЦРЛ
9-й результат	1,47	Корсунь-Шевченківська ЦРЛ
10-й результат	1,46	Чигиринська ЦРЛ
11-й результат	1,45	Драбівська ЦРЛ

Оцінка результатів роботи Центрів первинної медико-санітарної допомоги за 2016 рік		
Рейтингове місце	Разом КДР + Т-коэф.	Центри ПМСД
1-й результат	1,69	Канівський районний
		Золотоніський районний
2-й результат	1,63	Черкаський районний
3-й результат	1,57	Шполянський районний
4-й результат	1,55	Корсунь-Шевченківський районний
5-й результат	1,54	Звенигородський районний
6-й результат	1,53	Смілянський районний
		Ватутінський міський
7-й результат	1,52	Чорнобаївський районний
8-й результат	1,51	Чигиринський районний
9-й результат	1,50	Золотоніський міський
		Уманський міський
10-й результат	1,49	Жашківський районний
11-й результат	1,48	Уманський районний
12-й результат	1,47	Христинівський районний
13-й результат	1,46	Драбівський районний

Мережа лікувально-профілактичних закладів

В системі охорони здоров'я області, як і в Україні загалом, продовжується робота по оптимізації структури мережі закладів.

Протягом року в області реорганізовано 2 міські лікарні: в залізничній лікарні ст.Христинівка закрито стаціонарне відділення, поліклінічне – приєднано в якості сімейної амбулаторії до ЦПМСД Христинівського району.

В Золотоніському районі відкрито 2 ЦПМСД (міський, в якому створено 2 ЛА в т.ч. одна – на базі бувшого здоров'я пункту залізничної лікарні м. Сміла та районний, до складу якого ввійшли ЛА району).

В Катеринопільському районі об'єднані територіальні громади (далі ОТГ) зареєстрували дві медичні установи як юридичні особи:

- лікарську амбулаторію смт.Єрки, до неї відносяться 2 ФАПи;
- центр первинної медико-санітарної допомоги с.Мокра Калигірка, до складу якого ввійшли 2 ЛА (одна як базова ЛА, друга – як її відокремлений структурний підрозділ (далі ВСП)) та 4 ФАПи.

В самому районі ЦПМСД не створено.

В Черкаському районі ОТГ с.Білозір'я зареєструвала ЦПМСД в складі двох ЛА (базової та ЛА селища міського типу Ірдинь).

В м.Умані створено ЦПМСД з 5 ЛА як відокремлених структурних підрозділів.

Кількість дільничних лікарень зменшилась з 6 у 2015 році до 1 у 2016 році за рахунок реорганізації лікарень в сільські лікарські амбулаторії з подальшим введенням їх до складу ЦПМСД.

Дитячі санаторії «Зміна» та «Пролісок» об'єднано в одну установу зі збереженнями наявного ліжкового фонду.

В 2016 році тривав процес розподілу функцій між вторинною і первинною ланками на місцях і повністю його не завершено.

Як наслідок, загальна кількість установ, підпорядкованих Управлінню охорони здоров'я, змінилась в порівнянні з попереднім звітним роком, що спричинило зміни та внутрішні перегрупування ресурсів по типах закладів.

Станом на 01.01.2017 в області функціонують 262 (2015р. – 256) медичних установи та їх територіально відокремлених структурних підрозділів, з них 47 стаціонарних установ на 9732 ліжка (2015р. 54 – 10243 ліжка), в т.ч. 20 ЦРЛ на 3665 ліжок (2015р. – 3874 ліжка), 1 РЛ на 52 ліжка (2015р. – 1 на 55 ліжок), 1 ДЛ на 10 ліжок (2015р. – 6 на 72 ліжка).

З загальної кількості закладів охорони здоров'я області – 97 (2015р. – 94) є юридичними особами, з них 46 – стаціонарних установ, 34 – амбулаторно-поліклінічних закладів та 17 – «інших» (2015р. – 48 – 28 та 18 відповідно).

За типами установ ЗОЗ (юридичні особи) розподіляються на:

стаціонарні заклади - 46		амбулаторно-поліклінічні заклади - 34	
м. Черкаси - 6	МЛ 1, 2, 3, ПБ, інфек.лікарня, дит. лікарня	м. Черкаси - 8	п-ки 1, 2, 3, 4, 5, Астра, 2 стоматологічні поліклініки
м. Сміла - 4	МЛ, МЛ 2 МЛ СМСЧ-14 МЛ ЗЛ м.Сміла	м. Сміла - 3	п-ка №1, дитяча п-ка, стоматологічна п-ка
м. Умань - 4	МЛ, МЛ 3, ПБ, дит. лікарня	м. Умань - 2	стоматологічна п-ка, ЦПМСД
м. Ватутіне - 1	МЛ	м. Ватутіне - 1	ЦПМСД
		18 ЦПМСД	Драбівський, Жашківський, Звенигородський, 2 Золотоніських центри, К-Шевченківський, Канівський, Катеринопільський (с.Мокра Калигірка), Смілянський, Уманський, Хритинівський, Чорнобаївський, Чигиринський, Шполянський р-ни, 2 центри Черкаського р-ну (ЦПМСД Черкаського р-ну та ЦПМСД с.Білозір'я), м.Ватутіне, м.Умань
		ЛА	ОТГ с.Єрки,
		обласна стоматологічна п-ка	
		центр СНІД	
		центр планування сім'ї	
20 ЦРЛ			
1 РЛ			
Обл. доросла лікарня			
Обл. дитяча лікарня			
Госпіталь ВВ			
ОПЛ			
6 диспансерів			
17 інших закладів м.м. Черкаси Умань по 1 ІАЦ, обл. станція переливання крові, СМЕ, Будинок дитини, 4 санаторія, аптека, обл. центр МСЕ, КЗ «ЧОЦМС», центр здоров'я, ОЦЕМД та МК, 2 медколеджі, центр підвищення кваліфікації лікарів			

Всі інші "заклади" адмінрайонів є структурними підрозділами, в більшості регіонів – центральних районних лікарень або ЦПМСД.

В складі 18 ЦПМСД на кінець року знаходяться:

- 18 базових амбулаторій – структурних підрозділів;
- 127 ЛА як територіально відокремлених структурних підрозділів;
- 380 ФАПів/ФП.



В області на кінець року схвалено обласною радою 93 об'єднаних територіальних громад. Зараз на Черкащені вже діють 6 територіальних громад, але тільки три з них визначилися з медичними установами своїх територій на кінець 2016р.

В складі об'єднаних територіальних громад на кінець року знаходяться:

Медичні установи об'єднаних територіальних громад (ОТГ)

№	Назва ОТГ	Тип ЛПУ юр. особи	Склад ОТГ	
			ЛА	ФАПи
Черкаський р-н				
1.	с.Білозір'я	ЦПМСД	база ЛА с.Білозір'я ВСП ЛА смт.Ірдинь	
Катеринопільський р-н				
2.	смт.Єрки	ЛА	ЛА ЗПСМ с.Єрки	с.Залізничка с.Радчиха
3.	с.Мокра Калигірка	ЦПМСД	база ЛА с.М.Калигірка ВСП ЛА с.Ярошівка	с.Любисток с.Суша Калигірка с.Єлизаветка с.Надвисся
Разом 3 ОТГ		2 ЦПМСД 1 ЛА	ВСП – 2 ЛА	ФАП – 6

Протягом наступних звітних періодів, безперечно, ситуація з медичними установами (юридичними особами) буде швидко і кардинально змінюватися.

МЕРЕЖА СТРУКТУРНИХ І ВІДОКРЕМЛЕНИХ СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНІТАРНУ ДОПОМОГУ по Черкаській області за 2016 рік

№ п/п	Структурні підрозділи	К-сть підроз- ділів	в т.ч. сімей- ної меди- цини	Лікарі			Середній медичний персонал		
				штатні посади	зайня- ті поса- ди	фіз. особи	штатні посади	зайня- ті поса- ди	фізичні особи
А	Лікарські амбулаторії всього	164	157	470,25	382,75	306	858,0	798,75	804
	з них: в складі самостійних ЦПМСД	127	126	388,0	317,0	249	676,0	637,0	645
	в складі ЦРЛ та ін. ЛПУ	37	31	82,25	65,75	57	182,0	161,75	159
1	В тому числі (з р.1) міські лікарські амбулаторії всього	19	18	130,75	118,75	104	217,5	204,25	206
	з них: в складі самостійних ЦПМСД	15	15	113,5	102,75	89	181,25	172,5	175
	в складі ЦРЛ та ін. ЛПУ	4	3	17,25	16,0	15	36,25	31,75	31
2	В тому числі (з р.1) сільські лікарські амбулаторії всього	145	139	339,5	264,0	202	640,5	594,5	598
	з них: в складі самостійних ЦПМСД	112	111	274,5	214,25	160	494,75	464,5	470
	в складі ЦРЛ та ін. ЛПУ	33	28	65,0	49,75	42	145,75	130,0	128
Б	Фельдшерсько-акушерські пункти всього	536	х				640,5	600,75	601
	з них: в складі самостійних ЦПМСД	380	х	х	х	х	455,0	423,75	420
	в складі ЦРЛ та ін. ЛПУ	156	х	х	х	х	185,5	177,0	181

Управлінням охорони здоров'я активно здійснюються заходи щодо реструктуризації мережі медичних закладів і системи медичної допомоги, яка може надаватись на різних організаційних рівнях, приведення потужності ліжкового фонду у відповідність до реальних потреб населення в госпіталізації.

Чисельність ліжок в області на кінець 2016 року становила 9732, показник забезпеченості за попередніми даними складав 78,5 на 10 тис. населення (2015р. – 10243 – 82,6).

Амбулаторно-поліклінічна допомога населенню області надається в 238 лікувально-профілактичних установах та їх ВСП (2015р. – 231).

Кількість лікарських амбулаторій збільшилась до 165 ЛА (2015р. – 156):

2015р. 156 ЛА +9 (5 новостворені ЛА ЦПМСД м.Умань +1 з МЛ ЗЛ Христинівської ЦПМСД +3 новостворені ЛА міськ. ЦПМСД Золотоноши) = 165 ЛА 2016р.

Крім того, в області функціонує 536 ФАПів (2015р. – 542).

2015р. 542 ФАПи -6 (закрито 3 ФАПи залізничних лікарень та 3 ФАПи Канівського ЦПМСД) = 536 ФАПів 2016р.

Упорядкування мережі фельдшерсько-акушерських пунктів має бути продовжено, враховуючи, що 35 ФАПів (2015р. – 36) обслуговують до 100 осіб, в т.ч.

До 50 осіб – 4 ФАПи (2015р. – 4):

- Лисянський район – 2 (с. Дубина – 32 мешканці, с. Кучківка – 37);
- Христинівський район – 1 (с. Яри – 41 мешканець);
- Смілянський район – 1 (с. Богунове – 35 мешканців).

50-99 осіб – 31 ФАП (2015р. – 32)

- Канівський, Лисянський, Катеринопільський та Чорнобаївський райони – по 4 ФАПи,
- Монастирищенський, Смілянський, Шполянський, Звенигородський, Христинівський, Тальнівський, Черкаський райони – по 2 ФАПи,
- Драбівський, Жашківський, , Золотоніський, Маньківський, Чигиринський, райони – по 1 ФАПу.

В той же час, 45 ФАПів обслуговують понад тисячу населення, що не відповідає критеріям функціонування такого типу закладу, як фельдшерсько-акушерський пункт (2015р. – 46).

**Перелік районів області, ФАПи яких обслуговують
понад 1000 осіб:**

**ФАП/к-сть населення
1000-1499**

**ФАП/к-сть населення
понад 1500**

Городищенський район - 2	
с.Петропавлівка/1022 с.Дердин/1100	
Жашківський район – 1	
с.Нагірна-Побійна/1082	с. Скибин/1896
Звенигородський район - 3	
с.Озірна/1206 с.Стебне/1210 с.Княжа/1335	с. Стецівка/1689
Золотоніський район - 2	
с.Кропивна/1176 с.Вознесенське/1259	
К-Шевченківський район - 3	
с.Сахнівка/1039 с.Драбівка/1031 с.Гарбузин /1476	
Канівський р-н - 1	
с. Литвинець /1204	
Кам'янський район - 4	
с.Грушківка/1001 с.Юрчиха/1042 с.Ребидайлівка/1003 с.Райгород/1197	
Маньківський район – 3	
с.Поминник/1005 с.Роги/1004 с.Поташ/1240	с.Дзензелівка/1519 с.Молодецьке/1651
Монастирищенський район - 1	
с.Івахни/1073	
Смілянський район -2	
с.Носачів/1135 с.Будки/1330	с.Плоске/1640 с.Велика Яблунівка/1909 с.Березняки/2269 с.Костянтинівка/2796
Тальнівський район – 1	
с. Білашки/1045	
Уманський район - 4	
с.Громи/1056 с.Полянецьке/1299 с.Городецьке/1301 с.Паланка/1359	
Христинівський район – 1	
с.Розсішки/1125	с.Христинівка/2142
Чорнобаївський район - 4	
с.Тимченки/1005 с.Кліщенці/1061 с.Великі Канівці/1150 с.Москаленки/1369	
Чигиринський район - 2	
с.Головківка/1008 с.Стецівка/1163	
Шполянський район -2	
с.Мар'янівка/1121 с.Журавка/1175	
Разом 36	9



Незважаючи на всім відомі існуючі проблеми реформування галузі, на місцях є реальні можливості осучаснення мережі медичних установ та зміцнення її первинної ланки в межах повноважень.

Кадри

Ефективна кадрова політика в сфері охорони здоров'я є важливою складовою функціонування галузі.

Обласне управління охорони здоров'я детально аналізує стан та можливі шляхи поліпшення кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я. Основні тенденції визначені. Але це питання потребує системного та ґрунтовного аналізу і на місцях, виходячи з реальних можливостей сьогодення.

Станом на 01.01.2017 року в установах, підпорядкованих УОЗ ОДА, працювало 26 тис. 644 осіб, з них 15,6 % складають лікарі, 41,2% – молодші спеціалісти з медичною освітою, 43,2% – інші працівники.

Забезпеченість медичними кадрами лікувально-профілактичних установ області, підпорядкованих УОЗ, складає (ф.47 ряд.32):

	Штатні посади		Зайняті посади		Фізичні особи	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Лікарі						
Абс.	5695,0	5688,5	5196,0	5178,25	4181	4151
Забезпеченість на 10 тис. нас.	45,95	45,90	41,93	41,78	33,74	33,49
Молодші медичні спеціалісти						
Абс.	12203,5	12182,5	11867,75	11749,0	11287	10969
Забезпеченість на 10 тис. нас.	98,47	98,30	95,76	94,80	91,07	88,51

Ситуація з кадровим забезпеченням закладів охорони здоров'я області залишається складною.

Дефіцит лікарів в цілому по медичних установах збільшився до 1538 осіб (2015 рік – 1514), у тому числі по ЛПЗ лікувального профілю залишається 1194 осіб.

Дефіцит лікарських кадрів

Звітні форми	2013	2014	2015	2016
ф.47 дефіцит лікарських посад всіх типів ЛПУ	1512	1517	1514	1538
в т.ч. ф.20 лікувально-профілактичних установ	1185	1214	1194	1194

Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів на 01.01.2017 року становила 72,97% (2015р. – 73,4%), у тому числі лікувально-профілактичних закладів – 76,02% (2015р. – 76,1%).



Найнижчий відсоток укомплектованості лікарями за такими спеціальностями, як:

(ф. 20)	2015	2016
лікарі-психологи	36,4	36,4
лікарі з лікувальної фізкультури	37,7	42,6
нефрологи	49,3	46,5
ендоскопісти	52,2	56,8
гематологи	67,4	59,8
лікарі з функціональної діагностики	63,7	63,6
фізіотерапевти	66,7	65,5
фтизіатри	67,6	66,5
загальної практики – сімейної медицини	68,2	66,6
терапевти, всього	68,2	69,9
лікарі зі спортивної медицини	63,2	70,6
педіатри-неонатологи	72,6	71,4

Станом на 01.01.2017 року укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами краща в міських лікувально-профілактичних закладах – 80,87% (2015р. – 80,79%), обласні заклади охорони здоров'я укомплектовані на 76,01% (2015р. – 76,63%), райони в цілому – на 72,55% (2015р. – 72,52%).



Нижче середньорайонного показника укомплектовані лікувальні заклади Драбівського (60,63%), Канівського (64,97%), Чигиринського (66,86%), Корсунь-Шевченківського (67,54%), Тальнівського (68,2%), Христинівського (68,6%), Чорнобаївського (69,11%), Городищенського (69,9%), Лисянського (70,27%) та Черкаського (70,52%) районів.

У 2016 році кардинально не змінилась кадрова ситуація з укомплектуванням лікарських амбулаторій. Залишилось 20 амбулаторій (2015р. – 23), які на початок року функціонували без лікарів лікувального профілю у 11 районах області.

Для укомплектування вакантних посад амбулаторій готуються лікарі – інтерни.

У 2016 році 114 молодих спеціалістів закінчили навчання в інтернатурі, з них приступило до роботи – 98 (85,9%). З 16 осіб, які не приступили до роботи, 7 молодих спеціалістів зараховані на навчання до клінічної ординатури, 7 – змінено направлення на роботу МОЗ України на іншу область, 2 особи – з невідомих причин.

На даний час навчання в інтернатурі проходить 241 молодий спеціаліст, з даного числа осіб 119 осіб закінчать навчання в 2017 році, 27 осіб повинні приступити до роботи на посадах лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Із загальної кількості лікарів-інтернів 79 осіб планується направити для роботи в заклади охорони здоров'я сільської місцевості.

Укомплектованість фізичними особами штатних посад МОЛОДШИХ спеціалістів з медичною освітою знизилась до 91,2% (2015р. – 93,2%).

Нижче середньорайонного показника (92,9%) укомплектовані штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою в Тальнівському (75,1%), К-Шевченківському (81,6%), Канівському (81,6%), Шполянському (86,2%), Городищенському (86,8%), Смілянському (87,6%), Драбівському (88,1%) та Христинівському (89,4%) районах.

Низькою є укомплектованість посад молодших спеціалістів з медичною освітою і в обласних закладах охорони здоров'я – 87,7%. Серед них КЗ "Черкаська обласна станція переливання крові" (73,9%), КЗ "Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом" (78,2%), "Черкаський обласний центр планування сім'ї та репродукції людини" (81,0%), "Черкаський обласний шкірно-венерологічний диспансер" (83,7%), КЗ "Черкаська обласна лікарня" (84,7%), "Черкаський обласний кардіологічний центр" (85,4%), КЗ "Черкаський обласний госпіталь ветеранів війни" (86,6%), КЗ "Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер" (87,1%).

Як і в попередні роки, проблемним залишається питання укомплектування ФАПів. Незважаючи на те, що на неуккомплектовані ФАПи щорічно спрямовуються випускники медичних коледжів області, станом на 31.12.2016 року залишалось 47 ФАПів, у яких жодна штатна посада середнього медперсоналу не укомплектована основним працівником (2015р. – 41). Тобто кількість таких підрозділів надання первинної медичної допомоги щорічно зростає. Привертає увагу проблема «відкритих» ФАПів Канівського району, де не укомплектована четверта частина установ.

	2014	2015	2016
Всього	25	30	33
Драбівський р-н	-	-	1
Звенигородський район	2	1	-
Золотоніський р-н	1	1	-
Канівський р-н	10	11	10
Кам'янський р-н	1	1	1
Катеринопільський р-н	1	3	3
К-Шевченківський р-н	1	1	1
Лисянський р-н	1	1	2
Монастирищенський р-н	2	1	1
Смілянський р-н	-	2	1
Тальнівський р-н	2	2	2
Уманський р-н	-	-	3
Христинівський р-н	1	3	3
Чорнобаївський р-н	-	1	1
Чигиринський р-н	2	1	3
Шполянський р-н	1	1	1

Не сприяє закріпленню молодих спеціалістів на місцях, особливо в сільській місцевості, відсутність благоустроєного житла та перспективи на його отримання.

У 2016 році для медичних працівників області було виділено 11 квартир в 6 районах області (Маньківський район – 3, Шполянський – 3, Городищенський – 2, Жашківський – 1, Монастирищенський – 1 та Чигиринський – 1), в тому числі 9 квартир отримали молоді спеціалісти.



При нестабільних показниках забезпеченості та укомплектованості медичними кадрами привертає увагу кількість працюючих лікарів пенсійного віку. Питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 2016 році становила 31,5 %, ще 11,7 відсотків лікарів – це особи передпенсійного віку (2015р. – 31,0% та 12,0% відповідно).

Кількість працюючих осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою як і в минулому році становить 12,0%.





У закладах охорони здоров'я області працюють висококваліфіковані медичні працівники. В 2016 році атестаційними комісіями УОЗ ОДА проатестовано на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії 729 лікарів та 1881 молодших спеціалістів з медичною освітою.



Рівень атестації медичних працівників області перевищує пересічні показники в Україні в цілому. В лікувально-профілактичних закладах області працює 80,0% лікарів та 71,6% молодших спеціалістів з медичною освітою, які

атестовані з присвоєнням атестаційних категорій (2015р. – 80,2% та 69,9% відповідно).



Рішенням Черкаської обласної ради у 2016 році затверджена обласна цільова програма забезпечення підготовки (перепідготовки) та безперервного професійного розвитку медичних кадрів на 2016 – 2020 роки.

На підставі угод про співпрацю з вищими навчальними медичними закладами дипломної та післядипломної освіти МОЗ України на базі КНП «Черкаський обласний навчально-тренінговий центр підвищення кваліфікації лікарів Черкаської обласної ради» у 2016 році проведено 25 навчальних циклів, у тому числі: 6 передатестаційних і 19 тематичного удосконалення, на яких підвищили кваліфікацію 782 спеціалістів, у тому числі 98 сімейних лікарів.

Проблеми

Основні показники кадрового забезпечення галузі впродовж 2016 року не є стабільними і не завжди мають позитивну динаміку.

З метою покращення даної ситуації необхідно:

- продовжити роботу по цільовому направленню на навчання сільської молоді;
- впроваджувати на місцях місцеві стимули (надбавка до заробітної плати, особливо молодим спеціалістам, безкоштовний проїзд до хворого та інше);
- забезпечувати молодих спеціалістів благоустроєним житлом, насамперед в сільській місцевості;
- на місцях, по доїзду молодих спеціалістів до інтернатури, збільшувати фінансування закладів охорони здоров'я для забезпечення виплати їм підйомних, витрат на відрядження та інше.

Фінансування галузі

У 2016 році бюджет галузі (загальний фонд + бюджет розвитку) склав 1 965,2 млн. грн., у тому числі за рахунок коштів медичної субвенції – 1 467,0 млн. грн., решта – за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Фінансування галузі охорони здоров'я області у 2016 році в цілому було здійснено на 97,8% від плану, що складає 1791,9 млн. грн.

Станом на 01.01.2017 кредиторська заборгованість відсутня.



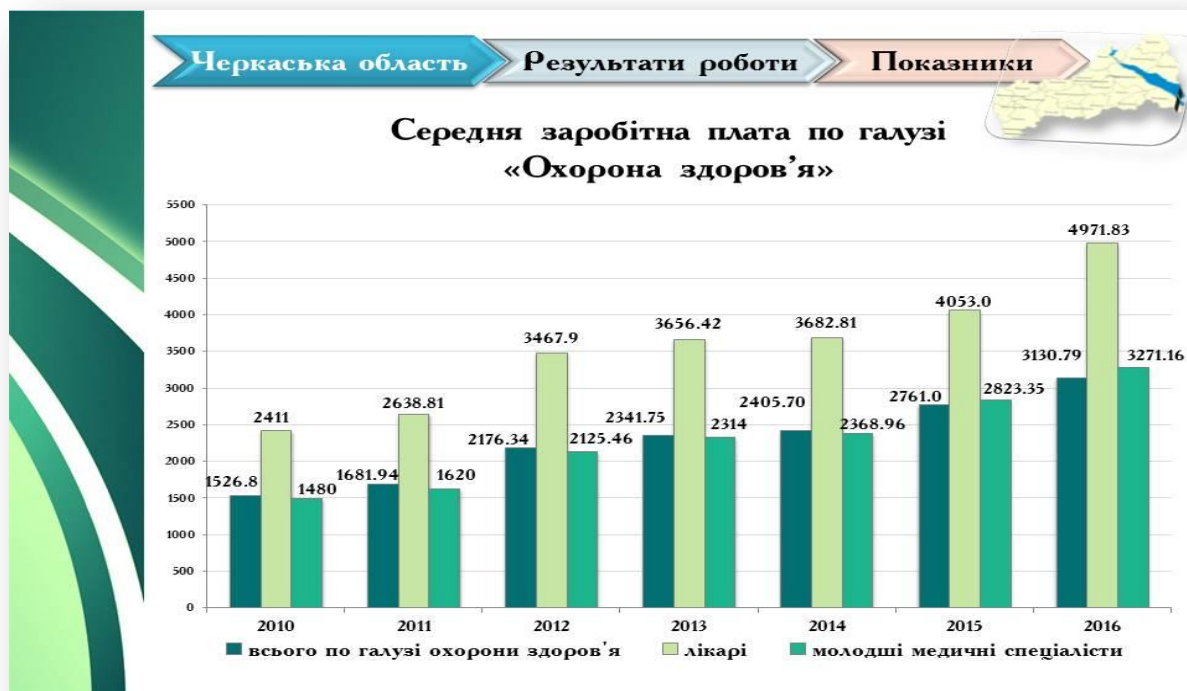
В структурі розподілу профінансованих бюджетних призначень в цілому по області на заробітну плату з нарахуваннями припадає 65,5% спрямованих на галузь коштів, медикаменти – 12,2%, харчування хворих – 2,7%, оплати енергоносіїв – 10,6% та ін.



Рівень оплати праці медичних працівників залишається на передостанньому місці серед інших галузей народного господарства. Зміна розмірів посад заробітної плати в минулому році мала місце з 1 грудня.

Середня заробітна плата працівників галузі в минулому році зросла проти 2015 року в середньому на 15,0% і склала на 1 штатну посаду 3130,79 грн., у тому

числі – лікарів 4971,83 грн., фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою – 3271,16 грн., але рівень середньої заробітної плати за 2016 рік в цілому на одну штатну посаду складає 61,5% до середнього рівня по економіці області (5089,0 грн.).



Як для лікарів, так і для пацієнтів гострою проблемою залишається рівень медикаментозного забезпечення стаціонарних хворих та пільгове медикаментозне забезпечення окремих категорій населення при амбулаторному лікуванні.

Видатки на медикаменти і вироби медичного призначення з урахуванням субвенцій з державного бюджету за минулий рік склали 219,1 млн. грн., тобто в межах 20% від потреби, виходячи із задекларованих законодавчих гарантій і пільг, стандартів та протоколів обстеження і лікування.

В структурі поточних бюджетних витрат по області на них припадає в цілому 12,1%, по містах і районах в середньому 5,0% – від 1,9% в Лисянському р-ні, 2,1% в Христинівському р-ні, 2,2% в Кам'янському р-ні та м. Сміла до 5,3% в Черкаському р-ні, 8,4% м.Черкаси та 11,8% в Уманському р-ні.

На забезпечення пільгових категорій населення медикаментами впродовж 2016 року спрямовано 8,1 млн. грн. (2015 рік – 5,1млн. грн.), що складає 6,73 грн. на 1 жителя (2015 рік – 3,84 грн. на 1 жителя). Для забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну використано 36,8 млн. грн. На пільгове зубне протезування в минулому році профінансовано 2,4 млн. грн. (2015 рік – 1,8 млн. грн.

Вартість одного ліжка/дня з медикаментозного забезпечення по області за 2016 рік склала 42,61 грн. Найнижчою вона була в Лисянському (6,33 грн.) і Звенигородському (6,93 грн.) районах та в м. Сміла (7,79 грн.) і м. Умань (8,35 грн.), а найбільшою – в Уманському (38,09 грн.) і Драбівському (29,36 грн.) районах та в м. Черкаси (21,86 грн.).

	Вартість 1 ліжка-дня з медикаментозного забезпечення, грн.	Вартість 1 ліжка-дня з харчування, грн.
Міські лікарняні установи	16,52	6,56
ЦРЛ, районна та дільнична лікарні	14,83	6,74
Обласні лікарні та диспансери (за рахунок значних сум на гемодіаліз, придбання препаратів інсуліну, державних субвенцій)	86,15	24,23
Всього по області	42,61	13,40

Фінансування видатків на харчування хворих в лікувальних закладах у звітному періоді залишалося стабільно незадовільним. Лише в обласних установах забезпечено харчування хворих в межах 50% фізіологічної потреби людини. При нормативі на день близько 30,0 грн. в міських та центральних районних лікарнях на харчування хворих в середньому витрачається в межах 4-8 грн., а в трьох районах – в межах 3-х грн. на 1 день (Жашківський р-н – 2,68 грн., Чигиринський р-н – 3,03 грн. та Лисянський р-н – 3,59 грн.).

Власні надходження закладів охорони здоров'я області у 2016 році склали 164,9 млн. грн.

За видами надходжень спеціального фонду бюджету:

- ✓ плата за послуги, що надаються бюджетними установами – 71,4 млн. грн.;
- ✓ кошти, отримані з інших джерел (благодійні внески, суми за дорученнями, гуманітарна допомога) – 93,5млн. грн.

За напрямками використання власні надходження установ розподіляються наступним чином:

- ✓ на виплату заробітної плати з нарахуваннями –18,3 млн. грн. (11,1%);
- ✓ оплату енергоносіїв – 4,1 млн. грн. (2,4%);
- ✓ придбання медикаментів – 83,3 млн. грн. (50,5%);
- ✓ придбання продуктів харчування – 2,2 млн. грн. (1,3%);
- ✓ інші поточні видатки –57,0 млн. грн. (34,6%).

Фінансування медичних програм та комплексних заходів

Фінансове становище сфери охорони здоров'я впродовж останніх років продовжує залишатися вкрай складним і хоча видатки на реалізацію понад двох десятків медичних програм та комплексних заходів з охорони здоров'я збільшуються внаслідок значного здорожчання лікарських засобів та виробів медичного призначення, проте їх кількість є недостатньою. Крім того, проблемним питанням залишається своєчасність централізованих поставок.

У 2016 році в області фінансування медичних програм та комплексних заходів з охорони здоров'я в цілому збільшилось проти 2015 року на 75,6% і складає 266 млн. 106,8 тис. грн. (2015р. – 151 млн. 568,8 тис. грн.), у тому числі:

- лікарські засоби та вироби медпризначення – 184 млн. 730,7 тис. грн. (2015р. – 117 млн. 946,0 тис. грн.);
- медичне обладнання – 74 млн. 220,8 тис. грн. (2015р. – 25 млн. 905,7 тис. грн.);
- автотранспорт – 2 млн. 130,8 тис. грн. (2015р. – 1 млн. 134,2 тис. грн.);
- забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами – 5 млн. 24,5 тис. грн. (2015р. – 6 млн. 582,9 тис. грн.).

За рахунок коштів **Державного бюджету** в 2016 році на реалізацію медичних програм та заходів профінансовано 111 млн. 241,9 тис. грн. (проти 59 млн. 834,8 тис. грн. у 2015 році), що складає 41,8 % від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби та вироби медпризначення – 86 млн. 747,0 тис. грн. (2015р. – 59 млн. 834,8 тис. грн.);
- обладнання – 24 млн. 494,9 тис. грн. (у 2015 році обладнання за рахунок державного бюджету не отримувалось).

З місцевих бюджетів на виконання медичних програм і заходів у звітному періоді профінансовано 95 млн. 705,4 тис. грн. (проти 74 млн. 170,6 тис. грн. у 2015 році), що складає 36 % від загальних видатків на реалізацію програм (у т. ч. субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам – 9 млн. 569,9 тис. грн., або 10 % від загальних видатків з місцевих бюджетів), а саме:

- лікарські засоби і вироби медпризначення – 74 млн. 252,6 тис. грн. (2015р. – 44 млн. 725,4 тис. грн.);
- медичне обладнання і автотранспорт – 16 млн. 428,3 тис. грн. (2015р. – 22 млн. 862,3 тис. грн.).

За рахунок **інших джерел фінансування** у 2016 році на реалізацію медичних програм та заходів в області залучено 59 млн. 159,5 тис. грн. (проти 17 млн. 563,4 тис. грн. у 2015 році), що складає 22,2 % від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби і вироби медпризначення – 23 млн. 731,1 тис. грн. (2015р. – 13 млн. 385,8 тис. грн.);
- медичне обладнання та автотранспорт – 35 млн. 428,4 тис. грн. (2015р. – 4 млн. 177,6 тис. грн.).

ПРИДБАННЯ
лікарських засобів і виробів медичного призначення
за рахунок коштів Державного бюджету в 2016 році
(централізовані закупівлі)

№ з/п	Найменування медичних програм	Кошти Державного бюджету		
		План на 2016	Отримано	% від плану 2016
		тис. грн.	тис. грн.	
1.	Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб	16901,3	14334,9	84,82%
2.	Державна цільова соціальна програма "Трансплантація"	1025,1	502,9	49,06%
3.	Загальнодержавна програма "Протидія захворюванню на туберкульоз" у 2012-2016 роках	7739,9	5895,5	76,17%
4.	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	6938,1	8650,2	124,68%
5.	Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року	10632,0	13273,1	124,84%
6.	Державна програма "Дитяча онкологія"	9043,0	8068,0	89,22%
7.	Заходи з розвитку донорства крові та її компонентів	3622,1	1720,7	47,51%
8.	Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації"	1615,2	340,0	21,05%
9.	Централізовані заходи з лікування хворих на гемофілію	3024,5	1291,1	42,69%
10.	Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань	8703,0	5457,5	62,71%
11.	Централізована закупівля ендопротезів	134,0	85,4	63,73%
12.	Заходи щодо медикаментозного забезпечення хворих на розсіяний склероз	2461,0	1095,6	44,52%
13.	Державна цільова програма "Цукровий діабет"	434,2	0	0
14.	Закупівля флюорографів для медичних установ Черкаської області	13875,0	13875,0	100%
15.	Закупівля обладнання для медичних установ Черкаської області	10619,9	10619,9	100%
16.	Централізована закупівля медикаментів для хворих на вірусні гепатити В і С	2740,2	3384,4	123,51%
17.	"Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року"	28536,8	22647,7	79,36%

	<i>у т.ч. у розрізі заходів:</i>			
17.1	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гіпофізарний нанізм"	1408,0	127,9	9,08%
17.2	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічні вірусні гепатити"	205,9	242,8	117,92%
17.3	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на церебральний параліч"	135,0	0	0
17.4	"Централізована закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію"	242,0	84,5	34,92%
17.5	"Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на гемофілію"	1401,3	1569,7	112,02%
17.6	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму"	990,4	0	0
17.7	"Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на муковісцидоз"	766,0	0	0
17.8	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на мукополісахаридоз"	21258,8	19642,3	92,4%
17.9	"Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на резистентну форму ювенільного ревматоїдного артриту"	1319,4	0	0
17.10	"Централізована закупівля реактивів для проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз"	810,0	980,5	121,05%
	РАЗОМ :	128045,3	111241,9	86,88%
	<i>у т.ч. лікарські засоби та вироби медичного призначення</i>	<i>103550,4</i>	<i>86747,0</i>	<i>83,77%</i>
	<i>у т.ч. медичне обладнання</i>	<i>24494,9</i>	<i>24494,9</i>	<i>100%</i>

ПРИДБАННЯ

лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та автотранспорту за рахунок коштів Державного і місцевих бюджетів та інших джерел фінансування у 2016 році

тис. грн.

№ з/п	Найменування програм та заходів	Державний бюджет	Місцевий бюджет		Інші джерела	Всього
			всього	у т.ч. субвенція з ДБ		
1.	Загальнодержавна програма імунізацій та захисту населення від інфекційних хвороб	14334,9	758,7	0	145,5	15239,1
2.	Державна цільова соціальна програма "Трансплантація"	502,9	374,7	0	0	877,6
3.	Загальнодержавна програма "Протидія захворюванню на туберкульоз" у 2012 – 2016 роках	5895,5	6808,9	0	7700,2	20404,6

3.1	у т. ч. медикаменти	5895,5	1784,4	0	7700,2	15380,1
3.2	у т.ч. забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами	0	5024,5	0	0	5024,5
4.	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	8650,2	1380,9	0	15518,2	25549,3
5.	Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року	13273,1	1246,3	0	0	14519,4
6.	Державна програма "Дитяча онкологія"	8068,0	0	0	0	8068,0
7.	Заходи з розвитку донорства крові та її компонентів	1720,7	649,1	0	5,8	2375,6
8.	Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації"	340,0	2238,9	0	0	2578,9
9.	Централізовані заходи з лікування хворих на гемофілію	1291,1	0	0	0	1291,1
10.	Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань	5457,5	2571,9	0	0	8029,4
11.	Централізована закупівля ендопротезів	85,4	1288,8	0	199,8	1574,0
12.	Заходи щодо медикаментозного забезпечення хворих на розсіяний склероз	1095,6	0	0	0,0	1095,6
13.	Державна цільова програма "Цукровий діабет"	0	55048,8	0	112,6	55161,4
14.	Закупівля обладнання та автотранспорту для медичних установ Черкаської області	10619,9	11803,3	0	35428,4	57851,6
14.1	у т.ч. медичне обладнання	10619,9	10221,6	0	34879,3	55720,8
14.2	у т.ч. автотранспорт	0	1581,7	0	549,1	2130,8
15.	Централізована закупівля медикаментів для хворих на вірусні гепатити В, С	3384,4	0	0	0	3384,4
16.	"Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії"	0	548,3	548,3	0	548,3
17.	"Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання медикаментів для швидкої медичної допомоги"	0	5246,4	5046,6	49,0	5295,4

18.	Закупівля флюорографів для медичних установ Черкаської області	13875,0	4625,0	3975,0	0	18500,0
19.	"Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини"	22647,7	1115,4	0	0	23763,1
	<i>у т.ч. у розрізі заходів:</i>					
19.1	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гіпофізарний нанізм"	127,9	0	0	0	127,9
19.2	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічні вірусні гепатити"	242,8	0	0	0	242,8
19.3	"Централізована закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію"	84,5	809,7	0	0	894,2
19.4	"Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на гемофілію"	1569,7	0	0	0	1569,7
19.5	Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на муковісцидоз	0	106,4	0	0	106,4
19.6	Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на мукополісахаридоз	19642,3	0	0	0	19642,3
19.7	Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на резистентну форму ювенільного ревматоїдного артриту	0	199,3	0	0	199,3
19.8	"Централізована закупівля реактивів для проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз"	980,5	0	0	0	980,5
	РАЗОМ :	111241,9	95705,4	9569,9	59159,5	266106,8
	<i>у т.ч. лікарські засоби та вироби медичного призначення</i>	86747,0	74252,6	5594,9	23731,1	184730,7
	<i>у т.ч. медичне обладнання</i>	24494,9	14846,6	3975,0	34879,3	74220,8
	<i>у т.ч. автотранспорт</i>	0	1581,7	0	549,1	2130,8
	<i>у т.ч. забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами</i>	0	5024,5	0	0	5024,5

Автотранспорт

За 2016 рік закладами охорони здоров'я області всього було придбано 10 автомобілів на загальну суму 2 млн. 130,8 тис. грн., у тому числі: кошти місцевих бюджетів складають 1 млн. 581,7 тис. грн., інші джерела – 549,1 тис. грн., а саме:

- за рахунок виключно коштів місцевих бюджетів – 5 автомобілів на загальну суму 1 млн. 177,7 тис. грн., з них:
 - ✓ Чорнобаївський ЦПМСД (Чорнобаївська АПМСД) – автомобіль ШМД УАЗ -396295 – 384,0 тис. грн.,
 - ✓ Золотоніський МЦПМСД (сmt.Золотоноша) – 2 автомобілі OPEL Combo 396295 – загальна вартість 434,9 тис. грн.;
 - ✓ Золотоніський РЦПМСД (с. Піщане) – 3АЗ Sens – 184,0 тис. грн.
 - ✓ Лисянська ЦРЛ - 3АЗ Sens – 174,8 тис. грн.
- за рахунок співфінансування (кошти місцевих бюджетів та гуманітарна допомога) – 2 автомобілі на загальну суму 535,9 тис. грн., з них:
 - ✓ Уманський РЦПМСД (с. Ладижинка) - 3АЗ Sens – 175,9 тис. грн. (100,0 тис. грн. – кошти місцевого бюджету та 75,9 тис. грн. – гуманітарна допомога);
 - ✓ Золотоніський РЦПМСД (с. Піщане) – автомобіль спеціальної медичної допомоги ACS-2123 CMD (Буб. Слобідка) – 360 тис. грн. (304,0 тис. грн. – кошти місцевого бюджету та 56,0 тис. грн. – гуманітарна допомога).
- за рахунок інших джерел – 3 автомобілі на загальну суму 417,2 тис. грн., з них:
 - ✓ Уманський РЦМСД (с. Дмитрушки) – автомобіль ШМД УАЗ -396295 – 25,7 тис. грн.;
 - ✓ Золотоніський МЦПМСД (сmt.Золотоноша) - ВАЗ 2107 – 31,5 тис. грн.;
 - ✓ Золотоніський РЦПМСД (с. Благодатне) - ACS-2123 – 360 тис. грн.

Матеріально-технічна база

Будівництво та реконструкція

У 2016 році на зазначені цілі було виділено та освоєно 19 млн. 212,8 тис. грн., із них: 10 млн. 619,92 тис. грн. – кошти державного фонду регіонального розвитку та 8 млн. 592,88 тис. грн. – кошти місцевих бюджетів (бюджет розвитку обласного бюджету, субвенції з інших бюджетів на виконання інвестиційних проектів).

Впродовж 2016 року за рахунок видатків бюджетів усіх рівнів в установах та закладах охорони здоров'я області продовжувалося виконання робіт по будівництву та реконструкції наступних об'єктів:

- технічне переоснащення перинатального центру КЗ "Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради" по вул. Менделєєва, 3 в м. Черкаси;
- реконструкція очисних споруд стаціонару Шполянської ЦРЛ: протягом 2016 року виділено і освоєно 685 099 грн. – кошти місцевих бюджетів (екологічний податок та грошові стягнення за шкоду, заподіяну порушенням законодавства про охорону навколишнього природного середовища внаслідок господарської та іншої діяльності, субвенція з Шполянського районного бюджету обласному бюджету), об'єкт введений в експлуатацію;

- будівництво каналізаційної насосної станції патолого-анатомічного відділення Золотоніської ЦРЛ: кошти місцевого бюджету в сумі 28 646 грн.;
- реконструкція споруд для очищення стічних вод каналізаційної мережі приміщення амбулаторії Косарської сільської ради с. Косари Кам'янського району: кошти місцевого бюджету в сумі 49 880 грн.;
- реконструкція котельні із встановленням твердопаливного котла в Лисянській ЦРЛ – протягом 2016 року виділені та освоєні кошти в сумі: 2 млн. 001 тис.грн. – із ДФРР; 223 073 грн. – субвенція з Лисянського районного бюджету обласному бюджету;
- реконструкція даху 6-ти поверхового корпусу КЗ "Черкаський обласний госпіталь ветеранів війни" Черкаської обласної ради: вартість робіт складає 869,1 тис.грн., кошти були виділені з обласного бюджету розвитку.

Проведення капітальних і поточних ремонтів

У 2016 році на проведення капітальних і поточних ремонтів закладів охорони здоров'я області було виділено і освоєно 61 млн. 981,01 тис. грн., з них:

- ✓ обласні медичні установи – 17 млн. 438,96 тис. грн.,
- ✓ міські медичні установи (крім центрів ПМСД) - 14 млн. 61,78 тис. грн.,
- ✓ центральні районні лікарні та первинна ланка – 21 млн. 230,72 тис. грн. (у т.ч.: 18 млн. 588,05 тис. грн. – ЦРЛ та 2 млн. 642,68 тис. грн. – відокремлені структурні підрозділи первинного рівня),
- ✓ районна лікарня – 87,35 тис. грн.,
- ✓ центри ПМСД – 9 млн. 162,2 тис. грн.

Фінансування ремонтних робіт проводилося як з місцевих бюджетів, так і за рахунок позабюджетних коштів, спецфондів та із залученням коштів сільських громад та спонсорів, проектів ЕС/ПРООН.

Підготовка закладів охорони здоров'я області до роботи в осінньо-зимовий період 2016-2017 років

З метою забезпечення належної роботи впродовж зимового періоду 2016-2017 років та відповідно до вимог наказу МОЗ України від 18.05.2016 № 460, розпорядження облдержадміністрації від 02.06.2016 № 265 і наказу Управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 24.05.2016 № 402 "Про підготовку установ та закладів охорони здоров'я області до роботи в осінньо-зимовому періоді" в усіх закладах охорони здоров'я області підготовлені накази та розроблені відповідні заходи.

Відповідно до спільного наказу Міністерства палива та енергетики України та Міністерства з питань житлово-комунального господарства України від 10.12.2008 № 620/378 акти та паспорти готовності теплових господарств до роботи взимку отримали всі медичні установи.

Станом на 15.10.2016 року заклади охорони здоров'я області були готові до роботи в осінньо-зимовому періоді на 100% та розпочали опалювальний сезон 2016-2017 року в період з 04.10 по 11.11.2016 року. Вчасно не розпочали опалювальний період лише 5 установ.

При потребі 2108,5 тонн вугілля для сталого проходження опалювального періоду було заготовлено 1700,5 тонн вугілля, що становить 81%; дровами установи забезпечені на 100%.

Всього на підготовку до роботи в осінньо-зимовому періоді 2016-2017 років установами охорони здоров'я області було використано 18 млн. 763,9 тис. грн., у тому числі:

- установи обласного підпорядкування – 5 млн. 53,1 тис. грн.,
- установи міського підпорядкування – 3 млн. 213,1 тис. грн.,
- установи районного підпорядкування – 10 млн. 497,7 тис. грн.

Енергозберігаючі технології, впроваджені закладами охорони здоров'я області

Питання енергозбереження та підвищення рівня ефективності використання паливно-енергетичних ресурсів в закладах охорони здоров'я області стоїть на постійному контролі в Управлінні охорони здоров'я облдержадміністрації.

В медичних установах проводяться постійні роботи щодо забезпечення ефективного споживання природного газу, впровадження енергозберігаючих технологій та обладнання. Зкладами охорони здоров'я області виконуються роботи по застосуванню енергоефективних заходів, а саме: оснащення засобами обліку відповідно до класу точності та регулювання енергоспоживання, заміна освітлення на більш енергоємне, утеплення дверей, вікон та покрівель, заміна запірно-регулювальної апаратури, герметизація інженерних ввідів, промивка систем теплопостачання, проведення режимно-налагоджувальних робіт котлоагрегатів, заміна котлів застарілих конструкцій на нові більш енергоємні, обладнання котлів сучасною автоматикою, дотримання режимних карт роботи котельних, тощо.

З метою скорочення споживання енергетичних ресурсів під час проведення капітальних та поточних ремонтів інженерних мереж та систем використовуються сучасні будівельні матеріали, новітнє інженерне обладнання та прилади.

На впровадження енергозберігаючих технологій у 2016 році закладами охорони здоров'я області освоєно 18 млн. 13,9 тис. грн., у тому числі:

- ✓ переведення котелень і топочних з газового палива на тверде – 676,3 тис. грн.;
- ✓ ремонт котелень – 485,6 тис. грн.;
- ✓ заміна котлів – 628,7 тис. грн.;
- ✓ заміна дерев'яних віконних та дверних блоків на металопластикові – 6 млн. 914,5 тис. грн.;
- ✓ ремонт покрівель – 3 млн. 558,8 тис. грн.;
- ✓ утеплення фасадів – 3 млн. 675,7 тис. грн.;
- ✓ ремонт інженерних мереж – 1 млн. 445,6 тис. грн.;
- ✓ заміна світильників – 628,7 тис. грн. та інше.

Охорона праці

Управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації та закладами охорони здоров'я області проводиться постійна робота щодо виконання Закону України "Про охорону праці" та діючих нормативних актів з питань охорони праці.

З метою створення здорових і безпечних умов праці, попередження нещасних випадків, для організації навчання і перевірки знань з питань охорони праці та відповідно до вимог Закону України "Про охорону праці" і "Типового положення про навчання з питань охорони праці" створена постійно діюча атестаційна комісія. Стан охорони праці регулярно заслуховується на засіданнях колегії Управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Проте, незважаючи на усі вищезазначені заходи, в закладах охорони здоров'я області періодично мають місце випадки виробничого травматизму. У 2016 році в області зареєстровано 6 нещасних випадків на виробництві, на які припало 221 день непрацездатності. Витрати установ (КЗ "Центр первинної медико-санітарної допомоги м.Ватутіне Черкаської області", КЗ "Черкаський міський пологовий будинок "Центр матері та дитини", КЗ "Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи Черкаської обласної ради", КЗ "Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер" ЧОР, КНП "Друга Черкаська міська поліклініка" ЧМР та Смілянська міська поліклініка для дорослих) на оплату лікарняних склали – 7848 грн.

Дорожньо-транспортні пригоди у 2016 році в закладах охорони здоров'я області були відсутні.

Демографія

Постійне населення області за даними обласного статистичного управління станом на 01.01.2016 становило 1 239 336 осіб, з них 538 785 осіб проживало в сільській місцевості (43,5%), а 700 551 (56,5%) – у міських поселеннях.

Населення області, як і України, продовжує зменшуватися, за останні п'ять років воно скоротилося на 42,4 тис. осіб, а протягом минулого року – на 8,85 тис.

За попередніми даними обласного статистичного управління в області за 2016 рік народилося живими на 926 дитини менше, ніж у минулому році (10582 дітей народилося у 2016 році та 11508 – в 2015 році). Померло на 96 осіб більше, ніж в 2015 році (20267 осіб померло в 2016 році та 20171 – в 2015 році).

Показник народжуваності населення області за 2016 рік складає 8,5‰ (2015 рік – 9,2‰, Україна – 9,6‰), показник смертності – 16,2‰ (2015 рік – 16,2‰, Україна – 13,9‰).

Внаслідок перевищення смертності над народжуваністю (народжуваність компенсує смертність лише на 52%) показник природного приросту населення області за 2016 рік ще більше поглибився і становить -7,7‰ (2015 рік – -7,0‰, Україна – -4,3‰).



Черкаська область є однією із областей, де протягом багатьох років реєструються одні з найгірші в країні демографічні показники (низькі показники народжуваності та високі показники смертності). За 2015 рік область займала 20 рангове місце серед областей України, починаючи з кращих. В Україні можна відмітити регіони, де показники природного приросту протягом останніх років фіксуються позитивними числами: м.Київ (+1,8%), Закарпатська (+1,0%) та Рівненська (+1,2%) області.

Складною демографічна ситуація залишається в сільських адміністративних районах нашої області, де на тлі високих показників смертності і низької народжуваності показники природного приросту складають менше -11% та досягають навіть -15%.

		Народжуваність (%)	Смертність (%)	Природний приріст (%)
1	Чигиринський	9,6	24,6	-15,0
2	Чорнобаївський	8,8	22,3	-13,5
3	Драбівський	7,1	19,4	-12,3
4	Жашківський	10,6	21,0	-11,6
5	Звенигородський	7,9	19,4	-11,5
6	К-Шевченківський	7,0	18,4	-11,4
7	Городищенський	7,1	18,4	-11,3
8	Шполянський	7,5	18,8	-11,3
Середні показники	по містах області	8,5	11,8	-3,3
	по районах області	8,5	18,8	-10,3
	в цілому по області	8,5	16,2	-7,7
	по Україні 2015 рік	9,6	13,9	-4,3

Така ситуація складається за рахунок того, що Черкаська область в Україні відноситься до регіонів з високим рівнем постаріння населення та визначальною особливістю сучасного вікового складу населення області є велика питома вага осіб старших вікових груп. В області за останні роки в цілому не відбувається значних зміни у розподілі населення за віковими контингентами.

Розподіл населення області за великими віковими групами (%)

Рік	Питома вага населення у віці		
	допрацездатному	працездатному	післяпрацездатному
Міські та сільські поселення			
2011	14,5	58,1	27,4
2012	14,4	58,0	27,6
2013	14,4	57,8	27,8
2014	14,5	57,5	28,0
2015	14,6	57,2	28,2
2016	14,8	56,7	28,5
Сільська місцевість			
2011	14,9	53,3	31,8
2012	14,7	53,6	31,7
2013	14,7	53,7	31,6
2014	14,6	53,9	31,5
2015	14,7	53,9	31,4
2016	14,6	53,9	31,5

Повікові показники смертності обумовлюють такий важливий інтегральний показник, як середня очікувана тривалість життя при народженні, на який особливо впливає смертність серед дітей, молоді, осіб працездатного віку. Цей показник є індикатором стану здоров'я населення та ефективності державної політики в цілому і у сфері охорони здоров'я зокрема. На сьогодні наша країна відстає від середнього показника країн ЄС на 11 років, але за останні 3-4 роки відмічається тенденція до покращення ситуації. За даними держкомстату показники середньої очікуваної тривалості життя населення області дещо вищі, ніж по Україні, але знаходяться на досить низьких рівнях:

Роки	Область			Україна		
	Всього	Чоловіки	Жінки	Всього	Чоловіки	Жінки
2011	71,28	66,14	76,27	71,02	65,98	75,88
2012	71,25	66,09	76,25	71,15	66,11	76,02
2013	71,85	66,92	76,39	71,37	66,34	76,22
2014	71,46	66,24	76,55	71,37	66,25	76,37
2015	72,04	67,10	76,76	71,38	66,37	76,25

В структурі смертності всього населення за причинами п'ять перших місць тривалий час посідають такі класи як: хвороби системи кровообігу (71%), новоутворення (12%), зовнішні причини смерті (6%), хвороби органів травлення (4%) та органів дихання (3%). Черговість основних причин по області відповідає структурі смертності по Україні.

Динаміка смертності немовлят є загальновизнаним та найбільш чутливим індикатором соціально-економічного і санітарного стану та здоров'я населення.



У 2016 році цей показник дещо зріс та складає 8,4 на 1000 народжених живими (89 померлих дітей віком до 1 року) проти 7,5 (87 померлих дітей) в 2015 році (Україна – 7,9 на 1000 народжених живими).

Захворюваність населення

За 2016 рік в амбулаторно-поліклінічних установах області зареєстровано 2272352 випадки захворювань, в т.ч. 841848 вперше виявлені, що складає 37,0 % від усіх зареєстрованих (2015р. – 35,8%).

Загальна захворюваність всього населення області в деяких вікових категоріях зберігає тенденцію до подальшого зниження або на рівні попереднього року, а у населення працездатного віку та у дітей показники у звітному році вищі попереднього.



У 2016 році показник загальної захворюваності всього населення становить 18335,2 на 10 тис. всього населення (2015р. – 18402,4) (Україна – 17109,7). Відмічається незначне зниження показника – на 0,37%.

Показник первинної захворюваності за 2016 р. становить 6792,7 на 10 тис. всього населення (2015р. – 6596,6) (Україна – 6265,1), показник зріс на 2,97%.

Структура перших п'яти місць загальної захворюваності всього населення у 2016р. не змінилась: перше рангове місце стало займають хвороби системи кровообігу, друге – хвороби органів дихання, третє – хвороби органів травлення, але на шосте місце з сьомого піднялись хвороби ока та його придаткового апарату.

Структура загальної захворюваності всього населення:

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. населення					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Всього	2296962	2272352	18402,4	18335,2	100%	100%		
Хв. системи кровообігу	717677	689796	5749,8	5565,9	31,24	30,36	1	1
Хв. органів дихання	417990	436907	3348,8	3525,3	18,20	19,23	2	2
Хв. органів травлення	234847	223874	1881,5	1806,4	10,22	9,85	3	3
Хв. кістково-м'язової с-ми	157150	151348	1259,0	1221,2	6,84	6,66	4	4
Хв. сечостатевої с-ми	125386	123037	1004,5	992,8	5,46	5,41	5	5

Структура первинної захворюваності всього населення в порівнянні з 2015 роком змінилася.

Перше рангове місце, як і в минулому році, посідають хвороби органів дихання, на другому – травми та отруєння, хвороби сечостатевої системи на третьому місці, на четверте місце з шостого перемістились хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби системи кровообігу, як і в минулому році, займають п'яте місце.

Структура первинної захворюваності всього населення:

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. населення					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Всього	823385	841848	6596,6	6792,7	100%	100%		
Хв. органів дихання	353295	376775	2830,5	3040,1	42,91	44,76	1	1
Травми та отруєння	60144	62765	481,9	506,4	7,30	7,46	2	2
Хв. сечостатевої с-ми	56915	55672	456,0	449,2	6,91	6,61	3	3
Хв. ока та його придаткового апарату	45395	51117	363,7	412,5	6,31	6,07	6	4
Хв. системи кровооб.	51831	48990	415,3	395,3	6,29	5,82	5	5

Серед усіх регіонів України в 2015 році область займала 13 і 12 місця, починаючи з найбільшого, по показниках загальної та первинної захворюваності населення. По загальній захворюваності населення по основних 3-х класах захворювань область займала відповідно 14 місце по хворобах системи кровообігу, 14 – органів дихання, 11 – органів травлення.

Рівень загальної захворюваності дорослого населення має тенденцію до зниження (2016р. – 18026,5 на 10 тис. дорослого населення, 2015р. – 18140,4) – зниження показника на 0,6% (Україна – 17041,8).

Зниження показників захворюваності дорослого населення відмічається по всіх класах хвороб, крім класів „Хвороби органів дихання”, „Новоутворення”, „Хвороби ендокринної системи, розладів харчування”, „Хвороби ока”, „Травми та отруєння”, де відмічається незначний ріст показників.

У структурі загальної захворюваності дорослого населення відбулися зміни – на друге місце з третього піднялися хвороби органів дихання замість хвороб органів травлення, які в 2016р. займають третє місце.

Структура загальної захворюваності дорослого населення (18 і ст.):

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. населення					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Всього	1891622	1866280	18140,4	18026,5	100%	100%		
Хв. системи кровообігу	708204	680478	6791,6	6572,8	37,44	36,46	1	1
Хв. органів дихання	207796	221721	1992,7	2141,6	11,07	11,88	3	2
Хв. органів травлення	209322	199104	2007,4	1923,2	10,99	10,67	2	3
Хв. кістково-м'язової с-ми	139580	134453	1338,6	1298,7	7,38	7,20	4	4
Хв. сечостатевої с-ми	115556	112951	1108,2	1091,0	6,11	6,05	5	5

Загальна захворюваність дорослого населення цукровим діабетом зберігає тенденцію до зростання – з 458,5 на 10 тис. дорослого населення у 2015р. до 470,0 у 2016р.(ріст показника на 2,5%).

Хвороби системи кровообігу (ХСК), як і в минулі роки, займають ключове місце серед хвороб дорослого населення. У структурі ХСК загальна захворюваність на гіпертонічну хворобу складає 47,5%, ішемічну хворобу серця – 36,5%, цереброваскулярні хвороби – 9,3% .

Хоч показник загальної захворюваності ХСК дещо знизився, зріс рівень захворюваності дорослого населення інфарктом міокарду та інсультами.

Показник первинної захворюваності дорослого населення зріс з 4911,8 у 2015р. до 5116,2 на 10 тис. дорослого населення у 2016р. за рахунок класу „Хвороби органів дихання”. Ріст показника на 4,2%.

Рангові місця в структурі первинної захворюваності дорослого населення не змінилися.

Структура первинної захворюваності дорослого населення (18 і ст.)

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. населення					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Всього	512186	529684	4911,8	5116,2	100%	100%		
Хв. органів дихання	152233	169744	1459,9	1639,6	29,72	32,05	1	1
Хв. сечостатевої с-ми	50707	49233	486,3	475,5	9,90	9,29	2	2
Хв. с-ми кровообігу	49378	46712	473,5	451,2	9,64	8,82	3	3
Травми та отруєння	44735	46589	429,0	450,0	8,73	8,80	4	4
Хв. ока та придатк. апарату	36971	41623	354,5	402,0	7,22	7,86	5	5



Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015р. №160 "Про затвердження Порядку забезпечення громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, лікарськими засобами та продуктами для спеціального дієтичного споживання", враховуючи наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 жовтня 2014року №778 „Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування” в області створено єдиний реєстр громадян, які страждають на рідкісні захворювання та знаходяться на обліку у відповідних міських/районних спеціалістів під контролем обласних фахівців за профілем. В даний реєстр внесені доповнення згідно наказу МОЗ України від 30.12.2015р. №919, які включають в себе додатковий список „орфанних” захворювань.

Амбулаторно-поліклінічна служба

Амбулаторна допомога населенню області надається у 238 медичних установах/підрозділах ЛПУ (2015р. – 231), з них:

- це 198 – окремі поліклінічні заклади (2015р. – 184)
(в т.ч., ЦПМСД – 18, самостійні поліклініки – 8, центр СНІД – 1, центр планування сім'ї – 1, стоматологічні поліклініки – 5, ЛА – 165);
- 40 – амбулаторно-поліклінічні відділення ЦРЛ, МЛ, ПБ, ДЛ, РЛ, обласних установ (2015р. – 47).

Загальна кількість лікарських відвідувань

	Разом		в т.ч.			
			на амбулаторно-поліклінічному прийомі		вдома	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Загальна кількість відвідувань абс.	11683843	11606438	10838380	10752180	845463	854258
Кількість відвідувань на одного жителя всього по області	9,4	9,4	8,7	8,7	0,7	0,7
по містах	8,9	9,4	8,9	8,5	0,9	0,9
по районах	8,3	8,3	8,2	7,8	0,5	0,5

Прийом хворих ведеться за 67 спеціальностями, 25 з них виключно дитячі.

Кількість усіх поліклінічних відвідувань в області за 2016 рік незначно зменшилась – на 77405 або -0,7% і становить 11606438 (показник на 1 жителя чотири роки поспіль на одному рівні 9,4), при цьому на 8795 збільшилась кількість відвідувань на дому (+1,04%). Ці зміни відповідають загальним тенденціям по Україні за останні роки.

Аналіз кількості відвідувань на одного жителя вказує на значні коливання показників по регіонах: від найвищих значень в – м. Сміла (12,5 на 1 жителя), Монастирищенському (10,4), Христинівському (10,4) районах та м. Ватутіне (10,1), м. Умань (9,7), до найнижчих: Тальнівський район (6,1), Жашківський (7,1), Уманський (7,1), Звенигородський (7,2), Лісянський (7,6), Драбівський (7,7).

Відмічається збільшення амбулаторних відвідувань до таких спеціалістів як: сімейні лікарі, офтальмологи, проктологи, урологи, психотерапевти, ендокринологи, дерматовенерологи, гематологи, онкологи, інфекціоністи, імунологи, лікарі з УЗД.

При цьому найвищий відсоток навантаження від загальної кількості відвідувань припадає на:

	2014	2015	2016
сімейних лікарів	20,5%	21,6%	22,6%
педіатрів	10,7%	10,2%	10,1%
терапевтів	9,4%	9,5%	8,9%
акушер-гінекологів	6,9%	6,6%	6,5%
отоларингологів	6,0%	5,7%	5,7%
неврологів	6,1%	5,7%	5,5%
хірургів	5,4%	5,5%	5,4%
офтальмологів	4,8%	4,9%	4,9%
дерматологів	4,6%	4,3%	4,4%
ортопедо-травматологів	4,3%	4,3%	4,2%

Низький рівень показників відвідувань на дому в Тальнівському (0,2 на 1 жителя), Кам'янському, Жашківському та Маньківському (по 0,3), Катеринопільському, Лисянському, Смілянському, Чорнобаївському районах (по 0,4).

По окремих регіонах функція лікарської посади значно нижче від оптимального, нормативного показника навантаження на 1 зайняту лікарську посаду по поліклініці. Наприклад, показники роботи

за спеціальністю «терапія»	- Тальнівський р-н	– 3334,7
	- Шполянський р-н	– 3461,0
	- Жашківський р-н	– 3896,0
	- Маньківський р-н	– 3962,1
	- Катеринопільський р-н	– 4015,1
за спеціальністю «педіатрія»	- Кам'янський р-н	– 2934,9
	- м. Черкаси	– 3097,0
	- м. Умань	– 3387,7
	- Тальнівський р-н	– 3438,8
за спеціальністю «акушерство і гінекологія»	- Лисянський р-н	– 2576,0
	- К-Шевченківський р-н	– 3133,9
	- м. Умань	– 3563,0
	- Канівський р-н	– 3688,7
	- м. Черкаси	– 3726,4
	- Драбівський р-н	– 3916,7

Структура поліклінічних відвідувань в цілому по області

	2014		2015		2016	
	Абс. число відвідувань	% до загально-го числа	Абс. число відвідувань	% до загально-го числа	Абс. число відвідувань	% до загально-го числа
Поліклінічні відвідування	10699493	100%	10838380	100%	10752180	100%
- з приводу захворювань	6876074	64,3%	7041686	65,0%	6980222	64,9%
- профогляди	3423742	32,0%	3396565	31,3%	3365937	31,3%
- денні стаціонари амбулаторно-поліклінічних установ	399677	3,7%	400129	3,7%	406021	5,8%
Відвідування на дому	854756	100%	845463	100%	854258	100%
- виклики з приводу захворювань	358041	41,9%	352562	41,7%	338547	39,6%
- активні відвідування	246455	28,8%	239969	28,4%	231811	27,1%
- патронаж	58762	6,9%	58855	7,0%	54731	6,4%
- стаціонари на дому	191498	22,4%	194077	22,9%	211139	24,7%

В загальній кількості лікарських відвідувань більшість або 74,8%, складають відвідування дорослого населення старше 18 років, як і серед відвідувань вдома – 68,6%.

Загальний розподіл основних видів амбулаторних відвідувань

	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього амбулаторних відвідувань в т.ч.:	10699493	100%	10838380	100%	10752180	100%
- відвідування до самостійних поліклінік	1686023	15,8%	1677884	15,5%	1698700	15,8%
- стоматологічні відвідування	1317328	12,3%	1326090	12,2%	1302162	12,1%
- консультативні відвідування обласних установ	664735	6,2%	664274	6,1%	669223	6,2%
- відвідування до поліклінічних підрозділів ЦРЛ	3363237	31,4%	3284119	30,3%	3191915	29,7%
- відвідування до ЦПМСД	1534295	14,3%	1581292	14,6%	1868806	17,4%

Доволі значна частина – понад третину відвідувань припадає на профілактичні огляди.

Відсток оглянутих по основних контингентах збільшився.

Категорії населення	2014		2015		2016	
	Підлягало огляду	% огляду	Підлягало огляду	% огляду	Підлягало огляду	% огляду
Діти 0-17 р. вкл.	206137	98,77%	205696	99,59%	203762	99,93%
з них підлітки 15-17р. вкл.	37916	99,7%	35851	99,8%	34451	99,8%
Ветерани війни та особи прирівняні за пільгами	41352	97,2%	38151	100%	37956	98,5%
К-сть населення, яке підлягає періодичним оглядам	163554	97,9%	159640	98,0%	146056	98,4%
в т.ч. сільських жителів	77476	97,8%	77864	97,4%	73807	98,1%
К-сть жінок (18 р. і ст.), які оглянуті профілактично всього	380654	65,4%	379258	65,7%	371018	64,8%
в т.ч. з цитологічним дослідженням (абс. – % від оглянутих)	369048	96,9%	370268	97,6%	356671	96,1%

Кількість оперативних втручань в поліклінічних умовах збільшилось – в 2016р. (+2,8%) і становить 593,1 на 10 тис. населення проти 576,9 у 2015 році (Україна 2015р. – 481,5).



Основна кількість втручань припадає на операції на шкірі і підшкірній клітковині – 50,8% (2015р. – 51,2) та сечостатевої системі – 13,3% (2015р. – 13,6%).

За кількістю амбулаторні оперативні втручання на 10 тис. населення розподіляються на:

Найвищі показники		Нижчі від усереднених	
Золотоніський р-н	710,3	Тальнівський р-н	256,5
Городищенський р-н	677,5	Уманський р-н	321,3
Шполянський р-н	655,2	Жашківський р-н	335,8
м.Черкаси	652,5	К-Шевченківський	362,8
м.Сміла	638,4	м.Ватутіне	394,2
Монастирищенський р-н	634,8	Смілянський р-н	434,5
Черкаський р-н	626,6	Христинівський р-н	488,0
Маньківський р-н	625,8		
Лисянський р-н	592,8		
Катеринопільський р-н	577,2		
Канівський р-н	573,2		
По містах	609,6		
По районах	539,6		
По області	593,1		



Упродовж останніх років одним із пріоритетів діяльності галузі охорони здоров'я області в період реформування визначено **активний розвиток стаціонарозамінних форм лікування.**



Ліжка денного стаціонару функціонують в 222 (2015р. – 212) амбулаторно-поліклінічних установах/підрозділах. За 2016 рік кількість ліжок денного перебування збільшилась на 57 і становить 2588 одиниць або 20,9 на 10 тис. населення (2015р. – 2531 ліжка або 20,4 на 10 тис. населення).

В умовах денного стаціонару за 2016 рік проліковано 108189 хворих, що на 2859 осіб більше, ніж у 2015 році.

Денні стаціонари

	2015		2016	
	Абс.	На 10 тис. населення	Абс.	На 10 тис. населення
Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах				
Кількість установ, при яких організовано такий вид лікування хворих	212	1,7	222	1,8
Кількість ліжок всього	2531	20,4	2588	20,9
по містах	639	14,1	689	15,2
по районах	1811	23,0	1824	23,2
Проліковано хворих всього	105330	846,9	108189	873,0
по містах	33698	743,9	35222	779,4
по районах	70479	891,2	72084	915,4
Стаціонари вдома				
Кількість установ	205	1,6	211	1,7
Проліковано хворих всього	89698	721,2	86151	695,1
по містах	32352	714,2	32963	729,4
по районах	57346	725,2	53188	675,5

Але не завжди ліжка денного перебування використовуються ефективно. Як і раніше, дуже повільно розгортаються ліжка неврологічного, педіатричного, гінекологічного та хірургічного профілів. В усіх містах обласного підпорядкування, за виключенням ЛПУ м.Черкаси, ліжка денного перебування використовуються недостатньо. При цьому залишається високим показник госпіталізації до стаціонарних відділень і ці тенденції з року в рік не змінюються, незважаючи на пріоритети розвитку первинної ланки і скорочення кількості лікарняних ліжок.

Якщо область по рівню госпіталізації хворих в стаціонарні установи з показником 24,9 за 2015 рік знаходилась на 3 місці в Україні (2008, 2013 – 2 місце, 2009-2012, 2014 – 3), починаючи з найбільшого показника на 100 жителів (Україна 2015р. – 20,2), то по кількості пролікованих в денних стаціонарах – на 4-ому (Україна 2015р. – 617,7), стаціонарах на дому – на 6-му (Україна 2015р. – 526,4).

Серед районів недопрацюють ліжка денного перебування в м.Сміла (проліковано 497,6 на 10 тис. населення), м.Умань (704,4), К-Шевченківському (710,8), Христинівському (757,6), Лисянському (770,8), Маньківському (771,2), Золотоніському (780,8) районах.

Відмічається тенденція щодо зменшення організації стаціонарів вдома. Так, за 2016 рік отримали лікування вдома 86151 хворий (695,1 на 10 тис. населення), 2015р. – 89698 або 721,2.

Недостатньо призначається лікування в стаціонарах вдома хворим в ЛПЗ м.Сміла, м.Ватутіне, Золотоніському, Звенигородському, Лисянському, Жашківському, Чигиринському, Христинівському та Монастирищенському районах.

Амбулаторно-поліклінічна допомога, як найбільш масовий вид медичної допомоги населенню на місцях, потребує на сучасному етапі розвитку відчутного розширення обсягів та підвищення якості надання медичних послуг в тому числі за сприянням структурно-організаційним та фінансово-економічним розмежуванням первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги шляхом розвитку первинної медико-санітарної ланки.

Загальна практика – сімейна медицина

В області продовжується розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини (далі – ЗПСМ).

Станом на 31.12.2016 року кількість існуючих підрозділів ЗПСМ становить 190, що на 15 (8,6 %) більше, ніж на кінець 2015 року.

Підрозділи сімейної медицини функціонують у 32 закладах (юридичних особах), а саме: 18 центрах ПМСД, 7 ЦРЛ, 6 міських поліклініках та одній амбулаторії ЗПСМ об'єднаної територіальної громади.

Впродовж 2016 року в області створено 5 нових ЦПМСД, у т.ч.:

- Комунальний заклад «Уманський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»;
- Комунальне підприємство «Золотоніський міський центр первинної медико-санітарної допомоги (сімейної медицини)» Золотоніської міської ради;
- Комунальний заклад «Золотоніський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Золотоніської районної ради Черкаської області;
- Комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Білозірської сільської ради;
- Центр первинної медико-санітарної допомоги Мокрокалигірської сільської ради Катеринопільського району Черкаської області.

Крім того, у 2016 році розпочав своє функціонування, як окрема юридична особа, у складі об'єднаної територіальної громади Катеринопільського району Комунальний заклад «Єрківська амбулаторія загальної практики - сімейної медицини» Єрківської селищної ради.

Динамічно розширюється мережа амбулаторій, які працюють на засадах загальної практики – сімейної медицини за рахунок реорганізації дільничних лікарень, лікарських амбулаторій та ФАПів (2014р. – 150; 2015р. – 157; 2016 – 176 включно з базовими амбулаторіями ЦПМСД). Їх кількість у 2016 році зросла на 19 одиниць, або 12,1%.

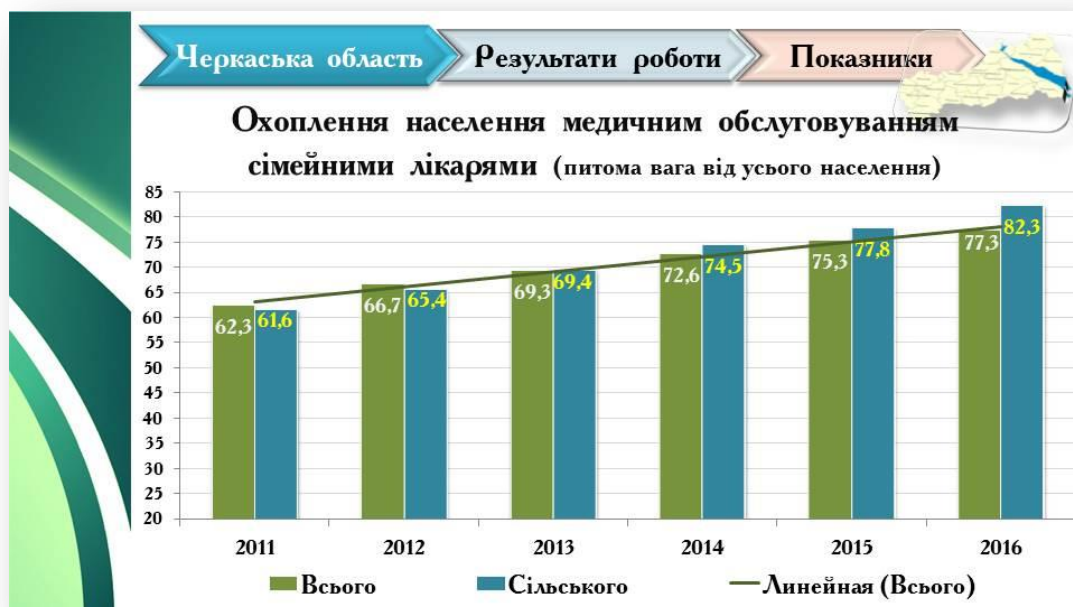
Протягом 2016 року в області реорганізовано 5 дільничних лікарень у лікарські амбулаторії ЗПСМ з ліжками денного перебування хворих (Городищенський район – 3, Маньківський – 1, Золотоніський – 1).



У закладах та структурних підрозділах ЗПСМ організовано 482 дільниці сімейного лікаря (2015р. – 474), у т.ч. 215 – у сільській місцевості (2015р. – 207).



За сімейним принципом на даний час обслуговується 77,3 % (2015р. – 75,3%) населення області, у тому числі сільського – 82,3 % (2015р. – 77,8%), з них: дітей – 35,6% (2015р. – 35,1%), у тому числі сільських – 60,9% (2015 р. – 57,5%).



В ЛПЗ області на засадах ЗПСМ працює 398 лікарів (2015р. – 383), у т. ч. в сільській місцевості – 158 (2015 р. – 149).

Кількість штатних посад лікарів ЗПСМ у 2016 році суттєво збільшилась і становить 598,0 проти 561,25 у 2015 році (у т.ч. у сільській місцевості – 285,0 проти 263,5 відповідно), що пов'язано зі створенням нових та розвитком діючих центрів ПМСД.



Показник забезпеченості лікарями ЗПСМ (фізичними особами) на 10 тис. населення становить 3,21 (2015 р. – 3,09).

Дуже низький рівень забезпеченості населення лікарями ЗПСМ відмічається у Лисянському, Чорнобаївському районах та м. Сміла.

Найкращі показники мають Христинівський, Шполянський і Тальнівський райони.



За звітний період в області дещо погіршився показник укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів (2015р. – 68,24%; 2016р. – 66,56%), у тому числі серед населення сільської місцевості (2015р. – 56,55%; 2016р. – 55,44%).

Найнижчий відсоток укомплектованості штатних посад фізичними особами у закладах ЗПСМ Драбівського, Лисянського, Чорнобаївського, Черкаського та Чигиринського районів; найвищий – Монастирищенського, Кам'янського Маньківського районів та м. Черкаси.

Середня кількість прикріпленого населення на 1 штатну посаду лікаря ЗПСМ по області становить 1601 особа (2015р. – 1663), у т.ч. навантаження на сімейного лікаря у сільській місцевості – 1557 осіб (2015р. – 1590), у міській місцевості – 1642 (2015р. – 1728).

Кількість штатних посад медичних сестер ЗПСМ збільшилась до 770,5 (2015р. – 690,75), фізичних осіб – до 694 (2015 р. – 646). Забезпеченість фізичними особами медичних сестер ЗПСМ становить 5,6 на 10 тис. населення (2015р. – 5,2). Укомплектованість штатних посад медичних сестер ЗПСМ фізичними особами складає 90,1% (2015р. – 93,5%).

Співвідношення кількості штатних посад сімейних лікарів до молодших медичних спеціалістів ЗПСМ у 2016 році складає 1:1,3; 2015 р. – 1:1,2.

На сьогодні продовжує працювати система підготовки кадрів із сімейної медицини. Так, з 2006 року проводяться навчальні цикли удосконалення фахівців на базі Центру підвищення кваліфікації лікарів (далі-Центр). Всього, за період з 2006 до 2016 року на базі Центру проведено 9 циклів спеціалізації за фахом «Загальна практика-сімейна медицина», на яких підготовлено 249 лікарів-

спеціалістів, у т.ч. з 01.09.2015 до 02.03.2016 на базі Центру підготовлено 13 лікарів.

На кінець 2016 року відсоток атестованих лікарів ЗПСМ складає 67,4% від загальної кількості (2015р. – 71,1%), з них на вищу категорію – 19,6% (2015р. – 21,1%), першу – 68,4% (2015р. – 66,4 %), другу – 12,0 % (2015р. – 12,5%).

Питома вага атестованих медичних сестер ЗПСМ у звітному періоді становить 88,9% (2015р. – 77,7%).

У своїй роботі лікарі ЗПСМ частіше стали використовувати стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги, зокрема, денні стаціонари та стаціонари вдома. Кількість ліжок денного перебування при амбулаторно-поліклінічних закладах сімейної медицини щороку збільшується і на кінець 2016 року становила 1501 (2015р. – 1435, 2014р. – 1308).

Забезпеченість населення ліжками денного стаціонару досягла показника 12,1 на 10 тис. населення проти 11,6 у 2015 р.

Впродовж 2016 року в денних стаціонарах ЗПСМ проліковано 61725 хворих (2015р. – 59173), в стаціонарах вдома – 68332 хворих (2015р. – 69094).

Водночас, на первинному рівні недостатньо приділяється уваги попередженню та своєчасному виявленню захворювань у населення. Так, у структурі відвідувань лікарів ЗПСМ частка візитів пацієнтів з профілактичною метою в області залишається низькою (2015 р. – 15,3%; 2016 р. – 15,7%), а в м. Черкаси та Чигиринському районах даний показник не перевищує 10%.

Із загальної кількості пацієнтів, які звернулися до сімейних лікарів з приводу захворювання 41,6% осіб (2015р. – 39,5%) закінчили лікування на даному етапі, 4,0% (2015р. – 3,1%) – направлені сімейними лікарями на консультацію до вузьких спеціалістів та 2,8% (2015р. – 2,7%) – госпіталізовані до лікарень вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Потребує істотного покращення матеріально-технічна база амбулаторій загальної практики-сімейної медицини.

Так, за даними моніторингу розвитку первинної ланки в області станом на 01.01.2017р. рівень оснащення амбулаторій відповідно до діючого табеля матеріально-технічного оснащення становить: до 30% від потреби – 50 амбулаторій (27,3% від загальної кількості амбулаторій), до 50% – 72 (39,3%), до 70% – 47(25,7%), до 90% – 14 (7,7%). Повного (100%) оснащення не має жодна амбулаторія.

На кінець звітної періоду у лікарських амбулаторіях нараховується 191 автомобіль, що складає 32,6% від потреби, (у тому числі 143 автомобіля в амбулаторіях центрів ПМСД, що складає 35,4% від потреби); відповідно до вимог табеля матеріально-технічного оснащення необхідно додатково придбати ще 395 автомобілів (у т.ч. 261 автомобіль для амбулаторій центрів ПМСД).

У 2016 році для медичних закладів області придбано лише 8 автомобілів за рахунок коштів місцевого бюджету (Золотоніський район – 5, Лисянський – 1, Уманський – 1, Чорнобаївський – 1) та 2 автомобіля передано з інших установ (Уманський район – 1, Золотоніський – 1).

Має місце незадовільне забезпечення оргтехнікою та комп'ютерами, під'єднаними до мережі Інтернет. Так, всього по області на робочих місцях

лікарів первинної ланки встановлено 144 персональних комп'ютери, що складає 22,9% від потреби; доступ до Інтернету мають 111 (77,1%). Водночас, слід відмітити, що у 2016 році суттєво покращилось забезпечення комп'ютерною технікою закладів первинної ланки м. Черкаси (на робочих місцях лікарів встановлено 86 персональних комп'ютерів, що складає 62,3% від потреби).

Основними завданнями щодо поліпшення організації та якості медичного обслуговування на засадах загальної практики-сімейної медицини є:

1. Продовження роботи по створенню центрів первинної медико-санітарної допомоги в містах і районах області та вирішення всіх юридичних питань їх функціонування.
2. Забезпечення пріоритетного укомплектування вакантних посад загальної практики – сімейних лікарів у закладах охорони здоров'я, особливо тих, що розташовані у сільській місцевості.
3. Вжиття необхідних заходів для досягнення нормативів забезпеченості мережею амбулаторій та підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги згідно з вимогами наказу МОЗ України від 10.09.2013 №793, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 13.09.2013р. за №1587/24119.
4. Оснащення центрів ПМСД та їх підрозділів відповідно до вимог наказу МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 "Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів".
5. Проведення поточних та капітальних ремонтів в лікарських амбулаторіях, визначених плановими завданнями на поточний рік.
6. Виконання заходів МОЗ України з питань впровадження реформи первинної ланки у 2017 році.

Стаціонарна допомога

На 31.12.2016р. в області функціонувало 47 лікарняних установ на 9732 ліжка (2015р. – 54 –10243 ліжка), в т.ч.

Тип закладів	К-сть установ			К-сть ліжок			% до загального ліжкового фонду		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
- міські лікарні	9	12	10	1892	2122	1950	18,6	20,7	20,0
- дитячі лікарні	2	2	2	190	190	185	1,9	1,8	1,9
- інфекційна лікарня	1	1	1	100	100	100	1,0	1,0	1,0
- пологові будинки	2	2	2	285	285	275	2,8	2,8	2,8
- психлікарня	1	1	1	800	775	725	7,9	7,6	7,4
- обласний госпіталь ВВ	1	1	1	250	250	250	2,5	2,4	2,6
- обласна лікарня	1	1	1	845	860	860	8,3	8,4	8,8
- обласна дитяча лікарня	1	1	1	325	320	320	3,2	3,1	3,3
- диспансери	6	6	6	1360	1340	1340	13,4	13,1	13,8
- ЦРЛ	20	20	20	3966	3874	3665	39,0	37,8	37,7
- РЛ	1	1	1	55	55	52	0,5	0,5	0,5
- ДЛ	8	6	1	110	72	10	1,1	0,7	0,1

Протягом року тривало упорядкування мережі стаціонарних станів.

Реорганізовано:

- 2 міські лікарні: залізнична лікарня ст. Христинівки (30 ліжок) та Смілянська міська лікарня №2 (35 ліжок);
- 5 дільничних лікарень: 3 дільничні лікарні Городищенського району (с.с.Старосілля, В'язівка, Валява) відійшли до складу лікарських амбулаторій, як і дільнична лікарня смт. Буки Маньківського району; дільнична лікарня с. Гельмязів (37 ліжок) Золотоніського району ввійшли до складу районного ЦПМСД, частина ліжок скорочена, частина (20 ліжок) передана до ЦРЛ в якості відокремленого структурного підрозділу.

Станом на 1 січня 2017р. в області функціонує одна дільнична лікарня с. Виноград Лисянського району (10 ліжок).

Протягом року в області скорочено 511 ліжок (або 5% ліжкового фонду).

№ п/п		Абс. число ліжок		Скорочено ліжок протягом 2016р.	Фактична забезпеченість ліжками на 10 тис. постійного населення		Нормативна кількість ліжок 44,0 міста/райони та 60,0 по області	Підлягає скороченню (31.12.2016 – норматив)
		2015	За 2016 станом на 31.12.2016		2015	станом на 31.12.2016		
1	м. Сміла +СМСЧ+ЗЛ	<u>550</u> 335+115+100	<u>470</u> 300+70+100	-80	81,4	69,5	302	-168
2	м. Умань	505	440	-65	59,3	51,7	378	-62
3	м. Ватутіне	92	80	-12	52,9	46,0	77	-3
4	Городищенський	211	201	-10	51,9	49,4	179	-22
5	Драбівськ.	180	172	-8	50,8	48,5	155	-17
6	Звенигородський	237	216	-21	53,3	48,6	196	-20
7	Золотоніський	354	319	-35	50,1	45,1	311	-8
8	К-Шевченківський	240	210	-30	55,5	48,6	190	-20
9	Канівський	206	194	-12	46,3	43,6	194	0
10	Кам'янський	140	123	-17	50,9	44,7	120	-3
11	Катеринопільський	122	107	-15	50,1	43,9	107	0
12	Маньківський	141	131	-10	50,7	47,1	122	-9
13	Монастирищенський	190	186	-4	52,4	51,3	160	-26
14	Смілянський	190	170	-20	58,5	52,3	142	-28
15	Уманський	220	205	-15	51,3	47,8	189	-16
16	Христинівський	210	180	-30	59,5	51,0	154	-26
17	Черкаський	337	334	-3	44,9	44,5	334	0
18	Чорнобаївський	220	181	-39	53,4	43,9	181	0
19	Чигиринський	140	120	-20	52,1	44,7	118	-2
20	Шполянський	240	225	-15	55,2	51,7	192	-33
21	ОПЛ	775	725	-50				
	Всього УОЗ	10243	9732	-511	826	785	7458	-2274

60,0



Забезпеченість ліжками за попередніми даними становить 78,5 на 10 тис. населення.

	2015		2016	
	Абс.	На 10 тис. нас.	Абс.	На 10 тис. нас.
К-сть ліжок УОЗ ОДА	10243	82,6	9732	78,5



Протягом 2016 року в стаціонари області госпіталізовано 306894 хворих (2015р. – 309710), в т.ч. 2816 – 40,3% сільських жителів (2015р. – 41,0%).

В області залишається необґрунтовано високим рівень госпіталізації населення – 24,8 на 100 жителів, в т. ч. по містах – 20,3, по районах – 17,9 (2015р. відповідно – 24,8 – 18,4 – 18,1) (Україна 2015р. – 20,2).

Число пролікованих в стаціонарних умовах на 100 жителів значно перевищує середньорайонний показник у Смілянському (23,7), Уманському (19,7), Шполянському (19,7), Звенигородському (19,6), Кам'янському (19,0), Тальнівському (19,0), Маньківському (19,0), Лисянському (18,9), Жашківському (18,8), Чорнобаївському (18,3), Монастирищенському (18,0) районах. Названі райони мали високі показники госпіталізації і в минулі роки. По м. Сміла він становить 23,9 (2015р. – 26,0) на 100 жителів при 19,8 по м. Черкаси (2015р. – 18,6). Це ще раз підтверджує необхідність зміцнення матеріально-технічної та кадрової бази амбулаторно-поліклінічної служби, переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на впровадження профілактичних технологій, спрямованих на раннє виявлення захворювань, своєчасне оздоровлення хворих з метою попередження хронізації хвороб, удосконалення якості стаціонарозамінної медичної допомоги та якості диспансеризації.



Показник госпіталізації сільських жителів коливається від 12,1 в Чигиринському до 20,4 в Смілянському районах при середньорайонному показнику 16,3, тобто до ЦРЛ госпіталізуються, в основному, хворі районних центрів, що підтверджує можливість подальшого розширення стаціонарозамінних видів допомоги.

Використання наявного стаціонарного ліжкового ресурсу області характеризується достатньою інтенсивністю, хоча в цьому питанні існують проблеми, пов'язані з надлишком ліжок: робота ліжка в цілому по області становить 333 (2015р. – 331) дні на рік, що нижче нормативного рівня (340) на

2,1%. Середнє перебування хворих в стаціонарах залишається на оптимальних термінах – 10,8 дня (2015р. – 11,1) (Україна 2015р. – 319 – 11,4).

Робота ліжка в розрізі міст/районів області складає:

В межах нормативу роботи		Понад норматив		Ліжко недопрацювало	
Кам'янський р-н	340	Уманський р-н	364	К-Шевченківський р-н	277
Катеринопільський р-н	338	Звенигородський р-н	363	Драбівський р-н	286
		м.Черкаси	352	м.Ватутіне	309
		Маньківський р-н	345	Тальнівський р-н	314
		Лисянський р-н	345	Золотоніський р-н	317
		Смілянський р-н	345	Канівський р-н	321
		Черкаський р-н	343	Монастирищенський р-н	322
				Чигиринський р-н	322
				Городищенський р-н	324
				Жашківський р-н	324
				Христинівський р-н	330
				м. Умань	333
				Чорнобаївський р-н	333
				м. Сміла	336
				Шполянський р-н	337

В стаціонарах області протягом року померло 3695 (2015р. – 3478) хворих, в т.ч. 3601 дорослий та 94 дитини віком 0-17 років (2015р. – 3379 та 99 відповідно).

Показник лікарняної летальності залишається нижчим, ніж по Україні.

	2014	2015	2016
Летальність в стаціонарах області	1,14%	1,11%	1,19%
Україна	1,23%	1,24%	

Профілізація ліжкового фонду по типах установ потребує ґрунтовного перегляду зважаючи на постійне недопрацювання одних і перевантаження інших ліжок в межах наявного ліжкового фонду. Кардинально стан справ в ЛПУ не змінюється.

Так, по центральних районних лікарнях з перевантаженням на 10% і більше працювали такі ліжка, як:

Терапевтичні		Інфекційні для дор.	
Звенигородський р-н	403	Чорнобаївський р-н	512
м. Черкаси	358	Чигиринський р-н	390
м.Сміла	351	Монастирищенський р-н	368
Кардіологічні		Звенигородський р-н	363
Шполянський	484	Христинівський р-н	362
Звенигородський р-н	379	Неврологічні д/дор.	
Урологічні д/дор.		Смілянський р-н	473
Лисянський р-н	416	Уманський р-н	399
м.Умань	395	Христинівський р-н	389
Черкаський р-н	358	Канівський р-н	362
Офтальмологічні д/дор.		Отоларингологічні д/дор.	
Шполянський р-н	372	м. Сміла	400
Хірургічні д/дор.		Канівський р-н	394
Уманський р-н	410	Відновного лікування д/дор.	
Лисянський р-н	404	Чорнобаївський р-н	354
Звенигородський р-н	402		

Одночасно не були навантажені ліжка більшості профілів майже по всіх районах:

Терапевтичні		Інфекційні д/дор.	
Чорнобаївський р-н	327	Кам'янський р-н	322
Чигиринський р-н	312	Канівський р-н	320
Монастирищенський р-н	310	м.Черкаси	316
Тальнівський р-н	307	Шполянський р-н	312
Городищенський р-н	306	м.Умань	300
Канівський р-н	293	Уманський р-н	291
Драбівський р-н	275	м.Ватутіне	290
Шполянський р-н	273	Тальнівський р-н	286
К-Шевченківський р-н	272	Городищенський р-н	274
Інфекційні для дітей		м.Сміла	267
м.Умань	317	К-Шевченківський р-н	247
м.Черкаси	313	Жашківський р-н	244
м.Ватутіне	304	Драбівський р-н	242
Городищенський р-н	303	Золотоніський р-н	223
Золотоніський р-н	297	Смілянський р-н	192
Монастирищенський р-н	292	Хірургічні д/дор.	
Шполянський р-н	284	Золотоніський р-н	319
Кам'янський р-н	240	Катеринопільський р-н	317
Канівський р-н	236	Чорнобаївський р-н	316
Чорнобаївський р-н	213	Чигиринський р-н	316
Тальнівський р-н	207	Жашківський р-н	306
Жашківський р-н	177	Смілянський р-н	294
Смілянський р-н	133	Тальнівський р-н	289
Травматологічні д/дор.		К-Шевченківський р-н	283
м.Сміла	320	Шполянський р-н	278
Уманський р-н	316	Драбівський р-н	267
Жашківський р-н	316	м.Ватутіне	243
Монастирищенський р-н	316	Урологічні д/дор.	
Маньківський р-н	315	Уманський р-н	312
Канівський р-н	310	м.Ватутіне	297
Чигиринський р-н	310	Городищенський р-н	224
Христинівський р-н	304	Смілянський р-н	173
К-Шевченківський р-н	282	Педіатричні соматичні	
Тальнівський р-н	271	м.Сміла	319
Драбівський р-н	202	Смілянський р-н	315
Катеринопільський р-н	102	Канівський р-н	292
Гінекологічні д/дор.		Золотоніський р-н	290
К-Шевченківський р-н	305	Драбівський р-н	289
Монастирищенський р-н	297	К-Шевченківський р-н	272
Чигиринський р-н	288	м.Ватутіне	238
Драбівський р-н	285	Для вагітних та роділь	
Жашківський р-н	266	Жашківський р-н	299
Неврологічні д/дор.		Тальнівський р-н	292
Катеринопільський р-н	303	Шполянський р-н	290
К-Шевченківський р-н	271	Монастирищенський р-н	284
Отоларингологічні д/дор.		м.Сміла	269
Смілянський р-н	294	Уманський р-н	234
К-Шевченківський р-н	290	Черкаський р-н	230
м.Ватутіне	260	Канівський р-н	228
Уманський р-н	148	м.Умань	226
Монастирищенський р-н	140	Чорнобаївський р-н	220
		м.Черкаси	217
		Городищенський р-н	212
		Звенигородський р-н	194
		К-Шевченківський р-н	184
		Драбівський р-н	183
		Золотоніський р-н	158
		Маньківський р-н	154
		Чигиринський р-н	122
		Христинівський р-н	116

Серед всіх виписаних хворих – 81,1% складають дорослі (244808) і 18,9% діти 0-17р. вкл. (56886). В 2015р. – 82,0 та 18,0% відповідно. Тобто вікова структура пролікованих хворих майже без змін.

В загальній кількості дітей – 16,6% або 9444 становили діти до 1 року.

В структурі виписаних зі стаціонару найбільшу частку складають хворі з захворюваннями, які відносяться до нозологічних форм таких класів як:

у дорослих з 244808 виписаних		у дітей з 56886 виписаних	
- хвороби системи кровообігу	58775-24,0%	- хвороби органів дихання	28340-49,8%
- хвороби сечостатевої системи	24005-9,8%	- хвороби органів травлення	5906-10,4%
- хвороби органів травлення	23170-9,5%	- інфекційні хвороби	2523-4,4%
- вагітність, пологи, післяпологовий період	21854-8,9%	- хвороби нервової системи	2601-4,6%
- новоутворення	17968-7,3%	- хвороби сечостатевої системи	2140-3,8%

В класі хвороб системи кровообігу – 46,5% складають ішемічні хвороби серця і 29% цереброваскулярні.

З загальної кількості зареєстрованих по області інфарктів міокарду госпіталізація становить 95,36% проти 95,66% в минулому році, інсультів – 96,76 % (2015р. – 97,9%).

В стаціонарах області прооперовано 61785 хворих. Загальна кількість втручань становить 66437 (2015р. – 66949) або 536,1 (2015р. – 536,4) на 10 тис. населення. Зменшення показника незначне – на 0,06%.



З загального числа втручань за типами установ проведено 15471 або 23,3% операцій в міських лікарнях, 24362 або 36,7% в центральних районних лікарнях, 21658 або 32,6% в обласних установах.

Загальний ліжковий фонд області складає 66 найменувань кошторисних профілів ліжок, переважає терапевтичний профіль.

К-сть ліжок УОЗ ОДА за основними 10 профілями		Число ліжок		% до загально- го числа ліжок		Забезпе- ченість на 10 тис. всього населення		Робота ліжка		Середнє перебув. хворого на ліжку		Лікарняна леталь- ність %		Обіг ліжка	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	Всього	10243	9732	100	100	82,1	78,5	331	333	11,1	10,8	1,11	1,19	29,9	30,8
1	в т.ч . Терапевтичні ліжка	1552	1417	15,2	14,6	12,4	11,4	327	331	9,9	9,7	0,99	1,13	33,2	34,2
2	Психіатр. дор.	900	845	8,8	8,7	7,2	6,8	326	300	51,0	49,6	1,92	2,28	6,4	5,9
3	Неврол. дор.	880	848	8,6	8,7	7,1	6,8	347	349	10,1	10,0	1,33	1,26	35,4	36,0
4	Хірургічні дор.	718	673	7,0	6,9	5,8	5,4	318	329	9,0	9,0	0,87	0,91	35,6	36,9
5	Педіатр. сомат.	614	581	6,0	6,0	4,9	4,7	321	331	9,0	8,5	0,02	0,01	36,3	39,5
6	Гінекол. дор.	589	545	5,8	5,6	4,7	4,4	337	338	9,0	8,7	0,05	0,04	37,5	39,0
7	Травм./орт. дор.	517	489	5,0	5,0	4,1	4,0	331	328	10,6	10,3	0,16	0,26	31,4	32,1
8	Туб. дор.	470	450	4,6	4,6	3,8	3,6	305	317	88,1	95,2	8,69	6,80	3,5	3,3
9	Кардіолог.	470	434	4,6	4,5	3,8	3,5	346	353	10,5	10,2	1,17	1,48	33,4	35,1
10	Для ваг. та роділь (без ЕГП)	388	368	3,8	3,8	3,1	3,0	237	232	6,4	6,5	0,01	0,01	31,5	30,4

Кількість ліжок терапевтичного профілю в цілому зменшилась до 2401 або 19,4 на 10 тис. всього населення (2015р. – 2527, або 20,21 на 10 тис. нас.), педіатричного профілю в цілому – 1365 або 11,0 (2015р. – 1410 або 11,4), хірургічного профілю для дорослих та дітей – 2234 або 18,0 на 10 тис. всього населення (2015р. – 1920 – 15,4%).

При оцінці якості надання медичної допомоги стаціонарних відділень, заступникам головних лікарів з медичної частини слід звернути увагу на відсоток повторної госпіталізації хворих з приводу одного і того ж діагнозу в термін до 30 діб, які в минулому році складають по області 0,3% серед дітей та 0,4% серед дорослих (за виключенням DS, де повторна госпіталізація передбачена протоколами лікування та померлих). Значно більший відсоток повторно госпіталізованих в

Лисянському р-ні – 1,47%
Христинівському р-ні – 1,09%
Черкаському р-ні – 1,02%
Золотоніському р-ні – 0,82%
Жашківському р-ні – 0,76% від виписаних дорослих.

Аналіз стану медичного обслуговування населення по територіях свідчить про недостатню наступність в роботі стаціонарів і амбулаторно-поліклінічних підрозділів.

Протягом року в приймальних відділеннях лікарень прийнято 35390 амбулаторних хворих, з них тільки 30% сільські жителі. Чисельність поліклінічного прийому хворих в приймальних відділеннях лікарень зростає.

З загальної кількості прийнятих амбулаторних хворих:

	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
дорослі	10262	60,0%	19715	74,2%	27049	76,4%
діти 0-17р.	6806	40,0%	6849	25,8%	8341	23,6%
Всього	17098	100%	26564	100%	35390	100%
на 100 жителів	1,4		2,1		2,9	

В розрізі територій на 100 жителів лікарями приймальних відділень прийнято:

	абс.	на 100 жителів
Уманський р-н	2538	5,9
Монастирищенський р-н	2013	5,6
Золотоніський р-н	3846	5,4
Канівський р-н	2179	4,9
м. Черкаси	13379	4,7
Чорнобаївський р-н	1459	3,5
Чигиринський р-н	940	3,5
Обл. показник		2,9

В сучасних умовах реформування галузі госпітальна допомога зазнає чи не найбільших змін.

Виходячи з наведеного аналізу, у лікарняних установах існують застарілі проблемні питання над якими потрібно планово пацювати – це і мережа закладів, і ресурсне забезпечення, і обсяги діяльності, і якість надання медичної допомоги.

Оптимізація реалістично розроблених планів подальшого розвитку госпітальної допомоги – одне з найактуальніших питань сьогодення.

Терапевтична служба

Найбільшу частку в медичній сфері складає терапевтична служба. Від її якісної роботи залежать більшість показників стану здоров'я населення. В 2016 році моделі кінцевих результатів терапевтичної служби більшістю районів та міст області виконано (0,96), окрім Смілянського району – 0,86, м. Умань, м. Ватутіне, Кам'янського району – 0,92, Драбівського району – 0,93.

Підводячи підсумки, в першу чергу необхідно зупинитись на кадровій проблемі, особливо на рівні первинної ланки медичної допомоги. Притоку молодих спеціалістів за останні роки не відбувається, більшість терапевтів у районах – це фахівці старше 45 років, близько 75% з них – пенсійного та передпенсійного віку.

Число фізичних осіб дільничних терапевтів на зайнятих посадах у закладах ПМСД складає 64 (2015р. – 73), сімейних лікарів – 398 (2015р. – 383). Укомплектованість штатних посад дільничних терапевтів фізичними особами за 2016 рік склала 71,9% (2015р. – 70,4%; Україна – 75,4%), лікарів загальної практики-сімейної медицини – 66,6% (2015р. – 68,2%; Україна – 73,8%). Показник забезпеченості фізичними особами лікарями установ ПМСД в області склав 4,5 на 10 тис. дорослого населення (2015 р. – 4,4). У ряді міст і районів цей показник ще

нижчий: м.Сміла, Лисянський, Чорнобаївський, Жашківський, Чигиринський, Золотоніський, Канівський райони, м. Черкаси (поліклініка №3) та інші.

У зв'язку з цим з року в рік зростає навантаження на лікаря за кількістю населення, яке обслуговується на дільниці. В області цей показник складає 2012 осіб, а в 11 районах він значно більший, особливо в Драбівському, Черкаському, Уманському, Христинівському районах та м. Черкаси.

Впродовж багатьох років не укомплектовані посади лікарів лікувального профілю в амбулаторіях Тальнівського, Канівського, Драбівського, Жашківського, Черкаського районів, а також в ЛПУ м. Сміла та м. Черкаси (поліклініка №3).

Викликає занепокоєння відсутність дефібриляторів в усіх амбулаторіях області та недостатня кількість електрокардіографів. У багатьох амбулаторіях відсутні посади лаборантів, а саме: у Смілянському (3), Чорнобаївському, Драбівському, Городищенському, Тальнівському, Христинівському – по 1. В багатьох районах відмічається недостатня кількість штатних і зайнятих посад лікарів-кардіологів та функціоналістів.

Головним напрямком та завданням діяльності терапевтичної служби в сучасних умовах є розвиток позалікарняних видів допомоги (денних стаціонарів, стаціонарів вдома), що б дало змогу заощадити мізерні бюджетні кошти, але в реальному житті і ця робота проводиться повільно, зокрема, через наявність великої кількості стаціонарних ліжок. Так, наприклад, показники діяльності стаціонарів вдома значно нижчі у Звенигородському, Кам'янському, Христинівському, Городищенському, Монастирищенському, Уманському районах та у містах Умань, Черкаси (поліклініка №5). Недопрацьовують в цьому відношенні і денні стаціонари окремих ЛПУ. Так, при середньому по області показнику пролікованих на 10 тисяч дорослого населення 952, менше в м. Сміла (591), м. Умань (618), поліклініці №4 м. Черкаси (755), Монастирищенському (773), Кам'янському (769) і Лисянському (802) районах.

В області розгорнуто 1417 (2015р. – 1552) загальнотерапевтичних ліжок з урахуванням 180 ліжок у обласних закладах (з них – 10 ліжок у ДЛ, 2015р. – 72), що свідчить про значне скорочення ліжок в ЛПУ області, у т.ч. в дільничних лікарнях за рахунок їх реорганізації в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини. Слід відмітити, що ліжка, які залишились у дільничних лікарнях (у т.ч. реорганізованих) за відсутності нормальної матеріальної бази (діагностичної та лікувальної) будуть і надалі виконувати роль соціальних ліжок.

Незважаючи на скорочення терапевтичних ліжок, яке в області продовжується впродовж останнього часу, забезпеченість терапевтичними ліжками в багатьох містах і районах залишається вище середньообласного показника 13,7 на 10 тисяч дорослого населення (2015р. – 15,0), а саме: в м. Сміла (19,3), Христинівському (19,0), Монастирищенському (17,9), Лисянському (17,8), Черкаському (17,0), Смілянському (16,7), Драбівському (16,6), Кам'янському (16,4), Чорнобаївському (16,1) районах.

При цьому у деяких районах терапевтичне ліжко у звітному періоді було перевантажене, що свідчить про високий рівень госпіталізації населення. Так, при середній зайнятості терапевтичного ліжка по області 331 (2015р. – 327) понад

норматив спрацювали ліжка у Звенигородському (403), Смілянському (367), Уманському (353) районах і м. Черкаси (358), та водночас недопрацювали в Корсунь-Шевченківському (272), Шполянському (273), Драбівському (275), Канівському (293), Монастирищенському (310), Тальнівському (307), Городищенському (306) районах і м. Умань (311).

Середня тривалість лікування хворих на терапевтичних ліжках по області становила 9,7 дня (у т.ч. по містах – 9,0; по районах – 9,4); 2015 р. – 9,9 дня; більше обласного – у Монастирищенському (11,9), Черкаському (11,1), Драбівському (10,6), Чигиринському (10,3), Маньківському (10,0), Лисянському (9,8), Шполянському (9,8) районах і м. Сміла (9,9).

Кадрова проблема негативно вплинула на якісні показники роботи. Так, кількість диспансерних хворих на 1 терапевта, який веде прийом, в області становить 1537. Значно менший показник у Маньківському, Канівському, Лисянському, Тальнівському, Уманському районах і найменший – у Смілянському.

Кадрові проблеми терапевтичної служби негативно позначилась на процесі раннього виявлення візуальних форм онкологічних захворювань та сприяли збільшенню числа запущених випадків онкопатології легеневої і шлунково-кишкової локалізації.

Залишається проблемою диспансеризація та виявлення цукрового діабету (ЦД). При обласному показнику загальної захворюваності дорослого населення – 470,0 на 10 тисяч відповідного населення (2015р. – 458,5) значно менше виявляється дана патологія в містах Ватутіне (374,7), Умань (425,9), а також Монастирищенському (417,4), Черкаському (437,4), Катеринопільському (438,8), Канівському (439,0) та Христинівському (445,4) районах. Ускладнення ЦД на ранніх стадіях (діабетичні ретинопатії, нефропатії, ангіопатії) виявляються недостатньо: при обласному показнику виявлених ЦД з ускладненнями – 6,7 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 7,1), у Чорнобаївському районі (0), м.Умань (0,6), Тальнівському (0,7), Черкаському (1,5) та Кам'янському (1,7) районах. Захворюваність діабетом з ураженнями нирок у звітному періоді збільшилась до 0,8 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 0,6), водночас у Драбівському, Жашківському, Канівському, Кам'янському, Лисянському, Монастирищенському, Тальнівському, Черкаському та Чорнобаївському районах взагалі не виявлено жодного випадку, що може свідчити про незадовільну ранню діагностику. Тобто, діабетичні нефропатії виявляються лише на пізніх стадіях хронічної ниркової недостатності, коли виникає необхідність у проведенні дороговартісного гемодіалізу.

Спостерігається також зростання числа хворих з наявністю пізніх ускладнень ЦД. Так, показник первинної захворюваності діабетичною гангrenoю по області зріс з 0,6 в 2015 році до 0,7 в 2016 році. Загальна захворюваність діабетичною гангrenoю залишилась на тому ж рівні – 1,1 на 10 тис. дорослого населення. Значно вищий показник зареєстровано в Звенигородському районі – 4,1, Катеринопільському – 3,6, Шполянському – 2,5, Канівському – 2,2, Лисянському – 2,0 та м. Ватутіне – 3,3.

Загальна захворюваність діабетичною катарактою по області зменшилась з 8,6 на 10 тис. дорослого населення в 2015 році до 8,2 – в 2016 р., тоді як в Жашківському районі – 14,6, Городищенському – 15,6, Золотоніському – 17,2, Звенигородському – 18,8, Чорнобаївському – 20,2.

Причинами такого становища є недостатній контроль за рівнем цукру крові, повільний характер впровадження сучасних технологій оцінки стану компенсації ЦД, наприклад визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, пізній перехід на лікування інсуліном тощо.

Хвороби органів дихання – з року в рік прослідковується їх гіподіагностика, що призводить до зростання смертності та інвалідності.

Недостатньо виявляються хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), так при обласному показнику загальної захворюваності дорослого населення – 77,8 (2015 р. – 78,8), в Черкаському районі – 41,4, Чорнобаївському – 44,1, Катеринопільському – 51,9, Кам'янському – 53,7, Канівському – 56,9.

Це в повній мірі стосується і бронхіальної астми, при обласному показнику загальної захворюваності дорослого населення – 55,8 (2015р. – 55,5) в Смілянському (32,7), Маньківському (34,4), Христинівському (43,6), Лисянському (43,7), Шполянському (50,0) та Черкаському (50,7) районах.

Серед дорослих первинна захворюваність на виразку шлунку та 12-палої кишки становила – 13,3 (2015р. – 15,3); недостатнє виявлення в Монастирищенському районі (4,6), Лисянському (6,6), Чигиринському (6,8), Тальнівському (9,3), Городищенському (9,0), Маньківському (10,5) та м. Сміла (9,0). Залишається проблема ендоскопічної біопсії і виявлення *Helicobacter – Piloni*.

Хвороби кістково-м'язової системи: в 2016 році підвищилось виявлення подагри, що є позитивним, бо гіперурикемія є самостійним фактором розвитку ССЗ, так при обласному показнику первинної захворюваності в 2015р. – 2,2, підвищилось до – 2,3, значно нижче – в м. Умань (0,3), Тальнівському (0,4), Драбівському (0,7), Монастирищенському (1,0), Канівському і Маньківському (1,3), Христинівському (1,4) районах.

Виявлення ревматоїдного артрити в області також недостатнє, при обласному показнику первинної захворюваності – 1,4 (2015р. – 1,6), а в м. Умань (0,6), м. Ватутіне (0,7), Тальнівському районі (0), Смілянському (0,4), Канівському (0,8), Чорнобаївському (0,9), Драбівському (1,0) .

При досить високому показнику виявлення гіпертонічної хвороби, продовжує страждати діагностика САГ (симптоматичної артеріальної гіпертензії), при обласному показнику загальної захворюваності – 81,9, (2015р. – 74,5), в Канівському (36,7), Жашківському (33,6), Черкаському (27,8), Христинівському (21,1), Маньківському (24,8) районах, і ще менше у містах Умань (4,2), Черкаси (19,3) та Ватутіне (26,6).

Висновки:

1.Залишається серйозною проблема з укомплектуванням посад лікарів терапевтичної служби на рівні ПМСД, що негативно впливає на більшість показників стану здоров'я населення.

2.В окремих районах має місце надлишок терапевтичних ліжок, які недостатньо функціонують і потребують оптимізації.

3.В багатьох районах відмічається високий рівень інсультів в працездатному віці, в тому числі при гіпертонічній хворобі.

Кардіологічна служба

Значна роль у формуванні здоров'я населення України і Черкащини зокрема належить хворобам системи кровообігу. Вони є основною причиною непрацездатності та передчасної смертності населення.

Хвороби системи кровообігу (ХСК) є найбільш поширеною патологією у структурі загальної захворюваності дорослого населення і у 2016 році цей клас хвороб склав 36,46% (2015р. – 37,4%). Провідне місце ХСК займають в структурі первинної інвалідності – 25,7% (2015р. – 24,4%).

Загальна захворюваність в цілому по класу ХСК зменшилась до 6572,8 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 6791,6; Україна – 6368,5).

У структурі поширеності ХСК серед дорослого населення на першому місці – гіпертонічна хвороба (ГХ) всі форми – 47,5%, на другому – ішемічна хвороба серця (ІХС) – 36,5%, на третьому – цереброваскулярна патологія – 9,3%.

Захворюваність на інфаркт міокарда в 2016 році дещо збільшилась і становить – 15,6 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 15,2; Україна – 12,1), що свідчить про покращення виявлення даної патології в області. Серед осіб працездатного віку цей показник становить – 5,3 на 10 тисяч працездатного населення (2015р. – 5,7; Україна – 5,1).



Кількість зареєстрованих хворих на інфаркт міокарда в абсолютних цифрах: всього 1616 (2015р. – 1589), у працездатному віці – 371 (2015р. – 408).

Захворюваність на інсульти складає 3832 випадки (2015р. – 3722), показник на 10 тис. дорослого населення – 37,0 (2015р. – 35,7; Україна – 27,4), у т.ч. захворюваність інсультами на тлі ГХ – 16,7 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 14,8 Україна – 15,5).



У працездатному віці кількість інсультів (усі форми) збільшилась до 725 (2015р. – 714), показник захворюваності – 10,3 на 10 тис. працездатного населення (2015 р. - 10,0; Україна – 9,8). Захворюваність інсультами, у т.ч. з гіпертонічною хворобою зросла до 4,4 на 10 тис. працездатного населення (2015р. – 4,2; Україна – 4,7).

Потребує детального вивчення значне коливання показників поширеності та захворюваності населення на ХСК в різних районах області. Наприклад, при середній поширеності інфаркту міокарда в області 15,6 на 10 тис. дорослого населення в Уманському районі – 20,0, а в Драбівському – 9,6. Низький показник свідчить про гіподіагностику інфаркту міокарда.

Показник інвалідності від ХСК підвищився і складає 10,6 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 9,6; Україна – 8,8), у працездатному віці – 10,8 на 10 тис. працездатного населення (2015р. – 9,8; Україна – 8,6).

Впродовж звітної періоду кількість спеціалізованих ліжок в області зменшилась у порівнянні з 2015 роком і складає: кардіологічних – 434 (470), кардіохірургічних – 25. Забезпеченість кардіологічними ліжками становить – 3,5 на 10 тис. населення, кардіохірургічними – 0,2.

Кількість штатних посад лікарів-кардіологів залишилась майже на рівні минулого року 97,25 (2015р. – 97,75); зайнятих посад - 88,0; фізичних осіб – 74.

Актуальною проблемою в ЛПЗ області залишається виділення повних посад лікарів-кардіологів і укомплектування їх фізичними особами. Так, в Жашківському, Черкаському, Чигиринському та Чорнобаївському районах виділено по 0,5 посади, в Лисянському – 0,25. У Жашківському, Корсунь-Шевченківському, Христинівському, Черкаському та Чорнобаївському районах посада лікаря-кардіолога не зайнята. У Городищенському, Драбівському, Кам'янському, Канівському, Смілянському, Уманському районах виділено по 1,0 посаді, проте зайнято по 0,5 сумісниками.

Важливе місце в етапності надання екстреної медичної допомоги хворим з гострими серцево-судинними захворюваннями займає служба екстреної медичної допомоги. На цьому етапі надання медичної допомоги в районах працюють переважно фельдшерські бригади. Існують проблеми з проведенням догоспітального тромболізу фельдшерськими бригадами, що погіршує надання медичної допомоги хворим з STEMI (стійкою елевациєю сегмента ST). Тому підготовку фельдшерів, лікарів ЕМД з питань ургентних кардіологічних станів необхідно проводити на постійній основі з тестовою перевіркою знань кожного року.

У Черкаському обласному кардіологічному центрі (ЧОКЦ) щорічно проводяться курси з актуальних питань кардіології, інтенсивної терапії та ЕхоКГ. Так, у 2016 році 25 фахівців (терапевти, кардіологи, лікарі ультразвукової діагностики, загальної практики-сімейної медицини) підвищили свою кваліфікацію протягом 6 днів на базі закладу.

Проблемним питанням залишається дотримання стандартів надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю в зв'язку з недостатнім оснащенням ЛПЗ області. Так, через недостатнє матеріально-технічне забезпечення не у всіх закладах вторинної ланки визначаються ліпідний спектр, показники системи згортання крові, виконуються велоергометрія, ЕхоКГ, холтерівське моніторування ЕКГ та АТ для діагностики хвороб системи кровообігу.

Одним із важливих питань кардіологічної служби є надання своєчасної медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда. Кількість зареєстрованих хворих на інфаркт міокарда – 1616 (2015р. – 1589), зокрема в працездатному віці – 371 (2015р. – 408). Госпіталізовано в стаціонари в першу добу від початку хвороби 875 хворих або 54,1% та проведена тромболітична терапія 194 хворим (2015р. – 267), що склало лише 20,0% (2015р. – 27,3%).

Проведення тромболітичної терапії при гострому інфаркті міокарда (ГІМ) впроваджено у всіх міських та районних лікарнях, проте відсутність своєчасної діагностики протягом перших 3-6-ти годин захворювання не дозволяє ефективно застосовувати процедуру тромболізу більшості хворим. У звітному році зменшилась кількість догоспітальних тромболізисів – 66 проти 123 у минулому році, що становить лише 34% від усіх випадків проведення тромболітичної терапії.

В області продовжується впровадження черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ) при гострому коронарному синдромі (ГКС) відповідно до вимог наказу ГУОЗ та МК ОДА від 23.06.2011 № 386. Впродовж 2016 року в ЧОКЦ проліковано з приводу ГКС 584 хворих (2015р. – 541), із них 446 (2015р. – 412) хворим проведено стентування коронарних артерій, в тому числі 301 хворому зі STEMI, 22 хворим виконано ургентне та планове аорто-коронарне шунтування (АКШ). Летальність хворих з ГКС склала 2,4%.

Більш активно запрацювала служба швидкої медичної допомоги в плані доставки хворих з ГКС до ЧОКЦ. Видано накази ДООЗ ОДА від 01.12.2014 №94 та від 25.09.2015 № 60 «Про заходи щодо забезпечення надання догоспітальної допомоги пацієнтам області на ГКС», що покращило надання допомоги при

гострому коронарному синдромі. Активно працюють лікарі вторинної ланки, забезпечуючи супровід хворих з ГКС до ЧОКЦ, посилюючи фельдшерські бригади ЕМД. На належному рівні проводиться робота в м.Умань, Канівському, Шполянському, Катеринопільському районах, незадовільно – у Золотоніському, Корсунь-Шевченківському, Лисянському, Маньківському та Чигиринському районах.

В ЛПЗ області ведеться систематична робота в напрямку розширення діагностичних досліджень кардіологічних хворих на виявлення дисліпідемій, проте існують певні труднощі у цьому питанні на рівні районних лікарень, особливо серед сільського населення.

В обласних медичних установах запроваджені та успішно використовуються кардіохірургічні методи лікування хвороб системи кровообігу. Впродовж 2016р. в області виконано 1143 (2015р. – 1042) хірургічні втручання на серці, з них: 1061 (2015р. – 963) – проведено в ЧОКЦ, 64 - в обласній лікарні та 8 ургентних операцій (імплантації кардіостимуляторів) зроблено серцево-судинними хірургами ЧОКЦ за викликами ЛПУ міст та районів (2015р. – 7).

В 2016 році в ЧОКЦ проліковано з приводу ГКС 584 хворих, 419 хворим проведено ЧКВ (стентування, ангіопластика) протягом 24 годин від початку захворювання, із них 271 хворий зі STEMI.

Летальність хворих з ГІМ по області зросла до 10,8% проти 9,54% у 2015р. Летальність хворих з ГІМ в ЧОКЦ склала 3,2 % (2015р. – 2,87%, Україна – 14,1%).

З 2016 року в Україні запроваджено пілотний проект «Регіональна реперфузійна мережа в дії» по наданню медичної допомоги хворим з ГКС на сучасному рівні із запровадженням механічної реперфузії міокарду. Проект передбачає збільшення обсягів черезшкірних втручань хворим з ГКС.

В ЧОКЦ виконано 144 операції на відкритому серці (2015р. – 161), із них 105 (2015р. – 91) – АКШ, 31 – клапанна хірургія, при цьому післяопераційна летальність склала 0,7% (2015р. – 1,1%).

Виконано коронаровентрикулографій – 1360 (2015р. – 1205); простентовано хворих – 537 (2015р. – 476); імплантовано стентів – 580 (2015 р. – 568); проведено імплантацій штучних водіїв ритму – 195 (2015р. – 165), з них 8 – при виїздах в райони; електрофізіологічних втручань – 28 (2015р. – 43).

Післяопераційна летальність у цілому по ЧОКЦ склала 1,03% (2015р. – 1,2%).

В 2016 році із бюджетних коштів було виділено 2274,6 тис.грн. на придбання розхідних матеріалів для кардіохірургічних втручань, в т.ч. 965 тис.грн. – на кардіостимулятори. Повністю забезпечуються за рахунок бюджетних коштів хворі однокамерними кардіостимуляторами, оксигенаторами, клапанами, хворі з ГКС - стентами.

Фахівцями ЧОКЦ проводилася консультативна робота. У 2016 році в медичні установи усіх рівнів виконано 103 термінових консультативних виїзди (2015р. – 173), зокрема викликів кардіохірургів у ЛПЗ міст і районів області – 37 або 35,9% (2015р. – 45 та 40,9% відповідно), під час яких проведено 8 ургентних операцій з приводу імплантації тимчасових водіїв ритму.

За 2016р. санаторний етап реабілітації пройшли 129 хворих (2015р. – 130).

В лікувально-профілактичних закладах у хворих на фібриляцію передсердь поруч із застосуванням «Варфарину» почали активно запроваджувати НОАК (нові пероральні антикоагулянти), одночасно активізується робота лабораторних відділень, зокрема у 12 районах області запроваджено визначення показника Міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ).

У ЧОКЦ і окремих ЛПЗ області налагоджено визначення біохімічних кардіомаркерів (Тропоніну) при гострому коронарному синдромі, у 2015 році проведено визначення тропоніну 675 хворим (2015р. – 703).

В ЧОКЦ продовжується впровадження пілотного проекту по інформатизації високоспеціалізованої кардіологічної та кардіохірургічної допомоги – локальної інформаційної системи «Доктор Елекс». В практичну діяльність структурних підрозділів ЧОКЦ впроваджено близько 30 програмних продуктів. Здійснюються заходи щодо вдосконалення автоматизованих програм збору та обробки медико-статистичної інформації, обігу медикаментів та розхідних матеріалів.

В травні 2016 року на базі ЧОКЦ кафедрою комп'ютерних наук та інформаційних технологій управління ЧДТУ була проведена міжнародна конференція з питань інформатизації лікувально-діагностичного процесу.

У 2016 році було заплановано 30 впроваджень нових методів діагностики та лікування, які повністю виконано, із них: інформатизація надання високоспеціалізованої кардіологічної та кардіохірургічної медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями в ЧОКЦ; впровадження Уніфікованих клінічних протоколів та розробка локальних протоколів ЧОКЦ з надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим з ГКС без елевації сегменту ST, фібриляцією передсердь, артеріальною легеневою гіпертензією, профілактики серцево-судинних захворювань; запровадження пластики дефектів МПП з використанням аутозаплат; ретро і антеградна кардіоплегія при аномально розташованих коронарних судинах; бімаммарне шунтування при вираженому кальцинозі аорти; застосування внутрішньоаортальної балонної контрпульсації при серцевій слабкості та інфаркті міокарда та інші.

На 2017 рік заплановано 31 впровадження, в тому числі:

Подальша робота над впровадженням локальних протоколів, зазначених вище. Застосування ВАБК (внутрішньоаортального балонного контрпульсатора) для лікування хворих з інфарктом міокарда, ускладненим кардіогенним шоком; пластика трикуспідального клапану кільцем Carpentier; подовження терміну призначення подвійної антиагрегантної терапії після перенесеного інфаркту міокарда пацієнтам з високим тромбоемболічним ризиком; застосування препарату «Ранекса» у пацієнтів зі стабільною стенокардією; впровадження тредміл-тесту; використання обтураційного пристрою після видалення балону внутрішньоаортальної контрапульсації з метою профілактики артеріальної кровотечі; інтервенційні методи діагностики та лікування хворих з ГКС внаслідок уражень коронарних венозних шунтів та інші.

Завданнями кардіологічної служби області є виконання стандартів надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги на всіх рівнях надання медичної допомоги відповідно до уніфікованих клінічних протоколів ГКС з елевацією сегмента ST, без елевації сегмента ST, при фібриляції передсердь,

стабільній ІХС, артеріальній легеневій гіпертензії та ін., збільшення кількості догоспітальних тромболізисів та ЧКВ. Крім того, заплановано збільшення обсягів кардіохірургічних втручань, коронарорентрикулографій, стентувань коронарних артерій, проведення ЧКВ при ГКС, забезпечення фізіологічної електрокардіостимуляції, в тому числі 2-камерними водіями ритму, запровадження транскатетерного закриття дефектів міжпередсердної та міжшлуночкової перетинки.

Хірургічна служба

Хірургічна допомога населенню Черкаської області надається в основному на базі загальнохірургічних відділень міських та центральних районних лікарень, а також на базі хірургічних відділень Черкаської обласної лікарні та обласної дитячої лікарні.

Мережа хірургічної служби

Забезпеченість загальнохірургічними ліжками в області за останній час залишається сталою і в 2016 році склала 673 ліжка або 5,4 (2015р. – 5,75, Україна – 5,5) на 10 тис. населення.

Забезпеченість ліжками міського населення становить 4,1 або 186 ліжок (2015р. – 3,79) на 10 тис. відповідного населення, по адмінрайонах цей показник був вищим – 457 або 5,8 (2015р. – 6,12) на 10 тис. населення.

Вище середньорайонного показника кількість загальнохірургічних ліжок у Кам'янському (7,26), Драбівському (7,0), К-Шевченківському (6,94), Черкаському (6,92), Городищенському (6,64) та Смілянському (6,16) районах.

У м. Ватутіне забезпеченість загальнохірургічними ліжками склала 6,90 на 10 тис. населення, у м. Сміла – 6,66.

Нижче середньорайонного показника кількість загальнохірургічних ліжок у Христинівському (4,25), Катеринопільському (4,51), Уманському (4,66), Чорнобаївському (4,86), Лисянському (5,05) та Звенигородському (5,17) районах.

Робота хірургічного ліжка по області в 2016 році покращилась, але і надалі залишається низькою і складає 329 днів при показнику середнього перебування на ліжку – 8,96 (2015р. – 318 та 8,97 відповідно, Україна – 314,9 – 9,35).

Значно нижчим за обласний рівень є робота ліжка в м. Ватутіне (243) та Драбівському районі (267), К-Шевченківському (283), Тальнівському (289), Смілянському (294) районах.

З переваантаженням працювало хірургічне ліжка в Уманській (410), Звенигородській (402) та Канівській (375) ЦРЛ.

Найвищий показник середнього перебування на ліжку у Канівському (11,99), Чорнобаївському (10,87) та Драбівському (10,05) районах – обласний показник 8,96 (2015р. – 8,97).

Кадрове забезпечення

На кінець 2016 року в Черкаській області працювало 188 лікарів-хірургів (2015р. – 195) на 243,5 штатних посадах, в т.ч. у міських ЛПЗ – 73, ЦРЛ – 93, обласних ЛПЗ – 22.

Забезпеченість лікарями-хірургами по області становить 1,96 на 10 тис. населення, по містах – 1,94, по районах – 1,61.

Вище середньообласного рівень забезпеченості хірургами в м.Сміла (2,22 на 10 тис. населення) з урахуванням кадрів МСЧ №14 та залізничної лікарні.

Нижче середньообласного – в Уманському (0,70), Монастирищенському (1,17), Маньківському (1,26) та Золотоніському (1,34) районах.

Укомплектованість штатних посад лікарів-хірургів фізичними особами складає 77,21% (2015р. – 79,11).

Питома вага хірургів пенсійного віку серед усіх хірургів залишається на рівні минулого року – до 31,0% (2015р. – 30,9%).

Всі лікарі-хірурги, які підлягали атестації, пройшли вчасно курси підвищення кваліфікації та стовідсотково проатестовані.

Стационарна хірургічна допомога

За 2016 рік в усіх хірургічних стаціонарах області було проведено 66437 операцій, або 536,1 на 10 тис. населення, що на 0,77% менше, ніж в попередньому році (2015 рік – 66949, або 536,4 на 10 тис. населення, Україна – 480,93 – 528,04).



Показник хірургічної активності по області залишився на рівні минулого року і склав 50,7% (2015р. – 50,3). Прослідковуються тенденції до підвищення показника за останні три роки.

Вищий від середньообласного показник хірургічної активності в обласному онкологічному диспансері (95,7%), обласній лікарні (69,5%), в ЛПЗ м. Черкаси (53,5%), а також в Золотоніському (58,6%) та Уманському (58,3%) районах.

Нижче середнього показника по області відмічається оперативна активність ЦРЛ Лисянського (32,7), Драбівського (33,1), Катеринопільського (33,7) та Смілянського (34,5) районів.

Загальний показник післяопераційної летальності в 2016 році склав 0,54%, що відповідає показнику по Україні (2015 рік – 0,54%, Україна 0,54%). По містах він був значно вищим – 0,75%, по районах – 0,41%.

Високим показник післяопераційної летальності зареєстровано в хірургічних відділеннях Жашківського (1,55%), К-Шевченківського (0,85%), Драбівського (0,83%) районах та в м.Черкаси (0,87%).

Низький рівень показника в відділеннях Чигиринського (0%), Черкаського (0,08%), Кам'янського (0,11%) та Христинівського (0,11%) районів.

Розподіл втручань по нозологічних формах складає:

Ран-гове місце	Найменування операцій	2015		2016		2015	2016	2015	2016
		Абс.	%	Абс.	%	Померло прооперованих		Післяопераційна летальність	
	Всього	66949	100	66437	100,0	361	362	0,54	0,54
1	в т.ч.операції на шкірі, підшкірній клітковині	11249	16,8	10768	16,2	19	20	0,17	0,19
2	Операції на жіночих статевих органах	10195	15,2	10038	15,1	2	1	0,02	0,01
3	Операції на органах травлення та черевної порожнини	9636	14,4	9774	14,7	177	172	1,84	1,76
4	Операції на кістково-м'язовій системі	9050	13,5	9332	14,0	48	39	0,53	0,42
5	Акушерські операції	6192	9,2	5716	8,6	1	2	0,02	0,03
6	Операції на органах вуха, горла, носа	5669	8,5	5438	8,2	2	1	0,04	0,02
7	Операції на органах зору	4131	6,2	4329	6,5				
8	Інші операції	3439	5,1	3265	4,9	2	3	0,06	0,09
9	Операції на нирках і сечоводах	955	1,4	1222	1,8	7	10	0,73	0,82
10	Операції на серці	1044	1,6	1143	1,7	14	15	1,34	1,31
11	Операції при непухлин. захворюваннях прямої кишки	1067	1,6	1029	1,5	1		0,09	
12	Операції на молочній залозі	909	1,4	980	1,5				
13	Операції на судинах	1022	1,5	906	1,4	8	7	0,78	0,77
14	Операції на нервовій системі	856	1,3	903	1,4	57	64	6,66	7,09
15	Операції на передміхуровій залозі	699	1,0	808	1,2	8	5	1,14	0,62
16	Операції на органах дихання	674	1,0	627	0,9	15	22	2,23	3,51
17	Операції на ендокринній системі	162	0,2	159	0,2		1		0,63

Загальну кількість операцій по класу хвороб органів травлення складають втручання:

	2015		2016	
	Абс.	%	Абс.	%
Всього втручань на органах травлення	9636	100	9774	100
з них: операції з приводу незащ. грижі	2927	30,4	2841	29,1
гострого апендициту	2282	23,7	2157	22,1
холецистектомії при хр. холециститах	1153	12,0	1426	14,6
в т.ч. при жовчнокам'яній хворобі	1120		1396	
гострому холециститі	638	6,6	565	5,8
защемленої грижі	294	3,0	338	3,5
операції на шлунку з приводу виразк. хв.	382	4,0	328	3,4
в т.ч. проривна виразка шлунку та 12 пк	219		229	
гостра непрохідність кишок	142	1,5	194	2,0
операції на підшлунковій залозі	53	0,5	64	0,7

З 9774 хворих, прооперованих на органах травлення, померло 172 особи, показник післяопераційної летальності по області склав 1,76%. Середньоміський рівень післяопераційної летальності був вищим за обласний і склав 1,86%.

Планова хірургічна допомога

Рівень планової хірургічної допомоги населенню області оцінюється по таких двох її важливих напрямках роботи, як планове оздоровлення хворих на жовчно-кам'яну хворобу (далі – ЖКХ) та хронічний калькульозний холецистит, а також планове оздоровлення килоносіїв.

В 2016 році в плановому порядку в ЛПЗ області було виконано 1426 холецистектомій (2015р. – 1153 або 9,24), що склало 11,51 операції на 10 тис. населення. В міських ЛПЗ області цей показник був вищим (14,67), в районних – 7,12.

Показник післяопераційної летальності при плановій холецистектомії в 2016 році на рівні минулого року і складає – 0,1%.

Традиційно високим в області є рівень планового оздоровлення килоносіїв. В 2016 році було виконано 2841 килосічень в плановому порядку, що склало 22,9 операцій на 10 тис. населення (2015р. – 2928 або 23,45 на 10 тис. населення).

Невідкладна хірургічна допомога

За 2016 рік до хірургічних відділень по дев'яти невідкладних станах було госпіталізовано 5381 хворих, що на 98 осіб менше, ніж у 2015 році.

З всіх госпіталізованих хворих з невідкладними станами 4056 або 75,4% було прооперовано (2015р. госпіталізовано 5479 хворих, прооперовано 76,4%).

Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару, за звітний період

Найменування операцій	Доставлено хворих у стаціонар (кількість)					
	не оперо- вано	з них померло		оперо- вано	з них померло	
	Абс.	Абс.	%	Абс.	Абс.	%
Гостра непрохідність кишок	29			194	6	3,09
Гострий апендицит	3			2157		
Проривна виразка шлунка та 12-палої кишки				229	3	1,31
Шлунково-кишкова кровотеча	570	8	1,4	58	2	3,45
Защемлена грижа	6			338		
Гострий холецистит	135			565	1	0,18
Гострий панкреатит	482	9	1,9	55	10	18,18
Позаматкова вагітність	20			260		
Травми внутр. органів грудної, черевної порожнини, таза	80	6	7,5	200	9	4,50
Разом	1325	23	1,7	4056	31	0,76

В той же час кількість хворих, які були госпіталізовані після 24 годин від початку захворювання, зменшилась і показник задавненої госпіталізації в 2016 році склав 30,5% проти 38,4% в 2015 році.

Показник задавненої госпіталізації сформувався, в основному, за рахунок міських хворих, які були госпіталізовані після 24 годин від початку захворювання.

Із загальної кількості прооперованих при невідкладних станах після втручань помер 31 хворий (показник післяопераційної летальності при гострій хірургічній патології по області збільшився до 0,76% проти 0,74% в 2015 році).

Аналіз оперативних втручань основних невідкладних станів.

Гострий апендицит.

В 2016 році в ЛПЗ Черкаської області було госпіталізовано 2160 хворих на гострий апендицит (2015р. – 2289).

Аналіз динаміки захворюваності за останні 5 років свідчить про зменшення кількості хворих.

2012	2013	2014	2015	2016
2785 хворих	2450 хворих	2368 хворих	2289 хворих	2160
21,80 на 10 тис.	19,36 на 10 тис.	18,95 на 10 тис.	18,27 на 10 тис.	17,43 на 10 тис.

В Україні захворюваність на гострий апендицит в 2015 році склала 13,95 на 10 тис. населення (2014р. – 14,48).

Найвищим рівень захворюваності на гострий апендицит традиційно реєструється в Золотоніському районі – 29,71 на 10 тис. населення.

Вище середньообласного показника рівень захворюваності в Жашківському – 17,54 на 10 тис. населення.

Найнижчі показники в Чигиринському – 4,09 та Уманському районах – 5,83.

Відсоток задавненої госпіталізації гострого апендициту по області склав 24,5% (2015р. – 29,6%, Україна – 23,0%).

Звертає увагу, що найвищим показник задавненої госпіталізації є в м. Черкаси – 42,7%, в той же час як середньорайонний показник в 2016 році склав 19,48%. Таким чином, високий показник задавненої госпіталізації в області, як і в минулі роки, сформувався в основному за рахунок показника обласного центру.

Не оперовались 3 хворих з гострим апендицитом (апендикулярні інфільтрати). Випадків смерті серед хворих на гострий апендицит за останні роки в області не зареєстровано.

Проривна виразка шлунку та 12-палої кишки.

Всього за 2016 рік до хірургічних стаціонарів Черкаської області було госпіталізовано 229 хворих (2015р. – 223) на проривну виразку, що на 6 хворих більше, ніж за 2015 рік, і рівень захворюваності склав 1,85 на 10 тис населення, як і в 2015 році, при показнику в Україні 1,48 на 10 тис. населення.

Вище середнього обласного показника на 10 тис. населення захворюваність у Смілянському – 5,54, Уманському – 3,73 та Звенигородському – 3,15 районах.

Нижче обласного показника рівень захворюваності на 10 тис. населення в Катеринопільському – 0,41, Чигиринському – 0,74, Лисянському – 0,84 та Чернобаївському – 0,97 районах.

Показник задавненої госпіталізації в області в 2016 році склав 18,77% проти 2015р. – 17,65% (Україна 2015р. – 18,6%).

Необхідно зазначити, що серед хворих, які лікувались в ЦРЛ, цей показник був значно нижчим, а саме 15,9%, а серед ЛПУ міст – 24,0%.

Найвищим показник задавненої госпіталізації є в м. Черкаси – 31,4%. В абсолютних цифрах це виглядає більш наглядно: з 51 хворого, які були госпіталізовані з приводу проривної виразки, в ЛПУ м. Черкаси 16 поступили через 24 години з моменту захворювання.

Випадки смерті серед хворих, які були прооперовані з приводу проривної виразки в 2016 році, мали місце в обласному центрі – 3 померлих.

Показник післяопераційної летальності при проривній виразці по області за 2016 рік склав 1,31% проти 2015р. – 3,2 (Україна 2015р. – 3,96%).

Гострі кишково-шлункові кровотечі.

За минулий 2016 рік в Черкаській області відмічено значне підвищення рівня захворюваності на таку форму ускладнення виразкової хвороби, як гострі кровотечі (далі ГКШК).

До хірургічних стаціонарів області було госпіталізовано 628 хворих, захворюваність на ГКШК склала 5,07 на 10 тис. населення, (показник по Україні 2015р. – 4,5 на 10 тис. населення).

В динаміці за останні п'ять років захворюваність тримається на високих рівнях, прослідковується чітке зростання показника:

	2012	2013	2014	2015	2016
Абс.	482	498	455	649	628
Показник на 10 тис. населення	3,9	3,65	3,64	5,2	5,07

Вище середньообласного показника рівень захворюваності на 10 тис. населення в Кам'янському – 9,8, Смілянському – 8,9 районах та м. Ватутіне – 7,5.

Найнижчим цей показник був в Черкаському – (0,7 на 10 тис. населення), Золотоніському (1,8), Жашківському (2,2) районах.

Із 628 госпіталізованих з приводу ГКШК – 198 хворих поступили після 24 годин з початку захворювання і відсоток задавненої госпіталізації склав 31,5% від загальної кількості хворих на ГКШК при показнику в Україні в 2015р. – 36,8%.

Середньорайонний показник задавненої госпіталізації практично знаходиться на рівні показника України і складає 34,6%.

Високим був показник пізньої госпіталізації в Смілянському районі – 55,2% та в м. Черкаси – 37,4%.

Із 628 хворих на ГКШК прооперовано 9,2% або 0,47 на 10 тис. населення, (Україна 2015р. – 0,45 операцій на 10 тис. населення), оперативна активність склала 12,94%.

Із 570 не оперованих хворих померло 8 чоловік, показник летальності серед не оперованих хворих склав 1,40%.

Випадки смерті серед не оперованих хворих на ГКШК мали місце в м. Черкаси – 3 хворих, по одному у Ватутінській міській лікарні, Тальнівській, Городищенській ЦРЛ та 2 в обласному протитуберкульозному диспансері.

Із 58 прооперованих померло 2 хворих (м. Черкаси – 1, Маньківська ЦРЛ – 1), показник післяопераційної летальності по області при ГКШК склав в 2016 році 3,45% проти 1,19% в 2015 році (Україна 2015р. – 4,98%).

Защемлена кила.

За минулий 2016 рік до хірургічних стаціонарів Черкаської області госпіталізовано 344 хворих на защемлену килу, або 2,78 випадки на 10 тис. населення (Україна 2015р. – 2,53 на 10 тис. населення).

Необхідно відмітити, що за останні роки показник госпітальної захворюваності защемленої кили в Черкаській області постійно зростає.

	2012	2013	2014	2015	2016
Абс.	333	237	266	295	344
Показник на 10 тис. населення	2,6	1,89	2,09	2,36	2,78

Потребує уваги коливання показника. Так, середній районний показник захворюваності на защемлену килу склав 1,37 на 10 тис.населення, а середньоміський – 4,69.

Показник задавненої госпіталізації при защемленій килі по області значно перевищив аналогічний показник в Україні за 2015 рік – 28,5% проти 23,8% і це знову за рахунок надзвичайно високого показника в обласному центрі, який в 2016 році складав 37,9%. Показник задавненої госпіталізації серед районів області був на рівні середнього українського показника, а саме – 15,7%.

Гострий холецистит.

Торік до хірургічних стаціонарів Черкаської області госпіталізовано 700 хворих на гострий холецистит або 5,65 на 10 тис. населення (Україна 2015р. – 6,04 на 10 тис. населення).

Показник захворюваності в містах – 10,89 на 10 тис., а в районах цей показник був значно нижчим і складав 1,93 на 10 тис. населення.

Із загальної кількості госпіталізованих 19% хворих проліковані консервативно.

Прооперовано 565 чоловік, помер 1 хворий, показник післяопераційної летальності в області складав 0,18% (Україна 2015р. – 0,41%).

1 випадок смерті після операції з приводу гострого холециститу мав місце в м.Черкаси.

Гострий панкреатит.

Торік в області було госпіталізовано 537 хворих на гострий панкреатит або 4,33 на 10 тис. населення, в порівнянні з 2015р. – 4,01 (Україна 2015р. – 6,85).

Захворюваність міських жителів була значно вища, ніж в районах: по районах показник склав 2,10, по містах – 6,59 на 10 тис. населення.

Найвищий рівень захворюваності був зареєстрований в м. Черкаси – 9,94 на 10 тис. населення.

За останні три роки показник задавненої госпіталізації має тенденцію до зменшення рівня: 40,78%, 2015р. – 52,09%.

	2015	2016
Область	52,09%	40,78%
По районах	38,5%	36,97%
По містах	67,1%	42,62%
в т.ч. м. Черкаси	71,1%	45,0%

Із загальної кількості госпіталізованих консервативно проліковано 482 хворих, з яких померло 9 чоловік. Летальність серед не оперованих по області складала 1,87%.

Випадки смерті серед не оперованих мали місце в м. Черкаси – 2 хворих, в Золотоніському, К-Шевченківському та Канівському районах – по 1 хворому, в Черкаському районі – 2 хворих та 2 хворих в обласних закладах.

Прооперовано 55 хворих, померло 10 хворих, показник післяопераційної летальності по області склав 18,18%.

Випадки смерті оперованих хворих мали місце в м. Черкаси, Городищенському, Жашківському, Монастирищенському та Уманському районах – по 1 хворому, Золотоніському районі – 2 та в обласній лікарні 3 хворих.

Показник післяопераційної летальності в області значно перевищує показник по Україні, який складав в 2015р. – 13,06%.

Кількість прооперованих з приводу гострого панкреатиту на 10 тис. населення в області – 0,44, це значно менше показника по Україні (2015р. – 0,58), що може свідчити про більш виважений підхід при визначенні показань до оперативного лікування в області.

Травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини.

До хірургічних відділень області в 2016 році було госпіталізовано 280 постраждалих з політравмою, або 2,26 на 10 тис. населення, що приблизно відповідає показнику в Україні 2015р. – 2,33 на 10 тис.населення.

Після 24 годин з моменту отримання травми було госпіталізовано 95 хворих або 33,9%.

29% травмованих було проліковано консервативно, померло з не оперованих 6 чоловік – 7,5%.

Прооперовано 200 травмованих, померло після операції 9 хворих і показник післяопераційної летальності склав 4,5% (Україна 2015р. – 4,30%).

Завданнями для хірургічної служби в цілому є:

- зниження показників загальної та післяопераційної летальності в області, як після планових оперативних втручань, так і при гострій хірургічній патології;
- продовження роботи, спрямованої на планове оздоровлення хворих;
- посилення санітарно-освітньої роботи серед населення області щодо своєчасного звернення за медичною допомогою.

Педіатрична служба

Станом на 01.01.2017 року в області проживало 204 тис. дітей віком від 0 до 17 років включно.

Кадри педіатричної служби

Залишається особливо гострою кадрова ситуація, яка склалася в педіатричній службі області. На 31.12.2016 в області на 339,0 штатних посадах працювало 249 педіатрів (2015 рік – на 353,75 – 251 ф.о.). Укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 73,5% (2015 рік – 71,0%, Україна – 75,4%).

Найнижчі показники укомплектованості штатних посад фізичними особами відмічаються у Тальнівському (41,3%), Лисянському (47,0%) та Городищенському (58,3%) районах.

Кількість штатних посад педіатрів-неонатологів в області станом на 31.12.2016 року становила 60,25 (2015 рік – 59,25), фізичних осіб, як і в 2015 році – 43. Укомплектованість складає 71,4% (2015 рік – 72,6%, Україна – 77,3%). Відсутні фізичні особи педіатрів-неонатологів у Чорнобаївському, Уманському, Чигиринському та Шполянському районах.

Малюкова смертність

Оцінка діяльності закладів охорони здоров'я в області стосовно надання доступної та якісної медичної допомоги матерям та дітям здійснюється за рівнем та структурою (віковою, за причинами та місцем смерті) малюкової смертності і мертвонароджуваності відповідно до критеріїв визначення живонародженості та перинатального періоду, рекомендованих ВООЗ та наказами МОЗ України.

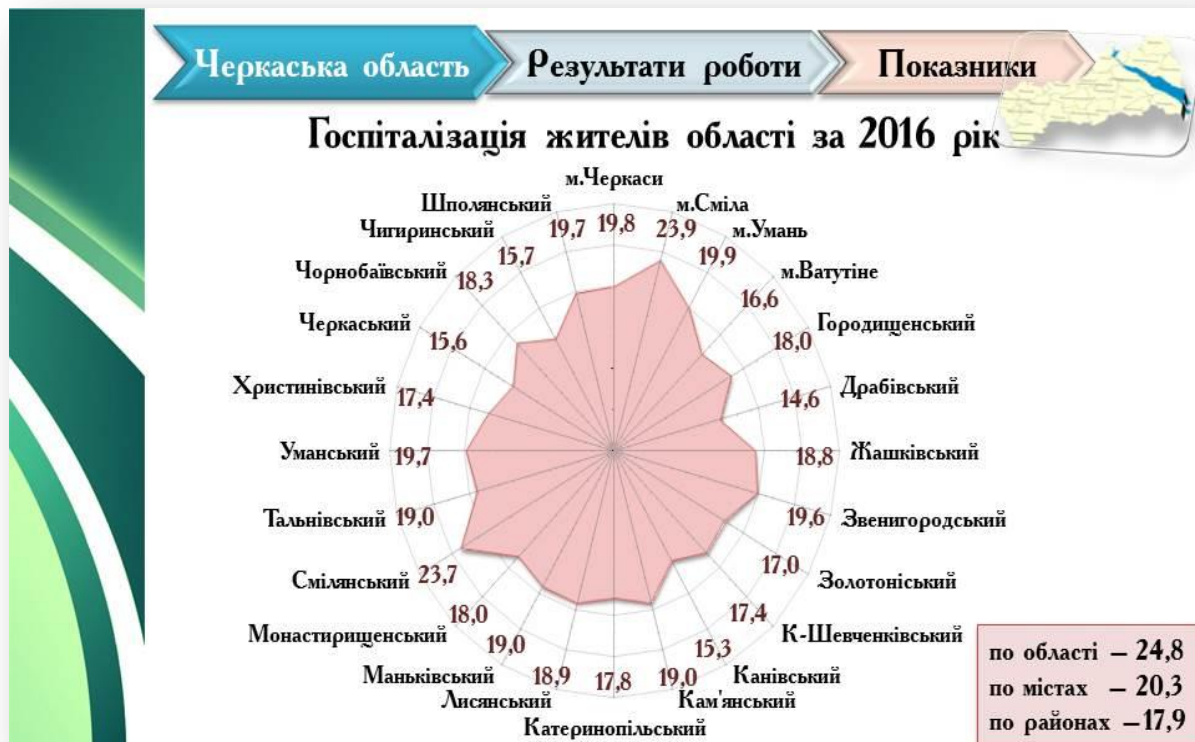
У 2016 році за даними обласного статистичного управління в області народилось 10 582 дитини, що на 926 дітей менше, ніж у 2015 році.

Показник смертності дітей віком до 1 року за оперативними даними в області за 2016 рік дещо збільшився і становить 8,4‰ (89 померлих дітей віком до 1 року) проти 7,5‰ (87 дітей) за 2015 рік (Україна – 7,9 ‰).

Зростання показника смертності дітей віком до 1 року відбулося в основному за рахунок неонатальної вікової групи.

	2014	2015	2016
Народилося живими	12351	11508	10582
Мертвонароджені (абс.)	46	58	43
показник на 1000 народжених живими та мертвими	3,8	5,0	4,0
Померло дітей у віці до 1 року (абс.)	109	87	89
показник на 1000 народжених живими	8,9	7,5	8,4
в т.ч. у віці 0-28 діб (абс.)	64	58	66
показник неонатальної смертності на 1000 народжених живими	5,2	5,0	6,2
з них у віці 0-6 діб (абс.)	48	43	48
показник ранньої неонатальної смертності на 1000 народжених живими	3,9	3,7	4,5
у віці 7-28 діб (абс.)	16	15	18
показник пізньої неонатальної смертності	1,3	1,3	1,7
у віці 28 діб до 1 року	45	29	23
показник постнеонатальної смертності	3,6	2,5	2,2
Перинатальні втрати (абс.)	94	101	91
показник перинатальної смертності на 1000 народжених живими та мертвими	7,6	8,7	8,6

За даними обласного статистичного управління найвищі показники малюкові смертності зареєстровані у м. Ватутіне (25,0%), м. Сміла (15,5%), Уманському (17,5%), Кам'янському (16,2%), Драбівському (15,3%), Городищенському (10,3%) та Золотоніському (10,1%) районах.



Кількість дітей віком до 1 року, які померли поза ЛПЗ у 2016 році, збільшилась до 10, що складає 11,2% від усіх померлих (2015 рік 7 дітей – 8,0%), із них 9 дітей – жителі сільської місцевості.

Недоношені діти

	2014	2015	2016
Народилося живими абс.	494	539	469
питома вага від усіх дітей	4,1%	4,8%	4,5%
з них померло абс.	40	44	46
питома вага від народжених недоношених дітей	8,1%	8,2%	9,8%
Виживаність	91,9%	91,8%	90,2%

Діти з масою тіла при народженні до 1000 г

	2014	2015	2016
Народилося живими абс.	22	22	17
питома вага від усіх дітей	0,18%	0,19%	0,16%
з них померло абс.	12	13	13
питома вага від народжених з масою тіла до 1000 г	54,5%	59,1%	76,5%
Виживаність	45,5%	40,9%	23,5%

За три останні роки зменшується кількість дітей в категорії 500-999 грам, які вижили, що ймовірно пов'язане із неналежним матеріально-технічним забезпеченням родопомічних закладів та недостатньо активною роботою виїзної реанімаційної бригади.

Структура смертності дітей віком до 1 року за причинами

	Причина смерті	2014	2015	2016
	Всього померло (абс.)	109	87	89
I	Стани, що виникають у перинатальному періоді	56 51,4%	54 62,1%	51 57,3%
II	Вроджені вади розвитку	25 22,9%	24 27,6%	23 25,8%
III	Зовнішні причини (нещасні випадки та травми)	9 8,3%	5 5,7%	4 4,5%
IV	Інфекційні та паразитарні хвороби	3 2,7%	1 1,2%	4 4,5%
V	Хвороби органів дихання (пневмонії)	4 3,7%	1 1,2%	3 3,4%
	Інші причини смерті	12 11,0%	2 2,2%	4 4,5%



Таким чином, серед причин смерті дітей до 1 року життя 83,1% складають захворювання, які є наслідком стану здоров'я матері та якості медичної допомоги матері продовж вагітності і пологів та новонародженій дитині (вроджені вади розвитку та стани, які виникають під час вагітності і пологів). Для вирішення цієї проблеми необхідно подальше впровадження в діяльність родопомічних закладів та відділень новонароджених дитячих стаціонарів сучасних перинатальних технологій, які дають змогу значно зменшити кількість не обґрунтованих

медичних втручань, збільшити питому вагу неускладнених пологів, забезпечити спільне перебування матері та дитини, зменшити рівень захворюваності та смертності новонароджених.

Досі у більшості районів не укомплектовані всі лікарські дільниці на селі, а сімейні лікарі не мають досвіду нагляду за дітьми, особливо раннього віку, цим і обґрунтовується високий відсоток малюкової смертності в сільській місцевості, особливо поза ЛПЗ, а в деяких випадках – це запізнiла госпіталізація, яка призводить до летальних випадків.

Усі випадки мертвонароджуваності, перинатальної та малюкової смертності розглядаються Координаційною радою Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, на оперативних нарадах та медичних радах лікувально-профілактичних закладів. Зроблені висновки доводяться до усіх медичних працівників. Розробляються заходи по попередженню малюкової смертності.

Робота виїзної реанімаційної бригади

	2014	2015	2016
Зроблено виїздів	274	298	199
- до новонароджених дітей	192	200	158
з них транспортовано	118	122	99
- до дітей старшого віку	82	98	41
з них транспортовано	27	24	10

У 2016 році виїзною реанімаційною бригадою здійснено на 99 виїздів менше та транспортовано на 37 дітей менше, ніж у 2015 році.

Захворюваність дітей віком від 0 до 17 років

Показники захворюваності дитячого населення за 2016 рік залишаються майже на рівні минулого року, але перевищують показники по Україні:

- загальна захворюваність – 19901,8 на 10 тис. дітей (2015 рік – 19732,1 Україна – 17423,0);
- первинна захворюваність – 15299,3 на 10 тис. дітей (2015 рік – 15149,3, Україна – 12747,6).

Структура загальної захворюваності дитячого населення дещо змінилась. Перше рангове місце займають хвороби органів дихання, друге – хвороби органів травлення, за рахунок зростання захворюваності ока та його придаткового апарату третє місце займає цей клас хвороб замість хвороб шкіри та підшкірної клітковини, на четверте місце спустилися хвороби шкіри та підшкірної клітковини, п'яте місце, як і в минулому році, займають хвороби кістково-м'язової системи.

Структура загальної захворюваності дітей віком 0-17 років

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. нас.					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Всього	405340	406072	19732,1	19901,8	100%	100%		
Хвороби органів дихання	210194	215186	10232,3	10546,4	51,86	52,99	1	1
Хвороби органів травлення	25525	24770	1242,6	1214,0	6,30	6,10	2	2
Хвороби ока та його придаткового апарату	18666	20680	971,0	1013,5	4,92	5,09	4	3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	19947	17006	908,7	833,5	4,61	4,19	3	4
Хвороби кістково-м'язової системи	17570	16895	888,4	828,0	4,33	4,16	5	5

Первинна захворюваність дітей віком 0-17 років зросла в класах хвороб органів дихання (на 3,7%) та травм (на 5,7%), в інших класах відмічається деяке несуттєве зниження показників.

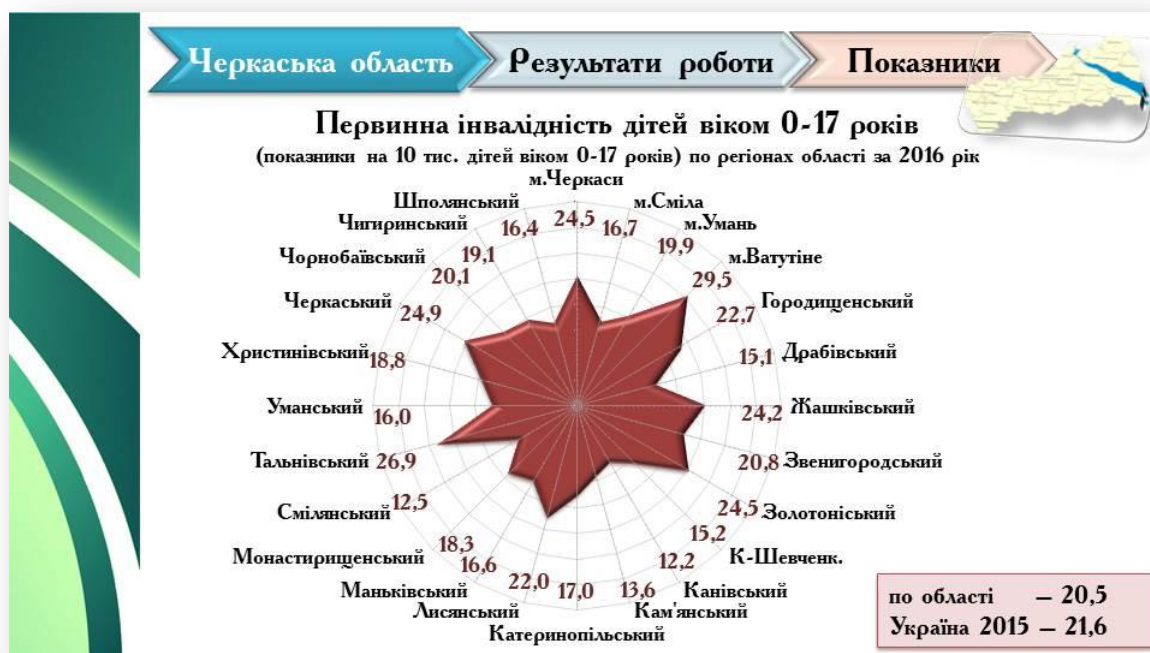
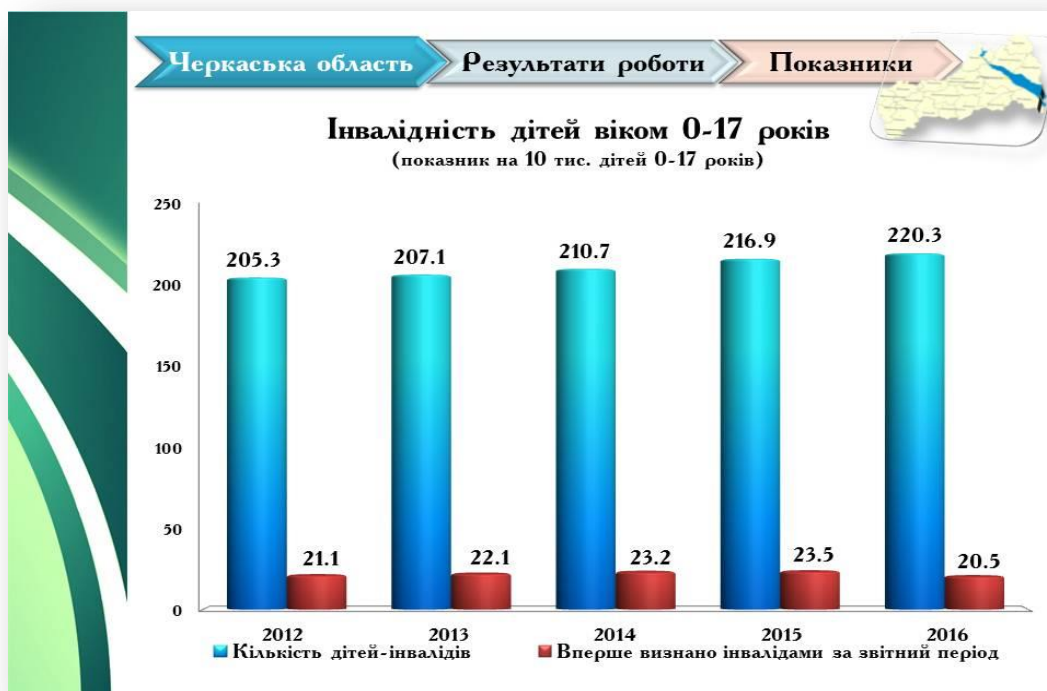
Структура первинної захворюваності дітей віком 0-17 років

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. нас.					
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Всього	311199	312164	15149,3	15299,3	100%	100%		
Хвороби органів дихання	201062	207031	9787,8	10146,7	64,61	66,32	1	1
Травми та отруєння	15409	16176	750,1	792,8	4,95	5,18	3	2
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	18272	15516	889,5	760,4	5,87	4,97	2	3
Хвороби органів травлення	12358	11782	601,6	577,4	3,97	3,77	4	4
Інфекційні та паразитарні хвороби	11710	10389	570,0	509,2	3,76	3,33	5	5

В структурі первинної захворюваності за причинами у дітей стабільно на першому ранговому місці знаходяться хвороби органів дихання. За рахунок зростання травм цей клас хвороб перемістився на 2 рангове місце, хвороби шкіри відповідно посідають 3 рангове місце. Хвороби органів травлення та інфекційні хвороби, як і в минулому році, займають 4 та 5 рангові місця.

Інвалідність дитячого населення віком від 0 до 17 років

Кількість дітей інвалідів віком 0-17 років включно у 2016 році збільшилась до 4495 осіб та склала 220,3 на 10 тис. дітей (2015 рік – 216,9 Україна – 201,6). Показник первинної інвалідності дещо знизився і склав 20,5 на 10 тис. дітей (2015 рік – 23,5 Україна – 21,6).



Пологові та дитячі стаціонари області працюють по Програмі підтримки грудного вигодовування. На статус «Лікарня доброзичлива до дитини» акредитовано 14 закладів. Також акредитовано 3 кабінети «Клініка дружня до молоді» (у м. Черкаси, м. Умані та у Жашківському районі).

Основними проблемами, які потребують вирішення є:

- кадрова політика;
- удосконалення надання медичної допомоги дітям в сільській місцевості;
- технічне забезпечення педіатричної та неонатологічної служби області.

Акушерсько-гінекологічна служба

Акушерсько-гінекологічна служба області займається медичним обслуговуванням та наданням медичної допомоги жіночому населенню.

Мета діяльності акушерсько-гінекологічної служби – формування та збереження репродуктивного здоров'я жіночого населення області.

Чисельність постійного населення області на початок 2016 року становила 1 млн. 239 тис. чоловік. За рік населення області скоротилося на 8,8 тис. осіб. Показники відтворення населення області слід оцінювати як украй низькі. Жіноче населення області складає 671 684 особи (54,2% від усього населення області) та 293 519 жінок фертильного віку (43,7% від усього жіночого населення області).

Мережа та структура акушерсько-гінекологічної служби області

Акушерсько-гінекологічна допомога жіночому населенню області надається на 478 акушерських ліжках (20 ліжок скорочено в 2016 році), показник забезпеченості склав 3,8 на 10 тис. населення (2015 рік – 4,0, Україна – 4,3 на 10 тис. населення) та 547 гінекологічних ліжок (44 ліжка скорочено в 2016 році), показник забезпеченості склав 4,4 на 10 тис. населення (2015 рік - 4,8, Україна – 3,6 на 10 тис. населення), в т.ч. виділено 2 гінекологічні ліжка для дітей в дитячій обласній лікарні (0,02 на 10 тис. населення).

Система рівнів надання перинатальної допомоги, що існувала в акушерсько-гінекологічній службі області до 2016 року, не відповідала сучасним вимогам та дублювала рівні надання медичної допомоги в Україні.

Мережа закладів акушерсько-гінекологічної допомоги складається з:

- Центру спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги КЗ «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради» – третинний рівень надання перинатальної медичної допомоги;
- 2 міських пологових будинків (КЗ «Черкаський міський пологовий будинок «Центр матері та дитини» та Уманський пологовий будинок), акушерсько-гінекологічного відділення міської лікарні м.Сміла, 20 акушерсько-гінекологічних відділень ЦРЛ – вторинний рівень надання перинатальної медичної допомоги;
- 536 ФАПів – долікарський первинний рівень надання перинатальної медичної допомоги.

Крім того гінекологічна допомога жінкам надається в:

- гінекологічному відділенні КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» ЧОР;
- гінекологічному відділенні КЗ «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер» ЧОР;
- гінекологічному відділенні КЗ «Третя Черкаська міська лікарня швидкої медичної допомоги» ЧМР.

Спеціалізовану акушерсько-гінекологічну медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям Черкаської області з важкою екстрагенітальною та акушерською патологією, в першу чергу з невиношуванням та передчасними пологами, вродженими вадами розвитку плоду, а також новонародженим дітям в

2016 році надавали в акушерському відділенні екстрагенітальної патології вагітних Центру спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги КЗ «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради».

Амбулаторно-поліклінічна акушерсько-гінекологічна медична допомога вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим в області за звітний період надавалась у 24 жіночих консультаціях, 23 оглядових кабінетах, 25 кабінетах з питань планування сім'ї, 2 медико-генетичних кабінетах, 25 кабінетах патології шийки матки.

Медичні послуги населенню області та консультативну допомогу мережі акушерсько-гінекологічних закладів з питань планування сім'ї надає КЗ «Центр планування сім'ї та репродукції людини» Черкаської обласної ради.

Кадрове забезпечення

В Черкаській області медичну допомогу жіночому населенню надають 264 лікарі акушери-гінекологи (4 з них дитячі гінекологи) – укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 85,4% (2015 рік – 86,9%, Україна – 90,1%), забезпеченість зайнятими посадами акушер-гінекологів в області становить 4,47 на 10 тис. жіночого населення (2015 рік – 4,43, Україна – 4,29).

На кінець 2016 року 83,1% лікарів акушерів-гінекологів області атестовано, з них 21,6% мають вищу, 56,0% – першу, 22,4% – другу кваліфікаційну категорію.

Діяльність акушерсько-гінекологічної служби

За 2016 рік кількість пологів в акушерських стаціонарах області різко зменшилась на 922 в порівнянні з відповідним періодом минулого року та склала 10308 пологів. Кількість пологів в області стабільно зменшується на протязі останніх трьох років, що є вкрай негативним явищем.



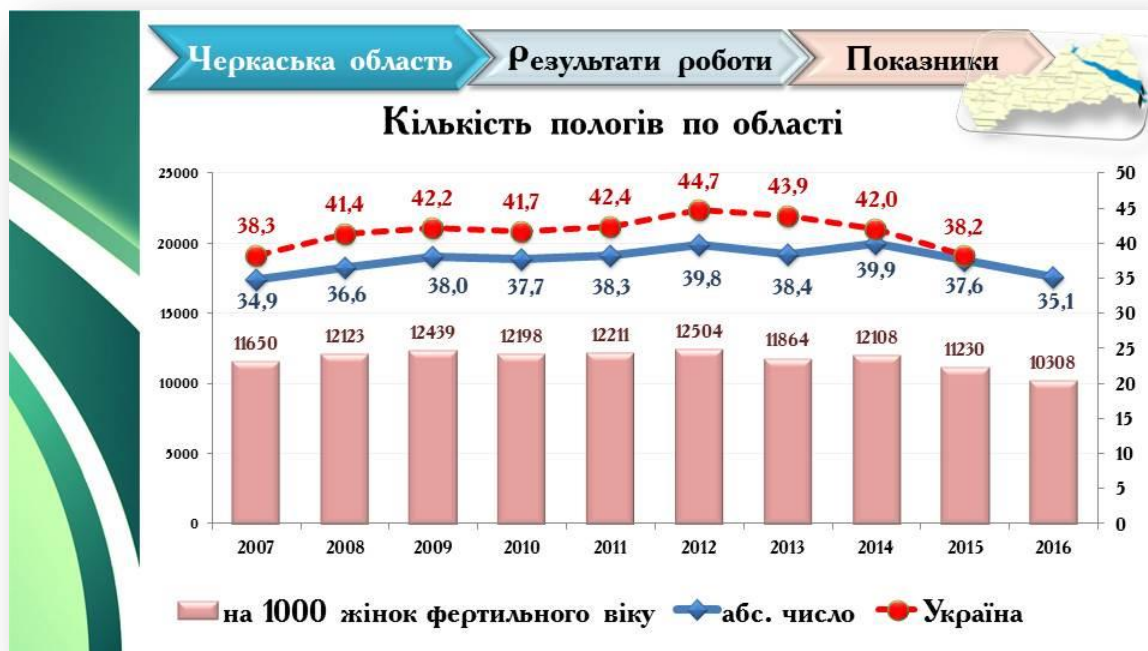
На тлі зниження загальної кількості пологів в області збільшується перелік акушерських стаціонарів, де кількість пологів не перевищує 300 в рік. Відповідно за 2016 рік в області їх кількість склала 14.

Більшість із цих пологових відділень працюють мало ефективно. Окрім небезпеки малопотужні пологові відділення є ще і економічно необґрунтованими, собівартість пологів у таких відділеннях більше, ніж в багатопотужних.

Враховуючи різке зниження кількості пологів в області, можна прогнозувати, що кількість малопотужних пологових стаціонарів буде зростати.

Найнижчі показники зафіксовано в :

Чигиринському	100 пологів	або 18,3‰
Лисянському	131 пологів	або 23,7‰
Драбівському	135 пологів	або 17,1‰
Кам'янському	161 пологів	або 27,7‰
Маньківському	175 пологів	або 28,2‰
Катеринопільському	197 пологів	або 35,2‰
Городищенському	218 пологів	або 23,6‰ районах.



Пологів, що відбулися поза ЛПЗ, з наступною госпіталізацією породіллі в 2016 році відповідно затверджених статистичних даних не було, але при тому вдома свідомо в 2016 році народили 26 жінок.

Питома вага пологів шляхом кесарського розтину від загальної кількості пологів по області, як і по країні в цілому, поступово збільшується: 2015 рік – 15,3%, 2016 рік – 16,7% (Україна 2015 рік – 18,5%).



Аналізуючи показники за 2016 рік, найвищий показник кількості пологорозрішень шляхом кесарського розтину відмічається у м.Черкаси – 575 або 20,1%, Золотоніському районі – 86 або 20,4%. Різко збільшився показник кесарського розтину в Чигиринському районі з 12,4% до 18,0% та в Уманському пологовому будинку з 13,6% до 18,3%. Значно нижчі показники у Лисянському – 9,2% та Городищенському – 9,6% районах.

Питома вага патологічних пологів по області за 2016 рік майже без змін і складає 26,0% від усіх пологів (2015 рік – 25,1%, Україна – 32,0%).



Перинатальна смертність

Протягом 2016 року в акушерських стаціонарах області народилося живими 10380 дітей, що на 935 немовлят менше, ніж минулого року (11315).

За 2016 рік відмічається деяке зниження показника перинатальних втрат, а саме: перинатальна смертність склала в абсолютних цифрах 87 немовлят, що становить 8,4‰ проти 99 немовлят та 8,7‰ у минулому році (Україна – 8,9‰).



Показник мертвонароджуваності за цей період становить 3,7‰ (2015 рік – 4,9‰, Україна – 5,7‰), показник ранньої неонатальної смертності – 4,6‰ (2015 рік – 3,8‰, Україна – 3,2‰).

Один з можливих шляхів впливу на ці показники є забезпечення акушерських відділень районів неінвазивною дихальною апаратурою для новонароджених, кадрове забезпечення лікарями-неонатологами.

В 2016 році різко виріс показник перинатальної смертності в Золотоніській (21,2‰) та Драбівській (14,7‰) ЦРЛ. Високими показники перинатальних втрат лишаються в Жашківській ЦРЛ (13,1%) та Уманському пологовому будинку (11,3‰).

В Кам'янській, Катеринопільській, Лисянській, Монастирищенській, Маньківській та Тальнівській ЦРЛ перинатальних втрат не було.

Материнська смертність

За звітний період в області, як і в минулому році, сталося 2 випадки материнської смерті, з них один – з акушерських причин (м.Сміла – діагноз: Вагітність 41тиж. Кесарський розтин. Дистрес плода. Емболія навколоплідними водами. Випадок непередбачуваний).

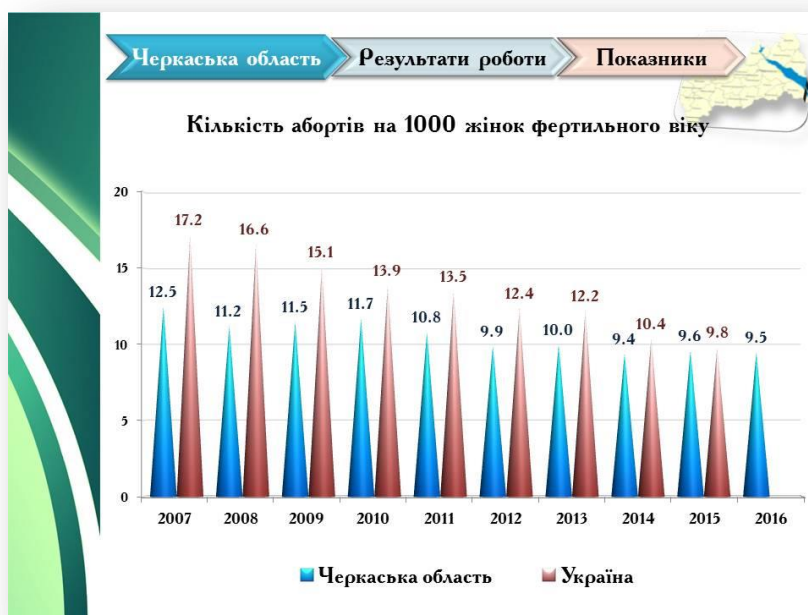
Другий випадок – в обласній лікарні, вагітна переведена з міськлікарні м.Сміла (Діагноз: Вагітність в терміні 33тиж. Двобічна полісегментарна пневмонія, ДН 3. Грип тяжкий перебіг. Випадок непереджуваний).



Показник материнської смертності в 2016 році складає 18,9 на 100 тис. народжених живими (2014 рік 32,4 – 4 випадки, 2015 рік 17,4 – 2 випадки, Україна в 2015 році – 16,5 на 100 тис. народжених живими).

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога

Робота амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в області в цілому задовільна. Кількість абортів, враховуючи активну профілактично-роз'яснювальну роботу серед жіночого населення, за 2016 рік склала 2783 або 9,5 на 1000 жінок фертильного віку. За 2015 рік – 2868 або 9,6 на 1000 жінок фертильного віку. По Україні за 2015 рік показник склав 9,8.



Як позитив, слід зазначити, що з року в рік в області зростає відсоток медикаментозних абортів, як найбезпечнішого методу переривання вагітності.

Медикаментозні аборти

Рік	абс. кількість	% від усіх переривань
2014	80	2,8%
2015	149	5,2%
2016	283	10,7%



Але аборт не є методом регулювання народжуваності, саме тому сьогодні є лише один безальтернативний шлях щодо зниження абортів – це репродуктивне просвітництво та задовільна робота лікарів акушерів-гінекологів з дитячої гінекології та планування сім'ї.

Робота акушерсько-гінекологічної виїзної бригади екстреної медичної допомоги

Діяльність акушерсько-гінекологічної виїзної бригади екстреної медичної допомоги області проводиться на виконання ряду нормативних документів, таких як наказів ГУОЗ Черкаської ОДА від 16.04.08 №171 «Про роботу виїзних акушерсько-гінекологічних бригад екстреної медичної допомоги», який є доповненням до наказу від 14.02.08 №69 «Про затвердження списку фахівців ЛПЗ області, призначених для забезпечення у 2008 році організаційно-методичної роботи та надання екстреної, планово-консультативної медичної допомоги хворим і постраждалим при НС» та наказу ГУОЗ від 18.02.09 №63 «Про створення виїзної акушерсько-гінекологічної консультативної бригади екстреної медичної допомоги та інтенсивної терапії та бази Уманського пологового будинку».

В 2016 році було здійснено 19 ургентних викликів, що на 38 викликів менше, ніж за минулий рік. Із них 14 викликів по м. Черкаси та 5 по районах області. Кількість доставлених хворих в КЗ «ЧОЛ ЧОР» складає 7 жінок. Планових виїздів не було, проконсультовано під час виїздів додатково 34 хворих. Зменшення кількості викликів зумовлено вчасною концентрацією складних хворих на третьому рівні медичної допомоги.

Відповідно до плану, затвердженого Кабінетом Міністрів України, в Черкаській області ще в 2013 році планувалось відкриття обласного перинатального центру третього рівня при обласній лікарні. Однак, фінансування проекту було повністю припинено. І тільки завдяки активній позиції облдежадміністрації та Управління охорони здоров'я вжито заходи щодо відновлення фінансування для завершення будівництва. За рахунок коштів Державного фонду розвитку та частини обласного бюджету і субвенцій з місцевих бюджетів, вдалося завершити будівництво та оснащення перинатального центру.

З 27.01.2017 обласний перинатальний центр прийняв перших вагітних. На даний час активно проводиться і прийом пологів, і оперативні втручання, і догляд за недоношеними.

Висновки та пропозиції

В 2016 році в області розпочато формування повноцінної трьохрівневої організації перинатальної допомоги. Керуючим документом до дій при реформуванні служби має бути наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», де прописані показання до направлення вагітних з нижчих рівнів на більш вищі відповідно до патології та діагнозу.

При створенні першого та другого рівня перинатальної допомоги слід враховувати не лише кількість пологів, а й:

- ✓ кадровий склад акушерів-гінекологів, неонатологів та анестезіологів;
- ✓ географічне розташування закладу в межах 60 км радіусу транспортування вагітних на пологи;
- ✓ міжрайонне транспортне сполучення;
- ✓ забезпечення анестезіологічним, неонатологічним та лабораторним обладнанням закладу;
- ✓ можливість цілодобово надати медичну допомогу;
- ✓ кількість обслуговуючого населення.

Виходячи з вище зазначених чинників, до закладів першого рівня перинатальної допомоги можуть бути віднесені акушерські стаціонари наступних районів:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. Городищенський | 9. Маньківський |
| 2. Драбівський | 10. Монастирищенський |
| 3. Жашківський | 11. Смілянський |
| 4. К-Шевченківський | 12. Тальнівський |
| 5. Канівський | 13. Христинівський |
| 6. Кам'янський | 14. Чорнобаївський |
| 7. Катеринопільський | 15. Чигиринський |
| 8. Лисянський | 16. Шполянський |

Другий рівень перинатальної допомоги:

1. Золотоніський – мережа обслуговування: Золотоніський, Драбівський, Чорнобаївський, Канівський.
2. Звенигородський – мережа обслуговування: Звенигородський, Лисянський, Катеринопільський, Тальнівський, Шполянський.
3. Уманський – мережа обслуговування: Уманський, Жашківський, Маньківський, Монастирищенський, Христинівський.
4. Черкаський – мережа обслуговування: Черкаський, Чигиринський, Смілянський.

Окремо виділити міські перинатальні центри другого рівня – Уманський та Черкаський пологові будинки, які будуть обслуговувати міське населення.

Онкологічна служба

Мережа онкологічної служби області представлена спеціалізованими онкологічними кабінетами центральних районних лікарень, міських лікарень міст Сміла, Умань і Ватутіне та Черкаських міських амбулаторно-поліклінічних установ – загалом вся мережа представлена 29 такими кабінетами.

Кількість штатних посад лікарів-онкологів у закладах охорони здоров'я області у звітному періоді складає 67,0 проти 66,25 у 2015р. (за ф. 20). Кількість зайнятих посад фізичними особами у 2016 році дещо збільшилася і становить 62,25 посади та 51 фізичну особу проти 59,25 посад та 50 фізичних осіб у попередньому році.

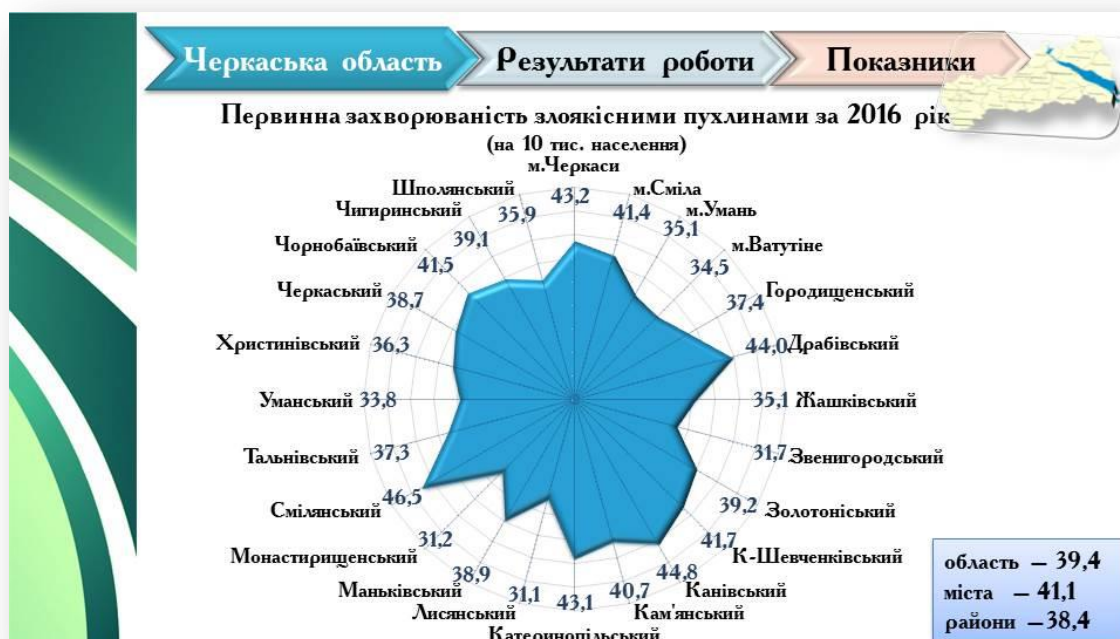
Укомплектованість штатних посад зайнятими та фізичними особами змінилася і в 2016 році становить 92,9% та 76,1% (2015р. – 89,4% і 75,5%) відповідно.

На кінець 2016 року атестовано 77,2% лікарів-онкологів області (2015р. – 81,8%), з них 56,8% мають вищу кваліфікаційну категорію (2015р. – 57,8%), 25,0% (2015р. – 24,4%) – першу, 18,2% (2015р. – 17,8%) – другу.

Зростання рівня захворюваності на злоякісні новоутворення вимагає, в першу чергу, кадрового забезпечення онкологічної служби закладів охорони здоров'я області, особливо на етапі реформування галузі, щоб не обмежити населення в наданні медичної допомоги та забезпечити своєчасну діагностику злоякісних новоутворень. Міський чи районний онколог – це, насамперед, організатор і методист надання онкологічної допомоги населенню, який координує роботу всіх служб щодо виявлення новоутворень, диспансеризації та оздоровлення осіб з передраковими захворюваннями та диспансерного нагляду за онкологічними хворими.



Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) в області щорічно перевищує середній рівень по Україні. У 2016 р. зареєстровано 4879 (2015р. – 4857) нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення (ЗН), рівень захворюваності, за даними КЗ ЧООД ЧОР, становить 39,4 на 10 тис. населення проти та 38,9 у 2015 році (Україна у 2015р. – 34,6 на 10 тис.).



Найвищі рівні онкологічної захворюваності на 10 тис. населення фіксуються у Смілянському (46,5), Канівському (44,8), Драбівському (44,0), Катеринопільському (43,1) районах та у м. Черкаси (43,2), м. Сміла (41,4). Суттєве

зростання захворюваності порівняно з попереднім роком відмічається в Смілянському, Драбівському, Чорнобаївському районах та в м.Сміла.

Захворюваність на злоякісні новоутворення у містах продовжує залишатися вищою, ніж у районах і становить 41,1 проти 38,4 на 10 тис. нас. відповідно. Загалом рівень захворюваності міського населення перевищує рівень захворюваності сільських мешканців і складає 41,7 та 36,3 на 10 тис. нас. відповідно. В районах області захворюваність серед міського населення також вища (42,6 на 10 тис. нас.), ніж серед жителів села (36,4 на 10 тис. нас.). Така закономірність пояснюється, насамперед, більш агресивним антропогенним навантаженням на жителів міст та більшою середньою тривалістю життя містян.

У жіночого населення на перших місцях в структурі захворювань відмічається рак молочної залози – 20,3%, рак шкіри – 13,8%, рак тіла матки – 8,7%, рак ободової кишки – 6,7%, новоутворення лімфатичної та кровотворної тканини – 6,1%, рак шийки матки – 5,9%, рак прямої кишки – 5,2%, рак яєчників – 4,6%, рак шлунку та рак щитоподібної залози – 4,0%. Кожний другий випадок онкологічного захворювання серед жінок у 2016 році відноситься до візуальних форм новоутворень – 47,2%.

Структура випадків первинної захворюваності на злоякісні новоутворення серед жіночого населення 2016р.

Нозологічна форма	%
Молочної залози	20,3
Шкіри	13,8
Тіла матки	8,7
Ободової кишки	6,7
Лімф. та кровотв. тканини	6,1
Шийки матки	5,9
Прямої кишки	5,2
Яєчників	4,6
Щитоподібної залози	4,0
Шлунку	4,0
Легенів	3,2
Підшлункової залози	2,8
Нирки	2,3
Меланоми шкіри	2,1
Печінки	0,9
Сечового міхура	0,8
Ротової порожнини	0,8
Глотки	0,5
Губи	0,3
Стравоходу	0,2
Інше	6,8

Провідні місця в структурі захворюваності чоловічого населення займають: рак легень – 14,7%, передміхурової залози – 11,6%, рак шкіри – 10,4%, рак шлунку – 8,9%, хвороби лімфатичної та кровотворної тканини – 7,6%, рак прямої кишки – 6,5%, рак ободової кишки – 6,2%, рак сечового міхура – 5,3%. Кожний п'ятий випадок онкологічного захворювання серед чоловіків у 2016 році відноситься до візуальних форм новоутворень – 19,2%.

Структура випадків первинної захворюваності на злоякісні новоутворення серед чоловічого населення 2016р.

Нозологічна форма	%
Легенів	14,7
Передміхурової залози	11,6
Шкіри	10,4
Шлунку	8,9
Лімф. та кровотв. тканини	7,6
Прямої кишки	6,5
Ободової кишки	6,2
Сечового міхура	5,3
Нирки	4,4
Підшлункової залози	3,1
Стравоходу	2,6
Глотки	2,6
Гортані	2,6
Ротової порожнини	2,5
Меланоми шкіри	1,7
Печінки	1,3
Губи	0,6
Щитоподібної залози	0,6
Інше	6,8

У 2016 році від злоякісних новоутворень в області померло 2400 осіб.

Рівень смертності дещо підвищився порівняно з попереднім роком і становить 19,4 на 10 тис. населення проти 18,8 у 2015 році (Україна – 17,3).

Смертність населення Черкаської області від злоякісних новоутворень

№ з/п	Регіони	2014		2015		2016	
		абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.
1.	м. Черкаси	619	21,8	551	19,5	568	20,2
2.	м. Сміла	103	15,2	98	14,5	141	20,9
3.	м. Умань	142	16,6	155	18,1	148	17,4
4.	м. Ватутіне	35	19,6	42	23,9	28	16,1
	Разом по містах:	899	19,8	846	18,6	885	19,6
1.	Городищенський р-н	76	18,3	72	17,5	70	17,2
2.	Драбівський р-н	58	16,0	71	19,8	72	20,3
3.	Жашківський р-н	73	19,3	71	19,0	84	22,7
4.	Звенигородський р-н	96	21,1	76	16,9	76	17,1
5.	Золотоніський р-н	164	22,9	148	20,9	143	20,2
6.	К-Шевченківський р-н	89	20,1	83	19,0	92	21,3
7.	Канівський р-н	92	20,3	91	20,3	91	20,5
8.	Кам'янський р-н	50	17,5	65	23,1	55	20,0
9.	Катеринопільський р-н	48	19,5	62	25,3	58	23,8
10.	Лисянський р-н	35	14,5	32	13,4	33	13,9
11.	Маньківський р-н	50	17,7	47	16,8	47	16,9
12.	Монастирищенський р-н	50	13,6	46	12,6	39	10,8
13.	Смілянський р-н	64	19,4	53	16,2	66	20,3
14.	Тальнівський р-н	86	24,5	84	24,1	75	21,8
15.	Уманський р-н	64	14,7	77	17,8	84	19,6
16.	Христинівський р-н	59	16,5	51	14,4	70	19,8
17.	Черкаський р-н	109	14,4	129	17,2	124	16,5
18.	Чорнобаївський р-н	90	21,5	81	19,5	93	22,6
19.	Чигиринський р-н	56	20,1	59	21,6	56	20,8
20.	Шполянський р-н	100	22,5	106	24,1	87	20,0
	Разом по районах:	1509	18,8	1504	18,9	1515	19,2
	Всього по області:	2408	19,2	2350	18,8	2400	19,4
	Україна:	-	16,2	-	17,3	-	-

Впродовж останніх років питома вага морфологічно підтверджених діагнозів злоякісних новоутворень поступово зростала. У 2016 р. рівень цього показника сталий та відповідає 2015 року – 87,4%. Найгірші показники щодо морфологічного підтвердження діагнозу ЗН мають Катеринопільський (72,4%), Драбівський (67,3%), Христинівський (77,3%), Тальнівський і Чорнобаївський (по 83,6%) райони та м. Ватутіне (83,3%), що пов'язане з низьким охопленням онкологічних хворих спеціальним лікуванням.

В цілому по області показник охоплення онкохворих спеціальним лікуванням у звітному періоді дещо знизився і становить 70,5% проти 72,2% (Україна – 68,8%).

Збільшення охоплення лікуванням в 2015 році сприяло покращенню показника летальності до одного року з часу встановлення діагнозу, який у 2016 році складає 23,1% проти 24,3% у 2015 році (Україна – 26,9%).



На показник охоплення онкохворих спеціальним лікуванням суттєво впливають декілька чинників. Так, у значної частини хворих діагноз встановлюється на IV стадії захворювання, що обмежує можливості проведення спеціального лікування. Також варто зазначити, що недостатнє забезпечення онкологічної служби лікарськими засобами за бюджетний кошт обмежує доступність спеціального медикаментозного лікування для категорії пацієнтів з обмеженими матеріальними можливостями.

Успішному лікуванню раку сприяє його рання діагностика. У 2016 році злоякісні новоутворення у I-II стадії було виявлено у 2307 осіб, що складає 52,3% від взятих на облік 4413 осіб. У 2015 році показник виявлення у I-II стадії в області становив 53,4%, в Україні – 52,8%.

Разом з тим нагальною проблемою є пізні звернення населення за медичною допомогою. Питома вага хворих з IV стадією у 2016 році становить 21,2% (898 осіб) проти 20,0% (872 особи) у 2015 році, в Україні за 2015р. – 15,8%. Тобто кожен п'ятий хворий в області звертається за допомогою на останній стадії захворювання, коли можливості для лікування вкрай обмежені, або й взагалі відсутні.



Недоліки виявлення злоякісних новоутворень при профілактичних оглядах та діагностика ЗН у занедбаних формах залишаються провідними проблемами в організації онкологічної допомоги населенню області.

Так, у 2016 році при профілактичних оглядах населення області було виявлено лише 25,6% злоякісних новоутворень, при цьому в містах – 25,0%, у районах – 25,9%, що є вкрай низьким рівнем. Найвищі показники результативності профілактичних оглядів мають Кам'янський (38,5%), Монастирищенський (38,5%), Уманський (32,5%), Черкаський (31,7%), Канівський (31,5%) та Драбівський (31,2%) райони. Найгірше ця робота проводиться у Звенигородському (17,9%), Тальнівському (19,8%), Чорнобаївському (19,9%), Корсунь-Шевченківському (20%), Чигиринському (20,2%), Лисянському (20,3%) та Катеринопільському (21,6%) районах.



Найвищі показники загальної занедбаності у 2016 році зареєстровано у Чорнобаївському (36,6%), Лисянському (29,0%), Черкаському (25,5%) районах та у м. Ватутіне (27,3%), м. Умань (25,2%), м. Черкаси (24,7%) при обласному показнику 23,3%.



Візуальна занедбаність найвища у Христинівському (28,1%), Чорнобаївському (26,2%), Уманському (23,3%), Лисянському (23,1%), Шполянському (20,8%) районах та серед міст – в м. Ватутіне (19,0%), м.Черкаси (14,8%) при середньообласному показнику 15,1%.



Відносно вища доступність медичних послуг для мешканців міст не завжди позначається на якості самої медичної допомоги. Так, в 2016 році серед містян загальна занедбаність становить 24,7% та є вищою, ніж серед сільського населення – 23,2%, так і в цілому по області – 23,3%.

Менша доступність до медичних послуг сільського населення впливає на зростання показника візуальної занедбаності: серед сільського населення він становить 16,3%, а серед міського населення – 13,7%, по області – 15,1%.

Структура занедбаності онкологічних захворювань серед населення області 2016р.

Проблемним напрямом	Онкологічна форма	%
Глотки		60,6
Ротової порожнини		54,4
Трахеї, бронхів, легенів		48,0
Злоякісних лімфом		41,0
Шлунку		35,3
Стравоходу		33,3
Передміхурової залози		29,4
Ободової кишки		26,4
Нирки		22,9
Молочної залози		22,0
Щитоподібної залози		18,6
Меланоми шкіри		16,7
Гортані		16,1
Новоутворення губи		15,8
Прямої кишки, ректосигм. з'єднання, анусу		15,7
Шийки матки		15,6
Яєчника		10,8
Сечового міхура		7,4
Інших новоутворень шкіри		2,6
Тіла матки		2,0

Недостатня онконастороженість як медичних працівників, так і населення призводить до того, що:

- серед жіночого населення: у кожної 4-ї жінки, хворої на рак молочної залози, та у кожної 6-ї жінки, хворої на рак шийки матки, захворювання діагностується в занедбаних формах;
- серед чоловічого населення: у кожного другого хворого рак легень та у кожного третього хворого рак шлунку та рак передміхурової залози виявляється на останній стадії;
- в загальній популяції – кожен другий випадок раку ротової порожнини виявлено в занедбаній стадії.

Відпрацювання проблемних питань роботи за онкологічним напрямком має в рівній мірі хвилювати керівників закладів охорони здоров'я області всіх рівнів.

Виявлення хворих на злоякісні новоутворення на початкових стадіях – вкрай важливий етап. Ефективність роботи мережі закладів первинної та вторинної ланок напряму впливає на раціональність використання суттєво обмежених бюджетних ресурсів.

В умовах реформування медичної галузі невирішеним лишається питання чітко регламентованої взаємодії в межах однієї адміністративної території закладів первинного та вторинного рівнів. Фактичним виконавцем заходів по виявленню онкопатології, особливо на початкових, доклінічних стадіях є первинна ланка, тоді як відповідальність за результати роботи більшою мірою покладена на заклади вторинного рівня. Відсутність регламентованого механізму взаємодії унеможливорює ефективне керівництво роботою та дозволяє уникнути відповідальності за негативний результат.

Проблемним напрямком роботи лишається організація цитологічного скринінгу серед жіночого населення області. З кожним роком дедалі менше

охоплення жінок цитологічним обстеженням відзначається в більшості районів та міст області. Вкрай парадоксальною виглядає негативна тенденція в ЛПУ міст – м.Черкаси, м.Умань та м.Сміла – де, на відміну від сільської місцевості, не так відчутний кадровий дефіцит медичної служби, кращими є її оснащеність та доступність.

Також незадовільною варто вважати роботу з онкоурологічною проблематикою серед чоловічого населення області. Захворюваність на рак простати в області, як і в Україні, стрімко зростає. До роботи з чоловічим населенням потрібно ставитись не менш уважно, ніж із жіночим. Силами лише спеціалістів вторинного та третинного рівнів здолати негативну тенденцію не є можливим. Потрібне активне залучення всього кадрового потенціалу первинної ланки для актуалізації проблем виявлення онкопатології серед населення.

Існує також ряд проблем щодо діагностичних та лікувальних можливостей онкологічного диспансеру, як закладу третинного рівня онкологічної допомоги. Обмежене фінансування закладу не дозволяє задовольнити потребу в медикаментах всіх пацієнтів, фактичне забезпечення склало не більше 20% від реальної потреби. Медикаментозне забезпечення здійснювалося за рахунок коштів місцевого бюджету, централізованих поставок, надходжень по лінії гуманітарної допомоги та соціального захисту населення. У зв'язку із складною ситуацією в країні надходження лікарських засобів відбуваються із суттєвою затримкою. Станом на лютий 2017 року тривають надходження медикаментів за замовленнями 2015 року. Надходження медикаментів в рахунок 2016 року не відбулось за жодною із програм.

Відсутність капітальних видатків в кошторисі закладу впродовж останніх років призвели до критичного стану діагностичного та лікувального обладнання:

- відсутність в достатній кількості наркозно-дихального обладнання обмежує можливості для хірургічного лікування онкологічних хворих;
- обладнання для рентгенотерапії працює вже понад 35 років, зношене і може зупинитись непередбачувано.

У 2016 році ситуація з фінансуванням КЗ "Черкаський обласний онкологічний диспансер" Черкаської обласної ради (далі – КЗ "ЧООД") поступово почала змінюватися на кращу. Так, за рахунок коштів обласного бюджету в закладі:

- ✓ проведено перезарядку гамма-терапевтичного апарату "Терагам" джерелом іонізуючого випромінювання типу ГИК-9-4 загальною вартістю 7 млн. грн.;
- ✓ проведено перезарядку внутрішньопорожнинного гама-терапевтичного апарату "АГАТ-ВУ" джерелами іонізуючого випромінювання загальною вартістю 840 тис.грн.;
- ✓ придбано нову рентгентрубку для комп'ютерного томографа загальною вартістю 660 тис.грн.

За рахунок коштів бюджету розвитку у 2016 році для КЗ "ЧООД" придбано обладнання на загальну суму 2 млн. 345,41 тис.грн., у тому числі:

- відеоколоноскоп EVIS EXERA II, к-кт (вартість 2 млн. 229,88 тис.грн.),
- кольпоскоп МК-200 з відеосистемою (вартість 96,70 тис.грн.).

Також за кошти бюджету розвитку впродовж 2016 року в КЗ "ЧООД" було проведено капітальні ремонти на загальну суму 1 млн. 990,26 тис. грн.

У 2016 році онкодиспансером було залучено позабюджетних коштів на загальну суму 8 млн. 32,54 тис. грн., з них гуманітарної допомоги – 6 млн. 234,2 тис. грн., що склало 10,66% до суми бюджетного фінансування (на 26,87% менше, ніж у 2015 році).

В сумі витрачених позабюджетних коштів витрати на медикаменти становлять 4 млн. 333,24 тис. грн., а також придбано предмети, матеріали, обладнання та інвентар (у т.ч. м'який інвентар та обмундирування) – 574,41 тис. грн., продукти харчування – 1,46 тис. грн., оплата послуг (крім комунальних) – 183,49 тис. грн., обладнання та предмети довгострокового користування – 3 млн. 109,46 тис. грн.). У порівнянні з 2015 роком витрати позабюджетних надходжень, а саме гуманітарної допомоги, благодійних внесків, БФД, надходжень від послуг, що надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю (клінічні дослідження) та оренди приміщень зменшились на 19 млн. 53,64 тис. грн.

Стосовно гуманітарної допомоги варто відзначити надходження від:

- ✓ ТОВ "РЕНАРТ" – система для гемодіалізу Multifiltrate (478,74 тис. грн.),
- ✓ ДП ІЕЦ "Атоменерготренінг" – система охоронної сигналізації та відео спостереження (347,16 тис. грн.),
- ✓ спонсорів – фотометр автоматичний Star Dast MC15 (285,0 тис. грн.),
- ✓ БДФ "Подаруй дитині світ" – тренажери для обласного центру дитячої онкології та гематології (20,0 тис. грн.).

Неврологічна служба

В 40 лікувально-профілактичних закладах області у 2016 році штатними розписами було передбачено 177,5 посад лікарів-невропатологів (зайнято 169,0, із них 90,75 – у поліклініках), на яких працювало 151 лікар. Різниця між штатними і зайнятими посадами склала 8,5 (2015р. – 6,25) посади.

Забезпеченість лікарями-невропатологами (фізичними особами) в 2016 році в області складала 1,22 на 10 тис. населення, по Україні складала 1,36 на 10 тис. населення (2015р.).

Середній вік лікарів – невропатологів в області 53 роки.

В 2015 році по віковому складу в області працювало 25% лікарів – невропатологів пенсійного віку, 6% передпенсійного. В 2016 році закінчили інтернатуру та приступили до роботи 4 лікаря – невропатолога.

Недостатнє забезпечення посадами лікаря-невропатолога в Лисянській ЦРЛ, в якій працює 1 лікар-невропатолог (інвалід II групи), забезпечуючи роботу в лікувальному закладі на 2-2,5 посади. Відсутня посада лікаря-невропатолога в обласному наркодиспансері та в обласному протитуберкульозному диспансері.

Кадрове забезпечення неврологічної служби області

	Україна		2014	2015	2016
	2014	2015	область	область	область
Кількість штатних посад	-	-	176,75	175,25	177,5
Кількість фізичних осіб	-	-	145	152	151
Забезпеченість на 10 тис. населення (ф/о)	1,34	1,36	1,21	1,23	1,22

Із 40 підрозділів неврологічної служби області 3 відділення працюють на III рівні ЛПЗ (Черкаська обласна лікарня – неврологічне відділення на 33 ліжка і відділення ЦВП–15 ліжок, Чорнобильське відділення – 20 ліжок).

Із 22 ЦРЛ неврологічні відділення мають статус самостійного підрозділу 16, решта входять до складу терапевтичних відділень.

Стационарна неврологічна допомога

Забезпеченість населення Черкаської області неврологічними ліжками у 2016 році складала 848 в абсолютних цифрах, або 6,84 на 10 тис. населення (в 2015р. – 7,05, 2014р. – 5,14). По Україні цей показник у 2015р. склав 5,57 на 10 тис. населення.

Ліжковий фонд у 2016 році зменшився на 32 ліжка за рахунок неврологічних ліжок Уманської, К-Шевченківської, Смілянської, Чорнобаївської ЦРЛ.

В обласних лікувальних закладах III рівня нараховується 68 неврологічних ліжок (неврологічне відділення на 33 ліжка, відділення ЦВП на 15 ліжок, 20 ліжок в чорнобильському відділенні).

Середнє число зайнятості неврологічного ліжка по області в 2016 році склало 348,63 (2015р. – 347,02, 2014р. – 347,06). Для порівняння по Україні за 2015р. – 349.

Обіг неврологічного ліжка в Черкаській області склав 36,0 (2015р. – 35,42, 2014р. – 35,43), по Україні в 2015 році показник обігу ліжка становив 33,1.

Забезпечення неврологічними ліжками в Черкаській області

	Україна 2015	Черкаська область		
		2014	2015	2016
Загальна кількість спеціалізованих (неврологічних) ліжок	-	875	880	848
Забезпеченість неврологічними ліжками на 10 тис.населення	5,57	6,8	7,05	6,84
Середнє перебування хворого на ліжку	10,6	10,1	10,1	10,0

В 2016 році в області середня тривалість перебування хворого на неврологічному ліжку становить 10,0 (2015р. – 10,07, 2014р. – 10,07), по Україні в 2015 році – 10,6.

Летальність від хвороб нервової системи в 2016 році в Черкаській області склала 1,26 (2015р. – 1,33, 2014р. – 1,20). По Україні показник летальності в 2014р. склав 1,69.

Таким чином, стаціонарна летальність в області дещо нижча середньо-українського показника та має тенденцію до зниження.

Неврологічна допомога в амбулаторно-поліклінічних закладах області надається на I-II-III рівнях. Штатних посад лікарів – невропатологів поліклінік всього 90,75, зайнятих – 84,25 (2015р – 88,50, зайнятих – 84,50, 2014р. – 91,50, зайнятих – 83,75). В більшості ЛПЗ невропатологи суміщають роботу в стаціонарах з амбулаторною допомогою.

У 2016 році всіх відвідувань кабінету невропатолога в поліклініках області зареєстровано 507 994 (2015р. – 523 929, 2014р. – 557 431), у тому числі сільських мешканців 187 550 (2015р. – 199 110, 2014р. – 214 661) випадків. З приводу захворювань звернулись 307 732 хворих (2015р. – 299 997, 2014р. – 304 873), у т.ч. обслуговано викликів на дому 4 356 (2015р. – 4 860, 2014р. – 5 404).

Найбільша кількість відвідувань до лікарів-невропатологів у звітному періоді зареєстрована в м. Черкаси (115 688), Шполянському (24 783), Черкаському (21 884) та Золотоніському (20 295) районах. В обласній лікарні зареєстровано 18 840 відвідувань (2015р. – 18 643, 2014р. – 18815).

Захворювання нервової системи. Впродовж останнього десятиріччя кількість хворих неврологічного профілю збільшилася практично вдвічі, що відповідає світовій тенденції.

В офіційній статистиці МОЗ України виділено дві групи неврологічних захворювань, які характеризують стан неврологічної допомоги: захворювання нервової системи та цереброваскулярна патологія. Останні входять до рубрики "Захворювання системи кровообігу".

В структурі неврологічної патології в області найбільш актуальними та соціально значущими залишаються судинні захворювання головного мозку, демієлінізуючі ураження нервової системи, захворювання периферичної нервової системи, наслідки ЧМТ та інші.

Перше місце серед неврологічних захворювань продовжують посідати **цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ).**

В Черкаській області в 2016 році до лікарів-неврологів та інших спеціалістів з симптомами гострих та хронічних форм цереброваскулярної патології (ЦВП) звернулось 63 288 хворих, що складає 611,3 на 10 тис. населення (2015р. – 64 142 хворих або 615,1, 2014р. – 66 550 хворих або 634,1), що порівняно з минулорічним показником свідчить про зменшення кількості звернень (на 854 випадки).

В абсолютних цифрах вперше в житті до неврологів в 2016 році звернулось 8 372 пацієнти, що склало 80,9 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 74,1 на 10 тис. відповідного населення або 7 785 хворих).

Диспансерним наглядом охоплено 25 723 пацієнти з ЦВП, що становить 248,5 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 26 077 пацієнтів або 250,1 відповідно).

Найвищий рівень захворюваності на ЦВП зареєстровано в Лисянському (823,3), Золотоніському (731,1), Смілянському (720,7) районах при середньо-обласному показнику 611,3 на 10 тис. дорослого населення.

Поширеність ЦВП серед сільського дорослого населення в 2016 році значно збільшилась і склала 601,2 на 10 тис. населення, або 27 021 випадок (2015р. – 26 292 випадки, або 580,5 відповідно).

Первинна захворюваність серед сільського населення на патологію судин головного мозку склала 82,8 на 10 тис. населення (2015р. – 71,1).

Показники захворюваності дорослого населення на ЦВП

		2014	2015	2016	Україна 2015
Зареєстровано захворювань всього	абс.	66550	64142	63288	-
	на 10 тис. нас	634,1	615,1	611,3	726,0
Зареєстровано вперше в житті ЦВЗ	абс.	7781	7785	8372	-
	на 10 тис. нас	74,1	74,7	80,9	85,0

Необхідно відмітити, що в деяких районах діагноз дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) виставляється терапевтами, кардіологами, ендокринологами та іншими спеціалістами без урахування критеріїв діагностики згідно вимог клінічних протоколів (наказ МОЗ України №467). У ряді випадків діагноз ДЕ не обґрунтований, без урахування етіопатогенетичних чинників, клінічних проявів.

У структурі судинних захворювань головного мозку провідне місце займають **гострі порушення мозкового кровообігу (мозкові інсульти та транзиторні ішемічні атаки).**

У 2016 році поширеність мозкових інсультів в Черкаській області склала 37,0 на 10 тис. населення (2015р. – 35,7), в абсолютних числах це становить 3 832 випадки, що на 110 випадків більше, ніж у 2015 році (3 722 випадки).

В 2015 році в Україні в цілому захворюваність на інсульти становила 27,4 на 10 тис. населення.

Найвищий рівень захворюваності на інсульти зареєстрований в Городищенському (43,7) районі та містах Черкаси (46,3), Сміла (41,5 на 10 тис. населення).

Порівнюючи показники захворюваності на інсульти в Черкаській області, потрібно відмітити наступне: в 2016 році відмічається незначна тенденція до збільшення рівня загальної захворюваності на інсульти серед дорослого населення та у осіб працездатного віку.

Показники захворюваності на інсульти серед дорослого населення

		2014	2015	2016	Україна 2015
Зареєстровано захворювань всього	абс.	3 298	3 722	3 832	-
	на 10 тис. нас.	31,4	35,7	37,0	27,4

Середній вік хворих на інсульти складає 67,2 роки.

Необхідно відмітити, що в окремих випадках захворювання на інсульти мають подвійну статистичну реєстрацію (за рахунок перебування в різних стаціонарах).

Впродовж 2016 року в області зареєстровано 1 306 випадків **транзиторних ішемічних атак** (далі – **ТІА**), що складає 12,6 на 10 тис. дорослого населення (2015р – 1 265 та 12,1 відповідно).

Для порівняння у 2015 році в Україні захворюваність на транзиторні ішемічні напади склала 10,4 на 10 тис. дорослого населення.

Найвищий рівень захворюваності на ТІА зафіксований в м. Сміла (19,5), Драбівському (54,1), Кам'янському (28,6) та Золотоніському (24,8 на 10 тис. дорослого населення) районах.

Таким чином, як і в минулі роки, основну кількість (95%) в структурі захворюваності всіх форм ЦВЗ складають хронічні повільно прогресуючі форми – **дисциркуляторні енцефалопатії**.

Незважаючи на те, що кількість вперше виявлених випадків дисциркуляторних енцефалопатій дещо зменшилась, в окремих регіонах області мають місце випадки гіпердіагностики.

У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими, крім ЦВЗ, є запальні, демієлінізуючі захворювання нервової системи, а також патологія периферичної нервової системи та наслідки ЧМТ.

Дуже важливою проблемою сучасної неврології є проблема **інфекційних та вірусних уражень нервової системи**. Почастішали випадки ураження нервової системи герпетичного, грипозного, цитомегаловірусного та іншого генезу: менінгоенцефаліти, енцефаліти, церебральні арахноїдити та ін. Несприятлива екологічна ситуація, поширення імунної недостатності та алергізації сприяє зростанню кількості аутоімунних та повільних вірусних нейрозахворювань, таких як розсіяний склероз, енцефаломієліт, демієлінізуючі форми полірадікулоневропатій тощо.

В Черкаській області протягом 2016 року зареєстровано 1 731 випадок запальних хвороб ЦНС, що склало 16,7 на 10 тис.населення (2015р. – 1 813 випадків або 17,4). Вперше в області зареєстровано 142 нових випадки запальних хвороб нервової системи, що склало 1,4 на 10 тис.населення (2015р. – 1,2 або 121 хворий).

Найвищий рівень захворюваності на запальні хвороби нервової системи спостерігався в Золотоніському (35,2), Смілянському (29,4) та Кам'янському (28,1 на 10 тис. населення) районах.

В 2015 році в Україні загальна захворюваність цією патологією складала 15,6 на 10 тис. дорослого населення. Серед вперше захворілих на запальні хвороби нервової системи захворюваність становила – 11,1 на 10 тис. дорослого населення.

Серед дорослого сільського населення зареєстровано 582 випадки даної патології або 12,9 на 10 тис. відповідного населення (2015р. – 624 або 13,8 на 10 тис.населення).

Вперше виявлено 50 хворих, що складає 1,1 на 10 тис. населення (2015р. – 44 або 1,0 відповідно).

Хвороби периферичної нервової системи (хвороби ПНС) посідають 2 місце за поширеністю серед хвороб нервової системи і за останні 10 років захворюваність на ці хвороби зросла в 1,5 рази. В 70% такі хворі – це особи працездатного віку. Зазначена патологія є однією з основних причин тимчасової непрацездатності населення.

В Черкаській області хвороби периферичної нервової системи складають 21% від усіх захворювань. В абсолютній кількості протягом 2016 року до неврологів області звернулось 8 312 хворих або 80,3 на 10 тис. населення. Вперше така патологія зареєстрована у 4 196 хворих або 40,5 на 10 тис. населення.

В 2015 році за медичною допомогою у зв'язку з захворюванням периферичної нервової системи звернулось 8 201 особа або 78,6 на 10 тис. населення, вперше – 4 170 хворих (40,0 на 10 тис. населення).

Серед сільського населення в 2016 році поширеність склала 3 975 випадків або 88,4 на 10 тис. населення.

Найвищий рівень загальної захворюваності на хвороби периферичної нервової системи в області спостерігається в Городищенському (289,1), Смілянському (168,8), Лисянському (152,0 на 10 тис. населення) районах.

Як видно із приведених показників, рівень захворюваності в названих районах значно перевищує середньо-обласний показник.

В Україні в 2015 році поширеність хвороб периферичної системи становила 135,47 на 10 тис. дорослого населення.

Матеріально-технічне забезпечення неврологічних відділень впродовж останніх 3 років в більшості центральних районних лікарень покращилось: проведено капітальні ремонти в палатах інтенсивної терапії для інсультних хворих (ПІТ) Жашківської, Кам'янської, Лисянської, Маньківської і Черкаської ЦРЛ та в містах Умань і Ватутіне. У більшості відділень ПІТ укомплектовані функціональними ліжками.

Дещо покращена діагностична база в Шполянській ЦРЛ - придбано ехо-енцефалограф, в Уманській ЦРЛ - апарат УЗД-діагностики захворювань судин головного мозку. Проте залишаються незадовільними матеріальні бази неврологічних відділень в Городищенській, Чигиринській та Канівській ЦРЛ, які потребують капітального ремонту та забезпечення діагностичним обладнанням, покращення санітарних умов.

Безпрецедентним є рішення адміністрації К-Шевченківської ЦРЛ, в результаті якого практично ліквідоване неврологічне відділення, неврологічні ліжка приєднано до травматологічного та частково терапевтичного відділень. При цьому головний лікар не вдавався до аналізу статистичних показників щодо поширеності та первинної захворюваності населення на хвороби нервової системи, зокрема інсульти.

В інших медичних установах області також існують різноманітні проблеми щодо матеріально-технічної бази служби.

В більшості медичних установ області відсутні палати інтенсивної терапії для інсультних хворих, відсутнє обладнання для надання допомоги хворим з ГПМК згідно наказу МОЗ України №297. Навіть нейросудинне відділення МЛ ШМД №3 не забезпечене матеріальним ресурсом та кадрами молодшого медичного персоналу для надання невідкладної та спеціалізованої допомоги хворим з ГПМК (в палатах площею 20м² перебуває одночасно 5 хворих та особи, які їх доглядають, в палати не підведений кисень, відсутні кардіомонітори), т.ч. не виконуються накази МОЗ України №297, 487 щодо лікування хворих на гострі порушення мозкового кровообігу.

Вихід на первинну інвалідність від хвороб нервової системи серед дорослого населення у 2016 році зріс і склав 172 випадки, або 1,7 на 10 тис. дорослого населення. Серед працездатного населення кількість випадків виходу на первинну інвалідність склала 150 хворих, що на 24 випадки більше попереднього року (2015р. – 1,4 на 10 тис. населення).

Проблеми неврологічної служби та пропозиції щодо їх вирішення

Висновки:

1. Кадрове забезпечення неврологами в області задовільне, крім Лисянського району.
2. Ліжковий фонд області зменшився за рахунок окремих ЦРЛ.
3. Матеріальна база неврологічних відділень потребує покращення в Канівській, К-Шевченківській та Звенигородській ЦРЛ та МЛШМД №3.

Пропозиції:

1. Для вирішення кадрової проблеми, яка щорічно поглиблюється, активно вживати заходів щодо збільшення кількості лікарів-інтернів за спеціальністю "Неврологія" з їх наступним працевлаштуванням (насамперед у Лисянській ЦРЛ) та забезпеченням житлом.
2. Потребує покращення профілактична робота серед населення сімейними лікарями та кардіологами стосовно зниження загальної та первинної захворюваності на цереброваскулярні захворювання.
3. З метою поліпшення якості надання медичної допомоги інсультним хворим та зниження смертності від цього захворювання необхідно:
 - ✓ розглянути питання щодо створення міжрайонних нейросудинних (інсультних) відділень на базі Смілянської МЛ, Уманської, Звенигородської та Золотоніської ЦРЛ;
 - ✓ щорічне проведення лікарями-невропатологами занять з працівниками ШМД з питань діагностики та тактики надання медичної допомоги хворим в гострому періоді інсульту;

- ✓ впровадити проведення тромболізу при ішемічних інсультах в м.Умань і м. Черкаси та більш широке використання в умовах ЦВП ОНСЦ обласної лікарні;
- ✓ продовжити роботу щодо більш активного впровадження в лікуванні інсультів нейрохірургічних методів (Уманська ЦРЛ, м.Умань, Черкаська МЛН№3, Черкаська обласна лікарня ОНСЦ);
- ✓ забезпечити необхідним обладнанням та розхідними матеріалами нейросудинне відділення МЛ ШМД №3 та відділення ЦВП обласного нейросудинного центру згідно наказу МОЗ №297;
- ✓ терміново потребує покращення УЗД діагностика захворювань судин головного мозку на III рівні, необхідно придбати датчик для транс краніальної триплексної доплерографії;
- ✓ придбати апарат цілодобового ЕЕГ - моніторингу для обласного центру епілепсії та пароксизмальних станів, а також виділити приміщення з 2-х кімнат;
- ✓ на базі КЗ «Черкаської обласної лікарні ЧОР» відкрити для неврологічного відділення 2 окремих приміщення:
 - для огляду пацієнтів, що обладнаний комп'ютером та копіювальною технікою, та кабінет для проведення комп'ютерного тестування пацієнтів з порушенням пам'яті, проведення данс-терапії та арт-терапії, лікувальної фізкультури для хворих з екстрапірамідною патологією;
- ✓ неврологам області покращити виявлення та діагностику орфанних захворювань та міастенії, всіх хворих з підозрою на вищезгадані захворювання, направляти в КЗ «Черкаської обласної лікарні ЧОР» на дообстеження (ЕНМГ, МРТ, пневмомедіастенографію, консультацію торакального хірурга та ін.).

Ендокринологічна служба

Медична допомога хворим з ендокринною патологією в області надається 41 лікарем-ендокринологом (48,75 штатних посад), з яких 15 ендокринологів мають вищу кваліфікаційну категорію, 14 – першу, 5 – другу категорію.

Надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги хворим з ендокринною патологією здійснюється на базі обласної лікарні (50 ліжок), Першої Черкаської міської лікарні (30 ліжок), Уманської міської лікарні (7 ліжок), госпіталю (10 ліжок), обласної дитячої лікарні (10 ліжок) та Черкаської міської дитячої лікарні (5 ліжок).

Всього станом на 31.12.2016 року в закладах охорони здоров'я області функціонувало 112 ендокринологічних ліжок, забезпеченість якими складає: дорослими – 0,94, дитячими – 0,74 на 10 тис. відповідного населення.

Стаціонарні ліжка використовуються раціонально, підтвердженням чого є показники їх роботи за 2016 рік: обіг ліжка – 30,55 (2015 – 30,67), середній термін перебування на ліжку – 11,16 (2015 – 11,3), летальність – 0,1 (2015 – 0,0).

Показники використання ліжкового фонду

	К-сть ліжок			Проліковано хворих			Робота ліжка			Середнє перебування хворого на ліжку		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Разом	105	100	97	3101	3115	3004	324	344	338	11,0	11,3	11,16
в т.ч.												
Обласна лікарня	50	50	50	1617	1647	1697	349	362	364,08	10,8	11,0	10,73
Обл. госпіталь	10	10	10	264	267	174	363	404	278,9	13,7	15,0	16,73
І МЛ м. Черкаси	35	30	30	898	895	865	273	304	323,0	10,6	10,8	11,20
МЛ м. Умань	10	10	7	322	306	268	340	326	315,56	10,6	10,6	10,60
Разом дитячі лікарні	15	15	15	611	605	632	387	364	362,33	9,5	9,1	8,60
Обл. дитяча лікарня	10	10	10	421	386	397	407	372	369,1	9,7	9,7	9,30
Дит. лікарня м. Черкаси	5	5	5	190	219	235	347	345	348,8	9,1	7,9	7,42

Впродовж 2016 року в закладах охорони здоров'я області стаціонарне лікування отримали 3636 (2015р. – 3731) хворих з ендокринними захворюваннями, з них в обласній лікарні – 1697 (2015р. – 1922). При вирішенні питань госпіталізації перевага надається сільському населенню. Стаціонарна медична допомога ендокринологічним хворим забезпечується повністю відповідно до потреби.

За 2016 рік лікарями-ендокринологами обласної лікарні було здійснено 32 ургентних виїзди в заклади охорони здоров'я області, під час яких проконсультовано 37 хворих, з них додатково – 4.

Спеціалізована амбулаторно-поліклінічна медична допомога хворим ендокринологічного профілю забезпечується медичними працівниками ендокринологічних кабінетів та лікарями-педіатрами, підготовленими з питань ендокринології. Ендокринологічні кабінети міських та районних закладів охорони здоров'я задовільно укомплектовані усім необхідним обладнанням.

Найбільша категорія хворих ендокринологічного профілю представлена хворими на цукровий діабет, кількість яких щорічно зростає.

Станом на 31.12.2016 року загальна кількість хворих на *всі форми цукрового діабету* (ЦД) усіх вікових категорій в області становила 48 885 осіб, що складає 394,4 на 10 тис. всього населення (2015р. – 48 028 та 384,8 відповідно), з них у звітному періоді вперше зареєстровано 3 662 особи, що складає 29,5 на 10 тис. всього населення (2015р. – 3 640 та 29,2 відповідно), у тому числі:

✓ **доросле населення:**

- ✓ всього зареєстровано 48 662 особи, або 470,0 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 47812 та 458,5 відповідно);
- ✓ вперше зареєстровано 3 638 осіб, або 35,1 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 3610 та 34,6 відповідно);

✓ **підлітки** (15-17р.):

- ✓ всього зареєстровано 58 осіб, або 18,1 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 49 та 14,3 відповідно);
- ✓ вперше зареєстровано 1 особа, або 0,3 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 2 та 0,6 відповідно);

✓ **дитяче населення** (0-14р.):

- ✓ всього зареєстровано 165 осіб, або 9,6 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 167 та 9,8 відповідно);
- ✓ вперше зареєстровано 23 особи, або 1,3 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 28 та 1,6 відповідно).

Хворі на цукровий діабет та його ускладнення повністю охоплені диспансерним наглядом.

Захворюваність цукровим діабетом по вікових категоріях

		2015				2016			
		Загальна		Первинна		Загальна		Первинна	
		абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.
Діти (0-14р.) - всього		167	9,8	28	1,6	165	9,6	23	1,3
у тому числі:									
	інсулінозалежний I тип	167	9,8	28	1,6	165	9,6	23	1,3
	інсулінонезалежний II тип	-	-	-	-	-	-	-	-
Підлітки (15-17р.) - всього		49	14,3	2	0,6	58	18,1	1	0,3
у тому числі:									
	інсулінозалежний I тип	45	13,1	2	0,6	54	16,8	1	0,3
	інсулінонезалежний II тип	4	1,2	0	0,0	4	1,2	-	-
	з них інсулінонезалежний з отриманням інсуліну	-	-	-	-	-	-	-	-
		2015				2016			
		Загальна		Первинна		Загальна		Первинна	
		абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.
Дорослі (18р. і ст.) - всього		47812	458,5	3610	34,6	48662	470,0	3638	35,1
у тому числі:									
	інсулінозалежний I тип	2394	23,0	102	1,0	2344	22,6	90	0,9
	інсулінонезалежний II тип	45415	435,5	3508	33,6	46316	447,4	3548	34,3
	з них інсулінонезалежний з отриманням інсуліну	6078	58,3	256	2,5	6400	61,8	329	3,2
ВСЬОГО:		48028	384,8	3640	29,2	48885	394,4	3662	29,5
у т.ч. інсулінозалежний I тип	діти 0-17р.	212	10,3	30	1,5	219	10,7	24	1,2
	дорослі 18 і ст.	2394	23,0	102	1,0	2344	22,6	90	0,9
інсулінонезалежний II тип	діти 0-17р.	4	1,2	0	0,0	4	0,2	0	0,0
	дорослі 18 і ст.	45415	435,5	3508	33,6	46316	447,4	3548	34,3
з них інсулінонезалежний з отриманням інсуліну	діти 0-17р.	-	-	-	-	-	-	-	-
	дорослі 18 і ст.	6078	58,3	256	2,5	6400	61,8	329	3,2
Потребують інсуліно-терапії	діти 0-17р.	212	10,3	30	1,5	219	10,7	24	1,2
	дорослі (18 і ст.)	8472	81,2	358	3,4	8744	84,5	419	4,0
	всього	8517	68,2	360	2,9	8963	72,3	443	3,6

В області повністю вирішені питання щодо забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну, дотримуються вимоги щодо їх раціонального використання та збереження. При вирішенні питань про призначення препаратів інсуліну за основу береться не конкретний виробник, а досягнення стану компенсації цукрового діабету, який оцінюється за показником глікозильованого гемоглобіну та сприяє зменшенню частоти і важкості ускладнень.

Всього на закупівлю лікарських засобів та виробів медичного призначення для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет за 2016 рік в області профінансовано 55 млн. 48 тис. 830,73 грн., з них:

- 0 грн. – кошти державного бюджету;
- 55 млн. 35 тис. 382,74 грн. – кошти обласного бюджету;
- 13 тис. 447,99 грн. – кошти районних, міських бюджетів.

Крім того, отримано гуманітарну допомогу в розмірі 112 тис. 635,69 грн., яку використано за цільовим призначенням.

Активно проводиться робота, спрямована на вдосконалення та впровадження методик навчання пацієнтів і членів їх сімей методам само- та взаємодопомоги, а також методам контролю рівня цукру крові.

В Черкаській області постійно працюють 14 "шкіл" навчання хворих на цукровий діабет; проводяться групові та індивідуальні заняття з хворими, які ведуть лікарі та медичні сестри; демонструються учбові відеофільми; проводяться лекції та бесіди з дієтотерапії, самоконтролю та профілактики судинних ускладнень (догляд за ногами, очима та ін.). За 2016 рік навчання в "школах" пройшли 5313 хворих усіх вікових категорій (2015р. – 4663).

Діти, підлітки та вагітні жінки 100-відсотково забезпечені засобами самоконтролю та засобами для введення інсуліну (шприц-ручками).

Доросле населення здійснює придбання засобів самоконтролю в переважній більшості за власні кошти та частково отримує за рахунок гуманітарної допомоги. Виділення коштів з місцевих бюджетів на ці цілі вкрай обмежене. Тому показники охоплення навчанням хворих на діабет методами контролю за вмістом цукру в крові мають незначну позитивну динаміку.

В області нараховується 46320 хворих (2015р. – 45415) на цукровий діабет II типу, з них 22544 потребують пероральних цукрознижуючих препаратів. У зв'язку з недостатнім фінансуванням сфери охорони здоров'я забезпечення населення області пероральними цукрознижуючими препаратами на пільгових умовах здійснюється в дуже обмеженій кількості.

З метою своєчасної діагностики найбільш поширених ускладнень цукрового діабету впродовж останніх років в структурі Черкаської обласної лікарні працювали спеціалізовані кабінети:

✓ кабінет "Діабетичної ступні" (функціонує на базі обласного ендокринологічного центру) – за 2016 рік його відвідало 1319 хворих (2015р. – 958);

✓ кабінет "Діабетичної полінейропатії" (функціонує на базі обласного ендокринологічного центру) – за 2016 рік його відвідало 1575 хворих (2015р. – 1057);

✓ кабінет "Діабетичної ретинопатії" (функціонує на базі офтальмологічного відділення) – за 2016 рік його відвідало 3647 хворих (2015р. – 779) та проведено 830 сеансів лазерокоагуляції (2015 рік – 720).

На базі обласного діагностично-консультативного центру функціонує обласне консультативне бюро з патології щитоподібної залози, до складу якого входять обласний ендокринолог, обласний хірург та лікар-онколог, який має підготовку з питань патології щитоподібної залози.

За 2016 рік фахівцями бюро було проконсультовано 1709 профільних хворих (2015р. – 2211) та 874 хворим проведено 2481 пункційну біопсію з послідуємим гістологічним дослідженням (2015р. – 840 та 2397 відповідно). Такий комплексний підхід значно покращив діагностику патології щитоподібної залози.

Нефрологічна служба

За 2016 рік план надання нефрологічної допомоги населенню області та формування регіональних реєстрів було виконано.

Впродовж звітної періоду забезпеченість нефрологічними ліжками в області не змінилась і становить 0,48 на 10 тис. населення (Україна, 2015р. – 0,5). Число нефрологічних ліжок для дорослих по області складає 60, в т.ч.:

- КЗ "Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради" – 40 ліжок на території відділення нефрології та діалізу;
- м. Черкаси – 20 ліжок (на базі уронефрологічного відділення КЗ "Третя Черкаська міська лікарня ШМД" ЧМР).

Використання ліжкового фонду

Показники	Черкаська область		КЗ «Черкаська обласна лікарня ЧОР»		КЗ "Третя Черкаська міська лікарня ШМД" ЧМР		Україна 2015
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	
Середнє перебування хворого на ліжку	15,2	14,2	15,1	14,9	15,4	13,1	13,8
Летальність	0,83	0,51	0,58	0,47	1,33	0,57	0,85
Оберт ліжка	21,6	22,9	21,6	21,6	21,7	25,4	26,5
Середнє число зайнятості ліжка	335	328	329	319	347	347	365

Структура захворювань, із якими госпіталізуються пацієнти до нефрологічного відділення поступово змінюється: відсоток хворих на хронічний пієлонефрит за 2016 р. складає 55,8%, хронічний гломерулонефрит – 11,0% і має тенденцію до зниження (2015р. – 58,8% – 14,5% відповідно). Зменшилась кількість хворих на хронічну ниркову недостатність (2016р. – 350 хворих, 40,7%; 2015р. – 359 хворих – 43,5%).

Середній термін перебування хворого на ліжку незначно змінюється і складає 14,9 (2015р. – 15,1).

Кількість пролікованих сільських мешканців дещо зменшилась і складає 40,7% (2015р. – 44,6%).

Середнє число зайнятості ліжка та його оберт відповідають нормативам.

Летальність протягом останніх 3-х років коливається від 0,8 до 1,6% (2016р. – 1,3%) та близька до середньодержавного показника.

Станом на 31.12.2016р. в області медична допомога дорослим хворим з патологією нирок надавалась лікарями-нефрологами (штатних – 20,0 посад; зайнятих – 17,75; фізичних осіб – 9), із них 4 лікарі (44,4%) мають вищу кваліфікаційну категорію, 1 (11,1%) – першу, 2 (22,2%) – другу, 2 (22,2%) – спеціалізацію з нефрології.

Із 9 нефрологів 2 – пенсійного віку (22,2%).

В ЛПУ області функції позаштатних нефрологів покладено на дільничних лікарів-терапевтів, які кожні 5 років проходять курси стажування та інформації на базі відділення нефрології та діалізу обласної лікарні.

На даний час готується один лікар-інтерн за спеціальністю «нефрологія» для філії м. Умань.

У 2016 році зареєстровано 36 термінових викликів лікарів-нефрологів (2014р. та 2015 р. – по 35); планово-консультативних виїздів фахівців не було заплановано (2014р. – 7, 2015р. – 9).

Показники **поширеності та захворюваності на інфекції нирок** перевищують загальнодержавні і становлять на 10 тисяч населення: відповідно 204,6 і 19,7 (2015р. – 201,8 і 21,2; Україна – 155,4 і 22,2).

Останнім часом збільшується кількість хворих з хронічною нирковою недостатністю (цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, гломерулонефрит).

Строкатість показників свідчить про гіпердіагностику інфекцій нирок.

Інфекції нирок.

У 2016 році найвищі показники загальної захворюваності на 10 тис. населення зареєстровані в Звенигородському (239,5), Смілянському (286,0) та Черкаському (299,7) районах; найнижчі – в Лисянському (138,2), Тальнівському (159,4) та Христинівському (143,2) районах.

Первинна захворюваність в області зменшилась на 1,5% і складає 19,7 на 10 тис. населення (2015р. – 21,2).

Найвищі показники в м.Сміла (39,0), м.Ватутіне (33,9), Катеринопільському районі (38,1); найнижчі – в Монастирищенському (6,6), Тальнівському (5,0) та Христинівському (6,9) районах.

Хронічний пієлонефрит.

Поширеність інфекції нирок потребує вивчення в Городищенському, Звенигородському, К-Шевченківському, Черкаському та Чигиринському районах.

Найвищі показники в Звенигородському (236,8), Смілянському (276,3), Черкаському (296,8) районах, найнижчі – в Лисянському (129,6), Тальнівському (149,1), Христинівському (140,8) районах.

Первинна захворюваність 12,4 на 10 тис. населення (2015р. – 14,0), зменшилась на 11,4%.

Найвищий рівень показника в Черкаському (23,4), Шполянському (21,0) районах та м. Ватутіне (31,9), найнижчий – в Городищенському (3,8), Канівському (3,2), Тальнівському (1,8) районах.

Захворюваність на **гострий гломерулонефрит** складає - 0,03 на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 0,03, Україна – 0,25 на 10 тис. населення): всього виявлено і проліковано 3 хворих: Жашківський, Монастирищенський та Христинівський райони.

Хронічний гломерулонефрит.

Поширеність 4,3 (2015р. – 4,5, Україна – 6,34) на 10 тис. населення.

Найвищі показники в Лисянському (7,6), Смілянському (6,3) та Чигиринському (11,3) районах. Найнижчі – в Звенигородському, Тальнівському та Черкаському (по 1,1) районах.

Показник первинної захворюваності в 2016 році складає 0,1 на 10 тис. населення (2015р. – 0,2), найвищі показники в Драбівському (0,3), Жашківському (0,3) та Корсунь-Шевченківському (0,5) районах.

В м. Сміла, м. Ватутіне, Городищенському, Звенигородському, Золотоніському, Канівському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Манківському, Монастирищенському, Смілянському, Тальнівському, Уманському, Черкаському та Чигиринському районах хворих з вперше зареєстрованим хронічним пієлонефритом немає.

Одним із основних і дороговартісних методів лікування важких форм ниркової недостатності є діаліз, за допомогою якого проводиться позаниркове очищення крові.

Найбільш поширеними екстракорпоральними методами є гемодіаліз (ГД), гемодіафільтрація (ГДФ) і гемофільтрація (ГФ). До інтракорпоральних методів належить перитонеальний діаліз (ПД).

За даними реєстру хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) та хворих з трансплантованою ниркою (ТН) III-V ступенів на обліку перебуває 688 осіб, із них 175 хворих (станом на 01.01.2017р.) отримують лікування методом ГД (119) та ГДФ (56).

В 2016 році вперше проліковані методом ГД та ГДФ – 44 особи (2015р. – 61), з ТН – 4 особи (2015р. – 1); всього проліковано методом ГД – 216, ПД – 6, після перенесення трансплантації нирки – 14.

У відділенні нефрології та діалізу обласної лікарні у 2016 році лікувалося методом постійного амбулаторного перитонеального діалізу 6 хворих.

Тривалість життя хворих на перитонеальному діалізі		Розподіл хворих на перитонеальному діалізі по нозологіях	
10 років	- 1 хворий	діабетична нефропатія	- 1 хворий
9 років	- 1 хворий	пієлонефрит	- 1 хворий
7 років	- 1 хворий	аномалія розвитку	- 1 хворий
3 роки	- 1 хворий	гломерулонефрит	- 3 хворих
1,5 року	- 2 хворих		

Кількість діалітичних апаратів

Роки	Всього	Черкаська обласна лікарня	Філія на базі Уманської ЦРЛ	Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	Філія на базі Золотоніської ЦРЛ
01.01.2013	30	17	7	6	-
01.01.2014	30	17	7	6	-
01.01.2015	31	17	9	6	-
31.12.2015	35	20	9	6	-
31.12.2016	50	18 + 2 реан. 3 запасн., із них 1 ап. не працює	10 + 1 ап. не працює	7	9

Кількість хворих, які отримували лікування методом ГД та ГДФ

Роки	Всього на обліку	Отримували лікування	
		Черкаська обласна лікарня	ТОВ «Фрезеніус»
2013	222	160	62
2014	284	200	84
2015	301	211 (із них 11 - "Фрезеніус")	90 (із них 9 хв. із ЧОЛ)
2016	296	216 (із них 7 - "Фрезеніус")	87

Розподіл хворих, які отримували ГД за нозологічними формами

№ з/п	Хвороба	Загальна кількість			% відношення		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
1.	Хронічний пієлонефрит	35	40	48	17,5	19,0	27,42
2.	Сечокам'яна хвороба	7	8	5	3,5	3,8	2,90
3.	Полікістоз нирок	34	33	30	17,0	15,6	17,4
4.	Хронічний гломерулонефрит	50	49	36	25,0	23,2	20,57
5.	Аномалія розвитку нирок	14	13	9	7,0	6,2	5,14
6.	ДГПЗ	4	4	1	2,0	1,9	0,57
7.	Гіпертонічна хвороба	5	13	13	2,5	6,2	7,42
8.	Цукровий діабет	28	28	26	14,0	13,2	14,85
9.	Тубулоінтерстиціальний нефрит	10	8	1	5,0	3,8	0,57
10.	Мієломна хвороба	4	4	1	2,0	1,9	0,57
11.	Системні захворювання	5	6	2	2,5	2,8	1,14
12.	Подагра	4	5	1	2,0	2,4	0,57
13.	Інші	-	-	2	-	-	1,14
	Всього	200	211	175	100	100	100

Серед хворих, які отримували програмний ГД у 2016 році більшість складають пацієнти з хронічним пієлонефритом (48 хворих). На другому місці по нозології розташовуються хворі з хронічним гломерулонефритом (36 хворих), на третьому – з полікістозом нирок (30 хворих) та цукровим діабетом (26 хворих).

**Тривалість життя хворих на гемодіалізі
в КЗ "Черкаська обласна лікарня ЧОР"**

Роки	2015		2016	
	абс. числа	%	абс. числа	%
до 1 року	59	28,0	35	20,0
від 1 до 3 років	97	46,0	101	57,7
від 4 до 5 років	40	19,0	31	17,7
від 6 до 9 років	11	5,2	7	4,0
від 10 років	4	1,8	1	0,6
Всього	211	100	175	100

Одним з показників якості проведення ГД є рівень гемоглобіну (Нв) у крові хворих. За 2016 рік середні показники його складають:

- ✓ вище 100 г/л – 85 хворих (48,57 %), 2015 р. – 83 (39,3%),
- ✓ в межах 90-100 г/л – 30 хворих (17,15 %), 2015р. – 55 (26,0%),
- ✓ менше 90 г/л – 60 хворих (34,28%).

Низькі показники Нв відмічалися у 44-х вперше взятих хворих.

Середнє навантаження на 1 апарат

	2013	2014	2015	2016
Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	-	-	-	155,8
Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	280,3	400,2	410,0	421,0
Філія на базі Уманської ЦРЛ	472,4	547,0	504,3	513,0
Обласна лікарня	770,8	896,5	875,3	860,2
Всього	603,1	715,7	691,6	542,7
Україна	-	673,0	691,6	-

** Примітка: У навантаження на 1 апарат враховується навантаження на апарат для гемодіалізу у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.*

Кількість сеансів гемодіалізу на одного хворого

	2013	2014	2015	2016
Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	-	-	-	53,9
Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	98,9	114,3	111,8	105,2
Філія на базі Уманської ЦРЛ	110,2	100,8	108,1	119,3
Обласна лікарня	116,0	108,1	107,2	130,1
Всього	113,1	107,4	107,8	115,6

У 2016 році вперше взятих на діаліз – 44 хворих (2015 р. – 61, 2014 р. – 62).

Всього проліковано 216 хворих та проведено 24962 діалізи (2015р. – 211 хворих, 22755 діалізів; 2014 р. – 200 хворих, 21471 діаліз).

В Уманській філії – 43 хворих – 5130 діалізів (2015р. – 42 хворих, 4539 діалізів; 2014 р. – 38 хворих, 3829 діалізів).

В Звенигородській філії – 28 хворих – 2947 діалізів (2015р. – 22 хворих, 2460 діалізів; 2014 р. – 21 хворий, 2401 діаліз).

В Золотоніській філії - 26 хворих – 1402 діалізи.

В обласній лікарні – 119 хворих – 15483 діалізи (2015р. – 147 хворих, 15756 діалізів; 2014 р. – 141 хворий, 15241 діаліз).

Основні показники діяльності відділення нефрології та діалізу КЗ «Черкаської обласної лікарні ЧОР» та його філій за 2016 рік

Показники	Черкаська обласна лікарня	Філія на базі Уманської ЦРЛ	Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	Всього
Кількість діалізованих місць (апаратів)	18 + 2 реан. 3 запасн. із них 1 ап. не працює	10 + 1 ап. не працює	7	9	50
Кількість проведених сеансів гемодіалізу	15 483	5 130	2 947	1 402	24 962
Середнє навантаження на 1 апарат	860,2	513,0	421,0	155,8	542,7
Кількість пролікованих хворих методами діалізу	119	43	28	26	216
Лікується хворих	87	39	23	26	175

Нововведення

Протягом 2016р. у відділенні нефрології та діалізу КЗ "ЧОЛ Черкаської обласної ради" впроваджено наступні методики:

- «Спосіб профілактики рецидивуючого перебігу інфекцій сечової системи».
- «Спосіб лікування синдрому неспокійних ніг у хворих з хронічною нирковою недостатністю, які перебувають на програмному діалізі».

Проблемні питання

- Відсутність кабінету лікаря-нефролога в ЛПУ м. Черкаси.
- Недостатнє кадрове забезпечення.
- Недостатня взаємодія між лікарями ЗПСМ та суміжними спеціалістами з питань раннього виявлення ниркової патології.

Пропозиції

- Продовжити наближення медичної допомоги до хворих які лікуються методом гемодіалізу з подальшим відкриттям філій.
- Вдосконалення методів первинної профілактики захворювання нирок.
- Покращення ранньої діагностики та своєчасного лікування патології нирок.
- Відпрацювання системи діагностики та обсягів «Д» нагляду з метою підвищення достовірності статистичного обліку хворих з патологією нирок в зв'язку зі строкатістю показників розповсюдженості та захворюваності на

інфекцію нирок, у т.ч. на хронічний пієлонефрит, шляхом взаємодії первинної та вторинної ланок медичної допомоги.

- Облік дітей, народжених від батьків із спадковими хворобами нирок, аномаліями розвитку сечової системи, цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою, які ведуть до зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).
- Всім профільним спеціалістам ЛПУ (в т.ч. урологу, ендокринологу, ревматологу, кардіологу) звернути увагу на обстеження хворих, визначення ШКФ та виявлення захворювань, що призводять до її зниження.
- Керівникам ЛПУ міст і районів області забезпечити клінічні лабораторії реактивами та іншими витратними матеріалами, необхідними для ранньої діагностики ниркової патології.
- Відкрити кабінет нефролога для жителів м.Черкаси на базі однієї з амбулаторно-поліклінічних установ міста та забезпечити профільний прийом.

Стоматологічна служба

Стоматологічна допомога населенню області надавалась на належному рівні. Пріоритетним напрямком роботи залишається надання планової лікувально-профілактичної допомоги дитячому та пільговим категоріям населення. Велика увага приділялась виконанню заходів «Програми профілактики стоматологічних захворювань на 2015-2020 роки».

У 2016 році мережа лікувально-профілактичних закладів, у яких надавалась стоматологічна допомога, залишилась на рівні минулого року. На даний час стоматологічну допомогу надають 5 стоматологічних поліклінік, одна з яких дитяча, 12 стоматологічних кабінетів при обласних закладах та міських поліклініках, 20 стоматологічних відділень при центральних районних лікарнях та 1 – при Ватутінській міській лікарні. У сільській місцевості функціонує 120 стоматологічних кабінетів, у яких працюють лікарі-стоматологи центральних районних лікарень. Чисельність ортопедичних стоматологічних кабінетів залишилась на попередньому рівні і склала 21 одиницю.

Кількість посад лікарів-стоматологів та зубних лікарів у порівнянні з 2015р. зменшилась на 4,25 штатних, 3,25 зайнятих посад та 9 фізичних осіб.

Кадри стоматологічної служби

	Штатні		Зайняті		Фізичні особи	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Лікарі-стоматологи	460,25	457,5	440,5	438,75	455	448
- в т.ч. дитячі	34,0	34,5	33,0	32,5	32	30
- ортопеди	58,75	55,0	46,25	45,25	50	47
Зубні лікарі	12,25	10,75	12,25	10,75	13	11
Зубні техніки	115,25	109,75	93,0	91,0	117	111

За звітний період забезпеченість лікарями-стоматологами медичних установ у розрахунку на 10 тис. населення залишилась на рівні минулого року і становила: штатними посадами – 3,8 (Україна – 3,6), зайнятими – 3,6 (Україна – 3,5), фізичними особами – 3,7 (Україна – 3,5).

Найнижча забезпеченість стоматологами залишається в наступних районах:

- Христинівському: штатні посади – 2,1, зайняті посади – 1,7, фізичні особи – 2,0;
- Корсунь-Шевченківському: штатні посади – 2,5, зайняті посади – 2,25, фізичні особи – 2,5;
- Маньківському: штатні посади – 2,5, зайняті посади – 1,7, фізичні особи – 1,8.

Також відмічається дуже низька забезпеченість сільського населення лікарями-стоматологами, особливо в Городищенському, Кам'янському, Тальнівському, Корсунь-Шевченківському та Шполянському районах і складає у межах 0,09-0,12 на 10 тис. населення.

Забезпеченість лікарями-стоматологами-ортопедами на 10 тис. дорослого населення практично залишилась на рівні 2015 року і склала: штатних – 0,53, зайнятих – 0,43, фізичних осіб – 0,45 (Україна – 0,59).

Укомплектованість штатних посад лікарів стоматологічного профілю в ЛПЗ області склала 97,9% (Україна – 100%); зайнятими посадами – 96%. Найгірша укомплектованість стоматологами (на зайняті посади) відмічається в Шполянському (73%), Маньківському (67,9%), Христинівському (80%), Городищенському (82%), Канівському (85%) та Драбівському (86%) районах.

Питома вага атестованих лікарів склала 86,2% від підлягаючих атестації. Всього по області не атестовано 5 лікарів-стоматологів пенсійного віку, з них у Шполянському та Катеринопільському районах – по 2, Христинівському – 1. Всі неатестовані лікарі переведені на посади лікарів-стажистів.

У 2016 році загальна кількість відвідувань до стоматологічних закладів в області склала 1 млн. 297 тис. 968 осіб (2015р. – 1млн. 322 тис. 393 особи), із них 617 446 (2015р. – 623 861) – первинних. Число відвідувань до лікарів стоматологів та зубних лікарів на 1 жителя склало 1,0 (Україна – 0,9). Питома вага первинних відвідувань серед усіх відвідувань – 47,6% (Україна – 48,1%).

Необхідно відмітити, що більшість населення лікується в державних закладах. Так, питома вага відвідувань до лікарів державних установ складає 83,4% від загальної кількості відвідувань, а лише 16,6% – це відвідування приватних стоматологів.

Великий обсяг стоматологічної допомоги надається в плановому порядку. Так, за 2016 рік стоматологами оглянуто 29,3% осіб від загальної чисельності населення (Україна – 29,25%), у тому числі дітей – 76,8% від загальної чисельності дитячого населення (Україна – 62,1%). Відсоток санованих дітей від потребуючих склав 91,1% (Україна – 80,5%) та 82,2% дорослих (Україна – 76,0%).

Впродовж останніх років в області має місце тенденція щодо зниження відсотку дітей, потребуючих санації. За 2016 рік цей показник знизився до 45,0% (2015р. – 45,4%, Україна – 48,4%) і цьому сприяє програма профілактики

стоматологічних захворювань, яка затверджена рішеннями сесій районних рад на 2015-2020 роки в усіх районах області.

Запланований обсяг фінансування заходів програми – 1 694 192 грн., фактично виділено коштів – 669 675 грн.

На виділені кошти закуплені пломбувальні матеріали та інструментарій. Зокрема, у Золотоніському районі закуплені та встановлені 4 сучасні стоматологічні установки на сільських дільницях.

Разом з тим, у Звенигородському, Канівському, Катеринопільському, Кам'янському і Тальнівському районах кошти на зазначені цілі не були виділені.

В шести районах області, а саме: в Городищенському, Маньківському, Монастирищенському, Смілянському, Чигиринському та Шполянському – задіяні шкільні автобуси для перевезення дітей до стоматологічних кабінетів. В інших районах шкільні автобуси не використовувались, але ЛПЗ районів готові до участі у цьому заході.

За 2016 рік профілактично сановано 64 201 дитину та накладено 230 284 пломби. У районах, де бюджетні кошти не виділялись, санація дітей проводилась за рахунок благодійних коштів.

З метою надання стоматологічної допомоги населенню сільської місцевості, де відсутні лікарі-стоматологи, впродовж 14 років активно використовуються 3 пересувні стоматологічні амбулаторії, які функціонують на базі обласної стоматологічної поліклініки. За звітний період така стоматологічна допомога надавалась у 21 населеному пункті 8 районів області, при цьому загальна кількість відвідувань до амбулаторій склала 8359, у т.ч. дітей – 1371; з них сановано 3067 осіб, у т.ч. 1096 дітей.

На базі стоматологічних кабінетів військкоматів надавалась допомога призовникам. Але слід відмітити, що на обласному призовному пункті із 2173 оглянутих призовників підлягало санації 61%. Практично в усіх містах та районах області підлягає санації більше 70% призовників, а в Чорнобаївському та Чигиринському районах – 93%, Драбівському, Корсунь-Шевченківському та Христинівському районах – в межах 81-82%. Крім того, 114 призовників потребували зубопротезування. Найбільша кількість: Сміла і Смілянський район – 13 осіб, Чигиринський – 10, Чорнобаївський і Золотоніський – по 9.

В 16 лікувально-профілактичних закладах області впродовж 2016 року проліковано 1985 дітей з щелепо-лицевою патологією.

Кількість осіб, що закінчили ортодонтичне лікування, склала 16,0 на 10 тис. населення (Україна – 10,6), в т.ч. 97,2 на 10 тис. дитячого населення (Україна – 57,8). Даний вид стоматологічної допомоги не надавався в Городищенському, Корсунь-Шевченківському, Канівському, Тальнівському та Христинівському районах через відсутність лікарів-ортодонтів.

У 2016 році стоматологами-ортопедами запротезовано 10551 особу (2015р. – 10 784), що складає 1,0 на 100 осіб дорослого населення (Україна – 0,9). В середньому на 1 лікаря в області запротезовано 234 особи (Україна – 219).

На пільгових умовах запротезовано 2165 осіб (2015р. – 1956) на загальну суму 2 млн. 417 тис. 282 грн. (2015р. – 1 млн. 739 тис. 937 грн.). Крім того,

запротезовано 1047 осіб, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, на суму 921 425 грн. На кінець року на черзі на зубопротезування перебуває 2334 особи. Найбільша черга цих категорій населення відмічається у м. Черкаси (1245 осіб), а також Золотоніському районі (568 осіб).

У 2016 році в області зареєстровано 87 випадків онкологічних захворювань порожнини рота, в т.ч. 40 занедбаних (46%). У розрізі хвороб: рак губи – 19 випадків, з них 3 (15,8%) занедбаних; патологія порожнини рота – 68 випадків, з них 37 (54,4%) занедбані.

	2014	2015	2016
Всього зареєстровано випадків злоякісних новоутворень	80	108	87
- із них у занедбаній формі	41(51,3%)	52 (48,1%)	40 (46%)
у тому числі:			
1. Губа	17	27	19
% від загальної патології	21,3%	25%	21,8%
- із них у занедбаній формі	0	3 (11%)	3 (15,8%)
2. Порожнина рота	63	81	68
- із них у занедбаній формі	41 (65,1%)	49 (60,5%)	37 (54,4%)

З метою зниження онкологічної захворюваності стоматологічна служба області тісно співпрацює з лікарями загальної мережі, лікарями-онкологами та проводить широку роз'яснювальну роботу серед населення через засоби масової інформації, санбюлетені, бесіди, тощо.

У 2016 році для забезпечення діяльності стоматологічної служби області з місцевих бюджетів виділено 5 млн. 138 тис. 544 грн., із них найбільше:

- 2 млн. 965 тис. 700 грн. (із фонду розвитку м. Черкаси),
- 180,0 тис. грн. (із фонду розвитку м. Сміла),
- 240,0 тис. грн. (із бюджету м. Умань),
- 367,1 тис. грн. (в Золотоніському районі за Програмою профілактики стоматологічних захворювань),
- 220,0 тис. грн. (кошти територіальної громади смт. Єрки Катеринопільського району).

Зібрано благодійних внесків на загальну суму 3 млн. 920 тис. 260 грн.

Проводились заходи щодо покращення матеріально-технічної бази підрозділів стоматологічної служби.

Так, у 2016 році в медичних установах закуплено 12 стоматологічних установок (3 – КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» ЧОР, 2 – КЗ «Черкаська міська дитяча стоматологічна поліклініка ЧМР», 4 – сільські дільниці Золотоніського району, 1 – смт. Єрки Катеринопільського району, 1 – КП «Уманська міська стоматологічна поліклініка», 1 – Ватутінська міська лікарня).

В КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» ЧОР проведено капітальний ремонт м'якої покрівлі переходу, утеплені стіни сходової частини,

замінено 6 вікон на металопластикові. Також закуплено центрифугу з боксом для отримання тромбоцитарного концентрату та хірургічну лупу.

В КЗ «Черкаська міська стоматологічна поліклініка ЧМР» проводяться ремонтні роботи приміщення, виділеного під зуботехнічну лабораторію, а також для неї закуплені: піч для кераміки, муфельна піч, ливарня, зуботехнічні столи, 3 кондиționери; в КП «Уманська стоматологічна поліклініка» закуплено 3 стерилізатори, 8 світополімерних ламп, 2 мікромотора, бойлер та вентиляційне обладнання; в Смілянській міській стоматологічній поліклініці придбано 2 портативні стоматологічні приставки та 2 компресори.

Крім того, проведені часткові ремонти в стоматологічних відділеннях Чигиринської і Шполянської ЦРЛ.

Всі стоматологічні кабінети надають стоматологічну допомогу на сучасному рівні, використовуючи новітні технології в лікуванні та зубопротезуванні.

В 2016 році в області впроваджено:

- ✓ КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» ЧОР – тромбоцитарний концентрат для заповнення пустот кісткової тканини після хірургічного втручання.
- ✓ КЗ «Черкаська міська стоматологічна поліклініка ЧМР» – продовжено впровадження імплантів в ділянки відсутніх зубів; виготовлення знімних протезів з поліаміду.
- ✓ КЗ «Черкаська міська дитяча стоматологічна поліклініка ЧМР» – трейнери з активатором для ранньої профілактики зубо-щелепних аномалій, матеріал для запаковки фіссур «Ардисел» – для запобігання каріозної хвороби.
- ✓ КП «Уманська стоматологічна поліклініка» - для ендодонтичного лікування матеріали: «Крезотин», «Евгетин», «Кальцетин», для фіксації адгезивних систем – «Фіксалат», для профілактики каріозної хвороби у дітей для запаковки фіссур – «Кліпро-силамід».

Основними проблемами у галузі стоматологічного здоров'я населення залишаються:

- низький рівень матеріально-технічного забезпечення в Драбівському, Кам'янському, Жашківському, Смілянському і Тальнівському районах;
- відсутність бюджетного фінансування у Звенигородському, Тальнівському та Кам'янському районах;
- відсутність фінансування програми профілактики стоматологічних захворювань у Звенигородському, Тальнівському, Канівському, Катеринопільському та Кам'янському районах;
- низька забезпеченість сільського населення лікарями-стоматологами в Городищенському, Тальнівському, Маньківському та Шполянському районах.

Перспективи розвитку стоматологічної служби області

- Проведення профілактичних заходів серед вагітних жінок, призовників та дітей щодо попередження розвитку карієсу.
- Подальше впровадження програми профілактики стоматологічних захворювань на 2015-2020 роки в усіх містах та районах області.
- Використання сучасного стоматологічного обладнання та новітніх технологій лікування і профілактики стоматологічних захворювань.
- З метою наближення стоматологічної допомоги до мешканців села в населених пунктах де скорочені посади стоматологів і збереглося стоматологічне обладнання, продовжити виїзди лікарів на ці ділянки з інших наближених медичних закладів за графіком.
- Забезпечення профілактики небезпечних інфекцій (СНІД, гепатит та інші) та активне виявлення передонко- та онкопатології порожнини рота.
- Дотримання вимог чинного законодавства щодо надання стоматологічної допомоги пільговим категоріям населення.
- Висвітлення через засоби масової інформації питань з профілактики стоматологічних захворювань та подальше формування в суспільстві розуміння значення "стоматологічного здоров'я" і його впливу на загальне здоров'я підрастаючого покоління.
- Виготовлення складних щелепних протезів.
- Ширше впровадження імплантології зубів в стоматологічній практиці.

Фтизіатрична служба

Протитуберкульозна стаціонарна допомога населенню Черкаської області у 2016 році надавалася у КЗ «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер» ЧОР (далі – КЗ "ЧОПТД") на 480 ліжок та у фтизіатричному стаціонарному відділенні КП «Уманська міська лікарня» на 20 ліжок (до 01.12.2016 р.). Середньорічна кількість ліжок становить 498.

Показник забезпеченості фтизіатричними ліжками на кінець 2016 року складає 3,9 на 10 тис. населення (2015р. область – 4,03; Україна – 3,76).

Крім того, на базі медичних установ області функціонували 40 ліжок денного стаціонару фтизіатричного профілю, у т.ч. на базі поліклінічного відділення КЗ "ЧОПТД" – 5, Уманської міської лікарні – 10 (до 01.12.2016), Смілянської міської поліклініки для дорослих - 15 та Золотоніської ЦРЛ – 10 (до 01.06.2016).

У всіх містах і районах області на базі ЛПЗ вторинного рівня функціонують фтизіатричні кабінети для виявлення, обліку та диспансеризації хворих на туберкульоз і надання їм необхідної медичної допомоги.

В лікувально-профілактичних закладах області затверджено 82,75 штатних посад лікарів-фтизіатрів (з них 9,25 – дитячі), зайнято – 79,25 посад (з них 9,25 – дитячі), фізичних осіб лікарів-фтизіатрів – 55 (з них 6 – дитячі).

Відсоток атестованих лікарів-фтизіатрів у 2016 році склав 81,1% (2015р. – 84,7%). Із загальної кількості атестованих лікарів вищу кваліфікаційну категорію

мають 25 осіб (58%), першу – 17 (40%), другу – 1 (2%). За 2015р. – 54%, 44% та 2% відповідно.

В поточному році залишається актуальним питання кадрового забезпечення протитуберкульозної служби області. Укомплектованість штатних посад лікарів-фтизіатрів фізичними особами в цілому по області становить 66,5 % проти 67,6 % у 2015 році. Укомплектованість КЗ "ЧОПТД" лікарським складом у 2016 році становила 59,1% (2015р. – 61,3%), зокрема лікарями-фтизіатрами – 60,2% (2015р. – 62,4%).

За 2016р. на туберкульоз захворіло 654 особи, що становить 52,8 на 100 тис. населення та на 8% нижче, ніж за аналогічний період минулого року, коли показник становив 57,4 на 100 тис. населення (Україна 2015р. – 55,9).



Відмічено зростання захворюваності на туберкульоз серед дитячого населення. Так, у 2016р. на туберкульоз вперше захворіла 21 дитина віком 0-14 років, що становить 12,2 на 100 тис. відповідного населення проти 9,9 – у 2015р. (Україна 2015р. – 8,6). Захворюваність серед підлітків у 2016р. також зросла і становить 34,3 на 100 тис. підліткового населення проти 20,4 – у 2015р. (Україна 2015р. – 23,4). Загалом показник первинної захворюваності дитячого населення віком 0-17 років становить 15,7 на 100 тис. дитячого населення віком 0-17 років, що на 30% вище, ніж минулого року, коли показник становив 12,0 (Україна 2015р. – 10,9).

Питома вага бактеріального туберкульозу в 2016 році збільшилась і становить 70,4%, проти 66,8% за 2015р. (Україна 2015р. – 64,5%). Питома вага деструктивних форм туберкульозу в 2016р. становить 50,6%, проти 49,0% за 2015р. (Україна 2015р. – 41,4%). В цілому дані показники свідчать про:

- перехід на пасивний метод виявлення туберкульозу серед загального населення області (за зверненнями), що відповідає вимогам Протоколу,

затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.2014 №620 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі»;

- погіршення ранньої діагностики туберкульозу.

Активний метод виявлення туберкульозу застосовується лише серед груп ризику щодо захворювання на активний туберкульоз.

Захворюваність на занедбані форми туберкульозу залишилась на рівні 2015 року і становить 2,6 на 100 тис. населення. Сталість показника захворюваності на занедбані форми туберкульозу на фоні зниження первинної захворюваності та зростання дитячої та підліткової захворюваності, а також зростання питомої ваги бактеріального та деструктивного туберкульозу свідчать про погіршення ранньої діагностики туберкульозу та наявність значного прошарку малозабезпеченого населення і безробітних осіб працездатного віку, частка яких в структурі захворюваності становить у 2016р. 71,8% (2015р. – 75,7%).

Захворюваність на ВІЛ-асоційований туберкульоз за 2016р. зменшилась порівняно з 2015р. і становить 11,6 на 100 тис. населення (144 хворих) проти 11,9 (149 хворих) – за 2015р. (Україна 2015р. – 10,3).

Відмічено зниження захворюваності на рецидиви туберкульозу, показник захворюваності становить 13,9 на 100 тис. населення проти 15,9 – за 2015р. (Україна 2015р. – 14,6). Серед загальної кількості захворілих на рецидив туберкульозу 172 особи (55%) – це хворі, які мали ранній рецидив захворювання, що вказує на неякісно проведений попередній курс лікування та незадовільно організоване контрольоване лікування насамперед на амбулаторному етапі лікування.

Станом на 01.01.2017р. з приводу активного туберкульозу на диспансерному обліку в області знаходиться 997 осіб, що становить 80,4 на 100 тис. населення проти 83,0 – за 2015р. (Україна 2015р. – 84,3).

В структурі хворобливості 83,8% становлять контингенти, що перебувають на диспансерному обліку з приводу туберкульозу легень.

На кінець 2016 року на обліку з приводу активного туберкульозу знаходилось 22 дитини віком 0-14 років включно, що становить 12,8 на 100 тис. відповідного населення проти 10,5 – за 2015р. (Україна 2015р. – 7,7). Поширеність активного туберкульозу серед підліткового населення в 2016р. збільшилась і становить 31,2 на 100 тис. підліткового населення проти 29,2 – за 2015р. (Україна 2015р. – 22,5).

На 5,0% збільшився показник хворобливості серед контингентів, що знаходяться на обліку з приводу ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Так, в 2015р. хворобливість на ВІЛ-асоційований туберкульоз становила 15,9 на 100 тис. населення, в 2016р. – 16,7 на 100 тис. населення.

Показник смертності від туберкульозу за 2016р. за попередніми даними зменшився на 10,7% і становить 9,2 на 100 тисяч населення (115 осіб) проти 10,3 (129 осіб) – за 2015р. (Україна 2015р. – 10,8).



Дещо зменшилась смертність від ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Так, у 2016р. від поєднаної патології померло 51 особа, що становить 4,1 на 100 тис. населення проти 4,6 – 2015р., зниження на 10,9%.

З профілактичною метою у 2016р. було оглянуто флюорографічно та методом профілактичної рентгенографії 600 995 осіб віком 15 років і старше, або 563 на 1000 відповідного населення (2015р. – 558). При профілактичних рентгенологічних обстеженнях виявлено 393 хворих на туберкульоз, що становить 75,6% до вперше виявлених хворих на туберкульоз легень (2015р. – 76,6%). Методом туберкулінодіагностики за 2016 рік оглянуто 95593 дитини віком від 0 до 14 років включно, що становить 66,1% до плану, або 595 на 1000 дитячого населення відповідного віку проти 617 – за 2015р.

З метою виявлення бактеріовиділювачів за 2015 р. в області за допомогою методу мікроскопії мазка обстежено 5279 осіб з підозрою на туберкульоз, з них виявлено 157 (3,0%) бактеріовиділювачів (або 54,4% до всіх вперше діагностованих бактеріовиділювачів методом мікроскопії мазка).

План щеплень вакциною БЦЖ виконано на 85,4% проти 67,3% за 2015р. Недостатній показник пов'язаний з незадовільним забезпеченням міст і районів області вакциною БЦЖ.

Погіршився показник ревакцинації проти туберкульозу. Так, відсоток виконання плану ревакцинації за 2016р. склав 49,3% проти 66,1% – за 2015р.

В області сформована група ризику щодо захворювання на туберкульоз серед дорослого і дитячого населення, в складі якої 208033 особи за 2016р., що становить 16,8% від загальної кількості населення (2015р. – 17,1%). За 2016р. особи з груп ризику обстежені в цілому на 91,7% (2015р. – 87,2%), з них виявлено 536 осіб, хворих на туберкульоз, що становить 82,0% до всіх вперше виявлених хворих на туберкульоз (2015р. – 86,5%).

Результати лікування хворих на туберкульоз (ТБ)

Забезпечення ефективного лікування призводить до припинення подальшої поширеності випадків ТБ та попередження інфікування МТБ здорового населення та є одним із ключових заходів для контролю за ТБ.

Результат успішного лікування серед випадків чутливого ТБ в області має тенденцію до погіршення та становить 62,4% серед нових випадків ТБ легень когорти 2015р. (2014р. – 64,9%), 28,2% серед рецидивів ТБ легень когорти 2015р. (2014р. – 38,0%) та 46,2% серед інших випадків ТБ легень когорти 2015 року (2014р. – 57,8%) (індикатор ВООЗ – 85%). Причинами низької ефективності лікування є: перерване лікування (4,8%), невдача лікування (32,5%, в т.ч. за рахунок переведення в хіміорезистентний туберкульоз – 27%) та смерть (9,0%, в тому числі від ТБ – 3,2%), що обумовлюється:

- неналежною організацією лікування хворих на ТБ, насамперед в амбулаторних умовах,
- неналежною організацією безпосереднього контролю за лікуванням,
- відсутністю системи соціально – психологічної підтримки хворих під час лікування.

Для стабілізації та зниження епідемічних показників по туберкульозу в області необхідно продовжувати інтенсивне виявлення хворих активним та пасивним методами та прикладати максимум зусиль на виліковування хворих. Треба усвідомлювати, що для подолання цієї недуги мають об'єднуватися зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства в цілому.

Служба протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Епідемічна ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції в області залишається напруженою. Темпи поширення ВІЛ-інфекції в області щороку зростають.

В області з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції (1988 рік) та до теперішнього часу включно офіційно зареєстровано 7136 випадків ВІЛ-інфекції (серед них – 1171 дитина), у тому числі 2592 випадки захворювання на СНІД (серед них – 45 дітей) та 1040 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом (з них – 16 дітей).

Шляхами інфікування ВІЛ-інфекції як в Україні, так і в області, є статевий – 59,7% (2015р. – 58,8%), парентеральний – 26% (2015р. – 26,2%) та від матері до дитини – 14,3% (2015р. – 15,0%).

Як позитивний факт можна відмітити тенденцію до зниження вертикального шляху передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини впродовж останніх п'яти років.

Захворюваність населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД

	2015			2016	
	Абс. число	Показник на 100 тис. нас.	Україна	Абс. число	Показник на 100 тис. нас.
Виявлено протягом епідемії методом накопичення (ураженість):					
ВІЛ-інфікованих	6566	526,0	658,0	7136	575,8
Хворих на СНІД	2341	187,6	197,3	2592	209,2
Первинна захворюваність:					
ВІЛ-інфекція	541	43,3	37,0	570	46,0
СНІД	261	20,9	19,8	251	20,3
Загальна захворюваність (поширеність):					
ВІЛ-інфекція	3279	262,7	297,2	3504	283,2
СНІД	1004	80,4	79,8	1119	90,2



За показниками 2016 року первинна захворюваність населення області на ВІЛ-інфекцію у порівнянні з 2015 роком збільшилась на 6,2% і становить 46,0 на 100 тис. населення.

Високі показники первинної захворюваності на ВІЛ-інфекцію у розрахунку на 100 тис. населення зареєстровані в Жашківському р-ні (78,3), м. Ватутіне (69,0), Канівському р-ні (65,2), м. Черкаси (62,1) та Маньківському р-ні (50,4).

Аналіз вікової структури первинних випадків ВІЛ-інфекції, виявлених в 2016 році, свідчить про те, що найбільш ураженою залишається вікова група 25-49 років, яка в загальній структурі складає 71% (402 особи).

В 2011-2016 роках серед нових випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію залишається тенденція до зниження у віковій групі 15-24 роки з 14,4% до 5,5%, намічаються деякі ознаки стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

Первинна захворюваність на СНІД в області у 2016 році знизилась на 2,9% порівняно з 2015 роком.

Високі показники первинної захворюваності на СНІД у розрахунку на 100 тис. населення зареєстровані в Канівському р-ні (38,2), м. Ватутіне (34,5), м. Черкаси (32,7), Маньківському р-ні (28,8), Жашківському р-ні (27,0) і Тальнівському р-ні (26,2).

У 125 осіб (22,0%) із 570 вперше зареєстрованих як ВІЛ-інфіковані особи у 2016 році встановлено IV клінічну стадію – СНІД, що свідчить про пізнє звернення за медичною допомогою та несвоєчасну диспансеризацію. Загалом у 2016 році зареєстровано 251 випадок СНІДу, що встановлено вперше в житті.

Станом на 31.12.2016 року в області на диспансерному обліку всього перебуває 3504 ВІЛ-інфікованих та 1119 хворих на СНІД.

Поширеність ВІЛ-інфекції по області у порівнянні з 2015 роком зросла на 7,8% і становить 283,2 на 100 тис. населення. Високі показники поширеності ВІЛ-інфекції відмічаються у м. Черкаси (526,3), Канівському р-ні (492,6), м. Ватутіне (373,5) і Тальнівському р-ні (311,5 на 100 тис. населення).

Поширеність СНІДу по області за показниками 2016 року зросла на 12,3% порівняно з 2015 роком і становить 90,3 на 100 тис. населення. Високі показники поширеності СНІДу відмічаються у м. Черкаси (206,2), Канівському р-ні (126,0) та м. Ватутіне (103,4 на 100 тис. населення).

Амбулаторно-поліклінічна допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД мешканцям області надається в КЗ "Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом" Черкаської обласної ради та в усіх закладах охорони здоров'я області.

На даний час в закладах охорони здоров'я області вторинного рівня створено та активно працюють 28 кабінетів "Довіра", укомплектованість яких фізичними особами лікарів-інфекціоністів залишається незадовільною. Таких фахівців немає в КНП "Четвертий Черкаський міський центр ПМСД", Жашківській, Смілянській та Христинівській ЦРЛ. Проте лікарі, які працюють в цих кабінетах "Довіра", всебічно підвищують свою кваліфікацію з питань

профілактики, ранньої діагностики, клінічних проявів та лікування ВІЛ/СНІДу шляхом навчання на курсах тематичного удосконалення, тренінгах, семінарах.

Для надання стаціонарної допомоги області хворим на ВІЛ/СНІД в медичних установах виділено 174 ліжка.

За даними сероепідмоніторингу в 2016 році на наявність антитіл до ВІЛ обстежено 92 529 мешканців області, що складає 7,5% від загальної кількості населення (2015р. – 7,2%), у тому числі:

- обстежено методом ІФА – 76 665 осіб, що складає 6,2% від загальної кількості населення області,

- обстежено швидкими тестами – 15 864 осіб, що складає 1,3% від загальної кількості населення області.

На недостатньому рівні проводились обстеження на антитіла до ВІЛ у Драбівському районі, де охоплено лише 3,5% населення району, м. Сміла (3,1%), Золотоніському (3,2%), Звенигородському (3,3%) та Канівському (3,9%) районах.

Серед групи ризику за 2016 рік на ВІЛ-інфекцію було обстежено методом ІФА (без урахування тестування швидкими тестами) 49 519 осіб (4,0% від усього населення) та виявлено 670 ВІЛ-позитивних осіб, рівень інфікованості становить 0,87%. Для порівняння – за 2015 рік з груп ризику обстежено 46 558 осіб (3,7% від усього населення), з них виявлено 617 ВІЛ-позитивних осіб, рівень інфікованості – 0,8%.

Серед донорів за 2016 рік на ВІЛ-інфекцію було обстежено 15 484 особи та виявлено 27 ВІЛ-позитивних осіб, рівень інфікованості становить 0,17%. Для порівняння – у 2015 році обстежено 15 763 особи, виявлено 17 ВІЛ-позитивних осіб, рівень інфікованості – 0,1%.

Серед кадрових донорів за період 2008-2013 років ВІЛ-позитивних осіб виявлено не було, а у 2014-2016 роках було виявлено по одній ВІЛ-позитивній особі.

Впродовж 2015-2016 років в закладах охорони здоров'я та неурядових організаціях (НУО) області спостерігається збільшення кількості тестувань на ВІЛ експрес-тестами. Хоча у 2015 році в закладах охорони здоров'я області протестовано близько 7 тис. осіб, проте на теперішній час обстеження швидкими тестами не набули в них широкого впровадження. Так, із 15864 осіб, які були обстежені швидкими тестами впродовж 2016 року, лише 6484 особи (41%) протестовані в закладах охорони здоров'я, а решта (9380 осіб, або 59%) обстежені в НУО. Результативність тестування в неурядових організаціях вкрай низька, що потребує не лише децентралізації послуг, але й пошуку цільових груп серед контингентів, що тестуються на ВІЛ.

Одним із найважливіших напрямків роботи акушерсько-гінекологічної та педіатричної служби є забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Впродовж 2016 року на ВІЛ-інфекцію в області обстежено 11 662 вагітні жінки, з них виявлено вперше 36 ВІЛ-позитивних, показник інфікованості

становить 0,3% (2015р. – 12492, 23 та 0,18% відповідно). Народили за рік 79 ВІЛ-інфікованих вагітних, всі отримали АРВ-профілактику 100%. Народилось 78 живих немовлят, всі отримали профілактику ВІЛ-інфекції.

Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини у 2016 році склав 2,04% – діагноз ВІЛ-інфекції підтвердився у 2 дітей із 98, народжених ВІЛ-інфікованими матерями в 2014 році. В 2015 році показник вертикальної трансмісії ВІЛ по області становив 4,3% (діти 2013 р.н.). Інфікування дітей відбулось через асоціальний спосіб життя матерів, відмову від обстеження та лікування, повну відсутність запобіжних заходів.

Для тестування вагітних, які не були обстежені на допологовому етапі, використовуються швидкі тести, закуплені за рахунок Державного і місцевого бюджетів, забезпеченість якими становить 100%. За кошти Державного бюджету повністю покривається потреба в АРВ-препаратах для профілактики ВІЛ від матері до дитини. Необхідні для вигодовування народжених від ВІЛ-інфікованих матерів дітей адаптовані молочні суміші закупаються за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Усі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи, які потребують лікування, забезпечені антиретровірусною терапією повністю.

Станом на 01.01.2017 на сайтах АРТ в області отримують специфічне лікування 1830 осіб (у тому числі в КЗ "ЧОЦПБС" 926 осіб) за рахунок коштів Держбюджету, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, PEPFAR. Разом з пацієнтами ДПтС отримують АРТ 1922 особи.

У 2016 році вперше було призначено АРТ 469 особам (462 дорослим та 7 дітям), що становить 105% (2015р. – 294 особи).

В області продовжується робота щодо децентралізації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та інтеграції послуг шляхом створення сайтів для призначення та проведення АРТ міст та районів області. На даний час в області функціонує 22 таких сайти, на яких обслуговуються 982 особи (без урахування пацієнтів обласного центру СНІДу), що становить 54% від загальної кількості отримуючих АРТ (2015р. – 626 осіб та 46% відповідно).

Останні сайти антиретровірусної терапії для хворих на ВІЛ/СНІД відкрились в грудні 2016 року на базі кабінетів "Довіра" Корсунь-Шевченківської та Шполянської ЦРЛ, медичні працівники яких пройшли відповідне навчання.

У 2017 році потребують відкриття 5 нових сайтів АРТ на базі Драбівської, Жашківської, Лисянської, Христинівської та Чорнобаївської ЦРЛ, а також необхідно вирішити питання щодо надання АРТ хворим на ВІЛ/СНІД мешканцям Смілянського району.

У звітному періоді в області продовжувалася реалізація заходів обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки (далі – Обласна програма), затвердженої рішенням Черкаської обласної ради від 28.08.15 № 42-4/VI. В усіх регіонах області рішеннями міських та районних рад затверджені місцеві цільові соціальні програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на

2015-2018 роки, крім мм. Черкаси, Сміла, Золотоніського та Корсунь-Шевченківського районів.

У 2016 році за рахунок централізованих поставок з державного бюджету було отримано медикаментів, тест-систем та витратних матеріалів на загальну суму 8 млн. 650,3 тис. грн. та гуманітарної допомоги від Глобального фонду та інших джерел фінансування на суму 15 млн. 158,2 тис. грн.

3 грудня 2016 року в КЗ "ЧОЦПБС" розпочав працювати відділ вірусологічних та імунологічних досліджень централізованої лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, опортуністичних інфекцій. Загальний обсяг інвестицій в обладнання відділу від фірми Abbott (США) склав 9 млн. 98,7 тис. грн., в облаштування приміщень – 707 тис. грн. (кошти обласного бюджету). Всього до КЗ "ЧОЦПБС" надійшло інвестицій близько 35 млн. грн.

Шляхи вирішення проблемних питань служби профілактики та боротьби зі СНІДом:

1. Продовжити роботу щодо децентралізації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД шляхом створення сайтів для призначення ВААРТ на базі кабінету "Довіра" Драбівської, Жашківської, Лисянської, Христинівської та Чорнобаївської центральних районних лікарень. Вирішити питання щодо надання АРТ хворим на ВІЛ/СНІД мешканцям Смілянського району.

2. Відповідно до вимог наказу МОЗ України від 16.09.2009 № 673 "Про затвердження переліків центрів профілактики та боротьби зі СНІДом для проведення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією і антиретровірусною терапією та проведення підтверджуючих досліджень в Україні" (зі змінами) розпочати роботу щодо обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів КЗ "Кіровоградський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом" на визначення рівня вірусологічного навантаження та кількості СД4-лімфоцитів в КЗ "ЧОЦПБС".

3. Впровадити досліdну експлуатацію Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції (МІС ВІЛ) в КЗ "ЧОЦПБС" та в усіх закладах охорони здоров'я області. Вирішити питання співпраці централізованої лабораторії КЗ "ЧОЦПБС", відділів лабораторної діагностики та профілактики СНІД та інших інфекцій, що передаються трансфузійним шляхом з КЗ "Черкаська обласна станція переливання крові Черкаської обласної ради" та Уманської міської лікарні № 3 щодо ведення електронного реєстру обліку осіб, які проходять тестування на ВІЛ-інфекцію в ЛПЗ області.

4. Адвокація виділення додаткових коштів на придбання обладнання, необхідного для роботи централізованої лабораторії КЗ "ЧОЦПБС": автоклав, центрифуга, гематологічний аналізатор, низькотемпературний холодильник (близько 300 тис. грн.).

5. Адвокація виділення додаткових коштів на закупівлю вакцини проти пневмококової інфекції з метою вакцинації дітей, які перебувають під медичним наглядом (195 тис. грн.).

6. В кошторисах закладів охорони здоров'я на 2017 рік, у тому числі центрів ПМСД, необхідно передбачити кошти на закупівлю швидких тестів для обстеження груп ризику на ВІЛ-інфекцію за рахунок місцевого бюджету.

7. Адаптувати програмний комплекс реєстрації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб, які проживають на території Черкаської області, з Реєстром хворих на туберкульоз.

8. Впровадити обстеження населення на ВІЛ-інфекцію, у тому числі осіб з числа груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, за допомогою швидких тестів лікарями загальної практики сімейної медицини та лікарями-фахівцями вторинного та третинного рівнів.

9. Організувати проведення навчальних курсів для медичних працівників області, у тому числі центрів ПМСД, щодо проведення консультування, тестування та діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою швидких тестів.

10. Ініціювати впровадження надання інтегрованих послуг на рівні первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги, у тому числі проведення контрольованого лікування амбулаторних хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у ДОТ-кабінетах при міських поліклініках, ЦРЛ та амбулаторіях ЗПСМ.

11. З урахуванням необхідності профілактики ВІЛ-інфекції та мотивації призначення АРТ споживачам ін'єкційних наркотиків впровадити у Канівському районі та розширити досвід співфінансування ЗПТ на інші медичні заклади.

12. Вирішити питання щодо організації та відкриття сайтів ЗПТ в м. Сміла та інших регіонах області.

13. Надавати методичну допомогу адміністрації КЗ "ЧОПТД" ЧОР з питань раннього призначення (в перші 8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування) АРТ хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з досягненням 100% показника охоплення хворих (за підсумками 2016 року - 63,5%).

14. Секретаріату обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу запровадити перевірки роботи міських та районних рад на місцях, результати перевірок заслухати на засіданнях обласної ради.

Дерматовенерологічна служба

Дерматовенерологічна допомога жителям області надається в амбулаторних та стаціонарних умовах згідно з вимогами чинного законодавства, а саме:

- амбулаторна – на базі центральних районних і Ватутінської міської лікарень, четвертої та п'ятої міських поліклінік м. Черкаси (всього функціонує 27 дерматовенерологічних кабінетів, у тому числі 2 дитячих);
- стаціонарна – на базі Черкаського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (60 ліжок, у тому числі 5 дитячих).

Крім того, в ЛПЗ області розгорнуто 40 ліжок денного стаціонару для хворих зазначеного профілю: на базі Смілянської міської лікарні для дорослих (20 ліжок) та Уманської міської лікарні (20 ліжок).

Забезпеченість спеціалізованими дерматовенерологічними ліжками становить 0,48 на 10 тис. населення (по Україні – 0,77); забезпеченість дитячими ліжками – 0,25 на 10 тис. дитячого населення (по Україні – 0,84).

Станом на 01.01.2017 року в мережі служби працюють 70 осіб, які здійснюють роботу за фахом «дерматовенерологія», серед яких:

- вищу категорію мають 23 лікарів (32,9%);
- першу категорію мають 26 лікарів (37,1%);
- другу категорію мають 15 лікарів (21,4%);
- лікарів-спеціалістів – 6 осіб (8,6% від загальної кількості лікарів).

Із загальної кількості лікарів-дерматовенерологів 21 особа, або 30% є особами пенсійного віку та 7 осіб (10%) – передпенсійного.

У лікувально-профілактичних закладах області зареєстровано 65,5 штатних посад лікарів-дерматовенерологів, укомплектованість яких складає 95%. Не укомплектовані посади лікарів-дерматовенерологів у Кам'янському та Катеринопільському районах. В Драбівському та Лисянському районах лікарі-дерматовенерологи знаходяться у відпустках по догляду за дітьми.

Спектр надання медичної допомоги хворим дерматовенерологічного профілю досить широкий, але особлива увага приділяється профілактиці, діагностиці та лікуванню сифілісу.

Захворюваність на **сифіліс** найвищого рівня досягла у 1997 році, коли в області було зареєстровано 1745 випадків, а показник склав 116,5 на 100 тис. населення, що майже в 36 разів більше, ніж у 2016 році, коли було зареєстровано 48 випадків сифілісу (показник склав 3,8 на 100 тис. населення).

Первинна захворюваність на сифіліс

	2015	2016
Зареєстровано захворювань на сифіліс в області, абс.	44	48
Захворюваність на 100 тис. населення	3,5	3,8
Зареєстровано захворювань на сифіліс в Україні, абс.	3228	3220
Захворюваність на 100 тис. населення в Україні	7,6	7,6

У 2016 році сифілісу у Черкаській області зареєстровано на 4 випадки більше у порівнянні з 2015 роком. В Україні, як і в попередні роки спостерігається незначне зниження захворюваності на сифіліс.

У деяких регіонах показник захворюваності перевищує середньообласний на 100 тис. населення, а саме:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| • Христинівський район – 19,8 | • Жашківський – 8,0 |
| • Драбівський район – 19,5 | • м. Ватутіне – 5,7 |
| • Чорнобаївський район – 9,6 | • Монастирищенський район – 5,2 |
| • Смілянський район – 9,2 | |

У 2016 році жодного випадку сифілісу не зареєстровано у Золотоніському, Корсунь-Шевченківському, Канівському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Тальнівському, Уманському, Чигиринському та Шполянському районах. Низький рівень захворюваності на сифіліс спостерігається також в:

- м. Умань – 1,2;
- м. Сміла – 1,5 на 100 тисяч населення.

На рівні середньообласного показника захворюваність у м. Черкаси (3,9 на 100 тис. нас.), Черкаському (2,7), Городищенському (2,4) та Звенигородському (2,2) районах.

Питома вага прихованих форм сифілісу складає 64,6% в структурі первинно виявленої патології, що на 6% менше, ніж у попередньому році. Цей факт ще раз підтверджує необхідність підтримання на належному рівні васерманізації різних контингентів населення. Добре контролюється рівень васерманізації соматичних хворих та вагітних. Проте, васерманізація амбулаторних хворих у м. Умань складає лише 47,4%, Шполянському районі – 72%, Драбівському – 76%, Тальнівському – 77%, Канівському – 86,5%.

В результаті активно проведеної профілактичної роботи виявлено 34 випадки сифілісу, що складає 71% в структурі первинно виявленої патології. Так, 4 жінки було виявлено при васерманізації вагітних, що склало 17% від усіх захворівших на сифіліс жінок; 14 – виявлено при васерманізації хворих соматичного профілю, що склало 29% в структурі первинно виявленої патології; 4 (8%) – при профілактичних оглядах; 10 (21%) – при обстеженні статевих контактів.

За звітний період в Черкаській області зареєстровано 83 випадки **гонореї**, що на 39% (53 випадки) менше в порівнянні з 2015 роком.

Показник розповсюдженості гонореї в області склав 6,6 на 100 тис. населення (2015 р. – 10,8).

Первинна захворюваність на гонорею

	2015	2016
Зареєстровано випадків гонореї в області	136	83
Захворюваність на 100 тис. населення області	10,8	6,6
Зареєстровано випадків гонореї в Україні	5 750	5 327
Захворюваність на 100 тис. населення по Україні	13,4	12,5

У Черкаській області, як і в Україні загалом, спостерігається зниження захворюваності на гонорею.

Високий рівень діагностики гонореї спостерігається в наступних регіонах:

- Жашківському районі – 26,7;
- Тальнівському районі – 14,4;
- Маньківському районі – 14,2;
- Лисянському районі – 12,5;
- Городищенському районі – 12,0;
- м. Ватутіне – 11,4 на 100 тисяч населення.

В 2016 році жодного випадку гонореї не виявлено в Золотоніському, Канівському, Кам'янському, Смілянському та Чигиринському районах.

Низький рівень захворюваності на гонорею спостерігається в:

- Черкаському районі – 2,7;
- Драбівському районі – 2,8 на 100 тисяч населення.

Всього в медичних установах області 17 випадків гонореї (20,5% від загальної кількості випадків) виявлено акушер-гінекологами, що на 7 випадків

менше в порівнянні з минулим роком. Найкраще спрацювали акушер-гінекологи м. Черкаси, які виявили 4 випадки гонореї у жінок, Лисянського району – 3, Жашківського та Шполянського – по 2.

Урологами також виявлено 18 випадків гонореї (21,7% від загальної кількості випадків), що на 6 випадків менше, ніж у 2015 році. Найкраще спрацювали урологи Уманського району, які виявили 4 випадки гонореї у чоловіків, Городищенського, Звенигородського, Маньківського, Тальнівського та Христинівського (по 2).

Первинна захворюваність на трихомоніаз, хламідіоз, урогенітальний мікоплазмоз та коросту

№ з/п		2015	2016
1.	Трихомоніаз:		
	- кількість випадків у Черкаській області	2 105	1919
	- захворюваність по Черкаській області (на 100 тис. нас.)	167,6	154,8
	- захворюваність по Україні (на 100 тис. населення)	122,6	117,0
2.	Хламідіоз:		
	- кількість випадків у Черкаській області	284	123
	- захворюваність по Черкаській області (на 100 тис. нас.)	22,6	9,9
	- захворюваність по Україні (на 100 тис. населення)	46,9	43,6
3.	Урогенітальний мікоплазмоз:		
	- кількість випадків у Черкаській області	214	97
	- захворюваність по Черкаській області (на 100 тис. нас.)	17,0	7,8
	- захворюваність по Україні (на 100 тис. нас.)	66,2	60,3
4.	Короста:		
	- кількість випадків у Черкаській області	147	120
	- захворюваність по Черкаській області (на 100 тис. нас.)	11,7	9,7
	- захворюваність по Україні (на 100 тис. нас.)	22,0	20,4

Як видно з наведених у таблиці даних, в Україні та Черкаській області існує тенденція до зниження захворюваності на трихомоніаз, урогенітальний мікоплазмоз та коросту.

Показники роботи спеціалізованих дерматовенерологічних ліжок

	К-сть ліжок (початок року/ кінець року)	Робота ліжка		Оберт ліжок		Середнє перебування хворого на ліжку	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016
Черкаський обласний шкірно-венерологічний диспансер	60/60	306	285	23,6	23,1	13,0	13,4
Смілянська міська лікарня № 2	30/0	344	340	24,9	25,2	13,8	13,1

Як видно з таблиці, у 2016 році спостерігається зниження показника роботи ліжка в Черкаському обласному шкірно-венерологічному диспансері. За звітний період було проведено скорочення дерматовенерологічних ліжок в Смілянській міській лікарні № 2 у зв'язку з її закриттям на кінець року.

Як і в попередні роки, лікарі дерматовенерологічної служби Черкаської області брали участь у проведенні Всесвітнього Дня меланоми. За цей день у Черкаському обласному шкірно-венерологічному диспансері оглянуто 72 пацієнта, у яких виявлено 2 випадки злоякісної патології шкіри.

У звітному періоді 5 осіб працездатного віку в області отримали інвалідність з приводу дерматовенерологічної патології: Жашківський район – 3, Золотоніський та Шполянський райони – по 1.

З метою покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри у звітному періоді в роботу диспансерного відділення Черкаського обласного шкірно-венерологічного диспансеру була введена методика використання епілюмінісцентної дерматоскопії у пацієнтів з диспластичними невусами, а також комплексного превентивного лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, які мають тривалий період інкубації.

В роботу стаціонарного відділення запроваджено досвід використання інгібіторів кальціоневрину у дорослих, хворих на atopічний дерматит.

Найбільша кількість методик полягає у застосуванні нових медикаментів, однак тут є труднощі, пов'язані з високою вартістю нових медикаментів, як іноземного, так і вітчизняного виробництва.

Проблеми дерматовенерологічної служби

- Кадрове забезпечення служби – потребують укомплектування вакантні посади лікарів-дерматовенерологів у Кам'янській та Катеринопільській ЦРЛ.
- Недостатнє забезпечення обладнанням лабораторних служб регіонів області - у більшості районів відсутні імуно-ферментні аналізатори та не налагоджена культуральна діагностика гонореї.

Напрямки подальшої діяльності

- Покращення співпраці з лікарями-урологами та акушер-гінекологами з метою виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом у пацієнтів з хронічними запальними процесами сечостатевої сфери.
- Посилення контролю за васерманізацією амбулаторних хворих.
- Забезпечення необхідним обладнанням лабораторних служб регіонів області (ІФА, культуральна діагностика гонореї).
- Активне залучення до «Д» нагляду, огляду методом дерматоскопії осіб з передпухлинними захворюваннями шкіри.

Інфекційна служба

Амбулаторно-поліклінічна допомога інфекційним хворим надається лікарями-інфекціоністами кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ) при міських та районних поліклініках. В області функціонує 30 КІЗів, зокрема 25 – для дорослих.

Аналіз стану матеріально-технічної бази КІЗів показав, що значна частина їх розміщена в пристосованих приміщеннях, має по 1 кімнату, яка є одночасно і оглядовою і кабінетом, та не має окремого входу.

Майже половина КІЗів (45,2%) не забезпечені термостатами, а в деяких відсутні холодильники.

Станом на 01.01.2016 року в КІЗах поліклінік на диспансерному обліку перебувало 10 133 особи, у 2016р. на облік взято – 1 981, знято – 1 784, станом на 01.01.2017р. на обліку – 10 330 пацієнтів.

Спеціалізована медична допомога інфекційним хворим надається у 26 стаціонарах області, зокрема в КНП «Черкаська міська інфекційна лікарня» ЧМР, 4 міських лікарнях (Уманська лікарня №3, Смілянська міська лікарня, Ватутінська міська лікарня та Черкаська міська дитяча лікарня), 20 ЦРЛ та КЗ «Черкаська обласна психіатрична лікарня» ЧОР (відділення для пацієнтів з розладами психіки та поведінки в сполученні з інфекційними захворюваннями).

В структурі інфекційних стаціонарів та відділень виділені боксовані приміщення:

- мельцеровські бокси 129 - 317 ліжок, в т.ч. для дітей - 165,
- напівбокси 59 - 116 ліжок, в т.ч. для дітей - 58,
- палати 76 - 152 ліжка, в т.ч. для дітей - 56.

В інфекційних відділеннях Лисянської, Черкаської, Звенигородської, Смілянської та Катеринопільської ЦРЛ відсутні боксовані палати, що ускладнює ізоляцію та надання медичної допомоги хворим з особливо-небезпечними інфекціями, які передаються повітряно-крапельним шляхом.

Матеріально-технічна база інфекційних стаціонарів залишається недостатньою. Близько 40% інфекційних відділень розташовані у пристосованих приміщеннях, лише 9 стаціонарів мають працюючі локальні очисні споруди (хлораторні). Капітального ремонту потребують 8 інфекційних відділень (у м.Ватутіне, м.Сміла, Золотоніському, Канівському, Маньківському, Тальнівському, Шполянському та Звенигородському районах), реконструкції – 3 (у Жашківському, Кам'янському та Лисянському районах), нового будівництва – 1 (у Монастирищенському районі).

Інфекційні відділення та стаціонари в достатній кількості забезпечені кисневими концентраторами за виключенням Христинівського, Лисянського, Кам'янського районів та пульсоксиметрами, окрім Маньківського та Христинівського районів. Апарати ШВЛ наявні у 13 стаціонарах (50%).

В цілому по області інфекційні стаціонари недостатньо забезпечені захисним одягом, м'яким та твердим інвентарем.

В звітному році покращилась матеріально-технічна база інфекційних відділень Черкаської ЦРЛ (замінено 5 вікон), Уманської ЦРЛ (проведено реконструкцію вентиляційної системи відділення), в інших районах проведені

поточні ремонтні роботи. В КНП „Черкаська міська інфекційна лікарня” ЧМР завершено капітальний ремонт рампи з облаштуванням пандусами та встановленням металевої огорожі.

Кадрове забезпечення інфекційної служби

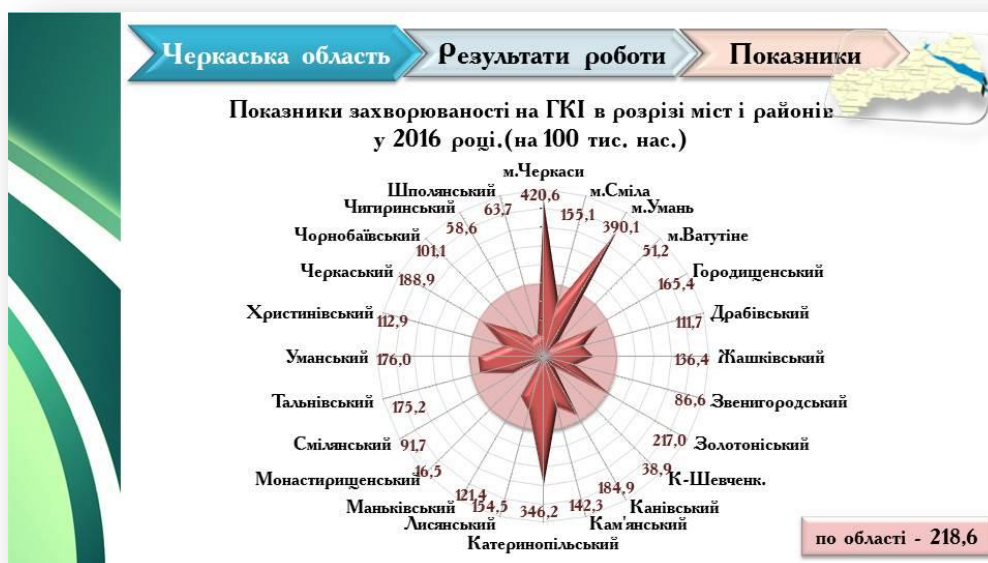
	Посади лікарів-інфекціоністів						Укомплектованість штатних посад фіз. особами %		Забезпеченість лікарями на 10 тис. нас.	
	штатні		зайняті		фіз. особи		2015	2016	2015	2016
	2015	2016	2015	2016	2015	2016				
Всього лікарів-інфекціоністів	86,75	83,25	78,5	76,5	59	58	68,0	69,7	0,47	0,46
в т.ч. дитячі	17,5	15,0	14,5	13,5	13	12	74,3	80,0	0,10	0,09

Аналіз інфекційної захворюваності

Впродовж 2016 року не реєструвались випадки захворювань на холеру, черевний тиф, бруцельоз, сибірку, рикетсіози, висипний тиф, геморагічні гарячки, поліомієліт, правець, сказ, дифтерію.

Враховуючи результати епідеміологічного моніторингу, епідситуацію з окремих інфекцій слід оцінювати, як нестійку.

Аналіз розповсюдженості кишкових інфекцій може свідчити про нерівномірність розвитку епідпроцесу на окремих адміністративних територіях та недостатню діагностику даних захворювань.



Гострі кишкові інфекції в структурі інфекційної захворюваності без грипу та ГРВІ становлять 55,1% (2015р. – 52,2%). Зареєстровано 2728 випадків (інтенсивний показник на 100 тисяч населення (далі – ІП) – 218,56), що на 4,6% менше, ніж у 2015 році.

Кількість випадків ротавірусної інфекції збільшилась на 28,5% (ІП – 39,7 проти 30,9). Всього зареєстровано 495 випадків (з них 491 – діти) проти 386 випадків у 2015 році. Найбільш враженою віковою групою є діти від 1 до 3 років.

Стабілізувалась епідситуація щодо сальмонельозу, відмічається зниження захворюваності на 7,2% (398 випадків проти 429 в 2015р.), ІП – 31,89. Найбільше зареєстровано хворих у м. Черкаси (144), м. Умань (27), Канівському (33), Черкаському (28), Золотоніському і Чорнобаївському (по 19) районах.

Впродовж 2016 р. зареєстровано 3 вогнища сальмонельозу: смт. Чорнобай (16 хворих), м. Канів (9), смт. Лисянка (3).

В 2016р. захворюваність дизентерією залишилась майже на рівні минулого року (12 проти 11 – у 2015р.). Інтенсивний показник вищий від середньо-обласного (0,88) зареєстровано в Шполянському, Золотоніському, Лисянському та Уманському районах.

В структурі гострих кишкових інфекцій прослідковується тенденція до зниження захворюваності на гастроентероколіти невстановленої етіології (ІП в 2016 р. – 80,68 проти 84,92 в 2015р.).



Впродовж 2016 року кількість захворілих на гострий вірусний гепатит А зменшилася на 34,3%, зареєстровано 44 випадки (3,53 на 100 тис. населення) проти 67 – в 2015 р., проте серед дітей кількість випадків залишилась на рівні минулого року (14). Найбільше хворих на вірусний гепатит А зареєстровано в м. Черкаси – 10, в т.ч. 2 дітей, Уманському районі – 9, в т.ч. 8 у дітей, Кам'янському та Корсунь-Шевченківському районах – по 5.

Захворюваність на гострий вірусний гепатит В зменшилась на 6,4%. Зареєстровано 44 випадки – 3,53 на 100 тис. населення проти 47 – 3,77 в 2015 році. Найбільше випадків зареєстровано в м. Черкаси – 20, Золотоніському – 7 та м. Умань – 6. Перевищення середньообласного показника (3,53) відмічалось на 8 адміністративних територіях, зокрема в містах Черкаси і Умань, а також

Золотоніському, Звенигородському, Уманському, Канівському, Христинівському та Катеринопільському районах.

Захворюваність на гострий вірусний гепатит С в області знизилась на 40,1% (або 9 випадків). Проте, у м. Черкаси зросла на 3 випадки (6 проти 3 в 2015р.).

Продовжується робота щодо реєстрації хронічних вірусних гепатитів, яка в Україні офіційно почалась з липня 2009 року.

Впродовж 2016 року в Україні вперше зареєстровано 1535 хворих на хронічний вірусний гепатит В (ІП – 3,2) та 5854 хворих на хронічний вірусний гепатит С (ІП – 13,7), в 2015р. – 1756 (ІП – 4,1) та 5983 (ІП – 13,9) відповідно. Проте, за приблизними експертними оцінками ВООЗ в Україні на гепатит С інфіковано близько 3% громадян, що складає понад 1,2 млн. осіб, а під час вибіркового моніторингу груп ризику інфікованість вірусом гепатиту С перевищує середньосвітові показники і досягає 40-60%.

Впродовж 2010-2016 років в області зареєстровано 290 хворих на хронічний вірусний гепатит В та 1030 – на хронічний вірусний гепатит С. Проте, станом на 01.01.2017 р. під диспансерним наглядом перебувають 413 та 1611 хворих відповідно.

В області на диспансерному обліку знаходяться 2606 носіїв вірусного гепатиту В (HBsAg) та 2867 - вірусного гепатиту С (HCV). Найбільше їх у містах Черкаси (носії HBsAg – 713, HCV – 1246) та Умань (носії HBsAg – 413, HCV – 498). Станом на 01.01.2017р. на обліку в обласному реєстрі хворих на хронічні вірусні гепатити В і С нараховується 2056 осіб, з них 891 (43,3%) – жителі м.Черкаси.



У 2016 році зменшилась захворюваність на краснуху в 5,6 рази (8 випадків проти 45 в 2015р.).

Захворюваність на вітряну віспу знизилась на 24,2% (ІП – 327,7, у 2015р. – 432,5). Всього зареєстровано 4090 випадків, з них 3814 серед дітей; найбільше хворих в м. Черкаси (2354 випадки), м. Умань (207), м. Сміла (155) та

Канівському (296), Уманському (226), Черкаському (107) і Драбівському (90) районах.

Відмічається зниження захворюваності на кашлюк (з 53 випадків у 2015р. до 48 у 2016р.), у т.ч. серед дітей (з 48 у 2015р. до 46 у 2016р.); інтенсивний показник на 100 тис. населення в цілому по області склав 3,85 проти 4,25 в 2015р. Найбільше хворих в м. Черкаси (22), м. Умань (12), Уманському, Черкаському та Канівському районах (по 3 випадки).

Захворюваність на інфекційний мононуклеоз зменшилась на 18,8% (173 випадки проти 213 в 2015р.).

Кількість захворілих на епідемічний паротит знизилась на 10 випадків, зареєстровано 8 хворих, у тому числі 7 дітей, ІП – 0,64 (2015р. – 1,44).

Ураженість населення області паразитарними хворобами, зокрема лямбліозом, за звітний період знизилась на 6,5%, ІП – 21,87 проти 23,39 у 2015 р.

В 2016р. зареєстровано 13 випадків захворювань на лептоспіроз, ІП – 1,04 (2015р. – 10, ІП – 0,8).

Під постійним контролем перебуває питання діагностики, лікування та профілактики іксодових кліщових бореліозів. Впродовж 2016 року в області зареєстровано 174 випадки хвороби Лайма (ІП – 13,94), що на 43% менше, ніж у 2015 році. Вище середньообласного показника – в м. Черкаси (ІП – 34,96), Канівському районі (ІП – 24,5), Корсунь-Шевченківському (ІП – 22,86), Городищенському (ІП – 17,02). На належному рівні проводиться діагностика даного захворювання у м. Умань (9 випадків), Шполянському і Черкаському районах (по 5), Смілянському, Золотоніському, Тальнівському та Уманському районах (по 3). Слід зауважити, що відсутність випадків захворюваності на хворобу Лайма в м. Ватутіне, Драбівському, Жашківському, Христинівському та Катеринопільському районах може свідчити про недостатнє проведення діагностики та низький рівень санітарно-освітньої роботи серед населення.

Грип та гострі респіраторні вірусні інфекції залишаються найбільш розповсюдженими інфекціями. У 2016 році рівень захворюваності на ГРВІ зріс на 18,12%, грип – в 16,8 разів.

Впродовж епідемічного періоду 2016-2017 років медична допомога хворим на грип та ГРВІ надається згідно наказів УОЗ ОДА від 03.02.2015 № 110 «Про впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях», від 02.06.2016 № 437 «Про впровадження наказу МОЗ України від 06.11.2015 № 732», від 07.10.2016 № 800 «Про порядок виконання комплексного плану заходів щодо попередження захворювань на грип та ГРВІ серед населення області на епідсезон 2016-2017 років та госпіталізацію хворих на грип на ГРІ», від 20.10.2016 № 841 «Про забезпечення обслуговування хворих на ГРВІ та грип вдома» та спільного наказу УОЗ ОДА і ДУ «Черкаський обласний лабораторний центр МОЗ України» від 15.09.2016 № 732/379 «Про заходи щодо профілактики грипу та гострих вірусних інфекцій в епідемічному сезоні 2016-2017 років».

Резерв ліжкового фонду на період ускладнення епідситуації в ЛПУ області становить 2202 ліжка, з них 185 ліжок – у відділеннях інтенсивної терапії.

Питання готовності медичних закладів до роботи в умовах ускладнення епідемічної ситуації щодо карантинних інфекцій перебуває на постійному контролі. На засіданні колегії УОЗ ОДА 30.06.2016 р. розглянуто питання «Про стан готовності до роботи в умовах епідускладень з холери, інших карантинних інфекцій у медичних закладах м. Сміла, Лисянського та Катеринопільського районів».

Всього, в області розгорнуто 585 інфекційних ліжок, у т.ч. 311 – для дорослих (2015р. – 324) та 274 - для дітей (2015р. – 286).

Забезпеченість інфекційними ліжками для дорослих становить 2,51 на 10 тис. населення (2015р. – 2,6), для дітей – 2,21 (2015р. – 2,29).

Показники роботи інфекційних ліжок

№ п/п	Показник	2015	2016
1.	Середнє число зайнятості ліжка:		
	- для дорослих	288	303
	- для дітей	285	309
2.	Середнє перебування хворого на ліжку:		
	- для дорослих	9,6	8,8
	- для дітей	7,5	7,2
3.	Оберт ліжка:		
	- для дорослих	30,1	35,1
	- для дітей	38,1	42,9

В 2016 році робота та оберт інфекційних ліжок збільшились, а середнє перебування хворого на ліжку зменшилось.

У звітному періоді з великим перевантаженням працювали інфекційні ліжка для дорослих у Чорнобаївському (512), Чигиринському (390), Монастирищенському (368) та Звенигородському (363) районах, ліжка для дітей – у м. Сміла (342), Уманському (372) Звенигородському (354), Драбівському (345) та Черкаському (344) районах.

Не виконується норматив роботи ліжка для дорослих у Смілянському (192), Золотоніському (223), Драбівському (242), Жашківському (244), Корсунь-Шевченківському (247) районах та м. Сміла (267), ліжка для дітей у Смілянському (133), Жашківському (177), Тальнівському (207), Канівському (236) та Кам'янському (240) районах.

Використання ліжкового фонду інфекційних стаціонарів

№ п/п	Показник	2015	2016
1	Виписано всього хворих, у т. ч.: - дорослих - дітей	20 634 9 720 10 914	22687 10793 11894
2	Померло всього хворих, у т. ч.: - дорослих - дітей	69 68 1	78 77 1
3	Проведено л/днів всього у т.ч.: - дорослими - дітьми	175354 93 741 81613	182540 95772 86768

У 2016 році кількість пролікованих хворих у інфекційних стаціонарах області зросла на 9,9%, у т.ч. дітей на 8,9% та дорослих на 11%.

На базі КНП «Черкаська міська інфекційна лікарня» ЧОР продовжується формування та щоквартальне оновлення реєстру хворих на хронічні вірусні гепатити (далі – ХВГ), у відповідності з яким здійснено ретроспективний аналіз даних про захворюваність за останні 5 років.

Всього на обліку в обласному реєстрі хворих на ХВГ «В» і «С» перебуває 2056 осіб, із яких хворих на ХВГ «С» – 1611 осіб, хворих на ХВГ «В» – 413 осіб, ХВГ «В+С» – 32 осіб.

В рамках виконання заходів Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року з 2014 року медичними закладами області отримано лікарські засоби за кошти державного бюджету. Всього в області взято на лікування 114 хворих на ХВГ «С», в т.ч. 22 особи з ко-інфекцією (ХВГ «С» + ВІЛ-інфекція).

Водночас, у лікувально-профілактичних закладах області виникають труднощі з обстеженням хворих на ХВГ відповідно до вимог Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Вірусний гепатит С», затвердженого наказом МОЗ України від 18.07.2016 № 729, а саме: у закладах відсутнє необхідне медичне обладнання на якому можливо за бюджетні кошти, у повному обсязі, проводити лабораторне обстеження хворих на ХВГ.

Щорічно за кошти місцевих бюджетів та неурядових громадських організацій проводиться вакцинація осіб із групи ризику на захворювання вірусним гепатитом «В», а саме: медичних працівників, хворих після перенесеної трансплантації органів та ВІЛ-інфікованих. Протягом 2016р. серед дорослого населення області повний курс вакцинації щодо вірусного гепатиту «В» отримали 508 осіб (у т.ч. 500 медичних працівників та 8 пацієнтів, які проходять гемодіаліз).

З метою підвищення рівня інформаційного забезпечення періодично розміщуються інформаційні матеріали на сайті УОЗ ОДА, надаються матеріали в газети та на обласне радіо. Крім того, 28 липня 2016р. на Європейській площі у Черкасах проведено акцію до Всесвітнього дня боротьби з вірусними гепатитами в рамках всеукраїнської кампанії «Вимагаємо лікування!» за підтримки департаменту охорони здоров'я та медичних послуг Черкаської міської ради, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та спільно з благодійним фондом «Інсайт».

В діагностичному та лікувальному процесі продовжено впровадження протоколів надання медичної допомоги хворим на грип, ГРВІ згідно наказу МОЗ України від 16.07.2014 № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях». Для покращення надання медичної допомоги хворим на хронічні вірусні гепатити в ЛПУ області розроблені та впроваджені локальні протоколи (клінічні маршрути пацієнтів) відповідно до наказів МОЗ України від 21.06.2016 №613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному

гепатиті В» та від 18.07.2016 №729 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С».

Проблеми, що потребують вирішення:

1. Дотримуватись відповідності показників роботи інфекційних ліжок до встановленого нормативу.
2. Продовжити роботу щодо формування реєстру хворих на хронічні вірусні гепатити з щоквартальним оновленням даних.
3. Забезпечити виконання Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів.
4. Продовжити роботу щодо покращення матеріально-технічної бази інфекційної служби.

Імунопрофілактика

На сьогодні імунізація є найбільш ефективним профілактичним засобом в боротьбі з окремими інфекційними хворобами.

Очевидний також економічний ефект вакцинопрофілактики при зниженні витрат на лікування, а також на попередження епідемій. Підраховано, що витрати на лікування в рази вищі, ніж витрати на вакцинацію.

Показники захворюваності на інфекційні хвороби, керовані засобами специфічної профілактики в 2014-2016рр. (інтенсивний показник на 100 тисяч населення):

Нозологія	2014		2015		2016	
	обл.	Україна	обл.	Україна	обл.	Україна
Дифтерія	-	0,01	0,08	0,005	-	0,01
Кашлюк	2,87	3,24	4,22	5,65	3,85	7,32
Правець	-	0,02	-	0,03	-	0,02
Поліомієліт	-	-	-	-	-	0,01
Краснуха	3,66	2,96	3,58	0,58	0,64	0,35
Кір	0,08	5,13	0,16	0,24	0,08	0,24
Паротит	0,80	1,07	1,43	1,07	0,64	1,03
Вірусний гепатит В	3,02	3,38	3,74	3,15	3,53	3,43
Туберкульоз органів дихання	51,82	52,45	51,82	51,51	47,11	50,75

Протягом 2016 року не реєструвалися захворювання на правець, поліомієліт, дифтерію. Відмічається зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання у дорослих (-9,68%). Зменшилися показники захворюваності на краснуху, кір, паротит.

Так, показник захворюваності на краснуху становить 0,64 в 2016 році проти 3,61 в 2015 році. Серед захворілих 60% складають діти.

В 2016 році захворілих на кір серед дітей не було.

Епідемічний паротит: показник захворюваності серед дитячого населення зменшився в 2 рази.

Однак показник захворюваності на туберкульоз органів дихання серед дітей в області має тенденцію до зростання. Інтенсивний показник в 2016 році складає 12,66 проти 6,82 в 2015 році.

Відмічається незначне зниження захворюваності на вірусний гепатит В серед дорослого населення, а серед дітей зареєстровано 2 випадки, як і в 2015 році.

Майже на рівні 2015 року зберігся показник захворюваності на кашлюк серед дітей і склав 22,39 проти 23,37 (-2 випадки за звітний рік).

З метою забезпечення захисту населення від інфекційних хвороб в області протягом 2015 року проводилися профілактичні щеплення відповідно до обсягів, затверджених МОЗ України. Проте, мало місце вкрай низьке забезпечення лікувально-профілактичних установ області імунобіологічними препаратами (ІБП).

В 2016 році потреба в ІБП Черкаської області склала 45 214,5 тис. грн., виділено квоти 15 711,5 тис.грн., що становить 34,7% від потреби області.

Річна потреба області в ІБП склала 694 174 дози по 12 видах вакцин та анатоксинів, що входять до номенклатурного переліку. За 12 міс. 2016р. в область централізовано поставлено 457 015 доз, наявні на початок року залишки з різних видів ІБП становили 20 862 дози, було закуплено за кошти місцевих бюджетів та інших джерел фінансування не заборонених законом – 40 993 дози. Таким чином, область забезпечена ІБП на 72,7% від річної потреби. Отримані в поточному році імунобіологічні препарати, що були закуплені за кошти державного бюджету з квоти 2014 року і 2015 років. З наданої для області квоти 2016р. (15 711,5 тис.грн.) ІБП не надходили.

В січні 2016 року в рамках гуманітарної допомоги для проведення додаткової імунізації певних вікових груп дитячого населення було отримано 60 тисяч доз поліомієлітної вакцини, яка частково використовується і для планових щеплень. В рамках другого етапу глобальної стратегії остаточної ліквідації поліомієліту в світі, в квітні 2016 року було здійснено перехід від використання трьохвалентної ОПВ (тОПВ) до бівалентної ОПВ (бОПВ). Залишки тОПВ в квітні місяці були вилучені з закладів охорони здоров'я та централізовано здані до ДП „Укрвакцина” у кількості 46 840 доз. Двовалентна оральна поліомієлітна вакцина до області надійшла у вересні-жовтні в кількості 89340 доз (остання партія в кількості 44640 доз була заморожена).

Протягом року надходження ІБП було нерівномірним і недостатнім. За 2016 рік обмежено надходила вакцина АДП-М, якою проводяться щеплення дітям в 16 років і дорослим, Пентаксим – ацелюлярна полівакцина для щеплення дітей до року, БЦЖ, КПК, Хіберікс, а вакцина Інфанрікс не надходила взагалі. Основні надходження почалися у III кварталі, що привело до порушень календаря щеплень і невиконання планової імунізації.

Із загостренням епізоотичної ситуації в області зі сказу різко збільшилася, потреба у антирабійній вакцині. Потреба області в 2016 році складала 6294 дози, а забезпечення цього ІБП фактично у 2,5 рази менше. Погіршує ситуацію відсутність вакцини в аптечній мережі.

Забезпечення імунобіологічними препаратами за 2016 рік

Назва вакцин та анатоксинів	Потреба на 2016р.	Залишок на 01.01.16	Отримано			
			з Держ-бюджету	місц. бюдж.	інші кошти	% від річної потреби
Дифтерії, правця (АДП)	28998	0	29410	1020	993	108,4
Дифтерії, правця з зменшеним вмістом антигену (АДП-м)	243337	0	64200	10518	8044	34,0
Туберкульозу (БЦЖ)	70710	70	60000	1750	1390	89,4
Поліомієліту (жива) (ОПВ)	89317	0	89340	0	0	100,0
ОПВ для турової імунізації		113930	60000	0	0	
Кору, паротиту, краснухи (КПК)	53055	396	45900	745	481	89,6
Вірусного гепатиту В (ВГВ)	61212	1725	50000	0	1182	86,4
Кашлюку (цільноклітинна), дифтерії, правця (АКДП)	71987	0	84010	3922	9870	135,9
Кашлюку (ацелюлярна), дифтерії, правця (АаКДП)	29121	15	0	100	95	0,7
Кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту (інактивована) та гемофільної інфекції Пентаксим (АаКДП+НІВ+ПІВ)	23579	83	14202	450	0	62,5
Вакцина проти гемофільної інфекції	18923	81	17393	0	42	92,6
Вакцина проти поліомієліту (інактивована), Імовакс-Поліо	16897	18360	0	0	0	108,7
Вакцина для профілактики сказу	6426	132	2560	66	325	48,0
Всього	713562	20862	457015	18571	22422	72,7

Ситуація, що склалася із недостатнім та несвоєчасним забезпеченням ІБП призводить до того, що серед 32-х показників по програмі „УкрВак” в розрізі інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики та вікових груп жоден не відповідає плановій цифрі в 100 % (за 12 міс. роботи). На рівні 74,8% – 71,3% – 87,4% щеплення проти туберкульозу, проти гепатиту В у новонароджених та гемофільної інфекції в 1 рік. Проти поліомієліту щеплення охоплює від 55,7 до 89,9 % в окремих вікових категоріях. Щеплення від дифтерії, і правця складає від 28,8% до 67,2% в категоріях від 1-ого року до 6.

Обсяги щеплень виконано (у відсотках):

Вид щеплення	2014		2015		2016
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
проти туберкульозу у новонароджених	90,3	56,5	66,5	39,8	74,8
проти туберкульозу у 7 років	59,4	21,2	72,4	9,3	49,3
проти кашлюку, дифтерії та правцю у дітей до року	34,1	38,4	30,6	26,5	28,8
проти кашлюку, дифтерії та правцю у 18 місяців	23,8	34,2	32,6	33,1	39,1
проти поліомієліту у дітей до 1 року	39,2	44,7	49,9	63,8	55,7
проти поліомієліту у 18 місяців	54,3	51,0	83,4	86,5	61,4
проти поліомієліту у 6 років	37,4	45,5	34,3	49,2	71,2
проти поліомієліту у 14 років	31,7	46,4	58,5	50,6	78,0
проти дифтерії, правцю у 6 років	0,1	0,5	0,0	4,1	67,2
проти дифтерії, правцю у 16 років	10,8	11,8	5,0	1,9	62,6
проти дифтерії, правцю дор. населенню	6,6	2,9	0,8	0,1	10,6
проти гепатиту В-1 у новонароджених	51,7	58,8	81,7	61,4	71,3
проти гепатиту В-3 до 1 року	20,9	36,5	19,9	25,4	23,7
проти гемофільної інфекції до 1 року	32,5	38,5	44,5	43,2	46,3
проти гемофільної інфекції у 1 рік	47,2	41,1	69,2	38,6	87,4
проти кору, паротиту та краснухи у 1 рік	60,6	57,0	49,3	63,2	63,6
проти кору, паротиту та краснухи у 6 років	40,1	38,7	47,3	62,1	27,4

Певним чином на показники щеплень впливають відмови батьків від вакцинації. Так, за звітними формами програми „УкрВак” в категорії дітей „до двох років”, запланованих на декілька видів щеплень, серед 10371 дитини відмовилися від вакцинації проти кашлюку, дифтерії та правця 657 осіб, проти поліомієліту – 1311, проти гепатиту В – 475, проти туберкульозу – 137, проти кору, краснухи та епідпаротиту – 244, проти гемофільної інфекції – 247. Аналогічна картина з відмовниками і в інших вікових групах.

Щодо медичних протипоказів, то за 12 місяців роботи їх кількість є незначною, на рівні 1,6 % від підлягаючих на щеплення, в абсолютних цифрах – від 6 до 158 осіб щомісячно. Особливо високі відсотки медичних протипоказів до щеплень в період сезонного зростання захворюваності на грип та ГРВІ.

Несвоєчасне забезпечення ІБП у 2016 році призвело до зриву виконання обсягів річного плану щеплень в цілому та, зокрема, у віковій категорії „до року”, яка є найбільш незахищеною в епідемічному плані. Показники по цій групі оцінюються в моделі кінцевих результатів роботи закладів охорони здоров'я області та через брак вакцин вони нівелюються.

Обсяги щеплень дітей до року в 2016 році (у %)

Адмінтериторія	Проти кашлюку, дифтерії та правцю у дітей до 1 року	Проти поліомієліту у дітей до 1 року	Проти кору, паротиту та краснухи у 1 рік	Проти гепатиту В-3 до 1 року
м. Черкаси	26,2	27,5	91,1	24,8
м. Сміла	9,9	76,5	38,8	21,2
м. Умань	29,0	51,9	40,2	10,2
м. Ватутіне	17,2	37,4	65,0	11,7
Городищенський	28,8	76,4	48,0	25,2
Драбівський	43,0	45,8	58,9	23,8
Жашківський	13,9	49,7	70,7	13,3
Звенигородський	24,4	77,0	79,9	25,0
Золотоніський міський ЦПМСД	2,5	100,0	41,9	29,2
Золотоніський районний ЦПМСД	39,8	36,9	64,8	47,0
К-Шевченківський	30,6	125,8	84,9	10,7
Канівський	21,5	51,6	48,1	30,7
Кам'янський	6,5	41,7	20,6	12,1
Катеринопільський	24,7	59,3	48,5	14,9
Лисянський	57,3	94,8	78,4	50,3
Маньківський	37,8	79,0	73,1	8,0
Монастирищенський	59,0	63,3	47,7	44,0
Смілянський	14,9	57,3	52,4	10,5
Тальнівський	96,5	88,1	52,8	100,0
Уманський	5,5	27,2	54,5	4,9
Христинівський	40,5	81,0	4,1	13,0
Черкаський	30,6	68,4	70,2	29,1
Чорнобаївський	24,7	75,3	53,5	22,2
Чигиринський	19,0	26,5	53,0	19,0
Шполянський	59,4	75,5	73,3	14,4
Білозірський ЦПМСД	25,8	65,3	24,7	5,2
Область	28,8	55,7	63,6	23,7

У закладах охорони здоров'я області ведеться контроль за поствакцинальним періодом у щеплених осіб та моніторинг несприятливих реакцій після щеплень. За 2016 р. в області із виконаних більше ніж 357 тисяч щеплень в різних вікових групах проти різних інфекцій було зареєстровано загальних реакцій на щеплення – 2208, у т.ч. сильних – 304, місцевих реакцій – 3690, у т.ч. місцевих сильних реакцій – 859.

У 2016 році в області було зареєстровано 3 ускладнення у вигляді афебрильних судом. Зареєстровано 71 випадок госпіталізації дітей протягом 30 днів після проведення їм щеплення (ЛПЗ м.Черкаси – 48 випадків, м. Умань – 3, Шполянська ЦРЛ – 2, Смілянська міська лікарня – 1, К-Шевченківська ЦРЛ – 2, Чорнобаївська ЦРЛ – 2, Канівська ЦРЛ – 2, Чигиринська ЦРЛ – 1, Лисянська ЦРЛ – 1, Маньківська ЦРЛ – 2, Катеринопільська ЦРЛ – 2). З них післявакцинальних реакцій: місцевих – 14, загальних – 17, ускладнень – 5. За заключними висновками територіальних комісій при розслідуванні даних випадків встановлено, що в 3-х випадках виявлений причинно-наслідковий зв'язок з проведенням щеплення, тобто мали місце 2 загальні реакції на щеплення,

1 місцева реакція. У решті 68 випадках причини госпіталізації пов'язані з іншими захворюваннями, а саме: ГРВІ, вітряна віспа, гострі гастроентероколіти, в т.ч. ротавірусної та нез'ясованої етіології, та інші захворювання.

Випадки групових реакцій та летальні випадки після застосування вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного у 2016 році в області не реєструвалися.

Психіатрична служба

Актуальність та нагальна потреба у формуванні системи охорони психічного здоров'я сьогодні вже не стоїть під сумнівом. Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства. Психічні розлади є однією з головних проблем суспільної охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ про що свідчить їх поширеність і обумовлений ними тягар хвороб і інвалідності: щороку вони вражають більше однієї третини населення. Особливо актуальним стає питання впровадження заходів, що сприятимуть створенню цілісної системи охорони психічного здоров'я в умовах військових дій та тимчасової окупації частини території.

Психіатрична амбулаторно-поліклінічна допомога в області надається диспансерними відділеннями КЗ "Черкаський обласний психоневрологічний диспансер" ЧОР та Уманської лікарні № 2, а також 20-ма психіатричними кабінетами ЦРЛ, 2-ма психіатричними кабінетами міських поліклінік (м. Сміла, м. Ватутіне) та дитячим психіатричним кабінетом дитячої поліклініки м. Сміла.

Показники роботи амбулаторної психіатричної служби в 2016 році залишаються на достатньому рівні:

- кількість відвідувань до психіатрів по області в 2016 році становить 223 183 (в 2015 році – 232 759), відсоток профоглядів – 46% (Україна 2014р. – 58%);
- кількість відвідувань до 1 дільничного психіатра в області у звітному періоді залишається високою у порівнянні з Україною і становить 6 289 відвідувань (2015 рік – 6 248 відвідувань);
- показник відвідувань на 100 хворих під наглядом в області у 2016 році складає 586 (2015р. – 609,3), що є дещо нижчим від показника по Україні за 2015 рік (626).

Станом на 01.01.2017 під наглядом психіатрів в медичних установах області перебувало 38 087 хворих з розладами психіки та поведінки (на 01.01.2016 – 38 203), що складає 3% (Україна – 2,5%) від усього населення області, з них – 1392 (2015р. – 1424) підлітки та 4864 (2015р. – 4776) дітей до 14 років. Серед облікового контингенту 46,3% (2015р. – 41%) складають сільські мешканці (по Україні – тільки одна третина сільських мешканців).

Закладами охорони здоров'я області не виконуються в повному обсязі вимоги наказу МОЗ України від 17.01.2002 № 12 "Про затвердження обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів". Психіатрами проводяться

профілактичні огляди з видачею медичних довідок за формою 122-2/0, яких за 2016 рік видано 38 727 (2015р. – 47 669). Проте, відвідувань до лікарів-психіатрів на госпрозрахунку було зареєстровано лише 21754 (2015р. – 27 644), що пов'язано з відсутністю таких фахівців у 8 районах (Звенигородський, Лисянський, Маньківський, Смілянський, Уманський, Христинівський, Черкаський і Чорнобаївський) та в місті Черкаси. Крім того, медичні довідки про проходження обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів не видаються у Лисянському районі.

На даний час в області функціонують 2 денних стаціонари для дорослих з розладами психіки (КЗ "ЧОПНД" та Уманська лікарня № 2) на 65 місць (в Золотоніській ЦРЛ в 2016 році скорочений), в яких впродовж 2016 року проліковано 658 хворих (2015р. – 925). Кількість місць в них з розрахунку на 100 тис. населення та на 100 осіб з розладами психіки є значно нижчими, ніж по Україні.

Стаціонарна психіатрична допомога населенню області у 2016 році надавалась на 910 психіатричних ліжках, з них 65 – дитячих (у 2016 році скорочено 55 ліжок), а саме:

- в КЗ "Черкаська обласна психіатрична лікарня" ЧОР функціонувало 725 ліжок, з них 25 – дитячих;
- в КЗ "Черкаський обласний психоневрологічний диспансер" ЧОР – 160 ліжок, з них 40 – дитячих;
- в Уманській лікарні № 2 (психіатричній) – 25 ліжок.

Забезпеченість психіатричними ліжками області становить 73,4 на 100 тис. населення (2015р. – 78,8), що дещо нижче показника по Україні (74,0).

За 2016 рік на ліжках психіатричного профілю проліковано 6320 хворих (2015р. – 6722), що дещо менше попереднього року, робота ліжка склала 306 днів (2015р. – 336), середнє перебування на ліжку – 45,5 дня (2015р. – 48,3) при показниках по Україні в 2015 році – 335 та 51 день відповідно.

Робота дитячого психіатричного ліжка в 2016 році склала 376 дні (2015р. – 371), середнє перебування на ліжку – 22,8 (2015р. – 24,4) днів, при показниках по Україні в 2015 році – 315 та 25,1 день відповідно. Таким чином, показники роботи психіатричних ліжок дещо погіршились.

За 2016 рік в області померло 122 профільних хворих (2015р. – 113), летальність на психіатричних ліжках у звітному періоді дещо більша від попереднього року і складає 1,91% (2015р. – 1,65%), що пов'язано з високою летальністю в КЗ "ЧОПЛ" ЧОР – 2,83% (2015р. – 2,37%, Україна – 1,3%).

Показник госпіталізованої захворюваності по області в 2016 році склав 510,0 на 100 тис. населення, що дещо нижче 2015р. (538,5, Україна – 494,9), а показник повторної госпіталізації в стаціонарах становить 18,3% (2015р. – 19,5%, Україна – 23,7%).

Лікування психічно хворих у стаціонарних відділеннях психіатричних закладів проводиться згідно вимог клінічних протоколів за спеціальністю "Психіатрія" з використанням нових сучасних медикаментів.

Основні показники кадрового забезпечення психіатричної служби області знаходяться дещо вище рівня середніх показників по Україні:

✓ забезпеченість психіатрами в області на 100 тис. населення: область – 7,2, Україна – 6,9;

✓ укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів-психіатрів: область – 80%, Україна – 76% (при цьому особи пенсійного віку серед психіатрів складають більше 30%).

Незважаючи на зазначені показники, впродовж останніх років в психіатричній службі області має місце серйозна кадрова проблема з лікарями-психіатрами, особливо в КЗ "Черкаська обласна психіатрична лікарня" ЧОР, КЗ "Черкаський обласний психоневрологічний диспансер" ЧОР та районах області: відсутні лікарі-психіатри (функції яких виконують лікарі-наркологи або лікарі інших спеціальностей) в Лисянському, Тальнівському, Христинівському і Чорнобаївському районах, а в Катеринопільському, Маньківському і Уманському районах лікарі-психіатри виконують і функції лікарів-наркологів.

Негативно впливає на надання психіатричної допомоги дітям області недостатня забезпеченість дитячими психіатрами в ЦРЛ, що потребує проходження спеціалізації з дитячої психіатрії дорослими психіатрами.

В 2016 році навчання в інтернатурі на базах обласної психіатричної лікарні та обласного психоневрологічного диспансеру проходили 5 інтернів (2015р. - 11).

На кваліфікаційні категорії атестовані 92% психіатрів та психотерапевтів, крім того 12 лікарів мають звання лікаря – спеціаліста з психіатрії. Вищу категорію мають 50 лікарів, що складає 46% від кількості фізичних осіб.

Показник зареєстрованих первинних звернень до лікарів-психіатрів з приводу розладів психіки та поведінки дещо знизився і складає в 2016 році 253,9 на 100 тис. населення (2015р. – 266,2, Україна – 189,1). Цей показник ще є недостатнім, оскільки за даними ВООЗ в Україні тільки 20% пацієнтів із тяжкими формами психічних розладів звертаються за медичною допомогою.

Кількість взятих під диспансерний нагляд хворих знаходиться майже на рівні 2015 року та складає 3147 осіб. Має місце тенденція до збільшення кількості сільських жителів, дітей та підлітків. Значно нижчі показники захворюваності в Кам'янському (225,2), Христинівському (164,3), Черкаському (138,5), Смілянському (135,5), Чорнобаївському (131,1) районах та м.Умань (209,1), які залишаються низькими в цих районах впродовж останніх декількох років.

Показник первинної захворюваності дітей в 2016 році перебуває майже на рівні 2015 року і становить 412,2 на 100 тис. дитячого населення (Україна – 338,4). Недостатньо виявляються діти з розладами психіки та поведінки в Городищенському (162,1), Смілянському (179,1), Черкаському (211,6) та Чорнобаївському (215,7) районах.

За результатами роботи психіатричної служби в 2016 році залишається значною розповсюдженість розладів психіки та поведінки в області – 3073,2 (2015р. – 3060,7) на 100 тис. населення (Україна – 2295,7). Високі показники розповсюдженості психічних розладів в м. Черкаси та м. Сміла, Золотоніському,

Монастирищенському, Смілянському, Тальнівському і Чигиринському районах, але низькі показники розповсюдженості в м. Умань, Драбівському, Черкаському та Уманському районах.

Контингенти психічно хворих, які мають групу інвалідності, за останні роки в області значно збільшилися та складає 737,5 (2015р. – 712,2) на 100 тис. населення (Україна – 604,3) при зменшенні первинної інвалідності в області у 2016 році до 24,3 (2015р. – 35,4) на 100 тис. населення (Україна – 23,8). Це пов'язано із збільшенням первинної та загальної інвалідизації серед дітей та хворих пенсійного віку (групи інвалідності їм оформляються для отримання висновків на матеріальну допомогу згідно вимог наказу МОЗ України від 31.07.2013 № 667).

Показник первинної інвалідності працездатного населення області в 2015 році дещо нижче показника по Україні і складає 2,3 (2015р. – 3,5) на 10 тис. працездатного населення (Україна – 2,8). Високі показники первинної інвалідності в працездатному віці зареєстровано в м. Сміла (4,5), Городищенському (3,7), Смілянському (3,6), Звенигородському (3,5), Драбівському (3,2) та Жашківському (3,2) районах.

Залишаються високими показники первинної дитячої інвалідності з розрахунку на 100 тис. дитячого населення: в області – 38,2 (2015р. – 49,7), в Україні – 35,0. В структурі дитячої інвалідності переважають розумова відсталість та наслідки органічного ураження мозку. Крім того, збільшилась група дітей з розладами спектру аутизму.

Одним із чинників зростання показників інвалідності внаслідок розладів психіки є недостатність в Україні необхідних системних реабілітаційних заходів для даного контингенту населення, гарантованих Законом України "Про психіатричну допомогу" та Положеннями Конвенції про професійну реабілітацію і зайнятість інвалідів.

В структурі КЗ "Черкаська обласна психіатрична лікарня" ЧОР функціонує Центр медико-соціальної реабілітації пацієнтів, де діє окремий спеціалізований психіатричний структурно-функціональний підрозділ лікарні, розрахований на 150 посадових місць, які розподілені між швейними та сільськогосподарськими цехами. Щорічно курс працетерапії на базі відділення проходили більше 1200 осіб з вадами психічного здоров'я, останні роки кількість осіб значно знизилась: в 2015 році працювало 861 особа, в 2016 році – 975. На жаль, реабілітаційний процес для інвалідів з психічними захворюваннями не проводиться в повному обсязі в зв'язку з відсутністю реабілітаційних центрів в містах та районах області.

Фінансування пільгового медикаментозного забезпечення хворих психіатричного профілю з місцевих бюджетів у 2016 році збільшилось і складає 588,02 тис. грн. (2015р. – 369,29 тис. грн.) при щорічній потребі не менше 2 млн. грн.! При цьому майже не здійснювалося фінансування на зазначені видатки в м. Черкаси, Звенигородському, Корсунь-Шевченківському, Маньківському, Тальнівському, Христинівському, Чигиринському та Черкаському районах.

Недостатнє медикаментозне забезпечення пільгових категорій психічнохворих, тобто найбільш тяжкого контингенту (хворі на шизофренію, епілепсію з психотичними розладами та слабоумством, інваліди-психохроніки зі зниженням критичних здібностей) приводить до неякісного амбулаторного протирецидивного лікування і, як наслідок, до загострень, інвалідизації, суїцидальних та суспільно небезпечних дій. В 2016 році серед психічнохворих скоєно 14 випадків суїцидальних спроб, з них 7 – завершених (2015р. – 22 суїцидальні спроби, з них 10 – завершених).

Збільшення кількості хворих, які перебувають під консультативним наглядом (в 2016 році 72,5% від усіх, що перебувають під наглядом) також негативно впливає на якість диспансеризації та реабілітації хворих з розладами психіки і поведінки.

В психіатричній службі області за 2016 рік в лікувально-діагностичний процес впроваджено 13 сучасних методик згідно плану. В КЗ "ЧОПНД" та КЗ "ЧОПЛ" впроваджена електронна система реєстрації пацієнтів, розширено доступ до мережі Інтернет.

Проблеми психіатричної служби області

➤ Недостатнє фінансування служби для покращення матеріально-технічного стану психіатричних закладів та недостатній рівень фінансового забезпечення пільгового амбулаторного лікування, що негативно впливає на рівень госпіталізації, інвалідизації, надання допомоги в повному обсязі згідно клінічних протоколів за спеціальністю "Психіатрія" та можливості реабілітації хворих з розладами психіки та поведінки.

➤ Недостатнє кадрове забезпечення психіатричних закладів та кабінетів міст і районів області лікарями-психіатрами, психотерапевтами, медичними психологами і логопедами. Має місце тенденція до збільшення відсотку фахівців пенсійного віку, які надають психіатричну допомогу, що викликає потребу в збільшенні числа лікарів – інтернів з психіатрії, медичної психології та психотерапії в області.

➤ Недостатнє державне нормативно-правове та інформаційне забезпечення психіатричної служби для регулювання її діяльності та здійснення профілактичної спрямованості.

➤ Обмежена можливість надання спеціалізованої психіатричної допомоги на первинному та вторинному рівнях через недостатню на даний час підготовку та кількість сімейних лікарів, нестачу відповідних спеціалістів у закладах вторинного рівня.

➤ Зберігається стигматизація по відношенню до психіатрії загалом, що призводить до невчасного звертання за допомогою або незвернення загалом.

➤ Обмежені можливості проведення медико-соціальних реабілітаційних заходів з використанням потужностей лікувально-трудова майстерень КЗ "ЧОПЛ" через відсутність соціальних працівників у психіатричній службі, відсутність цехів із полегшеними умовами праці для здійснення трудової

реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади.

Наркологічна служба

Наркологічна допомога населенню області надається в КЗ "Черкаський обласний наркологічний диспансер" ЧОР (далі – КЗ "ЧОНД"), Уманській лікарні № 2 (психіатричній), КЗ «Черкаська обласна психіатрична лікарня» ЧОР (далі – обласна психіатрична лікарня) та в 24-х наркологічних кабінетах центральних районних і міських лікарень міст Сміла, Умань і Ватутіне.

Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами дещо покращилась порівняно з попереднім роком і складає 86% (2015р. – 84,8%).

Лікарі працюють одночасно наркологами і психіатрами в м. Ватутіне, Жашківській, Катеринопільській, Маньківській, Уманській та Черкаській ЦРЛ (25% від загальної кількості наркологічних кабінетів).

Медичні сестри соціальної допомоги в усіх ЛПЗ області скорочені. Проведення соціальної роботи з наркологічними хворими зведено до мінімуму.

У 2016 році загальна захворюваність на **наркологічні захворювання** в цілому по області дещо зменшилась порівняно з попереднім роком – 134,71 на 10 тис. населення (2015р. – 135,06) та є вищою від середнього рівня по Україні (2015р. – 125,18); первинна захворюваність дещо зменшилася і склала 8,43 на 10 тис. населення (2015р. – 9,19) та перевищує показник по Україні (2015р. – 7,59).

Найвищі показники захворюваності на наркологічні захворювання на 10 тис. населення у звітному періоді мали:

✓ загальної – Чигиринський (279,94), Тальнівський (262,32), Чорнобаївський (222,62), Смілянський (218,94), Катеринопільський (207,99), Шполянський (197,71) і Лисянський (185,13) райони при середньорайонному рівні 160,10; серед міст обласного значення найвищу загальну захворюваність зареєстровано у м. Умань (173,62) та м. Ватутіне (154,59) при середньоміському значенні 90,46;

✓ первинної – Жашківський (18,62) і Тальнівський (17,76) райони при середньорайонному рівні 9,58; серед міст обласного значення найвищу первинну захворюваність зареєстровано у м. Умань (12,10) при середньо міському значенні 6,44.

Загальна захворюваність на **алкоголізм** у звітному періоді по області складає 117,83 на 10 тис. населення (2015р. – 119,15, Україна – 109,92).

Загальна захворюваність на **психози алкогольного генезу** коливається і в середньому по області складає 2,40 на 10 тис. населення (2015р. – 2,35 при середньоукраїнському показнику 0,89).

Найвищі показники у звітному періоді мають Городищенський (4,42), Смілянський (3,70), Драбівський (3,67), Звенигородський (2,70), Маньківський (2,52), Катеринопільський (2,46), Жашківський (2,16), Лисянський (2,10), Корсунь-Шевченківський (2,08) райони та міста Сміла (7,25) і Умань (5,05).

Загальна захворюваність на наркоманію у звітному періоді в середньому по області складає 14,28 на 10 тис. населення (2015р. – 14,43 при середньоукраїнському показнику 14,02).

Найвищі показники загальної захворюваності на наркоманію у звітному періоді: м. Умань (28,08), м. Сміла (23,07), м. Черкаси (20,55), Тальнівський (30,28) райони.

Загальні тенденції щодо загальної захворюваності на наркологічні хвороби та прогноз її рівня:

1. Тенденція щодо зменшення загальної захворюваності на алкоголізм зберігається. В цілому вона обумовлена добровільністю перебування під диспансерним наглядом.

2. Загальна захворюваність на наркоманію коливається у межах з 14,1 на 10 тисяч населення у 2009 році до 14,28 у 2016 році. Під диспансерним наглядом перебувають в основному споживачі опіоїдів (87%). Існує досить значна частка споживачів наркотичних речовин, яка недостатньо реєструється – споживачі каннабіноїдів і стимуляторів.

Первинна захворюваність на алкоголізм у 2016 році по області становить 6,12 на 10 тис. населення (2015р. – 6,75 при середньоукраїнському рівні 6,26). Показники, менші за середньообласний рівень, у звітному періоді: Канівський (2,70), Черкаський (2,93), Шполянський (3,68), Золотоніський (4,24), Корсунь-Шевченківський (5,32), Монастирищенський (5,52), Кам'янський (6,54) райони та м. Сміла (1,63); значно вищі – Тальнівський (14,85) та Жашківський (14,57) райони.

Первинна захворюваність на алкогольні психози по області у звітному періоді становить 1,28 на 10 тис. населення (2015р. – 1,38 при середньоукраїнському показнику 0,47). Показники, вищі за середньообласний рівень: Звенигородський (2,70), Катеринопільський (2,46), Жашківський (2,16), Канівський (1,80), Лисянський (1,68), Кам'янський (1,45), Шполянський (1,38) райони і м. Сміла (3,25); нижчі – Чорнобаївський (0,24), Тальнівський (0,58) та Золотоніський (0,57) райони. Взагалі не зареєстровано хворих з алкогольними психозами у м. Ватутіне та Чигиринському районі.

Первинна захворюваність на наркоманію у 2016 році по області становить 1,01 на 10 тис. населення (2015р. – 1,12 при середньоукраїнському показнику 0,84).

Найбільш високі показники зареєстровані у Канівському (3,60), Тальнівському (2,33) та Жашківському (1,62) районах; найнижчі – у Черкаському (0,27) та Драбівському (0,28) районах, і взагалі не зареєстровано випадків наркоманії у Чигиринському районі.

Загальні тенденції щодо первинної захворюваності на наркологічні хвороби:

1. Первинна захворюваність на алкоголізм залишається приблизно на однаковому рівні. За останні 8 років максимальна величина складала 8,8 на 10 тис. населення у 2009 році, мінімальна – 6,7 у 2010 та 6,12 у 2016 роках. Схожа тенденція спостерігається і в Україні (2015р. – 6,26).

2. Різких коливань у показнику "Первинна захворюваність на алкогольні психози" не відмічається.

3. Первинна захворюваність на наркоманію впродовж останніх 10 років залишається майже на одному й тому ж рівні. Рівень первинної захворюваності буде залежати від політики в сфері боротьби з наркоманією, що буде проводитись на рівні країни.

Стационарна наркологічна допомога мешканцям області надається на 120 ліжках медичних установ області, кількість яких впродовж останніх років залишається незмінною, а саме: КЗ "ЧОНД" (функціонує 100 ліжок) та Уманська лікарня № 2 (20 ліжок).

Забезпеченість наркологічними ліжками у 2016 році складала 0,97 на 10 тис. населення при середньо-українському показнику за 2015 рік 0,93. Крім того, стационарна медична допомога хворим наркологічного профілю надається і в умовах психіатричних закладів області.

У 2016 році в цілому по області спостерігається збільшення кількості госпіталізованих хворих до стаціонарів з приводу хронічного алкоголізму – на 56, у т.ч. з алкогольним психозом – на 25, та незначне збільшення хворих на наркоманію - на 60.

В КЗ "ЧОНД" упродовж звітнього періоду стационарно проліковано 1900 осіб (2015р. – 1711), якими проведено 35021 ліжко-день (2015р. - 31842), середнє перебування хворого на ліжку складає 18,5 днів (2015р. – 18,6).

Розподіл хворих за регіонами свідчить про активне використання можливостей обласної установи лише найближче розташованими регіонами. Так, найбільше хворих у звітньому періоді було проліковано з м. Черкаси (1071 хворих, або 56,4% від усіх стационарно пролікованих хворих), Черкаського (236 і 12,4%), Золотоніського (114 і 6,0%) та Чорнобаївського (108 і 5,7%) районів.

В Уманській лікарні № 2 за 2016 рік збільшилась кількість пролікованих хворих наркологічного профілю.

Амбулаторна наркологічна допомога населенню області надається диспансерним відділенням КЗ "ЧОНД", наркологічними кабінетами центральних районних лікарень та міських лікарень.

Кількість осіб, які перебувають під диспансерним наглядом з метою профілактики, за останні три роки суттєво не змінилась.

Кількість підлітків, що перебувають під наглядом з метою профілактики, залишається незначною, хоча за останні 5 років вона збільшилась майже у 5 разів та практично характеризує роботу фахівців КЗ "ЧОНД", проте у регіонах ця робота проводиться недостатньо.

Хоча кількість пролікованих в амбулаторних умовах хворих дещо збільшилась, відсоток осіб, охоплених лікуванням, залишається низьким.

Проведення обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів у звітньому періоді становить 48620 проти 53342 у 2015 р., у т.ч.: водіїв транспортних засобів – 23629 (2015 р. – 30634), громадян, що мають отримати зброю – 3029 (2015р. – 11794).

Кількість осіб, що лікувалися анонімно, склала 505 (2015р. – 680).

Однією з **основних проблем наркологічної служби області** є обмежене фінансування, що не дозволяє забезпечити повноцінну роботу служби.

Матеріально-технічна база наркологічної служби потребує значного поліпшення із створенням умов для проведення амбулаторного лікування в центральних районних лікарнях.

КЗ "ЧОНД" потребує оснащення сучасним медичним обладнанням.

Вимагає вдосконалення реабілітаційна ланка в комплексній медико-соціальній реабілітації наркозалежних.

Екстрена медична допомога

Екстрена медична допомога на догоспітальному етапі населенню області надається комунальною установою "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради" (далі – Центр), до складу якого входять:

- ✓ 5 станцій швидкої медичної допомоги (далі – ШМД) – філій Центру (Черкаська, Смілянська, Уманська, Звенигородська, Лівобережна);
- ✓ 16 підстанцій ШМД;
- ✓ 19 пунктів постійного базування бригад ШМД;
- ✓ 7 пунктів тимчасового базування бригад ШМД.

Станом на 01.01.2017 року в Центрі всього затверджено 1590 посад, у тому числі:

- ✓ 174,5 – лікарські посади;
- ✓ 781,75 – посади молодших спеціалістів з медичною освітою;
- ✓ 70,75 – посад молодшого медичного персоналу;
- ✓ 563,0 – посади іншого персоналу, з них – 468,75 посад водіїв ШМД.

Хоча у 2016 році кількість штатних посад закладу збільшилася на 105 одиниць (19,0 – лікарських, 83,0 – молодших спеціалістів з медичною освітою, 3,0 – іншого персоналу), проте лікарями служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) забезпечена недостатньо – 1,4 на 10 тис. населення при середньо-українському рівні 1,8.

Деякі підстанції ШМД, зокрема Драбівська, Кам'янська, Лисянська, Жашківська, Катеринопільська, Корсунь-Шевченківська, Маньківська, Монастирищенська і Тальнівська взагалі не мають лікарських бригад, що, звичайно, впливає на якість надання медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі.

Молодшими медичними спеціалістами служба ЕМД забезпечена повністю. Кількість штатних посад молодших медичних спеціалістів складає 781,75, що на 10 тис. населення становить 6,3 (Україна – 4,4).

Станом на 01.01.2017 року в Центрі функціонує 100 бригад ШМД (29 лікарських та 71 фельдшерська). Забезпеченість бригадами ШМД в середньому по області складає 0,8 на 10 тис. населення при нормативі 0,7.

Розподіл бригад ШМД

№ з/п	Станції ШМД		Підстанції ШМД		
	Назва	К-сть бригад	Назва	К-сть бригад	Види бригад
1.	Черкаська станція ШМД	32	м. Черкаси та Черкаський р-н	26	лікарські – 13 фельдшер. – 13
			Канівська підстанція	4	лікарські – 1 фельдшер. – 3
			Чигиринська підстанція	2	лікарські – 1 фельдшер. – 1
2.	Смілянська станція ШМД	19	м. Сміла та Смілянський р-н	8	лікарські – 2 фельдшер. – 6
			Городищенська підстанція	5	лікарські – 1 фельдшер. – 4
			Кам'янська підстанція	3	фельдшер. – 3
			К-Шевченківська підстанція	3	фельдшер. – 3
3.	Уманська станція ШМД	20	м. Умань та Уманський р-н	9	лікарські – 5 фельдшер. – 4
			Жашківська підстанція	2	фельдшер. – 2
			Маньківська підстанція	3	фельдшер. – 3
			Монастирищенська підстанція	3	фельдшер. – 3
			Христинівська підстанція	3	лікарські – 1 фельдшер. – 2
4.	Лівобережна станція ШМД	14	смт. Чорнобай	5	лікарські – 1 фельдшер. – 4
			Драбівська підстанція	3	фельдшер. – 3
			Золотоніська підстанція	6	лікарські – 1 фельдшер. – 5
5.	Звенигородська станція ШМД	15	м. Звенигородка	3	лікарські – 1 фельдшер. – 2
			Лисянська підстанція	2	фельдшер. – 2
			Ватутінська підстанція	2	лікарські – 1 фельдшер. – 1
			Катеринопільська підстанція	2	фельдшер. – 2
			Тальнівська підстанція	3	фельдшер. – 3
			Шполянська підстанція	3	лікарські – 1 фельдшер. – 2
	Всього	100	-	100	лікарські – 29 фельдшер. – 71

За 2016 рік бригадами ШМД області за викликами здійснено 323 398 виїздів, що на 14 533 виїзди більше, ніж за попередній рік (2015р. – 308 865) і становить на 10 тис. населення 2609 виїздів проти 2467 – у 2015 році.

Показник прибуття бригад ШМД до пацієнта з дотриманням нормативу доїзду (до 10 хвилин з моменту звернення в містах та до 20 хвилин в сільській місцевості) у звітному році в місті дещо покращився проти 2015 року і становить

96,7% (2015р. – 95,4%); в сільській місцевості показник не змінився і залишився на попередньому рівні – 90%.

Бригади ШМД почали виконувати більше профільних викликів. Так, профільність виконаних викликів порівняно з 2015 роком збільшилась на 1,7% і становить 90,3% (2015р. – 88,6%).

Виїзди до хронічних хворих за 2016 рік становлять 2% (2015р. – 2,3%), що менше відповідного нормативного показника, який дорівнює 3,2%. Водночас відмічається зменшення кількості непрофільних виїздів (на 32%).

Середньодобове навантаження на бригаду ШМД у звітному періоді дещо збільшилось і становить: на лікарську бригаду – 9,0 (2015р. – 8,1), на фельдшерську бригаду – 8,2 (2015р. – 8,1).

У 2016 році порівняно з 2015 роком відмічається збільшення виїздів до пацієнтів на гіпертонічний криз на 6,8%, на мозковий інсульт – на 6,2% і зменшення виїздів на інфаркт міокарду на 3,2%.

Аналіз за зверненнями пацієнтів до закладів ШМД по термінам початку больового синдрому при інфаркті міокарду (до приїзду бригади ШМД) свідчить, що 59,8% пацієнтів у 2016 році звернулися за екстреною медичною допомогою в перші 2 години з початку нападу. Цей показник порівняно з 2015 роком покращився на 6%.

В 2016 році при STEMI-інфарктах проведено 98 тромболізисів.

З 786 викликів до пацієнтів на інфаркт міокарду доставлено в стаціонари області 757 (96%), з них:

- в обласний кардіологічний центр – 102 особи, що становить 13% від усіх госпіталізованих пацієнтів на інфаркт міокарду;
- в інші ЗОЗ - 655 пацієнтів (86,5%).

Бригади ШМД забезпечені медичною апаратурою на 70% (не достачає дефібриляторів та відсмоктувачів). У першу чергу необхідно придбати 20 дефібриляторів та 40 відсмоктувачів. Паливно-мастильними матеріалами, медикаментами та виробами медичного призначення Центр забезпечений.

Зв'язок між підрозділами та бригадами ШМД здійснюється по корпоративній стільниковій мережі, а Черкаська, Уманська станції ШМД та Шполянська підстанція мають радіозв'язок. 80% автомобілів ШМД обладнані GPS навігаційною системою, що дає можливість відстежувати рух бригад по області та Україні, 22% автомобілів ШМД обладнані відеореєстраторами.

Найбільшою проблемою закладу, яка потребує нагального вирішення, є відсутність приміщення. Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради до цього часу не має своєї будівлі і розміщений в орендованих та пристосованих приміщеннях, що не дає змогу створити єдину оперативну диспетчерську службу Центру, передбачену ст. 8 Закону України "Про екстрену медичну допомогу".

Служба крові

Служба крові області здійснює заготівлю крові, переробку її на компоненти (форменні елементи та плазму), виготовляє кріопреципітат для забезпечення закладів охорони здоров'я в достатній кількості та проводить роботу щодо їх правильного використання. Основною метою діяльності є висока якість, безпечність, біологічна повноцінність та клінічна ефективність всієї продукції.

Номенклатура компонентів крові, які виготовляються в області на даний час, не змінена і включає 12 найменувань.

У 2016 році медичними закладами області заготовлено 8494,7 л консервованої донорської крові та її компонентів, що практично на рівні 2015р. В перерахунку на одного мешканця це складає – 6,8 мл (2015р. – 6,7, Україна – 9,5). В ряді районів цей показник значно нижче: Драбівський – 1,4, Жашківський – 2,7, Звенигородський – 2,9 райони, м. Ватутіне – 2,2.

Зважаючи на обмеження показань для використання окремих компонентів крові та роботу, проведenu з питань раціонального і доцільного їх призначення, заготовлена кількість забезпечила потребу медичних закладів області.

Службою крові проведена певна робота з покращення показників якості продукції. Важливе місце в системі якості займає стандартизація середньої дози кроводачі, що забезпечує правильне співвідношення крові з консервантом та стабілізатором і зменшення ризику виникнення післятрансфузійних реакцій.

В цілому по всіх закладах області середня доза кроводачі склала 450 мл, що є оптимальною. Меншим від цього є показник в закладах м. Черкаси, Городищенській, Драбівській, Катеринопільській і Тальнівській ЦРЛ. Причиною низької дози є використання пластикатної тари малого об'єму, що суперечить сучасним вимогам та не дає можливості заготовити повноцінну лікувальну дозу компонентів.

Одержання плазми з 1 літра консервованої крові (44,8 %) знаходиться на рівні нормативного показника. Низький показник одержання плазми з 1 літра крові в Драбівському, Лисянському, Корсунь-Шевченківському, Тальнівському, Чернобаївському та Чигиринському районах пов'язаний з відсутністю відповідного технологічного обладнання (рефрижераторні центрифуги).

96% одержаної плазми, придатної для використання, закладено на карантинізацію (2015 рік – 92%). Станом на 31.12.2016 року на зберіганні в закладах охорони знаходиться достатня кількість карантинізованої плазми (1597,6 л) для забезпечення їх потреб.

Списання такого компоненту як еритроцити внаслідок закінченням терміну використання впродовж останніх двох років зменшилось і склало 9,8%, (2015-12,0%), тобто спостерігається чітке зменшення списання протягом останніх років внаслідок більш раціонального використання в переважній більшості закладів. Недостатньо уваги приділяється питанню керування запасами крові (її компонентів)

в Лисянському районі, де списання складає 62%, Катеринопільському (49%), Христинівському (46%) та Жашківському (35%) районах.

Не зважаючи на постійні зауваження, до цього часу не вирішене питання щодо виконання Закону України "Про донорство крові та її компонентів"

(за № 239/95 від 1995 року) в частині забезпечення харчуванням донорів в Лисянському, Чигиринському і Тальнівському районах.

Впродовж 2016 року проведена перевірка стану трансфузійної допомоги в переважній більшості закладів охорони здоров'я під час акредитації та планових перевірок. Відмічено, що в порівнянні з результатами попередніх перевірок, в усіх закладах проведена певна робота з усунення недоліків. Під час проведення аудитів визначені основні проблемні питання, які були доведені до відома керівництва та обговорені на засіданні колегії управління охорони здоров'я в листопаді 2016 року.

Основними напрямками діяльності служби крові області в 2017 році є:

- розробка та практична реалізація заходів з удосконалення служби крові на засадах національної політики, впровадження її керівних принципів, активна співпраця між службою переливання крові та клініцистами в процесі лікування хворих, які можуть потребувати трансфузій;
- організація роботи служби крові області у відповідності до "Положення для установи переливання крові (щодо організації управління системою якості і безпеки донорської крові та компонентів)", затвердженому наказом МОЗ України від 14.12.2010 №1112 та "Інструкції з виготовлення, використання та забезпечення якості компонентів крові", затвердженої наказом МОЗ від 17.12.2013 № 1093;
- створення дієвої системи контролю якості при виготовленні компонентів і препаратів крові;
- дослідження усієї донорської крові на інфекції, що передаються з трансфузіями, включаючи вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), віруси гепатиту, сифіліс та інші інфекційні агенти, а також якісна лабораторна практика при визначенні груп крові, її сумісності, приготуванні компонентів, зберіганні і транспортуванні крові та її продуктів;
- перехід до взяття крові тільки у добровільних безоплатних донорів;
- посилення пропаганди безоплатного донорства, повний перехід на яке повинно стати основою реформування служби крові (проект проходить обговорення та передбачає реформування служби в рамках Закону України "Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони" від 16 вересня 2014 року № 1678-VII);
- скорочення кількості не обов'язкових трансфузій шляхом обґрунтованого клінічного використання крові та її продуктів і, за необхідності, використання простих альтернатив трансфузіям.

Стан надання медичної допомоги ветеранам війни та учасникам АТО

Комунальний заклад "Черкаський обласний госпіталь ветеранів війни Черкаської обласної ради" (далі – госпіталь) є головною установою в Черкаській області для надання медичної допомоги ветеранам війни та учасникам АТО.

У складі госпіталю функціонують:

➤ стаціонар з 5-ти відділень загальною потужністю 250 ліжок, фізіотерапевтичне відділення, діагностичне відділення, відділення лікувальної фізкультури, клініко-діагностична лабораторія, а також харчоблок, підсобні служби та аптека;

➤ консультативна поліклініка потужністю на 135 відвідувань у зміну, в якому ведеться прийом лікарів 12 спеціальностей, а саме: терапевтом, неврологом, психіатром, офтальмологом, хірургом, травматологом-ортопедом, акушер-гінекологом, отоларингологом, урологом, дерматовенерологом, кардіологом і стоматологом.

З 2014 року розширився контингент хворих, які мають право лікуватися в госпіталі по категорії учасників бойових дій, що визначені статтею 6 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" і приймали участь в антитерористичній операції (далі – АТО).

Організаційно-методичним відділом госпіталю проводиться постійний моніторинг стану надання медичної допомоги ветеранам війни та учасникам АТО в закладах охорони здоров'я області.

З метою організації надання медичної допомоги ветеранам війни в міських поліклініках, Центрах ПМСД чи ЦРЛ виділені лікарі-організатори з питань надання медичної допомоги ветеранам війни та учасникам АТО, для підвищення кваліфікації яких щорічно на базі госпіталю проводяться семінари-наради.

Станом на 31.12.2016 року на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я області перебувало 37 тис. 956 ветеранів війни та осіб, прирівняних по пільгам (2015 р. - 38 тис. 151 особа), у тому числі:

- ✓ інваліди війни (ІВ) – 4 086/10,8% (2015р. – 4 165/10,9%),
- ✓ учасники бойових дій (УБД) – 11 021/29,0% (2015р. – 7 545/19,8%),
- ✓ учасники війни (УВ) – 18 725/49,3% (2015р. – 22 073/57,9%),
- ✓ особи, прирівняні по пільгам (ОПП) – 4 124/10,9% (2015р. – 4 368/11,4%).

У тому числі під диспансерним наглядом перебувало 5 896 демобілізованих учасників АТО (2015р. – 1955), з них:

- ✓ учасників бойових дій – 5 705 осіб /96,8% (2015р. – 1906 осіб / 97,5%);
- ✓ інвалідів війни – 191 особа /3,2% (2015р. – 49 осіб / 2,5%).



У зв'язку з проведенням в Україні АТО по нагальним вимогам часу та на виконання наказу Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 01.07.2014 № 601 "Про створення центру медичної реабілітації учасників бойових дій, зокрема учасників антитерористичної операції" в госпіталі у складі терапевтичного відділення № 3 в жовтні 2014 року відкрито Центр реабілітації учасників АТО (далі – Центр) на 50 ліжок.

В Центрі проводяться реабілітаційні та лікувальні заходи учасникам АТО за наступними видами вражень:

- ✓ психологічне перенавантаження;
- ✓ захворювання центральної нервової та периферичної нервової систем;
- ✓ захворювання опорно-рухового апарату;
- ✓ захворювання внутрішніх органів.

Одним із основних завдань Центру є надання психологічної допомоги та зняття стресового стану, для чого організовано бригаду спеціалістів у складі психолога, психотерапевта і психіатра, а також залучено до співпраці наукових співробітників Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України, психологів Черкаського інституту пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля та Навчального центру підготовки молодших спеціалістів Державної прикордонної служби України імені генерал-майора Ігоря Момота.

За весь період свого функціонування Центр реабілітації учасників АТО прийняв на медичну реабілітацію 1666 учасників АТО, у тому числі в звітному році – 1052 особи. Комунальний заклад "Черкаський обласний госпіталь ветеранів війни Черкаської обласної ради" у 2016 році зайняв 3-тє місце по кількості стаціонарно пролікованих учасників АТО серед госпіталів ветеранів війни України.

Для забезпечення якісного лікування та реабілітації учасників АТО в госпіталі створені комфортні умови для їхнього перебування, проводиться комплекс лабораторно-діагностичних обстежень, задіяні методи медикаментозної терапії, фізіотерапії, ЛФК, дієтичне харчування, тощо.

З метою покращення реабілітаційного процесу учасникам АТО та іншим категоріям хворих, що отримують курс планової медичної реабілітації в умовах закладу, на придбання обладнання (у тому числі медичного) у 2016 році в госпіталі було використано 353,7 тис. грн. та придбано апарат скануючий лазерний «Медик-2к», апарат «Радіус-01», апарат УЗТ, парафінонагрівачі, інгалятор «Вулкан», холодильники, комп'ютерна техніка, та ін.

Також у 2016 році в госпіталі було проведено реконструкцію даху 6-ти поверхового корпусу (869,1 тис. грн.) та поточні ремонти приміщень фізіотерапевтичного відділення і частково терапевтичного відділення №2 (на загальну суму 116,2 тис. грн.).

Крім того, заклад отримав благодійну допомогу на загальну суму 594,6 тис. грн. (продукти харчування – 24,3 тис. грн., медикаменти - 37,6 тис. грн.,

обладнання, у тому числі медичне (спірограф, аудіометр, імпедансметр) – 532,7 тис. грн.).

На виконання заходів обласної комплексної програми щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної реабілітації, професійної підготовки (перепідготовки) учасників АТО на 2015-2017 роки, затвердженої рішенням обласної ради від 24.04.2015 № 39-2/VI, в лютому 2016 року на базі фізіотерапевтичного відділення госпіталю було введено в експлуатацію кабінет галотерапії.

До надання медичної допомоги учасникам АТО, їх сім'ям, у тому числі демобілізованим та сім'ям загиблих бійців, залучено всі заклади охорони здоров'я області, у тому числі й спеціалізовані. Алгоритм взаємодії між ними відпрацьований у вигляді Дорожньої карти медичної реабілітації демобілізованих учасників АТО. В поліклінічних відділеннях медичних установ реєстрація учасників АТО проводиться через систему "єдине вікно".

Забезпечення ветеранів війни, у тому числі учасників АТО, технічними засобами реабілітації у разі їх потреби здійснюється відповідно до вимог Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, затвердженого відповідною постановою Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 року № 321, через структурні підрозділи та органи соціального захисту населення.

З метою надання психологічної допомоги військовослужбовцям в медичних установах області на даний час функціонує 28 спеціалізованих кабінетів, в яких на даний час працює 44 психологи та психотерапевти. Учасники АТО та члени їх родин можуть отримати медико-психологічну допомогу у наступних лікувальних установах:

- ✓ центр реабілітації учасників АТО на базі комунального закладу "Черкаський обласний госпіталь для інвалідів війни" Черкаської обласної ради;
- ✓ обласний центр медичної та практичної психології на базі комунального закладу "Черкаська обласна психіатрична лікарня" Черкаської обласної ради;
- ✓ обласний центр психотерапії та медико-психологічної реабілітації на базі комунального закладу "Черкаський обласний психоневрологічний диспансер" Черкаської обласної ради;
- ✓ обласний центр медико-психологічної реабілітації для наркозалежних на базі комунального закладу "Черкаський обласний наркологічний диспансер" Черкаської обласної ради;
- ✓ відділення відновного лікування на базі у комунального закладу "Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради".

Впродовж 2016 року в медичних установах області психологічну допомогу отримали 2 670 учасників АТО, у тому числі амбулаторно – 1 333 особи.

Для забезпечення ветеранів війни та учасників АТО стаціонарною медичною допомогою в лікувальних установах області створена мережа спеціалізованих ліжок – ветеранські палати, кількість яких залишилася на рівні останніх років і нараховує 273 палати. Загальний ліжковий фонд ветеранських

палат станом на 31.12.2016 року складає 702 ліжка, з них обласні заклади – 329 (у тому числі госпіталь – 250). В стаціонарних відділеннях міських та районних установ для інвалідів війни виділені окремі палати поліпшеної комфортності, переважно 1- та 2-місні.

Впродовж 2016 року в стаціонарних умовах ЛПЗ області всього було проліковано 13 889 ветеранів війни та осіб, прирівняних по пільгах, що складає 36,6% від їх загального числа (2015р. – 14 675, або 38,47% відповідно), у т.ч. 1 489 (2015р. – 467) учасників АТО.

**Стаціонарне лікування ветеранів війни та осіб,
прирівняних по пільгах, в медичних установах області**

Пільгові категорії	2015 (абс. - % від кількості осіб відповідної категорії, що знах. під "Д"- наглядом на 31.12.2015)	2016 (абс. - % від кількості осіб відповідної категорії, що знах. під "Д"- наглядом на 31.12.2016)	Україна 2015
ІВ	3 027 – 72,7%	2 948 – 72,1%	58,0%
УБД	3 411 – 45,2%	4 234 – 38,4%	36,4%
УВ	6 712 – 30,4%	5 384 – 28,8%	23,9%
ОПП	1 525 – 34,9%	1 323 – 32,1%	25,5%
Всього:	14 675 – 38,47%	13 889 – 36,6%	26,8%

Кількість стаціонарно пролікованих хворих в умовах госпіталю в 2016 році збільшилася на 2,2% порівняно з попереднім роком і становить 5 588 осіб (2015р. – 5 467). Відсоток пролікованих у госпіталі ветеранів війни, які мешкають в сільській місцевості, в 2016 році складає 27,6% (2015р. – 28,1%).

**Стаціонарне лікування ветеранів війни та осіб,
прирівняних по пільгах, в госпіталі**

Пільгові категорії	2015		2016	
	абс.	%	абс.	%
Інваліди війни	1398	25,6%	1281	22,9%
Учасники бойових дій	580	10,6%	481	8,6%
Учасники АТО	531	9,7%	1052	18,8%
Афганці	1123	20,5%	1240	22,2%
Учасники війни	805	14,7%	402	7,2%
Діти війни	791	14,5%	777	13,9%
Особи, прирівняні по пільгах	182	3,3%	304	5,5%
Інші	59	1,1%	51	0,9%
Всього:	5469	100%	5588	100%

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27.01.2016 № 34 "Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних закладах ветеранів війни" для зазначеної пільгової категорії в закладах охорони здоров'я встановлено нормативи на 1 ліжко/день, а саме: на придбання медикаментів і перев'язувальних засобів – 65 грн. та на харчування – 55 грн. (крім спеціалізованих відділень і палат, для яких передбачено вищі норми).

**Вартість 1 ліжко-дня по медикаментах
для ветеранів війни в закладах охорони здоров'я області**

Регіон	2015	2016	грн. +/- у %
Городищенський р-н	46,98	62,87	+33,8%
Драбівський р-н	18,01	19,02	+5,6%
Жашківський р-н	19,34	22,96	+18,7%
Звенигородський р-н	12,80	20,83	+62,7%
Золотоніський р-н	40,00	40,00	-
Кам'янський р-н	26,69	25,51	-4,4%
Канівський р-н	25,08	40,46	+61,3%
Катеринопільський р-н	23,39	47,66	+103,8%
Корсунь-Шевченківський р-н	17,11	50,48	+195,0%
Лисянський р-н	27,40	29,90	+9,1%
Манківський р-н	37,24	43,20	+16,0%
Монастирищенський р-н	14,70	32,80	+123,1%
Смілянський р-н	37,00	40,00	+8,1%
Тальнівський р-н	8,54	17,75	+107,8%
Уманський р-н	34,32	36,23	+5,6%
Христинівський р-н	7,51	45,00	+499,2%
Черкаський р-н	30,00	30,00	-
Чигиринський р-н	9,17	19,93	+117,3%
Чорнобаївський р-н	20,15	20,15	-
Шполянський р-н	38,19	55,09	+44,3%
м. Черкаси:			
Перша Черкаська міська лікарня	11,03	12,28	+11,3%
Друга Черкаська міська лікарня	15,10	31,85	+110,9%
Третя Черкаська міська лікарня ШМД	12,71	20,20	+58,9%
Госпіталь ВВ	35,15	41,12	+17,0%
м. Сміла	1,18	23,51	+1892,4%
м. Умань	48,94	126,0	+157,5%
м. Ватутіне	15,27	15,49	+1,4%

В медичних установах області вартість ліжко-дня **по медикаментах** в 2016 році порівняно з 2015 роком:

- значно підвищилась – в Городищенському РТМО, Звенигородській, Канівській, Катеринопільській, Корсунь-Шевченківській, Монастирищенській Тальнівській, Христинівській, Чигиринській і Шполянській ЦРЛ та в містах Черкаси (2-га міська лікарня), Сміла і Умань;

- дотримані нормативи лише в м. Умань; на межі дотримання Городищенська РТМО.

- найнижчі показники – в Першій Черкаській міській лікарні та в Драбівській ЦРЛ.

**Вартість 1 ліжка-дня по харчуванню
для ветеранів війни в закладах охорони здоров'я області**

Регіон	2015	2016	грн. +/- у %
Городищенський р-н	16,72	21,73	+30,0%
Драбівський р-н	16,03	17,93	+11,9%
Жашківський р-н	12,05	4,70	-61,0%
Звенигородський р-н	11,30	30,05	+166,0%
Золотоніський р-н	35,00	35,00	-
Кам'янський р-н	34,02	22,60	-33,6%
Канівський р-н	17,13	91,00	+431,2%
Катеринопільський р-н	14,46	26,78	+85,2%
Корсунь-Шевченківський р-н	20,47	22,40	+9,4%
Лисянський р-н	24,70	31,60	+27,9%
Маньківський р-н	26,82	32,17	+19,9%
Монастирищенський р-н	6,40	17,64	+175,6%
Смілянський р-н	27,00	30,00	+11,1%
Тальнівський р-н	17,37	18,54	+6,7%
Уманський р-н	43,29	39,76	-8,2%
Христинівський р-н	26,50	42,00	+58,5%
Черкаський р-н	28,50	28,50	-
Чигиринський р-н	11,93	17,03	+42,7%
Чорнобаївський р-н	34,15	34,15	-
Шполянський р-н	24,53	22,36	-8,8%
м. Черкаси:			
Перша Черкаська міська лікарня	18,87	22,46	+19,0%
Друга Черкаська міська лікарня	12,59	13,85	+10,0%
Третя Черкаська міська лікарня ШМД	16,94	17,73	+4,7%
Госпіталь ВВ	33,87	37,55	+10,9%
м. Сміла	6,71	10,02	+49,3%
м. Умань	6,66	4,50	-32,4%
м. Ватутіне	16,12	11,38	-29,4%

У 2016 році в закладах охорони здоров'я області вартість ліжка-дня по харчуванню порівняно з 2015 роком мала наступну динаміку:

- значно підвищилась – в Звенигородській, Канівській, Монастирищенській, Христинівській ЦРЛ;
- дотримані нормативи – в Канівській ЦРЛ;
- дуже низькі показники – в м. Умань та Жашківській ЦРЛ.

**Використання коштів на придбання лікарських засобів
для ветеранів війни під час амбулаторного лікування
(за пільговими рецептами)**

№ п/п	Регіон	Використано коштів, грн.		
		2015	2016	+/- у %
1.	Городищенський р-н	17 125,15	21 288,48	+24,3%
2.	Драбівський р-н	7 065,77	12 834,77	+81,6%
3.	Жашківський р-н	1 932,49	7 508,00	+288,5%
4.	Звенигородський р-н	23 800,00	21 921,53	-7,9%
5.	Золотоніський р-н	34 104,00	22 100,00	-35,2%
6.	Кам'янський р-н	24 226,65	20 067,36	-17,2%
7.	Канівський р-н	4 965,00	15 127,00	+204,7%
8.	Катеринопільський р-н	71 322,65	73 628,77	+3,2%
9.	Корсунь-Шевченківський р-н	12 637,86	51 123,37	+304,5%
10.	Лисянський р-н	27 321,71	45 098,40	+65,1%
11.	Маньківський р-н	4 091,23	18 540,00	+353,2%
12.	Монастирищенський р-н	10 370,66	139 514,28	+1245,3%
13.	Смілянський р-н	17 000,00	15 000,00	-11,8%
14.	Тальнівський р-н	2 883,60	14 440,00	+400,8%
15.	Уманський р-н	25 363,20	46 223,17	+82,2%
16.	Христинівський р-н	5 721,65	5 726,00	+0,08%
17.	Черкаський р-н	4 425,80	67 676,43	+1429,1%
18.	Чигиринський р-н	1 695,58	10 125,43	+497,2%
19.	Чорнобаївський р-н	16 200,00	27 954,00	+72,6%
20.	Шполянський р-н	23 494,00	178 196,65	+658,5%
	Всього по районах:	335 747,00	814 093,64	+142,5%
1.	м. Ватутіне	1 986,37	11 739,57	+491,0%
2.	м. Сміла	61 799,00	84 600,00	+36,9%
3.	м. Умань	32 009,79	81 765,33	+155,4%
4.	м. Черкаси	404 326,52	386 224,26	-4,5%
	Всього по містах:	500 121,68	564 329,16	+12,8%
	Разом по області:	835 868,68	1 378 422,80	+64,9%

Сума фінансування пільгового забезпечення ветеранів війни ліками за рецептами лікарів у 2016 році збільшилася порівняно з попереднім роком на 64,9% і становить 1 млн. 378 тис. 422,8 грн., що в середньому на 1 ветерана війни складає 38,03 грн. (2015р. – 835 тис. 868,68 грн. та 22,2 грн. відповідно).

Враховуючи, що у 2016 році значно збільшився контингент ветеранів війни за рахунок учасників АТО, в області виникла нагальна потреба у збільшенні коштів на фінансування пільгового забезпечення ветеранів війни ліками за рецептами лікарів. В багатьох районах області зазначені видатки були значно збільшені, а саме в Жашківському, Канівському, Корсунь-Шевченківському, Маньківському, Монастирищенському, Тальнівському, Черкаському,

Чигиринському і Шполянському районах та в м. Ватутіне. Проте, в окремих регіонах області фінансування зазначених видатків було ще й зменшено у порівнянні з 2015 роком, а саме: в Звенигородському, Кам'янському і Смілянському районах та в м. Черкасах.

Медико-соціальна експертиза

Впродовж 2016 року адміністрацією і колективом Комунального закладу "Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи ЧОР" (далі – Центр МСЕ) здійснювались послідовні заходи щодо подальшого удосконалення структури закладу, поліпшення співпраці з медичними установами області з реалізації заходів, спрямованих на зниження і профілактику інвалідності, удосконалення реабілітації інвалідів, а також з обласними і регіональними управліннями праці і соціального захисту населення, центрами зайнятості, пенсійними Фондами, Фондами соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, соціального страхування від тимчасової непрацездатності, громадськими організаціями інвалідів та ін.

З метою оптимізації навантаження на функціонуючі МСЕК, доведення його до передбаченого Стандартами роботи комісій, забезпечення населення області медико-соціальною експертною та реабілітаційною допомогою при різних видах патології, в першу чергу – з соціально-небезпечними та соціально-значущими захворюваннями, здійснено перерозподіл регіонів обслуговування та контингентів хворих і інвалідів за окремими профілями захворювань, визначено спеціалізацію МСЕК та кількість міжрайонних МСЕК, а саме:

Назва МСЕК (профіль)	Кількість МСЕК		
	Станом на 01.01.2015	Станом на 01.01.2016	Станом на 01.01.2017
Обласні МСЕК	2	2	2
Спеціалізовані, у т.ч.:	6	5	4
- кардіологічна	1	1	1
- травматологічна	1	1	1
- психіатрична	1	1	-
- радіологічна	1	1	1
- онкологічна	1	-	-
- фтизіо-пульмонологічна	1	1	1
МСЕК загального профілю, у т.ч.	4	5	5
- міська	1	1	-
- міжрайонні	3	4	5
Всього :	12	12	11

Кількість штатних посад всіх працівників Центру МСЕ впродовж 2014-2016 років залишилась без суттєвих змін. У 2016 році внаслідок скорочення міської комісії додатково введено 5,0 посад лікарів-психологів і станом на 01.01.2017 року в штатному розписі закладу є 8 посад лікарів-психологів.

Станом на 01.01.2017 року зареєстровано 11 посад реабілітологів, 2 з них укомплектовано фізичними особами лікарів та 1 медсестра з медико-соціальної реабілітації, 7 зайняті лікарями спеціалістами-експертами за сумісництвом, 1 посада – зовнішнім сумісником.

Слід зазначити, що складна кадрова ситуація в охороні здоров'я області знайшла своє відображення в укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами і в Центрі МСЕ: показник укомплектованості щорічно знижується (з 71,9% в 2011р., 71,3% – в 2014р. до 60,7% в 2015р.) і станом на 01.01.2017р. складає 52,0%.

Станом на 01.01.2017 року не укомплектовано фізичними особами 38,5 посад лікарів із 56,5, у т.ч. 8 – з медико-соціальної реабілітації, 30,5 лікарів-спеціалістів-експертів. Вакантні посади частково зайняті лікарями-спеціалістами-експертами за сумісництвом. Залишаються не зайнятими на кінець року 29,5 посад лікарів.

Серед 18 працюючих лікарів 5 – особи пенсійного віку (27,8%), з них 2 реабітологи. Практично такою є і частка лікарів пенсійного віку серед усіх працюючих лікарів області. Середній вік лікарів в закладі складає 49 років (на 01.01.2008р. – 67 років).

Атестовано 100 % працюючих в Центрі лікарів, які підлягали а тестації, з них 58,8% (10 осіб) атестовано на вищу кваліфікаційну категорію, 41,2% (7 осіб) – на першу. Лікарів, які не підвищували кваліфікацію на курсах в вищих навчальних закладах післядипломної освіти понад 5 років, в закладі немає.

На сьогоднішній день всі без виключення лікарі, старші медичні сестри і медичні реєстратори досконало володіють комп'ютерною технікою, працюють за принципом автоматизованого робочого місця. Вся облікова медична документація ведеться в електронному вигляді з наступним дублюванням інформації на паперових носіях, формуванням звітності про роботу МСЕК і закладу в цілому.

Показники первинної інвалідності дорослого населення та населення працездатного віку протягом 2013-2016рр. мають невеликі коливання і в 2016 році показник серед дорослого населення збільшився на 4,8% в порівнянні з 2015 роком та склав 41,2. В 2015 році цей показник збільшився на 2,1% з 38,5 до 39,3; в 2014 році було зниження на 2,0% – з 39,3 до 38,5 на 10 тис. дорослого населення.

Серед населення працездатного віку в 2016 році показник збільшився на 2,7% в порівнянні з 2015 роком і склав 45,3; в 2015р. збільшився на 4,5% з 42,2 до 44,1; в 2014р було зниження на 3,2% з 43,6 до 42,2.



Кількість і частка виїзних засідань за 2014-2016 роки має тенденцію до збільшення і в 2016 році складає 31,7%, тобто збільшилась порівняно з 2015 р. на 3,6%; у 2015р. складає 28,1% - збільшилась проти 2014 року на 1,7%, що свідчить про наближення медико-соціальної та реабілітаційної допомоги до населення області.

Кількість оглянутих на МСЕК дещо коливається по роках, маючи тенденцію до збільшення в 2016 році за рахунок переселенців та учасників АТО, разом з тим більш широко застосовується встановлення групи інвалідності безтерміново у осіб з анатомічними дефектами та стійкими прогресуючими незворотними розладами стану здоров'я та порушень функцій життєдіяльності людини, відповідно до Критеріїв встановлення груп інвалідності.

Структура оглянутих на МСЕК

Рік	Оглянуто всього осіб	У тому числі :				
		Оглянуто вперше для встановлення групи інвалідності	Переоглянуто інвалідів	Оглянуто хворих для встановлення відсотків втрати працездатності	Продовжено лікування за листком тимчасової непрацездатності	Надано консультацій
2014	16335	4793	11542	166	190	155
2015	18954	4397	14062	306	201	126
2016	19388	4454	14202	484	141	105

Визнано вперше інвалідами серед всіх первинно оглянутих

	2014		2015		2016	
	всього	у т.ч. осіб працездат. віку	всього	у т.ч. осіб працездат. віку	всього	у т.ч. осіб працездат. віку
Всього	4044	2943 (у т.ч. працюючі – 1168)	4097	3041 (у т.ч. працюючі – 1384)	4265	3269 (у т.ч. працюючі – 1322)
Мешканці міста	2503	1744	2543	1779	2674	2000
Мешканці села	1541	1199	1554	1262	1591	1269

Питома вага невизнаних інвалідами із числа первинно оглянутих (%)

	2014			2015			2016		
	Всього не визнано інвалідами	У тому числі:		Всього не визнано інвалідами	У тому числі:		Всього не визнано інвалідами	У тому числі:	
		Тимч. непрацездатні	Необгр. направлених		Тимч. непрацездатні	Необгр. направлених		Тимч. непрацездатні	Необгр. направлених
Область	10,1	4,0	6,1	10,1	4,3	5,8	17,75	2,7	14,1
Україна	10,4	7,5	3,4	10,3	7,1	3,2	-	-	-

Питома вага необґрунтовано направлених з числа первинно оглянутих по області коливається по роках і в 2016 році має тенденцію до збільшення. Це переконливо доводить необхідність подальшого удосконалення співпраці МСЕК і ЛКК, підготовки з експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності голів і членів ЛКК та лікуючих лікарів медичних закладів.

За останні 3 роки досягнуто позитивних результатів повної і часткової реабілітації хворих, яким комісіями МСЕ продовжувалось лікування за листком тимчасової непрацездатності.

Із 141 осіб, яким продовжено листки тимчасової непрацездатності в 2016р., закінчили лікування на кінець року 93 особи, серед них 66 осіб, або 70,97% інвалідами не визнано; 24,73 % (23 особи) визнано інвалідами III групи, 4,3% (4 особи) – I та II груп.

Розподіл первинно визнаних інвалідами за віком

Рік	До 39 років		Від 40 до 55 років ж., до 60 років чол.		Старше 55 років ж., 60 років чол.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014	1082	26,8	1861	46,0	1101	27,2
2015	1037	25,3	2004	48,9	1056	25,8
2016	992	23,3	2277	53,4	996	23,3
Україна 2015	-	28,1	-	52,8	-	19,1

Розподіл первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення за категоріями інвалідності (абс. число / % від всіх вперше визнаних інвалідами)

Рік	Із загальної кількості інвалідів визнано інвалідами				Інваліди внаслідок аварій на ЧАЕС (із заг. кільк. інвалідів)
	Внаслідок трудового каліцтва, проф. захвор.	Внаслідок загального захворювання	З числа військово- службовців	З дитинства	
2014	31 (0,8%)	3609 (89,2%)	57 (1,4%)	347 (8,6%)	14 (0,3%)
2015	17 (0,4%)	3620 (88,4%)	213 (5,2%)	247 (6,0%)	34 (0,8%)
2016	24 (0,6%)	3708 (86,9%)	331 (7,8%)	202 (4,7%)	48 (1,1%)
Україна 2015	1,3%	85,4%	4,5%	8,8%	1,5%



В структурі первинної інвалідності дорослого населення на інвалідність від загальних захворювань по області в цілому стабільно припадає близько 90%.

Кількість первинно визнаних інвалідами та структура первинної інвалідності дорослого населення за групами інвалідності

Рік	Первинно визнано інвалідами дорослого населення					
	I група		II група		III група	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014	701	17,3	1601	39,6	1742	43,1
2015	734	17,9	1736	42,4	1627	39,7
2016	790	18,5	1889	44,3	1586	37,2
Україна 2015	-	12,8	-	35,2	-	52,0



Як по області, так і в Україні суттєвих змін в структурі первинної інвалідності дорослого населення області за групами інвалідності впродовж 2014-2016 рр. не відбулося, хоча утримується тенденція до дещо більшої в області, ніж в Україні, питомої ваги інвалідів I та II груп та меншої – інвалідів III груп, що дозволяє припускати виявлення хворих в далеко занедбаних станах, за наявності тяжких інвалідизуючих ускладнень.

Кількість первинно визнаних інвалідами та структура первинної інвалідності населення працездатного віку за групами інвалідності

Рік	Первинно визнано інвалідами в працездатному віці					
	I група		II група		III група	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014	280	9,5	1211	41,2	1452	49,3
2015	248	8,1	1364	44,9	1429	47,0
2016	301	9,2	1542	47,2	1426	43,6
Україна 2015	-	7,4	-	33,6	-	59,0

**Кількість первинно визнаних інвалідами
учасників бойових дій за 2016 рік**

Оглянуті учасники бойових дій	З них визнано інвалідами		У тому числі		
	За причиною	Абс. число осіб	I група	II група	III група
учасники Великої Вітчизняної війни	інваліди війни	3	1	2	-
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасники АТО	інваліди війни	165	4	51	110
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасники воєнних дій в ДРА	інваліди війни	32	-	21	11
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
Всього:	інваліди війни	200	5	74	121
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-

**Результати оглядів учасників АТО,
які вперше направлені до комісій МСЕ у 2016 році**

	Оглянуто учасників АТО					
	всього	з них:				
		військово- службовці ЗСУ	військово- службовці НГУ	військово- службовці СБУ	військово- службовці ДПС України	військово- службовці МВС України
Загальна кількість оглянутих	229	213	7	3	3	3
у т.ч.: для встановлення групи інвалід.	165	157	3	2	0	3
для встановл. % втрати пра- цездатності	79	70	5	1	3	0
Визнано інвалідами всього	165	157	3	2	0	3
у т.ч.: I гр.	4	4	0	0	0	0
II гр.	51	47	1	1	0	2
III гр.	110	106	2	1	0	1
Встановлено лише % втра- ти працездат.	79	70	5	1	3	0
Потребують забезп. ВМП, техзасобами та реаб., сан-кур. оздоровл. та ін.	165	157	3	2	0	3

**Результати оглядів осіб, освідчених комісіями МСЕ
із числа переселенців з тимчасово окупованих територій України,
які перебувають в Черкаській області**

	АР Крим, м. Севастополь			Луганський регіон			Донецький регіон		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Звернулось осіб	-	-	1	20	70	133	33	120	258
Проведено оглядів МСЕ	-	-	1	20	70	133	33	120	258
Отримали інвалідність: всього	-	-	1	17	62	115	24	97	211
із них вперше	-	-	1	5	15	6	3	28	54
Інвалідами не визнані	-	-	-	1	1	1	-	-	-
Продовження листка тимчасової непрацездатності	-	-	-	-	-	-	2	2	3
Встановлення % втрати працездатності	-	-	-	-	2	5	1	4	12
Виписка індивідуальної програми реабілітації (ІПР)	-	-	-	2	4	11	3	8	23
Затвердження санаторно- курортного лікування	-	-	-	-	1	1	3	9	9
Складено ІПР	-	-	1	19	66	126	27	105	234

Показники первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення в цілому по області за 2016 рік підвищились на 1,9 або на 4,8% за рахунок переселенців та учасників АТО. В порівнянні з 2015 роком на 10 тис. дорослого населення найбільше зросла первинна інвалідність в Драбівському (на 37%), Золотоніському (на 25,6%) та Чорнобаївському (на 24,4%) районах, при цьому значно перевищивши середньообласний показник (41,2). Крім того, вищою від середньообласного рівня первинна інвалідність залишається в м.Черкаси (56,0), м.Сміла (46,1) та Катеринопільському районі (48,3).

Первинна інвалідність дорослого населення працездатного віку в цілому по області за 2016 рік підвищились до 45,3 з 44,1 (що більше на 2,7%) у порівнянні з 2015 роком. Найбільше у звітному періоді порівняно з попереднім роком зросла первинна інвалідність в Драбівському (на 38,4%), Чорнобаївському (на 26,8%) та Золотоніському (на 26,4%) районах, значно перевищивши середньообласний показник (45,3). Крім того, вищою від середньообласного рівня первинна інвалідність дорослого населення працездатного віку залишається в м.Черкаси (60,5), м.Ватутіне (55,1), а в Смілянському районі вона найвища (72,8) та перевищує середньообласний показник на 27,5.

В структурі **первинної інвалідності дорослого населення від окремих причин** рангові місця посідають:

- перше рангове місце – хвороби системи кровообігу – 10,6 на 10 тис. дорослого населення, на які припадає 25,7% від усіх хвороб;
- друге – новоутворення – 8,7 – 21,1%;
- третє – травми 5,4 - 13,1%;
- четверте – хвороби кістково-м'язової системи – 4,5 - 10,9%;
- п'яте – розлади психіки і поведінки – 2,2 – 5,3%;
- шосте – хвороби ендокринної системи – 2,0 – 4,8%.

На перші 4 рангові місця, як і в попередні роки, припадає 70,9% від всієї первинної інвалідності дорослого населення (2015р. – 67,4%).

Має місце зростання показників первинної інвалідності дорослого населення від хвороб системи кровообігу, психічних розладів і травм різних локалізацій. Це пов'язано з тим, що з'явилась нова категорія громадян - учасники та постраждалі внаслідок АТО.

В структурі **первинної інвалідності дорослого населення працездатного віку** рангові місця розподілились наступним чином:

- перше рангове місце належить хворобам системи кровообігу – 10,8 на 10 тис. населення працездатного віку, на які припадає – 23,8% від усіх хвороб;
- друге – новоутворенням – 7,6 – 16,8 % ;
- третє – травмам – 7,1 – 15,7 %;
- четверте – хворобам кістково-м'язової системи – 5,6 – 12,4%;
- п'яте – розладам психіки і поведінки та хворобам ендокринної системи – 2,3 – 5,1 %.

На перші 4 рангові місця припадає 68,7% від всієї первинної інвалідності населення працездатного віку (2015р. – 66,2%), що чітко визначає основні напрямки її профілактики, якими є рання діагностика і лікування згідно протоколів надання медичної допомоги виявлених хворих та використання реабілітаційного потенціалу.

Реабілітація інвалідів

Роки	Повна реабілітація, %	Часткова реабілітація, %	Сумарна реабілітація, %
2014	1,2	17,3	8,3
2015	2,1	16,8	9,5
2016	1,0	16,4	8,5

Звернення громадян

Впродовж 2016 року до Управління охорони здоров'я облдержадміністрації (далі – УОЗ ОДА) надійшло 648 звернень громадян, що на 11,7% менше, ніж у 2015 році (734 звернення). З них: письмових – 602 (2015р. – 666); на особистому прийомі – 46 (2015 р. – 68).

Основними питаннями, які порушувалися у зверненнях громадян, є проблеми надання медичної допомоги – 320 звернень (49,4%), забезпечення медичними препаратами – 64 (9,9%), питання направлення на лікарську консультативну комісію та медико-соціальну експертну комісію – 43 (6,6%).

За звітний період до УОЗ ОДА надійшло 20 колективних звернень (2015р. – 12) та 6 повторних (2015р. – 6).

Також було здійснено 50 комісійних розглядів звернень (2015р. – 58), у тому числі з питань надання медичної допомоги.

Найбільша кількість звернень (в абсолютних цифрах) надійшла від жителів м. Черкаси (236), Черкаського району (61) та м. Умань (38).

Середньообласний показник кількості звернень громадян до УОЗ ОДА у розрахунку на 1 тис. осіб становить 0,52 (2015р. – 0,59).

Особистий прийом та розгляд звернень жінок, яким присвоєно почесне звання України „Мати-героїня”, Героїв Радянського Союзу, Героїв Соціалістичної Праці, інвалідів Великої Вітчизняної війни, Героїв України проводить особисто начальник УОЗ ОДА, а у разі його відсутності – заступник, який виконує обов'язки керівника. Від зазначених категорій громадян до УОЗ ОДА протягом 2016 року надійшло 3 звернення (2015р. – 4).

В УОЗ ОДА особлива увага приділяється розгляду звернень ветеранів війни і праці, інвалідів та непрацездатних громадян, багатодітних родин та інших осіб, які потребують соціального захисту. За звітний період від даної категорії громадян надійшло 88 звернень (2015р. – 42).

Усі звернення уважно розглянуті, заявникам (за можливістю) надана відповідна допомога. При розгляді звернень вишукуються всі можливі шляхи для вирішення законних вимог заявників.

Керівниками УОЗ ОДА проводяться особисті прийоми громадян у робочих кабінетах, а за місцем проживання громадян - у громадських приймальнях райдержадміністрації, міськвиконкомів, або ж у приміщеннях центральних районних лікарень, двічі на місяць згідно із затвердженими графіками. За звітний період здійснено 8 виїзних особистих прийомів, під час яких від громадян надійшло 8 звернень.

Впродовж 2016 року на особистих прийомах керівництва УОЗ ОДА розглянуто 46 звернень (2015р. – 68).

Графіки, час та дата проведення виїзних особистих прийомів громадян оприлюднюються у районних та міських ЗМІ, на стендах у приміщеннях лікувально-профілактичних закладів, міськвиконкомів та райдержадміністрацій області та веб-сайті УОЗ ОДА (www.zdrav.c.k.ua).

Відповідно до доручення облдержадміністрації в УОЗ ОДА створено «гарячу лінію». За 2016 рік зареєстровано 73 звернення громадян, які розглянуті

відповідно до вимог чинного законодавства, про результати розгляду заявники поінформовані окремими листами (2015р. – 77).

З «гарячої телефонної лінії» Міністерства охорони здоров'я України отримано та розглянуто 85 звернень громадян (2015р. – 67), з «Урядової гарячої лінії» – 312 звернень (2015р. – 456).

В УОЗ ОДА проводиться статистична та аналітична робота, інформація за якою надсилається до МОЗ України, облдержадміністрації та керівників підпорядкованих медичних установ області для ознайомлення, а також щоквартально готуються прес-релізи, які надсилаються для публікації в обласні ЗМІ.

Питання роботи зі зверненнями громадян були розглянуті 19.04.2016 на апаратній нараді начальника УОЗ ОДА (рішення від 19.04.2016 протокол №2/4 «Про стан роботи із зверненнями громадян, що надійшли до Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації у 2015 році») та 24.11.2016 на засіданні колегії УОЗ ОДА (рішення від 24.11.2016 протокол №3/5 «Про стан роботи із зверненнями громадян, що надійшли до Управління охорони здоров'я облдержадміністрації за 9 місяців 2016 року»). З метою покращення роботи щодо розгляду звернень громадян та на виконання рішення вищезазначеної колегії УОЗ ОДА у 2016 році також були видані накази: від 23.05.2016 № 398 «Про Порядок реєстрації та опрацювання письмових звернень громадян, отриманих за допомогою Інтернету, засобів електронного зв'язку (електронних звернень) в управлінні охорони здоров'я облдержадміністрації та закладах охорони здоров'я області» та від 19.12.2016 №1029 «Про впровадження рішення колегії управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 24.11.2016 протокол №3/5».

Формування у населення прихильності до здорового способу життя

Одним з важливих напрямків діяльності кожного лікувально-профілактичного закладу є профілактика захворювань, невід'ємна складова якої – інформаційно-просвітницька робота з корекції гігієнічної поведінки населення, формування здорового способу життя (далі – ФЗСЖ).

Вказаний розділ роботи, як правило, відображається в планах роботи ЛПЗ на рік, частково – в планах роботи обласних, міських і районних профільних спеціалістів, періодично виноситься на розгляд медичних рад тощо.

У стаціонарах і поліклініках ЦПМСД з метою популяризації знань з питань охорони здоров'я проводяться індивідуальні та групові бесіди, експонуються санітарні бюлетені (виготовлені КЗ «Черкаський обласний центр здоров'я ЧОР» або самостійно), розповсюджується санітарно-освітня література. В ряді ЛПЗ, у фойє поліклінік, стаціонарних відділеннях, жіночих консультаціях встановлені телемонітори, по яких щоденно демонструються відеоролики з актуальних питань профілактики соматичних та інфекційних захворювань, надання першої невідкладної допомоги, щодо дій при терактах, нещасних випадках та ін. ЛПЗ розробляють, на основі уніфікованих клінічних протоколів, локальні клінічні протоколи, в які включена окремим розділом робота з профілактики конкретних захворювань, корекції способу життя.

Проте, як свідчать аналізи показників захворюваності та інтенсивних показників медико-гігієнічної пропаганди (ф.51-здоров), результативність вказаної роботи сумнівна. Однією з основних причин такого стану є відсутність в багатьох ЛПЗ штатних посад лікарів, середніх медичних працівників, які б на місцях забезпечували організаційно-методичне керівництво цим розділом роботи, контроль виконання нормативних і розпорядчих документів і, таким чином, впливали на її якість, ефективність та достовірність.

Наказ ДОЗ ОДА від 16.04.2014 № 311 «Про удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я області з питань ФЗСЖ» в більшості ЦРЛ та ЦПМСД не виконується. Станом на 01.01.2017 року укомплектовані лише інструкторами з санітарної освіти на повну штатну посаду: м. Сміла (поліклініка), м. Умань та м.Ватутіне (міські лікарні), м. Черкаси (міські поліклініки № 2 та № 3, дитяча лікарня, інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та здоров'я), Драбівська і Тальнівська ЦРЛ. Лікарські посади укомплектовані на повну ставку лише в м. Черкаси (інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та здоров'я), Канівському ЦПМСД та Смілянській ЦРЛ; на 0,5 посади (за сумісництвом) – в м. Сміла, Драбівському та Корсунь-Шевченківському районах. Практично відсутні штатні посади (і, навіть, відповідальні особи) в більшості ЦПМСД (за винятком м. Канів та Христинівського району), а також в Жашківській, Золотоніській, Звенигородській, Канівській, Уманській ЦРЛ та ЛПЗ м. Умань, що суттєво впливає на організацію та забезпечення медико-гігієнічної пропаганди серед населення території обслуговування.

Впродовж 2016 року в обласному центрі та окремих районах області за ініціативи і безпосередньої участі медичних працівників ЛПЗ та волонтерів громадських організацій було організовано та проведено просвітницькі акції, приурочені найбільш актуальним питанням охорони здоров'я, зокрема, попередженню та лікуванню туберкульозу, СНІДу, гепатиту, діабету, серцево-судинних та онкологічних захворювань тощо. В процесі підготовки вказаних заходів на допомогу медичним працівникам, редакціям ЗМІ були підготовані та направлені інформаційні листи, прес-релізи, пам'ятки, листівки. В ході проведення акцій в обласних газетах випущено тематичні сторінки здоров'я, а також організовано спеціальні передачі, прямі ефіри по обласних радіо та телебаченню.

КЗ «ЧОЦЗ ЧОР» активно співпрацює з обласним радіо, телебаченням і редакціями обласних газет. Регулярно транслюються щотижневі програми ОДТРК «Рось» - «Будьмо здорові» (щовівторка о 21:00, з повтором у середу о 18:00) та щотижневі радіопрограми «Ваше здоров'я» (неділя о 18:10), друкуються окремі публікації та сторінки здоров'я в обласних газетах.

За результатами моніторингу, впродовж 2016 року, з різних питань охорони здоров'я в обласних ЗМІ оприлюднено:

- обласні газети – понад 1000 публікацій;
- обласне радіо – 356 передач;
- обласне телебачення – 290.

На сторінках різних інтернет-видань Черкас і Черкаської області розміщено більше 600 інформаційних повідомлень. Слід зазначити, що вказані показники щодо використання обласних ЗМІ значно перевищують загальнонаціональні.

Підтримується функціонування офіційного сайту УОЗ ОДА «Здоров'я Черкащини». На сайті, разом з матеріалами, які висвітлюють діяльність сфери охорони здоров'я області, розміщується актуальна інформаційно-просвітницька інформація, яку рекомендується використовувати при проведенні освітніх заходів.

За даними звітів ЛПЗ з питань ФЗСЖ, гігієнічного виховання населення (форма № 51-здоров), впродовж 2016 року в міських і районних газетах оприлюднено близько 1400 матеріалів (в середньому 58 публікацій на одне джерело інформації), по міських і районних радіовузлах прозвучало 736 передач (в середньому 42 передачі на одне джерело інформації). Активно використовувались місцеві газети з метою популяризації медико-гігієнічних знань в Катеринопільському, Городищенському, Маньківському, Монастирищенському, Тальнівському, Шполянському районах та м. Сміла. Недостатньо висвітлювали ці питання місцеві ЗМІ в Чигиринському, Христинівському, Уманському, Смілянському, Звенигородському, Золотоніському районах і в м. Умань.

КЗ «ЧОЦЗ ЧОР» впродовж 2016 року підготовлено та розповсюджено в ЛПЗ області 8 найменувань популярної санітарно-освітньої літератури (6 буклетів різноманітної тематики та 2 санітарних бюлетені) загальним тиражем 34 600 екземплярів, що складає 2836 екземплярів на 100 тисяч населення (загальнонаціональний показник – 1600 екземплярів). Але, внаслідок недооцінки важливості цього напрямку роботи з боку більшості керівників ЛПЗ області та відсутності відповідних штатних посад (а часто, навіть відповідальних) зазначені матеріали не завжди доходять до цільових груп населення, особливо до віддалених від районів лікувальних закладів.

Напрямки медико-гігієнічної пропаганди:

1. Подальша організація кабінетів ФЗСЖ та їх повне штатне укомплектування згідно наказу ДООЗ ОДА від 16.04.2014 № 311.
2. Підготовка кадрів (лікарів, інструкторів, медичних сестер та фельдшерів кабінетів ФЗСЖ) шляхом надання методичної та консультативної допомоги, навчання на курсах післядипломної освіти.
3. Організація інформаційно-просвітницьких кампаній щодо профілактики захворювань та переваг здорового способу життя, формування відповідального ставлення населення до свого здоров'я, підвищення санітарної та медичної освіченості громадян, відновлення атмосфери довіри до лікаря та інших працівників системи охорони здоров'я.
4. Розширення співпраці кабінетів ФЗСЖ з урядовими та неурядовими організаціями.
5. Активізація роботи із залучення місцевих ЗМІ щодо популяризації медико-гігієнічних знань.

Напрямки діяльності галузі охорони здоров'я на 2017 рік та шляхи їх вирішення

З метою удосконалення та подальшого реформування системи охорони здоров'я у відповідності до діючих державних програм та інших стратегічних документів державного рівня в області необхідно:

1. Завершити роботу щодо створення центрів первинної медико-санітарної допомоги в Городищенському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Маньківському, Монастирищенському і Тальнівському районах та в містах Черкаси і Сміла.

Шлях реалізації:

- виконання п. 1 доручення голови обласної державної адміністрації від 21.12.2015 № 54-Д, п. 2 рішення засідання колегії обласної державної адміністрації від 01.04.2016 № 1, п. 3 рішення колегії управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 29.12.2016 № 4/2.

2. Покращити матеріально-технічне забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини відповідно до вимог табеля матеріально-технічного оснащення.

Шлях реалізації:

- виконання вимог п. 2.2.3 Стратегії розвитку Черкаської області до 2020 року.

3. Привести ліжковий фонд стаціонарних медичних установ у відповідність до нормативу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення».

Шлях реалізації:

- завершити виконання вимог затвердженого головою облдержадміністрації Календарного плану оптимізації мережі закладів охорони здоров'я області, що фінансуються з місцевих бюджетів області на 2016 рік (зі змінами) від 15.06.2016.

4. Провести реконструкцію головного корпусу КУ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Черкаської обласної ради з оперативно-диспетчерською службою у м. Черкаси.

Шлях реалізації:

- виконання заходів обласної цільової програми екстрена медична допомога Черкащини на 2017-2020 роки, затвердженої рішенням обласної ради від 16.12.2016 № 10-1/VII.

5. Здійснити комплекс заходів щодо створення госпітальних округів.

Шлях реалізації:

- управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації розробляються проекти госпітальних округів відповідно до вимог Порядку створення госпітальних округів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 932 та листа Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2016 № 19.1-09-1401/34169, які будуть надані Міністерству охорони здоров'я України.

6. У 2017 році розробити та подати на розгляд комісії інвестиційні проекти регіонального розвитку, які будуть реалізовуватися за рахунок коштів державного фонду регіонального розвитку:

- ✓ «Створення мережі кабінетів «Здоров'я жінки» на базі лікувально-профілактичних установ області»;
- ✓ «Придбання автомобілів швидкої медичної допомоги для комунальної установи «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради»;
- ✓ «Інформатизація сфери охорони здоров'я Черкаської області».

При формуванні «Аналізу роботи галузі охорони здоров'я області у 2016 році, заходи щодо подальшої її оптимізації, реформування та поліпшення стану здоров'я населення» були використані дані державних і галузевих статистичних звітів медичних закладів УОЗ ОДА Черкаської облдержадміністрації, а також дані довідників Центру медичної статистики МОЗ України.

Аналіз розрахований для використання фахівцями та керівниками усіх рівнів галузі охорони здоров'я.

Аналіз підготовлено працівниками комунального закладу «Черкаський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Черкаської обласної ради.

Головний редактор

Начальник УОЗ ОДА

Лобас М.В.

Редактор

Заступник начальника відділу організації надання медичної допомоги дорослому населенню, бухгалтерського обліку та кадрової роботи Управління

Кошова Л.М.

Відповідальний укладач

Начальник КЗ "ЧОЦМС"

Черепенко Л.П.

Укладачі

Михайліченко Т.І.

Яшкіна О.С

Бараненко Г.В.

Нещадова Л.Л.

Ілляшенко О.П.