

ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Аналіз
роботи галузі охорони здоров'я
області у 2017 році, заходи щодо подальшої її
оптимізації, реформування та поліпшення стану
здоров'я населення**

**м. Черкаси
2018**

ЗМІСТ

1	Позитивні зрушення, що відбулися у галузі охорони здоров'я в 2017 році	3-5
2	Оцінка результатів роботи ЛПЗ області за 2017 рік	6-8
3	Мережа лікувально-профілактичних закладів	9-15
4	Кадри	16-22
5	Фінансування галузі	22-31
6	Інформатизація галузі	31-37
7	Матеріально-технічна база	38-39
8	Охорона праці	40
9	Демографія	40-43
10	Загальний аналіз тенденцій захворюваності населення	43-47
11	Амбулаторно-поліклінічна служба	47-53
12	Загальна практика – сімейна медицина	53-57
13	Стаціонарна допомога	57-65
14	Терапевтична служба	65-69
15	Кардіологічна служба	70-76
16	Хірургічна служба	77-86
17	Педіатрична служба	86-91
18	Акушерсько-гінекологічна служба	91-97
19	Неврологічна служба	97-104
20	Ендокринологічна служба	104-108
21	Нефрологічна служба	108-114
22	Стоматологічна служба	114-119
23	Онкологічна служба	119-129
24	Психіатрична служба	129-134
25	Наркологічна служба	134-137
26	Фтизіатрична служба	137-144
27	Служба профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом	144-149
28	Дерматовенерологічна служба	150-154
29	Інфекційна служба	154-162
30	Імунопрофілактика	162-167
31	Екстрена медична допомога населенню області	168-171
32	Служба крові	172-174
33	Стан надання медичної допомоги ветеранам війни та учасниками АТО	174-179
34	Медико-соціальна експертиза	179-186
35	Аналіз звернень громадян	187
36	Формування у населення прихильності до здорового способу життя	188-190
37	Пріоритетні напрямки діяльності галузі охорони здоров'я області на 2018 рік	190-191

Позитивні зрушення, що відбулися у галузі охорони здоров'я в 2017 році

Основним завданням медичної галузі області в 2017 році було збереження доступності та якості медичної допомоги.

Для цього проводилася робота по оптимізації мережі, реорганізації первинної ланки медико-санітарної допомоги, розвитку сімейної медицини, широкого використання стаціонарозамісних технологій, забезпечення виконання Національних та регіональних програм.

Процес розподілу функцій між вторинною і первинною ланками на місцях на завершено.

Станом на 01.01.2018 в області функціонують 276 (2016р. – 282) медичних установ та їх територіально відокремлених структурних підрозділів, з них 46 стаціонарних установ на 9625 ліжок (2016р.-9732), в т.ч.:

- 20 ЦРЛ на 3558 ліжок (2016р. – 3665);
- 1 РЛ на 52 ліжка (2016р. – 1 на 52 ліжка);
- 15 міських лікарень на 2480 ліжок (2016р. – 2510);
- 28 закладів обласного підпорядкування, в т.ч. госпітальних - на 3545 ліжок (2016р. – 3495).

Чисельність ліжок на кінець 2017 року становила 9625, показник забезпеченості склав 79,1 на 10 тис. населення (2016р. – 9732 – 79,3).

27.01.2017 на базі КЗ «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради» введено в дію Черкаський обласний перинатальний центр на 100 ліжок. Загальна чисельність ліжок обласної лікарні при цьому не змінилась.

З 01.09.2017 в структурі КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» створено центр паліативної допомоги на 50 ліжок.

Амбулаторно-поліклінічна допомога населенню області надається в 252 лікувально-профілактичних установах (2016р. – 238).

Кількість лікарських амбулаторій збільшилась на 10 і становить 175.

Не відповідає нормативу кількість амбулаторій в більшості регіонів: нормативна їх кількість сформована тільки в Канівському та Тальнівському районах, наближається до нормативу число закладів ще в трьох районах (Драбівському, Жашківському та Чигиринському). В цілому по області нормативна кількість лікарських амбулаторій, як відокремлених структурних підрозділів, становить 280. Фактична забезпеченість амбулаторіями складає 1,43 на 10 тис. населення або 62,5% від потреби.

Крім того в області функціонують 535 ФАПів.

Протягом 2017 року створено 10 Центрів первинної медико-санітарної допомоги і їх загальна чисельність на 01.01.2018 становить 28.

На кінець 2017 року обласною радою схвалено створення 93 об'єднаних територіальних громад. Зараз на Черкащині сформовано 26 територіальних громад, але тільки 3 визначилися з медичними установами свої території (Черкаський р-н (с. Білозір'я), Катеринопільський р-н (смт Єрки та с. Мокра Калигірка).

В Україні гостро бракує лікарів ЗПСМ. Зокрема, в області укомплектовано штатних лікарських посад фізичними особами лише на 63,89% (2016р. – 66,56%).

У 12 районах області залишилось 29 амбулаторій (2016р. -20), які на початок року функціонували без лікарів лікувального профілю.

Стратегічна цілеспрямованість подальшого реформування медичної допомоги полягає в формуванні госпітальних округів.

Відповідно до наданих пропозицій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017р. № 471-р затверджено перелік та склад госпітальних округів Черкаської області:

Найменування госпітального округу	Склад госпітального округу
1. Черкаський госпітальний округ	всі заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню (далі – заклади), розміщені на території: м. Черкас м. Канева Канівського району Черкаського району Чигиринського району
2. Лівобережний госпітальний округ	заклади, розміщені на території: м. Золотоноші Золотоніського району Чорнобаївського району Драбівського району
3. Шевченківський госпітальний округ	заклади, розміщені на території: м. Сміли Смілянського району Кам'янського району Корсунь-Шевченківського району Городищенського району
4. Центральний госпітальний округ	заклади, розміщені на території: м. Ватутіного Звенигородського району Шполянського району Катеринопільського району Лисянського району
5. Західний госпітальний округ	заклади, розміщені на території: м. Умані Уманського району Тальнівського району Маньківського району Жашківського району Христинівського району Монастирищенського району

За висновками фахівців, нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та поступовості у наданні медичної допомоги, формального підходу до профілактики хвороб та диспансеризації населення. Як наслідок, спостерігаються високі рівні пізнього виявлення тяжких форм та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу у дорогому спеціалізованому лікуванні.

З квітня минулого року в області діяла Урядова програма «Доступні ліки», за якою область отримала субвенцію в сумі 15 млн. 945, 4 тисяч грн. 69% від всієї суми використано на забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу, 18% - на цукровий діабет II типу та 13% - на бронхіальну астму.

Хоча показники захворюваності на інфекційні хвороби, керовані засобами специфічної профілактики, в області є кращими від показників по Україні, але залишається проблемним питання імунопрофілактики населення. Невід'ємною складовою успіху в щеплювальній роботі є достатнє і планомірне забезпечення імунобіологічними препаратами. Проте, протягом 2017 року їх надходження були нерівномірними та по деяких видах вакцин – недостатнім.

Показник загальної захворюваності всього в 2017 році знизився на 2,55% в порівнянні з 2016 роком.

Зберігає тенденцію до зниження і показник первинної захворюваності – зниження на 5,0%.

Структура захворюваності не змінилася.

Залишається напруженою епідемічна ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції.

Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в області зберігає тенденцію до зростання (+0,5%).

Відмічається нестабільність захворюваності на туберкульоз серед дитячого та підліткового населення.

На постійному контролі управління охорони здоров'я знаходиться питання надання медичної допомоги військовослужбовцям, які перебували в зоні АТО, вживаються активні заходи, направлені на покращення якості лікувального процесу та умов перебування пацієнтів госпіталю. Для покращення матеріально-технічної бази обласного госпіталю виділено та освоєно 2 млн.438 тис. грн. У звітному році в обласному госпіталі проліковано 1399 учасників АТО.

З вересня 2017 року в області розпочато реєстрацію медичних закладів в електронній системі eHealth. Пасивна позиція керівників лікувально-профілактичних закладів первинної ланки дала свої негативні результати: на кінець 2017 року в системі зареєструвались лише 23 заклади та 44 лікарі. Укладено лише 190 декларацій з пацієнтами. Черкаська область займає одне з останніх місць в рейтингу по Україні. Для порівняння: в Закарпатській області зареєстровано 17 ЛПЗ, 127 лікарів, але підписано понад 13 тисяч декларацій.

Основною причиною такого стану в нашій області є недостатня кількість технічного обладнання і відсутність коштів для їх закупівлі. У жодному районі первинна ланка не укомплектована комп'ютерною технікою у достатній кількості.

ОЦІНКА
результатів роботи закладів охорони здоров'я
міст і районів області за 2017 рік

Рейтингове місце	КДР + Т-коеф.	Міста / райони
Міста обласного підпорядкування		
1-й результат	1,66	м. Умань
2-й результат	1,60	м. Черкаси
3-й результат	1,55	м. Ватутіне
		м. Сміла
Сільські адміністративні райони		
1-й результат	1,68	Канівський район
2-й результат	1,66	Звенигородський район
		Черкаський район
3-й результат	1,62	Городищенський район
4-й результат	1,60	Монастирищенський район
		Смілянський район
5-й результат	1,59	Тальнівський район
6-й результат	1,58	Чорнобаївський район
7-й результат	1,57	Уманський район
8-й результат	1,56	Золотоніський район
		Корсунь-Шевченківський район
		Шполянський район
9-й результат	1,55	Жашківський район
		Кам'янський район
10-й результат	1,53	Христинівський район
11-й результат	1,52	Катеринопільський район
12-й результат	1,51	Драбівський район
13-й результат	1,50	Чигиринський район
		Лисянський район
14-й результат	1,48	Маньківський район

ОЦІНКА
результатів роботи закладів охорони здоров'я вторинного рівня
(відокремлених від ПМСД) за 2017 рік

Рейтингове місце	КДР + Т-коэф.	ЗОЗ II рівня
Міські заклади II рівня		
1-й результат	1,70	ЗОЗ II рівня м. Умань
2-й результат	1,56	ЗОЗ II рівня м. Черкаси
3-й результат	1,51	Ватутінська МЛ
		ЗОЗ II рівня м. Сміла
Районні заклади II рівня		
1-й результат	1,64	Канівська ЦРЛ
		Черкаська ЦРЛ
2-й результат	1,63	Звенигородська ЦРЛ
3-й результат	1,62	Монастирищенська ЦРЛ
4-й результат	1,61	Уманська ЦРЛ
		Смілянська ЦРЛ
5-й результат	1,59	Чорнобаївська ЦРЛ
6-й результат	1,58	Золотоніська ЦРЛ
7-й результат	1,57	Жашківська ЦРЛ
8-й результат	1,51	Шполянська ЦРЛ
9-й результат	1,50	Корсунь-Шевченківська ЦРЛ
10-й результат	1,49	Христинівська ЦРЛ
11-й результат	1,48	Катеринопільська ЦРЛ
12-й результат	1,47	Чигиринська ЦРЛ
13-й результат	1,45	Драбівська ЦРЛ

ОЦІНКА
результатів роботи центрів первинної медико-санітарної
допомоги (ЦПМСД) за 2017 рік

Рейтингове місце	КДР + Т-коэф.	Центри ПМСД
Міські центри ПМСД		
1-й результат	1,79	Черкаський міський № 2
2-й результат	1,76	Черкаський міський № 1
3-й результат	1,71	Черкаський міський № 5
4-й результат	1,69	Черкаський міський № 3
5-й результат	1,66	Черкаський міський № 4
6-й результат	1,63	Ватутінський міський
7-й результат	1,61	Уманський міський
8-й результат	1,60	Смілянський міський
9-й результат	1,59	Золотоніський міський
Районні / сільські центри ПМСД		
1-й результат	1,74	Корсунь-Шевченківський районний
2-й результат	1,67	Канівський районний
3-й результат	1,66	Черкаський районний
4-й результат	1,65	Звенигородський районний
5-й результат	1,57	Монастирищенський районний
6-й результат	1,56	Білозірський сільський
7-й результат	1,55	Смілянський районний
8-й результат	1,54	Драбівський районний
9-й результат	1,53	Шполянський районний
		Христинівський районний
10-й результат	1,52	Чорнобаївський районний
		Золотоніський районний
11-й результат	1,50	Жашківський районний
12-й результат	1,47	Уманський районний
13-й результат	1,46	Чигиринський районний
		Мокрокалигірський сільський

Мережа лікувально-профілактичних закладів

В системі охорони здоров'я області продовжувалась реорганізація мережі закладів.

Процес розподілу функцій між вторинною і первинною ланками на місцях не завершено.

Зміни мережі лікувально-профілактичних закладів області протягом 2017 року

Дільничу лікарню с. Виноград Лисянського району реорганізовано в лікарську амбулаторію, стаціонарне відділення на 10 ліжок перейшло в підпорядкування ЦРЛ, в якості відокремленого структурного підрозділу (далі – ВСП).

Протягом року зареєстровано 10 нових центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі ЦПМСД), в т.ч. 6 – в містах та 4 – в районах області.

В м. Черкаси ЦПМСД створені на базі 5-ти самостійних поліклінік, при двох центрах відкрито 2 лікарські амбулаторії, як додаткові відокремлені структурні підрозділи. До посад ЦПМСД ввійшли всі посади колишніх поліклінік. Інші заклади в м. Черкаси в 2017 році не створювались.

В м. Сміла ЦПМСД створено як новий заклад первинного рівня, в т.ч. при ньому відкрито 6 лікарських амбулаторій, як відокремлені структурні підрозділи. Кількість інших закладів не зазнала змін.

В районах області базові амбулаторії ЦПМСД створювались шляхом розподілу посад між первинною і вторинною ланками, а лікарські амбулаторії змінили своє підпорядкування з ЦРЛ на ЦПМСД.

При створенні ЦПМСД Монастирищенського району на базі ФАПУ с.Івахни відкрито ЛА ВСП ЦПМСД.

За рішенням сесії Смілянської міської ради від 14.12.2017 № 60-1/VII проведена реєстрація змін закладів охорони здоров'я, в якій доданий до мережі закладів охорони здоров'я м. Сміли «Державний заклад «Спеціалізована медико-санітарна частина №14» Міністерства охорони здоров'я України. Функціонування вказаної лікарні в складі закладів м. Сміли є проблемним та до кінця не вирішеним питанням.

27.01.2017р. введено в дію Черкаський обласний перинатальний центр на базі КЗ «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради». В центрі розгорнуто 100 ліжок:

30 ліжок – у відділенні патології вагітності та екстрагенітальної патології,

30 ліжок – післяпологовому відділенні,

30 ліжок – гінекологічному відділенні,

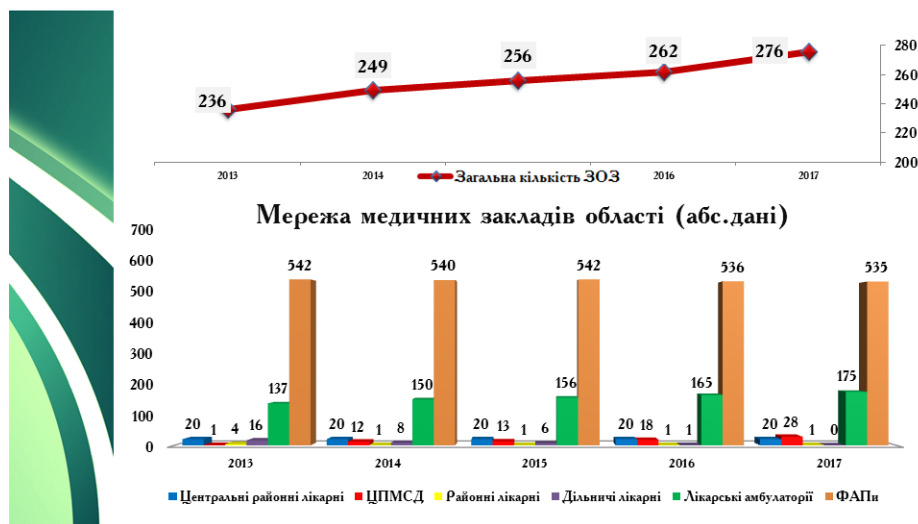
10 ліжок – відділенні інтенсивної терапії новонароджених та постінтенсивного догляду. Крім того, розгорнуто 6 зверхкошторисних ліжок інтенсивної терапії для дітей.

Ліжка обласної лікарні в цілому не змінилися.

З 01.09.2017р. в структурі комунального закладу «Черкаський обласний онкологічний диспансер» створено центр паліативної допомоги, в якому на кінець року розгорнуто 50 ліжок.

В 2017 році тривав процес упорядкування функцій вторинної і первинної ланок на місцях і не всі питання знайшли рішення. Частина спеціалістів – терапевти, педіатри, акушер-гінекологи, неврологи, стоматологи та інші спеціалісти – поки залишилась в кадровому складі ЛПУ первинної ланки.

Як наслідок змін, 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 31.12.2017 в області функціонує 276 (2016р. – 262) медичних установ та їх територіально відокремлених структурних підрозділів, з них 46 стаціонарних установ на 9625 ліжок (2016р. 47 – 9732), в т.ч. 20 ЦРЛ на 3558 ліжок (2016р. – 3665), 1 РЛ на 52 ліжка (2016р. – 1 на 52 ліжка), міські лікарні на 2480 ліжок (2016р. – 2510), заклади обласного підпорядкування на 3545 ліжок (2016р. – 3495).

Чисельність ліжок в області на кінець 2017 року становить 9625, показник забезпеченості складає 79,1 на 10 тис. населення (2016р. – 9732 – 79,3).

Амбулаторно-поліклінічна допомога населенню області надається в 252 лікувально-профілактичних установах та їх ВСП (2016р. – 238).

Кількість лікарських амбулаторій збільшилась до 175 ЛА (2016р. – 165):

2016р. 165 +10 (новостворені ЛА ЦПМСД: м.Черкаси 2 + м. Сміла 6, + ЛА Монастирищенський р-н 1 з ФАПу + Лисянський р-н 1 з ДЛ)
= 175 ЛА 2017р.

Крім того, в області функціонує 535 ФАПів (2016р. – 536).

2016р. 536 -1 ФАП Монастирищенського району перепрофільовано в ЛА ВСП ЦПМСД = 535 ФАПів 2017р.

З загальної кількості закладів охорони здоров'я області – 102 (2016р. – 97) є юридичними особами, з них 46 – стаціонарних установ, 39 – амбулаторно-поліклінічних закладів та 17 – «інших» (2016р. – 46 – 34 та 17 відповідно).

За типами установ ЗОЗ (юридичні особи) розподіляються на:

стаціонарні заклади - 46		амбулаторно-поліклінічні заклади - 39	
м. Черкаси - 6	МЛ 1, 2, 3, ПБ, інфек.лікарня, дит. лікарня	м. Черкаси - 8	ЦПМСД: 1, 2, 3, 4, 5, Астра, 2 стоматологічні поліклініки
м. Сміла - 3	МЛ, МЛ СМСЧ-14 МЛ ім. Т.Шевченка	м. Сміла - 4	п-ка №1, дитяча п-ка, стоматологічна п-ка, ЦПМСД
м. Умань - 5	МЛ, МЛ-2, МЛ 3, ПБ, дит. лікарня	м. Умань - 2	стоматологічна п-ка, ЦПМСД
м. Ватутіне - 1	МЛ	м. Ватутіне - 1	ЦПМСД
		28 ЦПМСД	Драбівський, Жашківський, Звенигородський, 2 Золотоніських центри, К-Шевченківський, Канівський, 2 ЦПМСД Катеринопільського р-ну (ЦПМСД с.Мокра Калигірка та районний ЦПМСД), Маньківський, Монастирищенський, Тальнівський, Смілянський, Уманський, Христинівський, Чернобаївський, Чигиринський, Шполянський р-ни, 2 центри Черкаського р-ну (ЦПМСД Черкаського р-ну та ЦПМСД с.Білозір'я), м. Черкаси - 5, м.Ватутіне, м.Умань, м. Сміла
		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 санаторії, аптека, обл. центр МСЕ, КЗ «ЧОЦМС», центр здоров'я, ОЦЕМД та МК, 2 медколеджі, центр підвищення кваліфікації лікарів			

Не перераховані інші лікарняні «заклади» адмінрайонів є структурними підрозділами, в більшості регіонів – центральних районних лікарень або ЦПМСД.

Протягом 2017 року створено 10 ЦПМСД:

- 5 м. Черкаси,
- 1 м. Сміла,
- 1 Монастирищенський р-н,
- 1 Тальнівський р-н,
- 1 Маньківський р-н,
- 1 Катеринопільський р-н.

Склад ряду новостворених ЦПМСД остаточно не визначено, тому наявна кількість їх відокремлених структурних підрозділів у 2018 році зміниться.

В складі 28 ЦПМСД на кінець року знаходяться:

- 28 базових амбулаторій – структурних підрозділів;
- 151 ЛА як територіально відокремлені структурні підрозділи ЦПМСД;
- 431 ФАП/ФП.

Відсутні ЦПМСД станом на 31.12.2017р. в трьох районах:

Городищенському, Лисянському та Кам'янському.

З 28 ЦПМСД в містах розташовано 8, в адмінрайонах – 20 установ.



На кінець року обласною радою схвалено створення 93 об'єднаних територіальних громад. Зараз на Черкащині сформовано 26 територіальних громад, але тільки три з них визначилися з медичними установами своїх територій.

Діючі медичні установи об'єднаних територіальних громад (ОТГ)

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

Медичні установи, розташовані на території об'єднаних територіальних громад (ОТГ) станом на 31.12.2017

№	Назва ОТГ	Тип ЛПУ насе- леного пункту, де розташовано центр ОТГ	ЛПУ, які входять до складу ОТГ	
			ЛА	ФАПи
1.	Городищенський р-н с. Мліїв	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Мліїв ЛА ЗПСМ с. Старосілля	ФАП - 1
2.	Жашківський р-н м. Жашків	ЛА	ЦПМСД базова ЛА м. Жашків	ФАП - 4
3.	с. Бузівка	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Бузівка	ФАП - 1
4.	с. Соколівка	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Соколівка	ФАП - 4
5.	Золотоніський р-н с. Зорівка	ФАП	ЛА ЗПСМ с. Мехедівка (Драбівського р-ну)	ФАП – 2 Золотоніського р-ну ФАП – 2 Драбівського р-ну
6.	К-Шевченківський р-н с. Набутів	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Набутів ЛА ЗПСМ с. Деренковець	ФАП - 6
7.	смт. Стеблів	ЛА	ЛА ЗПСМ смт. Стеблів ЛА ЗПСМ с. Шендерівка	ФАП - 5 ФАП - 2
8.	с. Селище	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Селище	ФАП - 3
9.	с. Моринці	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Моринці	ФАП - 4
10.	с. Карашина	ФАП	ЛА ЗПСМ с. Квітки	ФАП - 8
11.	Канівський р-н с. Степанці	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Степанці ЛА ЗПСМ с. Мартинівка	ФАП - 4 ФАП - 5
12.	с. Ліпляве	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Ліпляве	ФАП - 2

№	Назва ОТГ	Тип ЛПУ населеного пункту, де розташовано центр ОТГ	ЛПУ, які входять до складу ОТГ	
			ЛА	ФАПи
	Кам'янський р-н			
13.	м. Кам'янка			ФАП -2
14.	с. Михайлівка	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Михайлівка	ФАП -3
	Катеринопільський р-н			
15.	смт. Єрки	ЛА юр. особа	ЛА ЗПСМ смт.Єрки	ФАП -2
16.	с. Мокра Калигірка	ЦПМСД юр. особа	база ЛА с.М.Калигірка ВСП ЛА с. Ярошівка	ФАП -2 ФАП -2
	Маньківський р-н			
17.	с. Іваньки	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Іваньки	ФАП - 3
18.	смт. Буки	ЛА	ЛА ЗПСМ смт. Буки	ФАП - 2
	Смілянський р-н			
19.	с. Ротмистрівка	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Ротмистрівка	ФАП - 3
	Тальнівський р-н			
20.	м. Тальне			ФАП - 4
	Уманський р-н			
21.	с. Паланка	ФАП	ЛА ЗПСМ с. Кочержинці	ФАП 7
	Черкаський р-н			
22.	с.Білозір'я	ЦПМСД юр. особа	база ЛА с.Білозір'я ВСП ЛА смт.Ірдинь	
23.	с. Степанки	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Степанки ЛА ЗПСМ с. Хацьки	ФАП - 1
	Чорнобаївський р-н			
24.	с. Іркліїв	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Іркліїв ЛА ЗПСМ с. Мельники	ФАП - 2
	Шполянський р-н			
25.	м. Шпола	ЛА	базова ЛА ЦПМСД м. Шпола	ФАП - 2
26.	с. Матусів	ЛА	ЛА ЗПСМ с. Матусів	ФАП - 1
	Разом 26 ОТГ		2 ЦПМСД юр. особи 1 ЛА ЗПСМ юр. особа 2 базові ЛА 27 ЛА ВСП	ФАП - 89

**МЕРЕЖА СТРУКТУРНИХ І ВІДОКРЕМЛЕНИХ СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ, ЯКІ
НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНІТАРНУ ДОПОМОГУ
по Черкаській області за 2017 рік**

№ п/п	Структурні підрозділи	К-ть підрозділів		в т.ч. сімейної медицини	Лікарі			Середній медичний персонал		
					штат. посади	зайн. посади	фіз. особи	штат. посади	зайн. посади	фіз. особи
		2016	2017		2017					
1	Лікарські амбулаторії всього	165	175	169	528,75	418,0	328	961,5	872,75	873
	з них:									
	в складі ЦПМСД	127	151	148	460,5	363,0	284	820,25	744,5	744
	в складі ін. ЛПЗ	38	24	21	68,25	55,0	44	141,25	128,25	129
1.1	В тому числі (з р.1) міські лікарські амбулаторії всього	20	28	27	202,25	169,75	142	335,75	292,75	283
	з них:									
	в складі ЦПМСД	15	24	24	183,0	154,75	129	302,25	262,75	254
	в складі ін. ЛПЗ	5	4	3	19,25	15,0	13	33,5	30,0	29
1.2	В тому числі (з р.1) сільські лікарські амбулаторії всього	145	147	142	326,5	248,25	186	625,75	580,0	590
	з них:									
	в складі ЦПМСД	112	127	124	277,5	208,25	155	518,0	481,75	490
	в складі ін. ЛПЗ	33	20	18	49,0	40,0	31	107,75	98,25	100
2.	Фельдшерсько-акушерські пункти всього	536	535	х				627,25	596,75	602
	з них:									
	в складі ЦПМСД	380	431	х	х	х	х	498,5	473,25	477
	в складі ін. ЛПЗ	156	104	х	х	х	х	128,75	123,5	125

З 823 сільських населених пунктів області 630 або 76,0% обслуговуються медичними працівниками фельдшерсько-акушерських або фельдшерських пунктів.

Всього в області станом на 31.12.2017р. 535 ФАПів/ФП, в т.ч. 270 ФАПів та 265 ФП.

Упорядкування мережі фельдшерсько-акушерських пунктів має бути продовжено, враховуючи, що 36 ФАПів (2016р. – 35) обслуговують до 100 осіб, в т.ч.:

до 50 осіб – 6 ФАПів (2016р. – 5):

- Лисянський район – 2 (с. Дубина – 29 мешканців, с. Кучківка – 32);
- Христинівський район – 1 (с. Яри – 40 мешканців);
- Смілянський район – 1 (с. Богунове – 38 мешканців);
- Монастирищенський район – 1 (с. Балка – 42 мешканці),
- Черкаський район – 1 (с. Гута Межирицька – 49 мешканців).

50-99 осіб – 30 ФАПів (2016р. – 30)

- Канівський район – 3 (с. Бабичі – 80, с. Бересняги – 70, с. Лазірці – 84);
- Лисянський район – 3 (с. Товсті Гори – 95, с. Чеснівка – 88, с. Шушківка – 96);
- Катеринопільський район – 3 (с. Любисток – 66, с. Надвисся – 84, с. Кобилянка – 66);
- Чорнобаївський район – 3 (с. Червонохиженці – 75, с. Журавлине – 80, с. Мар'янівка – 71);
- Шполянський район – 3 (с. Бурти 2 – 84, с. Глиняна Балка – 74, с. Коротине – 89);
- Смілянський район – 2 (с. Червоне – 71, с. Гуляйгородок – 56);
- Звенигородський район – 2 (с. Гнилець – 84, с. Демкове – 96);
- Христинівський район – 2 (с. Вікторівка – 65, с. Чайківка – 69);
- Тальнівський район – 2 (с. Павлівка Друга – 61, с. Чеснопіль – 74);
- Черкаський район – 1 (с. Станіславчик – 79);
- Драбівський район – 1 (с. Петропавлівка – 61);
- Жашківський район – 1 (с. Одай – 60);
- Золотоніський район – 1 (с. Матвіївка – 63);
- Маньківський район – 1 (с. Юрпіль – 55);
- Чигиринський район – 1 (с. Полуднівка – 86);
- Монастирищенський район – 1 (с. Тарасівка – 74).

В той же час, 41 ФАП обслуговує понад тисячу мешканців, що не відповідає критеріям функціонування такого типу закладу, як фельдшерсько-акушерський пункт (2016р. – 45).

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/1030 с.Дердин/1125	
Жашківський район – 1	
с.Нагірна-Побійна/1042	с. Скибин/1873
Звенигородський район - 3	
с.Озірна/1205 с.Стебне/1208 с.Княжа/1328	с. Стецівка/1685
Золотоніський район - 2	
с.Кропивна/1182 с.Вознесенське/1236	
К-Шевченківський район - 3	
с.Сахнівка/1013 с.Драбівка/1008 с.Гарбузин /1466	
Канівський р-н - 1	
с. Литвинець /1151	
Кам'янський район - 3	
с.Юрчиха/1027 с.Ребидайлівка/1003 с.Райгород/1177	
Маньківський район – 3	
с.Поминник/1003 с.Роги/1002 с.Поташ/1232	с.Дзензелівка/1508 с.Молодецьке/1629
Смілянський район -2	
с.Носачів/1035 с.Будки/1344	с.Плоске/1663 с.Велика Яблунівка/1867 с.Березняки/2272 с.Костянтинівка/2746
Тальнівський район – 1	
с. Білашки/1039	
Уманський район - 4	
с.Громи/1031 с.Полянецьке/1302 с.Городецьке/1317 с.Паланка/1301	
Христинівський район – 1	
с.Розсішки/1104	с.Христинівка/2269
Чорнобаївський район - 3	
с.Кліщенці/1047 с.Великі Канівці/1135 с.Москаленки/1348	
Чигиринський район - 1	
с.Стецівка/1133	
Шполянський район -2	
с.Мар'янівка/1129 с.Журавка/1158	
Разом 32	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 ґрунтового аналізу і на місцях, виходячи з реальних можливостей сьогодення.

Станом на 01.01.2018 року в установах, підпорядкованих УОЗ ОДА, працювало 26219 осіб, з них 15,4 % складають лікарі, 40,9% – молодші спеціалісти з медичною освітою, 43,7% – інші працівники (2016р. – 15,6% – 41,2% – 43,2%).

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

	Штатні посади		Зайняті посади		Фізичні особи	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Лікарі						
Абс.	5688,5	5718,0	5178,25	5149,75	4151	4113
Забезпеченість на 10 тис. нас.	46,34	46,99	42,18	42,32	33,81	33,80
Молодші медичні спеціалісти						
Абс.	12182,5	12247,25	11749,0	11820,75	10969	10877
Забезпеченість на 10 тис. нас.	99,24	100,66	95,71	97,15	89,35	89,40

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

Дефіцит лікарів в цілому по медичних установах продовжує зростати і становить за 2017р. 1605 осіб (2016 рік – 1538), у тому числі по ЛПЗ лікувального профілю – 1280 осіб.

Дефіцит лікарських кадрів

Звітні форми	2014	2015	2016	2017
ф.47 дефіцит лікарських посад всіх типів ЛПУ	1517	1514	1538	1605
в т.ч.				
ф.20 лікувально-профілактичних установ	1214	1194	1194	1280

В цілому укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів на 01.01.2018 року становить 71,93% (2016р. – 72,97%), у тому числі лікувально-профілактичних закладів – 74,6% (2016р. – 76,02%), тобто загальну тенденцію показника можна оцінити як негативну.



Найнижчий відсоток укомплектованості лікарями за такими спеціальностями, як:

ф. 20	2015	2016	2017
лікарі з лікувальної фізкультури	37,7	42,6	35,6
нефрологи	49,3	46,5	45,8
лікарі-психологи	36,4	36,4	47,1
ендоскопісти	52,2	56,8	54,9
лікарі з функціональної діагностики	63,7	63,6	59,8
лікарі з ультразвукової діагностики	68,3	68,1	63,5
педіатри-неонатологи	72,6	71,4	63,7
загальної практики – сімейної медицини	68,2	66,6	63,9
фізіотерапевти	66,7	65,5	66,3
терапевти, всього	68,2	69,9	66,8
фтизіатри	67,6	66,5	67,3
онкологи	75,5	76,1	69,3

Станом на 01.01.2018 року рівень укомплектованості штатних лікарських посад фізичними особами вищий в міських лікувально-профілактичних закладах – 79,0% (2016р. – 80,87%, 2015р. – 80,79%), обласні заклади охорони здоров'я укомплектовані на 74,44% (2016р. – 76,01%, 2015р. – 76,63%), райони в цілому – на 71,49% (2016р. – 72,55%, 2015р. – 72,52%).



Нижче середньорайонного показника укомплектовані лікувальні заклади Драбівського (58,45%), Лисянського (60,0%), Корсунь-Шевченківського (62,52%), Канівського (65,96%), Городищенського (66,79%), Чигиринського (67,25%), Христинівського (67,98%) та Черкаського (69,69%) районів.

Аналіз загальних тенденцій кадрової ситуації акцентує увагу на проблемах первинної ланки амбулаторно-поліклінічної служби:

ф.20	2015		2016		2017	
	абс.	на 10 тис. нас.	абс.	на 10 тис. нас.	абс.	на 10 тис. нас.
Терапевти всього:						
штатні посади	216,5	1,7	196,25	1,6	204,25	1,7
зайняті посади	187,75	1,5	177,25	1,4	173,0	1,4
фіз. особи	140	1,1	131	1,1	124	1,0
укомплектованість %	64,7%		66,8%		60,7%	
Лікарі ЗПСМ:						
штатні посади	561,25	4,5	598,0	4,9	599,5	4,9
зайняті посади	476,75	3,8	503,0	4,1	487,25	4,0
фіз. особи	383	3,1	398	3,2	383	3,1
укомплектованість %	68,2%		66,6%		63,9%	
Педіатри всього:						
штатні посади	286,75%	2,3	273,0	2,2	267,75	2,2
зайняті посади	268,75	2,2	260,0	2,1	244,25	2,0
фіз. особи	200	1,6	199	1,6	194	1,6
укомплектованість %	69,7%		72,9%		72,4%	

У 2017 році кардинально не змінилась кадрова ситуація з укомплектуванням лікарських амбулаторій. Залишилось 29 амбулаторій (2016р. – 20), які на початок року функціонували без лікарів лікувального профілю у 12 районах області.

Для укомплектування вакантних посад амбулаторій готуються лікарі-інтерни.

У 2017 році 102 молодих спеціалісти закінчили навчання в інтернатурі (2016р. – 114), з них приступило до роботи – 81 - 79,4% (2016р. – 91 – 85,9%). З 21 особи, які не приступили до роботи, 7 молодих спеціалістів зараховані на навчання до клінічної ординатури, 10 – змінено направлення на роботу МОЗ України на іншу область, 4 особи – з невідомих причин.

На даний час навчання в інтернатурі проходить 240 молодих спеціалістів, з даного числа осіб 121 закінчать навчання в 2018 році, 18 осіб повинні приступити до роботи на посадах лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Із загальної кількості лікарів-інтернів 71 особу планується направити для роботи в заклади охорони здоров'я сільської місцевості.

Укомплектованість фізичними особами штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою знизилась до 89,4% (2016р. – 91,2%).

Нижче середньорайонного показника (92,8%) укомплектовані штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою в Смілянському (85,0%), К-Шевченківському (85,1%), Канівському (85,7%), Уманському (86,4%), Городищенському (86,8%), Драбівському (86,9%) та Христинівському (88,2%) районах.

Низькою є укомплектованість посад молодших спеціалістів з медичною освітою і в обласних закладах охорони здоров'я – 85,0%. Серед них обласна станція переливання крові (73,9%), Черкаський обласний центр планування сім'ї (70,9%), обласний шкірно-венерологічний диспансер (83,7%), обласна лікарня (82,0%), обласний кардіологічний центр (84,4%), обласний госпіталь ветеранів війни (87,2%), обласний протитуберкульозний диспансер (83,5%).

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 31.12.2017 року залишився 41 ФАП, у яких жодна штатна посада середнього медперсоналу не була укомплектована основним працівником (2016р. – 47). Тобто кількість таких підрозділів надання первинної медичної допомоги щорічно зростає. Привертає увагу проблема «відкритих» ФАПів Канівського району, де не укомплектована четверта частина установ.

	2015	2016	2017
Всього	30	33	26
Канівський р-н	11	10	11
Кам'янський р-н	1	1	2
Катеринопільський р-н	3	3	1
К-Шевченківський р-н	1	1	2
Лисянський р-н	1	2	2
Уманський р-н	-	3	2
Христинівський р-н	3	3	2
Черкаський р-н	-	-	1
Чорнобаївський р-н	1	1	1
Чигиринський р-н	1	3	1
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 2017 році для медичних працівників області було виділено 15 квартир в 7 районах області (Золотоніський район – 4, Чорнобаївський та Шполянський по 3, Катеринопільський – 2, Чигиринський, К-Шевченківський, Уманський по 1), в тому числі 8 квартир отримали молоді спеціалісти.

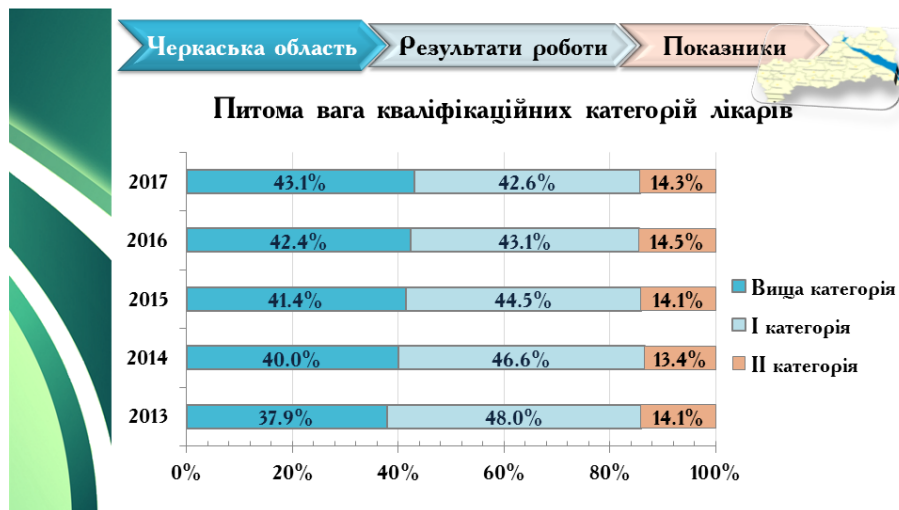


При нестабільних показниках забезпеченості медичними кадрами привертає увагу значна кількість працюючих лікарів пенсійного віку. Питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 2017 році становила 32,3 %, ще 12,6 відсотків лікарів – це особи передпенсійного віку (2016р. – 31,5% та 11,7% відповідно).

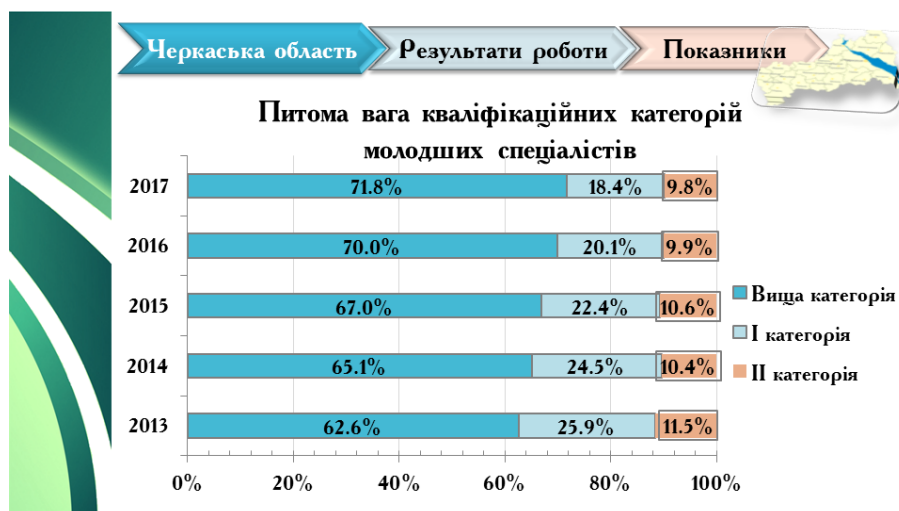
Кількість працюючих осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою, як і в минулому році, становить 12,1%.



Одним із основних чинників функціонування системи охорони здоров'я є оптимальне забезпечення її кваліфікованими кадрами. В 2017 році атестаційними комісіями УОЗ ОДА проатестовано на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії 860 лікарів та 1774 молодших спеціалістів з медичною освітою (2016р. – 729 та 1881 відповідно).



Рівень атестації медичних працівників області перевищує пересічні показники в Україні в цілому. В лікувально-профілактичних закладах області працює 80,5% лікарів та 73,2% молодших спеціалістів з медичною освітою, які атестовані з присвоєнням атестаційних категорій (2016р. – 80,0% та 71,6% 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 2017 році проведено 30 навчальних циклів, у тому числі: 3 передатестаційних і 23 тематичного удосконалення, на яких підвищили кваліфікацію 830 спеціалістів, у тому числі 93 сімейних лікарів.

За останні 5 років спеціалізацію за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» на базі центру пройшли всього 46 осіб (2013р. – 12, 2015р. – 21, 2016р. – 13).

Щорічно в Черкаській медичній академії організовуються і проходять близько 100 циклів підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів. Підготовлено в 2017р. 2228 фахівців (2015р. – 2492, 2016р. – 2394).

Проблеми

Основні показники кадрового забезпечення галузі впродовж 2017 року не є стабільними і не завжди мають позитивну динаміку.

Проведений аналіз кадрового забезпечення медичних установ області дозволяє визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, перш за все на впровадженні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та подальшого удосконалення ланки сільської охорони здоров'я.

З метою покращення даної ситуації необхідно:

- 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

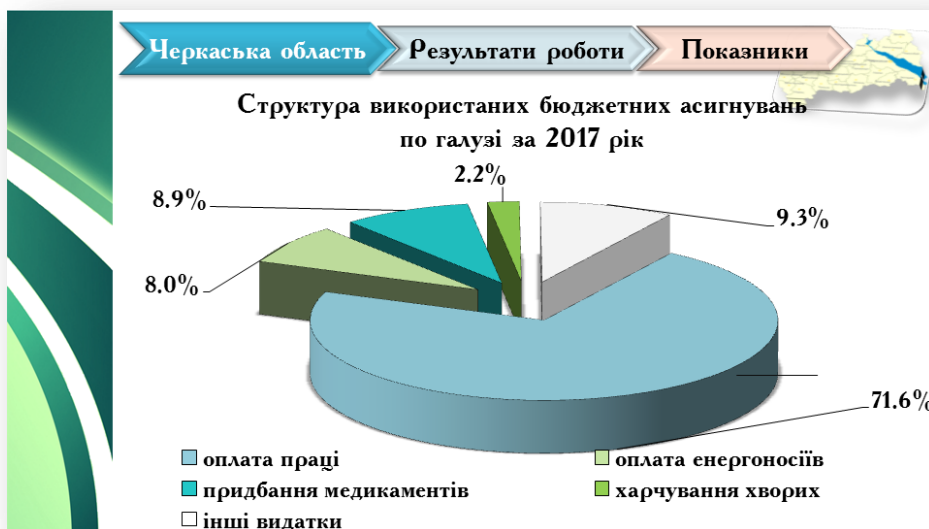
У 2017 році бюджет галузі (загальний фонд + бюджет розвитку) склав 2 912,7 млн. грн., у тому числі за рахунок коштів медичної субвенції – 1 813,3 млн. грн., решта – за рахунок коштів з державного та місцевих бюджетів.

Фінансування поточних видатків галузі охорони здоров'я області у 2017 році в цілому було здійснено на 2513,4 млн. грн., що складає 97,4% від плану.

Станом на 01.01.2018 кредиторська заборгованість становить 443,5 тис.грн., у тому числі оплата послуг 220,2 тис.грн. та 223,3 тис.грн. – оплата комунальних послуг.

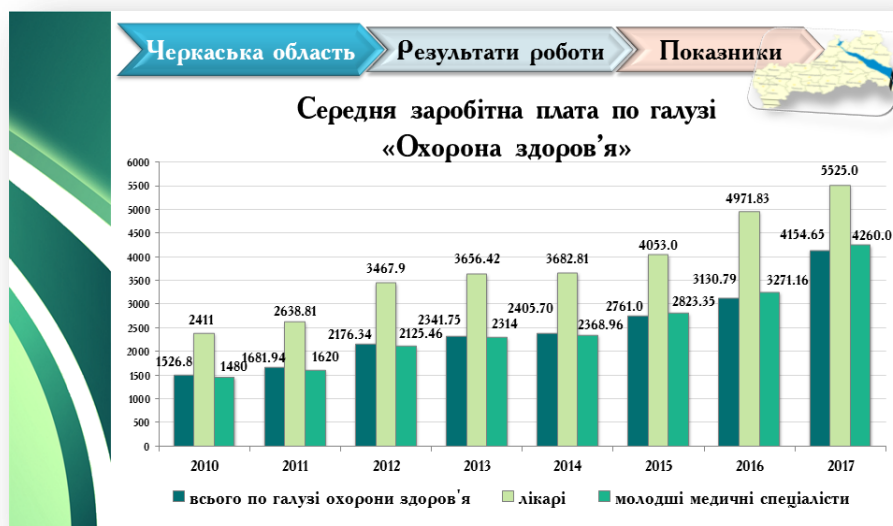


В структурі розподілу профінансованих бюджетних призначень в цілому по області на заробітну плату з нарахуваннями припадає 71,6% спрямованих на галузь коштів, медикаменти – 8,9%, харчування хворих – 2,2%, оплату енергоносіїв – 8,0% та ін.



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

Середня заробітна плата працівників галузі в минулому році зросла проти 2016 року в середньому на 33% і склала на 1 штатну посаду 4154,65 грн., у тому числі – лікарів 5525,00 грн., фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою – 4260,00 грн., але рівень середньої заробітної плати за 2017 рік в цілому на одну штатну посаду складає 57,2% до середнього рівня по економіці області (7267,0 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 223,6 млн. грн.

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

На забезпечення пільгових категорій населення медикаментами впродовж 2017 року спрямовано 25,12 млн. грн. (2016 рік – 8,1 млн. грн.), що складає 21,41 грн. на 1 жителя (2016 рік – 6,73 грн. на 1 жителя). Для забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну використано 27,6 млн. грн. На пільгове зубне протезування в минулому році профінансовано 3,8 млн. грн. (2016 рік – 2,4 млн. грн.)

Вартість одного ліжка/дня з медикаментозного забезпечення по області за 2017 рік склала 24,84 грн. (2016 рік - 42,61 грн.). Найнижчою вона була в Маньківському (8,32 грн.), Звенигородському (8,63 грн.), Лисянському (9,06 грн.) і в Монастирищенському (9,75 грн.) районах та в м. Сміла (8,33 грн.), а найбільшою традиційно в Уманському (38,84 грн.), Кам'янському (32,66 грн.) і Драбівському (30,04 грн.) районах та в м. Черкаси (32,86 грн.).

	Вартість 1 ліжка-дня з медикаментозного забезпечення, грн.	Вартість 1 ліжка-дня з харчування, грн.
Міські лікарняні установи	25,06	6,45
ЦРЛ, районна та дільнична лікарні	18,62	8,49
Обласні лікарні та диспансери (за рахунок значних сум на гемодіаліз, придбання препаратів інсуліну, державних субвенцій)	30,21	28,51
Всього по області	24,84	15,97

Фінансування видатків на харчування хворих в лікувальних закладах у звітному періоді залишалося стабільно незадовільним. При нормативі на день близько 48,0 грн. в міських та центральних районних лікарнях на харчування хворих в середньому витрачається в межах 5,5-18 грн., а в трьох районах – від 3-х до 5,5 грн. на 1 день (Жашківський р-н – 3,09 грн., Лисянський р-н – 3,94 грн. та Христинівський р-н – 5,08 грн.).

Власні надходження закладів охорони здоров'я області у 2017 році склали 168,2 млн. грн. (2016р. - 164,9 млн. грн.).

За видами надходжень спеціального фонду бюджету:

- ✓ плата за послуги, що надаються бюджетними установами – 65,5 млн. грн.;
- ✓ кошти, отримані з інших джерел (благодійні внески, суми за дорученнями, гуманітарна допомога) – 102,7 млн. грн.

За напрямками використання власні надходження установ розподіляються наступним чином:

- ✓ на виплату заробітної плати з нарахуваннями – 24,4 млн. грн. (14,5%);
- ✓ оплату енергоносіїв – 3,2 млн. грн. (1,9%);
- ✓ придбання медикаментів – 93,0 млн. грн. (55,3%);
- ✓ придбання продуктів харчування – 2,2 млн. грн. (1,3%);
- ✓ інші поточні видатки – 45,4 млн. грн. (27 %).

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 2017 році в області фінансування медичних програм та комплексних заходів з охорони здоров'я в цілому збільшилось проти 2016 року на 34,6% і складає 358 млн. 133,3 тис. грн. (2016р. – 266 млн. 106,8 тис. грн.), у тому числі:

- лікарські засоби та вироби медпризначення – 182 млн. 846,2 тис. грн. (2016р. – 184 млн. 730,7 тис. грн.);
- медичне обладнання – 140 млн. 951,1 тис. грн. (2016р. – 74 млн. 220,8 тис. грн.);
- автотранспорт – 26 млн. 283,7 тис. грн. (2016р. – 2 млн. 130,8 тис. грн.);
- забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами – 8 млн. 52,3 тис. грн. (2016р. – 5 млн. 24,5 тис. грн.).

За рахунок коштів **Державного бюджету** в 2017 році на реалізацію медичних програм та заходів профінансовано 110 млн. 966,3 тис. грн. (проти 111 млн. 241,9 тис. грн. у 2016 році), що складає 31,0% від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби та вироби медпризначення – 105 млн. 770,5 тис. грн. (2016р. – 86 млн. 747,0 тис. грн.);
- обладнання – 2 млн. 697,8 тис. грн. (2016р. - 24 млн. 494,9 тис. грн.);
- автотранспорт – 2 млн. 498,0 тис. грн. (2016р. - 0).

З **місцевих бюджетів** на виконання медичних програм і заходів у звітному періоді профінансовано 178 млн. 579,1 тис. грн. (проти 95 млн. 705,4 тис. грн. у 2016 році), що складає 49,9% від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби і вироби медпризначення – 49 млн. 404,1 тис. грн. (2016р. – 74 млн. 252,6 тис. грн.);
- медичне обладнання - 99 млн. 782,3 тис. грн. (2016р. – 14 млн. 846,6 тис. грн.);
- автотранспорт – 21 млн. 340,4 тис. грн. (2016р. – 1 млн. 581,7 тис. грн.)

За рахунок **інших джерел фінансування** у 2017 році на реалізацію медичних програм та заходів в області залучено 68 млн. 587,9 тис. грн. (проти 59 млн. 159,5 тис. грн. у 2016 році), що складає 19,1 % від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби і вироби медпризначення – 27 млн. 671,6 тис. грн. (2016р. – 23 млн. 731,1 тис. грн.);
- медичне обладнання - 38 млн. 471,0 тис. грн. (2016р.– 34 млн. 879,3 тис. грн.);
- автотранспорт – 2 млн. 445,3 тис. грн. (2016р.– 549,1 тис. грн.).

ПРИДБАННЯ

лікарських засобів, виробів медичного призначення та автотранспорту
за рахунок коштів Державного бюджету в 2017 році
 (централізовані закупівлі)

№ з/п	Найменування медичних програм / заходів	Кошти Державного бюджету		
		План на 2017	Отримано	% від плану 2017
		тис. грн.	тис. грн.	
1.	Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб	10781,7	6406,0	59,4%
2.	Державна цільова соціальна програма "Трансплантація"	1190,5	1058,7	88,9%
3.	Загальнодержавна програма "Протидія захворюванню на туберкульоз" у 2012-2016 роках	14851,0	5025,1	33,8%
4.	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	24131,6	15772,1	65,4%
5.	Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року	24963,4	10579,0	42,4%
6.	Державна програма "Дитяча онкологія"	14496,5	9348,1	64,5%
7.	Заходи з розвитку донорства крові та її компонентів	4621,2	2896,0	62,7%
8.	Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації"	1840,5	1906,3	103,6%
9.	Централізовані заходи з лікування хворих на гемофілію	10160,5	3012,0	29,6%
10.	Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань	9893,6	5243,0	53,0%
11.	Централізована закупівля медикаментів для громадян, які страждають на легеневу артеріальну гіпертензію	2093,1	1290,0	61,6%
12.	Централізована закупівля ендопротезів	1008,0	0,0	0,0%
13.	Заходи щодо медикаментозного забезпечення хворих на розсіяний склероз	2223,2	2301,3	103,5%
14.	Державна цільова програма "Цукровий діабет"	476,0	476,2	100,0%
15.	Закупівля обладнання для медичних установ Черкаської області	5195,8	5195,8	100,0%

16.	Централізована закупівля медикаментів для хворих на вірусні гепатити В і С	3941,8	3319,1	84,2%
17.	"Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року"	53647,7	37137,7	69,2%
	<i>у т.ч. у розрізі заходів:</i>			
17.1	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гіпофізарний нанізм"	1421,0	1337,8	94,1%
17.2	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічні вірусні гепатити"	212,0	262,0	123,6%
17.3	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на церебральний параліч"	135,0	270,6	200,5%
17.4	"Централізована закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію"	1008,5	144,7	14,3%
17.5	"Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на гемофілію"	4873,0	1599,4	32,8%
17.6	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму"	373,9	430,1	115,0%
17.7	"Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на муковісцидоз"	1449,2	699,5	48,3%
17.8	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на мукополісахаридоз"	36766,1	29767,1	81,0%
17.9	"Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на резистентну форму ювенільного ревматоїдного артриту"	3736,2	557,9	14,9%
17.10	"Централізована закупівля реактивів для проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз"	1365,7	665,4	48,7%
17.11	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на орфанні метаболічні захворювання"	2136,7	1347,5	63,1%
17.10	"Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на первинні (вроджені) імунодефіцити"	170,4	55,6	32,6%
	РАЗОМ :	185516,2	110966,3	59,8%
	<i>у т.ч. лікарські засоби та вироби медичного призначення</i>	180320,4	105770,5	58,7%
	<i>у т.ч. медичне обладнання та автотранспорт</i>	5195,8	5195,8	100,0%

ПРИДБАННЯ

лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та автотранспорту за рахунок коштів Державного і місцевих бюджетів та інших джерел фінансування у 2017 році

тис. грн.

№ з/п	Найменування програм та заходів	Державний бюджет	Місцевий бюджет	Інші джерела	Всього
1.	Загальнодержавна програма імунізацій та захисту населення від інфекційних хвороб	6406,0	940,6	0,0	7346,6
2.	Державна цільова соціальна програма "Трансплантація"	1058,7	519,3	0,0	1578,0
3.	Загальнодержавна цільова соціальна програма "Протидія захворюванню на туберкульоз" у 2012 – 2016 роках	5025,1	11243,6	9203,3	25472,0
3.1	у т. ч. медикаменти	5025,1	3191,3	9203,3	17419,7
3.2	у т.ч. забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами	0,0	8052,3	0,0	8052,3
4.	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки	15772,1	1316,8	18337,3	35426,2
5.	Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року	10579,0	3435,0	0,0	14014,0
6.	Державна програма "Дитяча онкологія"	9348,1	0,0	0,0	9348,1
7.	Заходи з розвитку донорства крові та її компонентів	2896,0	1021,2	0,0	3917,2
8.	Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації"	1906,3	5168,4	0,0	7074,7
9.	Централізовані заходи з лікування хворих на гемофілію	3012,0	0,0	0,0	3012,0
10.	Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань	5243,0	2948,1	0,0	8191,1
11.	Централізована закупівля медикаментів для громадян, які страждають на легенеvu артеріальну гіпертензію	1290,0	0,0	0,0	1290,0
12.	Централізована закупівля ендопротезів	0,0	523,6	78,4	602,0
13.	Заходи щодо медикаментозного забезпечення хворих на розсіяний склероз	2301,3	0,0	0,0	2301,3
14.	Державна цільова програма "Цукровий діабет"	476,2	27346,5	52,6	27875,4
15.	Закупівля обладнання та автотранспорту для медичних установ Черкаської області	5195,8	121122,7	40916,3	167234,8
15.1	у т.ч. медичне обладнання	2697,8	99782,3	38471,0	140951,1
15.2	у т.ч. автотранспорт	2498,0	21340,4	2445,3	26283,7

16.	Централізована закупівля медикаментів для хворих на вірусні гепатити В, С	3319,1	0,0	0,0	3319,1
17.	"Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини"	37137,6	2993,3	0,0	40130,9
	<i>у т.ч. у розрізі заходів:</i>				
17.1	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на гіпофізарний нанізм"	1337,8	0,0	0,0	1337,8
17.2	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічні вірусні гепатити"	262,0	0,0	0,0	262,0
17.3	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на церебральний параліч"	270,6	0,0	0,0	270,6
17.4	"Централізована закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію"	144,7	1656,8	0,0	1801,5
17.5	"Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на гемофілію"	1599,4	0,0	0,0	1599,4
17.6	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму"	430,1	0,0	0,0	430,1
17.7	Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на муковісцидоз	699,5	381,5	0,0	1081,0
17.8	Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на мукополісахаридоз	29767,1	0,0	0,0	29767,1
17.9	Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на резистентну форму ювенільного ревматоїдного артриту	557,9	955,0	0,0	1512,9
17.10	"Централізована закупівля реактивів для проведення скринінгу новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз"	665,4	0,0	0,0	665,4
17.11	"Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на орфанні метаболічні захворювання"	1347,5	0,0	0,0	1347,5
17.12	"Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на первинні (вроджені) імунodefіцити"	55,6	0,0	0,0	55,6
	РАЗОМ :	110966,3	178579,1	168587,9	358133,3
	<i>у т.ч. лікарські засоби та вироби медичного призначення</i>	<i>105770,5</i>	<i>49404,1</i>	<i>27671,6</i>	<i>182846,2</i>
	<i>у т.ч. медичне обладнання</i>	<i>2697,8</i>	<i>99782,3</i>	<i>38471,0</i>	<i>140951,1</i>
	<i>у т.ч. автотранспорт</i>	<i>2498,0</i>	<i>21340,4</i>	<i>2445,3</i>	<i>26283,7</i>
	<i>у т.ч. забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами</i>	<i>0,0</i>	<i>8052,3</i>	<i>0,0</i>	<i>8052,3</i>

Автотранспорт

За 2017 рік закладами охорони здоров'я області всього було придбано 26 автомобілів на загальну суму 26 млн. 283,7 тис. грн., у тому числі: кошти Державного бюджету складають 2 млн. 498 тис. грн., кошти місцевих бюджетів - 21 млн. 340,4 тис. грн., інші джерела – 2 млн. 445,3 тис. грн., а саме:

➤ за рахунок коштів Державного бюджету придбано для Канівської ЦРЛ спеціалізований автомобіль швидкої медичної допомоги тип В на базі сертифікованого автомобіля Citroen Jumper вартістю 1 млн. 998 тис. грн.;

➤ за рахунок виключно коштів місцевих бюджетів придбано 19 автомобілів на загальну суму 21 млн. 256,4 тис. грн., з них:

- ✓ Золотоніський РЦПМСД (сmt. Золотоноша) – автомобіль ЗАЗ SenS вартістю 199,8 тис. грн.;
- ✓ Золотоніський РЦПМСД (с. Новодмитрівка) – автомобіль ЗАЗ SenS вартістю 199,8 тис. грн.;
- ✓ Шполянська ЦРЛ (м.Шпола) автомобіль меддопомоги Reno без нош вартістю 399,0 тис. грн.;
- ✓ Корсунь-Шевченківський ЦПСМД (Корсунь-Шевченківська АЗПСМ) - автомобіль UZ-DAEWOO модель Gentra вартістю 260 тис. грн.;
- ✓ Канівський ЦПМСД (Канівський ЦПМСД) - автомобіль Chevrolet Niva 2123 вартістю 396,4 тис. грн.;
- ✓ Канівська ЦРЛ - спеціалізований автомобіль швидкої допомоги тип В на базі сертифікованого автомобіля Citroen Jumper, вартістю 1 млн. 695 тис. грн.;
- ✓ Драбівська ЦПСМД (Білоусівська АЗПСМ) - автомобіль спеціалізований марки Автоснаб модель АСМЛ-02 VIN Y89 ACVL02H9D28009 вартістю 355,8 тис. грн.;
- ✓ Маньківська ЦРЛ - автомобіль ЗАЗ Forza, (спеціалізований медичний) вартістю 239,6 тис. грн.;
- ✓ Шполянський РЦПМСД автомобіль (спеціалізована медична допомога) модель АСМЛ-02 на базі LADA 21214/4*4, вартістю 345 тис. грн.;
- ✓ КНП "Друга ЧМЛВЛ" ЧМР (м. Черкаси) - легковий автомобіль Fiat Nuovo Doblo, 1015100001, вартістю 475,6 тис. грн.;
- ✓ КУ "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради"- легковий автомобіль JAC S2 Intelligent вартістю 318,9 тис. грн.;
- ✓ КУ "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради"- легковий автомобіль JAC S3 Intelligent вартістю 381,1 тис. грн.;
- ✓ КУ "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради" - 8 спеціалізованих автомобілів швидкої медичної допомоги тип В на базі сертифікованого автомобіля CITROEN JUMPER загальною вартістю 15 млн. 990,4 тис. грн.;

➤ за рахунок співфінансування (кошти державного, місцевих бюджетів та гуманітарної допомоги) придбано 2 автомобілі на загальну суму 760,9 тис. грн., з них:

- ✓ Уманський РЦПМСД (с. Юрківка) - ЗАЗ Sens вартістю 256,9 тис. грн. (80,0 тис. грн. – кошти місцевого бюджету та 176,9 тис. грн. – гуманітарна допомога);
- ✓ Кам'янська ЦРЛ - автомобіль спеціалізованої медичної допомоги марки "АВТОСНАБ" модель АСМТ-11 на базі CITROEN BERLINGO вартістю 504,0 тис. грн. (500,0 тис. грн. – кошти Державного бюджету та 4 тис. грн. – кошти місцевого бюджету);

➤ за рахунок інших джерел – 4 автомобілі на загальну суму 2 млн 268,4 тис. грн., з них:

- ✓ Шполянська ЦРЛ - автомобіль екстреної меддопомоги Ford Transit вартістю 1 млн. 355,9 тис. грн.;
- ✓ Черкаський РЦПСМД (амбулаторія с. Червона Слобода) - спеціалізована меддопомога типу В, автомобіль легковий Ravon R4 вартістю 242,0 тис. грн.;
- ✓ Черкаський РЦПСМД (амбулаторія с. Хацьки) - спеціалізована меддопомога типу В легковий Ravon centra вартістю 273,0 тис. грн.;
- ✓ КЗ "ЧОЛ Черкаської обласної ради" - автомобіль Skoda Rapid, вартістю 397,5 тис. грн.

Інформатизація галузі

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій спрямовані на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки на сучасний рівень.

В останні роки досягнуто суттєвих результатів у побудові інформаційного простору сфери охорони здоров'я України.

Одним із результатів є створення в 2017 році Міністерством охорони здоров'я системи eHealth, яка має вивести українську медицину на новий рівень, ставлячи за мету переведення усіх медичних документів та процесів взаємодії з паперового формату в електронний, при цьому створюючи єдині реєстри закладів, лікарів, пацієнтів, ліків тощо.

Електронна система охорони здоров'я eHealth – це система, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям – надавати якісні медичні послуги. А ще – дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти і запобігати зловживанням.

Це – складна система, яка буде поступово впроваджуватися протягом кількох років. Спочатку вона охопить первинну ланку медицини – сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. Пацієнти укладатимуть декларації із обраними лікарями, і лікарі реєструватимуть ці декларації в системі. Таким чином, держава зможе оплачувати лікарю за кожного пацієнта, а пацієнт отримає гарантовані

державою безкоштовні медичні послуги. Так система eHealth допоможе реалізувати принцип “гроші ходять за пацієнтом”.

Система eHealth складається з державного центрального компоненту та зовнішнього приватного компоненту.

Центральний державний компонент є точкою об’єднання медичних інформаційних систем і є невидимим для кінцевих користувачів - лікарів, пацієнтів, управлінців.

Зовнішній компонент представлений програмними рішеннями - приватними медичними інформаційними системами (МІС), що приєдналися до системи eHealth. Саме через них кінцеві користувачі співпрацюватимуть з системою eHealth.

Медична інформаційна система або МІС - це інформаційно-телекомунікаційна система, яка є частиною електронної системи охорони здоров’я та забезпечує реєстрацію користувачів, автоматичне розміщення, отримання і передання інформації і документів щодо надання медичних послуг, користування сервісами з автоматичним обміном інформацією, доступ до якого здійснюється за допомогою мережі Інтернет через прикладний програмний інтерфейс

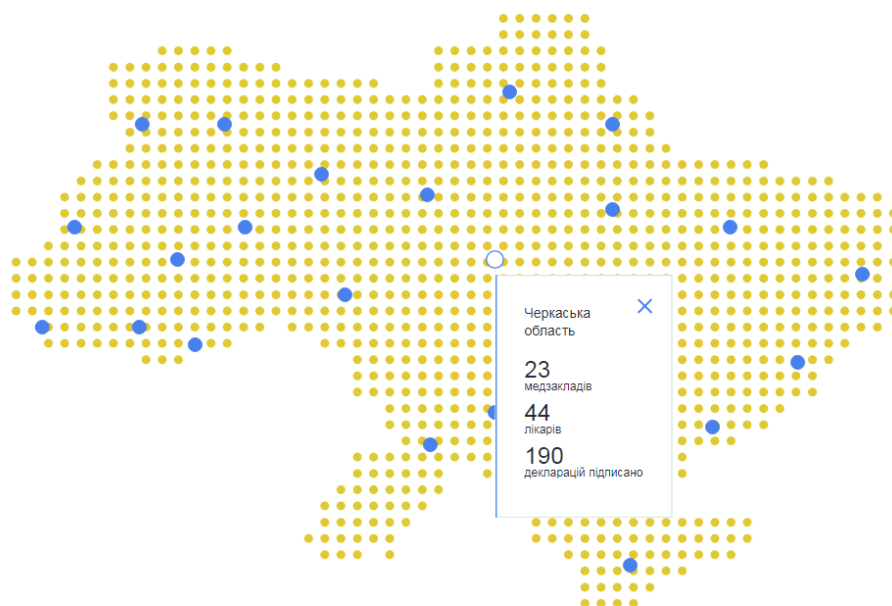
Всі приватні інформаційні системи, що приєдналися до системи eHealth, представлені на сайті системи. Перед тим, як потрапити до цього переліку, що вони пройшли перевірку на відповідність технічним вимогам та правилам безпеки, співпрацюють з центральним компонентом, та безкоштовно надають гарантований пакет електронних сервісів.

Згідно з регламентом функціонування системи МІС гарантовано надає всім користувачам безкоштовні, однаково якісні та безпечні сервіси перелічені в регламенті.

Наразі це:

- реєстрація надавачів медичних послуг усіх форм власності
- реєстрація співробітників надавачів медичних послуг усіх форм власності (керівника, бухгалтера, відділу кадрів, лікарів первинної ланки, працівників реєстрації та інших помічників лікарів)
- створення та підписання декларацій про вибір лікаря між пацієнтами та лікарями

Користувачам потрібно лише обрати, яке з представлених програмних рішень МІС видається їм найбільш зручним чи більше подобається, гарантований пакет електронних сервісів - однаковий та безкоштовний.



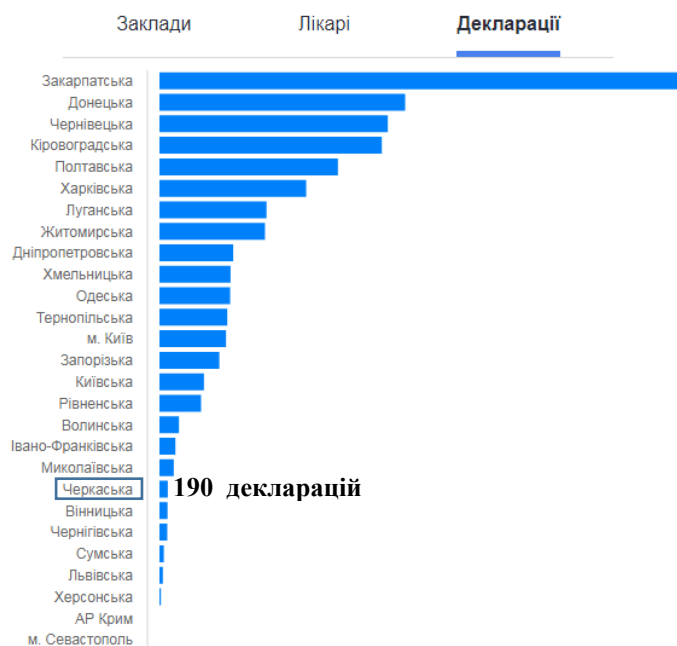
За останніми даними в системі eHealth по Черкаській області зареєстровано **23** медичні заклади, **44** лікарів та укладено **190** декларацій з пацієнтами. З такими досягненнями Черкаська область займає останні місця в рейтингу.

Лідером є Закарпатська область в якій зареєстровано в системі **17** медичних закладів, **127** лікарів та підписано **12 246** декларацій.

Динаміка реєстрації декларацій

Кількість по регіонах





Головними причинами гальмування процесу інформатизації в Черкаській області є:

- недостатня кількість сучасної комп'ютерної техніки в ЛПЗ області – станом на 01.01.2018 загальна кількість комп'ютерів в області нараховує близько 2600 одиниць, з яких майже 40% з строком експлуатації більше 10 років;
- відсутність ліцензійного програмного забезпечення в ЛПЗ;
- низька швидкість Інтернету, а в деяких місцевостях взагалі відсутнє покриття

З метою розвитку інформатизації сфери охорони здоров'я та організації системи реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами охорони здоров'я на основі інформаційних і телекомунікаційних технологій рішенням обласної ради від 16.10.2015 № 43-19/VI ухвалено обласну програму інформатизації сфери охорони здоров'я Черкаської області на 2015-2020 роки (далі – Програма).

Далі надана характеристика впровадження програми по окремих закладах охорони здоров'я області, які активно діють в межах розвитку сучасних комунікаційних технологій.

Черкаський обласний кардіологічний центр

На виконання Програми в Черкаському обласному кардіологічному центрі (далі – ЧОКЦ) та комунальній установі «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради» (далі – КУ"ОЦЕМД та МК ЧОР") було впроваджено медичну інформаційну систему «Доктор Елекс». Впровадження включало налаштування, адаптацію Програмного забезпечення на 39 робочих місцях (35 –ЧОКЦ та 4 –

КУ "ОЦЕМД та МК ЧОР") та навчання працівників роботі з Програмним забезпеченням.

В 2016 році придбано серверне обладнання для ЧОКЦ, який обслуговує кабінети закладу та кардіологічні кабінети діагностично-консультативного центру КЗ "Черкаська обласна лікарня ЧОР". В 2017 році розширено можливості МІС та в клініко-діагностичній лабораторії ЧОКЦ було підключено до комп'ютерів та до медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» біохімічні та інші аналізатори.

Медична інформаційна система «Доктор Елекс» забезпечує автоматизацію роботи медичних закладів незалежно від їх розмірів і профілю, безпосередньо взаємодіє з сучасним діагностичним обладнанням, і є зручним механізмом управління роботою установи.

Центральним елементом системи є інформаційний супровід лікарських оглядів з застосуванням інноваційного способу введення, зберігання і аналізу медичних документів. Уся інформація про пацієнта зберігається у його електронній медичній карті.

Черкаська обласна лікарня

В Черкаській обласній лікарні придбано серверне обладнання (сервер Dell PowerEdge T430 A4/210-ADLR), серверне ліцензійне програмне забезпечення, комп'ютерні комплекси та 125 ліцензій МІС «Доктор Елекс». З них 25 ліцензій встановлено в Черкаському обласному перинатальному центрі та йде робота з налаштуванням програми Електронної карти пацієнта (далі - ЕКП). Наразі проводиться навчання персоналу по роботі з програмним забезпеченням. В подальшому заплановано впровадити 100 ліцензій МІС в обласній лікарні, включаючи діагностично-консультативний центр КЗ "Черкаська обласна лікарня ЧОР" на 14 модулів та модернізувати локальну мережу закладу.

м.Черкаси

На даний час в 6 закладах охорони здоров'я м. Черкаси впроваджено електронну карту пацієнта:

1. КНП «Перший Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».
2. КНП «Другий Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».
3. КНП «Третій Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».
4. КНП «Четвертий Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».
5. КНП «П'ятий Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».
6. КЗ «Черкаська міська дитяча лікарня» Черкаської міської ради.

Виробником програмного забезпечення є ТОВ «АІТ Україна Лтд» – програмний продукт ЕМСІМЕД (315 ліцензій). Серверне обладнання встановлено у двох міських ЦПМСД:

Назва закладу	Коротка характеристика серверного обладнання
КНП «Перший ЧМЦПМСД»	Сервер Supermicro SYS-7048R- VMW Tower 4U
КНП «Другий ЧМЦПМСД»	Сервер Supermicro SY S-7048R-C1 Tower 4U

Стан забезпечення комп'ютерним обладнанням ЛПЗ м.Черкаси: в наявності 1038 комп'ютерних комплексів, та потреба ще в 551. Всі працівники, які працюють в системі «Електронна лікарня» (780 медпрацівників) пройшли навчання. В подальшому, працівники, які будуть працевлаштовуватися проходять навчання на робочому місці.

м.Золотоноша

- В м. Золотоноша та Золотоніському районі проводиться робота щодо інформатизації лікувального процесу. В Золотоніській ЦРЛ проводиться інформатизація відповідно до плану.

В цілому для закладів охорони здоров'я Золотоніського району було закуплено 40 робочих комп'ютерних місць. Встановлено програму МІС «Доктор Елекс» на 22 робочих місця. Також встановлено два інфомата "Поліклініка без черг" за кошти районного бюджету в розмірі 210 тис. грн.

В терапевтичному відділенні Золотоніської ЦРЛ, реєстратурі поліклінічного відділення, кабінетах поліклінічного відділення ЦРЛ та стаціонарі пройшли тестові випробування системи електронної лікарні. Здійснено навчання медичних працівників основам роботи з програмою електронної картки пацієнта.

По сільській мережі закуплені комп'ютери для кожної сільської амбулаторії комунального закладу "Золотоніський районний центр первинної медико-санітарної допомоги" Золотоніського району, проведено підключення до локальної мережі Коробівської, Бубновослобідської та Пальмирської амбулаторій.

По місту закуплені комп'ютери для всіх амбулаторій комунального закладу "Золотоніський міський центр первинної медико-санітарної допомоги" Золотоніської міської ради та підключені до локальної мережі дві амбулаторії закладу.

В цілому по району станом на початок 2018 року впроваджено ліцензій ЕКП:

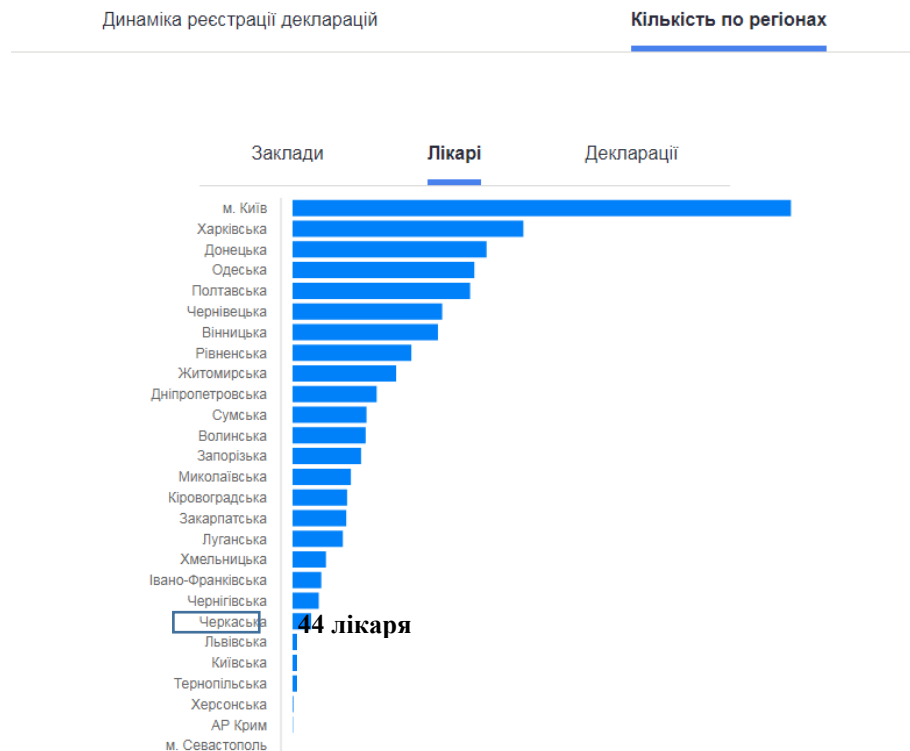
- в ЦРЛ на 42 робочих місцях;
- в Золотоніському міському центрі ПМСД – 3 робочих місця в амбулаторіях;
- в Золотоніському районному центрі ПМСД – 4 робочих місця;
- в амбулаторіях с. Пальміра – 2 робочих місця, с. Коробівка – 1 робоче місце, с. Бубнівська Слобідка – 1 робоче місце.

м.Умань.

В Уманській ЦРЛ придбано серверне обладнання та ліцензійне програмне забезпечення відповідно, комп'ютерні комплекси та 30 ліцензій МІС «Доктор Елекс», з них встановлено та налаштовано – 15 робочих місць в ЦРЛ та 6 робочих місць в Уманському районному центрі ПМСД.

В Черкаському обласному навчально-тренувальному центрі підвищення кваліфікації лікарів встановлено 10 ліцензій МІС «Доктор Елекс» та 1 серверна ліцензія МІС (безкоштовно на 1 рік) для проходження навчання медичного персоналу по роботі з МІС.

Також, в Черкаській медичній академії встановлено ліцензій МІС «Доктор Елекс» на 30 робочих місць та 1 серверна ліцензія (безкоштовно на 1 рік) для навчання студентів академії та медичних фахівців області.



Фахівці КЗ «Черкаський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» ЧОР пройшли навчання адміністраторів МІС на базі Черкаського державного технологічного університету та отримали відповідні сертифікати.

Наведені приклади впровадження новітніх технологій в закладах охорони здоров'я області свідчать про нерозуміння спільнотою необхідності належного рівня забезпеченості установ технікою і ліцензійними програмними продуктами в сучасних умовах реформування галузі саме тепер і саме зараз. Практично програма інформатизації області під загрозою зриву.

Матеріально-технічна база

Будівництво та реконструкція

У 2017 році на зазначені цілі було виділено та освоєно 4 млн. 84,2 тис. грн – кошти місцевих бюджетів (бюджет розвитку обласного бюджету, субвенції з інших бюджетів).

Впродовж 2017 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:

- обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради по вул. Корольова, 15 в м. Черкаси – будівництво *(виготовлення проектно-кошторисної документації та отримання експертного звіту)* – 571,6 тис. грн.;
- технічне переоснащення перинатального центру КЗ "Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради" (м. Черкаси);
- реконструкція з влаштуванням гідроізоляції очисних споруд стаціонару Шполянської ЦРЛ – 970,4 тис. грн.;
- реконструкція будівлі приймального відділення з підвалом (літ S-I) під корпус № 2 Черкаського обласного кардіологічного центру (м. Черкаси) – 1 млн. 388,2 тис. грн.;
- реконструкція систем каналізаційних мереж Золотоніської ЦРЛ – 299,99 тис. грн.;
- будівництво споруд для очищення стічних вод інфекційного відділення Жашківської ЦРЛ – 854,03 тис. грн.

Проведення капітальних і поточних ремонтів

У 2017 році на проведення капітальних і поточних ремонтів закладів охорони здоров'я області було виділено і освоєно 78 млн. 498,58 тис. грн., з них:

- ✓ обласні медичні установи – 16 млн. 32,19 тис. грн.,
 - ✓ міські медичні установи (крім центрів ПМСД) - 18 млн. 377,95 тис. грн.,
 - ✓ центральні районні лікарні та первинна ланка – 29 млн. 34,99 тис. грн.
- (у т.ч.: 27 млн. 650,89 тис. грн. – ЦРЛ та 1 млн. 384,11 тис. грн. – відокремлені структурні підрозділи первинного рівня),
- ✓ районна лікарня – 489,0 тис. грн.,
 - ✓ центри ПМСД – 14 млн. 564,45 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, субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на соціально-економічний розвиток територій.

Підготовка закладів охорони здоров'я області до роботи в осінньо-зимовий період 2017-2018 років

З метою забезпечення належної роботи впродовж зимового періоду 2017-2018 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 12.05.2017 № 248 і наказу Управління

охорони здоров'я облдержадміністрації від 10.05.2017 № 309 "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 15.10.2017 року заклади охорони здоров'я області були готові до роботи в осінньо-зимовому періоді на 100% та розпочали опалювальний сезон 2017-2018 року в період з 04.10 по 25.10.2017 року. Вчасно не розпочали опалювальний період лише 1 обласна установа (проводилася заміна газового котла) та 5 установ міста Сміла, які опалюються централізовано.

При потребі 1200 тонн вугілля, 148,5т брикету, дров і палет – 5 366,0м3 для сталого проходження опалювального періоду на початку осінньо-зимового періоду було заготовлено 85 відсотків від потреби.

Всього на підготовку до роботи в осінньо-зимовому періоді 2017-2018 років установами охорони здоров'я області було використано 31 млн. 900 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 2017 році закладами охорони здоров'я області освоєно 28 млн. 810 тис. грн., у тому числі:

- ✓ ремонт котелень – 187,9 тис. грн.;
- ✓ заміна котлів – 773,0 тис. грн.;
- ✓ заміна дерев'яних віконних та дверних блоків на металопластикові – 11 млн. 264 тис. 300 грн.;
- ✓ ремонт покрівель – 2 млн. 571 тис. грн.;
- ✓ утеплення фасадів – 8 млн. 285 тис. грн.;
- ✓ ремонт інженерних мереж – 5 млн. 631 тис. грн.;
- ✓ заміна світильників – 97,5 тис. грн.

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 роботу, яка проводиться в закладах охорони здоров'я області, періодично мають місце випадки виробничого травматизму, пов'язаного з виробництвом.

Протягом 2017 року в установах охорони здоров'я області зареєстровано три нещасних випадки, пов'язаних з виробництвом, один із них – груповий, внаслідок дорожньо-транспортної пригоди з автомобілем швидкої медичної допомоги (1 груповий нещасний випадок в КУ "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ЧОР" – 3 потерпілих, 1 нещасний випадок з працівником КНП "Четвертий Черкаський міський ЦПМСД" ЧМР, 1 нещасний випадок з працівником КЗ "Черкаський міський пологовий будинок "Центр матері та дитини"). Всього потерпілих від нещасних випадків, які пов'язані з виробництвом – п'ять, загальна кількість календарних днів непрацездатності – 334, виплати установ за перші п'ять днів непрацездатності становлять 4 043,0 грн.

Дорожньо-транспортних пригод у 2017 році в закладах охорони здоров'я області сталося дві: 1 ДТП – порушення правил дорожнього руху (п.10.2 ПДР) водієм КЗ "Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради" та 1 ДТП з автомобілем швидкої медичної допомоги КУ "Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ЧОР", матеріальні збитки якої оцінюються в 24 190 грн.

Пожеж та загорань в закладах охорони здоров'я області впродовж 2017 року не зареєстровано.

Демографія

Постійне населення області за даними обласного статистичного управління станом на 01.01.2017 становило 1227578 осіб, з них 531610 осіб проживало в сільській місцевості (43,3%), а 695968 (56,7%) – у міських поселеннях.

Населення області, як і України, продовжує зменшуватися. За останні п'ять років воно скоротилося на 46,1 тис. осіб, а протягом минулого року – на 11,8 тис.

За попередніми даними обласного статистичного управління в області за 2017 рік народилося живими на 942 дитини менше, ніж у минулому році (9640 дітей народилося у 2017 році та 10582 – в 2016 році). Померло на

233 менше, ніж в 2016 році (20034 особи померло в 2017 році та 20267 – в 2016 році).

Показник народжуваності населення області за 2017 рік складає 7,9‰ (2016 рік – 8,6‰, Україна – 10,3‰), показник смертності – 16,3‰ (2016 рік – 16,4‰, Україна – 14,7‰).

Внаслідок перевищення смертності над народжуваністю (народжуваність компенсує смертність лише на 48%) показник природного приросту населення області за 2017 рік ще більше поглибився і становить -8,4‰ (2016 рік – -7,8‰, Україна – -4,4‰).



Черкаська область є однією із областей, де протягом багатьох років реєструються найгірші в країні демографічні показники (низькі показники народжуваності та високі показники смертності). За 2016 рік область займала 20 рангове місце серед областей України. В Україні можна відмітити регіони, де показники природного приросту протягом останніх років фіксуються позитивними числами: м.Київ (+2,0‰), Рівенська (+1,0‰) та Закарпатська (+0,5‰) 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 -14‰.

		Народжуваність (‰)	Смертність (‰)	Природний приріст (‰)
1	Чорнобаївський	7,7	21,7	-14,0
2	Чигиринський	8,7	22,2	-13,5
3	Смілянський	8,2	21,4	-13,2
4	Драбівський	6,3	19,1	-12,8
5	Тальнівський	7,1	19,9	-12,8
6	Лисянський	6,5	19,2	-12,7
7	К-Шевченківський	6,8	19,1	-12,3
Середні показники	по містах області	7,7	12,0	-4,3
	по районах області	8,0	18,9	-10,9
	в цілому по області	7,9	16,3	-8,4
	по Україні 2016 рік	10,3	14,7	-4,4

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			
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
2017	14,8	56,3	28,9
Сільська місцевість			
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
2017	14,7	53,8	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
2016	72,07	67,23	76,69	71,68	66,73	76,46

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 (5%), хвороби органів травлення (4%) та органів дихання (3%). Черговість причин смерті по області в основному відповідає структурі смертності по Україні.

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



У 2017 році цей показник дещо зменшився та складає 8,0 на 1000 народжених живими (78 померлих дітей віком до 1 року) проти 8,4 (89 померлих дітей) в 2016 році (Україна – 7,4 на 1000 народжених живими).

Загальний аналіз тенденцій захворюваності населення

За 2017 рік в амбулаторно-поліклінічних установах області зареєстровано 2193349 випадків захворювань, в т.ч. 792141 вперше виявлені, що складає 36,1 % від усіх зареєстрованих (2016р. – 37,0%).

Загальна **захворюваність населення** області в деяких вікових категоріях зберігає тенденцію до подальшого зниження, а у населення старше працездатного віку та у підлітків показники у звітному році дещо вищі попереднього.



У 2017 році **показник загальної захворюваності** всього населення становить 17867,3 на 10 тис. всього населення (2016р. – 18335,2) (Україна – 17269,3). Відмічається зниження показника на 2,55%.

Показник первинної захворюваності за 2017р. становить 6452,9 на 10 тис. всього населення (2016р. – 6792,7) (Україна – 6424,2), показник знизився на 5,0%.

Структура перших п'яти місць загальної захворюваності всього населення у 2017р. не змінилась: перше рангове місце стало займати хвороби системи кровообігу, друге – хвороби органів дихання, третє - хвороби органів травлення.

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					
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всього	2272352	2193349	18335,2	17867,3	100%	100%		
Хв. системи кровообігу	689796	671525	5565,9	5470,3	30,36	30,6	1	1
Хв. органів дихання	436907	397053	3525,3	3234,4	19,23	18,1	2	2
Хв. органів травлення	223874	214639	1806,4	1748,5	9,85	9,8	3	3
Хв. кістково-м'язової с-ми	151348	143448	1221,2	1168,5	6,66	6,5	4	4
Хв. сечостатевої с-ми	123037	122509	992,8	998,0	5,41	5,6	5	5

Структура первинної захворюваності всього населення в порівнянні з 2016 роком не змінилась.

Перше рангове місце, як і в минулому році, посідають хвороби органів дихання, на другому – травми та отруєння, хвороби сечостатевої системи на третьому місці, на четвертому місці залишаються хвороби ока та його придаткового апарату, п'яте місце зайняли хвороби шкіри та підшкірної клітковини, а хвороби системи кровообігу перемістилися з п'ятого на шосте 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					
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всього	841848	792141	6792,7	6452,9	100%	100%		
Хв. органів дихання	376775	338467	3040,1	2757,2	44,76	42,7	1	1
Травми та отруєння	62765	61448	506,4	500,6	7,46	7,8	2	2
Хв. сечостатевої с-ми	55672	55172	449,2	449,4	6,61	7,0	3	3
Хв. ока та його придаткового апарату	51117	50507	412,5	411,4	6,07	6,4	4	4
Хв. шкіри та підшкірної клітковини	48560	49698	391,8	404,8	5,77	6,3	6	5

Серед усіх регіонів України в 2016 році область займала 14 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 22 місце по хворобах системи кровообігу, 16 - органів дихання, 13 - органів травлення, починаючи з найбільших рівнів показників.

Загальна захворюваність дорослого населення має тенденцію до зниження (2017р. – 17595,8 на 10 тис. дорослого населення, 2016р. – 18026,5) – зниження показника на 2,39% (Україна – 17159,9).

Зниження показників загальної захворюваності дорослого населення відмічається по всіх класах хвороб, крім класів „Хвороби сечостатевої системи”, „Хвороби ока та його придаткового апарату”, „Новоутворення” та „Психічні розлади”, де відмічається незначний ріст.

У структурі загальної захворюваності дорослого населення змін не відбулося.

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					
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всього	1866280	1802664	18026,5	17595,8	100%	100%		
Хв. системи кровообігу	680478	662632	6572,8	6468,0	36,46	36,8	1	1
Хв. органів дихання	221721	194222	2141,6	1895,8	11,88	10,8	2	2
Хв. органів травлення	199104	190645	1923,2	1860,9	10,67	10,6	3	3
Хв. кістково-м'язової с-ми	134453	127748	1298,7	1247,0	7,20	7,1	4	4
Хв. сечостатевої с-ми	112951	112942	1091,0	1102,4	6,05	6,3	5	5

Показники захворюваності такими соціальнозначущими нозологічними формами, як цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, цереброваскулярні хвороби та інші знаходяться під увагою і моніторингом.

Загальна захворюваність дорослого населення цукровим діабетом зберігає тенденцію до зростання - з 470,0 на 10 тис. дорослого населення у 2016р. до 473,8 у 2017р.(ріст показника на 0,8%).

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 47,3%, ішемічну хворобу серця – 36,8%, цереброваскулярні хвороби – 9,2% .

Хоч показник загальної захворюваності ХСК дещо знизився, зріс рівень захворюваності дорослого населення інфарктом міокарду (показник захворюваності дорослого населення 15,6 у 2016р., 16,0 у 2017р.) та інсультами (показник захворюваності дорослого населення 37,0 у 2016р., 38,0 у 2017р.).

Рівень захворюваності всіма формами активного туберкульозу за 2017р. складає 50,3 на 100 тис. всього населення проти 52,8 за минулий рік.

Вперше зареєстровано хворих на злоякісні новоутворення 4861 особа або 39,6 на 10 тис. населення (2016р. – 4879 осіб – 39,4 на 10 тис. населення).

Епідемічна ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції в області напружена.

Станом на 01.01.2018р. під диспансерним наглядом в медичних установах області знаходилось 3710 ВІЛ-інфікованих осіб або 302,2 на 100 тис. населення (2016р. – 3510 осіб або 283,2 на 100 тис. населення).

Хворих на СНІД під диспансерним наглядом перебуває 1206 осіб – 98,2 на 100 тис. населення (2016р. – 1119 осіб – 90,3 на 100тис. населення).

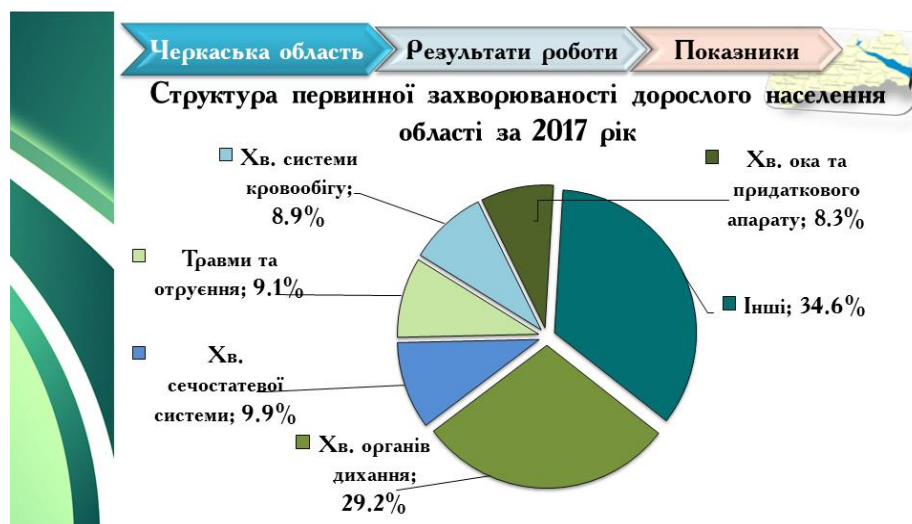
Стан захворюваності населення області соціальнозначущими хворобами – онкопатологію, туберкульоз та ВІЛ/СНІД – викладено та проведено детальний аналіз ситуації у відповідних розділах.

Показник первинної захворюваності дорослого населення знизився з 5116,2 у 2016р. до 4822,4 на 10 тис. дорослого населення у 2017р. – зниження показника на 5,7%.

Рангові місця в структурі первинної захворюваності дорослого населення змінилися – як і в минулому році, перше місце займають хвороби органів дихання, друге – хвороби сечостатевої системи, а травми та отруєння перемістилися на третє місце з четвертого, яке в 2017р. зайняли хвороби системи кровообігу.

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					
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всього	529684	494049	5116,2	4822,4	100%	100%		
Хв. органів дихання	169744	144210	1639,6	1407,6	32,05	29,2	1	1
Хв. сечостатевої с-ми	49233	49127	475,5	479,5	9,29	9,9	2	2
Травми та отруєння	46712	44718	451,2	436,5	8,80	9,1	4	3
Хвороби системи кровообігу	46589	43827	450,0	427,8	8,82	8,9	3	4
Хв. ока та придатк. апарату	41623	41040	402,0	400,6	7,86	8,3	5	5



Показник загальної захворюваності серед дітей віком 0-17 років зріс і становить 19236,6 проти 19901,8 на 10 тис. відповідного населення у 2016 році (Україна – 17771,6). зниження показника на 3,3%.

Первинна захворюваність дітей 0-17 років знизилась на 4,1%, в основному за рахунок хвороб органів дихання.

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 МОЗ України від 27 жовтня 2014 року №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 та наказу МОЗ України від 29.06.2017 №731, які включають в себе додатковий список „орфанних” захворювань.

Амбулаторно-поліклінічна служба

Амбулаторна допомога населенню області надається 252 медичними установами/підрозділами ЛПУ з них:

	2013	2014	2015	2016	2017
Кількість амбулаторно-поліклінічних установ/підрозділів	213	224	231	238	252
• амбулаторно-поліклінічні установи, об'єднані зі стаціонаром	60	46	47	40	39
• амбулаторно-поліклінічні установи, необ'єднані зі стаціонаром	153	178	184	198	213
- міські поліклініки (Астра, м. Сміла дор, дит)	8	8	8	8	3
- стоматологічні поліклініки	5	5	5	5	5
- обл. поліклінічні установи (центр СНІД, план сім'ї)	2	2	2	2	2
- ЦПМСД	1	13	13	18	28
- лікарські амбулаторії в т.ч.	137	150	156	165	175
ВСП ЦРЛ, МЛ	129	42	47	37	23
ВСП ЦПМСД	8	106	107	127	151
юр. особа ОТГ	-	-	-	1	1

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

Кількість лікарських відвідувань в області за 2017 рік зменшилась на 404704 або -3,5% і становить 11201734, в т.ч. на 64565 зменшилась і кількість відвідувань на дому (-7,6%). Ці зміни відповідають загальним тенденціям по Україні за останні роки.

Тенденції кількості лікарських відвідувань

	Разом			в т.ч.					
				на амбулаторно-поліклінічному прийомі			вдома		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Загальна кількість відвідувань абс.	11683843	11606438	11201734	10838380	10752180	10412041	845463	854258	789693
Кількість відвідувань на 100 жителів всього по області	939,4	941,0	916,6	871,4	871,7	851,9	68,0	69,2	64,6
по містах	954,3	946,8	879,3	862,4	852,2	795,2	91,9	94,7	84,1
по районах	829,3	835,5	838,6	775,6	781,4	785,7	53,7	54,1	52,8

Аналіз кількості відвідувань на 100 жителів вказує на значні коливання показників по регіонах: від найвищих значень: в м. Сміла (1138,0 на 100 жителів), Монастирищенському (1016,3), Христинівському (1025,0) районах та м. Ватутіне (984,4), м. Умань (931,1), до найнижчих: Тальнівський район (616,7), Жашківський (718,1), Уманський (693,7), Звенигородський (728,7), Лисянський (752,5), Драбівський (760,4).

Загальний розподіл основних видів амбулаторних відвідувань по типах установ

	2015		2016		2017	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього амбулаторних відвідувань в т.ч.:	10838380	100%	10752180	100%	10412044	100%
- відвідування самостійних поліклінік	3463457	32,0%	3333151	31,0%	1696461	16,3%
- стоматологічні відвідування	1326090	12,2%	1302162	12,1%	1306313	12,5%
- консультативні відвідування обласних установ	664274	6,1%	669223	6,2%	664416	6,4%
- відвідування поліклінічних підрозділів ЦРЛ	3803267	35,1%	3578838	33,3%	3481573	33,4%
- відвідування ЦПМСД	1581292	14,6%	1868806	17,4%	3263281	31,4%

Кількість амбулаторних відвідувань (без стоматологічних) зменшилась на 361364. Тенденції до зменшення всіх видів відвідувань на 1 зайняту посаду лікаря поліклініки визначено по 27 спеціальностям, в тому числі таких поширених, як:

	2015		2016		2017	
	абс.	на 1 зайн. посаду лікаря п-ки	абс.	на 1 зайн. посаду лікаря п-ки	абс.	на 1 зайн. посаду лікаря п-ки
терапевти	873759	4666	820994	4632	772018	4462
лікарі ЗПСМ	1991321	4177	2081450	4138	2020344	4146
хірурги	504781	7981	493949	8032	446174	7594
акушер-гінекологи	611650	4448	598181	4319	579225	4413
педіатри	939353	3495	925975	3561	888296	3637
невропатологи	523929	6200	507994	6030	499908	6191

Зменшення відбувалось як за рахунок демографічних змін, так і зменшення зайнятих посад лікарів.

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

	2014	2015	2016	2017
сімейних лікарів	20,5%	21,6%	22,6%	26,2%
педіатрів	10,7%	10,2%	10,1%	11,1%
терапевтів	9,4%	9,5%	8,9%	8,9%
акушер-гінекологів	6,9%	6,6%	6,5%	6,0%
неврологів	6,1%	5,7%	5,5%	5,2%
отоларингологів	6,0%	5,7%	5,7%	5,1%
хірургів	5,4%	5,5%	5,4%	4,7%
офтальмологів	4,8%	4,9%	4,9%	4,5%
дерматологів	4,6%	4,3%	4,4%	4,1%
ортопедо-травматологів	4,3%	4,3%	4,2%	3,8%

Кількість відвідувань на 1 зайняту посаду лікаря поліклініки (амбулаторні, госпрозрахункові та відвідування на дому разом):

	2015			2016			2017		
	Всього	по місту	району	Всього	по місту	по району	Всього	по місту	району
• абс. кількість відвідувань	11683843	4322878	6558244	11606438	4268243	6539027	11201734	3927932	6502727
- к-сть зайнятих лікарських посад (бюджет+г/р)	2649,75	1032,5	1282,5	2660,75	1088,75	1335,25	2614,25	1069,75	1309,5
- к-сть відвідувань на 1 зайняту посаду	4409,41	4186,81	5113,64	4362,09	3920,32	4897,23	4284,87	3671,82	4965,81
• абс. к-сть відвідувань без стоматологічних	10357753	3876703	5778666	10304276	3844065	5759319	9895421	3508008	5718926
- к-сть зайнятих посад (без стомат. профілю, бюджету + г/р)	2185,0	846,25	1044,25	2236,75	901,0	1092,0	2147,25	883,25	1069,5
- к-сть відвідувань на 1 зайняту посаду	4740,39	4581,04	5533,80	4606,81	4266,44	5274,10	4608,42	3971,70	5347,29

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

за спеціальністю «терапія»	- Тальнівський р-н	– 1518,0
	- Канівський р-н	– 3123,2
	- Катеринопільський р-н	– 3528,0
	- Чигиринський р-н	– 3697,4
	- Шполянський р-н	– 3968,2
за спеціальністю «педіатрія»	- м. Черкаси	– 2785,8
	- Кам'янський р-н	– 3059,1
	- м. Умань	– 3093,9
	- Чигиринський р-н	– 4064,6
за спеціальністю «акушерство і гінекологія»	- Лисянський р-н	– 2029,5
	- Канівський р-н	– 3397,3
	- м. Черкаси	– 3483,4
	- м. Умань	– 3692,1
	- Кам'янський р-н	– 4421,5

Кількість лікарських відвідувань на дому зменшилась по 18 територіях. Коливання чисельності має значну розбіжність, більшість в межах зрозумілих причин. Однак показники по Уманському району (–8704 або 32,6% від даних попереднього року), м. Черкаси (–40535 або 14,4%), Маньківському району

(–1026 або 12,2%), м. Умань (–1255 або 11,4%) потребують з'ясування причин на місцях.

Низький рівень показників відвідувань на дому в Тальнівському (16,2 на 100 жителів), Маньківському (27,0), Жашківському (29,0), Кам'янському (33,5), Катеринопільському (36,8), Смілянському (36,9), Лисянському (38,3) Чорнобаївському (40,0) та інших районах.

Структура поліклінічних відвідувань в цілому по області

	2015		2016		2017	
	Абс. число відвідувань	% до загального числа	Абс. число відвідувань	% до загального числа	Абс. число відвідувань	% до загального числа
Поліклінічні відвідування	10838380	100%	10752180	100%	10412044	100%
- з приводу захворювань	7041686	65,0%	6980222	64,9%	6779882	65,1%
- профогляди	3396565	31,3%	3365937	31,3%	3242894	31,2%
- денні стаціонари амбулаторно-поліклінічних установ	400129	3,7%	406021	5,8%	389268	3,7%
Відвідування на дому	845463	100%	854258	100%	789693	100%
- виклики з приводу захворювань	352562	41,7%	338547	39,6%	339123	42,9%
- активні відвідування	239969	28,4%	231811	27,1%	216195	27,5%
- патронаж	58855	7,0%	54731	6,4%	41296	5,2%
- стаціонари на дому	194077	22,9%	211139	24,7%	193079	24,4%

В загальній кількості амбулаторних лікарських відвідувань більшість або 74,5%, складають відвідування дорослого населення старше 18 років, серед відвідувань вдома – 71,2%.

Доволі значна частина (понад третина відвідувань) припадає на профілактичні огляди.

Відсоток оглянутих по основних контингентах залишається доволі високим, проте охоплення жінок онкоскринінгом щорічно зменшується .

Категорії населення	2015		2016		2017	
	Підлягал о огляду	% огляду	Підлягал о огляду	% огляду	Підлягал о огляду	% огляду
Діти 0-17 р. вкл.	205696	99,59%	203762	99,93%	202093	99,93%
з них підлітки 15-17р. вкл.	35851	99,8%	34451	99,8%	33503	99,7%
Ветерани війни та особи прирівняні за пільгами	38151	100%	37956	98,5%	35353	98,5%
К-сть населення, яке підлягає періодичним оглядам	159640	98,0%	146056	98,4%	150806	98,1%
в т.ч. сільських жителів	77864	97,4%	73807	98,1%	76852	98,3%
К-сть жінок (18 р. і ст.), які оглянуті профілактично всього	379258	65,7%	371018	64,8%	335686	59,3%
в т.ч. з цитологічним дослідженням (абс. – % від оглянутих)	370268	97,6%	356671	96,1%	324762	96,7%

Нижче обласного показника відсоток оглянутих жінок в Христинівському (43,1%), Чигиринському (45,2%), Лисянському (47,2%), Золотоніському (47,7%) та ін. районах.

Відсоток цитологічних досліджень з числа оглянутих по 14 територіях до 100%. Нижчі показники по Жашківському (75,6%), Лисянському (85,3%),

Уманському (86,3%), Монастирищенському (91,8%), Городищенському (93,8%) районах, м. Черкаси (95,3%) та ін.



Кількість оперативних втручань в поліклінічних умовах зменшилась в 2017р. на 3,4% і становить 573,2 на 10 тис. населення проти 593,1 у 2016 році (Україна 2016р. – 480,8).



Основна кількість втручань припадає на операції на шкірі і підшкірній клітковині 36188 – 51,4% (2016р. – 50,8%) та сечостатевої системі 9657 – 13,7% (2016р. – 13,3%).

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

Найвищі показники			Нижчі від усереднених		
	2016	2017		2016	2017
Черкаський р-н	626,6	695,6	Тальнівський р-н	256,5	278,2
Монастирищенський р-н	634,8	690,7	Жашківський р-н	335,8	302,5
Драбівський р-н	565,5	640,9	м. Ватутіне	394,2	375,8
Кам'янський р-н	589,5	626,8	Уманський р-н	321,3	377,4
м. Умань	488,7	611,3	К-Шевченківський р-н	362,8	384,6
Золотоніський р-н	710,3	594,4	Смілянський р-н	434,5	406,0
Городищенський р-н	677,5	592,5	Звенигородський р-н	489,2	416,0
Чигиринський р-н	595,2	586,3	Христинівський р-н	488,0	500,4
м. Черкаси	652,5	570,6	Катеринопільський р-н	577,2	505,1
м. Сміла	638,4	569,1	Лисянський р-н	592,8	519,2
По містах	609,6	570,6			
По районах	539,6	524,6			
По області	593,1	573,2			



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



Ліжка денного стаціонару функціонують в 242 (2016р. – 222) амбулаторно-поліклінічних установах/підрозділах. За 2017 рік кількість ліжок денного перебування збільшилась на 35 і становить 2623 одиниці або 21,6 на 10 тис. населення (2016р. – 2588 ліжок або 21,1 на 10 тис. населення).

В умовах денного стаціонару за 2017 рік проліковано 107262 хворих, що на 927 осіб менше, ніж у 2016 році.

Денні стаціонари

	2015		2016		2017	
	Абс.	На 10 тис. населення	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	242	2,0
Кількість ліжок всього	2531	20,4	2588	21,1	2623	21,6
по містах	639	14,1	689	15,3	719	16,2
по районах	1811	23,0	1824	23,4	1829	23,7
Проліковано хворих всього	105330	846,9	108189	877,1	107262	877,6
по містах	33698	743,9	35222	781,4	35116	786,1
по районах	70479	891,2	72084	921,0	71242	918,7
Стаціонари вдома						
Кількість установ	205	1,6	211	1,7	214	1,8
Проліковано хворих всього	89698	721,2	86151	698,5	84675	692,8
по містах	32352	714,2	32963	731,2	31037	694,8
по районах	57346	725,2	53188	679,6	53638	691,7

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.

Серед районів недопрацьовують ліжка денного перебування в м.Сміла (проліковано 550,9 на 10 тис. населення), м.Умань (758,3), Христинівському (729,6), Золотоніському (749,2), Маньківському (767,3), Уманському (771,4), Лисянському (775,8) районах.

Відмічається тенденція щодо зменшення організації стаціонарів вдома. Так, за 2017 рік отримали лікування вдома 84675 хворих (692,8 на 10 тис. населення), 2016р. – 86151 або 698,5.

Недостатньо призначається лікування в стаціонарах вдома хворим в ЛПЗ м. Ватутіне (275,5), Звенигородському (482,0), Жашківському (483,8), м.Сміла (509,6), Золотоніському (530,5) районах.

Амбулаторно-поліклінічна допомога, як найбільш масовий вид медичної допомоги населенню на місцях, потребує на сучасному етапі становлення медичної галузі 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 31.12.2017 року кількість існуючих підрозділів ЗПСМ становить 200, що на 10 (5,3 %) більше, ніж на кінець 2016 року.

Підрозділи сімейної медицини функціонують у 32 закладах (юридичних особах), а саме: 28 центрах ПМСД, 3 ЦРЛ та одній амбулаторії ЗПСМ об'єднаної територіальної громади.

Впродовж 2017 року в області створено 10 нових ЦПМСД (м. Черкаси – 5, м. Сміла, Монастирищенському, Маньківському, Тальнівському та Катеринопільському районах).

Динамічно розширюється мережа амбулаторій, які працюють на засадах загальної практики – сімейної медицини, за рахунок реорганізації дільничних лікарень, лікарських амбулаторій та ФАПів (2015р. – 157; 2016р. – 176; 2017р. - 197 включно з базовими амбулаторіями ЦПМСД).

Протягом 2017 року в області реорганізовано 1 дільничну лікарню (Лисянський район) та 1 фельдшерсько-акушерський пункт (Монастирищенський район) у лікарські амбулаторії ЗПСМ з ліжками денного перебування хворих.



У закладах та структурних підрозділах ЗПСМ організовано 489 дільниць сімейних лікарів (2016р. - 482), у т.ч. 215 – у сільській місцевості (2016р. - 215).

За сімейним принципом на даний час обслуговується 77,7% (2016р. – 78,0%) населення області, у тому числі сільського – 81,3% (2016р. – 83,5%), з них: дітей – 34,9% (2016р. – 35,6%), у тому числі сільських – 61,0% (2016 р.- 60,9%).



В ЛПЗ області на засадах ЗПСМ працює 383 лікарі (2016р. - 398), у т. ч. в сільській місцевості – 154 (2016 р. - 158).

Кількість штатних посад лікарів ЗПСМ у 2017 році дещо збільшилась і становить 599,5 проти 598,0 у 2016 році (у сільській місцевості зменшилась - 280,25 проти 285,0 відповідно).



Показник забезпеченості лікарями ЗПСМ (фізичними особами) на 10 тис. населення становить 3,15 (2016р. – 3,24).

Дуже низький рівень показників забезпеченості населення лікарями ЗПСМ відмічається у Лисянському, Чернобаївському районах, м. Ватутіне та м. Сміла. Найкращі показники мають Христинівський і Шполянський райони.



За звітний період в області дещо погіршився показник укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів (2016р. – 66,56%; 2017р. – 63,89%), у тому числі серед населення сільської місцевості (2016р. – 55,44%; 2017р. – 54,95%).

Найнижчий відсоток укомплектованості штатних посад фізичними особами у закладах ЗПСМ Драбівського, Лисянського, Чернобаївського, Катеринопільського районів та м. Ватутіне; найвищий - Монастирищенського, Кам'янського районів та м. Черкаси.

Середня кількість прикріпленого населення на 1 штатну посаду лікаря ЗПСМ по області становить 1577 осіб (2016 р. – 1601), у т.ч. навантаження на сімейного лікаря у сільській місцевості – 1543 особи (2016 р. - 1557), у міській місцевості – 1606 осіб (2016 р. - 1642).

Кількість штатних посад медичних сестер ЗПСМ збільшилась до 870,25 (2016р. - 770,5), фізичних осіб - до 775 (2016 р. – 694). Забезпеченість фізичними

особами медичних сестер ЗПСМ становить 6,4 на 10 тис. населення (2016 р. - 5,7). Укомплектованість штатних посад медичних сестер ЗПСМ фізичними особами складає 89,05% (2016р. – 90,07%).

На кінець 2017 року відсоток атестованих лікарів ЗПСМ складає 70,0% від загальної кількості (2016р. – 67,4%), зокрема на вищу категорію – 22,2% (2016 р. – 19,6%), першу – 66,0% (2016 р. – 68,4 %), другу – 11,8% (2016 р. – 12,0%).

Питома вага атестованих медичних сестер ЗПСМ у звітному періоді становить 83,2% (2016 р. – 88,9%).

У своїй роботі лікарі ЗПСМ активно використовують 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 2017 року становить 1567 (2015р. – 1435, 2016р. – 1501).

Забезпеченість населення ліжками денного стаціонару досягла показника 12,9 на 10 тис. населення проти 12,2 у 2016 р.

Впродовж 2017 року в денних стаціонарах ЗПСМ проліковано 65032 хворих (2016р. - 61725), в стаціонарах вдома - 68466 хворих (2016 р. - 68332).

Водночас, на первинному рівні недостатньо приділяється уваги попередженню та своєчасному виявленню захворювань у населення. Так, в області у структурі відвідувань лікарів ЗПСМ частка візитів пацієнтів з профілактичною метою залишається низькою (2016 р. – 15,7%; 2017 р. – 15,6%), а в м. Черкаси та Чигиринському районі даний показник не перевищує 10%.

Із загальної кількості пацієнтів, які звернулися до сімейних лікарів з приводу захворювання 43,6% осіб (2016р. - 41,6%) закінчили лікування на даному етапі, 3,8% (2016 р. - 4,0%) - направлені сімейними лікарями на консультацію до вузьких спеціалістів і 3,0% (2016р. - 2,8%) - 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 01.01.2018р. рівень оснащеності амбулаторій та центрів ПМСД відповідно до діючого табелю матеріально-технічного оснащення становить: до 30% - 42 амбулаторії (20,7% від загальної кількості), до 50% - 79 (38,9%), до 70% - 61 (30,1%), до 90% - 21 (10,3%). Повного (100%) оснащення не має жодна амбулаторія.

На кінець звітної періоду у лікарських амбулаторіях нараховується 188 автомобілів, що складає 32,0% від потреби, (у тому числі 167 автомобілів в амбулаторіях центрів ПМСД, що складає 32,1% від потреби); відповідно до вимог табеля матеріально-технічного оснащення необхідно додатково придбати ще 399 автомобілів (у т.ч. 354 автомобілі для амбулаторій центрів ПМСД).

Має місце деяке покращення забезпечення оргтехнікою та комп'ютерами, під'єднаними до мережі Інтернет. Так, станом на 31.12.2017 р. всього по області на робочих місцях лікарів первинної ланки встановлено 205 (2016 р. - 144) персональних комп'ютерів, що складає 35,7% (2016 р. – 22,9%) від потреби; доступ до Інтернету мають – 154 (75,1%), 2016 р. - 111 (77,1%).

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

Створення центрів ПМСД у Городищенському, Кам'янському та Лисянському районах.

Укомплектування необхідної кількості посад лікарів ЗПСМ у закладах охорони здоров'я, особливо тих, що розташовані у сільській місцевості.

Оснащення центрів ПМСД та їх підрозділів відповідно до вимог табеля матеріально-технічного оснащення.

Виконання заходів МОЗ України з питань впровадження реформи первинної ланки (реорганізація закладів первинної медичної допомоги у комунальні некомерційні підприємства, комп'ютеризація робочих місць лікарів, підключення до електронної системи охорони здоров'я, укладання договорів з Національною службою здоров'я України тощо).

Забезпечити виконання вимог Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII.

Стационарна допомога

На 31.12.2017р. в області функціонувало 46 лікарняних установ на 9625 ліжок (2016р. – 47 –9732 ліжка), в т.ч.

Тип закладів	К-сть установ			К-сть ліжок			% до загального ліжкового фонду		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
- міські лікарні	12	10	10	2122	1950	1910	20,7	20,0	19,8
- дитячі лікарні	2	2	2	190	185	185	1,8	1,9	1,9
- інфекційна лікарня	1	1	1	100	100	100	1,0	1,0	1,0
- пологові будинки	2	2	2	285	275	275	2,8	2,8	2,8
- психлікарня	1	1	1	775	725	725	7,6	7,4	7,5
- обласний госпіталь ВВ	1	1	1	250	250	250	2,4	2,6	2,6
- обласна лікарня	1	1	1	860	860	860	8,4	8,8	8,9
- обласна дитяча лікарня	1	1	1	320	320	320	3,1	3,3	3,3
- диспансери	6	6	6	1340	1340	1390	13,1	13,8	14,4
- ЦРЛ	20	20	20	3874	3665	3558	37,8	37,7	37,0
- РЛ	1	1	1	55	52	52	0,5	0,5	0,5
- ДЛ	6	1	0	72	10	-	0,7	0,1	-

Протягом 2017 року в області скорочено:

- 40 ліжок в м. Сміла МЛ ім. Т.Шевченка;
- 107 ліжок в центральних районних лікарнях;
- 10 ліжок в дільничній лікарні с.Виноград Лисянського району.

Крім того, в структурі комунального закладу «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради створено центр паліативної допомоги, в якому на кінець року додатково розгорнуто 50 ліжок.

27.01.2017р. введено в дію Черкаський обласний перинатальний центр на базі комунального закладу «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради». В центрі розгорнуто 100 ліжок. Кількість ліжок лікарні (860) не змінилась.

В підсумку кількість ліжок в цілому по області скорочено на 107 одиниць або 1,1% ліжкового фонду (2016р. – 511 – 5%).

Продовжується активна робота по впорядкуванню мережі установ, в т.ч. госпітальної бази до нових, встановлених Кабінетом Міністрів, нормативів. Розроблені чіткі поетапні плани для кожного регіону.

Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення в розрізі міст/районів в порівнянні з нормативними показниками

№ п/п		Абсолютні числа			Фактично скорочено за 2017	На 10 тис. населення			Нормативна кількість ліжок 44,0 міста/райони 60,0 по області Н		Підлягає скороченню в 2018р.
		2015*	2016*	2017*		2015	2016	2017	2017	2018	
1.	м. Черкаси	1520	1520	1520		54,0	54,3	55,0	1243	1227	-293
2.	м.Сміла	$\frac{550}{335+115+100}$	$\frac{470}{300+70+100}$	$\frac{430}{300+70+60}$	-40	81,4	69,2	64,0	303	300	-130
3.	м.Умань	505	440	440		59,3	52,0	52,9	376	369	-71
4.	м.Ватутіне	92	80	80		52,9	46,6	47,0	76	76	-4
Разом		2667	2510	2470	-40	59,0	55,8	55,7	1998	1972	-498
1.	Городищенськ.	211	201	201		51,9	50,2	50,7	177	175	-26
2.	Драбівський	180	172	172		50,8	49,2	49,8	153	151	-21
3.	Жашківський	165	165	155	-10	44,5	45,2	42,6	161	160	+5
4.	Звенигородськ.	237	216	216		53,3	49,0	49,5	194	192	-24
5.	Золотоніський	354	319	319		50,1	45,6	46,0	308	306	-13
6.	К-Шевченківськ.	240	210	170	-40	55,5	49,2	40,4	187	185	+15
7.	Канівський	206	194	194		46,3	44,2	44,6	193	190	-4
8.	Кам'янський	140	123	120	-3	50,9	45,3	44,7	119	118	-2
9.	Катеринопільськ.	122	107	107		50,1	44,4	44,8	105	105	-2
10.	Лисянський	121	121	121		50,9	51,6	52,3	103	101	-20
11.	Маньківський	141	131	131		50,7	47,8	48,3	120	119	-12
12.	Монастирищен.	190	186	169	-17	52,4	51,8	47,3	158	157	-12
13.	Смілянський	190	170	170		58,5	53,3	52,8	139	141	-29
14.	Тальнівський	167	167	150	-17	48,6	49,4	45,0	148	146	-4
15.	Уманський	220	205	205		51,3	48,3	47,6	187	189	-16
16.	Христинівський	$\frac{210}{180+30}$	180	160	-20	59,5	51,2	46,1	153	152	-8
17.	Черкаський	337	334	324	-10	44,9	44,8	43,6	331	330	+6
18.	Чорнобаївський	220	181	181		53,4	44,6	44,6	178	178	-3
19.	Чигиринський	140	120	120		52,1	45,3	45,4	116	116	-4
20.	Шполянський	240	225	225		55,2	52,5	53,2	189	186	-39
Разом по районах:		4031	3727	3610	-117	51,2	47,9	46,7	3419	3397	-213
	Обл. лікарня	860	860	860							
	Обл.дит. лікарня	320	320	320							
	Обл.псих.лікарня	775	725	725							
	Обл. госпіталь	250	250	250							
	Обл. онко д-р	430	430	480	+50						
	Обл.кардіоцентр	110	110	110							
	Обл. псих. д-р	160	160	160							
	Обл. туб. д-р	480	480	480							
	Облшкір-венд-р	60	60	60							
	Обл. нарко д-р	100	100	100							
	Обл. лік.устан	3545	3495	3545	+50				1970	1953	-1592
Всього УОЗ		10243	9732	9625	-107	82,6	79,3	79,1	7387	7322	-2303

*СМСЧ та ЗЛ включено в дані з 2015 року



Забезпеченість ліжками становить 79,1 на 10 тис. населення.

	2015		2016		2017	
	Абс.	На 10 тис. нас.	Абс.	На 10 тис. нас.	Абс.	На 10 тис. нас.
К-сть ліжок УОЗ ОДА	10243	82,6	9732	79,3	9625	79,1



Протягом 2017 року в стаціонари області госпіталізовано 293 817 хворих (2016р. – 306894), в т.ч. 117 963 – 40,1% сільських жителів (2016р. – 40,3%).

В області залишається необґрунтовано високим рівень госпіталізації населення – 24,0 на 100 жителів, в т. ч. по містах – 19,3, по районах – 17,0 (2016р. відповідно – 24,9 – 20,4 – 18,1) (Україна 2016р. – 20,2).

В 2016р. показник госпіталізації хворих в Україні склав 20,2 на 100 жителів. Коливання показника від 17,52 в Донецькій області до 26,7 в Чернігівській області. Черкаська область з показником 24,9 знаходилась на другому місці, починаючи з найбільшого.

Число пролікованих в стаціонарних умовах на 100 жителів значно перевищує як і раніше середньорайонний показник у Смілянському (23,1), Уманському (19,7), Звенигородському (19,0), Лисянському (18,8), Жашківському та Шполянському (18,3), Тальнівському (18,2), Кам'янському (18,0) районах. Названі райони мали високі показники госпіталізації і в минулі роки. По м. Сміла відсоток госпіталізованих становить 20,1 (2016р. – 23,8) на 100 жителів при 19,2

по м. Черкаси (2016р. – 19,9). 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, осучаснення поглядів на забезпеченість населення стаціонарозамінними видами медичної допомоги на всіх рівнях.



Показник госпіталізації сільських жителів коливається від 11,8 в Чигиринському до 19,1 в Лисянському районах при середньорайонному показнику 15,4, тобто до ЦРЛ госпіталізуються, в основному, хворі районних центрів, що підтверджує можливість подальшого розширення стаціонарозамінних видів допомоги на місцях і можливість керованості процесом.

Використання наявного ліжкового ресурсу стаціонарних закладів області характеризується достатньою інтенсивністю, хоча в цьому питанні існують проблеми, пов'язані з явним надлишком ліжок: робота ліжка в цілому по області продовжує знижуватись і становить 330 (2015р. – 333) днів на рік, що нижче нормативного рівня (340) на 3,0%. Середнє перебування хворих в лікарнях останні два роки залишається на оптимальних термінах – 10,8 дня (2015р. – 11,1) (Україна 2016р. – 321 – 11,2).

Робота ліжка в розрізі міст/районів області складає:

В межах нормативу роботи	Понад норматив	Ліжко недопрацювало						
2016	2017	2016	2017	2016	2017			
Катеринопільський р-н	338	340	Смілянський р-н	345	368	Драбівський р-н	286	265
Монастирищенський р-н	322	340	Уманський р-н	364	364	Тальнівський р-н	314	296
м. Черкаси	352	342	Кам'янський р-н	340	352	Городищенський р-н	324	301
Христинівський р-н	330	342	Черкаський р-н	343	348	Канівський р-н	321	304
			Чигиринський р-н	322	346	м. Ватутіне	309	308
			Звенигородський р-н	363	344	К-Шевченківський р-н	277	308
						Золотоніський р-н	317	313
						Шполянський р-н	337	313
						м. Сміла	336	318
						Жашківський р-н	324	319
						Чорнобаївський р-н	333	333
						м. Умань	333	334
						Лисянський р-н	345	334
						Маньківський р-н	345	335

	2016	2017		2016	2017		2016	2017
Катеринопільський р-н	338	340	Смілянський р-н	345	368	Драбівський р-н	286	265
Монастирищенський р-н	322	340	Уманський р-н	364	364	Тальнівський р-н	314	296
м. Черкаси	352	342	Кам'янський р-н	340	352	Городищенський р-н	324	301
Христинівський р-н	330	342	Черкаський р-н	343	348	Канівський р-н	321	304
			Чигиринський р-н	322	346	м. Ватутіне	309	308
			Звенигородський р-н	363	344	К-Шевченківський р-н	277	308
						Золотоніський р-н	317	313
						Шполянський р-н	337	313
						м. Сміла	336	318
						Жашківський р-н	324	319
						Чорнобаївський р-н	333	333
						м. Умань	333	334
						Лисянський р-н	345	334
						Маньківський р-н	345	335

В стаціонарах області протягом року померло 3649 (2016р. – 3695) хворих, в т.ч. 3565 дорослих та 84 дитини віком 0-17 років (2016р. – 3601 та 94 відповідно).

Показник лікарняної летальності залишається нижчим, ніж по Україні.

	2015	2016	2017
Летальність в стаціонарах області	1,11%	1,19%	1,23%
Україна	1,24%	1,27%	

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 лікарнях з перевантаженням на 10% і більше працювали такі ліжка, як:

Терапевтичні		Урологічні д/дор.	
Смілянський р-н	432	Черкаський р-н	401
Кам'янський р-н	395	Уманський р-н	393
Чигиринський р-н	385	Золотоніський р-н	368
Звенигородський р-н	380	Канівський р-н	357
Христинівський р-н	368	м. Умань	354
м. Черкаси	361	Травматологічні д/дор.	
Уманський р-н	359	Кам'янський р-н	401
Черкаський р-н	350	м. Черкаси	392
Педіатричні		Уманський р-н	384
м. Умань	399	Черкаський р-н	365
Уманський р-н	376	Гінекологічні д/дор.	
Маньківський р-н	359	Черкаський р-н	380
Монастирищенський р-н	352	Чорнобаївський р-н	372
Кардіологічні		Уманський р-н	368
Шполянський р-н	511	Монастирищенський р-н	363
Звенигородський р-н	366	Смілянський р-н	361
м. Черкаси	352	Христинівський р-н	359
м. Сміла	352	м. Сміла	359
Хірургічні д/дор.		м. Умань	352
Уманський р-н	461	Кам'янський р-н	350
Звенигородський р-н	379	Маньківський р-н	350
Канівський р-н	373	Неврологічні д/дор.	
Черкаський р-н	356	Смілянський р-н	491
Отоларингологічні д/дор.		К-Шевченківський р-н	380
К-Шевченківський р-н	402	м. Ватутіне	376
м. Сміла	378	Христинівський р-н	374
Смілянський р-н	371	Золотоніський р-н	374
Золотоніський р-н	365	Звенигородський р-н	368
м. Умань	365	Маньківський р-н	368
Жашківський р-н	364	Уманський р-н	366
м. Черкаси	363	м. Черкаси	358
Маньківський р-н	357	Чорнобаївський р-н	357
		Чигиринський р-н	356

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

Терапевтичні		Травматологічні д/дор.	
м. Умань	299	м. Ватутіне	300
Тальнівський р-н	285	Христинівський р-н	293
Драбівський р-н	281	Тальнівський р-н	290
Шполянський р-н	261	Маньківський р-н	281
К-Шевченківський р-н	250	Драбівський р-н	226
Канівський р-н	246	Урологічні д/дор.	
Інфекційні д/дор.		К-Шевченківський р-н	252
Шполянський р-н	294	Городищенський р-н	218
Кам'янський р-н	290	м. Сміла	215
м. Ватутіне	281	Для вагітних та роділь	
м. Умань	280	Шполянський р-н	289
Маньківський р-н	280	Черкаський р-н	284
Драбівський р-н	234	Монастирищенський р-н	271
Уманський р-н	228	Жашківський р-н	257
К-Шевченківський р-н	227	Канівський р-н	252
Городищенський р-н	221	К-Шевченківський р-н	244
м. Сміла	214	м. Умань	236
Золотоніський р-н	202	Городищенський р-н	206
Тальнівський р-н	197	Христинівський р-н	186
Жашківський р-н	163	Драбівський р-н	179
Інфекційні для дітей		Звенигородський р-н	177
Монастирищенський р-н	289	м. Черкаси	171
Черкаський р-н	288	Чигиринський р-н	153
м. Черкаси	287	Золотоніський р-н	151
Христинівський р-н	285	Маньківський р-н	117
Драбівський р-н	284	Гінекологічні д/дор.	
Канівський р-н	241	Жашківський р-н	309
Городищенський р-н	214	Лисянський р-н	304
м. Ватутіне	211	Городищенський р-н	287
Кам'янський р-н	201	Драбівський р-н	257
Жашківський р-н	198	Неврологічні д/дор.	
Чорнобаївський р-н	179	Катеринопільський р-н	299
Смілянський р-н	136	Городищенський р-н	287
Тальнівський р-н	103	Отоларингологічні д/дор.	
Шполянський р-н	99	Шполянський р-н	297
Хірургічні д/дор.		м. Ватутіне	293
К-Шевченківський р-н	316	Уманський р-н	193
Тальнівський р-н	308	Педіатричні соматичні	
Чигиринський р-н	305	Смілянський р-н	299
Золотоніський р-н	301	Кам'янський р-н	298
Городищенський р-н	292	Шполянський р-н	289
м. Ватутіне	263	Жашківський р-н	280
Шполянський р-н	261	Канівський р-н	265
		Золотоніський р-н	225
		Драбівський р-н	222
		м. Ватутіне	222

Серед всіх виписаних хворих 81,1% складають дорослі (237067) і 18,9% – діти 0-17р. вкл. (51600). В 2016р. – 81,1% та 18,9% відповідно. Тобто вікова структура пролікованих хворих в стаціонарах області без змін.

В загальній кількості дітей – 15,2% або 7872 становили діти до 1 року(2016р. – 16,6%).

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

Дорослі віком 18р. і старші

Діти віком 0-17р. включно

№ п/п	Класи захворювань	2016	2017	Класи захворювань	2016	2017
	Всього виписано в т.ч.	24408	237067	Всього виписано в т.ч.	56886	51600
1.	хв. системи кровообігу	58775-24,0%	58332-24,6%	хв.органів дихання	28340-49,8%	23866-46,2%
2.	хв. органів травлення	23170-9,5%	23233-9,8%	хв. органів травлення	5906-10,4%	5584-10,8%
3.	хв. сечостатевої системи	24005-9,8%	22965-9,7%	травми, отруєння та ін.	3158-5,6%	3124-6,1%
4.	вагітність, пологи післяпологовий період	21854-8,9%	20502-8,6%	інфекційні хвороби	2523-4,4%	2920-5,6%
5.	травми, отруєння та ін.	19106-7,8%	18462-7,78%	хв. нервової системи	2601-4,6%	2564-5,0%
6.	новоутворення	17968-7,3%	18420-7,77%	хв. сечостатевої системи	2140-3,8%	2075-4,0%
7.	хв. кістково- м'язової системи	16066-6,6%	16021-6,8%	хв. ока та придат- кового апарату	1922-3,4%	1850-3,6%

В класі хвороб системи кровообігу у дорослих 46,8% складає ішемічна хвороба серця і 28% – цереброваскулярна патологія (2016р. – 46,5% та 29,0% відповідно).

З загальної кількості зареєстрованих по області інфарктів міокарду госпіталізовано 95,1% хворих проти 95,36% в минулому році. Рівень госпіталізації інсультів дещо знизився і становить 95,5 % (2016р. – 96,76%).

В стаціонарних умовах прооперовано 60682 (2016р. – 61785) хворих. Загальна кількість втручань становить 67538 (2016р. – 66437) або 550,2 (2016р. – 536,1) на 10 тис. населення. Зростання показника незначне – на +2,6%.



З загального числа втручань проведено 20186 або 29,9% операцій в міських лікарнях, 24472 або 36,2% в центральних районних лікарнях, 22880 або 33,9% в обласних установах.

Кількість втручань по міських лікарнях незначно збільшилась (+100 втручань), по обласних установах +1222 або на +5,6%. Обсяги роботи ЦРЛ знизились по 11 територіях.

При оцінці якості надання медичної допомоги стаціонарних відділень звертає увагу збільшення відсотка повторної госпіталізації хворих з приводу одного і того ж діагнозу в термін до 30 діб: 2016р. – 1048, 2017р. – 1216 (за виключенням DS, де повторна госпіталізація передбачена протоколами лікування). Значно більший відсоток повторно госпіталізованих в 2017 році в:

	2016р. абс. % від госпіталізованих	2017р. абс. % від госпіталізованих
Лисянському р-ні	62-1,38%	79-1,8%
Христинівському р-ні	77-1,25%	88-1,5%
Черкаському р-ні	115-0,98%	151-1,36%
Золотоніському р-ні	95-0,79%	100-0,87%
Жашківському р-ні	54-0,77%	50-0,75%
Чигиринському р-ні	21-0,50%	28-0,68%
В цілому по області	1048-0,34%	1216-0,41%

Протягом року в приймальних відділеннях лікарень прийнято 46805 амбулаторних хворих, що на 32% більше попереднього звітного періоду (2016р. – 35390). Чисельність поліклінічного прийому хворих в приймальних відділеннях лікарень зростає.

З загальної кількості прийнятих амбулаторних хворих:

	2014		2015		2016		2017	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
дорослі	10262	60,0%	19715	74,2%	27049	76,4%	36802	78,6%
діти 0-17р.	6806	40,0%	6849	25,8%	8341	23,6%	10003	21,4%
Всього	17098	100%	26564	100%	35390	100%	46805	100%
на 100 жителів	1,4		2,1		2,9		3,8	

В розрізі територій на 100 жителів лікарями приймальних відділень прийнято:

	2016р.	2017р.
м. Умань	1,8	10,42
Канівський р-н	4,9	5,83
м. Черкаси	4,7	5,81
Золотоніський р-н	5,4	5,52
Монастирищенський р-н	5,6	5,22
Уманський р-н	5,9	4,92
Христинівський р-н	2,2	4,67
Обл. показник	2,9	3,83

Аналіз стану медичного обслуговування населення по територіях свідчить про недостатню наступність в роботі стаціонарів і поліклінічних підрозділів, недоліки в організації амбулаторної допомоги.

Виходячи з наведеного аналізу, у лікарняних установах існують застарілі проблемні питання, над якими потрібно планово працювати – це і мережа закладів, і ресурсне забезпечення, і обсяги діяльності, в т.ч. проблеми якісного поза-лікарняного обстеження хворих, якість надання медичної допомоги.

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

Терапевтична служба

Одна з найбільших в медичній галузі - це терапевтична служба. Від її якісної роботи залежить більшість показників, які в 2017р. носять позитивний характер, про що свідчить виконання моделі кінцевих результатів > 0,95 більшістю районів та міст області, окрім Смілянського – 0,7, Маньківського – 0,87, Уманського і Канівського районів – 0,90, м. Ватутіне – 0,92, м. Умань – 0,92, Кам'янського – 0,92, Чигиринського району - 0,93.

В першу чергу треба зупинитись на кадровій проблемі, яка загострюється з кожним роком, особливо протягом останніх 10 років поспіль на рівні первинної медико-санітарної допомоги (далі ПМСД). Це питання як ніколи на сьогодні стоїть гостро – притоку молоді за останні роки не відбувається, а більшість терапевтів в районах - це люди старше 45 років, біля 75% з них пенсійного й передпенсійного віку.

Число зайнятих посад на ПМСД фізичними особами складає 65%, в 2016р. – 64%. А якщо взяти такий показник, як забезпеченість фізичними особами ПМСД на 10 тис. дорослого населення, який в області склав 4,2 (в 2016р. – 3,2), то в таких районах, як мм. Ватутіне – 1,7, Сміла – 1,9, Лисянський – 1,7, Чорнобаївський – 2,2, Чигиринський і Жашківський райони - 3,0, ЦПМСД №3 м. Черкаси – 3,2. В зв'язку з цим зростає навантаженість кількістю населення на дільницю - по області 2097, в 10 районах вона вища, особливо в Драбівському – 2329,

Черкаському - 3389, Уманському - 2914, Христинівському районі – 2658, м. Ватутіне - 2145.

Впродовж багатьох років не укомплектовані посади в лікарських амбулаторіях: м. Ватутіне – 6, ЦПМСД №3 м.Черкаси, Тальнівського району і м.Сміла – по 5, ЦПМСД №4 м.Черкаси, К-Шевченківського, Черкаського, Канівського і Драбівського районів – по 4. В зв'язку з відсутністю терапевтів в багатьох із цих амбулаторій відсутні ЕКГ- апарати: в Драбівському – 5, Смілянському і Тальнівському – по 2. В усіх амбулаторіях відсутні дефібрилятори.

В більшості амбулаторій відсутні лабораторні підрозділи, найбільше в Монастирищенському – 5, Драбівському – 4, Смілянському і Чигиринському – по 3, Чернобайвському, Катеринопільському, Тальнівському, Звенигородському районі – по 1.

В третині районів виділені 0,25- 0,5 посади кардіолога, в більшості з них ці посади не зайняті.

В 7 районах не зайняті посади лікарів з функціональної діагностики.

Головним напрямком та завданням діяльності терапевтичної служби в сучасних умовах є розвиток позастаціонарних видів допомоги (денних стаціонарів, стаціонарів вдома), що могло б заощадити мізерні бюджетні кошти, але в реальному житті і ця робота проводиться мляво через протест громадськості, медичних працівників і ментальності населення та наявності значної кількості стаціонарних ліжок (ще 145 з них знаходиться в дільничних лікарнях під виглядом філіалів терапевтичних відділень ЦРЛ). Так, наприклад, при середньому показнику стаціонарів вдома по області 183 (в 2016р. – 152) в багатьох районах показник нижчий, особливо в Золотоніському – 132, Кам'янському – 125, Чигиринському – 131, Городищенському – 152, Монастирищенському – 156, м. Сміла – 172; м. Черкаси (ЦПМСД №5 – 119, ЦПМСД №1 - 141) на 1 терапевта, що веде прийом.

Недопрацьовують в цьому відношенні і денні стаціонари в деяких ЛПУ. При середньому по області показнику пролікованих на 10тис. дорослого населення – 845, менше проліковано в Шполянському районі – 344, м. Умань – 565, м. Сміла – 652, Звенигородському районі – 697, м. Черкаси (ЦПМСД №4 – 727), Монастирищенському районі – 773.

В області розгорнуто 1394 терапевтичних ліжка (2016р. – 1417), з них – 145 ліжок в колишніх ДЛ та 30 – в колишніх РЛ, що свідчить про скорочення ліжок при переведенні їх в філії терапевтичних відділень ЦРЛ, але через відсутність нормальної матеріальної та діагностичної бази вони і далі продовжують виконувати роль соціальних ліжок.

Незважаючи на скорочення терапевтичних ліжок, яке в області продовжується протягом тривалого часу, забезпеченість терапевтичними ліжками на 10 тис. дорослого населення в багатьох районах і містах залишається вище обласного показника 14,6 (2016р. – 13,5) в м.м. Черкаси – 20,0, Сміла –19,3, Христинівському – 17,7, Лисянському і Маньківському – 18,1, Монастирищенському – 18, Драбівському і Смілянському – 16,8, Кам'янському – 15,1, Черкаському районі – 15,8.

При середній зайнятості ліжка по області 340, в деяких з цих районів терапевтичне ліжко було перевантажене, особливо у Смілянському – 437, Кам'янському – 404, Чигиринському – 387, Звенигородському районах – 375, а також м. Черкаси – 350, що свідчить про високий рівень госпіталізації населення і недопрацювання стаціонарозамінних форм. Проте у таких районах, як у Драбівському – 281, Канівському – 245, Шполянському – 314, Тальнівському районах – 285, м. Умань – 324, ліжка не спрацювали. Середня зайнятість терапевтичного ліжка по області – 9,6 (2016р. - 9,4), більше 10,0 в м. Черкаси – 11,2, в Чигиринському - 11,5, Черкаському – 10,7, Золотоніському – 10,0, Городищенському – 10,8, а найбільше в Монастирищенському районі – 12,5.

Кадрова проблема звичайно вплинула на якісні показники роботи, так кількість диспансерних хворих на 1 терапевта, що веде прийом, в області 1567, значно менша ця цифра в м. Черкаси (ЦПМСД №2 – 1109, ЦПМСД №5-1301), Христинівському, Лисянському, Тальнівському – 1200, Канівському – 917, Маньківському взагалі – 865.

Кадрова проблема вплинула також і на своєчасність виявлення онкологічних захворювань, особливо візуальних форм, в тому числі запущених випадків легеневої та шлунково-кишкової онкопатології.

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

Загальна захворюваність в цілому по класу ХСК зменшилась до 6468,0 на 10 тис. дорослого населення (2016р. – 6572,8; Україна – 6376,7).

Захворюваність на інфаркт міокарда в 2017 році дещо збільшилась і становить 16,0 на 10 тис. дорослого населення (2016р. – 15,6; Україна – 12,0), серед осіб працездатного віку – 6,1 на 10 тис. працездатного населення (2016р. – 5,3; Україна – 5,1).

Захворюваність на інсульт складає 3888 випадків (2016р. - 3832), показник на 10 тис. дорослого населення – 38,0 (2016р. – 37,0; Україна – 27,9), у т.ч. захворюваність інсультами на тлі ГХ – 14,4 на 10 тис. дорослого населення (2016р. – 16,7, Україна – 16,8), що нижче минулорічного показника.

Впродовж звітної періоду кількість спеціалізованих ліжок в області не змінилась і складає: кардіологічних – 434 (2016р. – 434), кардіохірургічних – 25. Забезпеченість кардіологічними ліжками становить – 3,6 (2016р. – 3,5) на 10 тис. дорослого населення, кардіохірургічними – 0,20 (2016р. – 0,24).

Кількість штатних посад лікарів-кардіологів залишилась майже на рівні минулого року – 97,0 (2016р. – 97,25), зайнятих посад – 89,5, фізичних осіб – 75.

Показник інвалідності від ХСК дещо знизився і складає 9,6 на 10 тис. дорослого населення (2016р.-10,6; Україна – 9,7), у працездатному віці – 9,9 на 10 тис. працездатного населення (2016р. – 10,8; Україна – 9,9).

Залишається проблемою виявлення цукрового діабету (далі ЦД). При обласному показнику захворюваності на ЦД 473,8 (в 2016р. – 470,0) значно менше виявляється хворих в м. Ватутіне – 398,5; м.Умань – 447; в районах

Канівському – 445,0, Монастирищенському – 427, Катеринопільському – 446,0, Черкаському – 448,1, Христинівському – 453 на 10 тис. дорослого населення.

Недостатньо виявляється хворих на ЦД з ускладненнями на ранніх стадіях – з діабетичними ретинопатіями, нефропатіями, ангіопатіями.

Ускладнення виявляються на пізніх стадіях, особливо в м. Сміла – 1,2, Чорнобаївському районі – 0,6, Корсунь-Шевченківському – 1,1, Монастирищенському – 1,7, Черкаському – 3,4 при обласному показнику виявлених хворих на цукровий діабет з ускладненнями 7,1 на 10 тис. дорослого населення (2016р. – 7,1).

Захворюваність діабетом з ураженнями нирок зменшилась (область 2017р. – 0,7, 2016р. – 0,8), а в Городищенському, Драбівському, Кам'янському, Жашківському, Канівському, Корсунь-Шевченківському, Чорнобаївському районах та у всіх містах не виявлено ні однієї нефропатії, тобто діабетична нефропатія виявляється лише на пізніх стадіях хронічної ниркової недостатності з потребою в проведенні дороговартісного гемодіалізу, що свідчить про її пізню діагностику.

Спостерігається зростання пізніх стадій ускладнень, так кількість гангрени по області зросла з 0,6 в 2016р. до 0,8 в 2017р., а в районах (Драбівському – 1,3, Золотоніському – 2,6, Канівському – 3,0, Звенигородському – 4,4, Христинівському – 4,5) показник на 10 тис. дорослого населення ще вищий.

Загальна захворюваність діабетичною катарактою зменшилась з 8,2 в 2016р. до 7,8 в 2017 р., тоді, як в м. Умань – 20,8, а в районах Чорнобаївському – 19,3, Золотоніському – 18,2, Кам'янському – 16,7, Городищенському – 16,5 на 10 тис. дорослого населення. Пізнє виявлення діабетичної катаракти у хворих на ЦД значно збільшує кількість хворих з проблемами зору.

Причинами всіх цих проблем є недостатнє дотримання стандартів лікування та діагностики, недостатній рівень контролю цукру крові, погане впровадження сучасних технологій контролю, наприклад, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, пізній перехід на лікування інсуліном.

Ожиріння (в тому числі метаболічний синдром) є значущим фактором ризику серцево-судинних захворювань, діабету і онкопатології, але виявлення його залишається на низькому рівні: при обласному показнику 11,4 в Драбівському районі – 4,0, Смілянському – 2,7, Тальнівському – 1,4, Кам'янському – 2,6, м. Сміла – 1,9, м. Ватутіне – 1,3 на 10 тис. дорослого населення.

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

Недостатньо виявляються ХОЗЛ: при обласному показнику загальної захворюваності 75,1 (2016р. – 77,8) в м. Черкаси – 68,3, м. Ватутіне – 69,5, Катеринопільському районі – 53,1, Смілянському – 49,8, Чорнобаївському – 44,2, Кам'янському – 43,1, Черкаському – 40,0 на 10 тис. дорослого населення.

Це в повній мірі стосується і загальної захворюваності бронхіальною астмою: при обласному показнику 58,4 (2016 р. – 55,8) в Черкаському районі – 51,7, Христинівському – 48,3, Лисянському – 47,9; Маньківському районі – 38,0, Смілянському – 36,9 на 10 тис. дорослого населення.

Хвороби нирок: протягом декількох років спостерігається тенденція до різкого зниження виявлення гострого гломерулонефриту – в 2017р. зареєстровано випадки гострого гломерулонефриту тільки в Катеринопільському, Жашківському районах і в м. Умань – по 1 хворому.

Хронічний гломерулонефрит: первинна захворюваність - при обласному показнику 0,1 не виявлено жодного хворого в мм. Черкаси, Умань, Жашківському, Золотоніському, Корсунь-Шевченківському, Черкаському, Уманському районах. В той же час велика кількість хворих виявляється на стадії ниркової недостатності.

Виразка шлунку та 12-палої кишки: при обласному показнику первинної захворюваності 11,8 (2016р. - 13,3 на 10 тис.дорослого населення) недостатнє виявлення в Тальнівському районі – 7,6, Кам'янському – 7,0, м. Сміла – 6,0, м. Ватутіне – 7,4, Городищенському – 7,3, Монастирищенському – 6,0, Лисянському – 4,6, Чигиринському районі – 3,7. Залишається проблема ендоскопічної біопсії і виявлення *Helicobacter pylori*.

Хвороби кістково-м'язової системи: в 2017 році знизилось виявлення подагри, що є негативним, бо гіперурикемія є самостійним фактором розвитку серцево-судинних захворювань, при обласному показнику первинної захворюваності в 2016р. – 2,3 показник знизився до 1,8 на 10 тис. дорослого населення.

Подагра зовсім не виявляється в Маньківському та Тальнівському районах, нижче в м. Умань – 0,4, м. Ватутіне – 0,7, Кам'янському – 0,9, Драбівському – 1,0, Черкаському та Чорнобаївському районах – 1,2.

Виявлення ревматоїдного артриту в області також недостатнє: при обласному показнику 1,3 (2016р.- 1,4) в Монастирищенському і Лисянському районах – 0, м. Умань – 0,4, м. Черкаси – 0,7, Чигиринському районі – 0,5, Шполянському – 0,6, Тальнівському – 0,7, Кам'янському – 1,0 на 10тис.дорослого населення.

При достатньо високому показнику виявлення ГХ продовжує страждати виявлення САГ (симптоматичної артеріальної гіпертензії). При обласному показнику 78,8 (в 2016 р. – 81,9) в Канівському районі – 13,1, Черкаському – 13,4, Христинівському – 17,4; Маньківському – 30,5, ще менше в м. Умань – 2,9, м.Черкаси – 13,8 на 10 тис. дорослого населення.

Висновки:

1. Модель кінцевих результатів терапевтичної служби по більшості показників виконана.

2.Залишається серйозна проблема з укомплектуванням посад в терапевтичній службі на рівні ПМСД, що впливає на більшість показників стану здоров'я населення.

3.В багатьох районах залишається надлишок терапевтичних ліжок.

4.В більшості районів 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 і у структурі загальної захворюваності дорослого населення в 2017 році цей клас хвороб займає 36,8% (2016 рік – 36,5%). Також ХСК займають провідне місце і в структурі первинної інвалідності – 27,2% (2016 рік – 25,7%).

Показник загальної захворюваності в цілому по класу ХСК в 2017 році зменшився на 1,6 % і складає 6468,0 на 10 тис. дорослого населення (2016 рік – 6572,8, Україна – 6376,7).

У структурі первинної захворюваності ХСК серед дорослого населення на першому місці – гіпертонічна хвороба (ГХ) всі форми – 15118 випадків або 34,4%, на другому – ішемічна хвороба серця (ІХС) – 11786 випадків або 26,9%, на третьому – цереброваскулярна патологія – 8125 випадків або 18,5%.

Показник первинної захворюваності на інфаркт міокарда в 2017 році зріс на 2,6 % і склав 1642 випадки, або 16,0 на 10 тис. дорослого населення (2016 рік – 1616 випадків, або 15,6, Україна – 12,0 на 10 тис. дорослого населення), серед осіб працездатного віку цей показник збільшився на 15 % і становить 421 випадок, або 6,1 на 10 тис. працездатного населення (2016 рік – 371 випадок, або 5,3, Україна – 5,1 на 10 тис. працездатного населення).



Показник первинної захворюваності на інсульти у 2017 році зріс на 2,7 % та склав 3888 випадків, або 38,0 на 10 тис. дорослого населення (2016 рік – 3832, або 37,0, Україна – 27,9 на 10 тис. дорослого населення), у т.ч. захворюваність інсультами на тлі ГХ – 14,4 на 10 тис. дорослого населення (2016 рік – 16,7, Україна – 16,8), що нижче минулорічного показника на 13,8 %.

У працездатному віці кількість інсультів (усі форми) збільшилась до 771 випадку проти 725 у 2016 році, показник захворюваності зріс на 8,7 % та склав 11,2 на 10 тис. працездатного населення (2016 рік – 10,3, Україна – 9,6 на 10 тис. працездатного населення). Захворюваність інсультами з гіпертонічною хворобою складає 4,5 (2016 рік – 4,4, Україна – 5,1 на 10 тис. працездатного населення).



Потребує детального вивчення значне коливання показників поширеності та захворюваності населення на ХСК в районах та містах області. Наприклад, при показнику захворюваності на інфаркт міокарда в області 16,0 на 10 тис. дорослого населення, в м. Черкаси цей показник становить 21,0, а в Чорнобаївському районі – 10,7 та Чигиринському – 12,0. Низький показник свідчить про гіподіагностику інфаркту міокарда.

Показник інвалідності від ХСК дещо знизився і складає 9,6 на 10 тис. дорослого населення (2016 рік – 10,6, Україна – 9,7), у працездатному віці – 9,9 на 10 тис. працездатного населення (2016 рік – 10,8, Україна – 9,9).

Впродовж звітної періоду кількість спеціалізованих ліжок в області не змінилась і складає 434 кардіологічних та 25 кардіохірургічних ліжок. Забезпеченість кардіологічними ліжками становить 3,6 (2016 рік – 3,5), кардіохірургічними – 0,20 (2016 рік – 0,24 на 10 тис. дорослого населення).

Кількість штатних посад лікарів-кардіологів залишилась на рівні минулого року – 97,0 (2016 рік – 97,25), зайнятих посад – 89,5, фізичних осіб – 75.

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

Важливе місце в етапності надання невідкладної 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 зі STEMI.

З введенням в дію наказу МОЗ України від 28.09.2017 № 1181 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги та госпіталізації пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST бригадами екстреної медичної допомоги» та відповідного наказу Управління охорони

здоров'я від 11.01.2018 № 25 затверджений Порядок організації надання медичної допомоги та госпіталізації пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегменту ST бригадами екстреної медичної допомоги. Працівникам екстреної медичної допомоги потрібно неухильно дотримуватись виконання вищезгаданих наказів, в тому числі щодо транспортування хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегменту ST у заклад, де проводяться первинні коронарні втручання цілодобово (Черкаський обласний кардіологічний центр – ЧОКЦ) та щодо навчання медичних працівників, в тому числі фельдшерів, діагностики гострих коронарних станів та методиці проведення фібринолітичної терапії на догоспітальному етапі.

У Черкаському обласному кардіологічному центрі щорічно проводяться курси з актуальних питань кардіології, інтенсивної терапії та функціональних досліджень. У 2017 році 34 фахівці (терапевти, кардіологи, лікарі ультразвукової діагностики, лікарі 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 II ланки визначаються ліпідний спектр, показники системи згортання крові, виконуються велоергометрія, ЕхоКГ, холтерівське моніторування ЕКГ та АТ для діагностики хвороб системи кровообігу:

- не визначається ліпідний спектр у другому та п'ятому Черкаських міських центрах ПМСД, Драбівському, Кам'янському, Золотоніському, Лисянському, Смілянському, Тальнівському районах;

- не виконується УЗД серця у м.Ватутіне, Городищенському, Драбівському, Тальнівському, Чигиринському, Чорнобаївському районах;

- не виконується ВЕМ у м. Ватутіне, Драбівському, Кам'янському, Катеринопільському, Маньківському, Монастирищенському, Чорнобаївському, Уманському районах;

- не виконується Холтер ЕКГ у м.Ватутіне, Городищенському, Драбівському, Жашківському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Маньківському, Тальнівському, Чигиринському районах;

- не використовується Холтер АТ в усіх районах, крім м. Сміла, м.Умань, Жашківського, Звенигородського, Уманського, Христинівського, Черкаського та Шполянського районів.

Важливе місце в кардіологічній службі займає надання своєчасної медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда. Кількість зареєстрованих хворих на інфаркт міокарда в 2017 році збільшилась і становить 1642 випадки, зокрема в працездатному віці – 421. В стаціонари області було госпіталізовано 1562 хворих з інфарктом міокарда, із них в першу добу від початку хвороби – 1002 хворих (64,1%) та проведена тромболітична терапія 204 хворим, що склало 13,0 % від усіх госпіталізованих (2016 рік – 12,0 %).

Проведення тромболітичної терапії при гострому інфаркті міокарда впроваджено у всіх міських та районних лікарнях, проте відсутність своєчасної діагностики протягом перших 3-х – 6-ти годин захворювання не дозволяє

ефективно застосовувати процедуру тромболізуу більшості хворим. У звітному році кількість догоспітальних тромболізісів майже на рівні минулого року – 65 (66), що становить лише 33% від усіх випадків проведення тромболітичної терапії.

В області створена система по наданню медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом, що успішно функціонує і постійно удосконалюється.

Черкаський обласний кардіологічний центр є основною складовою частиною регіональної реперфузійної мережі області, що об'єднує всі лікувальні заклади, які приймають участь у наданні невідкладної кардіологічної допомоги та робота якої скоординована відповідними чинними законодавчими актами та наказами управління охорони здоров'я Черкаської ОДА.

Медична допомога хворим з інфарктом міокарда надається у відділеннях гострої коронарної недостатності та порушення ритму на 25 ліжок, в тому числі у блоці інтенсивної терапії на 6 ліжок, відділенні інтервенційної радіології та відділенні кардіохірургії на 25 ліжок.

В Черкаський обласний кардіологічний центр транспортують хворих з усіх міст та районів області в перші 24 години від початку інфаркту міокарда, в радіусі 60-100 км на первинні коронарні втручання, більше 100 км – на вторинні коронарні втручання після проведеної тромболітичної терапії. Заклад надає допомогу хворим 24 год. на добу/7 днів на тиждень.

Впродовж 2017 року в ЧОКЦ лікувалось 693 хворих з гострими коронарними станами, із них 444 хворим проведено черезшкірні коронарні втручання (ЧКВ). Летальність хворих з гострим коронарним синдромом склала 3,0%. З приводу гострого інфаркту міокарда проліковано 528 хворих, ЧКВ виконано 389 хворим, летальність хворих з інфарктом міокарда склала 3,8%.

Серед хворих з інфарктом міокарда, найважча категорія – це хворі з елевацією сегмента ST, їх проліковано 427, виконано ЧКВ 329 хворим, летальність склала 4,7%.

Збільшення частки хворих з інфарктом міокарда в ЧОКЦ не могло не позначитись на показниках летальності всієї області, що у 2017 році значно зменшилась і склала – 9,6% (2016 рік – 10,8% при показнику по Україні 13,85%).

Більш активно запрацювала служба швидкої медичної допомоги в плані доставки хворих з гострими коронарними станами до ЧОКЦ. Впровадження вимог наказів ДОЗ ОДА від 01.12.2014 № 94 та від 25.09.2015 № 60 «Про заходи щодо забезпечення надання догоспітальної допомоги пацієнтам області на ГКС» з подальшим впровадженням їх у практику, значно покращило надання допомоги при гострому коронарному синдромі. Активно працюють лікарі вторинної ланки, забезпечуючи супровід хворих до ЧОКЦ, посилюючи фельдшерські бригади ЕМД. На належному рівні проводиться робота в Драбівському, Канівському, Чорнобаївському, Шполянському, Смілянському районах, потрібно покращити роботу у Лисянському, Монастирищенському, Христинівському, Жашківському районах.

Проте особливу увагу необхідно звернути на вимоги наказу МОЗ України від 28.09.2017 № 1181 «Про затвердження Порядку організації надання медичної

допомоги та госпіталізації пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST бригадами швидкої медичної допомоги».

I.1.Цей Порядок визначає особливості організації медичної допомоги в закладах, які надають екстрену медичну допомогу (далі – ЕМД), та в закладах, які здійснюють перкутанні коронарні втручання пацієнтам з гострим коронарним синдромом, а також умови, за яких пацієнта направляють до закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, де здійснюються перкутанні коронарні втручання і шляхи госпіталізації пацієнтів до зазначених закладів.

II.1.Якщо керівник бригади ЕМД виявив ознаки ГКС з елевацією сегмента ST (характерний больовий синдром, специфічні зміни на ЕКГ), показане обов'язкове транспортування до закладу охорони здоров'я, у складі якого є відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії, яке діє відповідно до Положення про відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії, затвердженого наказом МОЗ України від 29.08.2017 № 975, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 03.10.2017 за № 1212/31080.

II.15.Керівник бригади ЕМД у процесі транспортування пацієнта має уникати проміжних госпіталізацій і максимально скорочувати час транспортування пацієнтів до відділення.

Тобто у разі стабільного стану пацієнта він повинен бути доставлений до ЧОКЦ екстреною медичною допомогою.

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 2017 року в області виконано 1113 хірургічних втручань на серці (2016 рік – 1143), з них 1096 операцій проведено в ЧОКЦ, 14 – в обласній лікарні, та 3 ургентних операції (імплантації кардіостимуляторів) зроблено серцево-судинними хірургами ЧОКЦ за викликами ЛПУ міст та районів.

Щорічно збільшується кількість інтервенційних втручань. Так, протягом 2017 року виконано 1571 коронаровентрикулографія, що на 16% більше, ніж у 2016 році, простентовано 648 хворих, що на 20% більше, імплантовано 765 стентів, що на 32% більше, проведено 213 імплантацій ШВР (2016 рік – 195), що на 9,2% більше.

В ЧОКЦ виконуються хірургічні втручання на відкритому серці при ішемічній хворобі серця, вроджених та набутих вадах, пухлинах, аневризмах, бактеріальному ендокардиті тощо. Практично виконується весь спектр оперативних втручань на серці для дорослих окрім операцій на аорті.

В 2017 році проведено 223 оперативних втручань на «відкритому серці», що на 59,3 % більше, ніж в минулому році (140). Із них 155 (2016 рік – 105) – АКШ, 42 (2016 рік – 31) – клапанна хірургія, при цьому післяопераційна летальність склала 2,2% (2016 рік – 0,7%).

В 2017 році за рахунок державного бюджету було використано 2348,5 тис. грн. на виробу медичного призначення для кардіохірургічних

втручань, в т.ч. кардіостимулятори – 731 тис. грн, оксигенатори – 63,1 тис. грн., клапани серця – 237 тис. грн., інтервенційні втручання – 1263,4 тис. грн.

За рахунок обласного бюджету на придбання розхідних матеріалів для кардіохірургічних втручань було виділено 3315,5 тис. грн., в т.ч.: кардіостимулятори – 1444 тис. грн., оксигенатори – 676,2 тис. грн., клапани серця – 89,9 тис. грн., інтервенційні втручання – 835,2 тис. грн.

Згідно постанови КМ України від 21.02.2017 «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангіографів областями» за рахунок співфінансування з державного та обласного бюджету в області була закуплена стаціонарна ангіографічна система для ЧОКЦ.

На сьогодні завершено проектування ургентної ангіографічної операційної, реконструкцію якої планується провести в II кварталі, що дасть можливість значно покращити якість надання допомоги хворим інфарктом міокарда.

Фахівцями ЧОКЦ проводилася консультативна робота. У 2017 році в медичні установи усіх рівнів виконано 107 термінових консультативних виїздів (2016р. – 103), зокрема викликів кардіохірургів у ЛПЗ міст і районів області – 54 або 15,9% (2016р. – 22), під час яких проведено 3 ургентні операції з приводу імплантації тимчасових водіїв ритму.

За 2017р. санаторний етап реабілітації пройшли 170 хворих (2016 рік – 129).

В лікувально-профілактичних закладах у хворих на фібриляцію передсердь поруч із застосуванням «Варфарину» активно запроваджуються НОАК, одночасно активізується робота лабораторних відділень, майже у всіх районах області запроваджено визначення показника Міжнародного нормалізаційного відношення.

У ЧОКЦ налагоджено визначення біохімічних кардіомаркерів (Тропоніну) при гострому коронарному синдромі, у 2017 році проведено 827 досліджень тропоніну (2016 рік – 703).

В ЧОКЦ продовжується впровадження інформатизації високо-спеціалізованої кардіологічної та кардіохірургічної допомоги – локальної інформаційної системи «Доктор Елекс» в практичну діяльність структурних підрозділів Черкаського обласного кардіологічного центру впроваджено близько 100 програмних продуктів. Повністю завершено інформатизацію поліклініки та стаціонару. Започатковано заходи щодо автоматизованих програм збору та обробки медико-статистичної інформації, обігу медикаментів та розхідних матеріалів.

На 2017 рік було заплановано 38 впроваджень нових методів діагностики та лікування, виконано 100%, із них: інформатизація надання високоспеціалізованої кардіологічної та кардіохірургічної медичної допомоги хворим в ЧОКЦ; впровадження Уніфікованих клінічних протоколів: екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при гострому коронарному синдромі без елевачії сегменту ST; фібриляції передсердь; легеневої гіпертензії; профілактиці серцево-судинних захворювань; пластика дефектів МПП з використанням «заплат»; бімамарне шунтування при вираженому кальцинозі аорти; пластика трикуспідального клапану кільцем Carpentier; реконструктивні операції при ішемічній недостатності мітрального клапану; катетеризація стегнової артерії з

метою визначення інвазивного тиску в інтраопераційному періоді; ангіопластика та стентування кальцинованих коронарних артерій; інтервенційні методи діагностики та лікування хворих з ГКС внаслідок уражень коронарних венозних шунтів та інші.

На 2018 рік заплановано 34 впровадження, в т.ч.: призначення біомаркерів (натрійуретичного пептиду) для оцінки ризику та стратифікації прогнозу у хворих з симптомною серцевою недостатністю; застосування флекаїніду (торгова назва Флекаїнід сандоз, виробник Sandoz) для лікування передсердних та шлуночкових аритмій; застосування Ептифібатиду (торгова назва Інтегрилін, виробник «Glaxo Operations UK Limited», UK) у випадках, коли дані ангіографії свідчать про наявність великого тромбу, уповільнення кровотоку (синдром «no-reflow») або наявність тромботичних ускладнень; застосування черезстраховідної ехокардіографії з метою виключення тромбозу вушка лівого передсердя та оцінки швидкості вигнання з нього крові перед проведенням кардіоверсії; використання флоуметрії при аортокоронарному шунтуванні; артеріальна реваскуляризація коронарних судин; імплантація біологічних протезів серця в аортальну і мітральну позиції у хворих похилого віку; пластика трикуспідального клапану кільцем Carpentier; операція Робічека при аневризматичному розширенні висхідної аорти; проведення процедури гемодіалізу при гострій нирковій недостатності; реканалізація хронічних оклюзій коронарних артерій через променевий оперативний доступ.

Для підвищення професійного рівня лікарів області з питань кардіології та кардіохірургії Черкаським обласним кардіологічним центром впродовж 2017 року було проведено 3 обласних конференції за участю провідних науковців, спеціалістів кардіологічних інститутів, в яких взяли участь близько тисячі фахівців лікувально-профілактичних закладів області. Співробітники кардіоцентру взяли участь у 40 науково-практичних конференціях, конгресах, семінарах-тренінгах, форумах у провідних НДІ України та 6-ти міжнародних конференціях з актуальних проблем кардіології, кардіохірургії, електрофізіології, інтервенційних втручань.

В 2017 році розпочав роботу офіційний сайт ЧОКЦ (<http://kardiocenter.ck.ua/>), на якому висвітлено весь аспект кардіологічної та кардіохірургічної допомоги, що надається в центрі, поради лікарів щодо профілактики серцево-судинних захворювань, новини, наукові досягнення та ін.

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 гіпертензії та ін.), збільшення кількості догоспітальних тромболізисів та ЧКВ. Налагодження чіткої організації транспортування хворих з ГКС до ЧОКЦ для проведення інтервенційних втручань. Крім того, заплановано збільшення обсягів кардіохірургічних втручань, коронаровентрикулографій, стентувань коронарних артерій, проведення ЧКВ при ГКС, забезпечення фізіологічної електрокардіостимуляції, в тому числі 2х-камерними водіями ритму, запровадження транскатетерного закриття дефектів міжпередсердної та міжшлуночкової перетінок.

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, обласної дитячої лікарні та трьох обласних диспансерів.

Мережа хірургічної служби

В закладах області функціонує 60 відділень хірургічного профілю.

В складі всіх відділень ЦРЛ розгорнуті хірургічні та травматологічні профілі ліжок. В половині закладів – в складі відділень також отоларингологічні та урологічні ліжка:

- в 20 ЦРЛ розгорнуто 434 хірургічних ліжка;
- в 19 ЦРЛ розгорнуто 291 ліжко травматологічного профілю (відсутні ліжка в Катеринопільській ЦРЛ);
- в 12 ЦРЛ розгорнуто 63 отоларингологічні ліжка (Городищенська – 3, Жашківська – 5, Звенигородська – 7, Золотоніська – 5, К-Шевченківська – 5, Канівська – 5, Катеринопільська – 3, Маньківська – 5, Смілянська – 5, Уманська – 5, Чорнобаївська – 5, Шполянська – 10);
- в 11 ЦРЛ розгорнуто 65 ліжок урологічного профілю ((Городищенська – 3, Золотоніська – 10, К-Шевченківська – 5, Канівська – 3, Катеринопільська – 3, Лисянська – 3, Монастирищенська – 3, Смілянська – 15, Уманська – 5, Черкаська – 5, Шполянська – 10);
- в 2 ЦРЛ (Жашківського та Шполянського районів) розгорнуто 15 офтальмологічних ліжок;
- в Уманській ЦРЛ – 5 нейрохірургічних ліжок.

Забезпеченість загальнохірургічними ліжками в області за останній час залишається сталою і в 2017 році склала 632 ліжка або 5,4 (2016р. – 5,4, Україна – 5,16) на 10 тис. населення.

Забезпеченість населення ліжками у містах становить 3,9 або 171 ліжко (2016р. – 4,1) на 10 тис. відповідного населення, по адмінрайонах цей показник був вищим – 434 або 5,6 (2016р. – 5,8) на 10 тис. населення.

Вище середньорайонного показника кількість загальнохірургічних ліжок у Кам'янському (7,4), Драбівському (7,2), Черкаському (7,0), Городищенському (6,6), Смілянському (6,2) та К-Шевченківському (6,0) районах.

У м. Ватутіне забезпеченість загальнохірургічними ліжками склала 7,1 на 10 тис. населення, у м. Сміла – 4,5.

Нижче середньорайонного показника кількість загальнохірургічних ліжок у Чорнобаївському (3,7), Монастирищенському (4,2), Христинівському (4,3), Тальнівському (4,5), Катеринопільському (4,6), Уманському (4,68) районах.

Робота хірургічного ліжка по області в 2017 році покращилась, але і надалі залишається низькою і складає 330 днів при показнику середнього перебування на ліжку – 8,62 (2016р. – 329 та 8,96 відповідно, Україна – 316 – 9,21).

Значно нижчим за обласний рівень є робота ліжка в Драбівському районі (226) та м. Ватутіне (263), Шполянському (261), Городищенському (292),

Золотоніському (301), Чигиринському (305), Тальнівському (308) та К-Шевченківському (316) районах.

З перевантаженням працювало хірургічне ліжко в Уманській (461), Звенигородській (379) та Канівській (373) ЦРЛ.

Найвищий показник середнього перебування на ліжку у Канівському (10,36), Чорнобаївському (9,93), Драбівському (9,73) районах та м. Ватутіне (9,85) – обласний показник 8,62 (2016р. – 8,96).

Кадрове забезпечення

На кінець 2017 року в Черкаській області працювало 185 лікарів-хірургів (2016р. – 188) на 244,25 штатних посадах, в т.ч. у міських ЛПЗ – 72, ЦРЛ – 91, обласних ЛПЗ – 20.

Забезпеченість лікарями-хірургами по області становить 1,52 на 10 тис. населення, по містах – 1,62, по районах – 1,20.

Вище середньообласного рівень забезпеченості хірургами в м.Умань (1,92 на 10 тис. населення).

Нижче середньообласного – в Чигиринському (0,38), Шполянському (0,71), Жашківському (0,82), Монастирищенському (0,84), Драбівському (0,87) та Золотоніському (1,01) районах.

Укомплектованість штатних посад лікарів-хірургів фізичними особами складає 75,7% (2016р. – 77,21).

Питома вага хірургів пенсійного віку серед усіх хірургів залишається майже на рівні минулого року і складає 30,9% (2016р. – 31,0%).

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

Стаціонарна хірургічна допомога

За 2017 рік в усіх хірургічних стаціонарах області було проведено 67538 операцій або 550,1 на 10 тис. населення, що на 1101 або 1,66% більше, ніж в попередньому році (2016 рік – 66437, або 536,1 на 10 тис. населення, Україна – 480,69). По кількості втручань на 10 тис. населення область в 2016р. знаходилась на 11 місці, починаючи з найбільших показників.



Показник хірургічної активності по області склав 53,2% (2016р. – 50,7). Прослідковуються тенденції до підвищення показника за останні три роки.

Вищий від середньообласного показник хірургічної активності в обласному онкологічному диспансері (96,0%), обласній лікарні (69,2%), кардіоцентрі (74,7%), в Золотоніському (61,1%) та Уманському (63,6%) районах, а також в ЛПЗ м. Черкаси (59,6%).

Нижче середнього показника по області відмічається оперативна активність ЦРЛ Лисянського (33,1), Драбівського (34,2), Катеринопільського (34,3) та Смілянського (34,3) районів.

Загальний показник післяопераційної летальності в 2017 році склав 0,58%, що відповідає показнику по Україні (2016 рік – 0,54%, Україна 0,55%). По містах він був значно вищим – 0,98%, по районах – 0,40%.

Високий показник післяопераційної летальності зареєстровано в хірургічних відділеннях Жашківського (1,59%), Лисянського (1,18%), Христинівського (0,89%), Драбівського (0,88%) районах та в м. Черкаси (1,19%).

Значно меншим за усереднений є рівень показника в відділеннях Чорнобаївського (0,08%), Черкаського (0,09%), Канівського (0,17%) та Маньківського (0,14%) районів.

Розподіл втручань по нозологічних формах складає:

Ран- гове міс- це	Найменування операцій	2015		2016		2017		2015	2016	2017	2015	2016	2017
								Померло проопе- рованих			Післяопе- раційна летальність		
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	Абс.	Абс.	%	%	%
	Всього операцій:	66949	100	66437	100,0	67538	100,0	361	362	391	0,54	0,54	0,58
1	в т.ч. на шкірі, підшкірній клітковині	11249	16,8	10768	16,2	10165	15,1	19	20	27	0,17	0,19	0,27
2	на жіночих статевих органах	10195	15,2	10038	15,1	10160	15,0	2	1	5	0,02	0,01	0,05
3	на органах травлення та черевної порожнини	9636	14,4	9774	14,7	9764	14,5	177	172	155	1,84	1,76	1,59
4	на кістково-м'язовій системі	9050	13,5	9332	14,0	9713	14,4	48	39	57	0,53	0,42	0,59
5	на органах вуха, горла, носа	5669	8,5	5438	8,2	5451	8,1	2	1	2	0,04	0,02	0,04
6	акушерські	6192	9,2	5716	8,6	5426	8,0	1	2	1	0,02	0,03	0,02
7	на органах зору	4131	6,2	4329	6,5	4889	7,2						
8	інші	3439	5,1	3265	4,9	3259	4,8	2	3	1	0,06	0,09	0,03
9	на нирках і сечоводах	955	1,4	1222	1,8	1381	2,0	7	10	8	0,73	0,82	0,58
10	при непухлин. захворюваннях прямої кишки	1067	1,6	1029	1,5	1145	1,7	1			0,09		
11	на нервовій системі	856	1,3	903	1,4	1129	1,7	57	64	78	6,66	7,09	6,91
12	на серці	1044	1,6	1143	1,7	1113	1,6	14	15	23	1,34	1,31	2,07
13	на судинах	1022	1,5	906	1,4	1099	1,6	8	7	11	0,78	0,77	1,0
14	на передміхуровій залозі	699	1,0	808	1,2	956	1,4	8	5	3	1,14	0,62	0,31
15	на молочній залозі	909	1,4	980	1,5	926	1,4						
16	на органах дихання	674	1,0	627	0,9	796	1,2	15	22	20	2,23	3,51	2,51
17	на ендокринній системі	162	0,2	159	0,2	166	0,2		1			0,63	

Загальну кількість операцій по класу хвороб органів травлення складають втручання:

	2015		2016		2017	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всього втручань на органах травлення	9636	100	9774	100	9764	100
з них: операції з приводу незащ. грижі	2927	30,4	2841	29,1	3052	31,3
гострого апендициту	2282	23,7	2157	22,1	2060	21,1
холецистектомії при хр. холециститах	1153	12,0	1426	14,6	1192	12,2
в т.ч. при жовчнокам'яній хворобі	1120		1396		1111	
гострому холециститі	638	6,6	565	5,8	700	7,2
защемленої грижі	294	3,0	338	3,5	333	3,4
операції на шлунку з приводу виразк. хв.	382	4,0	328	3,4	289	3,0
в т.ч. проривна виразка шлунку та 12 пк	219		229		182	
гостра непрохідність кишок	142	1,5	194	2,0	161	1,6
операції на підшлунковій залозі	53	0,5	64	0,7	61	0,6

З 9764 хворих, прооперованих на органах травлення, померло 155 осіб, показник післяопераційної летальності по області склав 1,59%. Середньоміський рівень післяопераційної летальності був вищим за обласний і склав 2,52%.

Планова хірургічна допомога

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

В 2017 році в плановому порядку в ЛПЗ області було виконано 1192 холецистектомії, що склало 9,71 операції на 10 тис. населення (2016р. – 1426 або 11,51). В міських ЛПЗ області цей показник був вищим (11,79), в районних – 7,24. В цілому кількість втручань зменшилась.



Післяопераційної летальності при планових холецистектоміях в 2017 році не було (2016р. – 0,1%).

Традиційно високим в області є рівень планового оздоровлення килоносіїв. В 2017 році було виконано 3052 килосічень в плановому порядку, що склало 24,9 операцій на 10 тис. населення (2016р. – 2841 або 22,9 на 10 тис. населення).



Невідкладна хірургічна допомога

За 2017 рік до хірургічних відділень по дев'яти невідкладних станах було госпіталізовано 5273 хворих, що на 108 осіб менше, ніж у 2016 році.

З усіх госпіталізованих хворих з невідкладними станами – 4002 або 75,9% було прооперовано (2016р. госпіталізовано 5381 хворих, прооперовано 4056 – 75,4%).

Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару

Найменування операцій	Доставлено хворих у стаціонар (кількість)									
	не оперо-вано		з них померло				оперо-вано		з них померло	
	2016		2016		2017		2016		2016	
	абс.	2017	абс.	%	абс.	%	абс.	2017	абс.	%
Гостра непрохідність кишок	29	27			1	3,70	194	161	6	3,09
Гострий апендицит	3						2157	2060		
Проривна виразка шлунка та 12-палої кишки		1			1	100,0	229	182	3	1,31
Шлунково-кишкова кровотеча	570	529	8	1,4	9	1,70	58	85	2	3,45
Защемлена грижа	6	1					338	333		
Гострий холецистит	135	137					565	700	1	0,18
Гострий панкреатит	482	492	9	1,9	10	2,03	55	58	10	18,18
Позаматкова вагітність	20	9					260	224		
Травми внутр. органів грудної, черевної порожнини, таза	80	75	6	7,5	3	4,0	200	199	9	4,50
Разом	1325	1271	23	1,7	24	1,89	4056	4002	31	0,76

Кількість хворих, які були госпіталізовані після 24 годин від початку захворювання, зменшилась і показник задавненої госпіталізації в 2017 році склав 28,8% проти 30,5% в 2016 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 померло 27 хворих (показник післяопераційної летальності при гострій хірургічній патології по області зменшився до 0,67% проти 0,76% в 2016 році).

Аналіз оперативних втручань основних невідкладних станів.

Гострий апендицит.

В 2017 році в ЛПЗ Черкаської області було госпіталізовано 2060 хворих на гострий апендицит (2016р. – 2160).

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

	2013		2014		2015		2016		2017
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
Абс.	2450		2368		2289		2160		2060
Показник на 10 тис. населення	19,36	16,44	18,95	14,48	18,27	13,95	17,43	13,6	16,78

Коливання показників між районами області є дуже відчутними: так, найвищим рівень захворюваності на гострий апендицит традиційно реєструється в Золотоніському районі – 22,99 на 10 тис. населення.

Вище середньообласного показника рівень захворюваності також в Жашківському районі – 20,28 на 10 тис. населення.

Найнижчі показники в Чигиринському – 3,02 та Маньківському районах – 4,37.

Відсоток задавненої госпіталізації гострого апендициту по області знизився, але ще залишається високим – 21,1% (2016р. – 24,5%, Україна – 23,36%).

Звертає увагу, що найвищим показник задавненої госпіталізації залишається в м. Черкаси – 35,0%, в той же час як середньорайонний показник в 2017 році склав 15,2%. Таким чином, високий показник задавненої госпіталізації в області, як і в минулі роки, сформувався в основному за рахунок показника обласного центру.

Випадків смерті серед хворих на гострий апендицит за останні роки в області не зареєстровано.

Проривна виразка шлунку та 12-палої кишки.

Всього за 2017 рік до хірургічних стаціонарів Черкаської області було госпіталізовано 183 хворих (2016р. – 229) на проривну виразку, що на 46 хворих менше, ніж за 2016 рік, і рівень захворюваності склав 1,49 на 10 тис населення, в 2016 році – 1,85, при показнику в Україні 1,47 на 10 тис. населення.

Вище середньообласного показника на 10 тис. населення захворюваність в Уманському – 2,59, Драбівському – 2,29 та Городищенському – 2,25 районах.

Нижче обласного показника рівень захворюваності на 10 тис. населення в Тальнівському – 0,30, Смілянському – 0,63, Лисянському – 0,85 та Звенигородському – 0,91 районах.

Показник задавненої госпіталізації в області в 2017 році склав 14,75% проти 2016р. – 18,77% (Україна 2016р. – 18,18%).

Необхідно зазначити, що серед хворих, які лікувались в ЦРЛ, цей показник був значно нижчим, а саме 12,9%, а серед ЛПУ міст – 18,8%.

Випадків смерті серед хворих, які були прооперовані з приводу проривної виразки в 2017 році не було (2016р. – померло 3 хворих).

Гострі кишково-шлункові кровотечі.

За минулий 2017 рік в Черкаській області відмічено значне підвищення рівня захворюваності на таку форму ускладнення хронічних хвороб черевної порожнини, як гострі кровотечі (далі ГКШК).

До хірургічних стаціонарів області було госпіталізовано 614 хворих, захворюваність на ГКШК склала 5,0 на 10 тис. населення, (показник по Україні 2016р. – 4,5 на 10 тис. населення).

В динаміці за останні п'ять років захворюваність тримається на високих рівнях, які перевищують показники по Україні:

	2013		2014		2015		2016		2017
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
Абс.	498		455		649		628		614
Показник на 10 тис. населення	3,65	4,82	3,64	4,27	5,2	4,5	5,07	4,33	5,0

Вище середньообласного показника рівень захворюваності на 10 тис. населення в Кам'янському – 11,06, м. Черкаси – 7,75, м. Сміла – 7,51, м. Умань – 5,79, Звенигородському – 5,67, Монастирищенському – 5,57 районах.

Найнижчим цей показник був в Черкаському (0,54 на 10 тис. населення), Городищенському (1,5), Чорнобаївському (1,7) районах.

Із 614 госпіталізованих з приводу ГКШК – 204 хворих поступили після 24 годин з початку захворювання і відсоток задавненої госпіталізації склав 33,2% від загальної кількості хворих на ГКШК при показнику в Україні в 2016р. – 36,75%.

Середньорайонний показник задавненої госпіталізації 35,7%.

Високим був показник пізньої госпіталізації в Монастирищенському – 80,0%, Маньківському – 72,7%, Кам'янському – 70,0, Черкаському – 50,0 районах.

Із 614 хворих на ГКШК прооперовано 13,8% або 0,69 на 10 тис. населення, (Україна 2016р. – 0,44 операцій на 10 тис. населення), оперативна активність склала 13,8% (2016р. – 12,94%).

Із 529 не оперованих хворих померло 9 чоловік, показник летальності серед не оперованих хворих склав 1,70%.

Випадки смерті серед не оперованих хворих на ГКШК мали місце в м. Сміла – 3 хворих, Монастирищенській ЦРЛ – 2 хворих, по одному у К-Шевченківській, Кам'янській, Катеринопільській ЦРЛ та 1 в обласній лікарні.

Із 85 прооперованих померло 5 хворих (м. Черкаси – 2, м. Сміла – 1, Золотоніська та Катеринопільська ЦРЛ по 1), показник післяопераційної летальності по області при ГКШК склав в 2017 році 5,88% проти 3,45% в 2016 році (Україна 2016р. – 5,27%).

Защемлена кила.

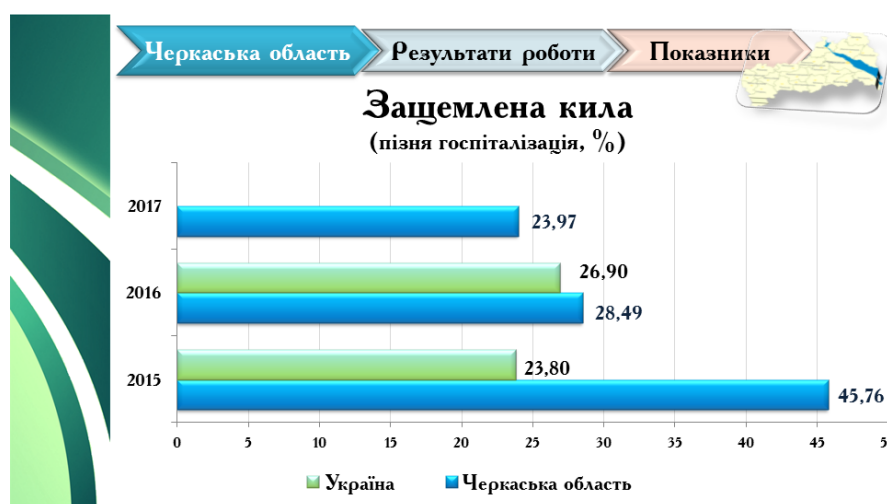
За минулий 2017 рік до хірургічних стаціонарів Черкаської області госпіталізовано 334 хворих на защемлену килу, або 2,72 випадки на 10 тис. населення (Україна 2016р. – 2,59 на 10 тис. населення).



Необхідно відмітити, що за останні роки показник госпітальної захворюваності защемленої кили в Черкаській області має тенденцію до росту.

	2013		2014		2015		2016		2017
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
Абс.	237		266		295		344		334
Показник на 10 тис. населення	1,89	2,8	2,09	2,47	2,36	2,53	2,78	2,59	2,72

Потребує уваги коливання показника. Так, середній районний показник захворюваності на защемлену килу склав 1,14 на 10 тис. населення, а середньо-міський – 5,11.



Показник запавненої госпіталізації при защемленій килі по області не перевищує аналогічний показник в Україні за 2016 рік – 26,9%. По області він склав в 2017р. – 23,97%. Показник запавненої госпіталізації серед районів області складає – 22,5%, по містах – 29,6%.

Гострий холецистит.

Торік до хірургічних стаціонарів Черкаської області госпіталізовано 837 хворих на гострий холецистит або 6,82 на 10 тис. населення (Україна 2016р. – 6,10

на 10 тис. населення). В Драбівському, Катеринопільському та Лисянському районах не було жодного випадку госпіталізації хворих з гострим холециститом.

Показник захворюваності в містах – 14,48 на 10 тис., а в районах цей показник був значно нижчим і складав 1,77 на 10 тис. населення.

Із загальної кількості госпіталізованих (137 хворих) – 16,4% хворих проліковані консервативно.

Прооперовано 700 чоловік, померло 2 хворих, показник післяопераційної летальності в області склав 0,28% (Україна 2016р. – 0,45%).

2 випадки смерті після операції з приводу гострого холециститу мали місце в м. Черкаси.

Гострий панкреатит.

За 2017р. в області було госпіталізовано 550 хворих на гострий панкреатит або 4,48 на 10 тис. населення, в порівнянні з 2016р. показник зріс – 4,33 (Україна 2016р. – 6,57).

Захворюваність міських жителів була значно вища, ніж в районах: по районах показник склав 2,10, по містах – 7,36 на 10 тис. населення.

Найвищий рівень захворюваності був зареєстрований в м. Черкаси – 11,07 на 10 тис. населення.

За останні три роки показник задавненої госпіталізації має тенденцію до зменшення:

	2015	2016	2017
Область	52,09%	40,78%	35,64%
По районах	38,5%	36,97%	32,52%
По містах	67,1%	42,62%	35,3%
в т.ч. м. Черкаси	71,1%	45,0%	36,8%

Із загальної кількості госпіталізованих консервативно проліковано 492 хворих, з яких померло 10 чоловік. Летальність серед не оперованих по області складала 2,0%.

Випадки смерті серед не оперованих мали місце в м. Черкаси – 4 хворих, в Городищенському, Черкаському, Канівському районах та м. Умань – по 1 хворому та 2 хворих в обласній лікарні.

Прооперовано 58 хворих, померло 8 хворих, показник післяопераційної летальності по області склав 13,79%.

Випадки смерті оперованих хворих мали місце в м. Черкаси – 2 хворих, Смілянському районі – 1, Золотоніському районі – 2 та в обласній лікарні 3 хворих.

Показник післяопераційної летальності в області значно перевищує показник по Україні, який складав в 2016р. – 12,52%.

Кількість прооперованих з приводу гострого панкреатиту на 10 тис. населення в області – 0,47, це менше показника по Україні (2016р. – 0,56), 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 2017 році було госпіталізовано 274 постраждалих з політравмою або 2,23 на 10 тис. населення, що приблизно відповідає показнику в Україні 2016р. – 2,13 на 10 тис.населення.

Після 24 годин з моменту отримання травми було госпіталізовано 94 хворих або 34,3%.

27,4% травмованих проліковано консервативно, померло з не оперованих 3 хворих або 4,0%.

Прооперовано 199 травмованих, померло після операції 4 хворих і показник післяопераційної летальності склав 2,0% (Україна 2016р. – 4,34%).

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 203 тис. 95 дітей віком від 0 до 17 років включно.

Кадри педіатричної служби

Залишається особливо гострою кадрова ситуація, яка склалася в педіатричній службі області. На 31.12.2017 в області на 339,0 штатних посадах працювало 246 педіатрів (2016 рік на 339,0 – 249 ф.о.). Укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 72,6% (2016 рік – 73,5%, Україна – 74,8%).

Найнижчі показники укомплектованості штатних посад фізичними особами відмічаються у Тальнівському (50,0%), Христинівському (50,0%), Городищенському (56,3%), Звенигородському (57%), Черкаському (62%) районах та у м. Сміла (63,5%) і м. Черкаси (73,9%).

Кількість штатних посад педіатрів-неонатологів в області станом на 31.12.2017 року становила 72,25 (2016 рік – 60,25), фізичних осіб – 46. Укомплектованість складає 63,7% (2016 рік – 71,4%, Україна – 77,2%). Відсутні фізичні особи педіатрів-неонатологів у Чорнобаївському, Уманському, Чигиринському, Катеринопільському, К- Шевченківському районах. В останніх двох районах працюють сумісники. Не укомплектоване лікарями відділення інтенсивної терапії новонароджених КЗ «Черкаська обласна дитяча лікарня» Черкаської обласної ради.

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 2017 році за даними обласного статистичного управління в області народилось 9640 дітей, що на 942 дитини менше, ніж у 2016 році.

Показник смертності дітей віком до 1 року за оперативними даними в області за 2017 рік дещо знизився і становить 8,0‰ (78 померлих дітей віком до 1 року) проти 8,4‰ (89 дітей) за 2016 рік (Україна – 7,9 ‰).

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

	2015	2016	2017
Народилося живими	11508	10582	9640
Мертвонароджені (абс.)	58	43	57
показник на 1000 народжених живими та мертвими	5,0	4,0	5,9
Померло дітей у віці до 1 року (абс.)	87	89	78
показник на 1000 народжених живими	7,5	8,4	8,0
з них у віці 0-6 діб (абс.)	43	48	39
показник ранньої неонатальної смертності на 1000 народжених живими	3,7	4,5	4,1
Перинатальні втрати (абс.)	101	91	96
показник перинатальної смертності на 1000 народжених живими та мертвими	8,7	8,6	9,9

За даними обласного статистичного управління найвищі показники малюкової смертності зареєстровані у Лисянському (20,0‰), Драбівському (18,3‰), Христинівському (17,1‰), Маньківському (13,6‰), Кам'янському (12,2‰), Канівському (12,0‰), Смілянському (11,5‰), Золотоніському (10,6‰), Уманському (10,1‰) районах та м. Черкаси (9,3 ‰).

Кількість дітей віком до 1 року, які померли поза ЛПЗ у 2017 році, залишається сталою - 10, що складає 12,8% від усіх померлих (2016 рік 10 дітей – 11,2%), із них 7 дітей – жителі сільської місцевості.

Недоношені діти

	2015	2016	2017
Народилося живими абс.	539	469	461
питома вага від усіх дітей	4,8%	4,5%	4,8%
з них померло абс.	44	46	48
питома вага від народжених недоношених дітей	8,2%	9,8%	10,4%
Виживаність	91,8%	90,2%	89,6%

Діти з масою тіла при народженні до 1000 г

	2015	2016	2017
Народилося живими абс.	22	17	21
питома вага від усіх дітей	0,19%	0,16%	0,22%
з них померло абс.	13	13	16
питома вага від народжених з масою тіла до 1000 г	59,1%	76,5%	76,2%
Виживаність	40,9%	23,5%	23,8%

За останні два роки зменшується кількість дітей в категорії 500-999 грам, які вижили, що ймовірно пов'язане із збільшенням патологічних станів під час вагітності.

Структура смертності дітей віком до 1 року за причинами

	Причина смерті	2015	2016	2017
	Всього померло (абс.)	87	89	78
I	Стани, що виникають у перинатальному періоді	54 62,1%	51 57,3%	44 56,4%
II	Вроджені вади розвитку	24 27,6%	23 25,8%	14 17,9%
III	Зовнішні причини (нещасні випадки та травми)	5 5,7%	4 4,5%	7 9,0%
IV	Хвороби органів дихання (пневмонії)	1 1,2%	3 3,4%	3 3,8%
IV	Хвороби нервової системи	1 1,2%		3 3,8%
	Інші причини смерті	2 2,2%	8 9,0%	7 9,1%



Таким чином, серед причин смерті дітей до 1 року життя 74,3% 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 запізнита 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

	2015	2016	2017
Зроблено виїздів	298	199	214
- до новонароджених дітей	200	158	140
з них транспортовано	122	99	79
- до дітей старшого віку	98	41	77
з них транспортовано	24	10	11

У 2017 році виїзною реанімаційною бригадою здійснено на 15 виїздів більше та транспортовано на 19 дітей менше, ніж у 2016 році.

Захворюваність дітей віком від 0 до 17 років

Показники захворюваності дитячого населення за 2017 рік дещо зменшились, але продовжують перевищувати показники по Україні:

- загальна захворюваність – 19236,6 на 10 тис. дітей (2016 рік – 19901,8, Україна – 17771,6);
- первинна захворюваність – 14677,5 на 10 тис. дітей (2016 рік – 15299,3, Україна – 13160,7).

Структура загальної захворюваності дитячого населення майже не змінилась. Перше рангове місце займають хвороби органів дихання, друге – хвороби органів травлення, на третьому – хвороби ока та його придаткового апарату, на четвертому – хвороби шкіри та підшкірної клітковини, п'яте та шосте рангові місця між собою розділили травми та оруєння і 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.					
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всього	406072	390685	19901,8	19236,6	100%	100%		
Хвороби органів дихання	215186	202831	10546,4	9987,0	53,0	51,9	1	1
Хвороби органів травлення	24770	23994	1214,0	1181,4	6,1	6,1	2	2
Хвороби ока та його придаткового апарату	20680	19780	1013,5	973,9	5,1	5,1	3	3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	17006	18316	833,5	901,8	4,2	4,7	4	4
Травми та оруєння	16472	17018	807,3	837,7	4,1	4,4	6	5
Хвороби кістково-м'язової системи	16895	15700	828,0	773,0	4,2	4,0	5	6

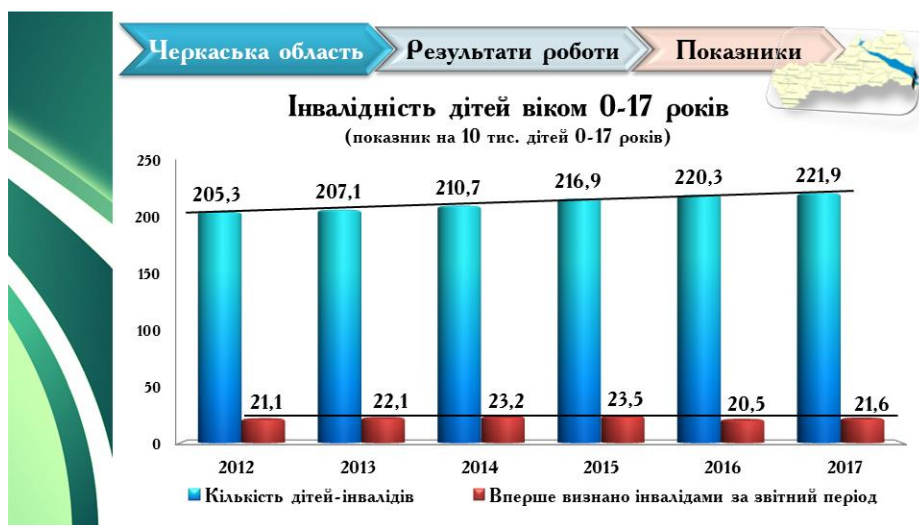
Структура первинної захворюваності дітей віком 0-17 років

Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. нас.					
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всього	312164	298092	15299,3	14677,5	100%	100%		
Хвороби органів дихання	207031	194257	10146,7	9564,8	66,32	65,2	1	1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	15516	16767	760,4	825,6	4,97	5,6	3	2-3
Травми та отруєння	16176	16730	792,8	823,8	5,18	5,6	2	2-3
Хвороби органів травлення	11782	11066	577,4	544,9	3,77	3,7	4	4
Інфекційні та паразитарні хвороби	10389	10627	509,2	523,3	3,33	3,6	5	5

В структурі первинної захворюваності за причинами у дітей стабільно на першому ранговому місці знаходяться хвороби органів дихання. Клас травм та отруєнь розділив 2-3 рангові місця з хворобами шкіри. 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 з інвалідністю віком 0-17 років включно у 2017 році збільшилась до 4527 осіб та склала 221,9 на 10 тис. дітей (2016 рік – 220,3 Україна – 205,0). Чисельність дітей з первинною інвалідністю також зросла до 440 осіб, показник склав 21,6 на 10 тис. дітей (2016 рік – 20,5 Україна – 21,4).



Пологові та дитячі стаціонари області працюють по Програмі підтримки грудного вигодовування. На статус «Лікарня доброзичлива до дитини» акредитовано 15 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 2017 року становила 1 млн. 227 тис. чоловік. За рік населення області скоротилося на 11,8 тис. осіб. Показники відтворення населення області слід оцінювати, як украй низькі. Жіноче населення області складає 664756 осіб (54,15% від усього населення області). В області проживає 287451 жінка фертильного віку (43,2% від усього жіночого населення області).

Мережа та структура акушерсько-гінекологічної служби області

Акушерсько-гінекологічна допомога жіночому населенню області надається на 494 акушерських ліжках, включаючи 110 ліжок для патології вагітності, показник забезпеченості склав 4,1 на 10 тис. населення (2016 рік – 3,9, Україна – 4,1 на 10 тис. населення) та 519 гінекологічних ліжках – 4,30 на 10 тис. населення (2016 рік – 4,5, Україна – 3,3 на 10 тис. населення), в т.ч. 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 2017 року не відповідала сучасним вимогам та дублювала рівні надання медичної допомоги в Україні. Та на початку 2017 року було введено в експлуатацію обласний перинатальний центр у складі Черкаської обласної лікарні, що покращило якість надання перинатальної допомоги та дало можливість втілити в життя трьохрівневу етапність в наданні перинатальної допомоги в області. В зв'язку з реформуванням медичної галузі в Україні лишається відкритим питання по первинному та вторинному рівнях перинатальної допомоги.

Амбулаторно-поліклінічна акушерсько-гінекологічна медична допомога вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим в області за звітний період надавалась у 24 жіночих консультаціях, 40 оглядових кабінетах, 25 кабінетах з питань планування сім'ї, 2 медико-генетичних кабінетах, 25 кабінетах патології шийки матки. Медичні послуги населенню та консультативну допомогу мережі акушерсько-гінекологічних закладів з питань планування сім'ї

надає КЗ «Центр планування сім'ї та репродукції людини» Черкаської обласної ради.

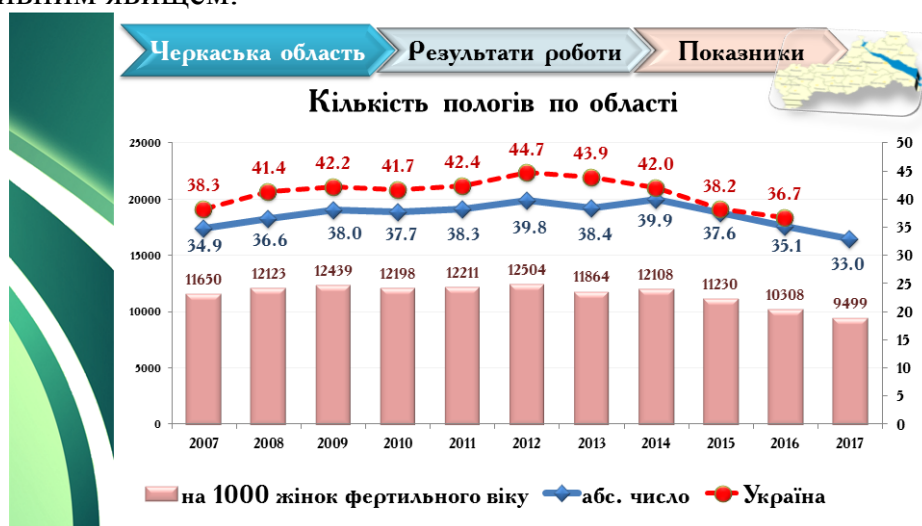
Кадрове забезпечення

В Черкаській області медичну допомогу жіночому населенню надають 265 лікарів акушер-гінекологів (4 з них дитячі гінекологи) – укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 82,9% (2016 рік – 85,4%, Україна – 90,0%), забезпеченість зайнятими посадами акушер-гінекологів в області становить 4,4 на 10 тис. жіночого населення (2016 рік – 4,5, Україна – 4,3).

На кінець 2017 року 87,1% лікарів акушер-гінекологів області атестовано (Україна 2016 рік – 82,6%), з них 21,2% мають вищу, 55,1% – першу, 23,7% – другу кваліфікаційну категорію.

Діяльність акушерсько-гінекологічної служби

За 2017 рік кількість пологів в акушерських стаціонарах області зменшилась на 809 в порівнянні з відповідним періодом минулого року та склала 9499 пологів. Кількість пологів в області протягом останніх років стабільно зменшується, 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 2017 рік в області їх кількість склала 16 та менше 200 пологів зафіксовано у 7 закладах.

Більшість із цих пологових відділень працюють мало ефективно. Окрім небезпеки малопотужні пологові відділення є ще і економічно необґрунтованими, собівартість пологів у малопотужних пологових 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	75 пологів або 13,8 ‰ на 1000 жінок фертильного віку;
Лисянському	100 пологів або 18,4‰;
Драбівському	106 пологів або 14,1‰;
Маньківському	138 пологів або 22,6‰;
Кам'янському	152 пологів або 26,8‰;
Катеринопільському	180 пологів або 33,0‰;
Тальнівському	189 пологів або 25,7‰ районах.

В 2017 році відповідно звітної форми № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» у області поза стаціонаром народили 2 жінки, які були госпіталізовані разом з новонародженими дітьми в пологові відділення (м. Умань та Христинівський район).

Крім того, 21 жінка свідомо народила вдома без наступної госпіталізації, позивні заяви яких щодо підтвердження факту народження дітей поза ЛПЗ розглядалися комісією УОЗ Черкаської ОДА.

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%, 2017 рік - 17,4% (Україна 2016 рік – 19,7%).



Найвищий показник кількості пологорозрішень шляхом кесарського розтину у 2017 році відмічається у м. Черкаси – 461 або 22,2% та у Золотоніському районі – 98 або 23,6%. Збільшився показник кесарських розтинів в Монастирищенському з 12,1 % до 16,3 %, Лисянському з 9,2% до 13,0%, Городищенському з 9,6 % до 13,7% районах. Зниження показника відбулося у Чигиринському з 18,0 % до 8,1 %, у Тальнівському з 11,8 % до 9,0 % та у К-Шевченківському з 11,5% до 9,3 % районах.

Питома вага патологічних пологів по області поступово збільшується і за 2017 рік складає 27,5% від усіх пологів (2016 рік – 26,0%, Україна – 32,4%).

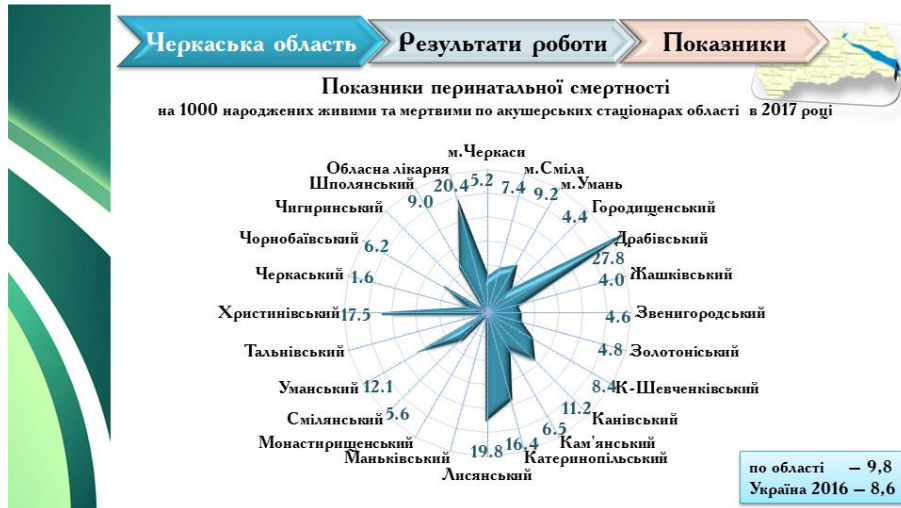


Перинатальна смертність

Протягом 2017 року в акушерських стаціонарах області народилося живими 9552 дітей, що на 828 немовлят менше, ніж минулого року (10380).

За 2017 рік відмічається збільшення показника перинатальних втрат, а саме: перинатальна смертність склала в абсолютних цифрах 94 немовлят, що становить 9,8‰ проти 87 немовлят та 8,4‰ у минулому році (Україна – 8,6‰).

В 2017 році зріс показник перинатальної смертності в Драбівській (3 випадки – 27,8‰), Лисянській (2 випадки – 19,8‰), Христинівській (4 випадки – 17,5‰), Катеринопільській (3 випадки – 16,4‰) ЦРЛ. В Чигиринській, Тальнівській, Монастирищенській та Маньківській ЦРЛ перинатальних втрат не було.



Показник мертвонароджуваності по акушерських стаціонарах за цей період становить 5,8‰ (2016 рік – 3,7‰, Україна – 5,5‰), показник ранньої неонатальної смертності – 4,0‰ (2016 рік – 4,6‰, Україна – 3,1‰).

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

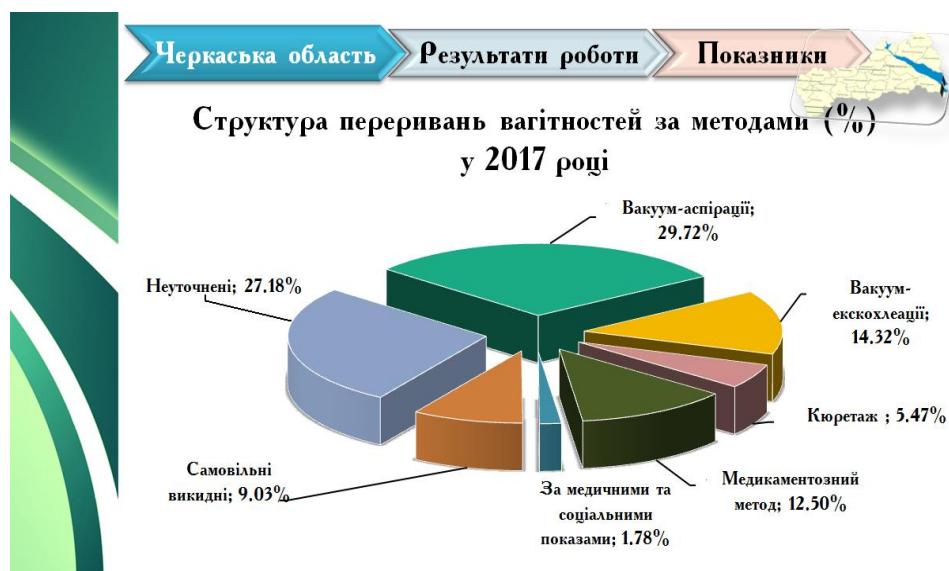
Материнська смертність

Показник материнської смертності в 2017 році складає 3 випадки або 31,1 на 100 тис. народжених живими (2016 рік 18,9 – 2 випадки, 2015 рік 17,4 – 2 випадки, Україна в 2016 році – 12,6 на 100 тис. народжених живими).

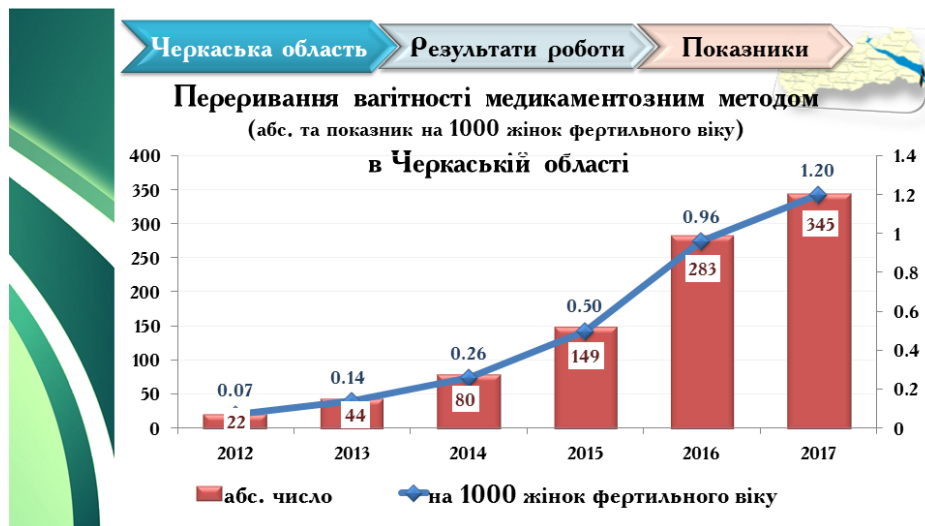


Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога

Робота амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в області в цілому задовільна. Кількість абортів, враховуючи активну профілактично роз'яснювальну роботу серед жіночого населення, за 2017 рік склала 2759 або 9,6 на 1000 жінок фертильного віку. За 2016 рік – 2783 або 9,5 на 1000 жінок фертильного віку. По Україні за 2016 рік показник складав 9,4 на 1000 жінок фертильного віку.



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



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.

Акушерсько-гінекологічна виїзна бригада екстреної медичної допомоги

Робота 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 базі Уманського пологового будинку».

В 2017 році було здійснено 17 ургентних викликів, що на 2 виклики менше, ніж за минулий рік. Із них 6 викликів по м. Черкаси та 11 викликів по містах та районах області. Зменшення кількості викликів зумовлено вчасною концентрацією складних хворих на третьому рівні медичної допомоги.

Висновки та пропозиції

З 2017 року в області створено 3-х рівневу систему 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.

Завданнями на 2018 рік є:

1. Реформування первинної ланки медичної допомоги – створення центрів ПМСД із залученням лікарів центрів до обслуговування жіночого населення.

2. Зменшення перинатальних втрат за рахунок концентрації вагітних з важкою патологією на третьому рівні надання медичної допомоги.
3. Збільшення регіональних методів знеболення в акушерстві до 70%.
4. Збільшення питомої ваги медикаментозного методу переривання вагітності в структурі переривань вагітностей за методами до 50%.
5. Застосування ендоскопічних методів в діагностиці та в лікуванні гінекологічних хворих.

Неврологічна служба

В 40 лікувально-профілактичних закладах області у 2017 році штатними розписами було передбачено 177,25 посад лікарів-невропатологів (зайнято 166,0, із них 80,75 – у поліклініках), на яких працювало 149 лікарів. Різниця між штатними і зайнятими посадами склала 11,25 (2016р. – 8,5) посади.

Забезпеченість лікарями-невропатологами (фізичними особами) в 2017 році в області склала 1,22 на 10 тис. населення (Україна 2016р. - 1,36 на 10 тис. населення).

Середній вік лікарів – невропатологів в області 53 роки.

В 2017 році по віковому складу в області працювало 25% лікарів – невропатологів пенсійного віку, 6% - передпенсійного. В 2017 році закінчили інтернатуру та приступили до роботи 7 лікарів – невропатологів.

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

Кадрове забезпечення неврологічної служби області

	Україна	2015	2016	2017
	2016	область	область	область
Кількість штатних посад	-	175,25	177,5	177,25
Кількість фізичних осіб	-	152	151	149
Забезпеченість на 10 тис. населення (фіз.особами)	1,34	1,23	1,22	1,22

Із 40 підрозділів неврологічної служби області 3 відділення працюють на III рівні надання медичної допомоги (Черкаська обласна лікарня – неврологічне відділення на 33 ліжка, відділення ЦВП – 15 ліжок та „чорнобильське” відділення – 20 неврологічних ліжок).

Із 20 ЦРЛ неврологічні відділення мають статус самостійного підрозділу в 16-ти, решта входять до складу терапевтичних відділень.

Стаціонарна неврологічна допомога

Забезпеченість населення Черкаської області неврологічними ліжками у 2017 році складала 841 в абсолютних цифрах, або 6,91 на 10 тис. населення (в 2016р. – 6,9, 2015р. – 7,1). По Україні цей показник у 2016р. склав 5,3 на 10 тис. населення.

Ліжковий фонд у 2017 році не змінився.

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 2017 році склало 349,37 (2016р. – 348,63, 2015р. – 347,02). Для порівняння - по Україні за 2016р. становить 350.

Обіг неврологічного ліжка в Черкаській області склав 36,82 (2016р. – 36,0, 2015р. – 35,42), по Україні в 2016 році показник обігу ліжка становив 33,5.

Забезпечення неврологічними ліжками в Черкаській області

	Україна 2016	Черкаська область		
		2015	2016	2017
Загальна кількість спеціалізованих (неврологічних) ліжок	-	880	848	841
Забезпеченість неврологічними ліжками на 10 тис.населення	5,57	7,1	6,9	6,91
Середнє перебування хворого на ліжку	10,4	10,1	10,0	9,82

В 2017 році в області середня тривалість перебування хворого на неврологічному ліжку становить 9,82 (2016р. – 10,0, 2015р. – 10,1), по Україні в 2016 році – 10,4.

Летальність від хвороб нервової системи в 2017 році в Черкаській області склала 1,33 (2016р. – 1,26, 2015р. – 1,33). По Україні показник летальності в 2016р. склав 1,64.

Таким чином, стаціонарна летальність в області має тенденцію до збільшення.

Неврологічна допомога в амбулаторно-поліклінічних закладах області надається на I-II-III рівнях. Штатних посад лікарів – невропатологів в поліклініках 87,75, зайнятих – 80,75 (2016р. – 90,75, зайнятих – 84,25, 2015р – 88,50, зайнятих – 83,75). В більшості ЛПЗ невропатологи суміщають роботу в стаціонарах з амбулаторною допомогою.

У 2017 році всіх відвідувань кабінету невропатолога в поліклініках області зареєстровано 499908 (2016р. – 507994, 2015р. – 523929), у тому числі сільських мешканців 187009 (2016р. – 187550, 2015р. – 199110) випадків. З приводу захворювань звернулись 301337 хворих (2016р. – 307732, 2015р. – 299997), у т.ч. обслуговано викликів на дому 4221 (2016р. – 4356, 2015р. – 4 860).

Найбільша кількість відвідувань до лікарів-невропатологів у звітному періоді зареєстровано в м. Черкаси (120406), Шполянському (24612), Черкаському (22267) та Маньківському (22105) районах. В обласній лікарні зареєстровано 20040 відвідувань (2016р. – 18840, 2015р. – 18643,).

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).**

За даними ВООЗ, в майбутньому кількість цереброваскулярних захворювань буде зростати, що пов'язано з постарінням населення планети та збільшенням поширеності в популяції факторів ризику виникнення цереброваскулярних хвороб.

В Черкаській області в 2017 році до лікарів-неврологів та інших спеціалістів з симптомами гострих та хронічних форм цереброваскулярної патології (далі ЦВП) звернулось 60877 хворих, що складає 594,2 на 10 тис. населення (2016р. – 63288 або 611,3, в 2015р. – 64142 хворих або 634,1), що порівняно з минулорічним показником свідчить про зменшення кількості звернень (на 2411 випадків).

В абсолютних цифрах вперше в житті до неврологів в 2017 році звернулось 8125 пацієнтів, що склало 79,3 на 10 тис. дорослого населення (2016р. – 80,9 на 10 тис. відповідного населення або 8372 хворих).

Диспансерним наглядом охоплено 24070 пацієнтів з ЦВП, що становить 234,9 на 10 тис. дорослого населення (2016р. – 25723 пацієнти або 248,5 відповідно).

Найвищий рівень захворюваності на ЦВП зареєстровано в Чигиринському (831,6), Лисянському (824,2), Звенигородському (764,7), Шполянському (707,6) районах.

Поширеність ЦВП серед сільського дорослого населення в 2017 році значно збільшилась і склала 27035 випадків або 610,0 на 10 тис. населення (2016р. – 27021 випадок або 601,2 відповідно).

Первинна захворюваність серед сільського населення на патологію судин головного мозку склала 82,6 на 10 тис. населення (2016р. – 82,8).

Показники захворюваності дорослого населення на ЦВП

		2015	2016	2017	Україна 2016
Зареєстровано захворювань всього	абс.	64142	63288	60877	-
	на 10 тис. нас.	615,1	611,3	594,2	722,8
Зареєстровано вперше в житті	абс.	7785	8372	8 125	-
	на 10 тис. нас.	74,7	80,9	79,3	85,7

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.

За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я хронічні порушення мозкового кровообігу, традиційно позначених у вітчизняній літературі та клінічній практиці терміном «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕ), займають 95-96% у структурі судинних захворювань головного мозку. ДЕ залишається основною причиною первинної інвалідизації хворих з цереброваскулярними захворюваннями в Україні.

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

Сьогодні фактори ризику захворюваності на ГПМК змінились і на перший план виступили негативні техногенні впливи, соціальні та особистісні стресогенні навантаження, нераціональне харчування, ожиріння, атеросклероз, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, тощо.

У 2017 році поширеність мозкових інсультів у Черкаській області склала 38,0 на 10 тис. населення (2016р. – 37,0), в абсолютних числах це становить 3888 випадків, що на 56 випадків більше, ніж у 2016 році (3 832 випадки).

В 2016 році в Україні в цілому захворюваність на інсульти становила 27,9 на 10 тис. населення.

Найвищий рівень захворюваності на інсульти зареєстрований в Жашківському (46,1) районі та містах Сміла (48,7), Черкаси (42,8 на 10 тис. населення).

Порівнюючи показники захворюваності на інсульти в Черкаській області, потрібно відмітити наступне: в 2017 році спостерігається незначний ріст рівня загальної захворюваності на інсульти серед дорослого населення та у осіб працездатного віку.

Показники захворюваності на інсульти серед дорослого населення

		2015	2016	2017	Україна 2016
Зареєстровано захворювань всього	абс.	3722	3832	3888	-
	на 10 тис. нас.	35,7	37,0	38,0	27,9

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 2017 року в області зареєстровано 1157 випадків **транзиторних ішемічних атак** (далі – **ТІА**), що складає 11,3 на 10 тис. дорослого населення (2016р – 1306 та 12,6 відповідно).

Для порівняння - у 2016 році в Україні захворюваність на транзиторні ішемічні напади склала 10,7 на 10 тис. дорослого населення.

Найвищий рівень захворюваності на ТІА зафіксований в Драбівському (37,3), Маньківському (29,6) та Кам'янському (23,7) районах на 10 тис. дорослого населення.

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 їх гіпердіагностики.

Лікарями не враховуються критерії встановлення діагнозу ДЕ: наявність клінічних ознак ураження головного мозку, наявність серцево-судинного захворювання (атеросклерозу, артеріальної гіпертензії і т.д.), причинно-наслідковий зв'язок між вищезазначеними критеріями, наявність структурних змін головного мозку за показниками нейровізуалізації (КТ, МРТ головного мозку), клінічні та параклінічні ознаки прогресування церебро-васкулярної недостатності.

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 черепно-мозгових травм.

Дуже важливою проблемою сучасної неврології є проблема **інфекційних та вірусних уражень нервової системи**. Почастішали випадки ураження нервової системи герпетичного, грипового, 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 2017 року зареєстровано 1 561 випадок запальних хвороб ЦНС, що склало 15,2 на 10 тис. населення (2016р. – 1731 випадок або 16,7). Вперше в області зареєстровано 153 нових випадки запальних хвороб нервової системи, що склало 1,5 на 10 тис. населення (2016р. – 1,4 або 142 хворих).

Найвищий рівень захворюваності на запальні хвороби нервової системи спостерігався в Смілянському (25,5), Маньківському (24,8) та Кам'янському (24,2 на 10 тис. населення) районах.

В 2016 році в Україні загальна захворюваність цією патологією складала 15,3 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 547 випадків даної патології або 12,3 на 10 тис. відповідного населення (2016р. – 582 або 12,9 на 10 тис. населення).

Вперше виявлено 63 хворих, що складає 1,4 на 10 тис. населення (2016р. – 50 або 1,1 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. Протягом 2017 року до неврологів області звернувся 8701 хворий або 84,9 на 10 тис. населення. Вперше така патологія зареєстрована у 4342 хворих або 42,4 на 10 тис. населення.

В 2016 році за медичною допомогою у зв'язку з захворюванням периферичної нервової системи звернулись 8 312 осіб або 80,3 на 10 тис. населення, вперше – 4 196 хворих (40,5 на 10 тис. населення).

Серед сільського населення в 2017 році поширеність склала 3907 випадків або 88,1 на 10 тис. населення (2016р - 3975 або 88,4 на 10 тис. нас.).

Найвищий рівень загальної захворюваності на хвороби периферичної нервової системи в області спостерігається в Городищенському (219,3), Смілянському (162,6), Канівському (139,7 на 10 тис. населення) районах.

Як видно із приведених показників, рівень захворюваності в названих районах значно перевищує середньообласний показник.

В Україні в 2016 році поширеність хвороб периферичної системи дорослого населення становить 136,9 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, але у більшості відділень ПІТ укомплектовані тільки функціональними ліжками.

Зміцнено діагностичну базу в Шполянській ЦРЛ - придбано ехо-енцефалографа та змонтований ліфт на другий поверх, в Уманській ЦРЛ придбано 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 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 2017 році зменшився і склав 162 випадки, або 1,6 на 10 тис. дорослого населення. Серед працездатного населення кількість випадків виходу на первинну інвалідність склала 135 хворих, або 1,9 на 10 тис., що на 15 випадків менше попереднього року (2016р. – 2,1 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 залишається на рівні 2016 року.
3. Матеріальна база неврологічних відділень потребує покращення в Канівській, К-Шевченківській та Звенигородській ЦРЛ та Городищенському РТМО.

Пропозиції:

1. Потребує покращення профілактична робота серед населення сімейними лікарями та кардіологами стосовно зниження загальної та первинної захворюваності на цереброваскулярні захворювання.

2. З метою поліпшення якості надання медичної допомоги інсультним хворим та зниження смертності від цього захворювання необхідно:

2.1. Вирішити питання щодо створення міжрайонних нейросудинних (інсультних) відділень на базі Смілянської МЛ, Уманської, Звенигородської та Золотоніської ЦРЛ.

2.2. Щорічне проведення лікарями-невропатологами занять з працівниками ШМД з питань діагностики та тактики надання медичної допомоги хворим в гострому періоді інсульту.

2.3. Впровадити проведення тромболізису при ішемічних інсультах в м.Умань і м. Черкаси та більш широке використання в умовах відділення ЦВП обласного нейросудинного центру обласної лікарні.

2.4. Продовжити роботу щодо більш активного впровадження в лікуванні інсультів нейрохірургічних методів (Уманська ЦРЛ, м.Умань, Черкаська МЛ№3, Черкаська обласна лікарня ОНСЦ).

2.5. Забезпечити необхідним обладнанням та розхідними матеріалами нейросудинне відділення МЛ ШМД №3, відділення ЦВП обласного нейросудинного центру згідно наказу МОЗ №297 та нейрохірургічне відділення (мікроскопи).

2.6. Терміново потребує покращення ультразвукова діагностика захворювань судин головного мозку на III рівні, необхідно придбати датчик для транскраніальної триплексної доплерографії (заявки подаються протягом декількох років).

2.7. Неврологам області покращити виявлення та діагностику орфанних захворювань та міастенії, всіх хворих з підозрою на вищезгадані захворювання направляти в КЗ «Черкаська обласна лікарня ЧОР» на дообстеження (ЕНМГ, МРТ, пневмомедіастенографію, консультацію торакального хірурга та ін.).

Ендокринологічна служба

Медична допомога хворим з ендокринною патологією в області надається 39 лікарями-ендокринологами (47,0 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 (48 ліжок), Першої Черкаської міської лікарні (30 ліжок), Уманської міської лікарні (7 ліжок), обласної дитячої лікарні (10 ліжок) та Черкаської міської дитячої лікарні (5 ліжок).

Всього станом на 01.01.2018 року в закладах охорони здоров'я області функціонувало 100 ендокринологічних ліжок, забезпеченість якими складає: дорослими – 0,7, дитячими – 0,12 на 10 тис. відповідного населення.

Стаціонарні ліжка використовуються раціонально, підтвердженням чого є показники їх роботи за 2017 рік: обіг ліжка – 33,07 (2016 – 30,55), середній термін перебування на ліжку – 10,45 (2016 – 11,16), летальність – 0,0 (2016 – 0,1).

Показники використання ліжкового фонду

	К-сть ліжок			Проліковано хворих			Робота ліжка			Середнє перебування хворого на ліжку		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Разом	100	97	85	3115	3004	2805	344	338	345	11,3	11,2	10,45
у т.ч.												
Обласна лікарня	50	50	48	1647	1697	1716	362	364,1	370	11,0	10,7	10,36
Обл. госпіталь	10	10	0	267	174	0	404	278,9	0	15,0	16,7	0
I МЛ м. Черкаси	30	30	30	895	865	806	304	323,0	299	10,8	11,2	11,15
МЛ м. Умань	10	7	7	306	268	283	326	315,6	366	10,6	10,6	9,06
Разом дитячі лікарні	15	15	15	605	632	566	364	362,3	368	9,1	8,6	9,78
Обл. дитяча лікарня	10	10	10	386	397	375	372	369,1	380	9,7	9,3	10,13
Дит. лікарня м. Черкаси	5	5	5	219	235	191	345	348,8	347	7,9	7,4	9,09

Впродовж 2017 року в закладах охорони здоров'я області стаціонарне лікування отримали 3371 хворий з ендокринною патологією (2015р. – 3731, 2016р. – 3636), з них в обласній лікарні – 1714 (2015р. – 1922, 2016р. – 1697). При вирішенні питань госпіталізації перевага надається сільському населенню. Стаціонарна медична допомога ендокринологічним хворим забезпечується повністю відповідно до потреби.

За 2017 рік здійснено 36 ургентних виїздів (2016р. – 32), під час яких було проконсультовано 36 (2016р. – 37) хворих, з них додатково – 10 (2016р. – 4).

Спеціалізована амбулаторно-поліклінічна медична допомога хворим на цукровий діабет забезпечується медичними працівниками спеціалізованих 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.

Станом на 01.01.2018 року загальна кількість хворих на **всі форми цукрового діабету** (ЦД) усіх вікових категорій в області становила 48763 особи, що складає 397,2 на 10 тис. всього населення (2015р. – 48 028 та 384,8, 2016р. – 48885 та 394,4 відповідно), з них вперше зареєстровано у звітному періоді 3761 особа, що складає 30,6 на 10 тис. всього населення (2015р. – 3 640 та 29,2, 2016р. – 3662 та 29,5 відповідно), у тому числі:

✓ **доросле населення** – всього зареєстровано 48535 осіб, що складає 473,8 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 47812 та 458,5, 2016р. – 48662 та 470,0 відповідно), та вперше зареєстровано хворих на ЦД – 3726, або 36,4 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 3610 та 34,6, 2016р. – 3638 осіб та 35,1 відповідно);

✓ **підлітки** (15-17р.) – всього зареєстровано 49 осіб, що складає 15,9 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 49 та 14,3, 2016р. – 58 та 18,1 відповідно), та вперше зареєстровано хворих на ЦД – 5 осіб, або 1,6 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 2 та 0,6, 2016р. – 1 та 0,3 відповідно);

✓ **дитяче населення** (0-14р.) – всього зареєстровано 179 осіб, що складає 10,4 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 167 та 9,8, 2016р. – 165 та 9,6 відповідно), та вперше зареєстровано хворих на ЦД – 30 осіб, або 1,7 на 10 тис. відпов. населення (2015р. – 28 та 1,6, 2016р. – 23 та 1,3 відповідно).

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

Захворюваність цукровим діабетом населення по вікових категоріях

		2016р.				2017 рік			
		Загальна		Первинна		Загальна		Первинна	
		абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.
Діти (0-14р.) - всього		165	9,6	23	1,3	179	10,4	30	1,7
у тому числі:									
	інсулінозалежний I тип	165	9,6	23	1,3	179	10,4	30	1,7
	інсулінонезалежний II тип	-	-	-	-	-	-	-	-
Підлітки (15-17р.) - всього		58	18,1	1	0,3	49	15,9	5	1,6
у тому числі:									
	інсулінозалежний I тип	54	16,8	1	0,3	48	15,5	5	1,6
	інсулінонезалежний II тип	4	1,2	-	-	1	0,3	0	0,0
	з них інсулінонезалежний з отриманням інсуліну	-	-	-	-	-	-	-	-
Дорослі (18р. і ст.) - всього		48662	470,0	3638	35,1	48535	473,8	3726	36,4
у тому числі:									
	інсулінозалежний I тип	2344	22,6	90	0,9	2330	22,7	105	1,0
	інсулінонезалежний II тип	46316	447,4	3548	34,3	46203	451	3621	35,3
	з них інсулінонезалежний з отриманням інсуліну	6400	61,8	329	3,2	6454	63,0	320	3,1
ВСЬОГО:		48885	394,4	3662	29,5	48763	397,2	3761	30,6
у т.ч. інсуліно-залежний I тип	діти 0-17р.	219	10,7	24	1,2	227	11,2	35	1,7
	дорослі 18 і ст.	2344	22,6	90	0,9	2330	22,7	105	1,0
інсулінонезалежний II тип	діти 0-17р.	4	0,2	0	0,0	1	0,0	0	0,0
	дорослі 18 і ст.	46316	447,4	3548	34,3	46203	451,0	3621	35,3
з них інсулінонезалежний з отриманням інсуліну	діти 0-17р.	-	-	-	-	-	-	-	-
	дорослі 18 і ст.	6400	61,8	329	3,2	6454	63,0	320	3,1
Потребують інсуліно-терапії	діти 0-17р.	219	10,7	24	1,2	227	11,2	35	1,7
	дорослі (18 і ст.)	8744	84,5	419	4,0	8784	85,7	425	4,1
	всього	8963	72,3	443	3,6	9011	73,4	460	3,7

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.

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 працює 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 2017 рік навчання в "школах" пройшли 3679 хворих усіх вікових категорій (2015р. – 4663, 2016р. – 5313).

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.

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 2017 рік його відвідали 1161 хворих (2015р. – 958, 2016р. – 1319);

✓ кабінет "Діабетичної полінейропатії" (функціонує на базі обласного ендокринологічного центру) – за 2017 рік його відвідали 1316 хворих (2015р. – 1057, 2016р. – 1575);

✓ кабінет "Діабетичної ретинопатії" (функціонує на базі офтальмологічного відділення) – за 2017 рік відвідало 3914 хворих (2015р. – 779, 2016 рік – 3647). В кабінеті проведено 804 сеансів лазерокоагуляції (2015 рік – 720, 2016 рік – 830).

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 №73 "Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну" в Черкаській області проведена робота по формуванню Реєстру інсулінозалежних пацієнтів.

Видано наказ УОЗ ОДА від 26.02.2016 № 54 "Про формування обласного рівня реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії", затверджено користувачів I та II рівнів, роздано індивідуальні коди доступу до Реєстру, сформована електронна база пацієнтів, яка станом на 01.01.2018 року нараховувала близько 8698 осіб. 3 грудня 2017 року в Черкаській області запроваджено виконання вимог постанови КМУ від 23.03.2016 № 329 "Порядок відшкодування вартості препаратів інсуліну". Відповідно до розпорядження КМУ від 07.09.2017 року № 690-р "Про розподіл резерву коштів медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам у 2017 році" розподілено додаткові кошти медичної субвенції для забезпечення відшкодування вартості лікарських засобів для лікування хворих на ЦД в сумі 10,0 млн. грн.

Потреба в препаратах для лікування хворих з цукровим та нецукровим діабетом по Черкаській області на 2017 рік, враховуючи наявний запас препаратів та зміну прогнозованої кількості хворих, що потребують інсулінотерапії (розрахунок потреби здійснювався виходячи з прогнозованої кількості хворих – 9200 осіб: 225 дітей, 20 вагітних, 8955 дорослих), складає 53761552,81 грн: з них

потреба на державний бюджет – 1119690 грн, додаткова потреба – 1094747,86 грн, обласний бюджет – 51547114,95 грн, а саме:

- препаратів інсуліну для лікування хворих (дорослих, дітей, підлітків та вагітних) на цукровий діабет – 50856256,85 грн;
- препаратів глюкагену для профілактики розвитку гіпоглікемічних станів дітей із лабільним перебігом цукрового діабету – 120 407,10 грн;
- препаратів для лікування хворих із нецукровим діабетом – 570451,00 грн.

За 12 місяців 2017 року отримано та закуплено препаратів інсуліну та виробів медичного призначення на загальну суму 27875364,69 грн, з них:

- за рахунок державного бюджету - на суму 476236,80 грн. (по заявці 2016 року);
- за рахунок обласного бюджету закуплено препаратів інсуліну на суму 27015690,96 грн.,
- за рахунок міських і районних бюджетів закуплено препаратів інсуліну на суму 330796,78 грн.,
- за рахунок гуманітарної допомоги – 52640,15 грн.

Всього за 12 місяців 2017 року для лікування хворих було використано лікарських засобів та виробів медичного призначення на суму 46540055,22 грн.

Залишок лікарських засобів та виробів медичного призначення по даній програмі станом на 01.01.2018 року складає 6731776,17 грн. та буде використовуватись впродовж терміну придатності.

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 підготовлений з питань патології щитоподібної залози.

За 2017 рік зазначене консультативне бюро відвідали 1845 профільних хворих (2015р. – 2211, 2016р. – 1709). В 2017 році 899 хворим було проведено 2572 пункційних біопсій із послідуємим гістологічним дослідженням, що значно покращило діагностику патології щитоподібної залози (2015р. – 840 та 2397, 2016р. – 874 та 2481 відповідно). Такий комплексний підхід значно покращив діагностику патології щитоподібної залози.

Нефрологічна служба

За 2017 рік план надання нефрологічної допомоги населенню області та формування регіональних реєстрів було виконано.

Впродовж звітнього періоду забезпеченість нефрологічними ліжками для дорослих в області дещо зменшилась і становить 0,45 на 10 тисяч населення (2016р. – 0,49, Україна – 0,5).

Всього по області нараховується 55 нефрологічних ліжок для дорослих, в т.ч.:

- КЗ "Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради" – 35 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 2016
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	
Середнє перебування хворого на ліжку	14,2	13,07	14,9	14,42	13,1	11,37	13,0
Летальність	0,51	0,85	0,47	0,76	0,57	0,96	1,27
Оберт ліжка	22,9	25,02	21,6	22,06	25,4	30,2	24,6
Середнє число зайнятості ліжка	328	337	319	326	347	355	321

Середній термін перебування хворого на ліжку має тенденцію до зниження і складає 13,07 (2016 р. – 14,2, Україна – 13,0).

Кількість пролікованих сільських мешканців дещо зменшилась і складає 37,8% (2016р. – 40,7%).

Середнє число зайнятості ліжка та його оберт збільшились і відповідають нормативам.

Летальність коливається в межах 0,47-0,96% та є нижчою від середньодержавного показника.

Станом на 31.12.2017р. в області медична допомога дорослим хворим з патологією нирок надавалась лікарями-нефрологами (штатних – 23,25 посади; зайнятих - 20,5; фізичних осіб - 10; із них 4 лікарі (40%) мають вищу кваліфікаційну категорію, 2 (20%) – першу, 1 (10%) – спеціалізацію з нефрології, 3 (30%) – лікарі-стажисти з нефрології.

Із 10 нефрологів 3 - пенсійного віку (30%).

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 сьогодні готуються 4 лікарі-інтерни за спеціальністю «нефрологія» для філій м. Умань – 1, м. Звенигородка – 1 та м. Черкаси - 2.

У 2017 році зареєстровано 54 термінових викликів лікарів-нефрологів (2016р. – 36); планово-консультативних виїздів фахівців в 2016-2017 рр. не було заплановано (2014р. – 7, 2015р. – 9).

Показники поширеності та захворюваності на інфекції нирок перевищують загальнодержавні і становлять на 10 тисяч населення: відповідно **205,8 і 17,6** (2015р. – 201,8 і 21,2; 2016р. – 204,6 і 19,7) (Україна – 2015р. - 169,5 і 21,4; 2016р. – 168,6 і 21,1).

Останнім часом збільшується кількість хворих з хронічною нирковою недостатністю, причинами розвитку якої є цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, гломерулонефрит.

Водночас строкатість показників свідчить про гіпердіагностику інфекцій нирок в окремих районах.

У 2017 році найвищі показники загальної захворюваності на 10 тис. населення зареєстровані в Черкаському (351,2), Смілянському (283,5) та Чигиринському (247,7) районах; найнижчі – в Лисянському (135,5), Христинівському (151,2) та Драбівському (181,7) районах.

Первинна захворюваність в області зменшилась на 10,6% і складає 17,6 на 10 тис. населення (2015р. – 21,2; 2016р. – 19,7).

Найвищі показники в Катеринопільському (34,0), Черкаському (30,2) районах, м. Ватутіне (29,7); найнижчі – в Тальнівському (6,9) та Канівському (7,9) районах.

Показники поширеності та захворюваності на **хронічний пієлонефрит** становлять відповідно **197,0** і **12,3** на 10 тисяч населення.

Найвищі показники в Черкаському (346,7), Смілянському (279,7), Чигиринському (244,5) районах, м. Умань (214,5); найнижчі – в Лисянському (129,3), Тальнівському (136,8), Христинівському (149,8) районах.

Первинна захворюваність 12,3 на 10 тис. населення (2015р. – 14,0; 2016р. – 12,4) зменшилась на 0,8%.

Найвищий рівень показника в Черкаському (25,8), Золотоніському (26,1), Уманському (22,9) районах та м. Ватутіне (26,3), найнижчий – в Канівському (0), Лисянському (3,1), Городищенському (3,8) районах.

Захворюваність на **гострий гломерулонефрит** складає **0,03** на 10 тис. дорослого населення (2015р. – 0,03, Україна – 0,25 на 10 тис. населення; 2016р. – 0,03) всього виявлено і проліковано 3 хворих: м. Умань, Жашківський, та Катеринопільський райони.

Поширеність **хронічного гломерулонефриту** - **4,4** (2015р. – 4,5, Україна – 7,1; 2016р. – 4,3, Україна – 6,9) на 10 тис. населення.

Найвищі показники в Чигиринському (12,0), Лисянському (6,7), Христинівському (6,3) районах, м. Умань (5,9), м. Черкаси (5,4). Найнижчі – в Звенигородському (0,5), Тальнівському (1,1) районах.

Показник первинної захворюваності в 2017 році складає **0,1** на 10 тис. населення (2015р. – 0,2; 2016р. – 0,1), найвищі показники в Корсунь-Шевченківському (0,6), Уманському (0,3), Жашківському (0,3), Черкаському (0,3) районах та м. Умань (0,3).

В м. Сміла, м. Ватутіне, Городищенському, Драбівському, Звенигородському, Канівському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Маньківському, Монастирищенському, Смілянському, Тальнівському, Христинівському, Чорнобаївському, Чигиринському та Шполянському 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 815 осіб, із

них 324 хворих (станом на 01.01.2018р.) отримують лікування методом ГД (55) та ГДФ (245) разом з ТОВ «Фрезеніус».

В 2017 році вперше проліковані методом ГД та ГДФ – 72 особи (2016р. – 44), з ТН – 0 (2015р. – 1; 2016р. – 4); всього проліковано методом ГД – 249, ПД – 7, після перенесення трансплантації нирки – 17.

У відділенні нефрології та діалізу обласної лікарні у 2017 році лікувалося методом постійного амбулаторного перитонеального діалізу 7 хворих.

Тривалість життя хворих на перитонеальному діалізі		Розподіл хворих на перитонеальному діалізі по нозологіях	
10 років	- 2 хворих	діабетична нефропатія	- 2 хворих
9 років	- 0 хворих	пієлонефрит	- 1 хворий
7 років	- 1 хворий	аномалія розвитку	- 1 хворий
4 роки	- 1 хворий	гломерулонефрит	- 3 хворих
1,5 року	- 2 хворих		
1 рік	- 1 хворий		

Кількість діалітичних апаратів

Роки	Всього	Черкаська обласна лікарня	Філія на базі Уманської ЦРЛ	Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	Філія на базі Золотоніської ЦРЛ
31.12.2012	30	17	7	6	-
31.12.2013	30	17	7	6	-
31.12.2014	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
31.12.2017	50	18	12	10	10

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
2017	331	249 (із них 4 – «Фрезеніус»)	82

Розподіл хворих, які отримували ГД за нозологічними формами

№ з/п	Хвороба	Загальна кількість			% відношення		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017
1.	Хронічний пієлонефрит	40	48	53	19,0	27,4	26,1
2.	Сечокам'яна хвороба	8	5	5	3,8	2,9	2,5
3.	Полікістоз нирок	33	30	41	15,6	17,1	20,2
4.	Хронічний гломерулонефрит	49	36	42	23,2	20,6	20,7
5.	Аномалія розвитку нирок	13	9	10	6,2	5,1	4,9
6.	Доброякісна гіперплазія передміхурової залози	4	1	1	1,9	0,6	0,5
7.	Гіпертонічна хвороба	13	13	15	6,2	7,4	7,4
8.	Цукровий діабет	28	26	32	13,2	14,9	15,8
9.	Тубулоінтерстиціальний нефрит	8	1	1	3,8	0,6	0,5
10.	Мієломна хвороба	4	1	0	1,9	0,6	0
11.	Системні захворювання	6	2	1	2,8	1,1	0,5
12.	Подагра	5	1	2	2,4	0,6	0,9
13.	Інші	-	2	-	-	1,1	-
	Всього	211	175	203	100	100	100

Серед хворих, які отримували програмний ГД у 2017 році більшість складають пацієнти з хронічним пієлонефритом (53 хворих). На другому місці по нозології розташовуються хворі з хронічним гломерулонефритом (42 хворих), на третьому – з полікістозом нирок (41 хворий) та цукровим діабетом (32 хворих).

Тривалість життя хворих на гемодіалізі в Черкаській обласній лікарні

Роки	2016		2017	
	абс. числа	%	абс. числа	%
до 1 року	35	20,0	89	43,8
від 1 до 3 років	101	57,7	70	34,5
від 4 до 5 років	31	17,7	27	13,3
від 6 до 9 років	7	4,0	15	7,4
від 10 років	1	0,6	2	1,0
Всього	175	100	203	100

Одним з показників якості проведення ГД є рівень гемоглобіну (Нв) у крові хворих. За 2017 рік середні показники його складають:

- ✓ вище 100 г/л – 107 хворих (42,97%), 2016 р. – 85 (48,57%),
- ✓ в межах 90-100 г/л – 43 хворих (17,27%), 2016р. – 30 (17,15%),
- ✓ менше 90 г/л – 99 хворих (39,76%), 2016р. – 60 (37,28%).

Низькі показники Нв відмічалися у 72-х вперше взятих хворих.

Середнє навантаження на 1 апарат

	2014	2015	2016	2017
Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	-	-	155,8	400,6
Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	400,2	410,0	421,0	422,0
Філія на базі Уманської ЦРЛ	547,0	504,3	513,0	483,0
Обласна лікарня	896,5	875,3	860,2	797,3
Всього	715,7	691,6	542,7	568,6
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

	2014	2015	2016	2017
Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	-	-	53,9	122,9
Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	114,3	111,8	105,2	114,1
Філія на базі Уманської ЦРЛ	100,8	108,1	119,3	115,9
Обласна лікарня	108,1	107,2	130,1	111,2
Всього	107,4	107,8	115,6	114,2

У 2017 році вперше взято на діаліз 72 хворих (2016 р. – 44, 2015 р. – 61).

Всього проліковано 249 хворих та проведено 28432 діалізи (2016р. – 216 хворих, 24962 діалізи; 2015 р. – 211 хворих, 22755 діалізів).

В Уманській філії – 50 хворих – 5796 діалізів (2016р. – 43 хворих, 5130 діалізів; 2015 р. – 42 хворих, 4539 діалізів).

В Звенигородській філії – 37 хворих – 4220 діалізів (2016р. – 28 хворих, 2947 діалізів; 2015 р. – 22 хворих, 2460 діалізів).

В Золотоніській філії - 33 хворих – 4056 діалізів (2016р. – 26 хворих, 1402 діалізи).

В обласній лікарні – 129 хворих – 14351 діаліз (2016р. – 119 хворих, 15483 діалізи; 2015 р. – 147 хворих, 15756 діалізів).

Основні показники діяльності відділення нефрології та діалізу КЗ «Черкаської обласної лікарні ЧОР» та його філій за 2017 рік

Показники	Черкаська обласна лікарня	Філія на базі Уманської ЦРЛ	Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	Всього
Кількість діалітичних місць (апаратів)	18	12	10	10	50
Кількість проведених сеансів гемодіалізу	14351	5 796	4220	4056	28432
Середнє навантаження на 1 апарат	797,3	483,0	422,0	400,6	568,6
Кількість пролікованих хворих методами діалізу	129	50	37	33	249
Лікується хворих	101	44	28	30	203

Нововведення

Протягом 2017р. у відділенні нефрології та діалізу КЗ "ЧОЛ Черкаської обласної ради" впроваджено наступні методики:

- Спосіб лікування синдрому неспокійних ніг у хворих з хронічною нирковою недостатністю, які перебувають на програмному гемодіалізі. Призначався препарат «Гебапентин» (антиконвульсант) 3 пацієнтам, результат позитивний.
- Вивчення «індивідуальної варіабельності гемоглобіну» (ІВГ) у пацієнтів, які лікуються гемодіалізом.

Коливання гемоглобіну у пацієнтів, які лікуються гемодіалізом, залежить як від технічних причин (тромбування а/в системи), кровотеч з різних причин (маткові, шлунково-кишкові, носові та ін.), прийому препаратів заліза, порушення фосфорно-кальцієвого обміну.

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.
- Відкрити кабінет нефролога для жителів м.Черкаси на базі однієї з амбулаторно-поліклінічних установ міста та забезпечити профільний прийом.
- Розглянути питання щодо розширення площ на базі філії м. Умань або відкрити додатково філію для Уманського куща в зв'язку зі зростанням кількості хворих, так як станом на 08.02.2018 року на базі філії м.Звенигородка лікується 5 пацієнтів. Крім того, в 2018 році мають розпочати лікування гемодіалізом ще 5 хворих, у яких сформовані а/в фістули.

Стоматологічна служба

Стоматологічна допомога населенню області у 2017 році надавалась на належному рівні. Пріоритетним напрямком роботи залишається надання планової лікувально-профілактичної допомоги дитячому та пільговим категоріям населення. Значна увага приділялась виконанню заходів «Програми профілактики стоматологічних захворювань на 2015-2020 роки».

У 2017 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 123 стоматологічних кабінети, в яких працюють лікарі-стоматологи центральних районних лікарень. Чисельність ортопедичних стоматологічних кабінетів зменшилась на одиницю і склала 20.

Кадровий склад лікарів-стоматологів у порівнянні з 2016 р. зменшився на 3,25 штатних, 2,25 зайнятих посад та 12 фізичних осіб, зубних лікарів - зменшився на 1,0 штатних та 1,25 зайнятих посад.

Кадри стоматологічної служби

	Штатні		Зайняті		Фізичні особи	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Лікарі-стоматологи	457,5	454,25	438,75	436,5	448	436
- в т.ч. дитячі	34,5	34,25	32,5	33,25	30	30
- ортопеди	55,0	49	45,25	39	47	42
Зубні лікарі	10,75	9,75	10,75	9,5	11	11
Зубні техніки	109,75	95,25	91,0	72	111	89

У звітному періоді забезпеченість лікарями-стоматологами у розрахунку на 10 тис. населення зменшилась в порівнянні з минулим роком і склала: штатними посадами - 3,7 (2016 р. – 3,8; Україна - 3,6), зайнятими - 3,5 (2016 р. - 3,6; Україна - 3,5), фізичними особами - 3,5 (2016 р. - 3,7; Україна – 3,5).

Найнижча забезпеченість стоматологами залишається в наступних районах:

- Христинівському: штатні посади – 1,7, зайняті посади - 1,7, фізичні особи – 2,3;
- Корсунь-Шевченківському: штатні посади – 2,6, зайняті посади – 1,9, фізичні особи – 2,3;
- Маньківському: штатні посади – 2,2, зайняті посади – 2,1, фізичні особи – 2,2.
- Уманському: штатні посади – 2,1, зайняті посади – 2,1, фізичні особи – 2,3.

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

Щорічно зменшується кількість лікарів-стоматологів-ортопедів та зубних техніків. Так, забезпеченість лікарями-стоматологами-ортопедами на 10 тис. дорослого населення у 2017 році складає: штатних – 0,47 (2016р. – 0,53), зайнятих – 0,38 (2016р. – 0,43), фізичних осіб – 0,41 (2016р. – 0,45, Україна – 0,59).

Укомплектованість штатних посад лікарів стоматологічного профілю в ЛПЗ області склала 93,3% (Україна – 100%). Найгірша укомплектованість стоматологами (на зайняті посади) відмічається у районах: К-Шевченківському і Шполянському (73%), Городищенському (82%), Канівському (85%) та Драбівському (86%).

Питома вага атестованих лікарів склала 91,9% від підлягаючих атестації. Всього по області не атестовано 4 лікарів пенсійного віку (Драбівський, Шполянський, Монастирищенський та Христинівський райони). Всі не атестовані лікарі переведені на посади лікарів-стажистів.

У 2017 році загальна кількість відвідувань стоматологічних закладів в області збільшилась і склала 1 млн. 306 тис. 480 осіб (2016 р. – 1 млн. 297 тис. 968 осіб), із них 623427 (2016 р. – 617 446) – первинних. Число відвідувань до лікарів стоматологів та зубних лікарів на 1 жителя склало 1,1 (Україна – 0,9).

Питома вага первинних відвідувань серед усіх відвідувань – 47,7% (Україна – 48,1%).

Необхідно відмітити, що більша частина населення (понад 75%), звертаються за стоматологічною допомогою в державні заклади.

Великий обсяг стоматологічної допомоги надається в плановому порядку. Так, за 2017 рік стоматологами оглянуто 29,1% осіб від загальної чисельності населення (Україна - 19,0%), у тому числі дітей – 77,4% від загальної чисельності дитячого населення (Україна – 69,3%). Відсоток санованих дітей від потребуючих склав 92,5% (Україна – 90,4%).

Відсоток дітей, потребуючих санації, незначно змінюється і складає 45,5% (2016р. – 45,0%, Україна – 48,4%) і цьому сприяє програма профілактики стоматологічних захворювань, яка затверджена рішеннями сесій районних рад на 2015-2020 роки в усіх районах області.

В 2017 році запланований обсяг фінансування заходів програми – 2135562 грн., фактично виділено коштів – 729784 грн. , що складає 34,2%.

На виділені кошти закуплено пломбувальні матеріали для санації дитячого населення та обладнання. Так, у Золотоніському районі закуплені 2 сучасні стоматологічні установки в АЗПСМ сіл Коробівка та Піщане; 4 турбінні приставки, аквадистилатор та наконечники придбано в Уманську стоматологічну поліклініку.

Водночас, у Звенигородському, К-Шевченківському, Катеринопільському, Тальнівському та Христинівському районах кошти на зазначені цілі не виділялись. У районах, де бюджетні кошти не виділялись, санація дітей проводилась за благодійні кошти. Всього за 2017 рік профілактично сановано 69257 дітей та накладено 154074 пломби.

З метою надання стоматологічної допомоги населенню сільської місцевості, де відсутні лікарі-стоматологи, впродовж багатьох років активно використовуються 3 пересувні стоматологічні амбулаторії, які функціонують на базі обласної стоматологічної поліклініки. За звітний період така стоматологічна допомога надавалась у 22 населених пунктах 9 районів області, при цьому загальна кількість відвідувань до амбулаторій склала 8607, у т.ч. дітей – 1889; з них сановано 3209 осіб, у т.ч. 918 дітей.

На базі стоматологічних кабінетів військкоматів надавалась допомога призовникам. Із 2028 оглянутих призовників підлягало санації 45,3% (2016р. - 61%), що набагато краще, ніж у попередньому році. Водночас, найбільше призовників підлягало санації у Чорнобаївському (64%), Катеринопільському (61%), К-Шевченківському (55%), Канівському (54%) та Монастирищенському районах (51%). Крім того, 11 призовників підлягало зубопротезу-ванню (2016 р. - 114 призовників).

В 15 лікувально-профілактичних закладах області впродовж 2017 року проліковано 1886 дітей з щелепно-лицевою патологією (2016 р. – 1985).

Частка дитячого населення, що закінчили ортодонтичне лікування, склала 92,5% (Україна – 57,2%). Даний вид стоматологічної допомоги не надавався в Городищенському, Корсунь-Шевченківському, Канівському, Лисянському, Маньківському, Монастирищенському, Тальнівському та Христинівському районах через відсутність лікарів-ортодонтів.

У 2017 році стоматологами-ортопедами запротезовано 10790 осіб (2016 р. – 10551), що складає 1,04 на 100 осіб дорослого населення (Україна - 0,9). В середньому на 1 лікаря запротезовано 241 особа (Україна – 219).

На пільгових умовах запротезовано 2307 осіб на загальну суму 2 млн. 943 тис. 447 грн. Крім того, запротезовано 998 осіб, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, на суму 1 млн. 25 тис. 720 грн. На кінець року у черзі на зубопротезування перебуває 2315 осіб. Найбільша черга відмічається у м. Черкаси (1080 осіб, з них 1061 особа – ветерани праці та пенсіонери за віком), Золотоніському районі (706 осіб, з них 583 особи - ветерани праці та пенсіонери за віком), К-Шевченківському (162 особи). Крім того, у Драбівському районі не запротезовано 19 учасників АТО.

У 2017 році в області зареєстровано 87 випадків онкологічних захворювань порожнини рота, в т.ч. 53 занедбаних (60,9%). У розрізі хвороб: рак губи – 23 випадки, з них 3 (13%) занедбаних; патологія порожнини рота - 64 випадки, з них 50 (78,1%) занедбані.

	2015	2016	2017
Всього зареєстровано випадків злоякісних новоутворень	108	87	87
- із них у занедбаній формі	52(48,1%)	40(46%)	53(60,9%)
у тому числі:			
1. Губа	27	19	23
% від загальної патології	25%	21,8%	26,4%
- із них у занедбаній формі	3(11%)	3 (15,8%)	3(13%)
2. Порожнина рота	81	68	64
- із них у занедбаній формі	49(60,5%)	37 (54,4%)	50 (78,1%)

Кількість випадків злоякісних новоутворень залишилась на рівні минулого року, але збільшилась кількість за давнених випадків. На жаль потрібно відмітити, що більшість випадків (60%) виявлено лікарями-стоматологами, 15% випадків - самозвернення і лише 25% випадків онкозахворюваності порожнини рота виявлено лікарями загальної лікувальної мережі.

У 2017 році для забезпечення діяльності стоматологічної служби області з місцевих бюджетів виділено 4 млн. 508,4 тис. грн., із них найбільше:

- 2 млн. 452,3 тис.грн. (із фонду розвитку міста Черкаси);
- 240,0 тис.грн. (із бюджету міста Умань за Програмою профілактики стоматологічних захворювань);
- 233,0 тис.грн. (в Золотоніському районі за Програмою профілактики стоматологічних захворювань);
- 292,4 тис.грн. (із бюджету Чигиринського району).

Зібрано благодійних внесків на загальну суму 5 млн. 896,4 тис.грн.

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

Так, у 2017 році закуплено 7 стоматологічних установок (КЗ «Черкаська міська стоматологічна поліклініка», КП «Уманська міська стоматологічна поліклініка», 2 - сільські дільниці Золотоніського району, по 1 - сільські дільниці Городищенського та Лисянського районів та 1 - Чигиринська ЦРЛ).

В КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» закуплено:

3 компресори, 3 панмеда для зберігання стерильних інструментів, 2 сухожарові шафи та ноутбук.

В КЗ «Черкаська міська стоматологічна поліклініка» встановлено індивідуальне теплопостачання з заміною батарей опалення, продовжено ремонтні роботи приміщення виділеного під зуботехнічну лабораторію та закуплено 3 комп'ютери, принтер, компресор, 2 витяжні шафи.

В КП «Уманська стоматологічна поліклініка» придбано 4 мобільні турбінні приставки для шкільних бригад, 4 настільні автоклави, аквадистилятор та наконечники.

Крім того, проведені часткові ремонти в Смілянській міській стоматологічній поліклініці та стоматологічних відділеннях Чигиринської і Шполянської ЦРЛ.

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

Впровадження нововведень в 2017 році:

- ✓ КЗ «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» - продовжено використання тромбоцитарного концентрату для заповнення пустот кісткової тканини після хірургічного втручання.
- ✓ КЗ «Черкаська міська стоматологічна поліклініка» - продовжено впровадження імплантів в ділянки відсутніх зубів; виготовлення знімних протезів з поліаміду.
- ✓ КЗ «Черкаська міська дитяча стоматологічна поліклініка» - продовжено впровадження трейнерів 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 залишається:

- низький рівень матеріально-технічного забезпечення центральних районних лікарень Драбівського, Лисянського, Жашківського, Смілянського і Тальнівського районів;
- відсутність бюджетного фінансування в Тальнівському районі;
- відсутність фінансування програми профілактики стоматологічних захворювань у Звенигородському, Тальнівському, Катеринопільському, Корсунь-Шевченківському та Христинівському районах;
- низька забезпеченість сільського населення лікарями-стоматологами в Корсунь-Шевченківському, Тальнівському та Шполянському районах.

Перспективи розвитку стоматологічної служби області на 2018 рік

- Проведення профілактичних заходів серед вагітних жінок, призовників та дітей щодо попередження розвитку карієсу.

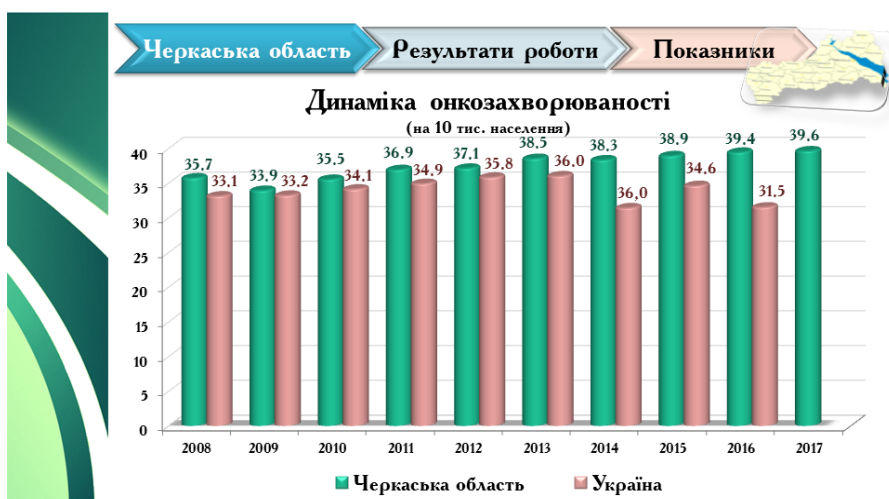
- Подальше впровадження програми профілактики стоматологічних захворювань на 2015-2020 роки в усіх містах та районах області.
- Використання сучасного стоматологічного обладнання та новітніх технологій лікування і профілактики стоматологічних захворювань.
- З метою наближення стоматологічної допомоги мешканцям села в населених пунктах, де скорочені посади стоматологів і збереглося стоматологічне обладнання, продовжити виїзди лікарів на ці дільниці 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 підростаючого покоління.
- Виготовлення складних щелепних протезів.
- Ширше впровадження імплантології зубів.

Онкологічна служба

Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в області зберігає тенденцію до зростання (+0,5%), традиційно перевищує середній рівень по Україні (4-е рейтингове місце після Кіровоградської, Сумської та Херсонської областей) та в 2017 році становить 39,6 на 10 тис. населення (проти та 39,4 на 10 тис. по області та 31,5 на 10 тис. по Україні у 2016 році).

У 2017 р. на диспансерний облік взято 4308 пацієнтів з вперше в житті встановленим діагнозом злоякісного новоутворення (далі - ЗН). Зареєстровано 4861 нових випадків ЗН (2016р. – 4879 випадків).

Загальна кількість пацієнтів з діагнозом ЗН, що перебувають під диспансерним наглядом, має сталу тенденцію до зростання та у 2017 році становить 37402 особи (проти 34642 в 2015 та 36098 в 2016 роках).



Найвищі рівні онкозахворюваності у звітному періоді зафіксовано в Кам'янському (49,4), Шполянському (49,0), Драбівському (43,5), Христинівському (42,4), Катеринопільському (41,9) і Смілянському районах та м.Ватутіне (45,4) і м.Черкаси (44,8).



Суттєве зростання захворюваності порівняно з 2016 роком відмічається в Шполянському, Кам'янському, Звенигородському, Христинівському районах та в м. Ватутіне, що може свідчити, певною мірою, про нестабільність роботи з раннього виявлення онкозахворювань впродовж останніх років.

Захворюваність на злоякісні новоутворення у містах продовжує залишатися вищою, ніж у районах, і становить 41,9 проти 38,3 на 10 тис. нас. відповідно. Загалом рівень захворюваності міського населення перевищує рівень захворюваності сільських мешканців і складає 42,1 та 36,3 на 10 тис. нас. відповідно. Така закономірність пояснюється, можливо, більш агресивним антропогенним навантаженням на жителів міст та більшою середньою тривалістю життя містян.

Серед жіночого населення на перших місцях в структурі захворювань відмічається рак молочної залози – 18,71%, рак шкіри – 14,54%, рак тіла матки – 8,65%, рак ободової кишки – 6,69%, рак прямої кишки – 6,69%, рак шийки матки – 5,77%, рак яєчників – 4,73%, рак шлунку – 4,45% та рак щитоподібної залози – 4,37%. Кожний другий випадок онкологічного захворювання серед жінок у 2017 році відноситься до візуальних форм новоутворень – 47,2%.

**Структура випадків первинної захворюваності на ЗН
серед жіночого населення у 2017 році**

Нозологічна форма	Питома вага
Молочної залози C50	18,71%
Інших новоутворень шкіри C44,C46.0	14,54%
Тіла матки C54	8,65%
Ободової кишки C18	6,69%
Пр.кишки, ректосиг.з'єд, анусу C19-C21	6,69%
Шийки матки C53	5,77%
Яєчника C56	4,73%
Шлунку C16	4,45%
Щитоподібної залози C73	4,37%
Трахеї, бронхів, легенів C33-C34	4,17%
Лейкозів C91-C95	3,45%
Нирки C64	2,64%
Меланоми шкіри C43	2,48%
Злоякісних лімфом C81-C85, C88, C90	2,36%
Інших та неуточ.відділів нерв. с-ми	1,08%
Ротової порожнини C01-C08, C46.2	0,48%
Кісток та сполучної тканини C40-C41, C46.1,C49	0,48%
Глотки C09-C14	0,28%
Із заг. кількості ЗН: губи C00	0,24%
Стравоходу C15	0,24%
Гортані C32	0,12%
Інші	7,38%

Провідні місця в структурі захворюваності чоловічого населення посідають: рак легень – 16,18%, передміхурової залози – 11,87%, рак шкіри – 11,2%, рак шлунку – 7,56%, рак ободової кишки – 7,35%, рак прямої кишки – 7,35%, рак сечового міхура – 5,32%. Кожний четвертий випадок ЗН у чоловіків (24,44%) належав до пухлин візуальної локалізації.

**Структура випадків первинної захворюваності на ЗН серед
чоловічого населення у 2017 році**

Нозологічна форма	Питома вага
Трахеї, бронхів, легенів C33-C34	16,18%
Передміхурової залози C61	11,87%
Інших новоутворень шкіри C44,C46.0	11,20%
Шлунку C16	7,56%
Ободової кишки C18	7,35%
Пр.кишки, ректосигм.з'єд, анусу C19-C21	7,35%
Сечового міхура C67	5,32%
Лейкозів C91-C95	3,76%
Нирки C64	3,30%
Злоякісних лімфом C81-C85, C88, C90	3,00%
Гортані C32	2,70%
Глотки C09-C14	2,62%
Стравоходу C15	2,20%
Ротової порожнини C01-C08, C46.2	2,16%
Меланоми шкіри C43	2,11%
Губи C00	0,76%
Щитоподібної залози C73	0,63%
Кісток та сполучної тканини C40-C41, C46.1, C49	0,59%
Молочної залози C50	0,23%
Інше	9,11%

Впродовж останніх років питома вага морфологічно підтверджених діагнозів злоякісних новоутворень поступово зростала. У 2017 р. рівень цього показника сталий та відповідає 2016 року – 86,3% (Україна 83,0%).

Найгірші показники щодо морфологічного підтвердження діагнозу злоякісного новоутворення мають:

- Катеринопільський район – знизився до 69,3% проти 72,4%,
- м. Ватутіне - знизився до 76,9% проти 83,3%,
- Кам'янський район – знизився до 77,6% проти 87,5%,
- Драбівський – підвищився до 78,3% проти 67,3%,
- Чорнобаївський – знизився до 79,1% проти 83,6%,
- Шполянський – знизився до 80,9% проти 86,5% в 2016 році.

Показник охоплення онкохворих спеціальним лікуванням в цілому по області у звітному періоді не змінився у порівнянні з попереднім роком і становить 70,5% (Україна – 68,0%). Показник охоплення лікуванням в районах області певною мірою корелює з показником морфологічної верифікації захворювання та дорічної летальності.

Найменші показники охоплення спеціальним лікуванням зареєстровано в :

- м. Ватутіне - знизився до 52,7% проти 70,9%;
- Катеринопільському районі – 56% проти 53,6%;
- Смілянському районі – знизився до 61,2% проти 64,6%;
- Христинівському районі – 62,7% проти 62,8% в 2016 році.

Охоплення спеціальним лікуванням хворих на ЗН

		2016 рік	2017 рік
1.	м. Черкаси	72,7%	71,4%
2.	м. Сміла	80,5%	80,8%
3.	м. Умань	64,5%	70,3%
4.	м. Ватутіне	70,9%	52,7%
Міста разом		72,5%	71,5%
1.	Городищенський	69,7%	68,2%
2.	Драбівський	54,6%	68,7%
3.	Жашківський	74,6%	77,5%
4.	Звенигородський	75,6%	78,3%
5.	Золотоніський	75,3%	71,5%
6.	К-Шевченківський	70,9%	75,8%
7.	Канівський	71,9%	71,8%
8.	Кам'янський	71,2%	65,6%
9.	Катеринопільський	53,6%	56,0%
10.	Лисянський	63,8%	73,4%
11.	Маньківський	83,2%	74,7%
12.	Монастирищенський	89,4%	80,2%
13.	Смілянський	64,6%	61,2%
14.	Тальнівський	72,4%	70,5%
15.	Уманський	69,8%	68,5%
16.	Христинівський	62,8%	62,7%
17.	Черкаський	66,1%	70,3%
18.	Чорнобаївський	59,0%	65,5%
19.	Чигиринський	61,7%	68,8%
20.	Шполянський	73,5%	67,4%
Райони разом		69,3%	69,8%
Черкаська область		70,5%	70,4%
Україна		68,0%	-

На показник охоплення онкохворих спеціальним лікуванням суттєво впливають низка чинників.

Так, певна кількість пацієнтів взагалі не потрапляє до спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Відповідно не виконується морфологічна верифікація захворювання, не проводиться спеціальне лікування, що має своїм наслідком обмеження прогнозу для життя. Серед причин, окрім категоричної відмови від спеціалізованої допомоги, можна назвати малоактивну роз'яснювальну роботу з пацієнтом через недостатню обізнаність медичних працівників, особливо старших вікових груп, про сучасні можливості онкологічної допомоги, певний негативізм до медичних працівників в суспільстві взагалі.

Негативно на результативності діагностично-лікувальної роботи на місцях позначається кадровий дефіцит, особливо на рівні первинної ланки медичної допомоги, та обмеженість діагностичних можливостей на вторинному рівні. Для виконання обов'язкового обсягу обстежень доводиться долати значні відстані, що не завжди доступно, особливо сільським жителям літнього віку.

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 рання діагностика хвороби. У 2017 році злоякісні новоутворення у I-II стадії було виявлено у 2200 осіб, що складає 51,6% від взятих на облік 4308 осіб. У 2016 році показник виявлення у I-II стадії в області становив 52,3%, в Україні – 53,4%.

Лише кожний четвертий випадок онкологічного захворювання виявляється завдяки профілактичній роботі. Так, у 2017 році при профілактичних оглядах населення області було виявлено лише 25,5% злоякісних новоутворень, при цьому в містах – 24,6%, у районах – 26,1%, (Україна в 2016 році – 28,5%).

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

Найвищі показники результативності профілактичних оглядів мають Уманський (40,0%), Монастирищенський (37,5%), Кам'янський (32,8%) райони.

Найгірше ця робота проводиться у Чорнобаївському (18,7%), Жашківському (20,6%), Драбівському (21,4%) та Смілянському (21,6%) районах.

Виявлення хворих на ЗН при профілактичних оглядах

		2016 рік	2017 рік
1.	м. Черкаси	24,4%	22,5%
2.	м. Сміла	24,3%	29,0%
3.	м. Умань	28,2%	28,0%
4.	м. Ватутіне	25,5%	29,7%
Міста разом		25,0%	24,6%
1.	Городищенський	25,4%	26,4%
2.	Драбівський	31,2%	21,4%
3.	Жашківський	22,9%	20,6%
4.	Звенигородський	17,9%	24,3%
5.	Золотоніський	24,7%	24,6%
6.	Корсунь-Шевченківський	20,0%	25,0%
7.	Канівський	31,5%	26,0%
8.	Кам'янський	38,5%	32,8%
9.	Катеринопільський	21,6%	31,9%
10.	Лисянський	20,3%	26,6%
11.	Маньківський	26,2%	25,3%
12.	Монастирищенський	38,5%	37,5%
13.	Смілянський	22,3%	21,6%
14.	Тальнівський	19,8%	22,1%
15.	Уманський	32,5%	40,0%
16.	Христинівський	23,1%	23,1%
17.	Черкаський	31,7%	28,0%
18.	Чорнобаївський	19,9%	18,7%
19.	Чигиринський	20,2%	25,0%
20.	Шполянський	23,5%	25,7%
Райони разом		25,9%	26,1%
Черкаська область		25,6%	25,5%

Зберігається негативна тенденція щодо охоплення жіночого населення області цитологічним скринінгом. Так, черговий рік поспіль знижується частка охоплення жінок онкоцитоскринінгом, що беззаперечно позначиться на своєчасності виявлення раку шийки матки, передонкозахворювань статевих органів жінок. Так, найкритичніше за результатами роботи в 2017 році виглядає ситуація в Христинівському (45,0% охоплення), Уманському (46,2% охоплення), Золотоніському (47,7% охоплення) районах, в м.Сміла (48,3% охоплення) та м.Черкаси (51,8% охоплення).

Разом з тим нагальною проблемою є несвоєчасне виявлення онкологічних захворювань. Питома вага хворих з IV стадією у 2017 році становить 21,1% (910 осіб) проти 20,3% (898 осіб) у 2016 році, в Україні за 2016р. – 16,7%. Тобто фактично кожному п'ятому хворому в області діагноз визначається на останній стадії захворювання, коли можливості для лікування вкрай обмежені, або й взагалі відсутні.



Загальна занедбаність виявлення онкозахворювань в області в 2017 році склала 24,1%, візуальна – 15,6%.

Найвищі показники загальної занедбаності у 2017 році зареєстровано у Драбівському (30,5), Катеринопільському (29,7%), Черкаському (28,0%), Канівському (26,7) і Смілянському (26,7%) районах та в м. Черкаси (26,8%) при обласному показнику 24,1%.



Візуальна занедбаність найвища у Чигиринському (25,0%), Шполянському (23,2%), Лисянському (22,2%) і Золотоніському (21,7%) районах та серед міст – в м. Сміла (23,8%) при середньообласному показнику 15,6%.



Відносно вища доступність медичних послуг для мешканців міст вже традиційно не позначається на якості самої медичної допомоги. Так, в 2017 році серед містян загальна занедбаність становить 25,8% та є вищою, ніж серед сільського населення – 23,0%, так і в цілому по області – 24,1%.

Менша доступність медичних послуг сільського населення мало впливає на зростання показника занедбаності не лише загальної, а й візуальної: серед сільського населення він становить 15,7%, а серед міського населення – 15,3%, по області – 15,6%.

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 – 2 з 3 випадків раку ротової порожнини виявлено в занедбаній стадії.

У 2017 році від злоякісних новоутворень в області померло 2474 особи.

Рівень смертності стало зростає з року в рік і становить 20,0 на 10 тис. населення проти 19,4 у 2016 році (Україна –15,9).

Смертність населення Черкаської області від злоякісних новоутворень

№ з/п	Регіони	2015		2016		2017	
		абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.
1.	м. Черкаси	551	19,5	568	20,2	634	22,4
2.	м. Сміла	98	14,5	141	20,9	109	15,9
3.	м. Умань	155	18,1	148	17,4	150	17,5
4.	м. Ватутіне	42	23,9	28	16,1	32	18,4
	Разом по містах:	846	18,6	885	19,6	925	20,3
1.	Городищенський р-н	72	17,5	70	17,2	65	16,1
2.	Драбівський р-н	71	19,8	72	20,3	71	20,3
3.	Жашківський р-н	71	19,0	84	22,7	77	20,9
4.	Звенигородський р-н	76	16,9	76	17,1	90	20,3
5.	Золотоніський р-н	148	20,9	143	20,2	132	18,7
6.	К-Шевченківський р-н	83	19,0	92	21,3	82	19,1
7.	Канівський р-н	91	20,3	91	20,5	84	19,1
8.	Кам'янський р-н	65	23,1	55	20,0	54	19,9
9.	Катеринопільський р-н	62	25,3	58	23,8	57	23,6
10.	Лисянський р-н	32	13,4	33	13,9	40	17,0
11.	Маньківський р-н	47	16,8	47	16,9	53	19,3
12.	Монастирищенський р-н	46	12,6	39	10,8	53	14,7
13.	Смілянський р-н	53	16,2	66	20,3	78	24,4
14.	Тальнівський р-н	84	24,1	75	21,8	81	23,9
15.	Уманський р-н	77	17,8	84	19,6	76	17,8
16.	Христинівський р-н	51	14,4	70	19,8	73	20,9
17.	Черкаський р-н	129	17,2	124	16,5	138	18,3
18.	Чорнобаївський р-н	81	19,5	93	22,6	89	21,8
19.	Чигиринський р-н	59	21,6	56	20,8	54	20,3
20.	Шполянський р-н	106	24,1	87	20,0	102	23,6
	Разом по районах:	1504	18,9	1515	19,2	1549	19,8
	Всього по області:	2350	18,8	2400	19,4	2474	20,0
	Україна:	-	15,8	-	15,9		

Показник летальності до одного року з часу встановлення діагнозу відносно сталий і має незначні щорічні коливання. У 2017 році він складає 24,4% проти 23,1% у 2016 році (Україна – 26,9%) та 24,3% у 2015 році (Україна - 26,9%).



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 важлива складова ефективної онкологічної допомоги.

Ефективна робота мережі закладів **первинної ланки** як фактичного виконавця заходів з виявлення особливо на початкових, доклінічних стадіях, онкопатології та здійснення диспансерного нагляду за пацієнтами з перед- та онкопатологією найкритичніше впливає на результативність протипухлинної роботи в цілому та раціональність використання суттєво обмежених бюджетних ресурсів. З метою підвищення обізнаності медичних працівників первинної ланки з питань онкології силами медичних працівників обласного онкологічного диспансеру проводиться методична робота як в режимі курсів інформації та стажування на базі закладу, так і виїзна робота з колективами ЦПМСД в районах.

На заклади **вторинного рівня** покладено надання спеціалізованої, а стосовно онкологічної роботи - більшою мірою діагностичної допомоги закладам первинного рівня. Тому іншим важливим питанням для медицини області лишається забезпеченість закладів вторинного рівня діагностичним обладнанням.

На третинному рівні онкологічна служба області представлена обласним онкологічним диспансером з ліжковим фондом, станом на початок 2018 року, 480 ліжок. Розширення ліжкового фонду, вперше за останнє десятиріччя, відбулось за рахунок облаштування 50 ліжок в новоствореному обласному центрі паліативної допомоги на площах приміщення, переданого закладу в 2017 році для реалізації обласної Програми розвитку паліативної допомоги на 2015-2020 роки.

На 480 ліжках 12 клінічних відділень закладу проліковано 13399 пацієнта. Середня тривалість одного випадку стаціонарного лікування склала 13,1 доби. Найвища інтенсивність роботи зберігається в обласному центрі клінічної

онкології (хіміотерапії), де проліковано 4815 хворих (35,9%), термін госпіталізації склав 5,8 дні.

В 2017 році виконано 4602 оперативних втручання 3777 пацієнтам, майже третина хірургічних втручань – повторні. Хірургічна активність склала 90,2%. 116 хірургічних маніпуляцій виконано ендоскопічним шляхом. Частка хірургічних втручань методами малоінвазивної хірургії зросла, за 2017 рік виконано 125 операцій (2016р. – 95). Лідером з впровадження став онкоурологічний центр, де методами малоінвазивної хірургії виконано 67% з 816 втручань. Середня кількість операцій на 1 лікаря центру склала 204, виписано 766 хворих при профільності 97,2%.

Активно використовується режим денного перебування – більш ніж четверта частина всіх пролікованих пацієнтів центрів клінічної онкології (хіміотерапії) та лікувально-діагностичного гематологічного проліковані в режимі стаціонару денного перебування. Зайнятість ліжка денного перебування – 829 днів/рік.

В новоствореному центрі паліативної допомоги, від моменту запуску у вересні 2017, надали спеціалізовану допомогу 41 пацієнту. Тривають проектні, ремонтно-будівельні роботи, наповнення кадрами та обладнанням.

Центром спеціальних лабораторних досліджень, силами трьох лабораторій (клініко-діагностичної, цитологічної та імуногістохімічної), виконано 1057189 досліджень, з яких 173 649 – скринінгові. Тривають розробка та впровадження системи менеджменту якості та технічних вимог стандарті ДСТУ EN ISO 15189:2015р.

У вересні 2017 року запущено в роботу відділення клінічних випробувань, вже координує участь лікарів різних клінічних підрозділів в міжнародних протоколах клінічних випробувань.

Кількість відвідувань диспансерно-поліклінічного відделення протягом 2017 року становила 62461, з яких 35,3% склали консультації жителів м.Черкаси, 32,1% – жителів сіл області.

Загальний кошторис закладу склав 99644,20 тис. грн. Витрати на фонд заробітної плати в 2017 році склав 50,47% із загального фінансування закладу. Видатки на покриття комунальних послуг склали 5,7% загального бюджету закладу. Фактична вартість 1 ліжка-дня по диспансеру в 2017р. склала 545,48 грн.

Всього отримано з різних джерел лікарських засобів та виробів медичного призначення на 57933,270 тис. грн. Видатки на медикаменти та витратні матеріали склали 18094300 грн., з яких – онкопрепарати за Державними програмами (в рахунок 2016 року) 25541,900 тис. грн. Поставки в рахунок 2017 року не відбулись.

В 2017 закуплено комплект обладнання для малоінвазивної хірургії – лапароскопічна стійка – вартістю 3,8 млн.грн. та електрохірургічний генератор з функцією електролігування вартістю 349,5тис. грн. Також придбано лабораторного обладнання загальною вартістю приблизно 850 тис. грн.

В 2017 році була розпочата реалізація проекту створення мережі профілактичних скринінгових центрів «Здоров'я жінки» загальним кошторисом

28513,67 тис. грн., в т. ч 10000 тис.грн. коштів ДФРР. 3 центри (м.Черкаси, м.Умань, м.Звенигородка) запущено в роботу в лютому 2018 року.

В 2017 року в закладі було проведено капітальні ремонти за кошти бюджету розвитку на суму 3495,55 тис. грн., поточні ремонти приміщень за рахунок субвенції та кошти обласного бюджету на суму 1627,86 тис. грн.

Плановий кошторис закладу на 2018 рік – 104577,868 тис.грн

Серед проблемних питань мають місце :

- на 2018 рік заплановано 0% на капітальні видатки, що ще раз доводить про нагальну необхідність реорганізації бюджетної установи в комунальне некомерційне підприємство, з можливістю вільно розподіляти кошти не тільки на поточні витрати, а й на капітальні;
- потребує планової заміни комп'ютерний томограф та застаріле рентгендіагностичне обладнання центру променевої діагностики;
- потребує ремонту та цільової адаптації ново отриманий корпус закладу, де розташовано обласний центр паліативної допомоги та денний стаціонар;
- лишається високою плінність кадрів, особливо сестринського персоналу у відділеннях з напруженим та інтенсивним характером роботи.

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. Стресогенна тривала ситуація в державі негативно позначається на психічному здоров'ї та якості життя всього населення України, що потребує своєчасного реагування з боку відповідних служб.

Психіатрична амбулаторно-поліклінічна допомога в області надається диспансерними відділеннями КЗ "Черкаський обласний психоневрологічний диспансер" 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 2017 році залишаються на достатньому рівні:

➤ кількість відвідувань до психіатрів по області становить 218 851 (в 2016 році – 223 183), відсоток профоглядів складає 46,8% (Україна 2016р. – 47,8%);

➤ кількість відвідувань до 1 дільничного психіатра в області у звітному періоді залишається високою у порівнянні з Україною і становить 5404 відвідувань (2016 рік – 6289 відвідувань);

➤ показник відвідувань на 100 хворих під наглядом в області у 2017 році складає 587,4 (2016р. – 586), що є дещо нижчим від показника по Україні за 2016 рік (608,2).

Станом на 01.01.2018 під наглядом психіатрів в медичних установах області перебувало 37 256 хворих з розладами психіки та поведінки (на 01.01.2017 – 38 087), що складає 2,8% (Україна – 2,5%) від усього населення області, з них – 1378 (2016р. – 1392) підлітків та 4901 (2016р. – 4864) дітей до 14 років. Серед облікового контингенту 41% (2016р. – 46,3%) 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 2017 рік видано 45 888 (2016р. – 38 727). Проте, відвідувань до лікарів-психіатрів на госпрозрахунку було зареєстровано лише 25982, що пов'язано з тим, що кабінети на госпрозрахунку є тільки в 15 районах, у 9 районах та місті Черкаси психіатричні кабінети на госпрозрахунку відсутні. 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 яких впродовж 2017 року проліковано 650 хворих (за 2016р. – 658). 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 2017 році надавалась на 910 психіатричних ліжках, з них 65 – дитячих (у 2017 році скорочення ліжок не було), 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 74,1 на 100 тис. населення (2016р. – 73,4), що дещо вище показника по Україні (70,2).

Психіатричні ліжка області працюють з достатнім навантаженням. За 2017 рік на ліжках психіатричного профілю проліковано 6089 хворих (2016р. – 6320), що дещо менше попереднього року, робота ліжка склала 297 днів (2016р. – 306), середнє перебування на ліжку – 43,6 дня (2016р. – 45,5), при показниках по Україні в 2016 році – 330,5 та 50,9 день відповідно.

Робота дитячого психіатричного ліжка в 2017 році склала 373 дні (2016р. – 376), середнє перебування на ліжку – 23,4 (2016р. – 22,8) днів при показниках по Україні в 2016 році - 310,3 та 24,55 день. Таким чином показники роботи психіатричних ліжок дещо погіршились.

За 2017 рік в області померло 116 профільних хворих (2016р. – 122), летальність на психіатричних ліжках у звітному періоді дещо менша від попереднього року і складає 1,87% (2016р. – 1,91%). Летальність в КЗ "ЧОПЛ" склала 2,76% (2016р. – 2,83%, Україна – 1,37%).

Показник госпіталізованої захворюваності по області в 2017 році склав 496,0 на 100 тис. населення, що дещо нижче рівня 2016р. (область - 510,0, Україна – 419,6), а показник повторної госпіталізації в стаціонарах у звітному періоді дещо зріс проти попереднього року і становить 20,96%, проте нижчий від середнього по Україні (2016р.: область – 18,3%, Україна – 24,1%).

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 близько до рівня середніх показників по Україні:

- ✓ забезпеченість психіатрами в області на 100 тис. населення: область – 7,2, Україна – 6,8;

- ✓ укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів-психіатрів: область – 72%, Україна – 76,5%, крім того особи пенсійного віку серед психіатрів складають більше 30%.

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-наркологі або лікарі інших спеціальностей) в Лисянському, Христинівському і Чорнобаївському районах, а в Городищенському, Катеринопільському, Маньківському, Смілянському і Уманському районах та в м. Ватутіне 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 2017 році навчання в інтернатурі на базах обласної психіатричної лікарні та обласного психоневрологічного диспансеру проходили 6 інтернів (2016р. – 5).

На кваліфікаційні категорії атестовані 95% психіатрів та психотерапевтів, крім того 17 лікарів мають звання лікаря -спеціаліста з психіатрії. Вищу категорію мають 43 лікарі, що складає 43% від кількості фізичних осіб.

Показник зареєстрованих первинних звернень до лікарів-психіатрів з приводу розладів психіки та поведінки дещо знизився і складає в 2017 році 249,1 на 100 тис. населення (2016р.: область – 253,9, Україна – 179,8).

Кількість взятих під диспансерний нагляд хворих знизилась в порівнянні з 2016 роком та складає 3058 осіб. Має місце тенденція до збільшення кількості сільських жителів, дітей та підлітків. Значно нижчі показники захворюваності в Черкаському (130,1), Чорнобаївському (103,5), Смілянському (182,0), Звенигородському (170,0) та Маньківському (123,9) районах.

Цей показник ще є недостатнім, оскільки за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні тільки 20% пацієнтів із тяжкими формами психічних розладів звертаються за медичною допомогою.

Показник первинної захворюваності дітей в 2017 році перебуває майже на рівні 2016 року і становить 406,7 на 100 тис. дитячого населення (Україна – 322,3). Недостатньо виявляються діти з розладами психіки та поведінки в Звенигородському (248,5), Смілянському (179,1), Черкаському (260,0) та Чорнобаївському (115,7) районах.

За результатами роботи психіатричної служби в 2017 році залишається значною розповсюдженість розладів психіки та поведінки в області – 3034,9 на 100 тис. населення (Україна – 2284,4). Високі показники розповсюдженості психічних розладів в м. Черкаси та м. Сміла, Золотоніському та Чигиринському районах, але низькі показники розповсюдженості в м. Умань, Драбівському та Уманському районах.

Контингенти психічно хворих, які мають групу інвалідності, за останні роки в області значно збільшилися та складають 722,1 на 100 тис. населення (Україна – 612,94) при зменшенні первинної інвалідизації в області в 2017 році – 18,2 на 100 тис. населення (Україна – 23,2). 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).

Крім того, залишаються високими показники первинної дитячої інвалідизації (яка складає в області – 44,8, на Україні – 38,2). В структурі дитячої інвалідності переважають розумова відсталість та наслідки органічного ураження мозку; 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 2016 році працювало 975 осіб, в 2017 році - 1119. 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 2017 році збільшилось і складає 784,22 тис. грн. (2016р. – 588,02 тис. грн.) при щорічній потребі не менше 2 млн. грн. При цьому майже не здійснювалося фінансування на зазначені видатки в м. Черкаси, Драбівському, Звенигородському, Корсунь-Шевченківському, Смілянському, 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, неякісних ремісій, інвалідизації, суїцидальних та суспільно небезпечних дій. В 2017 році серед психічнохворих скоєно 12 випадків суїцидальних спроб, з них 8 - завершених (2016 - 14 суїцидальних спроб, з них 7 – завершених).

Збільшення хворих під консультативним наглядом (в 2017 році 73,1 % від усіх, що перебувають під наглядом) також негативно впливає на якість диспансеризації та реабілітації хворих з розладами психіки та поведінки.

В психіатричній службі області за 2017 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 відсотка 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 взагалі.

➤ Обмежені можливості проведення медико-соціальних реабілітаційних заходів з використанням потужностей лікувально-трудових 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.

В Черкаській області наркологічну допомогу населенню області надають 39 лікарів-наркологів – укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 84,8% (2016 р. – 86,0).

Лікарі працюють одночасно наркологами і психіатрами в м. Ватутіне, Жашківській, Катеринопільській, Маньківській, Уманській та Черкаській ЦРЛ (25% від загальної кількості наркологічних кабінетів).

Посади медичних сестер соціальної допомоги в усіх ЛПЗ області скорочені.

У 2017 році загальна захворюваність на **наркологічні захворювання** в цілому по області майже не змінилась порівняно з попереднім роком – 134,98 на 10 тис. населення (2016р. – 134,71) та є вищою від середнього рівня по Україні (2017р. – 124,10); первинна захворюваність дещо збільшилась і склала 8,85 на 10 тис. населення (2016р. – 8,43) та перевищує показник по Україні (2017р. – 7,64).

Найвищі показники захворюваності на наркологічні захворювання на 10 тис. населення у звітному періоді мали:

✓ загальної – Чигиринський (281,82), Тальнівський (261,61), Чорнобаївський (231,06), Смілянський (225,28), Катеринопільський (217,49) і Шполянський (200,35) райони при середньорайонному рівні 161,55; серед міст обласного значення найвищу загальну захворюваність зареєстровано у м. Умань (168,71) та м. Ватутіне (139,83) при середньоміському значенні 89,02;

✓ первинної – Тальнівський (18,92), Городищенський (17,72) і Смілянський (17,57) райони при середньорайонному рівні 10,64; серед міст обласного значення найвищу первинну захворюваність зареєстровано у м. Умань (10,63) при середньоміському значенні 5,76.

Загальна захворюваність на алкоголізм у звітному періоді по області складає 117,7 на 10 тис. населення (2016р. – 117,8, Україна, 2017р. – 108,4).

Загальна захворюваність на психози алкогольного генезу складає 2,42 на 10 тис. населення (2016р. – 2,40, Україна, 2017р. – 1,01).

Найвищі показники у звітному періоді мають Катеринопільський (5,81), Маньківський (4,47), Смілянський (4,08), Драбівський (3,43), Звенигородський

(3,40) райони та міста Сміла (6,48), м. Умань (4,96) і м. Ватутіне (4,66).

Загальна захворюваність на наркоманію у звітному періоді в середньому по області складає 14,73 на 10 тис. населення (2016р. – 14,28 при середньоукраїнському показнику за 2017 р. - 14,36). Це найвища захворюваність за останні 10 років.

Найбільша кількість осіб, що перебуває під диспансерним наглядом та найвищі показники загальної захворюваності на наркоманію у звітному періоді: м. Черкаси - 587 осіб (20,97 на 10 тис. населення), м. Умань - 232 (27,41), м. Сміла – 168 (24,75), Тальнівський – 97 (28,67), Звенигородський – 86 (19,5) та Канівський – 77 (17,56) 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 алкогольні психози буде коливатися в межах усередненого показника, встановленого МОЗ України. Реальна захворюваність на алкогольні психози вища, ніж та, що реєструється.

3. Загальна захворюваність на наркоманію коливається у межах з 14,2 на 10 тисяч населення у 2010 році до 14,73 у 2017 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 2017 році по області становить 6,48 на 10 тис. населення (2016р. - 6,12, Україна 2017 р. - 6,13). Показники, менші за середньообласний рівень у звітному періоді: Канівський район (0,91), м. Сміла (1,33); значно вищі – Тальнівський (17,44), Городищенський (14,73), Христинівський (13,38), Смілянський (13,18), Чорнобаївський (12,81) та Маньківський (12,03) райони.

Первинна захворюваність на алкогольні психози по області у звітному періоді становить 1,16 на 10 тис. населення (2016р. – 1,28, Україна 2017 р. – 0,54). Показники, вищі за середньообласний рівень: Катеринопільський (5,81), Жашківський (2,19), Кам'янський (1,84), Звенигородський (1,59) райони і м. Сміла (3,24); нижчі – Корсунь-Шевченківський (0,47), Монастирищенський (0,56), Тальнівський (0,59), Канівський (0,68) райони. Взагалі не зареєстровано хворих з алкогольними психозами у м. Ватутіне та Чигиринському районі.

Первинна захворюваність на наркоманію у 2017 році по області становить 1,20 на 10 тис. населення (2016р. – 1,01, Україна 2017 р. – 0,93).

Найбільш високі показники зареєстровані у Канівському (3,42), Смілянському (3,45), Городищенському (2,25), Звенигородському (2,04) районах та м. Сміла (1,92); найнижчі – у Монастирищенському (0,28), Драбівському (0,29), Золотоніському (0,43) та Шполянському (0,47) районах, і взагалі не зареєстровано випадків наркоманії у Чорнобаївському районі.

Загальні тенденції щодо первинної захворюваності на наркологічні хвороби:

1. Первинна захворюваність на алкоголізм в області залишається приблизно на однаковому рівні. За останні 8 років максимальна величина складала 7,79 на 10 тис. населення у 2014 році, мінімальна – 6,12 у 2016 році. Схожа тенденція спостерігається і в Україні (2017р. – 6,13).

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.

Стаціонарна 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 2017 році склала 0,99 на 10 тис. населення (2016 р. – 0,98, Україна – 0,87). Крім того, стаціонарна медична допомога хворим наркологічного профілю надається і в умовах психіатричних закладів області.

Кількість осіб диспансерної групи, що отримали стаціонарне лікування в закладах охорони здоров'я області з приводу хронічного алкоголізму в 2017 році складає 2187 осіб (2016р. - 2036); з приводу алкогольних психозів - 526 осіб (2016р. – 480); з приводу вживання наркотичних речовин - 639 осіб (2016р. - 656).

В КЗ "ЧОНД" упродовж звітнього періоду стаціонарно проліковано 1739 осіб (2016р. – 1900), якими проведено 31256 ліжко-днів (2016р. - 35021), середнє перебування хворого на ліжку складає 18,0 днів (2016р. – 18,4).

Розподіл хворих по регіонах свідчить про активне використання можливостей обласної установи хворими з регіонів, які територіально найближчі до обласного центру. Так, найбільше хворих у звітньому періоді було проліковано з м. Черкаси (52,7% від усіх стаціонарно пролікованих хворих), Черкаського (13,1%), Золотоніського (6,8%) та Чорнобаївського (5,6%) районів.

В Уманській лікарні № 2 за 2017 рік збільшилась кількість пролікованих хворих наркологічного профілю на 28 осіб; середнє перебування хворого на ліжку склало 13,7 днів.

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.

В області впроваджується програма замісної терапії для хворих на опіїдну залежність. На даний час сайти замісної терапії працюють в КЗ «Черкаський обласний наркологічний диспансер», Смілянській міській поліклініці для дорослих, Уманській міській лікарні №2, Ватутінській міській лікарні, Звенигородській, Катеринопільській, Канівській, Жашківській та Золотоніській ЦРЛ. Замісну терапію отримують 235 осіб з діагнозами: ВІЛ-інфекція/СНІД (120 осіб), туберкульоз (42 особи), вірусні гепатити В та С (177 осіб).

Водночас, в 2017 році залишався низьким відсоток охоплення хворих диспансерної групи різними видами лікування - 40% (Україна – 52%).

Кількість оглядів з метою визначення стану сп'яніння у звітному періоді зменшилась на 880 осіб (всього оглянуто 10428 осіб проти 11308 у 2016 році; з них не визначено стану сп'яніння – 38,5% проти 47,1% у 2016р.).

Відповідно до вимог діючого наказу МОЗ України щодо проведення медичних оглядів водіїв транспортних засобів на стан сп'яніння найбільш актуальним є оснащення усіх кабінетів з проведення зазначених медоглядів апаратами "Алкометр".

Проведення обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів у звітному періоді становить 40499 проти 48620 у 2016 р., у т.ч.: водіїв транспортних засобів – 18785 (2016 р. – 23629), громадян, що мають отримати зброю – 3329 (2016р. – 3029).

У 2017 році збільшилась кількість осіб, що лікувалися анонімно – 545 осіб (2016р. – 505).

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, зокрема клініко-діагностична та токсикологічна лабораторії.

Кадрове забезпечення наркологічної служби області потребує поліпшення.

Вимагає вдосконалення реабілітаційна ланка в комплексній медико-соціальній реабілітації наркозалежних.

Необхідне впровадження програм замісної підтримувальної терапії в лікувально-профілактичних закладах області.

Фтизіатрична служба

Протитуберкульозна стаціонарна допомога населенню Черкаської області у 2017 р. надавалась КЗ «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер» ЧОР на 500 ліжок.

В області наявні 2 протитуберкульозні відділення, які мають денні стаціонари: м. Черкаси - 5 ліжок та м. Сміла – 15 ліжок.

Крім того, в області працює 22 протитуберкульозних кабінети та 127 ДОТ-кабінетів та/або кабінетів контрольованого лікування (25 - на базі протитубер-

кульозних закладів/кабінетів та 102 – у загально-лікувальній мережі).

Аналіз епідеміологічної ситуації з туберкульозу

За 2017 р. на туберкульоз захворіло 617 осіб, що становить 50,3 на 100 тис. населення та є менше на 4,7% порівняно з 2016 роком (2013р. - 61,3 на 100 тис. населення; 2014 р. - 57,2; 2015 р. – 57,4; 2016 р. – 52,8; Україна 2017 р. – 51,9).

З 2013 р. первинна захворюваність зменшилась в цілому на 17,9%.



Протягом декількох років відмічається нестабільність захворюваності на туберкульоз (далі - ТБ) серед дитячого та підліткового населення, що говорить про незадовільну епідеміологічну ситуацію з ТБ в регіоні. Так, за 2017 р. на туберкульоз вперше захворіла 21 дитина віком 0 – 14 років, що становить 12,2 на 100 тис. відповідного населення, що залишилось на рівні минулого року (2013 р. – 10,0, 2014 р. – 8,8, 2015 р. – 9,9, 2016 р. – 12,2 на 100 тис. дитячого населення, Україна 2017 р. – 9,1). Порівняно з 2013 р. дитяча захворюваність зросла на 22,0%.



Захворюваність серед підлітків за 2017р. становить 25,9 на 100 тис. підліткового населення, що на 24,5% менше за 2016 р. (2013 р. - 17,8; 2014 р. - 29,9; 2015 р. – 20,4; 2016 р. – 34,3; Україна 2017 р. – 22,4) .



Нестабільність показників захворюваності дитячого та підліткового населення із значними перепадами на фоні поступового зменшення первинної захворюваності всього населення вказує на:

- незадовільну ранню діагностику ТБ;
- незадовільну роботу в вогнищах інфекції;
- високу інфікованість ТБ населення області;
- недостатність організаційних заходів щодо лікування хворих на туберкульоз, в першу чергу на амбулаторному етапі.

Питома вага бактеріального туберкульозу за 2017 р. становить 68,5%, що на 2,7% менше порівняно з 2016 р. (2013 р. – 51,5%; 2014 р. - 60,6%; 2015 р. – 66,8%; 2016 р. – 70,4%). Показник захворюваності на бактеріальний туберкульоз в 2017р. становить 27,9 на 100 тис. населення, що нижче 2016 року на 5,4%, коли показник становив 29,7 на 100 тис. населення (Україна 2017 – 29,2).



Захворюваність на ВІЛ-асоційований туберкульоз у 2017 р. зменшилась на 6,9% і становить 10,8 на 100 тис. населення проти 11,6 – у 2016 р. (2013р. - 10,7; 2014р. - 12,3; 2015р. - 11,9; 2016р. - 11,6; Україна 2016р. - 10,6). Середньо-обласний показник вищий, ніж загалом по Україні, і говорить про:

- наявність значного резервуару ВІЛ – інфекції в області;
- недостатнє виявлення хворих на ВІЛ/СНІД, особливо в групах ризику;
- недостатні профілактичні протитуберкульозні заходи серед ВІЛ – інфікованих та хворих на СНІД;
- недостатнє охоплення АРТ – терапією як хворих на ВІЛ/СНІД, так і хворих на поєднану патологію.



Відмічено зменшення захворюваності на рецидив туберкульозу. Так, у 2017р. даний показник становить 13,0 на 100 тис. населення, що на 6,5% нижче, ніж в 2016 р. (2013 р. – 9,0, 2014 р. – 12,0, 2015 р. -15,9, 2016 р.-13,9). Питома вага ранніх рецидивів захворювання становила 54%.



Даний показник відображає якість лікування хворих на впершедіагностований туберкульоз переважно на амбулаторному етапі.

Станом на 01.01.2018р. з приводу активного ТБ на диспансерному обліку перебуває 964 особи, що становить 78,5 на 100 тис. населення. (2013р. – 95,5; 2014р. – 82,5; 2015р. – 83,0; 2016р. – 80,4; Україна 2016р. 82,1).



Показник смертності від туберкульозу в 2017р. зріс на 5,4% і становить 9,8 на 100 тис. населення (2013 р. – 10,0; 2014р. - 11,1; 2015 – 10,3; 2016 – 9,3; Україна 2016 р. – 9,3). Всього (за даними звітів) у 2017 році померло 120 осіб.



Але, зважаючи на збільшення кількості померлих від туберкульозу до 1 року спостереження, не можна впевнено говорити про покращення епідеміологічної ситуації. За 2017р. даний показник зріс на 7,6% і становить 2,26 на 100 тис. населення (2013р. – 2,11; 2014р. – 2,04; 2015р. – 2,6; 2016р. - 2,1; Україна 2016 р. – 2,0).



Профілактична робота

У звітному періоді показник профілактичних флюоро- та рентгенологічних оглядів населення віком 15 років і старше становить 546 на 1000 дорослого населення (2013 р. – 591; 2014 р. - 589; 2015 р. – 558; 2016 р. – 563).

За останні роки спостерігається загрозлива тенденція неповного охоплення профілактичними оглядами на ТБ дитячого населення. Даний показник є прогностично негативним на фоні коливань захворюваності та поширеності туберкульозу серед дитячого населення. Показник профілактичних оглядів дитячого населення методом туберкулінодіагностики в 2017 р. становить 643 на 1000 дит. населення віком від 0 до 14 років (2013р. – 576, 2014р. - 514, 2015р. – 620, 2016р. – 601). Показник дещо покращився порівняно з минулим роком, але є недостатнім, так як норматив становить 800 на 1000 дітей і зважаючи на значні коливання показника дитячої захворюваності на туберкульоз, говорить про недовиявлення туберкульозу серед дітей за рахунок тих дітей, яким не проведений профілактичний огляд.

Питома вага охоплених вакцинацією БЦЖ за 2017 р. в області становить 93,2% від усіх новонароджених та дітей віком до 2-х місяців (2013р. – 90,1%, 2014р. – 91,5%; 2015р. – 67,3%; 2016р. – 85,4%).

Недостатній показник ревакцинації проти туберкульозу дітей 7-річного віку. Так, за 2017 р. показник повторної вакцинації становить 129,5 на 100 тисяч дитячого населення віком 7 років (2016 р. – 133,0) при виконанні плану ревакцинації на 57,7% (2016 р. - 49,3%). З наведених даних видно, що виникли «ножиці» між показником та відсотком виконання плану ревакцинації вакциною БЦЖ (при зменшенні показника ревакцинації зростає показник виконання плану), що вказує на некоректне планування ревакцинації та випадіння частини дітей із протитуберкульозних профілактичних заходів, що в подальшому загрожуює розповсюдженню туберкульозної інфекції та поширення хіміорезистентного туберкульозу в першу чергу серед дитячого населення.

Станом на 01.01.2018 група ризику щодо захворювання на туберкульоз становить 236126 осіб, в тому числі серед дітей віком 0 - 17 років - 29773 особи. В 2017 р. група ризику обстежена на 90,9%, що на рівні 2016 р. Всього виявлено 562 особи хворих на активний туберкульоз, що становить 91,1% від загальної кількості впершедіагностованих хворих (2016 р. – 83,9%). Показник зріс на 8,6%. Більшість виявлених серед груп ризику – це особи з малозабезпечених та соціально незахищених верств населення, що вказує на вплив соціального та економічного чинників на показник захворюваності туберкульозом.

Лікувальна робота

Забезпечення ефективного лікування призводить до припинення подальшої поширеності випадків ТБ та попередження інфікування мікобактеріями туберкульозу здорового населення і є одним із ключових заходів контролю за ТБ.

Результат успішного лікування випадків ТБ легень (чутливий) в області має тенденцію до погіршення - з 66,7% когорти 2011 року до 53,3% когорти 2015р. та 52,7% – за 2016р. (індикатор ВООЗ – 85%). Причинами низької ефективності лікування когорти 2016 р. є: перерване лікування – 5,1% (2015 р. – 4,8%), невдача

лікування – 35,0% (2015 р. – 32,5%), в тому числі в зв'язку з реєстрацією хіміорезистентного ТБ – 27,8% (2015 р. – 26,8%) та смертю хворого – 6,8% (2015р. – 9%), що обумовлюється:

- неналежною організацією безпосереднього контролю за лікуванням;
- недостатньою організацією системи соціально – психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на протитуберкульозні препарати.

Шляхи забезпечення виконання протитуберкульозних заходів

I. Налагодження ранньої діагностики туберкульозу:

1. Організація достатньої кількості пунктів збору мокроти на I та II рівнях надання медичної допомоги та забезпечення їх розхідними матеріалами, контейнерами для транспортування біоматеріалу, холодильниками, обліковою документацією тощо.

Станом на 01.01.2018 р. в області організовано 105 пунктів збору мокроти, в тому числі 79 – в ЛПЗ первинного рівня, що є недостатнім, насамперед на первинній ланці. Слід звернути увагу, що більшість пунктів збору мокроти існують формально та потребують дооблаштування. Також вкрай складно забезпечити їх функціонування через постійний брак коштів на розхідні матеріали та забезпечення транспортування біоматеріалу до лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу I та III рівнів.

2. Забезпечення логістичного супроводу транспортування біоматеріалу з пунктів збору мокроти до лабораторій з мікробіологічної діагностики I та III рівнів.

3. Активне виявлення туберкульозу серед груп ризику згідно з наказом МОЗ України від 15.05.2014 № 327 "Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу":

- формування та активний нагляд за групою ризику щодо захворювання на ТБ медичним персоналом ПМСД;
- робота пунктів збору мокроти та лабораторій I рівня;
- флюорорентгенологічне обстеження контингентів, віднесених до груп ризику.

II. Організація лікування ТБ:

1. Термінова ізоляція бактеріовиділювачів шляхом госпіталізації в стаціонар, своєчасне призначення адекватної хіміотерапії та контрольоване лікування.

2. Налагодження амбулаторного контрольованого лікування хворих на ТБ шляхом:

- максимального залучення медичного персоналу ПМСД (навчання персоналу ПМСД та контроль за виконанням функціональних обов'язків);
- залучення працівників неурядових організацій шляхом формування соціального замовлення;
- підвищення прихильності пацієнтів до лікування ТБ на амбулаторному етапі лікування - передбачення коштів місцевих бюджетів для закупівлі продуктивних наборів для пацієнтів (гігієнічних пакетів), що знаходяться на

амбулаторному етапі лікування та мають високий ризик до відриву, тобто припинення лікування;

- забезпечення своєчасного моніторингу лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі (функціонування пунктів збору мокроти, забезпечення транспортування біоматеріалу, виконання функціональних обов'язків ПМСД та фтизіатра вторинного рівня).

III. Організація профілактичної роботи:

1. Профілактичні огляди на ТБ серед дитячого та дорослого населення – забезпечення ЛПЗ туберкуліном, рентгенообладнанням, розхідними матеріалами.

2. Імунопрофілактика дитячого населення.

3. Забезпечення профілактичних заходів у вогнищах інфекції – оздоровлення вогнищ, диспансеризація контактних тощо.

IV. Посилення кадрового потенціалу та оснащення протитуберкульозної служби та первинної медико – санітарної ланки:

1. Перегляд кадрового складу фтизіатричної служби та укомплектування посад. Укомплектування посад ПМСД;

2. Проведення інвентаризації та визначення чіткої потреби в необхідному обладнанні та виробках медичного призначення відповідно до табелю оснащення в протитуберкульозних закладах та спеціалізованих структурних підрозділах ЛПЗ області, а також ЛПЗ вторинного та первинного рівнів для забезпечення заходів інфекційного контролю (закупівля бактерицидних ламп закритого типу, індивідуальних засобів захисту органів дихання).

Служба протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Епідемічна ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції в області залишається напруженою, темпи її поширення щороку зростають.

В області з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції (1988 рік) і до теперішнього часу включно офіційно зареєстровано 7638 випадків ВІЛ-інфекції (серед них – 1353 дитини), у тому числі 2830 випадків захворювання на СНІД (серед них – 46 дітей), та 1118 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом (з них – 16 дітей).

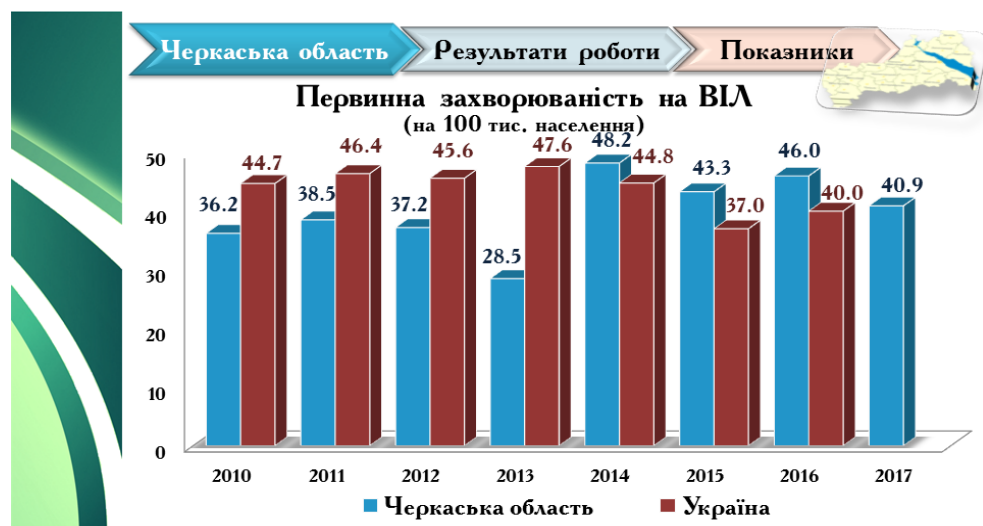
Захворюваність населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД

	2015 рік			2016 рік			2017 рік	
	Показник по області		Україна на 100 тис. нас.	Показник по області		Україна на 100 тис. нас.	Показник по області	
	Абс. число	на 100 тис. нас.		Абс. число	на 100 тис. нас.		Абс. число	на 100 тис. нас.
Виявлено протягом епідемії методом накопичення:								
ВІЛ-інфікованих	6566	526,0	658,0	7136	575,8	698,2	7638	622,2
Хворих на СНІД	2341	187,6	197,3	2592	209,1	2018,0	2830	230,5
Первинна захворюваність:								
ВІЛ-інфекція	541	43,3	37,0	570	46,0	40,0	502	40,9
СНІД	261	20,9	19,8	251	20,3	20,7	238	19,4
Перебувають під диспансерним наглядом на кінець року:								
ВІЛ-інфекція	3279	262,7	297,2	3510	283,2	313,3	3710	302,2
СНІД	1004	80,4	79,8	1119	90,3	91,3	1206	98,2

Серед шляхів інфікування ВІЛ-інфекції як в Україні, так і в області переважає статевий - 61,0% (2015р. – 58,8%, 2016р. – 59,7%).

За час активного запровадження заходів протидії є суттєві досягнення служби протидії ВІЛ/СНІДу області:

- у 2017 році вперше за 29 років продовження епідемії ВІЛ/СНІДу спільними зусиллями медпрацівників та неурядових організацій досягнуто 0% передачі ВІЛ від матері до дитини у дітей, народжених у 2015 році;
- здійснена повна децентралізація послуг з ВІЛ/СНІД, що надає можливість пацієнтам отримувати лікування за місцем проживання;
- за останні роки вдалось суттєво збільшити охоплення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД специфічним лікуванням; станом на 01.01.2018 отримують АРТ 2 263 особи;
- в останні роки стабільно збільшується показник своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих на диспансерний облік (виявлені лабораторно і взяті на диспансерний облік у 3-х місячний термін) – 2017 – 65,4%, 2016 – 64%, 2015 – 56,4%;
- поступово зменшується питома вага осіб, виявлених на III-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції, серед нових випадків ВІЛ-інфекції – 2017 – 35,7%, 2016 – 40,2%, 2015 – 53,5%.

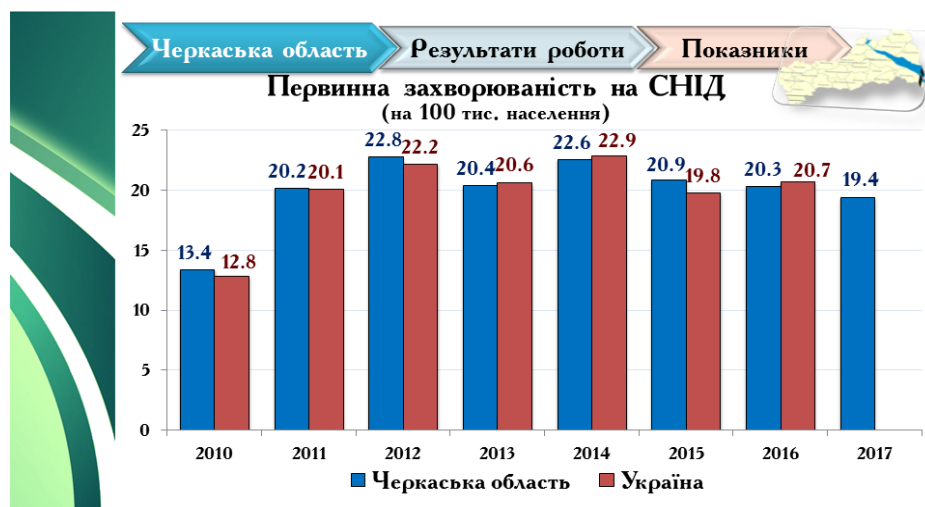


Первинна захворюваність на ВІЛ-інфекцію за показниками 2017 року в області становить 40,9 на 100 тис. населення, що на 11,1% менше, ніж у 2016 році (2016р. - 46,0 на 100 тис. населення, що на 6,2% більше, ніж у 2015 році).

Високі показники первинної захворюваності на ВІЛ-інфекцію у розрахунку на 100 тис. населення зареєстровані в Катеринопільському (78,9), Канівському (75,3), Лисянському (59,7) та Маньківському (58,3) районах.

Аналіз вікової структури первинних випадків ВІЛ-інфекції, виявлених в 2017 році, свідчить про те, що найбільш ураженою залишається вікова група 25-49 років, яка в загальній структурі складає 67,7%, або 340 осіб (2016р. - 71% та 402 особи відповідно). Збільшилась частка ВІЛ-інфікованих осіб у віковій групі 15-24 років, яка склала 6,8% (34 особи) проти 5,6% (32 особи) в 2016 році.

Первинна захворюваність на СНІД становить 19,4 на 100 тис. населення, що на 4,4% нижче в порівнянні з минулим роком (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 Христинівському р-ні (37,0), м. Ватутіне (35,0), м. Сміла (33,9) та Катеринопільському р-ні (33,2).

Із 502 вперше зареєстрованих як ВІЛ-інфіковані особи у 2017 році у 114 осіб (22,7%) встановлено IV клінічну стадію – СНІД (2016 – 125 осіб або 22,0%), що свідчить про пізні звернення за медичною допомогою та несвоєчасну диспансеризацію. Загалом із зареєстрованих у 2017 році 237 випадків СНІДу, встановленого вперше в житті (2016р. – 251), у 114 випадках (48,0%) діагноз ВІЛ-інфекція та СНІД встановлені одночасно.

Станом на 01.01.2018 в області на диспансерному обліку перебуває 3710 ВІЛ-інфікованих та 1206 хворих на СНІД.

Поширеність ВІЛ-інфекції по області – 302,2 на 100 тис. населення, у порівнянні з 2016 роком зросла на 6,7% (2016р. - 283,2, що на 7,8% більше проти 2015 року). Високі показники поширеності ВІЛ-інфекції відмічаються в Канівському р-ні (529,0 на 100 тис. населення), м. Черкаси (516,8), м. Ватутіне (390,4), Тальнівському р-ні (342,9) та в м. Сміла (309,4).

Поширеність СНІДу по області – 98,2 на 100 тис. населення, за показниками 2017 року в порівнянні з 2016 роком зросла на 8,7% (2016р. – 90,3, що на 12,3% більше проти 2015 року). Високі показники поширеності СНІДу відмічаються в м. Черкаси (195,0 на 100 тис. населення), Канівському р-ні (120,9), м. Ватутіне (110,7) та в м. Сміла (101,6).

Медична 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 медичних закладах області. Створено та активно працюють 28 кабінетів "Довіра". Укомплектованість кабінетів "Довіра" фізичними особами лікарів-інфекціоністів в закладах охорони здоров'я області

залишається незадовільною. Немає таких фахівців в КНП "Четвертий Черкаський міський центр ПМСД", Жашківській та Смілянській ЦРЛ.

Для надання стаціонарної медичної допомоги в лікарняних закладах області хворим на ВІЛ/СНІД виділено 174 ліжка.

В області проводиться профілактична робота щодо раннього виявлення ВІЛ-інфекції, насамперед серед груп ризику. Так, у 2017 році на наявність антитіл до ВІЛ обстежено 92 285 мешканців області (в тому числі – 16126 швидкими тестами), що склало 7,5% від загальної кількості населення (2016р. – 7,5%). Виявлено 587 ВІЛ-позитивних осіб.

Без суттєвих змін залишилася частка обстежених осіб з груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (коди 101.2, 102, 103, 104, 105.2) від загальної кількості обстежених (за виключенням донорів та вагітних), яка склала 19,3% проти 19,6% в 2016 році.

Необхідно відмітити, що до кінця 2017 року обстеження швидкими тестами набули широкого впровадження не у всіх закладах охорони здоров'я первинного рівня. Із 16 126 осіб, які були протестовані швидкими тестами впродовж року, 6 737 осіб обстежено в закладах охорони здоров'я, решта 9389 осіб - громадськими організаціями, які працюють у сфері ВІЛ/СНІД.

В центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) у звітному періоді було протестовано лише 1639 осіб, у тому числі:

- в КЗ "Канівський ЦПМСД" КРР – 755 осіб,
- в КЗ "Черкаський районний ЦПМСД" ЧРР – 134 особи,
- КЗ ЖРР "ЦПМСД Жашківської району" – 118 осіб та ін.

Тобто, на теперешній час в більшості ЦПМСД області наказ Управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 28.08.2017 № 650 "Про впровадження тестування на ВІЛ швидкими тестами в медичних установах області" не виконується, обстеження на ВІЛ за допомогою швидких тестів в деяких центрах взагалі не розпочато (КНП "Перший Черкаський міський ЦПМСД", КЗ "Центр ПМСД" Смілянської міської ради, КЗ "Уманський міський центр ПМСД", КЗ "Центр ПМСД м. Ватутіне Черкаської області", КЗ "Монастирищенський районний центр ПМСД" МРР).

Із 587 ВІЛ-позитивних осіб, лабораторно виявлених впродовж року, під медичний нагляд взято лише 384 осіб, а майже 35% (203 особи) до медичних закладів для взяття їх на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією не звернулись.

Однією з причин недостатнього охоплення своєчасною диспансеризацією є незадовільно організована робота щодо консультування та перенаправлення ВІЛ-позитивних осіб, які були виявлені в лікувально-профілактичних закладах під час стаціонарного лікування.

Одним із найважливіших напрямків роботи акушерсько-гінекологічної та педіатричної служби є забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Впродовж 2017 року на ВІЛ-інфекцію обстежено 11 078 вагітних жінок, з них виявлено вперше 29 ВІЛ-позитивних.

Народили за рік 83 ВІЛ-інфіковані вагітні, з яких АРВ-профілактику отримали 77 осіб (92,8%, 2016 – 100%). Не отримали АРВ-профілактику 6 жінок, які під медичним наглядом не перебували.

У 2017 році народилось 83 живих немовлят, з яких профілактику ВІЛ-інфекції отримали 80 дітей (92,8%, 2016 – 100%). Не отримали профілактику 3 дітей: у двох випадках матерям позитивний ВІЛ-статус було встановлено понад 72 годин після пологів та в одному випадку отримана категорична письмова відмова матері через несприйняття свого ВІЛ-позитивного статусу.

У 2017 році рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини серед 76 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями в 2015 році, склав 0% – діагноз ВІЛ-інфекції не підтвердився у жодної дитини.

З метою відпрацювання теоретичних та практичних навичок роботи зі швидкими тестами при проведенні досліджень на наявність серологічних маркерів ВІЛ впродовж 2017 року за сприяння МБФ "Фонд Вільяма Дж. Клінтона" на базі КЗ "ЧОЦПБС" Черкаської обласної ради було проведено 11 обласних семінарів-тренінгів для медичних працівників ЛПЗ області, якими охоплено 260 осіб (85 лікарів, 175 медичних сестер).

Для тестування вагітних, які не були обстежені на допологовому етапі, використовуються швидкі тести, закуплені за рахунок Державного і місцевого бюджетів, забезпеченість якими 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 місцевих бюджетів.

Всі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи, які потребують лікування, забезпечені антиретровірусною терапією повністю.

Станом на 01.01.2018 на сайтах АРТ специфічне лікування в області отримують 2263 особи за рахунок коштів Держбюджету, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, PEPFAR. Разом з пацієнтами ДКВС отримують АРТ 2374 особи.

У 2017 році вперше було призначено АРТ 574 особам (567 дорослим та 7 дітям), що становить 100% (2016 – 469 осіб).

З метою наближення надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД безпосередньо до місця їхнього проживання тільки в Черкаській області повністю закінчена (в жовтні 2017 року) децентралізація послуг на місцях шляхом створення сайтів для призначення та проведення АРТ. Впродовж 2017 року було відкрито 8 сайтів АРТ, зокрема у Корсунь-Шевченківській, Шполянській, Чорнобаївській, Лисянській, Драбівській, Христинівській, Жашківській ЦРЛ та КНП "Третій Черкаський ЦПМСД". Всього активно працюють 28 сайтів АРТ, серед них перший в Україні дитячий сайт на базі Черкаської міської дитячої лікарні. На кабінет "Довіра" Смілянської міської поліклініки для дорослих покладено обов'язки міськ/районного (для хворих на ВІЛ/СНІД мешканців м. Сміла та Смілянського району). Отже, своєчасна та якісна медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД забезпечена у всіх містах та районах області.

В закладах охорони здоров'я області впроваджується дослідна експлуатація Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції (МІС ВІЛ), яка покращить обробку даних обстежень на ВІЛ-інфекцію, медичного нагляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД,

інформаційну підтримку процесів планування закупівель, обліку та контролю руху лікарських препаратів тощо.

В області реалізується обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки, затверджена 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, Золотоноша, Золотоніського району.

Шляхи вирішення проблемних питань служби профілактики та боротьби зі СНІДом:

1. Передбачити у кошторисі закладів охорони здоров'я області на 2018 рік кошти на закупівлю швидких тестів для обстеження груп ризику на ВІЛ-інфекцію за рахунок місцевого бюджету відповідно до вимог наказу УОЗ ОДА від 28.08.2017 № 650 "Про впровадження тестування на ВІЛ швидкими тестами в медичних установах області".

2. Забезпечити дієвий контроль за впровадженням обстеження населення на ВІЛ-інфекцію за медичними показаннями та осіб з числа груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, за допомогою швидких тестів лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями-фахівцями вторинного та третинного рівнів.

3. Організувати проведення навчальних курсів для медичних працівників закладів охорони здоров'я області щодо проведення консультування, тестування та діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою швидких тестів.

4. Спільно з наркологічною службою забезпечити надання АРТ усім ВІЛ-інфікованим пацієнтам, які перебувають на замісній підтримувальній терапії на сайтах ЗПТ закладів охорони здоров'я області, як профілактику розповсюдження ВІЛ-інфекції.

5. Вирішити питання щодо організації та відкриття сайтів ЗПТ в інших регіонах області.

6. Розширити досвід співфінансування ЗПТ на інші медичні установи, що апробовано у Канівському районі.

7. Розглянути можливість створення в закладах охорони здоров'я області сайтів інтегрованої допомоги з надання послуг з АРТ, ЗПТ, ДОТ.

8. Забезпечити раннє призначення (в перші 8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування) АРТ хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з досягненням 100% показника охоплення хворих.

9. Розглянути можливість введення до штатного розпису кабінетів "Довіра" посади соціального працівника або психолога для забезпечення створення прихильності та утримання пацієнтів в терапії.

10. Організувати запровадження в ЛПЗ області медичної інформаційної системи (МІС-ВІЛ), контроль за введенням інформації та надання звітних форм з використанням МІС-ВІЛ.

Дерматовенерологічна служба

Дерматовенерологічна допомога жителям області надається в амбулаторних та стаціонарних умовах відповідно до вимог чинного законодавства, а саме:

- амбулаторна – на базі центральних районних і Ватутінської міської лікарень, четвертого та п'ятого ЦПМСД м. Черкаси, поліклініки №3 Черкаської дитячої міської лікарні (всього функціонує 27 дерматовенерологічних кабінетів, у т.ч. 1 дитячий);
- стаціонарна – на базі Черкаського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (далі – ЧОШВД) – 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 поліклініки для дорослих (20 ліжок) та Уманської міської лікарні (20 ліжок).

Забезпеченість спеціалізованими дерматовенерологічними ліжками становить 0,49 на 10 тис. населення (Україна – 0,67), у т.ч. забезпеченість дитячими дерматовенерологічними ліжками – 0,25 на 10 тис. дитячого населення (Україна – 0,81).

У лікувально-профілактичних закладах області зареєстровано 63,5 штатних посад лікарів-дерматовенерологів, 60,25 – зайнятих, 56 – фізичних осіб, укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 88,2%.

Не укомплектовані посади лікарів-дерматовенерологів у Кам'янському та Катеринопільському районах. В Драбівському та Лисянському районах лікарі-дерматовенерологи перебувають у відпустках по догляду за дітьми.

Забезпеченість лікарями-дерматовенерологами (фізичними особами) – 0,46 на 10 тис. населення.

Станом на 31.12.2017 року в мережі служби працюють 64 особи (ф.17), що здійснюють роботу за фахом «дерматовенерологія», серед яких:

- вищу категорію мають 23 лікарі (35,9%);
- першу категорію – 21 лікар (32,8%);
- другу категорію – 12 лікарів (18,8%);
- лікарів-спеціалістів – 8 осіб (12,5% від загальної кількості лікарів).

Спектр надання допомоги хворим дерматовенерологічного профілю досить широкий, але особлива увага приділяється профілактиці, діагностиці та лікуванню сифілісу.

Захворюваність на **сифіліс** досягла найвищого рівня у 1997 році, коли в області було зареєстровано 1745 випадків цього захворювання, а показник захворюваності склав 116,5 на 100 тис. населення, що в 72 рази більше, ніж у 2017 році, коли було зареєстровано 24 випадки сифілісу (показник 1,9 на 100 тис. населення).

Первинна захворюваність на сифіліс

	2016	2017
Зареєстровано захворювань на сифіліс в області, абс.	48	24
Захворюваність на 100 тисяч населення	3,8	1,9
Зареєстровано захворювань на сифіліс в Україні, абс.	3220	2768
Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	7,6	6,5

У 2017 році у Черкаській області зареєстровано вдвічі менше сифілісу, ніж у 2016 році. В цілому по Україні захворюваність на сифіліс знизилась на 14%.

У 2017 році не зареєстровано жодного випадку сифілісу у м. Сміла, м.Ватутіне, Кам'янському, Лисянському, Монастирищенському, Уманському, Христинівському та Чигиринському районах.

У деяких регіонах показник захворюваності перевищує середньо-обласний на 100 тис. населення, а саме:

- Кам'янський район – 10,8;
- Жашківський район – 8,1;
- Шполянський район – 6,9;
- Звенигородський район – 6,7;
- Маньківський район – 3,4;
- Смілянський район – 3,1;
- Тальнівський район – 2,9;
- Драбівський район – 2,8;
- Городищенський район – 2,8;
- Чернобаївський район – 2,4;
- К-Шевченківський район – 2,3 на 100 тис. населення.

На рівні середньообласного показника захворюваність у м. Умань (1,2 на 100 тис. населення), Золотоніському (1,4 на 100 тис. населення) та Черкаському (1,3 на 100 тис. населення) районах.

Низький рівень захворюваності на сифіліс спостерігається у м. Черкаси - 0,35 на 100 тис. населення.

Питома вага прихованих форм сифілісу складає 67% в структурі первинно виявленої патології, що на 2,5% більше, ніж в 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.Черкаси складає лише 41%, м. Умань – 51%, Кам'янському районі – 63%, Христинівському – 76%, Тальнівському – 78%, Канівському – 78,9%, Шполянському – 80%.

В результаті активно проведеної профілактичної роботи виявлено 19 випадків сифілісу, що склало 79% в структурі первинно виявленої патології. Так, 4 жінки, хворі на сифіліс, були виявлені при васерманізації вагітних, що склало 33% від всіх захворівших на сифіліс жінок; 10 (42%) – виявлено при васерманізації стаціонарних хворих; 2 (8,3%) - при обстеженні статевих контактів та 3 (12,5%) – при профілактичних оглядах.

Показник розповсюдженості **гонореї** в області склав 5,2 на 100 тис. населення (2016р. - 6,6).

Первинна захворюваність на гонорею

	2016	2017
Зареєстровано випадків гонореї в області	83	65
Захворюваність на 100 тисяч населення в області	6,6	5,2
Зареєстровано випадків гонореї в Україні	5327	4778
Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	12,5	11,3

У Черкаській області, як і в Україні загалом, спостерігається зниження захворюваності на гонорею.

Високий рівень діагностики гонореї спостерігається в наступних регіонах:

- Жашківський район – 21,6;
- Шполянський район – 11,5;
- м. Ватутіне – 11,5;
- Городищенський район – 9,8;
- К-Шевченківський район – 9,2;
- Чигиринський район – 7,4 на 100 тисяч населення.

У 2017 році жодного випадку гонореї не виявлено у Драбівському, Золотоніському та Кам'янському районах.

На рівні середньообласного показника захворюваність у м. Черкаси (6,7 на 100 тис. населення), м. Умань (5,9 на 100 тис. населення), Канівському (4,5 на 100 тис. населення), Катеринопільському (4,1 на 100 тис. населення) та Лисянському (4,2 на 100 тисяч населення) районах.

Низький рівень захворюваності на гонорею спостерігається в:

- Черкаському районі – 1,3;
- Уманському районі – 2,3;
- Звенигородському районі – 2,2;
- Монастирищенському районі – 2,7;
- м. Сміла – 2,9;
- Тальнівському районі – 2,9;
- Христинівському районі – 2,9;
- Смілянському районі – 3,1;
- Манківському районі – 3,6 на 100 тис. населення.

Всього в медичних установах області 16 випадків гонореї виявлено акушер-гінекологами, що на один випадок менше в порівнянні з попереднім роком. Найкраще спрацювали акушер-гінекологи м. Черкаси, які виявили 4 випадки гонореї у жінок, Шполянського району – 3, м. Умань, Жашківського та Корсунь-Шевченківського районів - по 2 випадки.

Урологами також виявлено 17 випадків гонореї, що на один випадок менше, ніж у 2016 році. Найкраще спрацювали урологи Городищенського, Чорнобаївського та Чигиринського районів, які виявили по 2 випадки гонореї.

Первинна захворюваність на трихомоніаз, хламідіоз, урогенітальний мікоплазмоз та коросту

		2016	2017
1.	Кількість випадків трихомоніазу в області	1919	1 570
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	154,8	127,9
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	117,0	107,1
2.	Кількість випадків хламідіозу в області	123	150
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	9,9	12,2
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	43,6	40,9
3.	Кількість випадків урогенітального мікоплазмозу в області	97	134
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	7,8	10,9
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	60,3	59,4
4.	Кількість випадків корості в області	120	102
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	9,7	8,3
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	20,4	19,2

Як видно з таблиці, в Україні спостерігається тенденція до зниження захворюваності на трихомоніаз та урогенітальний мікоплазмоз. У Черкаській області у 2017 році в порівнянні з 2016 роком спостерігається покращення діагностики хламідіозу та урогенітального мікоплазмозу, а також зниження захворюваності на трихомоніаз та коросту.

Показники роботи дерматовенерологічних ліжок

	К-сть ліжок	Робота ліжка		Оберт ліжка		Середній термін перебування на ліжку	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
ЧОШВД	60	285	301	23,1	21,2	13,4	14,2

Як видно з таблиці, у Черкаському обласному шкірно-венерологічному диспансері спостерігається покращення показника роботи ліжка. Середній термін перебування хворого на ліжку залишається на рівні нормативного показника.

Як і в попередні роки, лікарі дерматовенерологічної служби Черкаської області брали участь у проведенні Всеукраїнського Дня меланоми. За цей день в ЧОШВД оглянуто 65 пацієнтів, у яких виявлено один випадок раку шкіри.

У 2017 році три особи працездатного віку в області отримали інвалідність з приводу дерматологічної патології (м. Сміла, К-Шевченківський та Уманський райони).

З метою покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри у 2017 році в роботу клініко-діагностичної лабораторії ЧОШВД були запроваджені методики дослідження сечовини, креатиніну, глюкози та холестерину на новому сучасному медичному біохімічному аналізаторі МБА-540.

У роботу диспансерного відділення були запроваджені наступні методики: новий спосіб лікування звичайного псоріазу та впровадження методу екстреної профілактики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом.

В роботу стаціонарного відділення ЧОШВД була запроваджена нова методика лікування папуло-пустульозної форми розацеа.

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 в Кам'янській та Катеринопільській ЦРЛ.
- Забезпечення сучасним дерматоскопічним обладнанням більшості дерматовенерологічних кабінетів міст та районів області для своєчасного виявлення онкопатології шкіри.
- Забезпечення обладнанням лабораторних служб регіонів області - придбання імуноферментних аналізаторів, налагодження культуральної діагностики гонореї.

Напрямки подальшої діяльності

- Активне впровадження методу дерматоскопії для діагностики пухлинних та передпухлинних захворювань шкіри.
- Посилення контролю за васерманізацією амбулаторних хворих.
- Покращення співпраці з лікарями-урологами та акушер-гінекологами з метою виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом у пацієнтів з хронічними запальними процесами сечостатевої сфери.

Інфекційна служба

Спеціалізована медична допомога інфекційним хворим надається у 25 стаціонарних установах області, зокрема в КНП «Черкаська міська інфекційна лікарня» ЧМР, 4 міських лікарнях (Уманська міська лікарня № 3, Смілянська, Ватутінська міські лікарні та Черкаська міська дитяча лікарня), 19 центральних районних лікарнях та КЗ «Черкаська обласна психіатрична лікарня» ЧОР (відділення для пацієнтів з розладами психіки та поведінки в сполученні з інфекційними захворюваннями). Не працює інфекційне відділення в Смілянській ЦРЛ.

Всього в області розгорнуто 585 інфекційних ліжок, у т.ч. 311 ліжок для дорослих (у районах – 213, у містах – 98) та 274 ліжка для дітей (у районах – 157, у містах – 117).

Інфекційні ліжка	Абсолютні числа		Забезпеченість на 10 тис. населення	
	2016	2017	2016	2017
для дорослих	311	311	2,51	2,56
для дітей	274	274	2,21	2,25

В структурі інфекційних стаціонарів та відділень виділені боксовані приміщення:

- мельцерівські бокси 129 - 315 ліжок, в т.ч. для дітей – 163,
- напівбокси 61 - 122 ліжок, в т.ч. для дітей – 62,
- палати 77 - 148 ліжка, в т.ч. для дітей – 49.

В інфекційних відділеннях Лисянської, Черкаської, Звенигородської та Катеринопільської ЦРЛ відсутні боксовані палати, що ускладнює ізоляцію хворих з особливо-небезпечними інфекціями, які передаються повітряно-крапельним шляхом.

Показники роботи інфекційних ліжок

№ з/п	Показник	2016	2017	Україна 2016
1.	Робота ліжка: - для дорослих - для дітей	303 309	274 287	282 288
2.	Середнє перебування на ліжку: - для дорослих - для дітей	8,8 7,2	9,1 7,4	8,9 6,8
3.	Оберт ліжка: - для дорослих - для дітей	35,07 42,9	29,8 38,4	31,7 42,7

В 2017 році знизилися показники роботи інфекційних ліжок для дорослих на 9,5% та інфекційних ліжок для дітей на 7 %.

У звітному періоді з великим перевантаженням працювали інфекційні ліжка для дорослих у Чорнобаївському (388), Чигиринському (363), Лисянському (346) та Черкаському (342) районах; ліжка для дітей – у м.Умань (363), Уманському (368), Чигиринському (358) та Лисянському (342) районах.

Не виконується норматив роботи ліжка для дорослих у Жашківському (163), Тальнівському (197), Золотоніському (202), Уманському (228), Корсунь-Шевченківському (227) районах та м. Сміла (214); ліжка для дітей у Шполянському (99), Тальнівському (102), Жашківському (197) та Чорнобаївському (179) районах.

Протягом 2017 року кількість пролікованих хворих в інфекційних стаціонарах у цілому по області зменшилась на 12,1%, зокрема кількість пролікованих дітей на 10,6%, а дорослих на 13,8%.

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 містах Ватутіне, 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, за виключенням Маньківського та Христинівського районів. Апарати ШВЛ наявні у 13 стаціонарах (52%).

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 (заміна вікон на пластикові), Канівської ЦРЛ (капітальний ремонт боксів), в інших районах проведені поточні ремонтні роботи.

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 кімнати, яка є одночасно і оглядовою, і кабінетом, та не мають окремого виходу.

Майже половина КІЗів (45,2%) не забезпечені термостатами, а в деяких відсутні холодильники.

Всього в інфекційній службі працює 61 лікар-інфекціоніст (у т.ч. 13 – дитячих); штатних посад – 83,5, у т.ч. 16,0 – дитячих; зайнятих посад – 76,5, у т.ч. 14,0 – дитячих; укомплектованість штатних посад фізичними особами – 73% (2016р. – 74,5%), у т.ч. дитячих лікарів-інфекціоністів – 81,3% (2016р. – 80,0 %).

Відсутній лікар-інфекціоніст у Жашківському районі.

Забезпеченість лікарями-інфекціоністами на 10 тис. населення (за ф. № 17) склала 0,54, у т.ч. інфекціоністами дитячими – 0,11 (2016р. – 0,51 та 0,10 відповідно; Україна 2016 р. – 0,54 та 0,13 відповідно).

Питома вага атестованих лікарів-інфекціоністів у 2017 році складає 74,2% (Україна 2016 р. – 72,7%), у т.ч. дитячих – 84,6% (Україна 2016 р. – 75,1%). Зокрема, 31 (63,3%) лікар має вищу кваліфікаційну категорію, 12 (24,5%) – першу, 6 (12,2 %) – другу; лікарів-спеціалістів – 17 (25,8%) осіб.

За спеціальністю «інфекційні хвороби» 1 лікар проходить інтернатуру.

Аналіз інфекційної захворюваності

В області в 2017 року зареєстровано 188947 випадків інфекційних захворювань, інтенсивний показник на 100 тис. населення становить 15229,2, що нижче на 17,3% порівняно з 2016 роком.

Порівняно з 2016 роком зросла захворюваність на хворобу Лайма, інфекційний мононуклеоз, ротавірусну інфекцію, гастроентероколіти встановленої етіології, гастроентероколіти невстановленої етіології, гострі кишкові інфекції, скарлатину, гострий вірусний гепатит А, шигельоз, кір, епідемічний паротит, краснуху.

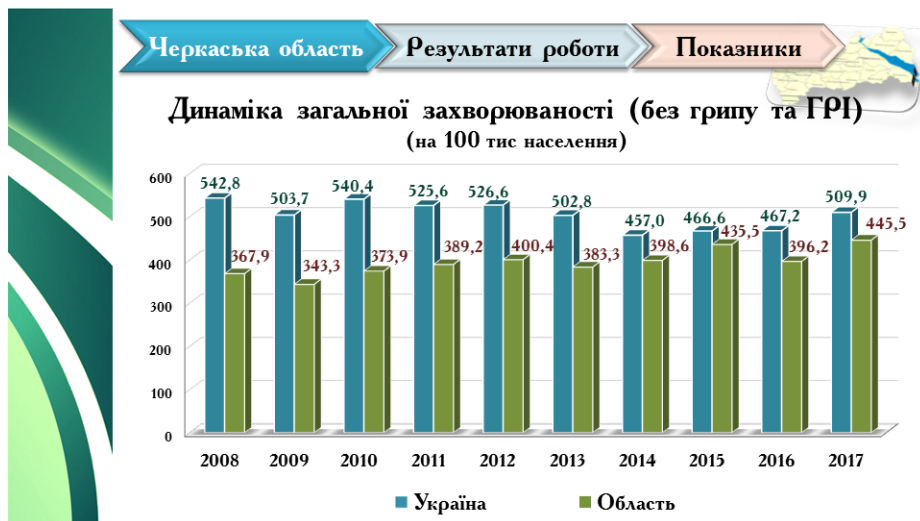
Відмічається зниження захворюваності на лямбліоз, сальмонельоз, вітряну віспу, кашлюк, вірусний менінгіт, менінгококову інфекцію, гострий вірусний гепатит С.

За звітний період не реєструвались захворювання на черевний тиф, паратифи, поліомієліт, дифтерію, туляремію, сибірську виразку, бруцельоз, орнітоз, сказ, хворобу Брілла, висипний тиф, марсельську гарячку, лихоманку Ку, кліщовий енцефаліт, гарячку Західного Нілу, геморагічну гарячку з нирковим синдромом, носії токсигенних штамів збудників дифтерії, носії збудників холери, лістеріоз, лептоспіроз.

Серед усіх інфекційних хвороб, що реєструвались в області, наймасовіший вплив на стан здоров'я населення мали гострі респіраторні інфекції та грип, їх питома вага складає 97,1%.

Всього в поточному році на ГРІ захворіло 182754 особи, що склало 14,7% від загальної кількості населення області. Показник на 100 тис. населення – 14730,1 проти – 17710,5 в попередньому році (відмічається зниження рівня захворюваності на 16,8%). Зафіксований аналогічний розвиток епідпроцесу серед дітей – відмічається зниження рівня захворюваності на 11,2% порівняно з 2016 роком. Питома вага дітей серед усіх захворілих склала 64,4% (у 2016 році – 59,9%). Найвищі показники захворюваності зареєстровано у Христинівському (20946,4), Городищенському (19651,1), Смілянському (19513,9) районах, м. Черкаси (18780,6), Золотоніському (18589,3), Корсунь-Шевченківському (17090,8) районах, м. Сміла (15638,5) та Кам'янському районі (14764,6).

Без грипу і ГРІ зареєстровано 5527 випадків інфекційних захворювань, що становить 445,5 на 100 тис. населення і вище на 11,8% порівняно з 2016 роком, проте на 12,6% нижче середньодержавного.



Гострі кишкові інфекції (далі – ГКІ) в структурі інфекційної захворюваності без грипу і ГРІ становлять 59,3% (2016 р. – 55,1%). Зареєстровано 3274 випадки (263,9 на 100 тисяч населення), що на 20% більше, ніж у 2016 році (219,9 на 100 тисяч населення). Найвищі показники захворюваності на ГКІ зареєстровано у м. Умань – 548,3, м. Черкаси – 503,8, Катеринопільському – 304,3 та Золотоніському – 273,6 районах. Питома вага захворілих дітей складає 64,5%. Рівень захворюваності серед дітей значно перевищує середньообласний показник (1045,6 на 100 тис. населення) у м. Умань (2434,9) та м. Черкаси (2243,2).



На 23 адміністративних територіях області зареєстровано 342 випадки **сальмонельозу**, інтенсивний показник 27,6 на 100 тис. населення, що менше на 14,1%, ніж в 2016 році. Найвищі показники зареєстровано в: м. Умань – 61,8, Золотоніському районі – 42,1, м. Черкаси – 40,5, Лисянському – 37,9, Уманському – 31,0, Черкаському – 29,1 районах. Серед захворілих 34,8 % дітей до 17 років. Інтенсивний показник на 100 тисяч дитячого населення – 58,9, що на 10,5% менше порівняно з 2016 роком.



Домінуючими збудниками сальмонельозів в 2017 році були: *S. enteritidis* – 80,2%, *S. typhimurium* – 5,1%, *S. java* – 1,2%, *S. coeln* – 2,1%, *S. infantis* – 3,0%, *S. newport* – 2,7%, *S. thompson* – 1,5% та інші – 4,2%.

В 2017 році зареєстровано 22 випадки захворювання на **шигелъоз**, інтенсивний показник – 1,8 на 100 тис. населення проти 0,97 у 2016 році. Крім того, виявлено по 1-му носію збудників шигелъозу Зонне та Флекснера (2016 р. – 1).

Захворюваність на **гастроентероколіти** встановленої етіології становила 130,3 на 100 тис. населення (2016 р. – 102,1), на гастроентероколіти невстановленої етіології – 99,4 (2016 р. – 81,2). Показник етіологічної розшифровки гастроентероколітів становив 56,7% проти 55,7% у попередньому році. Нижче середньообласного показника розшифровка у Жашківському (3,9%), Корсунь-Шевченківському (15,8%), Золотоніському (30,7%), Катеринопільському (37,9%), Тальнівському (37,5%), Монастирищенському (50,0%), Шполянському (56,3%) та Смілянському (56,5%) районах.

В області відмічається ріст захворюваності на гастроентероколіти **ротавірусної етіології**, яких зареєстровано 666 випадків, інтенсивний показник – 53,7 на 100 тисяч населення, що вище на 34,6% порівняно з 2016 роком.

Хворі виявлені на 16-ти адміністративних територіях, зокрема: у м.Черкаси – 452, Черкаському районі – 52, Канівському районі – 49, м. Сміла – 46, м.Умань – 19, Маньківському районі – 12, Тальнівському районі – 7, Кам'янському та Чорнобаївському районах - по 6, Городищенському, Звенигородському та Смілянському районах - по 4, Монастирищенському районі - 2, м. Ватутіне, Драбівському та Уманському районах - по 1.

Необхідно зазначити, що з початку 2017 року в області зареєстровано **6 спалахів** гострих кишкових інфекцій (мм. Умань, Черкаси та Маньківський район по 2), внаслідок яких постраждало 35 осіб, у т.ч. 23 дитини до 15 років. За результатами лабораторних досліджень у 4-х випадках етіологічним фактором був ротавірус, в 1 - бактерії роду *Salmonella*.

В області за 2017 рік відмічається зростання захворюваності на **вірусний гепатит А**: зареєстровано 61 випадок, інтенсивний показник на 100 тис. населення – 4,9, що більше на 36,1%, ніж у минулому році (44 випадки, інтенсивний показник – 3,6). Серед хворих 18,1% становлять діти до 17 років,

інтенсивний показник на 100 тис. населення – 5,4. Вірусний гепатит А реєструвався на 11 адміністративних територіях.



Показник захворюваності на **вірусний гепатит В** залишився на рівні минулого року, захворіло 44 особи, (інтенсивний показник на 100 тис. населення – 3,5), по *Україні* – 3,3. Хворі виявлені на 12 адміністративних територіях.



За звітний період в області гострого **вірусного гепатиту С** зареєстровано 12 випадків, інтенсивний показник – 1,0 на 100 тис. населення. Хворі виявлені на 4 адміністративних територіях.

Продовжується робота щодо реєстрації хронічних вірусних гепатитів, яка в Україні офіційно почалась з липня 2009 року.

За офіційними даними ДУ «Черкаський обласний лабораторний центр МОЗ України» впродовж 2010 – 2017 років в області зареєстровано 330 хворих на хронічний вірусний гепатит В та 1251 хворий на хронічний вірусний гепатит С. Проте, станом на 01.01.2018 р. під диспансерним наглядом перебувають 474 та 1950 хворих відповідно.

У звітному періоді зареєстровано 14 випадків **епідемічного паротиту** проти 8 випадків за 2016р.

Виявлено 9 випадків **кору**, з них 8 лабораторно підтверджених (Золотоніський район) та 1 клінічний випадок (Маньківський район), за 2016 рік було зареєстровано тільки 1 випадок захворювання. Окрім того, в Золотоніському районі в грудні 2017 року зареєстровано групове захворювання на кір. Виявлено 5 випадків з лабораторно підтвердженим діагнозом (виявлені Ig M антитіла до вірусу кору) серед дітей: у чотирьох віком від 1 – 4 роки та у одного віком від 10 до 14 років. При епідеміологічному розслідуванні спалаху виявлено, що у хворих відсутній імунітет проти кору, всі діти не були щеплені відповідно віку. Епідеміологічний нагляд випадку групового захворювання продовжується. В осередках проведені відповідні протиепідемічні і профілактичні заходи. Серед населення проводиться санітарно-освітня робота з питань імунопрофілактики захворюваності на кір із залученням засобів масової інформації.

Також зареєстровано 1 випадок **правцю** у дорослого (32 роки), дані про його щеплення відсутні, в 2016 році не було жодного випадку.

За період 2009 - 2017 років зафіксовано 1 випадок захворювання на **дифтерію** (м.Черкаси) в 2015 році. В області у 2017 році не зареєстровано жодного випадку цієї інфекції.

Одним із заходів профілактики дифтерії є раннє виявлення та ізоляція вірогідних джерел інфікування, тому актуальним залишається організація належного контролю за бактеріологічним обстеженням ангінозних хворих та хворих з ЛОР – патологією.

На 9-ти адміністративних територіях області зареєстровано 25 випадків захворювань на **кашлюк** (2016 р. – 48), зокрема: у м. Черкаси – 14, Кам'янському, Уманському та Черкаському районах – по 2, мм. Сміла, Умань, Ватутіне, Звенигородському, Монастирищенському районах – по 1. Інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 2,0 (2016 р. – 3,9).

За звітний рік виявлено 13 випадків захворюваності на **краснуху**, інтенсивний показник – 1,05 на 100 тис. населення, в 2016 році було 8 випадків, інтенсивний показник – 0,6.

Зареєстровано 5 випадків захворювань на **вірусний менінгіт**, зокрема в м.Черкаси – 3, Городищенському та Звенигородському районах – по 1. Інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 0,4 (2016 р. – 0,6).

За звітний період в області виявлено 3 випадки **менінгококової інфекції**, інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 0,2 проти 0,5 (6 випадків) в 2016 році. Нозологія реєструвалась в м.Черкаси у 4-х місячної дитини, м. Сміла, у дитини - 1 рік 4 міс. та у Звенигородському районі – зареєстровано один летальний випадок у дитини віком 1 рік 5 міс.

Відмічається ріст захворюваності на **інфекційний мононуклеоз** на 35,3% (з 13,9 на 100 тис. населення у 2016 р. до 18,9 у 2017 р.); **скарлатину** в 2,6 рази (з 13,6 на 100 тис. населення у 2016 р. до 35,2 у 2017р.). Проте, знизилась захворюваність на **вітряну віспу** з 328,6 на 100 тис. населення у 2016 році до 297,4 у 2017 р.

Захворюваність на **хворобу Лайма** збільшилась на 86,1%. Зареєстровано 322 випадки захворювання проти 173 у 2016 р. (інтенсивні показники – 25,9 та 13,9 на 100 тис. населення відповідно). Хвороба Лайма реєструвалась на 18

адмінтериторіях області. Кількість хворих в м. Черкаси становить 53,4 % від зареєстрованих в області. Активно виявляються хворі в Канівському, Городищенському, Корсунь-Шевченківському та Кам'янському районах. 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 інфекції залишаються найбільш розповсюдженими інфекціями.

Впродовж епідемічного періоду 2017-2018 років медична допомога хворим на грип і ГРІ надається згідно з наказом УОЗ ОДА від 11.10.2017 № 812 «Про порядок виконання комплексного плану заходів щодо попередження захворювань на грип та ГРІ серед населення області на епідсезон 2017-2018 років».

Питання готовності лікувально-профілактичних закладів до роботи в умовах ускладнення епідемічної ситуації щодо карантинних інфекцій перебуває на постійному контролі. На засіданні колегії УОЗ ОДА 29.06.2017 р. розглянуто питання «Про стан готовності медичних закладів Золотоніського, Драбівського і Монастирищенського районів до роботи в умовах епідускладнень з холери, інших карантинних інфекцій».

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 2456 осіб, із яких хворих на ХВГ «С» – 1950, з них 293 особи з ко-інфекцією (ХВГ «С» + ВІЛ-інфекція), хворих на ХВГ «В» – 474 особи, з них 13 – з ко-інфекцією (ХВГ «В» + ВІЛ-інфекція), ХВГ «В+С» – 32 осіб, з них 7 – з ко-інфекцією (ХВГ «В + С» + ВІЛ-інфекція).

В рамках виконання Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів впродовж 2017 року за кошти державного бюджету отримали лікування 94 особи, з них 89 хворих на ХВГ «С» (в т.ч. 5 з ко-інфекцією) та 5 хворих на ХВГ «В». Завершили курс лікування 67 пацієнтів.

За інформацією КЗ «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради у кабінеті «Довіра» серед груп ризику на ВІЛ-інфекцію в області проводяться анонімні дослідження швидкими тестами на ВІЛ – інфекцію, інфекції, що передаються статевим шляхом, а також на гепатити В і С. Таким чином, було протестовано 383 особи на вірусні гепатити «В» і «С», із яких у 23 виявлено позитивний результат на вірусний гепатит «В» та 129 позитивних результатів на вірусний гепатит «С». Пацієнтів з позитивними результатами тестування було скеровано на консультації та дообстеження до лікарів-спеціалістів медичних закладів області.

Щорічно за кошти місцевих бюджетів проводиться вакцинація осіб із групи ризику на захворювання вірусним гепатитом «В», а саме медичних працівників.

Протягом 2017 року серед дорослого населення області повний курс вакцинації щодо вірусного гепатиту «В» отримали 122 особи.

З метою підвищення рівня інформаційного забезпечення періодично розміщується відповідна інформація на сайтах УОЗ ОДА та ЛПЗ області, надаються матеріали в газети та на обласне радіо. Крім того, 28 липня 2017р. у Черкасах проведено акцію до Всесвітнього дня боротьби з вірусними гепатитами в рамках всеукраїнської кампанії «Елімінація вірусного гепатиту» 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».

Проблеми, що потребують вирішення:

1. Дотримуватись відповідності показників роботи інфекційних ліжок до встановлених нормативів.
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 (фінансування 2017 року).
4. Вжити заходів щодо своєчасного направлення хворих на стаціонарне лікування з метою зменшення навантаження на бригади ТЦЕМД.
5. Забезпечити перегляд локальних протоколів (клінічних маршрутів пацієнта) по всіх нозологічних формах інфекційних хвороб; привести локальні протоколи та аналіз госпіталізованих хворих у відповідність до МКХ-10.
6. Забезпечити серологічну діагностику сальмонельозу, дизентерії, черевного та висипного тифів.
7. Під час проведення аналізу структури госпіталізованих хворих планувати розгляд складних діагностичних випадків на медичних радах, патологоанатомічних конференціях.

Імунопрофілактика

Вакцинація має виняткове значення для здоров'я населення всього світу. Ніякі інші заходи профілактики не здійснили такого впливу на зниження смертності та захворюваності (в т.ч. інвалідизації) і ріст чисельності населення. Щорічно в усьому світі імунізація рятує від смерті більше 1,5 мільйона людей, і ще мільйони стають захищеними від тяжких захворювань і позитивної інвалідності (оцінка ВООЗ, 2012 р.)

Без сумніву, вакцинація є одним з найбільш економічно ефективних досягнень охорони здоров'я в сучасному світі. Витрати незначні, а користь для здоров'я і благополуччя населення величезна. Завдяки щепленням інфекційна захворюваність значно зменшилась, але поновлення вакцин-контрольованих інфекцій викликає стурбованість.

Показники захворюваності на інфекційні хвороби, керовані засобами специфічної профілактики в 2015-2017 рр.:

Нозологія	2015		2016		2017	
	обл.	Україна	обл.	Україна	обл.	Україна
Дифтерія	0,08	0,005	-	0,01	-	-
Кашлюк	4,22	5,65	3,85	7,32	2,02	5,82
Правець	-	0,03	-	0,02	0,08	0,04
Поліомієліт	-	-	-	0,01	-	-
Краснуха	3,58	0,58	0,64	0,35	1,05	0,38
Кір	0,16	0,24	0,08	0,24	0,73	11,23
Паротит	1,43	1,07	0,64	1,03	1,13	0,79
Вірусний гепатит В	3,74	3,15	3,55	3,43	3,55	3,34
Туберкульоз органів дихання	51,82	51,51	47,39	50,75	45,46	48,08

Протягом 2017 року в області не реєструвалися захворювання на поліомієліт та дифтерію. Відмічається зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання і кашлюк. На рівні 2016 року залишилась захворюваність на вірусний гепатит В. У звітному періоді зареєстрований 1 випадок правця у дорослого. Відмічається підвищення захворюваності на краснуху і епідпаротит. Впродовж 2017 року зареєстровано 9 випадків кору, з них 8 лабораторно підтверджених. У грудні в Золотоніському районі зареєстроване групове захворювання на кір (5 осіб). Всі захворілі – діти, які не були щеплені за віком.

Невід’ємною складовою успіху в щеплювальній роботі є достатнє і планомірне забезпечення імунобіологічними препаратами (далі – ІБП).

Державна квота на 2017 рік становила 10784,7 тис.грн., була складена заявка на придбання різних видів вакцин.

В 2017 році в Черкаській області потреба в ІБП для проведення планових щеплень склала 819099 доз. На початку року залишки ІБП в закладах охорони здоров’я становили 304290 доз, отримано з державного бюджету 600909 доз, закуплено за кошти місцевих бюджетів – 7265 доз, за інші кошти (батьків) – 10554 дози, таким чином забезпечення ІБП склало 112,7% від усієї річної потреби.

Отримані в звітному періоді імунобіологічні препарати були закуплені за кошти державного бюджету з квот 2015 і 2016 років. З наданої для області квоти на 2017 р. імунобіологічні препарати не надходили.

Протягом року надходження ІБП було нерівномірним і по деяких видах вакцин – недостатнім. Так, в 2017 році вакцина АДП-М, якою проводяться щеплення дітям в 16 років і дорослим, надійшла в листопаді, Пентаксим – ацелюлярна полівакцина для щеплення дітей до року та вакцина Інфанрікс не надходили взагалі. Однак, 3516 доз ацелюлярних комбінованих вакцин для профілактики дифтерії, правця, кашлюка, поліомієліту були закуплені за кошти батьків і частково за кошти місцевого бюджету. Недостатньо постачалися вакцини для профілактики вірусного гепатиту В, гемофільної інфекції, поліомієліту (забезпечення інактивованою поліовакциною склало 39,8% від річної потреби). Основні надходження почалися у третьому кварталі, що призвело до порушень Календаря щеплень.

Із загостренням епізоотичної ситуації в області зі сказу різко збільшилася потреба у антирабійній вакцині (в 2017 році потреба складала 2678 доз). Надходжень цього ІБП з державного бюджету не було. Забезпечення антирабійною вакциною склало 138,9% від потреби за рахунок закупленої за кошти місцевого бюджету та власні кошти громадян.

Забезпечення імунобіологічними препаратами за 2017 р.

Назва вакцин та анатоксинів	Потреба на 2017 р.	Залишок на 01.01.2017	Отримано			
			з Держ-бюджету	місц. бюдж.	інш. кошти	% від річної потреби
Дифтерії, правця (АДП)	13920	17905	18470	16	20	261,6
Дифтерії, правця з зменшеним вмістом антигену (АДП –м)	257020	38659	314890	4967	6518	142,0
Туберкульозу (БЦЖ)	63800	35440	44980		20	126,1
Поліомієліту (жива) (ОПВ)	76357	75548	69880			190,5
Кору, паротиту, краснухи (КПК)	58520	31008	35596		47	113,9
Вірусного гепатиту В (ВГВ)	108175	24407	22074		127	43,1
Кашлюку (цільноклетинна), дифтерії, правця (АКДП)	132090	64823	71990	170	319	103,9
Кашлюку (ацелюлярна), дифтерії, правця (АаКДП)	3152	2			2265	71,9
Кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту (інактивована) та гемофільної інфекції Пентаксим (АаКДП+НІВ+ІПВ)	22264	3121			1119	19,0
Вакцина проти гемофільної інфекції	40043	5259	9299		30	36,4
Вакцина проти поліомієліту (інактивована), Імовакс-Поліо	41080	6600	13730			49,5
Вакцина для профілактики сказу	2678	1518		2112	89	138,9
Всього	819099	304290	600909	7062	10554	112,7

Забезпечення закладів охорони здоров'я різними видами вакцин на рівні від 19% (Пентаксим) до 261,6% (АДП). Нерівномірне, а по деяких видах ІБП – недостатнє надходження позначилось на обсягах щеплень дитячого населення.

Обсяги щеплень виконано (у відсотках):

Вид щеплення	2015		2016		2017	
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.
проти туберкульозу у новонароджених	66,5	39,8	74,7	72,3	97,1	83,6
проти туберкульозу у 7 років	72,4	9,3	49,3	31,7	75,7	46,0
проти кашлюку, дифтерії та правцю у дітей до року	30,6	26,5	28,8	21,0	72,8	53,2
проти кашлюку, дифтерії та правцю у 18 місяців	32,6	33,1	39,1	23,1	74,5	51,2
проти поліомієліту у дітей до 1 року	49,9	63,8	55,7	60,8	64,1	51,9
проти поліомієліту у 18 місяців	83,4	86,5	61,4	66,4	86,1	71,4
проти поліомієліту у 6 років	34,3	49,2	71,2	85,7	84,7	88,2
проти поліомієліту у 14 років	58,5	50,6	78	67,7	90,8	88,1
проти дифтерії, правцю у 6 років	0,0	4,1	67,2	59,1	95,7	83,5
проти дифтерії, правцю у 16 років	5,0	1,9	62,6	56,1	83,3	76,7
проти дифтерії, правцю дор. населенню	0,8	0,1	10,6	20,7	21,1	44,8
проти гепатиту В-1 у новонароджених	81,7	61,4	71,3	65,0	99,1	77,4
проти гепатиту В-3 до 1 року	19,9	25,4	23,7	28,8	64,5	57,0
проти гемофільної інфекції до 1 року	44,5	43,2	46,3	36,0	47,5	34,8
проти гемофільної інфекції у 1 рік	69,2	38,6	87,4	51,6	75,0	44,5
проти кору, паротиту та краснухи у 1 рік	49,3	63,2	63,6	45,5	96,3	93,3
проти кору, паротиту та краснухи у 6 р.	47,3	62,1	27,4	30,2	99,7	90,7

З 08.09.2017 року в області, як і в усій Україні, розпочалась посилена імунізація проти кору серед дитячого населення. Визначена кількість дітей, яка підлягала охопленню щепленнями проти кору – 21512 осіб. Після 22 тижнів роботи щеплено 21109 дітей, що складає 98,1% від запланованої кількості. В результаті проведеної роботи кількість дітей, батьки яких відмовлялись від щеплень проти кору, зменшилась до 1229 осіб, на початку щеплювальної кампанії кількість «відмовників» становила 3645. В зв'язку з реєстрацією нових випадків захворюваності на кір і неблагополучною епідситуацією в Україні посилені заходи з імунізації проти кору подовжені на 2018 рік.

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 11283 дітей відмовилися від вакцинації проти кашлюку, дифтерії та правця 3369 осіб, проти поліомієліту – 1196, проти гепатиту В – 938, проти туберкульозу – 138, проти кору, краснухи та епіпаротиту – 833, проти гемофільної інфекції – 315. Аналогічна ситуація з «відмовниками» і в інших вікових групах.

Щодо медичних протипоказів, то за 12 місяців роботи їх кількість є незначною, на рівні 1,5% – 3,8 % від підлягаючих щепленню, в абсолютних цифрах – від 103 до 265 осіб щомісячно. Особливо високі відсотки медичних протипоказів до щеплень спостерігаються в період сезонного зростання захворюваності на грип та ГРІ.

Щорічно для проведення оцінки роботи закладів охорони здоров'я використовуються показники охоплення щеплень у віковій категорії «до року» (модель кінцевих результатів).

Обсяги щеплень дітей до року в 2017 році (у %)

Адмінтериторія / заклад	Проти кашлюку, дифтерії та правцю	Проти поліомієліту	Проти кору, паротиту та краснухи	Проти гепатиту В-3
м. Черкаси	71,1	72,9	93,6	68,8
м. Смла	36,4	54,8	80,9	77,2
м. Умань	83,3	67,2	95,8	59,5
м. Ватутіне	40,2	37,8	100,0	64,6
Городищенський	81,9	99,3	100,0	52,2
Драбівський	96,1	81,2	101,7	63,0
Жашківський	92,0	63,9	102,3	72,8
Звенигородський	43,7	48,9	98,1	48,3
Золотоніський міський ЦПМСД	49,4	46,0	92,3	61,1
К-Шевченківський	81,6	76,3	100,0	52,3
Канівський	66,3	46,2	100,0	71,2
Кам'янський	58,0	53,3	108,5	47,9
Катеринопільський	88,4	72,3	112,2	67,0
Лисянський	90,3	87,5	103,5	67,4
Маньківський	85,4	99,5	93,6	65,3
Монастирищенський	89,5	78,5	100,0	61,1
Смілянський	59,2	38,6	103,4	55,1
Тальнівський	89,5	66,8	88,8	89,2
Уманський	65,2	31,6	100,0	48,1
Христинівський	82,5	54,7	101,3	53,6
Черкаський	95,6	68,0	91,9	76,9
Чорнобаївський	44,0	37,5	89,3	65,6
Чигиринський	73,7	59,6	90,2	61,4
Шполянський	94,8	61,6	111,4	59,6
Білозірський ЦПМСД	77,1	62,7	98,7	33,7
Золотоніський районний ЦПМСД	67,1	50,0	104,9	72,9
Область	72,8	64,1	96,3	64,5
Україна	53,2	51,9	93,3	57,0

За 2017 рік із 31 показника охоплення щепленнями 24 перевищують показники по Україні.

За результатами проведення щеплень за 12 місяців 2017 року складений рейтинг лікувально-профілактичних установ по кількості показників, нижчих за середньообласні.

**Рейтинг установ області по результатах проведення щеплень
за 12 міс. 2017 року**

Місце	Кількість показників «УкрВак», нижчих за середньообласні	Лікувально-профілактичні заклади
1	2	Лисянська ЦРЛ
2	5	Городищенське РТМО Драбівський ЦПМСД
3	6	Золотоніський районний ЦПМСД Катеринопільська ЦРЛ Христинівський ЦПМСД Чорнобаївський ЦПМСД Шполянський ЦПМСД Білозір'я ЦПМСД ОТГ Черкаського р-ну
4	8	Звенигородський ЦПМСД Єрківська амбулаторія ОТГ Катеринопільського р-ну
5	9	К-Шевченківський ЦПМСД Маньківська ЦРЛ Смілянський рай ЦПМСД Тальнівська ЦРЛ Чигиринський ЦПМСД
6	11	Мокра Калигірка ЦПМСД ОТГ Катеринопільського р-ну м. Черкаси
7	12	Кам'янська ЦРЛ Монастирищенська ЦРЛ
8	13	Черкаський РЦПМСД
9	14	Золотоніський міський ЦПМСД
10	15	м. Умань м. Ватутіне Канівський ЦПМСД
11	16	Жашківський ЦПМСД Уманський рай ЦПМСД
12	19	м. Сміла

У закладах охорони здоров'я області ведеться контроль за поствакцинальним періодом у щеплених осіб та моніторинг несприятливих подій після імунізації (НППІ). За 2017 рік із виконаних 343350 щеплень в різних вікових категоріях різними ІБП зареєстровано 8408 НППІ, що складає 2,4 %, в т.ч. зареєстровано 26 випадків госпіталізації. Карти-повідомлення щодо НППІ і госпіталізації дітей були подані: Черкаська дитяча міська лікарня – 17 випадків, Черкаська міська інфекційна лікарня – 4, Маньківська ЦРЛ – 1, Кам'янська ЦРЛ – 1, Драбівський ЦПМСД – 1, К-Шевченківський ЦПМСД – 1, Золотоніський міський ЦПМСД – 1. Всі випадки розслідувані комісійно. Відповідно до оформлених протоколів з 26 випадків – 15 госпіталізацій, пов'язані з вакцинацією, 11 – комісії визнали, як «випадкову подію», оскільки заключні діагнози після госпіталізації з приводу НППІ – ГРВІ, тонзилофарингіт,

ринофарингіт, контактний дерматит, інфекційний моновірусний гастроентероколіт, харчова токсикоінфекція, сальмонельоз. Протягом року зареєстровано 2 випадки смерті дітей віком 3 місяці та 22 дні відповідно, які були щеплені згідно з Календарем. Смерть настала в проміжок 30-денного терміну з моменту щеплення. Комісійне розслідування визначило категорію НППІ, як «випадкову подію», оскільки причинно-наслідковий зв'язок між НППІ та застосуванням вакцини був відсутній, що підтверджено результатами патолого-анатомічного розтину. Випадки групових реакцій після застосування вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного у 2017 році в області не реєструвалися.

В організації проведення імунізації населення проти інфекційних хвороб є проблемні питання:

- дозування вакцин – вакцина БЦЖ, для профілактики туберкульозу, флакони на 20 доз. Згідно інструкції по застосуванню даної вакцини після відкриття флакон повинен зберігатися в холодильнику не більше 6 годин. За Календарем щеплення новонародженого проводиться у віці 3-5 днів. Кількість новонароджених дітей в районних пологових відділеннях не дозволяє використовувати вакцину повністю. Зменшення розливу вакцини в регіоні вирішується за рахунок організаційних заходів, що не завжди виправдовує себе;

- відсутність графіків надходження імунобіологічних препаратів, не рівномірна поставка вакцин (II півріччя та кінець року) гальмує виконання планів профілактичних щеплень та не дає можливості прогнозувати виконання вакцинації;

- виконання первинного вакцинального комплексу, який складається з декількох видів імунобіологічних препаратів, порушується через несвоєчасне та недостатнє надходження (на сьогодні відсутність інактивованої протиполіомієлітної вакцини ІПВ не дає можливості закінчити щеплення проти поліомієліту оральною поліомієлітною вакциною ОПВ дітей до 1 року згідно Календаря);

- всі лікувально-профілактичні заклади, в яких ведеться щеплювальна робота, забезпечені холодильним обладнанням, частина якого застаріла і потребує заміни;

- кабінети щеплень не забезпечені комп'ютерною технікою, що не дозволяє зробити єдиний реєстр щепленого населення області;

- є проблеми із забезпеченням медичними кадрами, які задіяні в проведенні імунізації населення.

В умовах реформування охорони здоров'я на Черкащині стратегічні напрямки розвитку імунопрофілактики – це:

- визнання пріоритетності напрямку, як основний важіль впливу на здоров'я населення;

- забезпеченість імунобіологічними препаратами;

- удосконалення умов зберігання, транспортування і використання ІБП;

- забезпечення всіх підрозділів охорони здоров'я, які проводять щеплювальну роботу, комп'ютерною технікою;

- забезпечення медичними кадрами, які працюють у галузі імунопрофілактики.

Екстрена медична допомога населенню області

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 01.01.2018 року в Центрі всього затверджено 1588,0 посад, у тому числі:

- ✓ лікарські посади: штатні - 147,25, зайняті – 135,25, фізичні особи – 106;
- ✓ посади молодших спеціалістів з медичною освітою: штатні – 782,75, зайняті – 761,0, фізичні особи – 661;
- ✓ посади молодшого медичного персоналу: штатні – 66,0, зайняті – 65,5, фізичні особи – 63;
- ✓ посади іншого персоналу - 592,0, з них – 499,5 посад водіїв ШМД.

Лікарями служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) забезпечена недостатньо – забезпеченість штатними посадами лікарів складає 1,2 на 10 тис. населення при середньоукраїнському рівні 1,8.

Деякі підстанції ШМД, зокрема Драбівська, Кам'янська, Лисянська, Жашківська, Корсунь-Шевченківська, Маньківська та Монастирищенська взагалі не мають лікарських бригад, що, звичайно, впливає на якість надання медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі.

Молодшими медичними спеціалістами служба ЕМД забезпечена повністю. Показник забезпеченості штатними посадами молодших медичних спеціалістів значно вищий від середньоукраїнського рівня (4,4) і складає 6,4 на 10 тис. населення.

Станом на 01.01.2018 року в Центрі функціонує 100 бригад ШМД (29 лікарських та 71 фельдшерська). Забезпеченість бригадами ШМД в середньому по області складає 0,81 на 10 тис. населення при нормативі 1,0.

Медичні працівники служби ШМД регулярно підвищують свою кваліфікацію. У 2017 році кафедрою ХМАПО були проведені 2 виїзні цикли ТУ "Медицина невідкладних станів".

Всього впродовж 2017 року підвищили кваліфікацію 22 лікарі і 126 фельдшерів служби ЕМД області.

Медичні працівники атестовані: із 106 лікарів 83 особи мають кваліфікаційні категорії: 57 - вищу, 21 - першу, 5 - другу. Питома вага атестованих лікарів складає 78,3%.

З 661 молодших медичних спеціалістів 522 мають кваліфікаційні категорії: 363 – вищу, 74 – першу, 85 – другу. Питома вага атестованих молодших медичних

спеціалістів складає 79 %.

У 2017 році на базі Центру працював навчально – тренувальний центр, де вчилися навичкам надання екстреної медичної допомоги медичні працівники та працівники, які не мають медичної освіти (впродовж 2017 року пройшли навчання 1298 осіб).

Бригади ШМД щорічно приймають участь у Міжнародних змаганнях на кращу бригаду ЕМД. У 2017 році бригада ЕМД Центру зайняла II місце у "Сумських медичних ралі – 2017".

За 2017 рік бригадами ШМД області за викликами здійснено 292429 виїздів, що на 30969 виїздів (або на 9,6%) менше, ніж за попередній рік (2016р. - 323 398) і становить 2382,0 на 10 тис. населення проти 2609,0 у 2016 році.

У 2017 році зменшення виїздів мало місце в усіх станцій швидкої медичної допомоги, а саме:

- ✓ Черкаська СШМД – зменшення на 19 376 виїздів, або на 15%;
- ✓ Смілянська СШМД – зменшення на 832 виїзди, або на 1,6%;
- ✓ Уманська СШМД – зменшення на 3 588 виїздів, або на 5,6%;
- ✓ Звенигородська СШМД - зменшення на 3 142 виїзди, або на 7,3%;
- ✓ Лівобережна СШМД - зменшення на 4031 виїзд, або на 11,3%.

Основні показники діяльності КУ "ОЦЕМД та МК ЧОР"

№ з/п	Показники	2016 рік	2017 рік	Динаміка
1	Кількість виконаних виїздів бригадами ШМД	323398	292429	Зменшення на 30969 виїздів (9,6%)
2	Обсяг швидкої та невідкладної допомоги на число виконаних виїздів (на 10 тис. нас.)	2609	2382	Зменшення на 8,7
3	Доїзд до пацієнта	до 10 хв. (у %)	96,7%	Збільшення на 0,4
		до 20 хв. (у %)	90%	
4	Середньодобове навантаження на бригаду ШМД	8,8	8,0	Зменшення на 0,3
5	Безрезультатні виїзди	8786 (2,7%)	8635 (3%)	Зменшення на 1,3%
6	% виїздів до хворих з хр. захворюван.	6830-2%	6215- 1,9%	Зменшення на 0,1%
7	Повторні виклики (у %)	1,8%	1,8%	-
8	% ЕКГ, виконаних хворим кардіологічного профілю	99%	99%	-
9	Кількість виїздів з приводу нещасних випадків, травм та отруєнь	24180 (7,5%)	23579 (8%)	Зменшення на 0,5%
10	Кількість виїздів з приводу раптових захворювань	255113 (78,9%)	229391 (78,4%)	Зменшення на 0,5%
11	Непрофільні виклики	10553 (3,3%)	9363 (3,2%)	Зменшення на 0,1%
12	Амбулаторні звернення	14193	16866	Збільшення на 2673
13	Якісні показники госпіталізації	% відмов	7,2%	Зменшення на 0,1%
		% розходжень	2,7%	Зменшення на 0,1%
14	Нормативна модель КДР	0,93	0,94	-
15	Кількість виїздів бригад ШМД на летальні випадки	2937	2600	Зменшення на 11,5%
16	Кількість пацієнтів, доставлених до стаціонарів	67605	68358	Збільшення на 1,1%
17	Кількість успішних реанімацій	48	43	Зменшення на 10,4%

У 2017 році показники доїзду бригад ШМД до пацієнтів покращились. Так, прибуття бригад ШМД до пацієнта до 10 хвилин з моменту звернення в місті становить 97% проти 96,7% у попередньому році, а прибуття на виїзд до 20 хвилин у сільській місцевості покращилось на 0,6% і становить 90,6%.

Профільність виконаних викликів порівняно з 2016 роком зменшилась на 0,4% і становить 89,9%.

Виїзди до хронічних хворих у 2017 році склали 2% проти 2,3% у 2016 році, це менше відповідного нормативного показника, який складає 3,2%.

Середньодобове навантаження на бригади ШМД області в 2017 році зменшилось і склало 801 виїзд проти 884 в 2016 році, а середньодобове навантаження на 1 бригаду становить 8 виїздів проти 8,4 у 2016 році.

Середньодобове навантаження на бригади ШМД*

	2016 рік	2017 рік
Лікарська бригада	9,0	7,9
Психіатрична бригада	10,9	11,1
Фельдшерська бригада	8,2	7,5
Загальне навантаження	8,8	8,0

*Розрахунок навантаження проводився на 100 бригад, які повинні функціонувати в цілодобовому режимі. В дійсності у цілодобовому режимі з різних причин працювали в середньому 94,6 бригади (відсутність працівника, поломка автомобіля та ін.), в результаті чого навантаження на бригади фактично стало більшим.

У 2017 році навантаження на всі бригади ШМД (за винятком психіатричної) зменшилось.

Кількість виїздів бригад ШМД до пацієнтів з гіпертонічним кризом, інфарктом міокарда, мозковим інсультом

	Діагноз	2016 рік	2017 рік	Динаміка
1.	Гіпертензивний криз	67265	68192	Збільшення на 927 (1,4%)
2.	Інфаркт міокарда, з них:	786	783	Зменшення на 3 (0,4%)
	з елевацією ST	428	519	
	приступ до 20 хв.	41 (9,6%)	42 (8%)	
	до 1 години	92 (21,5%)	124 (24%)	
	до 2-х годин	127 (29,7%)	122 (23%)	
	більше 2-х годин	168 (39,2%)	231 (45%)	
	проведено тромболісисів	98	61	
	без елевації ST	358	264	
	приступ до 20 хв.	31 (8,7%)	40 (15%)	
	до 1 години	74 (20,7%)	74 (28%)	
	до 2-х годин	109 (30,4%)	49 (19%)	
	більше 2-х годин	144 (40,2%)	101 (38%)	
	госпіталізовано	757 (96%) З них: в ОКЦ -102 (13%) від госпіталізованих та 33% з елевацією ST в інші ЛПЗ - 655 (83,3%)	736 (94%) З них: в ОКЦ -142 (19,3%) від госпіталізованих та 33% з елевацією ST в інші ЛПЗ - 594 (80,7%)	Зменшення на 21 (2,8%)
3.	ГПМК з них:	4307	4519	Збільшення на 212 (4,7 %)
	госпіталізовано	3191 (83%)	3827 (84,7%)	Збільшення на 636 (6,5 %)

У 2017 році порівняно з 2016 роком відмічається збільшення виїздів до

пацієнтів з гіпертонічним кризом на 1,4%, з мозковим інсультом – на 4,7% і зменшення виїздів до хворих з підозрою на інфаркт міокарда на 0,4%.

Аналіз за зверненнями пацієнтів до закладів ШМД по термінам початку больового синдрому при інфаркті міокарда (до приїзду бригади ШМД) свідчить, що 57,6% пацієнтів у 2017 році звернулися за екстреною медичною допомогою в перші 2 години з початку нападу. Цей показник порівняно з 2016 роком погіршився на 2,2%.

В 2017 році при STEMI-інфарктах проведено 61 (2016р. – 98) тромболізис.

З 783 викликів до пацієнтів з інфарктом міокарда доставлено в стаціонари області 736 (94%), з них:

- в обласний кардіологічний центр – 142 особи, що становить 19,3% від усіх госпіталізованих пацієнтів з інфарктом міокарда;

- в інші ЗОЗ - 594 пацієнтів (80,7%).

Бригади ШМД вкрай недостатньо забезпечені медичною апаратурою:

- електрокардіографами - на 60%,

- дефібриляторами – 40%.

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.

Для сталої роботи служби ЕМД області, для вчасного, адекватного та в повному обсязі надання екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим розроблена та прийнята Черкаською обласною радою Обласна цільова програма "Екстрена медична допомога Черкащини на 2017 – 2020 роки", реалізація якої допоможе вирішити наступні нагальні питання:

- будівництво головного корпусу Центру з відкриттям єдиної оперативної диспетчерської служби області (будівництво заплановано на 2018-2019 роки);
- оновлення автопарку на 74 автомобілі ШМД та дооснащення автомобілів ШМД відеореєстраторами;
- забезпечення бригад ШМД медичною апаратурою відповідно до потреби (необхідно придбати 60 дефібриляторів, 40 електрокардіографів та 55 кисневих інгаляторів);
- збільшення кількості посад в Центрі для приведення до норми кількості працівників ШМД - необхідно мінімум два медичних працівника на одну бригаду.

Також для підвищення якості надання медичної допомоги населенню, з метою раціонального використання кадрового та матеріального ресурсу закладів охорони здоров'я велике значення має розбудова системи первинної медикосанітарної допомоги, особливо в розрізі лікування загострень хронічних хвороб, які мають лікуватись сімейними лікарями.

Служба крові

Служба крові є однією з важливих ланок системи охорони здоров'я, що забезпечує надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню в мирний час та в разі надзвичайних ситуацій. Ефективне функціонування цієї області медицини передбачає створення в необхідних обсягах запасів компонентів і препаратів крові для надання своєчасної медичної допомоги пацієнтам.

Ці аспекти відносять службу крові до першочергових стратегічних питань національної безпеки країни і вимагають постійного контролю.

Служба крові на сьогодні вирішує низку завдань, пов'язаних з організацією донорства, обстеженням донорів, заготівлею крові, виготовлення з неї компонентів і препаратів, їх зберіганням та реалізацією.

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 2017 році медичними закладами області заготовлено 8472,8л консервованої донорської крові та її компонентів, що практично на рівні 2016 року (8494,7 л). В перерахунку на одного мешканця це складає 6,5 мл (2016р. – 6,8, Україна – 8,9). В ряді районів цей показник значно нижче: Драбівському – 1,3, Тальнівському – 1,7, Чигиринському – 1,8.

Зважаючи на обмеження показань для використання окремих компонентів крові та роботу, проведену з питань раціонального і доцільного їх призначення, заготовлена кількість забезпечила потребу медичних закладів області.

Службою крові проведена певна робота з підвищення 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 в області середня доза кроводачі склала 451 мл, що є оптимальною. Меншим від цього є показник в Городищенській, Тальнівській, Жашківській та Корсунь-Шевченківській ЦРЛ. Причиною низької дози є використання пластикатної тари малого об'єму, недобір дози, що суперечить сучасним вимогам та знижує якість заготовленої дози консервованої крові та, як наслідок, виготовлених з неї компонентів.

Обласний показник виходу плазми з 1 літра консервованої крові дорівнює 43,1% і знаходиться на рівні нормативного. Низький вихід плазми спостерігається в Драбівському, Лисянському, Тальнівському, Чорнобаївському та Чигиринському районах, що в значній мірі пов'язано з відсутністю відповідного технологічного обладнання (рефрижераторні центрифуги).

94% одержаної плазми закладено на карантинізацію (2016 рік – 87,4%). Станом на 31.12.2017 року в закладах охорони на зберіганні знаходиться достатня кількість плазми (2973,9л, у тому числі 1360,0 л карантинізованої) для забезпечення їх потреб.

В області мали місце випадки списання плазми за терміном придатності. Листом від 31.10.2017 № 3.25/28787 Міністерства охорони здоров'я України роз'яснено, що з метою уникнення накопичення установами служби крові значних залишків плазми крові, що не може бути використаною для лікувальних цілей, є її передача суб'єктам господарювання для виробництва препаратів на договірних засадах.

Списання такого компоненту, як еритроцити внаслідок закінчення терміну використання впродовж останніх двох років зменшилось і склало 6,4%, (2016-9,8%, 2015-12,0%), тобто спостерігається чітке зменшення списання впродовж останніх років внаслідок більш раціонального використання в переважній більшості закладів.

Недостатньо уваги приділяється питанню керування запасами крові (її компонентів) в Лисянському районі, де списання від компоненту, заготовленого для лікувальних цілей, складає 81%, Жашківському (44,9%), Катеринопільському (44,3%), Христинівському (34,4%) та Чорнобаївському (32,2%) районах.

Не зважаючи на постійні зауваження, до цього часу не вирішене питання щодо виконання вимог Закону України "Про донорство крові та її компонентів" (за № 239/95 від 1995 року) в частині забезпечення харчуванням донорів в Лисянському та Чигиринському районах.

Впродовж 2017 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 2017 року.

Основними напрямками діяльності служби крові області в 2018 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 переважно 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 планової та медико-психологічної реабілітаційної 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.

З метою організації надання медичної допомоги ветеранам війни в міських та районних Центрах ПМСД чи ЦРЛ виділені лікарі-організатори з питань надання медичної допомоги ветеранам війни та учасникам АТО, для підвищення кваліфікації яких на базі госпіталю у 2017 році було проведено два цикли ТУ кафедри терапії і геріатрії НМАПО імені П.Л.Шупика: "Актуальні питання геронтології та геріатрії" та "Основи геріатричних знань".

Організаційно-методичним відділом госпіталю проводиться щоквартальний моніторинг стану надання медичної допомоги ветеранам війни, та щомісячний учасникам АТО в закладах охорони здоров'я області.

Станом на 31.12.2017 року на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я області перебувало 35 тис. 353 ветерани війни та осіб, прирівняних по пільгам (2016р. - 37 тис. 956 осіб), у тому числі:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ✓ інваліди війни (ІВ) | – 4137/11,7% (2016р. – 4086/10,8%), |
| ✓ учасники бойових дій (УБД) | – 11496/32,5% (2016р. – 11021/29,0%), |
| ✓ учасники війни (УВ) | – 15 835/44,8% (2016р. – 18725/49,3%), |
| ✓ особи, прирівняні по пільгам (ОПП) | – 3885/11,0% (2016р. – 4124/10,9%). |

У тому числі під диспансерним спостереженням перебувало 6870 демобілізованих учасників АТО (2016р. – 5 896), з них:

- ✓ учасників бойових дій – 6504 осіб /94,7% (2016р. – 5705 осіб /96,8%);
- ✓ інвалідів війни – 366 осіб /5,3% (2016р. - 191 особа /3,2%).

В госпіталі, на базі терапевтичного відділення №3, з 2014 року та по теперішній час працює Центр реабілітації учасників АТО (далі – Центр), в якому 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 науковців науково-дослідних інститутів міста Києва та вищих навчальних закладів міста Черкаси.

З 2014 року в госпіталі проліковано 3076 учасників АТО, у тому числі в звітному році – 1 399 осіб.

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.

Для покращення лікувально-діагностичного процесу в умовах закладу в 2017 році було придбано обладнання, у тому числі медичне, на суму 351,3 тис. грн. (апарат ультразвуковий скануючий Ультима ПРО, апарат низькочастотної терапії, апарат мікрохвильової терапії, апарат ультразвукової терапії, апарат УВЧ- терапії, пристрій для обробки рентгенівської плівки УФОРП з сушкою, холодильники, комп'ютерна техніка, кондиціонери, морозильні скрині, приліжкові багатофункційні металеві тумбочки).

В 2017 році було проведено поточний ремонт приміщень терапевтичного відділення №2 на суму 109,8 тис. грн.. На харчоблоці замінені на металопластикові 10 вікон, роботи виконані на суму 8,2 тис. грн.

Проведений капітальний ремонт системи водопостачання підвального приміщення головного корпусу госпіталю, роботи виконані на суму 16,2 тис. грн.

Виготовлено проектно–кошторисні документації на:

- "Капітальний ремонт частини приміщень неврологічного відділення для маломобільних груп населення" (1 блок);
- "Капітальний ремонт – облаштування приміщень госпіталю пожежною сигналізацією по вул. Дахнівська Січ, 1 та вул. Надпільна, 242";
- "Капітальний ремонт з облаштування блискавко-захисту госпіталю по вул. Дахнівська Січ, 1";
- "Капітальний ремонт з улаштування вуличного освітлення головного корпусу госпіталю";

- "Капітальний ремонт частини приміщень другого поверху прибудови до основного корпусу" (бібліотека).

На придбання предметів і матеріалів, інвентарю було витрачено 1104,3 тис. грн.

Госпіталь активно працює над залученням позабюджетних коштів для покращення матеріально-технічної бази. В 2017 році сума благодійної допомоги склала 146,7 тис. грн. (продукти харчування – 8,05 тис. грн., медикаменти – 67,8 тис. грн. обладнання, у тому числі медичне (кондиціонер, велотренажер, реабілітаційний комплекс для розробки верхніх та нижніх кінцівок) – 41,9 тис. грн., будівельні та господарчі матеріали – на суму 28,95 тис. грн.

Медична допомога учасникам АТО, їх сім'ям, у тому числі демобілізованим та сім'ям загиблих бійців надається в усіх закладах охорони здоров'я області, у тому числі й спеціалізованих. 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.

В ЛПУ області психологічна та психіатрична допомога учасникам АТО, як і іншим мешканцям області, надається лише за їх усвідомленою згодою та відповідно до наказу ДООЗ ОДА від 20.11.2014 № 905 "Про організацію надання психологічної та психіатричної допомоги учасникам АТО в області".

З метою надання психологічної допомоги учасникам АТО штатні посади психологів установ охорони здоров'я області, в яких надається медична допомога та здійснюється реабілітація демобілізованих військовослужбовців, приведені у відповідність до потреби та можливості установ.

Впродовж 2017 року згідно зі звітами медичних установ психологічну допомогу фактично надано 2 456 учасникам АТО, у тому числі амбулаторно – 958 особам.

Для забезпечення ветеранів війни та учасників АТО стаціонарною медичною допомогою в лікувальних установах області створена мережа спеціалізованих ліжок – ветеранські палати, кількість яких збільшилась і нараховує 290 палат. Загальний ліжковий фонд ветеранських палат станом на 01.01.2018 року складає 771 ліжко. В стаціонарних відділеннях міських та районних установ для інвалідів війни виділені окремі палати поліпшеної комфортності, переважно 1- та 2-місні.

Впродовж 2017 року в стаціонарних умовах всього було проліковано ветеранів війни та осіб, прирівняних по пільгам, 12 384 що складає 35% від їх загального числа (2016р. - 13889 , або 36,6% відповідно), у т.ч. 2088 (2016р. – 1489) учасників АТО.

**Стационарне лікування ветеранів війни та осіб,
прирівняних по пільгам, в медичних установах області**

Пільгові категорії	2016 рік (абс. - % від кількості осіб відповідної категорії, що знах. під "Д"-наглядом на 31.12.2016)	2017 рік (абс. - % від кількості осіб відповідної категорії, що знах. під "Д"-наглядом на 31.12.2017)	Україна 2016 рік
ІВ	2948 – 72,1%	2983 – 72,1%	52,4%
УБД	4234 – 38,4%	4197 – 36,5%	25,8%
УВ	5384 – 28,8%	4002 – 25,3%	21,7%
ОПП	1323 – 32,1%	1202 – 30,9%	24,3%
Всього:	13889 – 36,6%	12384 – 35%	25,4%

Кількість стаціонарно пролікованих хворих в умовах госпіталю в 2017 році збільшилася на 2,6% порівняно з попереднім роком і становить 5 738 осіб (2016р. – 5 588). Відсоток пролікованих у госпіталі ветеранів війни, які мешкають в сільській місцевості, в 2017 році складає 28,8% (2016р. – 27,6%).

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 та харчуванню
для ветеранів війни в закладах охорони здоров'я області**

грн.

Регіон	медикаменти		харчування	
	2016	2017	2016	2017
Городищенський р-н	62,87	73,17	21,73	29,85
Драбівський р-н	19,02	65,00	17,93	55,00
Жашківський р-н	22,96	54,00	4,70	2,26
Звенигородський р-н	20,83	36,64	30,05	15,23
Золотоніський р-н	40,00	150,00	35,00	50,00
Кам'янський р-н	25,51	39,31	22,60	28,05
Канівський р-н	40,46	41,70	91,00	51,70
Катеринопільський р-н	47,66	38,50	26,78	23,50
Корсунь-Шевченківський р-н	50,48	53,95	22,40	49,50
Лисянський р-н	29,90	33,40	31,60	36,10
Маньківський р-н	43,20	46,80	32,17	31,65
Монастирищенський р-н	32,80	20,17	17,64	14,04
Смілянський р-н	40,00	60,00	30,00	50,00
Тальнівський р-н	17,75	20,60	18,54	22,48
Уманський р-н	36,23	91,50	39,76	51,69
Христинівський р-н	45,00	46,28	42,00	37,50
Черкаський р-н	30,00	30,00	28,50	28,50
Чигиринський р-н	19,93	16,53	17,03	13,55
Чорнобаївський р-н	20,15	20,15	34,15	34,15
Шполянський р-н	55,09	38,33	22,36	27,52
м. Черкаси:				
Перша Черкаська міська лікарня	12,28	12,51	22,46	22,57
Друга Черкаська міська лікарня	31,85	23,11	13,85	21,03
Третя Черкаська міська лікарня ШМД	20,20	18,99	17,73	19,67
Госпіталь ВВ	41,12	40,84	37,55	42,51
м. Сміла	23,51	30,50	10,02	18,44
м. Умань	126,0	70,86	4,50	8,53
м. Ватутіне	15,49	21,07	11,38	14,37

Вартість ліжко-дня в медичних установах області:

➤ **по медикаментах** в 2017 році порівняно з 2016 роком:

- значно підвищилась – в Городищенському РТМО, Драбівській, Жашківській, Звенигородській, Золотоніській, Кам'янській, Смілянській та Уманській ЦРЛ;
- дотримані нормативи в Городищенській, Драбівській, Золотоніській, Уманській ЦРЛ та в місті Умань.
- найнижчі показники – в Першій та Третій Черкаських міських лікарнях та в Чигиринській ЦРЛ.

➤ **по харчуванню** в 2017 році порівняно з 2016 роком:

- значно підвищилась – в Драбівській, Золотоніській, Корсунь-Шевченківській, Смілянській та Уманській ЦРЛ;
- дотримані нормативи – в Драбівській 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)

№ з/п	Регіон	Використано коштів, грн.	
		2016	2017
1.	Городищенський р-н	21 288,48	35 657,83
2.	Драбівський р-н	12 834,77	34 265,10
3.	Жашківський р-н	7 508,00	8 828,39
4.	Звенигородський р-н	21 921,53	49 085,70
5.	Золотоніський р-н	22 100,00	99 712,53
6.	Кам'янський р-н	20 067,36	31 654,88
7.	Канівський р-н	15 127,00	23 794,00
8.	Катеринопільський р-н	73 628,77	87 401,48
9.	Корсунь-Шевченківський р-н	51 123,37	68 135,54
10.	Лисянський р-н	45 098,40	30 849,31
11.	Маньківський р-н	18 540,00	14 314,64
12.	Монастирищенський р-н	139 514,28	67 930,90
13.	Смілянський р-н	15 000,00	71 259,00
14.	Тальнівський р-н	14 440,00	16 948,00
15.	Уманський р-н	46 223,17	35 275,48
16.	Христинівський р-н	5 726,00	9 661,55
17.	Черкаський р-н	67 676,43	86 146,26
18.	Чигиринський р-н	10 125,43	35 146,91
19.	Чорнобаївський р-н	27 954,00	51 278,00
20.	Шполянський р-н	178 196,65	184 097,59
	Всього по районах:	814 093,64	1 041 443,09
1.	м. Ватутіне	11 739,57	22 072,53
2.	м. Сміла	84 600,00	106 986,00
3.	м. Умань	81 765,33	181 270,52
4.	м. Черкаси	386 224,26	342 926,15
	Всього по містах:	564 329,16	653 255, 20
	Разом по області:	1 378 422,80	1 694 698,29

Сума фінансування пільгового забезпечення ветеранів війни ліками за рецептами лікарів у 2017 році збільшилася порівняно з попереднім роком на 19% і становить 1 млн. 694 тис. 698,29 грн., що в середньому на 1 ветерана війни складає 47,9 грн. (2016р. - 1 млн. 378 тис. 422,8 грн. та 38,03 грн. відповідно).

В більшості міст і районів області зазначені видатки у 2017 році були значно збільшені.

Медико-соціальна експертиза

Впродовж 2015-2017 років 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, кількість міжрайонних МСЕК.

Динаміка мережі МСЕК

Назва МСЕК (профіль)	Кількість МСЕК			
	Станом на 01.01.2015	Станом на 01.01.2016	Станом на 01.01.2017	Станом на 01.01.2018
Обласні МСЕК	2	2	2	2
Спеціалізовані, у т.ч.:	6	5	4	4
- кардіологічна	1	1	1	1
- травматологічна	1	1	1	1
- психіатрична	1	1	-	-
- радіологічна	1	1	1	1
- онкологічна	1	-	-	-
- фтизіо-пульмонологічна	1	1	1	1
МСЕК загального профілю, у т.ч.	4	5	5	5
- міська	1	1	-	-
- міжрайонні	3	4	5	5
Всього :	12	12	11	11

Згідно наказу Управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 29.07.2016р. № 585 спеціалізовану психіатричну МСЕК перепрофільовано в міжрайонну МСЕК №5.

Кількість штатних посад всіх працівників Центру МСЕ впродовж 2015-2017 років залишилась без суттєвих змін. У 2017 році додатково введено 0,75 посади юрисконсульта до штатного розпису закладу. Всього станом на 01.01.2018р. в закладі зареєстровано 11 посад реабілітологів, 2 з них укомплектовано фізичними особами лікарів і 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 60,7% в 2015р. до 56,6% у 2016-2017рр.) і станом на 01.01.2018р. складає 52,0%.

Серед 18 працюючих лікарів за основним місцем роботи 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 атестації, з них 58,8% (10 осіб) атестовано на вищу кваліфікаційну категорію, 41,2% (7 осіб) – на першу. 1 лікар-спеціаліст атестації ще не підлягає. Лікарів, які не підвищували кваліфікацію на курсах в вищих навчальних закладах післядипломної освіти понад 5 років, в закладі немає.

Показники **первинної інвалідності** дорослого населення та населення працездатного віку за 2017 рік порівняно з 2014-2016 роками мають тенденцію до зниження:

- доросле населення: у 2017 році показник зменшився на 5,7 або 13,8% у порівнянні з 2016 роком і склав 35,5 (2016р. - мало місце збільшення показника на 1,9% з 39,3 до 41,2).

- населення працездатного віку: в 2017 році показник також зменшився на 6,3 або 13,9% в порівнянні з 2016 роком і склав 39,0 (2016р. - мало місце збільшення показника на 1,2% з 44,1 до 45,3).





Чисельність та частка виїзних засідань за 2015-2017 роки має тенденцію до збільшення і в 2017 році складає 32,5%, тобто збільшилась порівняно з 2016 р. на 2,5%; у 2016р. складає 31,7%, тобто збільшилась порівняно з 2015 р. на 3,6%, 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 2017 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 інвалідн.	Переоглянуто інвалідів	Оглянуто хворих для встановлення відсотків втрати працездатності	Продовжено лікування за листком тимчасової непрацездатності	Надано консультацій
2015	18954	4397	14062	306	201	126
2016	19388	4454	14202	484	141	105
2017	20998	4381	16617	350	140	185

Визнано вперше інвалідами серед всіх первинно оглянутих

	2015		2016		2017	
	всього	у т.ч. осіб працездат. віку	всього	у т.ч. осіб працездат. віку	всього	у т.ч. осіб працездат. віку
Всього	4097	3041 (у т.ч. працюючі – 1384)	4265	3269 (у т.ч. працюючі – 1322)	3635	2770 (у т.ч. працюючі – 1093)
Мешканці міста	2543	1779	2674	2000	2201	1604
Мешканці села	1554	1262	1591	1269	1434	1166

Питома вага невизнаних інвалідами із числа первинно оглянутих (%)

	2015			2016			2017		
	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	4,3	5,8	17,75	2,7	14,1	12,3	7,0	5,3
Україна	10,3	7,1	3,2	10,2	7,0	3,2	-	-	-

Питома вага необґрунтовано направлених з числа первинно оглянутих по області коливається по роках і в 2017 році має тенденцію до зниження. 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 140 осіб, яким продовжено листки тимчасової непрацездатності в 2017р., закінчили лікування на кінець року 107 осіб, серед них 75 осіб, або 70,9 % інвалідами не визнано. 26,1 % (28 осіб) визнано інвалідами III групи, 3,7% (4 особи) - I та II груп.

Розподіл первинно визнаних інвалідами за віком

Рік	До 39 років		Від 40 до 58 років ж., до 60 років чол.		Старше 58 років ж., 60 років чол.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	1037	25,3	2004	48,9	1056	25,8
2016	992	23,3	2277	53,4	996	23,3
2017	857	23,6	1913	52,6	865	23,8
Україна 2016	-	26,8	-	55,5	-	17,7

В розподілі первинної інвалідності за віком у 2015-2017рр., як і в попередні роки, переважає частка осіб працездатного віку, на які сумарно припадає 76,2% від усіх вперше визнаних інвалідами, що закономірно притаманне всім регіонам області. Як позитивне, слід розцінювати той факт, що в області стабільно залишається значно нижчою, ніж в Україні, частка осіб, що вперше визнані інвалідами у молодому віці (18-39 років).

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 аварії на ЧАЕС (із заг. кільк. інвалідів)
	Внаслідок трудового каліцтва, проф. захвор.	Внаслідок загального захворювання	З числа військово-службовців	З дитинства	
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%)
2017	28 (0,8%)	3173 (87,3%)	287 (7,9%)	147 (4,0%)	16 (0,4%)
Україна 2016	1,5%	84,3%	6,0%	8,2%	1,3%

В структурі первинної інвалідності дорослого населення на інвалідність від загальних захворювань по області в цілому стабільно припадає 87,3%.

Кількість первинно визнаних інвалідами та структура первинної інвалідності дорослого населення за групами інвалідності

Рік	Первинно визнано інвалідами дорослого населення					
	І група		ІІ група		ІІІ група	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	734	17,9	1736	42,4	1627	39,7
2016	790	18,5	1889	44,3	1586	37,2
2017	599	16,5	1702	46,8	1334	36,7
Україна 2016	-	11,9	-	35,6	-	52,5

Як по області, так і в Україні суттєвих змін в структурі первинної інвалідності дорослого населення області за групами інвалідності впродовж 2015-2017 рр. не відбулося, хоча утримується тенденція до дещо більшої в області, ніж в Україні, питомої ваги інвалідів І та ІІ груп та меншої – інвалідів ІІІ 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					
	І група		ІІ група		ІІІ група	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	248	8,1	1364	44,9	1429	47,0
2016	301	9,2	1542	47,2	1426	43,6
2017	243	8,8	1349	48,7	1178	42,5
Україна 2016	-	7,3	-	34,2	-	58,5

Суттєвих змін в структурі первинної інвалідності населення працездатного віку за групами інвалідності, як по області, так і в Україні, також не спостерігається. Має місце така ж сама тенденція, що як і серед дорослого населення, до дещо вищої, ніж в Україні, частки інвалідів І та ІІ груп і меншої – інвалідів ІІІ групи.

Первинна інвалідність дорослого населення і населення працездатного віку, яке мешкає у міській і сільській місцевості

Рік	Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення області			Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. населення працездатного віку області		
	Усього дорослого нас.	у тому числі		Усього нас.прац. віку	у тому числі	
		міського	сільського		міського	сільського
2015	39,3	43,1	34,3	44,1	42,3	43,0
2016	41,2	48,6	36,9	45,3	52,9	44,8
2017	35,5	37,9	32,4	39,0	40,7	42,3
Україна 2016р.	43,0	41,5	45,9	48,8	45,1	56,7

Кількість первинно визнаних інвалідами учасників бойових дій за 2017 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	-	-	-	-
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасники АТО	інваліди війни	177	3	67	107
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасники воєнних дій в ДРА	інваліди війни	19	-	16	3
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасники воєнних дій в інших гарячих точках	інваліди війни	17	-	14	3
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
Всього:	інваліди війни	213	3	97	113
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-

Результати оглядів учасників АТО, які вперше направлені до комісій МСЕ у 2017 році

	Оглянуто учасників АТО						
	всього	з них:					
		військово-службовці ЗСУ	військово-службовці НГУ	військово-службовці СБУ	військово-службовці ДПС України	військово-службовці МВС України	предст. ін-х формувань, які брали безпосер. участь в АТО
Загальна кількість оглянутих	201	187	7	-	2	4	1
у т.ч.: для встановлення групи інвалід.	177	164	6	-	2	4	1
для встановл. % втрати працездатності	24	23	1	-	-	-	-
Визнано інвалідами всього	177	164	6	-	2	4	1
у т.ч.: I гр.	3	3	0	-	-	-	-
II гр.	67	64	0	-	-	2	1
III гр.	107	97	6	-	2	2	-
Встановлено лише % втрати працездат.	24	23	1	-	-	-	-
Потребують забезп. ВМП, техзасобами та реаб., сан-кур. оздоровл. та ін.	177	164	6	-	2	4	1

**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		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Звернулось осіб	-	1	1	70	133	169	120	258	339
Проведено оглядів МСЕ	-	1	1	70	133	169	120	258	339
Отримали інвалідність: всього	-	1	1	62	115	150	97	211	283
із них вперше	-	1	1	15	6	38	28	54	70
Інвалідами не визнані	-	-	-	1	1	1	-	-	3
Продовження листка тимчасової непрацездатності	-	-	-	-	-	-	2	3	3
Встановлення % втрати працездатності	-	-	-	2	5	5	4	12	12
Виписка індивідуальної програми реабілітації (ІПР)	-	-	-	4	11	12	8	23	27
Затвердження санаторно- курортного лікування	-	-	-	1	1	1	9	9	11
Складено ІПР	-	1	1	66	126	162	105	234	310

Показники первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення в цілому по області за 2017 рік знизилось на 5,7 або на 13,8% (у 2016 році мало місце підвищення показника на 1,9 або на 4,8% порівняно з 2015 роком за рахунок переселенців та учасників АТО). В порівнянні з 2016 роком на 10 тис. дорослого населення найбільше зросла первинна інвалідність в Драбівському (на 14,1%) та Маньківському (на 5,9%) районах.

Крім того, вищою від середньообласного рівня первинна інвалідність залишається в м.Черкаси (46,4), м.Сміла (44,9), Городищенському (42,9) та Смілянському (42,2) районах при середньообласному показнику 35,5 на 10 тис. дорослого населення.

Первинна інвалідність дорослого населення працездатного віку в цілому по області за 2017 рік знизилось з 45,3 до 39,0 на 6,3 або 13,9 % в порівнянні з 2016 роком (у 2016 році мало місце підвищення показника на 2,7% (до 45,3 з 44,1) порівняно з 2015 роком). Найбільше у звітному періоді порівняно з попереднім роком зросла первинна інвалідність в Маньківському (на 30,8%), Драбівському (на 5,8%) та Канівському (на 4,3%) районах.

Крім того, вищою від середньообласного рівня первинна інвалідність дорослого населення працездатного віку залишається в м.Черкаси (46,7), м.Сміла (50,3), Городищенському (54,8) і Лисянському (49,4) районах. А в Смілянському районі вона найвища (58,6) та значно перевищує середньообласний показник (41,3).

В структурі первинної інвалідності дорослого населення від окремих причин рангові місця посідають:

- перше рангове місце – хвороби системи кровообігу – 9,6 на 10 тис. дорослого населення, на які припадає 27,0 % від усіх хвороб;

- друге – новоутворення – 7,4 – 20,8%;
- третє – хвороби кістково-м'язової системи – 4,3 – 12,1%;
- четверте – травми - 4,2 – 11,8%;
- п'яте – хвороби ендокринної системи – 1,7 – 4,8%.
- шосте – хвороби нервової системи – 1,6 – 4,5%.

На перші 4 рангові місця, як і в попередні роки, припадає 71,7% від всієї первинної інвалідності дорослого населення (2015 р. – 67,4%, 2016р. – 70,6%).

В структурі первинної інвалідності дорослого населення працездатного віку рангові місця розподілились наступним чином:

- перше рангове місце належить хворобам системи кровообігу – 9,9 на 10 тис. населення працездатного віку, на які припадає 25,4% від усіх хвороб;
- друге – новоутворенням – 6,5 – 16,7 % ;
- третє – травмам – 5,7 – 14,8 %;
- четверте – хворобам кістково-м'язової системи – 5,1 – 13,1%;
- п'яте – інфекційним захворюванням – 2,0 – 5,1 %.

На перші 4 рангові місця припадає 70,0% від всієї первинної інвалідності населення працездатного віку (2015р. – 66,2%, 2016р. – 68,7%), що чітко визначає основні напрямки її профілактики, якими є рання діагностика і лікування згідно протоколів надання медичної допомоги виявлених хворих та використання реабілітаційного потенціалу.

Головами міжрайонних МСЕК постійно проводиться детальний аналіз не тільки структури первинної інвалідності від окремих хвороб, а й аналіз карт експертної оцінки адекватності заходів з профілактики інвалідності, які надаються ЛКК при направленні хворих для первинного огляду МСЕК.

Реабілітація інвалідів

Роки	Повна реабілітація, %	Часткова реабілітація, %	Сумарна реабілітація, %
2015	2,1	16,8	9,5
2016	1,0	16,4	8,5
2017	0,6	11,5	7,5
Україна 2016	2,2	15,7	7,2

Основними причинами інвалідності залишаються тяжкі ушкодження, вроджені вади та складний прогресуючий перебіг захворювань, які призводять до порушень різних видів життєдіяльності людини.

Значний внесок в профілактику інвалідності здатні внести своєчасна діагностика з метою раннього виявлення захворювань, адекватне лікування і наступна диспансеризація для забезпечення реабілітації хворих.

Вагоме місце належить дотриманню стандартів обстеження і лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних умовах, за сучасними протоколами з застосуванням вискоєфективних медичних технологій. На подальше удосконалення співпраці з медичними закладами області за цими напрямками буде спрямована робота адміністрації закладу, всіх МСЕК і в 2018 році.

Аналіз звернень громадян

Впродовж 2017 року до управління охорони здоров'я облдержадміністрації (далі — Управління) надійшло 1362 звернення, що на 19,2% більше, ніж у 2016 році (1143), з них:

- письмових — 767 (2016 р. — 647);
- "гаряча лінія" Управління — 150 (2016 р. — 74);
- Урядова "гаряча лінія" — 369 (2016 р. — 295);
- "Гаряча лінія МОЗ" — 29 (2016 р. — 81);
- особистий прийом — 47 (2016 р. — 46);
- виїзні прийоми — 22 (2016 р. — 12).

Усі звернення розглядалися і вирішувалися об'єктивно та у терміни, передбачені діючим законодавством із недопущенням надання неоднозначних, необґрунтованих або неповних відповідей.

Відповідно до графіка особистого прийому громадян начальником Управління та його заступниками проведено 47 прийомів громадян, під час яких розглянуто 47 звернень.

За звітний період начальником Управління здійснено 22 виїзних особистих прийомів, під час яких від громадян надійшло 11 звернень.

Керівниками Управління проводяться особисті прийоми громадян у робочих кабінетах, а за місцем проживання громадян — у громадських приймальнях райдержадміністрацій, міськвиконкомів, або ж у приміщеннях центральних районних лікарень, згідно із затвердженими графіками, двічі на місяць.

Відповідно до Плану облдержадміністрації в Управлінні постійно діє телефонна "Гаряча лінія". За 2017 рік зареєстровано 150 звернень громадян, які розглянуто відповідно до вимог чинного законодавства, про результати розгляду заявників поінформовано окремими листами Управління у визначені терміни.

Крім того, з "Гарячої телефонної лінії" Міністерства охорони здоров'я України отримано та розглянуто 29 звернень громадян, з "Урядової гарячої лінії" — 369 звернень.

Протягом 2017 року до Управління надійшло 30 колективних звернень та 100 повторних.

За звітний період було здійснено 55 комісійних розглядів із питань, що були порушені у зверненнях громадян, зокрема з питань надання медичної допомоги.

В Управлінні особлива увага приділяється розгляду звернень ветеранів війни і праці, інвалідів та непрацездатних громадян, багатодітних родин та інших осіб, які потребують соціального захисту. Від даної категорії громадян до Управління протягом звітного періоду надійшло 179 звернень.

Основними питаннями, які порушувалися у зверненнях громадян, є питання надання медичної допомоги, забезпечення медичними препаратами, направлення на лікарсько-консультативну та медико-соціальну експертну комісію з метою оформлення групи інвалідності.

Найбільша кількість звернень (в абсолютних цифрах) надійшла на розгляд до Управління від жителів: м. Черкаси (213); Черкаського району (40), м. Сміла (32), м. Умань (29), Золотоніського (13) та Христинівського районів (12).

У 2017 році питання щодо стану роботи зі зверненнями громадян заслухано на апаратній нараді начальника Управління та колегиї Управління з прийняттям відповідних рішень.

Формування у населення прихильності до здорового способу життя

Розбудова охорони здоров'я, реформування галузі має бути спрямоване не тільки на лікування хвороб, а й на створення системи, орієнтованої на здорову людину. Тому однією зі складових реформи повинна стати стратегія профілактичної медицини, спрямована на попередження хвороб, продовження активного життя населення.

Найбільш ефективною стратегією профілактики, за висновками ВООЗ, є відповідна інформаційна робота серед населення, що потребує налагодження комунікацій на сучасному рівні. Проте, саме цій роботі приділяється найменша увага з боку керівників всіх рівнів.

Частково це пояснюється невизначеністю нормативної бази з цього питання в наказах МОЗ України, які стосуються реформування охорони здоров'я, зокрема, первинної та вторинної ланки. Наказ Департаменту охорони здоров'я Черкаської ОДА від 16.04.2014 року № 311 «Про заходи щодо діяльності закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя» в більшості ЛПЗ не виконується.

Станом на 01.01.2018 року штатні посади інструкторів (медичних сестер) з санітарної освіти укомплектовані на повну ставку лише в 10 закладах, а лікарські посади – в 3 закладах (Черкаський міський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та здоров'я, Канівський ЦПМСД, Смілянська ЦРЛ); на 0,5 посади (за сумісництвом) – в м. Сміла, Драбівському, Корсунь-Шевченківському та Городищенському районах. Практично відсутні штатні посади в більшості ЦПМСД (за винятком м. Канів і Христинівського району), що суттєво впливає на організацію та забезпечення інформаційно-комунікаційної роботи серед населення території обслуговування.

Комунальним закладом «Черкаський обласний центр здоров'я» Черкаської обласної ради (далі - КЗ«ЧОЦЗ» ЧОР) здійснюється організаційно-методичне керівництво роботою спеціалістів ФЗСЖ: проводяться окремі консультації, заняття, розробляються та направляються на місця матеріали з інформаційно-освітньої діяльності на допомогу медичним працівникам, а також санітарно-освітня література різноманітної тематики.

У квітні 2017 року спеціалістами Центру спільно з Черкаською медичною академією проведено місячні курси підвищення кваліфікації для штатних і відповідальних працівників служби лікувально-профілактичних закладів області. Проведено 23 заняття для медичних працівників ЛПЗ, окремі заняття для спеціалістів інших зацікавлених відомств (студенти Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, спеціалісти Управління у справах сім'ї, молоді та спорту Черкаської ОДА та ін.).

Впродовж 2017 року в обласному центрі та деяких районних центрах області за ініціативою та безпосередньої участі співробітників КЗ«ЧОЦЗ» ЧОР, штатних і відповідальних працівників служби формування здорового способу життя та волонтерів громадських організацій були організовані та проведені просвітницькі акції, приурочені до найбільш актуальних питань охорони здоров'я, зокрема: попередженню та лікуванню туберкульозу, СНІДу, діабету, онкологічних, серцево-судинних захворювань тощо.

В процесі підготовки вказаних заходів на допомогу медичним працівникам, редакціям ЗМІ були підготовані та направлені відповідні інформаційні листи, прес-релізи, пам'ятки, листівки. В ході проведення акцій в обласних газетах випущено тематичні сторінки здоров'я, а також організовані спеціальні передачі, прямі ефіри по обласних радіо та телебаченню.

КЗ «ЧОЦЗ» ЧОР активно співпрацює з обласним радіо, телебаченням і редакціями газет «Нова Доба», «Черкаський край», «Вечірні Черкаси», «Акцент», «Нова молодь Черкащини» та ін. Регулярно транслювалися 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 17:30 з повтором у п'ятницю), друкувалися окремі публікації та сторінки здоров'я в обласних газетах.

За результатами щотижневого моніторингу впродовж 2017 року з різних питань охорони здоров'я в обласних ЗМІ оприлюднено:

- обласні газети – 1096 публікацій (2016 рік – 1000),
- обласне радіо – 253 передачі (2016 рік – 356),
- обласне телебачення – 273 (2016 рік – 290).

На сторінках різних інтернет-видань Черкас і Черкаської області розміщено більше 1100 інформаційних повідомлень з різних питань охорони здоров'я. Слід зазначити, що вказані показники щодо використання обласних ЗМІ значно перевищують загальнонаціональні.

Підтримується функціонування офіційного сайту УОЗ ОДА «Здоров'я Черкащини». На сайті, одночасно з матеріалами, які висвітлюють діяльність сфери охорони здоров'я, розміщуються актуальні інформаційно-просвітницькі матеріали, які рекомендується використовувати при проведенні освітньої роботи серед населення.

За даними звітів лікувально-профілактичних закладів області з питань ФЗСЖ, гігієнічного виховання населення (форма № 51-здоров), впродовж 2017 року в міських і районних газетах оприлюднено більше 1500 матеріалів (в середньому 67 публікацій на одне джерело інформації), по міських і районних радіовузлах прозвучало 617 передач (в середньому 41 передача на одне джерело інформації). Активно використовувались місцеві газети з метою популяризації медико-гігієнічних знань в Катеринопільському, Маньківському, Монастирищенському, Тальнівському, Шполянському, Чорнобаївському, Драбівському, Канівському районах та в м. Сміла. Проте, в багатьох районах місцеві газети, як одне з важливих джерел інформації, медичними працівниками використовується недостатньо, або зовсім не використовується (Чигиринський, Уманський, Смілянський, Звенигородський райони і м. Умань).

Варто зазначити, що доступність інформаційно-комунікаційних матеріалів з питань збереження здоров'я, профілактики захворювань значно ускладнюється через значне скорочення місцевих (районних, міських) радіовузлів і радіоточок у приватних будинках і установах.

Протягом 2017 року КЗ «ЧОЦЗ ЧОР» підготовлено та розтиражовано 17 найменувань популярної санітарно-освітньої літератури (буклети, плакати різноманітної тематики) загальним тиражем 93,6 тисяч екземплярів, що складає 6500 екземплярів на 100 тисяч населення.

Напрямки медико-гігієнічної пропаганди:

1. Активізація та удосконалення інформаційно-комунікаційної роботи серед населення.
2. Забезпечення функціонування та інформаційного наповнення сайту управління охорони здоров'я Черкаської ОДА «Здоров'я Черкащини».
3. Підготовка кадрів (лікарів, інструкторів, медичних сестер та фельдшерів кабінетів ФЗСЖ) шляхом надання методичної та консультативної допомоги.
4. Залучення медичних працівників усіх рівнів до інформування максимальної кількості населення (до 80-90%) з питань профілактики захворювань, захисту та зміцнення здоров'я, протидії потенційним загрозам здоров'ю, виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та їх розширення щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я (від профілактичних до паліативних).
5. Підготовка та тиражування інформаційно-просвітницьких матеріалів.

Пріоритетні напрямки діяльності галузі охорони здоров'я області на 2018 рік

1. Адаптація ЛПЗ в умовах реформування щодо забезпечення повноцінної діяльності та забезпечення якості медичної допомоги:

1.1. Організація реформування первинної медичної допомоги за основними напрямками:

- Автономізація лікувально-профілактичних закладів шляхом реорганізації в комунальні неприбуткові підприємства.
- Забезпечення комп'ютерною технікою ЛПЗ первинної ланки.
- Інформатизація галузі шляхом підключення до єдиної електронної системи обміну медичною інформацією eHealth.
- Підписання декларацій між пацієнтом та лікарем.
- Укладання угод автономних закладів первинної медико-санітарної допомоги з Національною службою здоров'я України.
- Формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.

1.2. Впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я.

1.3. Створення госпітальних рад та розробка перспективних планів розвитку відповідних госпітальних округів Черкаської області.

1.4. Підготовка закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів до проведення автономізації та перетворення в комунальні неприбуткові підприємства.

1.5. Перехід ЛПЗ на коди ІСРС-2 та нові форми первинної облікової документації.

2. Забезпечення виконання заходів Національних, галузевих та регіональних програм з питань охорони здоров'я.

3. Кадрове забезпечення лікувально-профілактичних закладів, першочергово – в сільській місцевості.

4. Охорона здоров'я матері та дитини.

5. Подальше зниження захворюваності та
6. Подальша оптимізація ліжкового фонду та наявної мережі ЛПЗ.
7. Поліпшення матеріально-технічної бази ЛПЗ області.
8. Продовження роботи в системі реімбурсації.
9. Виконання Урядової програми «Доступні ліки» відповідно до Постанов КМУ від 09.11.2016 № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» (зі змінами) та №863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів».

Головний редактор

Начальник Управління охорони здоров'я ОДА
Лобас М.В.

Редактор

Заступник начальника Управління -
начальник відділу організації надання
медичної допомоги дорослому населенню,
матерям та дітям
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.
Спека І.В.