

ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Аналіз
роботи галузі охорони здоров'я
області у 2018 році, заходи щодо подальшої її
оптимізації, реформування та поліпшення стану
здоров'я населення**

**м. Черкаси
2019**

ЗМІСТ

1	Вступ	3-4
2	Оцінка результатів роботи ЛПЗ області за 2017 рік	5-7
3	Мережа лікувально-профілактичних закладів	8-15
4	Кадри	15-21
5	Фінансування галузі	22-29
6	Інформатизація галузі	29-36
7	Матеріально-технічна база	37-38
8	Охорона праці	39-40
9	Демографія	40-43
10	Загальний аналіз тенденцій захворюваності населення	43-47
11	Амбулаторно-поліклінічна служба	48-54
12	Загальна практика – сімейна медицина	54-61
13	Стаціонарна допомога	61-69
14	Терапевтична служба	70-73
15	Кардіологічна служба	74-80
16	Хірургічна служба	80-89
17	Педіатрична служба	90-94
18	Акушерсько-гінекологічна служба	94-100
19	Неврологічна служба	101-107
20	Ендокринологічна служба	107-112
21	Нефрологічна служба	112-118
22	Стоматологічна служба	118-122
23	Онкологічна служба	123-128
24	Психіатрична служба	128-133
25	Наркологічна служба	133-135
26	Фтизіатрична служба	136-141
27	Служба профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом	142-146
28	Дерматовенерологічна служба	146-150
29	Інфекційна служба	151-157
30	Імунопрофілактика	157-161
31	Екстрена медична допомога населенню області	161-165
32	Служба крові	165-167
33	Стан надання медичної допомоги ветеранам війни та учасниками АТО	167-171
34	Медико-соціальна експертиза	172-182
35	Аналіз звернень громадян	183-184
36	Формування у населення прихильності до здорового способу життя	184-185
37	Пріоритетні напрямки діяльності галузі охорони здоров'я області на 2018 рік	186

ВСТУП

Діяльність галузі охорони здоров'я області в 2018 році була спрямована на:

- 1. Адаптацію ЛПЗ в умовах реформування щодо забезпечення повноцінної діяльності та забезпечення якості медичної допомоги, а саме:**
 - Організацію реформування первинної медичної допомоги за основними напрямками:
 - Автономізацію лікувально-профілактичних закладів первинного рівня шляхом реорганізації в комунальні неприбуткові підприємства.
 - Забезпечення комп'ютерною технікою ЛПЗ первинної ланки.
 - Інформатизацію 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.
- 1.1. Впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я.
- 1.2. Підготовку закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів до проведення автономізації та перетворення в комунальні неприбуткові підприємства.
- 1.3. 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.**
- 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“.

10. Розвиток екстреної медичної допомоги.

11. Боротьбу з найбільш поширеними хронічними неепідемічними та епідемічними хворобами, які набули ваги соціально-значущих та соціально-небезпечних.

ОЦІНКА
результатів роботи закладів охорони здоров'я
міст і районів області за 2018 рік

Рейтингове місце	КДР + Т-коэф.	Міста / райони
Міста обласного підпорядкування		
1-й результат	1,57	м. Умань
2-й результат	1,54	м. Черкаси
3-й результат	1,53	м. Сміла
4-й результат	1,44	м. Ватутіне
Адміністративні райони		
1-й результат	1,66	Черкаський район
2-й результат	1,65	Уманський район
3-й результат	1,64	Звенигородський район
4-й результат	1,63	Монастирищенський район
5-й результат	1,62	Канівський район
6-й результат	1,61	Кам'янський район
		Маньківський район
7-й результат	1,60	Городищенський район
		Чорнобаївський район
8-й результат	1,56	Золотоніський район
9-й результат	1,55	Христинівський район
10-й результат	1,52	Тальнівський район
11-й результат	1,50	Смілянський район
12-й результат	1,48	Жашківський район
		Корсунь-Шевченківський район
		Шполянський район
13-й результат	1,47	Драбівський район
14-й результат	1,45	Катеринопільський район
15-й результат	1,43	Чигиринський район
		Лисянський район

ОЦІНКА
результатів роботи закладів охорони здоров'я вторинного рівня
(МЛ, ЦРЛ), відокремлених від ПМСД, за 2018 рік

Рейтингове місце	КДР + Т-коэф.	ЗОЗ II рівня
Міські заклади II рівня		
1-й результат	1,61	ЗОЗ II рівня м. Умань
2-й результат	1,54	ЗОЗ II рівня м. Сміли
3-й результат	1,50	ЗОЗ II рівня м. Черкас
3-й результат	1,44	Ватутінська МЛ
Районні заклади II рівня		
1-й результат	1,71	Уманська ЦРЛ
		Черкаська ЦРЛ
2-й результат	1,69	Монастирищенська ЦРЛ
3-й результат	1,68	Канівська ЦРЛ
4-й результат	1,64	Смілянська ЦРЛ
5-й результат	1,63	Звенигородська ЦРЛ
6-й результат	1,62	Золотоніська ЦРЛ
7-й результат	1,61	Кам'янська ЦРЛ
8-й результат	1,60	Жашківська ЦРЛ
9-й результат	1,59	Чорнобаївська ЦРЛ
10-й результат	1,58	КЗ „Городищенське РТМО“
11-й результат	1,57	Маньківська ЦРЛ
		Христинівська ЦРЛ
12-й результат	1,56	Шполянська ЦРЛ
13-й результат	1,50	Тальнівська ЦРЛ
14-й результат	1,49	Катеринопільська ЦРЛ
		Чигиринська ЦРЛ
15-й результат	1,44	Лисянська ЦРЛ
16-й результат	1,42	Драбівська ЦРЛ
17-й результат	1,38	Корсунь-Шевченківська ЦРЛ

ОЦІНКА
результатів роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги
(ЦПМСД) та самостійних лікарських амбулаторій (ЛА) ОТГ за 2018 рік

Рейтингове місце	КДР + Т-коєф.	Центри ПМСД / ЛА
Міські центри ПМСД		
1-й результат	1,80	ЦПМСД міста Черкаси № 5
		ЦПМСД міста Черкаси № 1
2-й результат	1,78	ЦПМСД міста Черкаси № 2
3-й результат	1,71	ЦПМСД міста Черкаси № 4
4-й результат	1,68	ЦПМСД міста Черкаси № 3
5-й результат	1,62	ЦПМСД міста Сміли
6-й результат	1,59	ЦПМСД міста Ватутіне
7-й результат	1,57	ЦПМСД міста Золотоноші
8-й результат	1,54	ЦПМСД міста Умань
Центри ПМСД та самостійні ЛА ОТГ адміністративних районів		
1-й результат	1,75	ЦПМСД ОТГ с. Білозір'я Черкаського р-ну
2-й результат	1,72	ЦПМСД Кам'янського району
		ЦПМСД Маньківського району
3-й результат	1,70	ЦПМСД Звенигородського району
4-й результат	1,68	ЦПМСД Корсунь-Шевченківського району
5-й результат	1,67	ЦПМСД Черкаського району
		ЦПМСД Катеринопільського району
6-й результат	1,66	ЦПМСД Драбівського району
7-й результат	1,65	ЦПМСД Канівського району
8-й результат	1,64	ЦПМСД Городищенського району
9-й результат	1,63	ЦПМСД Чорнобаївського району
10-й результат	1,59	ЦПМСД Уманського району
11-й результат	1,57	ЦПМСД Шполянського району
12-й результат	1,56	ЦПМСД Тальнівського району
13-й результат	1,55	ЦПМСД Чигиринського району
		ЦПМСД Христинівського району
14-й результат	1,54	ЦПМСД Золотоніського району
15-й результат	1,52	ЦПМСД Монастирищенського району
		ЦПМСД Лисянського району
		ЛА ОТГ смт Єрки Катеринопільського р-ну
16-й результат	1,43	ЦПМСД ОТГ с. М. Калигірка Катерин. р-ну
17-й результат	1,41	ЦПМСД ОТГ с. Мліїв Городищенського р-ну
18-й результат	1,40	Мехедівська ЛА ОТГ с. Зорівка Золотон. р-ну
19-й результат	1,36	ЦПМСД Жашківського району
20-й результат	1,33	ЦПМСД Смілянського району

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 року в районах області зареєстровано 4 нових центри первинної медико-санітарної допомоги (далі ЦПМСД), в т.ч. в Городищенському районі (районний ЦПМСД та ЦПМСД Мліївської ОТГ) та районні центри Кам'янського та Лисянського районів.

В м. Черкаси при трьох центрах відкрито 3 лікарські амбулаторії, як додаткові відокремлені структурні підрозділи (далі – ВСП) з метою обслуговування дітей до 17 років. До посад ЦПМСД ввійшли посади колишніх дитячих поліклінік.

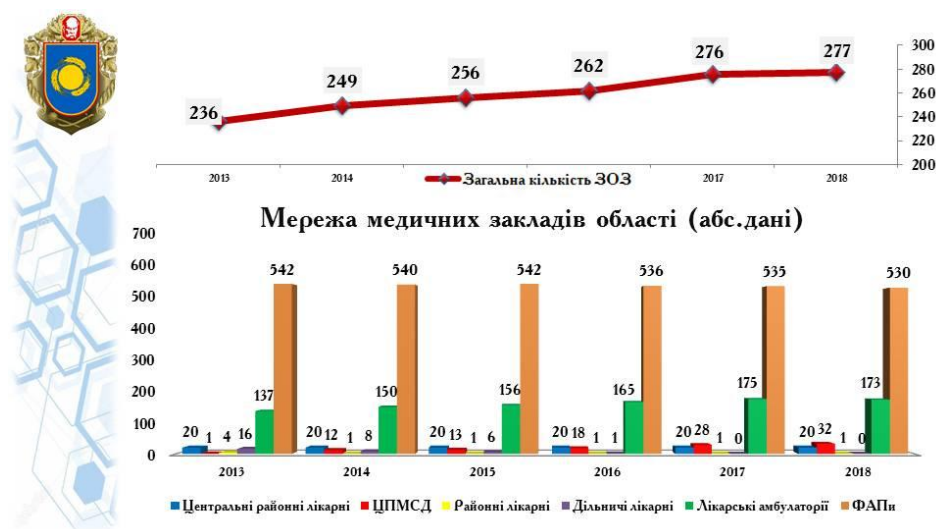
Підрозділи спеціалізованої амбулаторної допомоги поліклінік м. Черкаси об'єднано в одну установу: КНП „Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка“.

Дитячу поліклініку м. Сміла реорганізовано шляхом приєднання до Смілянської міської поліклініки.

Залишається проблемним питанням визначення доцільності існування і підпорядкованості одного з медичних закладів м. Сміли „Спеціалізована медико-санітарна частина №14“ Міністерства охорони здоров'я України.

Протягом року тривав процес розмежування функцій між вторинною і первинною ланками 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 31.12.2018 в області функціонує 277 (2017 – 276) медичних установ та їх територіально відокремлених структурних підрозділів, з них 45 стаціонарних установ на 9453 ліжка (2017 рік 46 – 9625), в т.ч. 20 ЦРЛ на 3490 ліжок (2017 рік 20 – 3558), 1 РЛ на 52 ліжка (2017 – 1 на 52 ліжка), міські лікарні на 2326 ліжок (2017 – 2480). В закладах обласного підпорядкування розгорнуто 3515 ліжок (2017 – 3545).

Чисельність ліжок УОЗ в області на кінець 2018 року становить 9453, показник забезпеченості складає 78,6 на 10 тис. населення (2017 рік – 9625 – 79,1). Крім того, 70 ліжок розгорнуто в СМСЧ-14 (2017 – 70).

Амбулаторно-поліклінічна допомога населенню області надається в 253 лікувально-профілактичних установах та їх ВСП (2017 – 252).

Кількість лікарських амбулаторій зменшилась до 173 (2017 – 175).

Рух числа лікарських амбулаторій (не враховуючи внутрішній перерозподіл між ЦРЛ та новоствореними районними ЦПМСД) становить:
на кінець 2017 року 175 ЛА + 3 ЛА ВСП ЦПМСД м. Черкаси з дитячих поліклінік – 1 ЛА Городищенської ЦРЛ стала базовою амбулаторією ЦПМСД Мліївської ОТГ – 4 ЛА реформовано в ФАП (в Катеринопільському районному ЦПМСД – 1 установа, ЦПМСД ОТГ Білозір'я – 1, Чигиринському ЦПМСД – 2)
на кінець 2018 року = 173 ЛА

Крім того, в області функціонує 530 ФАПів/ФП (2017 – 535).

Рух числа ФАП/ФП становить:

2017 рік 535 ФАП/ФП +1 ФАП Городищенського р-ну с. Мліїв садстанція - з складу ЛА ВСП ЦПМСД Мліївської ОТГ
+1 ФП Катеринопільського р-ну с. Киселівка реорганізовано з ЛА
+1 ФАП Чигиринського ЦПМСД с. Матвіївка реорганізовано з ЛА
+1 ФАП Чигиринського ЦПМСД с. Топилівка реорганізовано з ЛА
+1 ФАП Білозірського ЦПМСД ОТГ смт Ірдинь реорганізовано з ЛА
-1 ФАП Драбівського ЦПМСД с.Дуніновка закрито
-2 ФП Канівського ЦПМСД с. Лазіріці, с. Поташня закрито
-3 ФАП Корсунь-Шевченківського ЦПМСД с. Нехворощ, с.Миколаївка, с.Скрипченці закрито
-2 ФП Лисянського ЦПМСД ФП с. Дубина об'єднано з ФП с.Погибляк, ФП с. Кучківка об'єднано з ФП с. Яблунівка
-2 ФП Кам'янського ЦПМСД с. Лубенці, с. Коханівка закрито
на кінець 2018 року діє = **530 ФАПів/ФП**

З загальної кількості закладів охорони здоров'я області (далі – ЗОЗ) – 106 (2017 – 102) є юридичними особами, з них 45 – стаціонарних установ, 44 є амбулаторно-поліклінічними закладами та 17 – „інших“ (2017 – 46 – 39 – 17 відповідно).

За типами установ ЗОЗ (юридичні особи) станом на 31.12.2018 розподіляються на:

стаціонарні заклади - 45		амбулаторно-поліклінічні заклади - 44	
м. Черкаси - 6	МЛ 1, 2, 3, ПБ, інфек. лікарня, дит. лікарня	м. Черкаси - 9	ЦПМСД: 1, 2, 3, 4, 5; п-ка „Астра“, консультативна поліклініка, 2 стоматологічні поліклініки
м. Сміла - 2	МЛ, МЛ ім. Т.Шевченка	м. Сміла - 3	міська 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
		24 ЦПМСД районів області	2 ЦПМСД Городищенського р-ну (ЦПМСД ОТГ с. Мліїв та районний ЦПМСД), Драбівський, Жашківський, Звенигородський, 2 Золотоніських центри (міський та районний), К-Шевченківський, Канівський, 2 ЦПМСД Катеринопільського р-ну (ЦПМСД с.Мокра Калигірка та районний ЦПМСД), Кам'янський, Лисянський, Манківський, Монастирищенський, Тальнівський, Смілянський, Уманський, Христинівський, 2 центри Черкаського р-ну (ЦПМСД Черкаського р-ну та ЦПМСД с. Білозір'я), Чорнобаївський, Чигиринський, Шполянський р-ни
		ЛА -2	ОТГ смт Єрки, ОТГ с. Зорівка
		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, медакадемія, медколедж, центр підвищення кваліфікації лікарів			

Не перераховані лікарняні „заклади“ адмінрайонів є структурними підрозділами, в більшості регіонів – центральних районних лікарень або ЦПМСД.

Автономізація лікувально-профілактичних установ станом на 01.01.2019

Всі 34 установи охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу в області, реорганізовано в комунальні некомерційні підприємства (далі – КНП).

З 48 установ вторинного рівня – 19 КНП

(з 20 ЦРЛ – тільки Чорнобаївська лікарня).

З 11 установ третинного рівня – 10 КНП (крім центру СНІДу).

Протягом 2018 року створено 4 нових ЦПМСД:

- 2 Городищенський р-н (районний центр та центр Мліївської ОТГ),
- 1 Кам'янський районний центр,
- 1 Лисянський районний центр.

В складі 32 ЦПМСД на кінець року знаходяться:

- 32 базові амбулаторії – структурні підрозділи;
- 171 ЛА як територіально відокремлені структурні підрозділи ЦПМСД;
- 524 ФАП/ФП.

Центри первинної медико-санітарної допомоги функціонують в усіх містах обласного підпорядкування.

В адмінрайонах розташовано – 24 установи:

- 20 районних ЦПМСД;
- 3 ЦПМСД ОТГ;
- 1 ЦПМСД м. Золотоноша.

8 ЦПМСД зареєстровані в сільській місцевості за юридичними адресами (Золотоніський районний ЦПМСД, Канівський районний ЦПМСД, Смілянський районний ЦПМСД, Черкаський та Уманський районні ЦПМСД, ЦПМСД ОТГ с.Білозір'я, ЦПМСД ОТГ с. Мокра Калигірка, ЦПМСД ОТГ с.Мліїв).



На кінець року обласною радою схвалено створення 54 (+1 – Драбівська селищна ОТГ, де ще не відбулися вибори голови) об'єднаних територіальних громад. З сформованих 55 територіальних громад тільки п'ять остаточно визначилися з медичними установами своїх територій.

Діючі медичні установи (юридичні особи) об'єднаних територіальних громад (ОТГ) станом на 31.12.2018

№	Назва ОТГ	Тип ЛПУ юр. особи	ЛПУ, які входять до складу ОТГ	
			ЛА	ФАПи
	Черкаський р-н			
1.	с.Білозір'я	ЦПМСД	база ЛА с.Білозір'я	сmt Ірдинь
	Катеринопільський р-н			
2.	сmt Ёрки	ЛА ЗПСМ сmt Ёрки	-	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
	Золотоніський р-н			
4.	с. Зорівка	ЛА ЗПСМ с. Мехедівка (Драбівський р-н)	-	с. Чернещина (Золотоніський р-н) с. Зорівка (Золотоніський р-н) с. Богданівка (Драбівський р-н) с. Вершина Згарська (Драбівський р-н)
5.	Городищенський р-н			
	с. Мліїв	ЦПМСД	база ЛА с. Мліїв ВСП ЛА с. Старосілля	с. Буда Орловецька с. Мліїв садстанція
	Разом 5 ОТГ	3 ЦПМСД 2 ЛА	База ЛА ЦПМСД - 3 ВСП ЦПМСД - 2 ЛА	ФАП - 13

Установи охорони здоров'я/підрозділи/ФАПи, розташовані на території інших об'єднаних територіальних громад станом на 31.12.2018 не отримали статусу юридичних осіб і за підпорядкуванням відносяться до районних центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Мережа структурних і відокремлених структурних підрозділів, які надають первинну медико-санітарну допомогу по Черкаській області за 2018 рік

№ з/п	Структурні підрозділи	Кількість підрозділів	в т.ч. сімейної медицини	Лікарі			Середній медичний персонал		
				штатні посади	зайняті посади	фізичні особи	штатні посади	зайняті посади	фізичні особи
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Лікарські амбулаторії, всього	173	173	539,25	417,5	352	996,5	619,25	848
	з них:								
	• в складі самостійних ЦПМСД як ВСП*	171	171	530,75	410,0	346	981,0	604,25	833
	• в складі інших ЛПУ як ВСП	-	-	-	-	-	-	-	-
	• самостійні (т. 900 р.3)	2	2	8,5	7,5	6	15,5	15,0	15
2	В тому числі (із р.1) міські лікарські амбулаторії, всього	29	29	246,75	210,5	183	427,5	344,5	331
	з них:								
	• в складі самостійних ЦПМСД	28	28	239,75	204,5	178	415,5	333,0	319
	• в складі інших ЛПУ	-	-	-	-	-	-	-	-
	• (самостійні т.900 р.3-р.4)	1	1	7,0	6,0	5	12,0	11,5	12
3	В тому числі (із р.1) сільські лікарські амбулаторії, всього	144	144	292,5	207,0	169	569,0	274,75	517
	з них:								
	• в складі самостійних ЦПМСД	143	143	291,0	205,5	168	565,5	271,25	514
	• в складі інших ЛПУ	-	-	-	-	-	-	-	-
	• самостійні (т.900 р.4)	1	1	1,5	1,5	1	3,5	3,5	3
4	Фельдшерсько-акушерські пункти, всього	530	х	х	х	х	614,75	557,75	554
	з них:								
	• в складі самостійних ЦПМСД	524	х	х	х	х	608,25	551,75	549
	• в складі інших ЛПУ	-	х	х	х	х	-	-	-
	• В складі самостійних ЛА ОТГ	6							
	• самостійні	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Центри ПМСД, які є структурними підрозділами лікувально-профілактичних закладів	-	х	х	х	х	х	х	х

* ВСП – відокремлені структурні підрозділи

З 823 сільських населених пунктів області – 637 або 77,4% обслуговуються медичними працівниками фельдшерсько-акушерських або фельдшерських пунктів.

Всього в області станом на 31.12.2018 530 ФАПів/ФП, в т.ч. 250 ФАПів та 280 ФП.

Упорядкування мережі фельдшерсько-акушерських пунктів має бути продовжено, враховуючи, що 31 ФАП (2017р. – 36) обслуговують до 100 осіб, в т.ч.:

до 50 осіб – 5 ФАПів (2017 – 6):

- Смілянський район – 1 (с. Богунове – 30 мешканців);
- Черкаський район – 1 (с. Гута Межирицька – 31 мешканець);
- Христинівський район – 1 (с. Яри – 40 мешканців);
- Монастирищенський район – 1 (с. Балка – 40 мешканців);
- Маньківський район – 1 (с. Юрпіль – 47 мешканців).

50-99 осіб – 26 ФАПів (2017р. – 30)

- Черкаський район – 1 (с. Станіславчик – 77);
- Драбівський район – 1 (с. Петропавлівка – 61);
- Жашківський район – 1 (с. Одай – 64);
- Чигиринський район – 1 (с. Полуднівка – 92);
- Монастирищенський район – 1 (с. Тарасівка – 71);
- Канівський район – 2 (с. Бабичі – 65, с. Бересняги – 65);
- Смілянський район – 2 (с. Червоне – 75, с. Гуляйгородок – 56);
- Звенигородський район – 2 (с. Гнилець – 80, с. Демкове – 89);
- Христинівський район – 2 (с. Вікторівка – 60, с. Чайківка – 56);
- Тальнівський район – 2 (с. Павлівка Друга – 62, с. Чеснопіль – 64);
- Золотоніський район – 2 (с. Матвіївка – 70, с-ще Гладківщина – 93);
- Катеринопільський район – 3 (с. Любисток – 64, с. Надвисся – 84, с. Кобилянка – 69);
- Чорнобаївський район – 3 (с. Червонохиженці – 65, с. Журавлине – 78, с. Мар'янівка – 77);
- Шполянський район – 3 (с. Бурти 2 – 84, с. Глиняна Балка – 70, с. Коротине – 84);

В той же час 42 ФАПів обслуговують понад тисячу мешканців, що не відповідає критеріям функціонування такого типу закладу, як фельдшерсько-акушерський пункт (2017 – 41).

Перелік районів області, ФАПів яких обслуговують понад 1000 осіб:

ФАП/к-сть населення 1000-1499	ФАП/к-сть населення понад 1500
Городищенський район – 3	
с.Дирдин/1129 с.Мліїв/1120 с.Петропавлівка/1012	
Жашківський район – 1	
с.Нагірна-Побійна/1021	с. Скибин/1865
Звенигородський район – 3	
с.Озірна/1190 с.Стебне/1196 с.Княжа/1314	с. Стецівка/1671
Золотоніський район – 2	
с.Кропивна/1074 с.Вознесенське/1427	
К-Шевченківський район – 2	
с.Драбівка/1016 с.Гарбузин /1449	
Канівський район – 1	
с. Литвинець /1158	
Кам'янський район - 3	
с.Юрчиха/1021 с.Ребидайлівка/1003 с.Райгород/1170	
Маньківський район – 3	
с.Поминник/1001 с.Роги/1002 с.Поташ/1215	с.Дзензелівка/1504 с.Молодецьке/1619

Смілянський район – 2		4
с.Носачів/1035 с.Будки/1344		с.Плоске/1663 с.Велика Яблунівка/1867 с.Березняки/2272 с.Костянтинівка/2746
Тальнівський район – 1		
с. Білашки/1048		
Уманський район – 4		
с.Громи/1075 с.Полянецьке/1383 с.Городецьке/1408 с.Паланка/1396		
Христинівський район – 1		1
с.Розсішки/1035		с.Христинівка/2409
Чорнобаївський район – 3		
с.Кліщинці/1027 с.Великі Канівці/1123 с.Москаленки/1251		
Чигиринський район – 2		
с.Стецівка/1061		
с.Головківка/1056		
Шполянський район – 2		
с.Мар'янівка/1138 с.Журавка/1137		
Разом	33	9

На території сільських адміністративних районів області розташовано:

- 20 ЦРЛ
- 1 районна лікарня с. Мошни Черкаського р-ну
- 26 установ первинної ланки:
 - з них 20 районних ЦПМСД
 - 1 міський ЦПМСД – Золотоніський р-н
 - 3 ЦПМСД ОТГ
 - с. Мліїв Городищенський р-н
 - с. Мокра Калигірка Катеринопільський р-н
 - с. Білозір'я Черкаський р-н
 - 2 ЛА ОТГ
 - смт Єрки Катеринопільський р-н
 - с. Мехедівка ОТГ Зорівка

Установи сільської місцевості (за юридичною адресою реєстрації)

Обласні установи:

1. обласний протитуберкульозний диспансер;
2. дитячий санаторій „Руська Поляна“.

Установи адмінрайонів, зареєстровані по юридичній адресі сільських населених пунктів:

- 3 ЦРЛ – Черкаського району
 - Смілянського району
 - Уманського району
- 1 РЛ – Черкаського району с. Мошни

- 8 ЦПМСД (за юридичною адресою базових амбулаторій):
 - 1 – Городищенський р-н ЦПМСД ОТГ с. Мліїв
 - 1 – Золотоніський районний ЦПМСД
 - 1 – Канівський районний ЦПМСД
 - 1 – Катеринопільський р-н ЦПМСД ОТГ с. Мокра Калигірка
 - 1 – Смілянський районний ЦПМСД
 - 1 – Уманський районний ЦПМСД
 - 2 – Черкаський районний ЦПМСД та ЦПМСД ОТГ с. Білозір'я
- 143 ЛА ВСП ЦПМСД
- 1 ЛА с. Мехедівка ОТГ Зорівка Золотоніського р-ну
- 529 ФАПів/ФП.

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

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

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

Станом на 01.01.2019 року в установах, підпорядкованих УОЗ ОДА, працювало 25343 особи (2017 – 26219), з них 15,7 % складають лікарі, 40,7% – молодші спеціалісти з медичною освітою, 43,6% – інші працівники (2017 – 15,4% – 40,9% – 43,7%).

Забезпеченість медичними кадрами лікувально-профілактичних установ області, підпорядкованих УОЗ, складає:

ф.47 ряд.32	Штатні посади			Зайняті посади			Фізичні особи		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Лікарі									
Абс.	5688,5	5718,0	5617,0	5178,25	5149,75	4998,75	4151	4113	4045
Забезпеченість на 10 тис. нас.	46,34	46,99	46,70	42,18	42,32	41,56	33,81	33,80	33,63
Молодші медичні спеціалісти									
Абс.	12182,5	12247,25	12051,25	11749,0	11820,75	11493,5	10969	10877	10446
Забезпеченість на 10 тис. нас.	99,24	100,66	100,20	95,71	97,15	95,56	89,35	89,40	86,85

Ситуація з кадровим забезпеченням закладів охорони здоров'я області залишається складною з тенденціями до зменшення чисельності.

Дефіцит лікарів в цілому по медичних установах залишається значним і становить за 2018 рік 1572 особи (2017 – 1605), у тому числі по ЛПЗ лікувального профілю – 1250 (2017 – 1281) фахівців.

Дефіцит лікарських кадрів

Звітні форми	2014	2015	2016	2017	2018
ф.47 дефіцит лікарських посад всіх типів ЛПУ	1517	1514	1538	1605	1572
в т.ч.					
ф.20 лікувально-профілактичних установ	1214	1194	1194	1280	1250

В цілому укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів на 01.01.2019 року досягла 72,01% (2017 – 71,93%), у тому числі лікувально-профілактичних закладів – 74,6% (2017 – 74,6%), тобто загальну тенденцію показника можна оцінити як стало негативну.



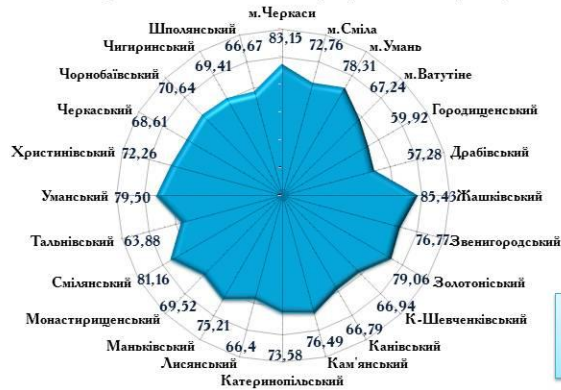
Найнижчий відсоток укомплектованості лікарями за такими спеціальностями, як:

ф. 20	2016	2017	2018
лікарі з лікувальної фізкультури	42,6	35,6	34,8
лікарі-психологи	36,4	47,1	43,2
лікарі з функціональної діагностики	63,6	59,8	58,8
ендоскопісти	56,8	54,9	59,0
нефрологи	46,5	45,8	61,5
фізіотерапевти	65,5	66,3	65,2
фтизіатри	66,5	67,3	65,2
терапевти, всього	69,9	66,8	66,4
загальної практики – сімейної медицини	66,6	63,9	66,8
педіатри-неонатологи	71,4	63,7	69,3
онкологи	76,1	69,3	70,4
лікарі з ультразвукової діагностики	68,1	63,5	71,6

Станом на 01.01.2019 року рівень укомплектованості штатних лікарських посад фізичними особами вищий в міських лікувально-профілактичних закладах – 79,96% (2016 – 80,87%, 2017 – 79,0%), обласні заклади охорони здоров'я укомплектовані на 74,86% (2016 – 76,01%, 2017 – 74,44%), райони в цілому – на 71,18% (2016 – 72,55%, 2017 – 71,49%).



**Укомплектованість бюджетних штатних посад лікарів
фізичними особами (%) за 2018 рік ф.20**



По області :
2017 рік – 74,60
2018 рік – 74,84

Нижче середньорайонного показника укомплектовані лікувальні заклади Драбівського (57,28%), Городищенського (59,92%), Тальнівського (63,88%), Лисянського (66,44%), Шполянського (66,67%), Канівського (66,79%), Корсунь-Шевченківського (66,94%), Черкаського (68,61%), Чигиринського (69,41%), Монастирищенського (69,52%) районів.

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

**Кількість медичного персоналу закладів охорони здоров'я УОЗ ОДА,
що безпосередньо надає первинну медичну допомогу в ЦПМСД, ЛА ОТГ**

Посади/фізичні особи	Всього лікарів		в т.ч.						Молодші спеціалісти з медичною освітою	
			лікарі загальної практики-сімейні лікарі		лікарі-педіатри		лікарі-терапевти			
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
	В цілому по закладах охорони здоров'я									
штатні	876,25	900,0	599,5	597,0	171,5	200,75	105,25	102,25	1157,0	1222,0
зайняті	735,0	730,5	487,25	467,25	157,5	178,0	90,25	85,25	1077,25	1070,75
фізичні особи	578	621	383	399	131	153	64	69	1020	1052
% укомпл. штатних посад фізичними особами	66,0	69,0	63,9	66,8	76,4	76,2	60,8	67,5	88,2	86,1
	Заклади охорони здоров'я, розташовані в сільській місцевості адмінрайонів									
штатні	322,0	349,25	252,5	276,5	41,75	36,75	27,75	36,0	517,5	558,5
зайняті	242,0	255,0	184,25	193,75	33,0	30,0	24,75	31,25	493,25	506,5
фізичні особи	175	203	135	153	24	23	16	27	492	505
% укомпл. штатних посад фізичними особами	54,3	58,1	53,5	55,3	57,5	62,6	57,6	75,0	95,1	90,4

У 2018 році продовжує залишатись складною кадрова ситуація з укомплектуванням лікарських амбулаторій. В області 30 амбулаторій (2017 – 29), які на початок року функціонували без лікарів лікувального профілю в 14 районах області.

Заходи, які вживаються для укомплектування вакантних посад амбулаторій, не завжди ефективні.

У 2018 році 114 молодих спеціалістів закінчили навчання в інтернатурі (2017 – 101), з них приступило до роботи – 93 – 79,4% (2017 – 80 – 85,9%). З 21 особи, які не приступили до роботи: 9 – молодим спеціалістам змінено направлення на роботу МОЗ України на іншу область або надано право на розірвання угоди без відпрацювання трьох років, 12 осіб не приступили до роботи без поважних причин.

На даний час навчання в інтернатурі проходить 245 (2017 – 240) молодих спеціалістів, з даного числа осіб 115 закінчать навчання у 2019 році, 20 осіб повинні приступити до роботи на посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Із загальної кількості лікарів-інтернів 79 осіб планується направити для роботи в заклади охорони здоров'я сільської місцевості.

Укомплектованість фізичними особами штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою в цілому по області знизилась до 86,9% (2017 – 89,4%).

Нижче середньорайонного показника (91,2% по 20 районах) укомплектовані штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою в Городищенському (76,2%), Шполянському (83,3%), К-Шевченківському (84,1%), Смілянському (84,7%), Драбівському (84,8%), Канівському (85,7%), Уманському (85,9%), Черкаському (87,7%) та Христинівському (88,1%) районах.

Низькою є укомплектованість посад молодших спеціалістів з медичною освітою і в обласних закладах охорони здоров'я – 82,9%. Серед них обласна станція переливання крові (54,5%), Черкаський обласний центр планування сім'ї (70,9%), обласний шкірно-венерологічний диспансер (81,4%), обласна лікарня (81,8%), обласний госпіталь ветеранів війни (89,3%), обласний протитуберкульозний диспансер (82,8%).

Як і в попередні роки, проблемним залишається питання укомплектування ФАПів.

	2014	2015	2016	2017	2018
• кількість ФАП/ФП разом	540	542	536	535	530
в т. ч. ФАП	282	272	271	270	250
ФП	258	270	265	265	280
В цілому по підрозділах					
• штатні посади	970,25	931,75	921,0	901,25	865,25
• зайняті посади	915,75	890,0	870,75	864,75	791,5
• фізичні посади	1113	1079	1059	1059	944
• укомплектованість штатних посад фізичними особами %	114,7	115,8	115,0	117,5	109,1
Молодші медичні спеціальними разом					
• штатні посади	677,0	648,75	640,5	627,25	614,75
• зайняті посади	633,25	617,5	600,75	596,75	557,75
• фізичні посади	635	622	601	602	544
• укомплектованість штатних посад фізичними особами %	93,8	95,9	93,8	96,0	88,5

Незважаючи на те, що на неуккомплектовані ФАПи щорічно спрямовуються випускники медичної академії та коледжа, станом на 31.12.2018 року залишилось

64 ФАПів, у яких жодна штатна посада середнього медперсоналу не була укомплектована основним працівником (2016 – 47, 2017 – 41). Тобто кількість таких підрозділів надання первинної медичної допомоги щорічно зростає. Найбільш складною є ситуація Канівського району, де не укомплектовано 37,8% установ.

	2016	2017	2018
Всього	33	26	35
Канівський р-н	10	11	14
Катеринопільський р-н	3	1	3
Лисянський р-н	2	2	3
Христинівський р-н	3	2	3
Чигиринський р-н	3	1	3
К-Шевченківський р-н	1	2	2
Кам'янський р-н	1	2	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 2018 році для медичних працівників області було виділено тільки 2 квартири: для лікарів – молодих спеціалістів Тальнівської ЦРЛ та Корсунь-Шевченківського ЦПМСД, а також придбано один будинок для завідувача ФАПом Золотоніського районного ЦПМСД.



При нестабільних показниках забезпеченості медичними кадрами, привертає увагу значна кількість працюючих лікарів пенсійного віку. Питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 2018 році становила 33,2%, ще 11,6 відсотків лікарів – це особи передпенсійного віку (2017 – 32,3% та 12,6% відповідно, 2016 – 31,5% та 11,7% відповідно).

Кількість працюючих осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою – 12,3% (2017 – 12,1%).



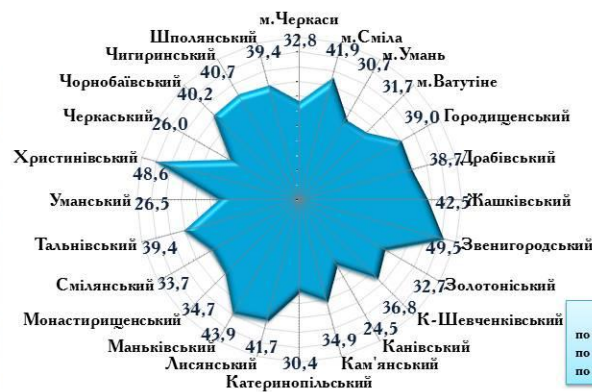
Черкаська область

Результати роботи

Показники



Відсоток осіб пенсійного віку від усіх лікарів



	2016	2017	2018
по області -	31,5	32,3	33,2
по містах -	32,1	33,2	33,5
по районах -	33,6	34,6	36,2



Черкаська область

Результати роботи

Показники



Відсоток молодших медичних спеціалістів пенсійного віку



	2016	2017	2018
по області -	12,0	12,1	12,3
по містах -	14,7	15,6	15,8
по районах -	11,4	11,1	11,5

Одним із основних чинників функціонування системи охорони здоров'я є оптимальне забезпечення її кваліфікованими кадрами. В 2018 році атестаційними комісіями УОЗ ОДА проатестовано на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії 1135 лікарів та 1857 молодших спеціалістів з медичною освітою (2017 – 860 та 1774 відповідно).



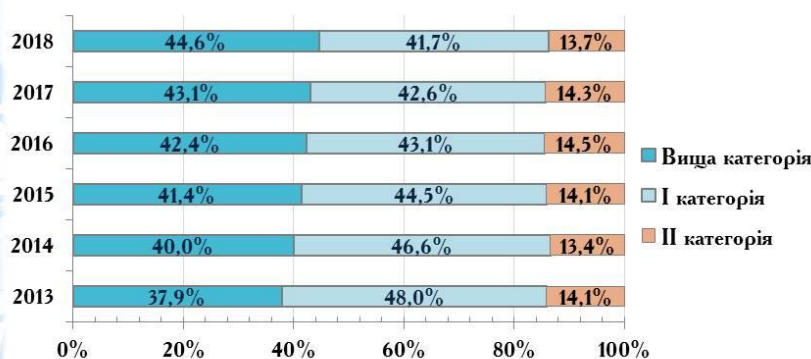
Черкаська область

Результати роботи

Показники



Питома вага кваліфікаційних категорій лікарів



Рівень атестації медичних працівників області перевищує пересічні показники в Україні в цілому. В лікувально-профілактичних закладах області працює 79,9% лікарів та 74,8% молодших спеціалістів з медичною освітою, які

атестовані з присвоєнням атестаційних категорій (2017 – 80,5% та 73,2% 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 2018 році проведено 32 навчальних цикли (2017 – 30), у тому числі: 2 цикли спеціалізації, 5 (2017 – 3) передатестаційних і 25 (2017 – 23) тематичного удосконалення, на яких підвищили кваліфікацію 1173 (2017 – 830) фахівці, у тому числі 311 (2017 – 93) сімейних лікарів.

Щорічно в Черкаській медичній академії організовуються і проходять близько 100 циклів підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів, під час яких 2501 (2017 – 2228) фахівець пройшов спеціалізацію або удосконалення кваліфікації.

Проблеми

Основні показники кадрового забезпечення галузі впродовж 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 збільшувати фінансування закладів охорони здоров'я для забезпечення виплат молодим спеціалістам підйомних, витрат на відрядження та інше.

Фінансування галузі

У 2018 році бюджет галузі (загальний фонд + бюджет розвитку) склав 2912,7 млн. грн, у тому числі за рахунок коштів медичної субвенції – 1038,2 млн. грн, решта – за рахунок коштів з державного та місцевих бюджетів.

Фінансування поточних видатків галузі охорони здоров'я області у 2018 році в цілому було здійснено на 2717,7 млн. грн, що складає 96,9% від плану.

Станом на 01.01.2019 кредиторська заборгованість становить 8786,7 тис. грн, у тому числі оплата послуг 90,6 тис. грн та 225,1 тис. грн – оплата комунальних послуг.

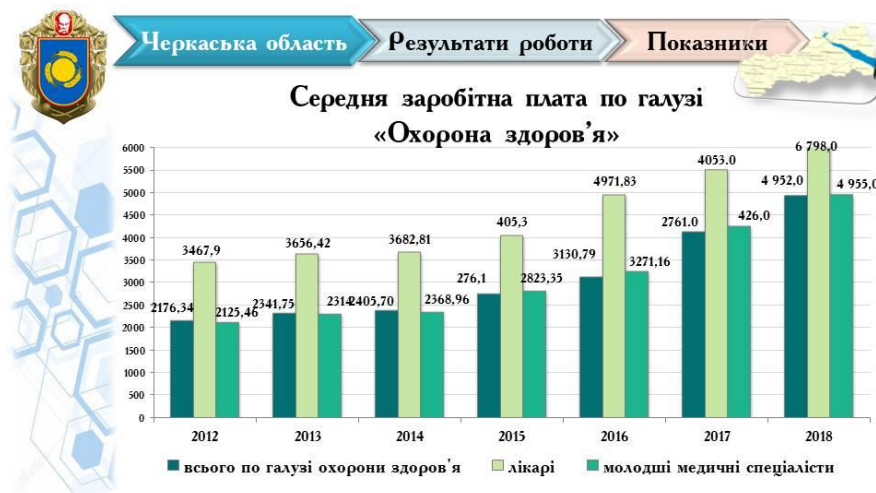


В структурі розподілу профінансованих бюджетних призначень в цілому по області на заробітну плату з нарахуваннями припадає 67,62% спрямованих на галузь коштів, медикаменти – 7,2%, харчування хворих – 2,2%, оплату енергоносіїв – 8,3% та ін.



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 2017 року в середньому на 33% і склала на 1 штатну посаду 4952,0 грн, у тому числі: лікарів – 6798,0 грн, фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою – 4955,0 грн. Проте рівень середньої заробітної плати за 2018 рік в цілому на одну штатну посаду складає 57,4% до середнього рівня по економіці області (8628,0 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 194,8 млн. грн.

В структурі поточних бюджетних витрат по області на них припадає в цілому 14,0%, по містах і районах в середньому 3,4%.

На забезпечення пільгових категорій населення медикаментами впродовж 2018 року спрямовано 58,44 млн. грн (2017 рік – 25,12 млн. грн), що складає 47,89 грн на 1 жителя (2017 рік – 34,4 грн на 1 жителя). Для забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну використано 34,4 млн. грн. На пільгове зубне протезування в минулому році профінансовано 2,9 млн. грн (2017 рік – 3,8 млн. грн).

За 2018 рік вартість одного ліжка/дня всього по області становила 825,78 грн. Найнижчою вона була у лікувальних установах м. Черкаси (551,38) та Монастирищенській ЦРЛ (557,17).



Вартість одного ліжка/дня з медикаментозного забезпечення по області за 2018 рік склала 53,36 грн (2017 рік – 24,84 грн). Найнижчою вона була в Лисянському (3,60 грн), Тальнівському (9,70) районах та в м. Сміла (8,99 грн) і в м. Ватутіне (7,24 грн) а найбільшою традиційно в Уманському (32,92 грн), Кам'янському (32,66 грн) і Драбівському (30,04 грн) районах та в м. Черкаси (32,86 грн).

	Вартість 1 ліжка-дня		
	Всього	в тому числі з:	
		медикаментозного забезпечення, грн	харчування, грн
Міські лікарняні установи	689,53	25,90	8,50
Центральні районні та районна лікарні	737,53	19,18	8,70
Обласні лікарні та диспансери (за рахунок значних сум на гемодіаліз, придбання препаратів інсуліну, державних субвенцій)	592,14	78,22	30,54
Всього по області	825,78	53,36	19,55

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 2018 році склали 143,4 млн. грн (2017 – 168,2 млн. грн).

За видами надходжень спеціального фонду бюджету:

- ✓ плата за послуги, що надаються бюджетними установами – 42,9 млн. грн;
- ✓ кошти, отримані з інших джерел (благодійні внески, суми за дорученнями, гуманітарна допомога) – 100,5 млн. грн.

За напрямками використання власні надходження установ розподіляються наступним чином:

- ✓ на виплату заробітної плати з нарахуваннями – 25,6 млн. грн (17,9%);
- ✓ оплату енергоносіїв – 4,1 млн. грн (2,9%);
- ✓ придбання медикаментів – 63,7 млн. грн (44,4%);
- ✓ придбання продуктів харчування – 2,9 млн. грн (2%);
- ✓ інші поточні видатки – 47,1 млн. грн (32,9 %).

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 2018 році в області фінансування медичних програм та комплексних заходів з охорони здоров'я в цілому збільшилось проти 2017 року на 18,5 % і складає 424 млн. 234,8 тис. грн (2017 – 358 млн. 133,3 тис. грн), у тому числі:

- лікарські засоби та вироби медпризначення – 298 млн. 508,3 тис. грн (2017 – 182 млн. 846,2 тис. грн);
- медичне обладнання – 114 млн. 40,6 тис. грн (2017 – 140 млн. 951,1 тис. грн);
- автотранспорт – 6 млн. 410,2 тис. грн (2017 – 26 млн. 283,7 тис. грн);
- забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами – 5 млн. 275,7 тис. грн (2017 – 8 млн. 52,3 тис. грн).

За рахунок коштів **Державного бюджету** в 2018 році на реалізацію медичних програм та заходів профінансовано 251 млн. 629,6 тис. грн (проти

110 млн. 966,3 тис. грн у 2017 році), що складає 59,3% від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби та вироби медпризначення – 251 млн. 329,6 тис. грн (2017 – 105 млн. 770,5 тис. грн);
- обладнання – 300 тис. грн (2017 – 2 млн. 697,8 тис. грн тис. грн).

З місцевих бюджетів на виконання медичних програм і заходів у звітному періоді профінансовано 82 млн. 832,9 тис. грн (проти 178 млн. 579,1 тис. грн у 2017 році), що складає 19,5 % від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби і вироби медпризначення – 14 млн. 666,8 тис. грн (2017 – 49 млн. 404,1 тис. грн);
- медичне обладнання – 57 млн. 80,2 тис. грн (2017 – 99 млн. 782,3 тис. грн);
- автотранспорт – 5 млн. 810,2 тис. грн (2017 – 21 млн. 340,4 тис. грн);
- забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами – 5 млн. 275,7 тис. грн (2017 – 8 млн. 52,3 тис. грн).

За рахунок **інших джерел фінансування** у 2018 році на реалізацію медичних програм та заходів в області залучено 89 млн. 772,3 тис. грн (проти 68 млн. 587,9 тис. грн у 2017 році), що складає 21,2 % від загальних видатків на реалізацію програм, а саме:

- лікарські засоби і вироби медпризначення – 32 млн. 511,9 тис. грн (2017 – 27 млн. 671,6 тис. грн);
- медичне обладнання – 56 млн. 660,4 тис. грн (2017 – 38 млн. 471,0 тис. грн);
- автотранспорт – 600 тис. грн. (2017 – 2 млн. 445,3 тис. грн).

ПРИДБАННЯ

лікарських засобів, виробів медичного призначення та автотранспорту
за рахунок коштів Державного бюджету в 2018 році (централізовані закупівлі)

№ з/п	Найменування медичних програм/заходів	Кошти Державного бюджету		
		План на 2018	Отримано	% від плану
		тис. грн	тис. грн	2018
1.	Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб	0,0	12907,5	-
2.	Державна цільова соціальна програма „Трансплантація“	1236,0	854,1	69,1%
3.	Загальнодержавна цільова соціальна програма „Протидія захворюванню на туберкульоз“	15309,2	7079,3	46,2%
4.	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДУ	19794,4	8382,1	42,3%
5.	Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями	24962,9	30233,4	121,1%
6.	Державна програма „Дитяча онкологія“	14667,4	17623,8	120,2%
7.	Закупівля лікарських засобів та медичних виробів для забезпечення розвитку донорства крові та її компонентів	4555,4	4945,5	108,6%
8.	Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації“	1787,6	2218,4	124,1%
9.	Централізовані заходи з лікування хворих на гемофілію	10841,8	14201,8	131,0%
10.	Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань	13347,3	9407,9	70,5%
11.	Централізована закупівля медикаментів для громадян, які страждають на легенеvu артеріальну гіпертензію	2107,0	1079,3	51,2%
12.	Державна програма щодо забезпечення хворих ендопротезами та іншими імплантатами	2395,6	773,2	32,3%
13.	Заходи щодо медикаментозного забезпечення хворих на розсіяний склероз	2223,2	2060,8	92,7%

№ з/п	Найменування медичних програм/заходів	Кошти Державного бюджету		
		План на 2018	Отримано	% від плану 2018
		тис. грн	тис. грн	
14.	Державна цільова програма „Цукровий діабет“ (тест-смужки для дітей)	439,6	495,2	112,6%
15.	„Закупівля медичних виробів для громадян, які страждають на ідіопатичну сімейну дистонію“	0,0	1234,2	-
16.	„Закупівля медичних виробів для громадян, які страждають на бульозний епідермоліз“	85,2	218,1	256,0%
17.	Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів	3928,8	2311,8	58,8%
18.	Закупівля медикаментів для замісної підтримуючої терапії	385,2	508,6	132,0%
19.	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на нанізм різного походження.	0,0	1323,5	-
20.	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на церебральний параліч	328,6	387,8	118,0%
21.	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічні вірусні гепатити	220,9	0,0	0,0%
22.	Закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурію	1216,7	1664,1	136,8%
23.	Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на гемофілію	10811,6	9337,0	86,4%
24.	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму	483,3	324,6	67,2%
25.	Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на муковісцидоз	1354,0	1460,7	107,9%
26.	Закупівля медикаментів для громадян, які страждають на мукополісахаридоз	15573,6	31330,2	201,2%
27.	Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на резистентну форму ювенільного ревматоїдного артриту	3209,3	3647,5	113,7%
28.	Закупівля реактивів для проведення масового скринінгу новонароджених на фенілкетонурію, вроджений гіпотиреоз, муковісцидоз та адреногенітальний синдром	57,9	1268,4	2190,6%
29.	Закупівля медикаментів для громадян, які страждають на орфанні метаболічні захворювання	0,0	3028,3	-
30.	Централізована закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на первинні (вроджені) імунодефіцити	149,2	53,8	36,1%
31.	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на екстренну медичну допомогу	4378,3	4378,3	100,0%
32.	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет (препарати інсуліну)	45199,8	45199,8	100,0%
33.	Урядова програма „Доступні ліки“	31390,7	31390,7	100,0%
	у т.ч. серцево судинні захворювання	22315,6	22315,6	100,0%
	у т.ч. бронхіальна астма	3546,7	3546,7	100,0%
	у т.ч. цукровий діабет (II тип)	5528,4	5528,4	100,0%
34.	Обладнання по Черкаській області	300,0	300,0	100,0%
	у т.ч. медичне обладнання	300,0	300,0	100,0%
	у т.ч. автотранспорт			-
	Разом	232740,5	251629,6	108,1%
	у т.ч. лікарські засоби та вироби медичного призначення	232440,5	251329,6	108,1%
	у т.ч. медичне обладнання	300,0	300,0	100,0%
	у т.ч. автотранспорт			-

ПРИДБАННЯ

лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та автотранспорту за рахунок коштів Державного і місцевих бюджетів та інших джерел фінансування у 2018 році

тис. грн

№ з/п	Найменування програм та заходів	Державний бюджет	Місцевий бюджет	Інші джерела	Всього
1.	Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб	12907,5	519,3	20463,6	33890,4
2.	Державна цільова соціальна програма „Трансплантація“	854,1	288,4	0,0	1142,6
3.	Загальнодержавна цільова соціальна програма „Протидія захворюванню на туберкульоз“	7079,3	7828,7	2239,9	17148,0
3.1	у т. ч. медикаменти	7079,3	2553,0	2239,9	11872,3
3.2	у т.ч. забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами	0,0	5275,7	0,0	5275,7
4.	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДУ	8382,1	1223,4	9793,2	19398,6
5.	Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями	30233,4	1397,8	0,0	31631,1
6.	Державна програма „Дитяча онкологія“	17623,8	0,0	0,0	17623,8
7.	Закупівля лікарських засобів та медичних виробів для забезпечення розвитку донорства крові та її компонентів	4945,5	368,9	0,0	5314,4
8.	Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації“	2218,4	3503,1	0,0	5721,5
9.	Централізовані заходи з лікування хворих на гемофілію	14201,8	0,0	0,0	14201,8
10.	Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань	9407,9	2288,1	0,0	11696,0
11.	Закупівля медикаментів для громадян, які страждають на легеневу артеріальну гіпертензію	1079,3	0,0	0,0	1079,3
12.	Державна програма щодо забезпечення хворих ендопротезами та іншими імплантатами	773,2	309,8	0,0	1083,0
13.	Заходи щодо медикаментозного забезпечення хворих на розсіяний склероз	2060,8	0,0	0,0	2060,8
14.	Державна цільова програма „Цукровий діабет“ (тест-смужки д/дітей, препарати інсуліну)	495,2	38,4	15,2	548,8
15.	Закупівля медичних виробів для громадян, які страждають на ідіопатичну сімейну дистонію	1234,2	0,0	0,0	1234,2
16.	Закупівля медичних виробів для громадян, які страждають на бульозний епідермоліз	218,1	0,0	0,0	218,1
17.	Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів	2311,8	0,0	0,0	2311,8
18.	Закупівля медикаментів для замісної підтримуючої терапії	508,6	0,0	0,0	508,6
19.	Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на нанізм різного походження.	1323,5	0,0	0,0	1323,5
20.	Централізована закупівля медикаментів для дітей, хворих на церебральний параліч	387,8	0,0	0,0	387,8

№ з/п	Найменування програм та заходів	Державний бюджет	Місцевий бюджет	Інші джерела	Всього
21.	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на хронічні вірусні гепатити	0	0	0	0
22.	Закупівля продуктів лікувального харчування для дітей, хворих на фенілкетонурию	1664,1	1451,2	0,0	3115,3
23.	Централізована закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на гемофілію	9337,0	0,0	0,0	9337,0
24.	Закупівля медикаментів для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму	324,6	0,0	0,0	324,6
25.	Закупівля лікарських засобів для дітей, хворих на муковісцидоз	1460,7	107,1	0,0	1567,8
26.	Закупівля медикаментів для громадян, які страждають на мукополісахаридоз	31330,2	0,0	0,0	31330,2
27.	Закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на резистентну форму ювенільного ревматоїдного артрити	3647,5	344,4	0,0	3991,9
28.	Закупівля реактивів для проведення масового скринінгу новонароджених на фенілкетонурию, вроджений гіпотиреоз, муковісцидоз та адреногенітальний синдром	1268,4	0,0	0,0	1268,4
29.	Закупівля медикаментів для громадян, які страждають на орфанні метаболічні захворювання	3028,3	0,0	0,0	3028,3
30.	Закупівля лікарських засобів для лікування дітей, хворих на первинні (вроджені) імунodefіцити	53,8	0,0	0,0	53,8
31.	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на екстренну медичну допомогу	4378,3	273,9	0,0	4652,2
32.	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет (препарати інсуліну)	45199,8	0,0	0,0	45199,8
33.	Урядова програма „Доступні ліки“	31390,7	0,0	0,0	31390,7
	<i>у т.ч. серцево-судинні захворювання</i>	22315,6	0,0	0,0	22315,6
	<i>у т.ч. бронхіальна астма</i>	3546,7	0,0	0,0	3546,7
	<i>у т.ч. цукровий діабет (II тип)</i>	5528,4	0,0	0,0	5528,4
34.	Обладнання по Черкаській області	300,0	62890,4	57260,4	120450,8
	<i>у т.ч. медичне обладнання</i>	300,0	57080,2	56660,4	114040,6
	<i>у т.ч. автотранспорт</i>	0,0	5810,2	600,0	6410,2
	Разом	251629,6	82832,9	89772,3	424234,8
	<i>у т.ч. лікарські засоби та вироби медичного призначення</i>	251329,6	14666,8	32511,9	298508,3
	<i>у т.ч. медичне обладнання</i>	300,0	57080,2	56660,4	114040,6
	<i>у т.ч. автотранспорт</i>	0,0	5810,2	600,0	6410,2
	<i>у т.ч. забезпечення харчуванням хворих у протитуберкульозному закладі за нормами</i>	0,0	5275,7	0,0	5275,7

Автотранспорт

За 2018 рік закладами охорони здоров'я області всього було придбано 10 автомобілів на загальну суму 6 млн. 410,2 тис. грн, з них:

- кошти місцевих бюджетів - 5 млн. 810,2 тис. грн;
- гуманітарна допомога - 600 тис. грн.

Виключно за рахунок коштів місцевих бюджетів у звітному періоді було придбано 8 автомобілів на загальну суму 5 млн. 720,4 тис. грн, з них:

- ✓ Маньківський РЦПМСД – автомобіль ЗАЗ Sens Д4ХЕ 550 вартістю 219,9 тис. грн;
- ✓ Чигиринський РЦПМСД (с. Трушівці) – автомобіль LADA 212140 медичного призначення вартістю 339,8 тис. грн;
- ✓ Смілянський ЦПСМД – легковий автомобіль (спеціалізований санітарний автомобіль) марки АВТОСНАБ АСМН 01 на базі Chevrolet Niva 2123 вартістю 449,0 тис. грн;
- ✓ ВОЗ Уманської міської ради – 2 автомобілі ЗАЗ Sens загальною вартістю 394,8 тис. грн;
- ✓ Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ЧОР – 2 автомобілі швидкої медичної допомоги типу „А2“ з обладнанням загальною вартістю 3 млн. 907,0 тис. грн;
- ✓ Чорнобаївський РЦПМСД – автомобіль спеціалізований АСМФ-02 вартістю 409,9 тис. грн.

За рахунок співфінансування Черкаський РЦПМСД отримав 2 автомобілі на загальну суму 689,8 тис. грн (у т.ч.: місцевий бюджет – 89,8 тис. грн, гуманітарна допомога – 600 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 та Черкаської області зокрема.

Одним із результатів є впровадження в 2018 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 – діюча в Україні інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та медичні інформаційні системи (далі - МІС), між якими забезпечено автоматичний обмін даними через відкритий програмний інтерфейс (API).

Функціонування системи забезпечується Національною службою здоров'я України. Упровадження проекту стало можливим завдяки підтримці

проекту USAID „HIV Reform in Action“, який здійснюється Deloitte (США), проекту USAID „RESPECT“, Глобального фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, проекту EDGE за сприяння уряду Канади та інших організацій.

Європейські експерти з Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) визнали українську модель eHealth однією з найперспективніших у світі.

Електронна система охорони здоров'я eHealth – це система, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Крім того, вона дозволяє контролювати, ефективність витрачених державних коштів, виділених на охорону здоров'я і запобігати зловживанням.

Зараз вона впроваджується на первинній ланці – по робочих місцях сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. Пацієнти укладають декларації із обраними лікарями, і лікарі реєструють 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“.

У майбутньому система eHealth дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Лікарі виписуватимуть електронні рецепти. Система буде мати всю медичну історію пацієнта, і буде доступна як пацієнту, так і його лікарям.

Система відкриє можливість для створення „єдиного медичного простору“ – координації і інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю послуг.

eHealth забезпечить електронізацію системи охорони здоров'я, сприятиме захисту прав лікарів та пацієнтів та об'єднає медичні електронні системи.

Основні практичні новації:

- Паперову роботу та звітність замінять електронні реєстри.
- Кожний крок лікування (виписаний рецепт, призначені аналізи та їхні результати) буде зафіксований у системі і зможе бути використаний, наприклад, у випадку підозри на лікарську помилку.
- Усі медичні дані щодо захворюваності, віку, статі пацієнтів, виписаних ліків, сезонних та регіональних особливостей здоров'я будуть акумульовані в єдиній системі.
- eHealth спричиниться до появи в країні глобальної статистики громадського здоров'я, а також мінімізує можливості зловживань. Підробити картку або не внести до неї якісь дані буде вже неможливо, адже кожен пацієнт матиме до неї доступ в онлайн-режимі. Буде забезпечено цілодобовий доступ до даних пацієнта у будь-якому медичному закладі країни. Це зекономить час на пересилку медичних даних, якщо людина потребує лікарської допомоги в іншому місті.

У складі системи eHealth планується функціонування 7 реєстрів:

- Реєстр пацієнтів.

- Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.
- Реєстр суб'єктів господарювання в сфері охорони здоров'я.
- Реєстр мед спеціалістів.
- Реєстр медичних працівників.
- Реєстр договорів про медобслуговування.
- Реєстр договорів про реімбурсацію.

Система впроваджується в Україні в рамках медичної реформи.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада України прийняла Закон „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення“, який набрав чинності 30 січня 2018 року.

У березні 2017 року МОЗ, громадська організація „Transparency International“, „Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД“ та Державне агентство з питань електронного урядування підписали Меморандум, у якому йшлося про спільну розробку eHealth.

Для координації роботи створили спеціальний Проектний офіс, який очолив представник „Transparency International“ Юрій Бугай. До цього офісу увійшли понад 180 людей: розробники інформаційних систем, представники пацієнтів, лікарів та державних органів. Усі вони – волонтери.

„Transparency International“ та „Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД“ розділили обов'язки. Перша відповідає за розробку та тестування елементів системи, юридичний супровід, комунікацію, технічну підтримку. Друга – залучає та розподіляє ресурси, працює з донорами, веде фінансову та публічну звітність, а також здійснює пацієнтський контроль за роботою офісу та організовуватиме аудит міжнародними компаніями „великої четвірки“ не менше двох разів на рік.

У подальшому офіс лише адмініструватиме систему, але володіти нею і відповідати за її цілісність та безпеку буде міністерство.

Система eHealth працює в тестовому режимі з вересня 2017 року, коли стало технічно можливо зареєструвати у системі медичний заклад, лікарів, а також ввести дані декларацій пацієнтів.

5 лютого 2018 року відбулася передача майнових прав інтелектуальної власності від Проектного офісу до Міністерства охорони здоров'я України. Відтоді за подальшу розробку та впровадження eHealth відповідає МОЗ, для чого в грудні 2017 року було створено ДП „Електронне здоров'я“ (eZdorovya).

25 квітня 2018 року Уряд ухвалив пакет документів, необхідних для старту нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, зокрема запроваджено електронний документообіг у сфері медичного обслуговування.

У квітні 2018 року розпочалася приписна кампанія пацієнтів до лікарів первинної ланки. Повноцінний перехід на нову систему фінансування первинної ланки розпочався з 1 липня. Нова модель фінансування діятиме паралельно зі старою до кінця 2018 року.

У січні 2019 в системі було більше 1700 закладів, 24 тис. лікарів, 24,7 млн пацієнтів. Лідери серед регіонів – Дніпропетровська, Харківська, Львівська області та місто Київ.

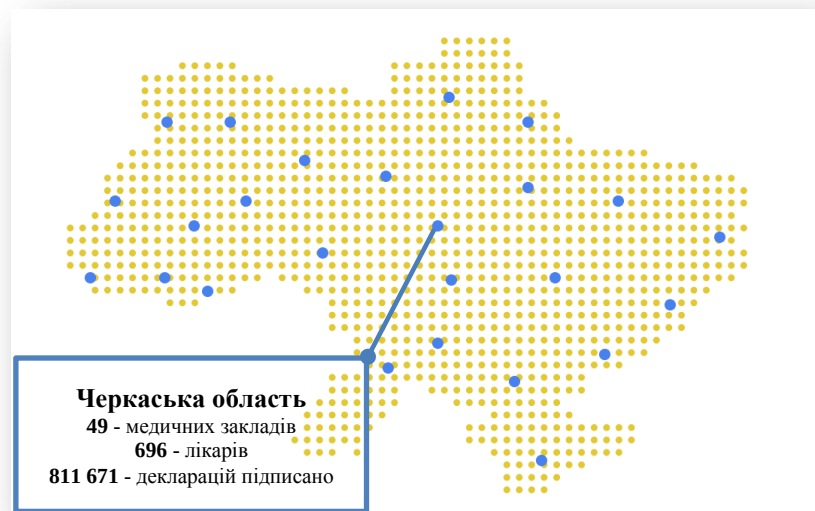
Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних.

Законом передбачено, що доступ до даних про пацієнта, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, можливий лише у разі отримання згоди такого пацієнта (його законного представника) у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди. Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадках:

- наявності ознак прямої загрози життю пацієнта;
- за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим);
- за рішенням суду.

Підписуючи декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, пацієнт (його законний представник) надає згоду на доступ до даних про нього, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, такому лікарю, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями.

Національна служба здоров'я України публікує на офіційному веб-сайті дані, накопичені в системі, за умови знеособлення персональних даних відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних“.



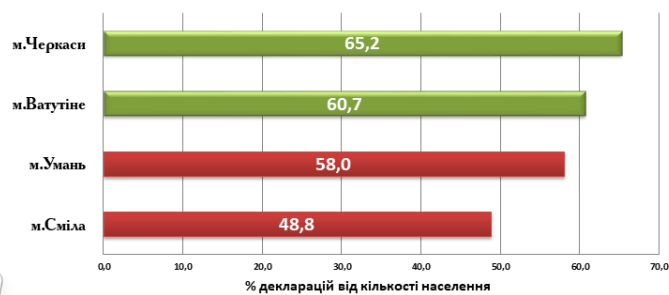
Станом на 02.01.2019 року в системі eHealth по Черкаській області зареєстровано **49 медичних закладів, 969 лікарів та укладено 811 671 декларацій з пацієнтами**. З такими досягненнями Черкаська область займає середні місця в рейтингу.

Кількість по регіонах



Показники

**Питома вага населення, що підписали декларації,
у розрізі закладів ПМД станом на 02.01.2019**



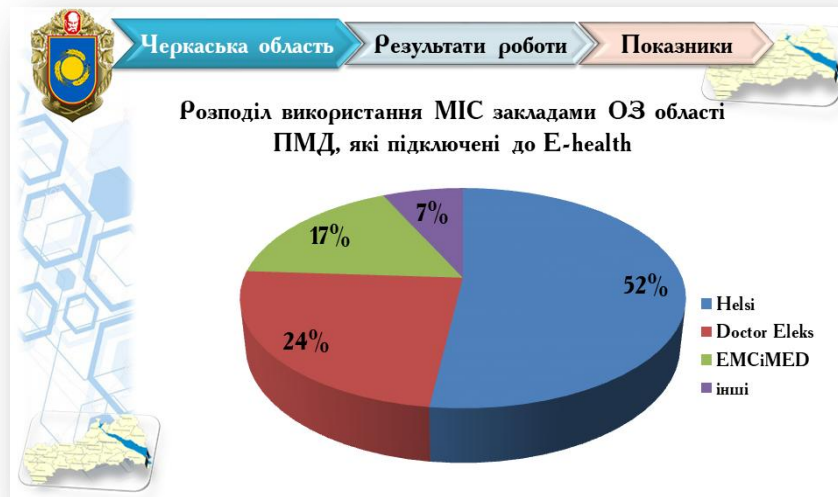
Показники

**Питома вага населення, що підписали декларації,
у розрізі закладів ПМД станом на 02.01.2019**



В області проведено роботу щодо покращення рівня оснащення амбулаторій та ПМСД відповідно до діючого табелю матеріально-технічного оснащення, зокрема, за оперативною інформацією на сьогоднішній день заклади первинної медичної допомоги в містах оснащені комп'ютерним обладнанням відповідно до табелю оснащення на 83,9%, в сільській місцевості показник становить 80,6%. Заклади вторинного рівня медичної допомоги в районах забезпечені технікою на 56%, в містах – 60%. Доступ до мережі Інтернет мають всі ЦПМСД та 82,8% лікарських амбулаторій як відокремлені структурні підрозділи. Заклади охорони здоров'я вторинного рівня забезпечені 100% доступом до мережі Інтернет.

Заклади охорони здоров'я області використовують різні медичні інформаційні системи, які підключені до центрального компоненту E-Health. Вибір МІС – є вибором закладу, який аналізує спроможність закладу використовувати ту чи іншу систему (використання хмарних технологій чи встановлення єдиної локальної мережі закладу та серверного обладнання).



Helsi – 52%, „Доктор ELEKS“ – 24%, EMCiMED – 17%, інші – 7%.

Фахівцями кафедри комп'ютерних наук та системного аналізу ЧДТУ спільно з партнерами ТОВ „Доктор Елекс“ (м. Львів), ТОВ „АЛТ Україна ЛТД“ (м. Київ), ТОВ „Тріумф ІТ“ (м. Черкаси) була проведена значна робота з впровадження та налаштування МІС, як комплексних систем, у закладах охорони здоров'я Черкаської області і м. Черкаси.

Комплексні системи, які впроваджені в 3ОЗ області:

МІС „Доктор Елекс“

№	Назва медичного закладу	Стан впровадження
1	Уманська ЦРЛ	Продовжено інформатизацію поліклініки УЦРЛ
2	Черкаський ЦЗЖ	За участю Державного фонду регіонального розвитку, ініціативи обласної влади на Черкащині створюється мережа скринінгових центрів здоров'я жінки (далі – ЦЗЖ), діяльність яких інформатизується на базі МІС „Доктор Елекс“ з
3	Золотоніський ЦЗЖ	
4	Звенигородський ЦЗЖ	
5	Уманський ЦЗЖ	
6	Смілянський ЦЗЖ	

№	Назва медичного закладу	Стан впровадження
		розміщенням сервера системи у Черкаському обласному онкодиспансері. Інформатизовано реєстрацію пацієнтів, кабінети онко-хірургів, УЗД, мамографії, кольпоскопії.
7	Уманський районний ЦПМСД	Інформатизовано реєстратуру, кабінети сімейних лікарів, перенесено базу пацієнтів з Національної електронної системи охорони здоров'я eHealth до бази даних МІС „Доктор Елекс“, проведено навчання медичного персоналу.
8	Катеринопільський районний ЦПМСД	Придбано серверне обладнання, налаштовано і підключено до системи реєстратуру, кабінети сімейних лікарів, здійснюється підготовка до перенесення бази пацієнтів з eHealth до бази даних МІС „Доктор Елекс“, проведено навчання медичного персоналу.
9	Золотоніський міський ЦПМСД	Інформатизовано реєстратуру, кабінети сімейних лікарів, проведено навчання медичного персоналу.
10	Смілянський Центр ПМСД	Інформатизовано реєстратуру, кабінети сімейних лікарів, здійснюється підготовка до перенесення бази пацієнтів з eHealth до бази даних МІС „Доктор Елекс“.
11	Центр ПМСД с. Мокра Калигірка	Розпочато процес впровадження МІС „Доктор Елекс“.
12	Білозірський ЦПМСД	Інформатизовано реєстратуру, кабінети сімейних лікарів, перенесено базу пацієнтів з Національної електронної системи охорони здоров'я eHealth до бази даних МІС „Доктор Елекс“, проведено навчання медичного персоналу
13	Драбівська ЦРЛ	Розпочато процес впровадження МІС „Доктор Елекс“, придбано серверне обладнання, введена інфраструктура закладу, персональні дані медичних працівників.
14	Черкаський обласний кардіологічний центр	Один із перших закладів ОЗ Черкаської області з впровадження системи електронної карти пацієнта. 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. 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.

№	Назва медичного закладу	Стан впровадження
		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.
15	Черкаський обласний онкодиспансер	Розпочато інформатизацію окремих підрозділів закладу.
16	Поліклініка Черкаської обласної лікарні	Придбано серверне обладнання, розпочато інформатизацію реєстратури і кабінетів лікарів-спеціалістів, проводиться навчання медичного персоналу

МІС „ЕМСІМЕД“

№	Назва медичного закладу	Стан впровадження
1	Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка з філіями 1, 2, 3, 4	Центральний офіс і філії закладу підключено до сервера системи „ЕМСІМЕД“, налаштовано роботу реєстратури, кабінетів лікарів-спеціалістів, лабораторій, діагностичних підрозділів, відділень денного стаціонару, проведено навчання медичного персоналу.
2	Черкаська міська дитяча стоматологічна поліклініка ЧМР	Заклад підключено до сервера системи „ЕМСІМЕД“, налаштовано роботу реєстратури, кабінетів лікарів, проведено навчання медичного персоналу.
3	Черкаська міська стоматологічна поліклініка ЧМР	Заклад підключено до сервера системи „ЕМСІМЕД“, налаштована інфраструктура закладу, введено персонал, розпочато навчання медичного персоналу.
4	Черкаська міська реабілітаційно-оздоровча поліклініка „Астра” ЧМР	Заклад підключено до сервера системи „ЕМСІМЕД“, налаштована інфраструктура закладу, введено персонал, розпочато навчання медичного персоналу.

Наведені приклади впровадження новітніх технологій в закладах охорони здоров'я області свідчать про значний крок вперед з впровадження інформатизації порівняно з минулими роками. В рамках реалізації програми „Доступні ліки“ Черкаська область включена до переліку п'яти областей, в яких розпочинається тестування програми „електронний рецепт“.

Електронний рецепт є революційним кроком у розвитку електронної системи охорони здоров'я.

У цілому проведення інформатизації є запорукою успішної реалізації ініційованих Президентом та Урядом програм із реформування галузі.

З аналізу національного вектору розвитку країни видно, що подальше зростання рівня якості надання медичних послуг без використання сучасних комп'ютерних і телекомунікаційних систем, а також без створення інтегрованих національних систем керування охороною здоров'я практично неможливий, тому впровадження новітніх технологій та МІС є одним з головних напрямків розвитку медицини України.

Матеріально-технічна база

Будівництво та реконструкція

У 2018 році на зазначені цілі було виділено та освоєно 4 млн. 694 тис. 139 грн – кошти місцевих бюджетів (бюджет розвитку обласного бюджету, субвенції з інших бюджетів).

Впродовж 2018 року за рахунок видатків бюджетів усіх рівнів в установах охорони здоров'я області продовжувалося виконання робіт по будівництву та реконструкції наступних об'єктів:

- реконструкція з влаштуванням гідроізоляції очисних споруд стаціонару Шполянської ЦРЛ імені братів М.С. і О.С. Коломійченків – 181766 грн;
- реконструкція будівлі приймального відділення з підвалом (літ S-I) під корпус №2 Черкаського обласного кардіологічного центру – 4 млн. 464 тис. 487 грн.

Завершуються роботи по виготовленню проектно-кошторисної документації на будівництво 23 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, продовжуються роботи по підготовці до проведення тендерів, у тому числі й на придбання автомобілів для зазначених амбулаторій.

Проведення капітальних і поточних ремонтів

У 2018 році на проведення капітальних і поточних ремонтів установ охорони здоров'я області було виділено і освоєно 98 млн. 725 тис. 141 грн, із них:

- ✓ обласні медичні установи - 26 млн. 27 тис. 473 грн;
- ✓ міські медичні установи - 23 млн. 561 тис. 707 грн;
- ✓ центральні районні лікарні та ЦПМСД – 49 млн. 7 тис. 661 грн (у т.ч.: 27 млн. 772 тис. 889 грн – ЦРЛ та 21 млн. 234 тис. 772 грн – ЦПМСД),
- ✓ районна лікарня – 128,3 тис. грн.

Фінансування ремонтних робіт проводилося як з місцевих бюджетів, так і за рахунок позабюджетних коштів, спецфондів та із залученням коштів сільських громад і спонсорів, субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на соціально-економічний розвиток територій.

Підготовка закладів охорони здоров'я області до роботи в осінньо-зимовий період 2018-2019 років

З метою стабільного функціонування медичних установ області в осінньо-зимовий період 2018 – 2019 років управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації була проведена відповідна робота, а саме: проаналізовані і враховані проблемні питання, особливо щодо своєчасного укладання договорів на газопостачання, теплопостачання, проведення тендерних процедур, тощо.

На виконання розпорядження Черкаської обласної державної адміністрації від 25.05.2018 № 364 щодо підготовки підприємств паливно-енергетичного комплексу, житлово-комунального господарства та об'єктів соціальної сфери області до стабільної роботи в осінньо-зимовий період 2018-2019 років та з метою забезпечення сталого функціонування протягом опалювального періоду, управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації розроблений і затверджений наказ від 29.05.2018 № 537 та розроблені плани організаційно-технічних заходів по підготовці установ охорони здоров'я області до роботи в осінньо-зимовий період, які впроваджені та виконані.

Резервними джерелами живлення з автоматичним ввімкненням резерву та необхідним запасом палива установи забезпечені, проводяться планові профілактичні запуски на перевірку їх належної роботи.

Станом на 05.11.2018 всі установи охорони здоров'я області були підключені до опалення, за винятком проблемного теплопостачання до лікарень та амбулаторно-поліклінічних закладів міста Сміли та Смілянського району, які мають централізоване теплопостачання. Постачальник послуг по теплопостачанню КП „Смілатеплокомуненерго“.

Проблемних питань з подачею теплоносія та забезпеченням лімітами на природний газ в установ охорони здоров'я не було.

Для сталого проходження опалювального періоду необхідно було заготовити 1245,0т вугілля, 1325,8т – брикету і гранул та 7333,6м³ – дров і полет. Фактично на початок опалювального періоду зазначених ресурсів було заготовлено на 87% від потреби.

На сьогоднішній день опалювальний сезон проходить без ускладнень, лімітами на природний газ установи, які опалюються природним газом, забезпечені.

Енергозберігаючі технології, впроваджені закладами охорони здоров'я області

Питання енергозбереження та підвищення рівня ефективності використання паливно-енергетичних ресурсів в установах 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. Установами 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 вводів, 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 2018 році установами охорони здоров'я області освоєно 43 млн. 423 тис. 470 грн., у тому числі:

- ✓ ремонт котелень та придбання і заміна котлів – 5 млн. 139 тис. 800 грн;
- ✓ заміна дерев'яних віконних та дверних блоків на металопластикові – 15 млн. 255 тис. 260 грн;
- ✓ ремонт покрівель – 6 млн. 915 тис. 260 грн;
- ✓ утеплення фасадів – 8 млн. 577 тис. 450 грн;
- ✓ ремонт інженерних мереж – 7 млн. 398 тис. 200 грн;
- ✓ заміна світильників – 137,5 тис. грн.

Охорона праці

Управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації та установами охорони здоров'я області проводиться відповідна робота щодо виконання Закону України „Про охорону праці“ та діючих нормативних документів з питань охорони праці.

Охорона праці за видом діяльності є профілактикою, мета якої перешкоджати виникненню ризику та незадовільних умов праці. Тому вкрай важливо, щоб кожний працівник брав участь у виявленні небезпечних виробничих факторів на робочих місцях і пропонував заходи щодо їх усунення, ставав учасником інспекційних перевірок робочих місць, що і впроваджено в роботу служб охорони праці в лікувальних установах.

Здійснена відповідна робота щодо попередження нещасних випадків, а саме:

- проведено навчання та перевірка знань керівників медичних установ та керівників їх структурних підрозділів;
- здійснено планове коригування та розробка організаційних наказів з питань охорони праці;
- з метою профілактики безпеки праці проведено вступні, повторні, цільові та позапланові інструктажі з питань охорони праці та протипожежної безпеки;
- розроблено комплекс заходів з поліпшення умов праці на робочих місцях, заходи щодо попередження та недопущення нещасних випадків на виробництві та в побутових умовах (невиробничого характеру);
- відповідно до вимог „Порядку проведення медичних оглядів...“ організовуються медичні огляди, розробляються і погоджуються Акти визначення контингенту осіб, які підлягають попереднім та періодичним медичним оглядам з Управлінням Держпраці;
- проводиться щорічне навчання та перевірка знань працівників, які зайняті на роботах з підвищеною небезпекою;
- виконується повірка медичного обладнання згідно нормативних вимог;
- відповідно до вимог НПАОП проводяться невідкладні ремонти та упорядкування електричних мереж, систем водо- та теплопостачання;
- разом із представниками комісії з питань охорони праці проводяться обстеження стану охорони праці по структурних підрозділах установ, результати заслуховуються на оперативних нарадах у керівників;
- на технологічні процеси і посади працівників структурні підрозділи в повній мірі забезпечуються посадовими і робочими інструкціями та інструкціями з охорони праці, регулярно проводяться інструктажі з питань охорони праці, записи проводиться в журналах встановленої форми;
- проводяться щоквартальні інструктажі водіїв та щорічна перевірка їх знань з питань охорони праці, безпеки руху та пожежної безпеки, постійно проводяться перед-рейсові та після-рейсові медичні огляди з реєстрацією в журналах, лекції-бесіди з питань безпеки на дорогах, особливо в осінньо-зимовий період, проводиться аналіз випадків дорожньо-транспортних пригод в цілому по Україні.

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

За результатами 12-ти місяців 2018 року в установах охорони здоров'я області сталося 8 нещасних випадків, пов'язаних з виробництвом, два із них – групових (один – зі смертельним наслідком внаслідок дорожньо-транспортної пригоди з автомобілем Чорнобаївської ЦРЛ).

Якщо проаналізувати нещасні випадки, то переважна більшість їх сталася із-за особистої необережності самих потерпілих, винних сторонніх осіб та окремі випадки в результаті дорожньо-транспортних пригод (ДТП) – з вини сторонніх учасників ДТП.

Всього потерпілих від нещасних випадків, які пов'язані з виробництвом – 10 осіб, кількість календарних днів непрацездатності – 339, виплати установ за дні непрацездатності становлять 11 тис. 160,0 грн.

Пожеж та загорань в установах охорони здоров'я області впродовж 2018 року не зареєстровано.

Демографія

Постійне населення області за даними обласного статистичного управління станом на 01.01.2018 становило 1216734 особи, з них 532323 особи проживало в сільській місцевості (43,8%), а 684411 (56,2%) – у міських поселеннях.



Населення області, як і України, продовжує зменшуватися. За останні п'ять років воно скоротилося на 39,6 тис. осіб, зокрема за минулий рік – на 10,8 тис.

Показник народжуваності населення області за 2018 рік складає 7,1 ‰ (2017 рік – 7,9 ‰, Україна – 9,4 ‰), показник смертності – 16,6 ‰ (2017 рік – 16,3 ‰, Україна – 14,5 ‰).

За даними обласного статистичного управління в області за 2018 рік народилося живими на 1003 дитини менше, ніж у минулому році (8637 дітей народилося у 2018 році та 9640 – в 2017 році). Померло на 147 більше, ніж в 2017 році (20181 особа померла в 2018 році та 20034 – в 2017 році).

Внаслідок перевищення смертності над народжуваністю (народжуваність компенсує смертність лише на 43%) показник природного приросту населення області за 2018 рік ще більше поглибився і становить -9,5 ‰ (2017 рік – -8,4 ‰, Україна – -5,1 ‰).



Черкаська область є однією із областей, де протягом багатьох років реєструються найгірші в країні демографічні показники (низькі показники народжуваності та високі показники смертності). За останні роки область займає 20 рангове місце серед областей України, починаючи з кращих. В Україні за 2017 рік можна відмітити тільки м. Київ, де природний приріст фіксується позитивним показником (+1,6 ‰).

Складною демографічна ситуація залишається в сільських адміністративних районах нашої області, де на тлі високих показників смертності і низької народжуваності показники природного приросту складають менше -13 ‰ та досягають нижче -15 ‰.

		Народжуваність (‰)	Смертність (‰)	Природний приріст (‰)
1	Драбівський	4,8	20,1	-15,3
2	Жашківський	7,5	21,4	-13,9
3	Кам'янський	6,9	20,8	-13,9
4	Чигиринський	7,9	21,7	-13,8
5	Чорнобаївський	6,6	20,1	-13,5
Середні показники	по містах області	7,1	12,5	-5,4
	по районах області	7,1	19,0	-11,9
	в цілому по області	7,1	16,6	-9,5
	по Україні 2017 рік	9,4	14,5	-5,1

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 – значною питомою вагою 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
2018	14,9	55,9	29,2
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
2018	14,8	53,8	31,4

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
2017	72,20	67,19	77,03	71,98	67,02	76,78

В структурі смертності всього населення за причинами п'ять перших місць тривалий час посідають такі класи, як: хвороби системи кровообігу (70%), новоутворення (13%), зовнішні причини смерті (6%), 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 2018 році цей показник дещо зріс та складає 9,1 на 1000 народжених живими (80 померлих дітей віком до 1 року) проти 8,0 (78 померлих дітей) в 2017 році (Україна – 7,6 на 1000 народжених живими).

Загальний аналіз тенденцій захворюваності населення

За 2018 рік в амбулаторно-поліклінічних установах області зареєстровано 2029118 випадків захворювань, в т.ч. 757537 випадків – вперше виявлені, що складає 37,3 % від усіх зареєстрованих (2017 – 36,1%).

Загальна **захворюваність населення** області зберігає тенденцію до подальшого зниження.



У 2018 році **показник загальної захворюваності** всього населення становить 16676,8 на 10 тис. всього населення (2017 – 17867,3) (Україна – 17137,7). Відмічається зниження показника на 6,66%.

Показник первинної захворюваності за 2018 рік становить 6226,0 на 10 тис. всього населення (2017 – 6452,9) (Україна – 6274,8), показник знизився на 3,5%.

Структура перших п'яти місць загальної захворюваності всього населення у 2018 році не змінилась: перше рангове місце стало займають 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					
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Всього	2193349	2029118	17867,3	16676,8	100%	100%		
Хв. системи кровообігу	671525	595751	5470,3	4896,3	30,6	29,4	1	1
Хв. органів дихання	397053	379131	3234,4	3116,0	18,1	18,7	2	2
Хв. органів травлення	214639	189228	1748,5	1555,2	9,8	9,3	3	3
Хв. кістково-м'язової с-ми	143448	132904	1168,5	1092,3	6,5	6,6	4	4
Хв. сечостатевої с-ми	122509	117840	998,0	968,5	5,6	5,8	5	5

Структура первинної захворюваності всього населення в порівнянні з 2017 роком дещо змінилася.

Перше рангове місце, як і в минулому році, посідають хвороби органів дихання, на другому – травми та отруєння, хвороби сечостатевої системи на третьому місці, на четвертому місці – хвороби шкіри та підшкірної клітковини, на п'яте місце перемістились хвороби ока та його придаткового апарату.

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					
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Всього	792141	757537	6452,9	6226,0	100%	100%		
Хв. органів дихання	338467	326809	2757,2	2686,0	42,7	43,1	1	1
Травми та отруєння	61448	57787	500,6	474,9	7,8	7,6	2	2
Хв. сечостатевої с-ми	55172	55635	449,4	457,2	7,0	7,3	3	3
Хв. шкіри та підшкірної клітковини	49698	50982	404,8	419,0	6,3	6,7	5	4
Хвороби ока та його придаткового апарату	50507	46642	411,4	383,3	6,4	6,2	4	5

Серед усіх регіонів України в 2017 році область займала 18 і 13 місця, починаючи з найбільшого, по показникам загальної та первинної захворюваності населення. По загальній захворюваності населення в основних 3-х класах захворювань область займала відповідно: 19 місце по хворобах системи кровообігу, 18 – органів дихання, 16 – органів травлення, починаючи з найбільших рівнів показників.

Загальна захворюваність дорослого населення має тенденцію до зниження (2018 – 16361,3, 2017 – 17595,8 на 10 тис. дорослого населення) – зниження показника на 7,0% (Україна 2017 – 17159,9).

Зниження показників загальної захворюваності дорослого населення відмічається по всіх класах хвороб крім класу „Деякі інфекційні та паразитарні хвороби”.

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					
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Всього	1802664	1661090	17595,8	16361,3	100%	100%		
Хв. системи кровообігу	662632	587888	6468,0	5790,5	36,8	35,4	1	1
Хв. органів дихання	194222	187045	1895,8	1842,3	10,8	11,3	2	2
Хв. органів травлення	190645	167887	1860,9	1653,6	10,6	10,1	3	3
Хв. кістково-м'язової с-ми	127748	118049	1247,0	1162,7	7,1	7,1	4	4
Хв. сечостатевої с-ми	112942	109093	1102,4	1074,5	6,3	6,6	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 області цукровим діабетом стабільно висока – у 2018 році – 471,0 на 10 тис. дорослого населення, 2017 рік – 473,8 (Україна 2017 – 362,5).

Хвороби системи кровообігу (ХСК), як і в минулі роки, займають ключове місце серед хвороб дорослого населення. В структурі ХСК загальна захворюваність на гіпертонічну хворобу складає 46,2%, ішемічну хворобу серця – 36,9%, цереброваскулярні хвороби – 9,9% .

Дещо знизився рівень захворюваності дорослого населення інфарктом міокарда. Показник захворюваності в 2018 році складає 15,5 (2017 – 16,0).

Показник захворюваності дорослого населення інсультами зріс з 38,0 у 2017 році до 39,1 у 2018 році (на 2,8%).

Рівень захворюваності всіма формами активного туберкульозу за 2018р. складає 46,2 на 100 тис. всього населення проти 50,3 за минулий рік.

Вперше зареєстровано хворих на злоякісні новоутворення 4891 особа або 40,2 на 10 тис. населення (2017 – 4861 особа – 39,6 на 10 тис. населення).

Епідемічна ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції в області напружена.

Станом на 01.01.2019 під диспансерним наглядом в медичних установах області знаходилось 3602 ВІЛ-інфікованих осіб або 296,0 на 100 тис. населення (2017 – 3710 осіб або 302,2 на 100 тис. населення).

Хворих на СНІД під диспансерним наглядом перебуває 1210 осіб – 99,4 на 100 тис. населення (2017 – 1206 осіб – 98,2 на 100тис. населення).

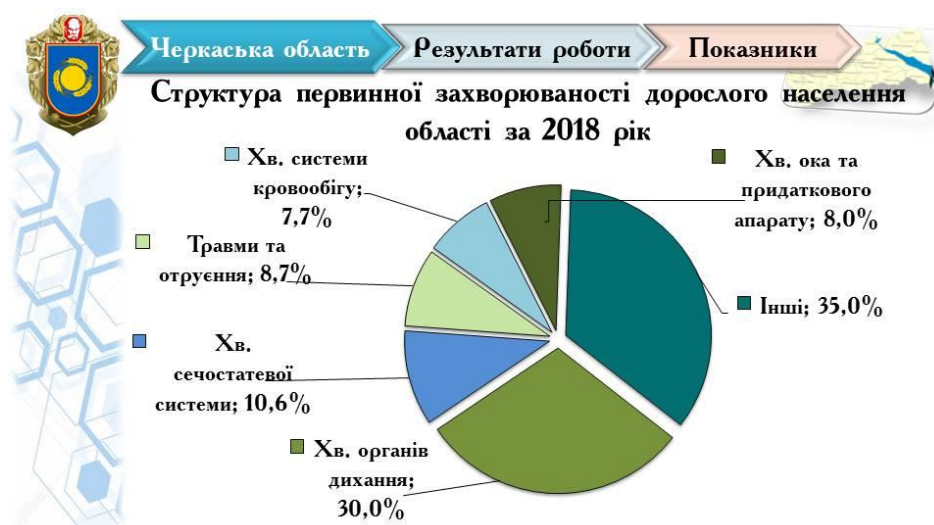
Стан захворюваності населення області соціальнозначущими хворобами – онкопатологію, туберкульоз та ВІЛ/СНІД – викладено та детально проаналізовано у відповідних розділах.

Показник первинної захворюваності дорослого населення знизився з 4822,4 у 2017 році до 4672,3 на 10 тис. дорослого населення у 2018 році – зниження показника на 3,1%.

Рангові місця в структурі первинної захворюваності дорослого населення змінилися – як і в минулому році, перше місце займають хвороби органів дихання, друге – хвороби сечостатевої системи, травми та отруєння на третьому місці, хвороби ока та його придаткового апарату займають четверте місце замість хвороб системи кровообігу, що перемістилися в 2018 році на п'яте місце.

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					
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Всього	494049	474359	4822,4	4672,3	100%	100%		
Хв. органів дихання	144210	142122	1407,6	1399,9	29,2	30,0	1	1
Хв. сечостатевої с-ми	49127	50354	479,5	496,0	9,9	10,6	2	2
Травми та отруєння	44718	41126	436,5	405,1	9,1	8,7	3	3
Хв. ока та придатк. апарату	41040	38015	400,6	374,4	8,3	8,0	5	4
Хвороби системи кровообігу	43827	36498	427,8	359,5	8,9	7,7	4	5



Показник загальної захворюваності серед дітей віком 0-17 років становить 18266,6 проти 19236,6 на 10 тис. відповідного населення у 2017 році (Україна 2017 – 17476,7), зниження показника на 5,0%.

Первинна захворюваність дітей 0-17 років також знизилась на 3,5%, в основному за рахунок хвороб органів дихання.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 року №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 функціонує 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 30.12.2015 №919 та наказу МОЗ України від 29.06.2017 №731, які включають в себе додатковий список „орфанних” захворювань.

**Кількість пацієнтів з „орфанними” захворюваннями,
внесених в обласний реєстр**

	2015	2016	2017	2018
Всього	1674	2185	2451	2527
Дорослі 18 років і ст.	1385	1779	1999	2077
Діти 0-17 років вкл.	289	406	452	450

Станом на 31.12.2018 в області на обліку знаходяться 2527 хворих з „орфанними” захворюваннями, серед них найбільша кількість хворих з захворюваннями кістково-м'язової системи, зокрема з анкілозуючим спондилітом – 73 особи, системним червоним вовчаком – 54 особи, системним склерозом – 21 особа. Хвороби ендокринної системи по частоті на другому місці – всього 156 осіб, з них 39 хворих з первинною недостатністю надниркових залоз, 32 – з гіпопітуїтаризмом, 29 – з нецукровим діабетом. На третьому місці – хвороби нервової системи – 136 осіб, зокрема з прогресуючим енцефаломієлітом, дистоніями, м'язовою дистрофією тощо.

Амбулаторно-поліклінічна служба

Амбулаторна допомога населенню області надається 253 медичними установами/підрозділами ЛПУ, з них:

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Кількість амбулаторно-поліклінічних установ/підрозділів	213	224	231	238	252	253
• амбулаторно-поліклінічні установи, об'єднані зі стаціонаром	60	46	47	40	39	38
• амбулаторно-поліклінічні установи, необ'єднані зі стаціонаром	153	178	184	198	213	215
- міські поліклініки (м. Черкаси консультативна п-ка, „Астра“, м. Сміла п-ка)	8	8	8	8	3	3
- стоматологічні поліклініки	5	5	5	5	5	5
- обл. поліклінічні установи (центр СНІД, план сім'ї)	2	2	2	2	2	2
- ЦПМСД	1	13	13	18	28	32
- лікарські амбулаторії в т.ч.	137	150	156	165	175	173
ВСП ЦРЛ, МЛ	129	42	47	37	23	-
ВСП ЦПМСД	8	106	107	127	151	171
юр. особи ОТГ	-	-	-	1	1	2

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

Кількість лікарських відвідувань в області за 2018 рік зменшилась на 663303 або -5,9% і становить 10538431, в т.ч. на 211476 відвідувань різко зменшилась кількість відвідувань на дому (-26,8%). Ці зміни відповідають загальним тенденціям по країні за останні роки.

Загальна кількість лікарських відвідувань по області

	Разом			в т.ч.					
				на амбулаторно-поліклінічному прийомі			вдома		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Загальна кількість відвідувань абс.	11606438	11201734	10538431	10752180	10412041	9960214	854258	789693	578217
Кількість відвідувань на 100 жителів всього									
- по області	941,0	916,6	870,6	871,7	851,9	823,3	69,2	64,6	47,8
- по містах	946,8	879,3	788,5	852,2	795,2	739,2	94,7	84,1	49,2
- по районах	835,5	838,6	815,4	781,4	785,7	768,8	54,1	52,8	46,5

За рівнями надання амбулаторної допомоги поліклінічні лікарські відвідування (без на дому) розподілені на:

	2017		2018	
	абс.	%	абс.	%
Всього відвідувань в амбулаторно-поліклінічних умовах (без стоматологічних відвідувань)	9098930	100%	8670805	100%
в т.ч. по установах первинної ланки	3503441	38,5%	3522914	40,6%
вторинної ланки	4931073	54,2%	4473041	51,6%
третинної ланки	664416	7,3%	674850	7,8%

Кількість відвідувань по ЦРЛ перевищувала кількість відвідувань пацієнтів по первинній ланці в 2017 році у 17 районах з 20, а в 2018 році – у 16. Більшість відвідувань пацієнтів до закладів первинної ланки тільки по Черкаському, Канівському, Золотоніському, Драбівському районах.

Аналіз кількості відвідувань на 100 жителів вказує на значні коливання показників по регіонах: від найвищих значень: в м. Сміла (1083,0 на 100 жителів), Христинівському (1021,7), Монастирищенському (967,8) районах та м. Умань (924,5), до найнижчих: Уманський (716,1), Жашківський (704,5), Звенигородський (700,8) райони, м. Черкаси (674,6), Тальнівський район (639,1).

Загальний розподіл основних видів амбулаторних відвідувань по типах установ

	2016		2017		2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього амбулаторних відвідувань	10752180	100%	10412044	100%	9960214	100%
в т.ч.:						
- відвідування самостійних поліклінік	3333151	31,0%	1696461	16,3%	2200581	22,1%
- стоматологічні відвідування	1302162	12,1%	1306313	12,5%	1266730	12,7%
- консультативні відвідування обласних установ	669223	6,2%	664416	6,4%	777086	7,8%
- відвідування поліклінічних підрозділів ЦРЛ	3578838	33,3%	3481573	33,4%	3545463	35,6%
- відвідування ЦПМСД	1868806	17,4%	3263281	31,4%	2170354	21,8%

Кількість амбулаторних відвідувань (без стоматологічних та на дому) зменшилась на 412244. Тенденції до зменшення всіх видів відвідувань на 1 зайняту посаду лікаря поліклініки визначено по 28 спеціальностях, в тому числі таких поширених, як:

	2016		2017		2018	
	абс.	на 1 зайн. посаду лікаря п-ки	абс.	на 1 зайн. посаду лікаря п-ки	абс.	на 1 зайн. посаду лікаря п-ки
акушерство і гінекологія	598181	4319	579225	4413	545433	1854
офтальмологія	450046	8491	430061	8001	366622	7119
хірургія	493949	8032	446174	7594	363038	6816
неврологія	507994	6030	499908	6191	470989	5744
урологія	199287	6377	187821	6059	172720	5855

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

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

	2016	2017	2018
сімейних лікарів	22,6%	26,2%	22,9%
педіатрів	10,1%	11,1%	9,7%
терапевтів	8,9%	8,9%	7,2%
акушер-гінекологів	6,5%	6,0%	5,2%
неврологів	5,5%	5,2%	4,5%
отоларингологів	5,7%	5,1%	4,3%
дерматологів	4,4%	4,1%	3,6%
хірургів	5,4%	4,7%	3,5%
офтальмологів	4,9%	4,5%	3,5%
ортопедо-травматологів	4,2%	3,8%	3,3%

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

	2016			2017			2018		
	Всього	по місту	району	Всього	по місту	по району	Всього	по місту	району
• абс. кількість відвідувань	11606438	4268243	6539027	11201734	3927932	6502727	10538431	3486387	6258443
- к-сть зайнятих лікарських посад (бюджет+г/р)	2660,75	1088,75	1335,25	2614,25	1069,75	1309,5	2541,5	1037,5	1267,75
- к-сть відвідувань на 1 зайняту посаду	4362,09	3920,32	4897,23	4284,87	3671,82	4965,81	4146,5	3360,37	4936,65
• абс. к-сть відвідувань без стоматологічних	10304276	3844065	5759319	9895421	3508008	5718926	9271701	3081267	5503764
- к-сть зайнятих посад (без стомат. профілю, бюджету + г/р)	2236,75	901,0	1092,0	2147,25	883,25	1069,5	2085,5	856,75	1033,5
- к-сть відвідувань на 1 зайняту посаду	4606,81	4266,44	5274,10	4608,42	3971,70	5347,29	4445,79	3596,46	5325,36

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“	- Чигиринський р-н - м. Черкаси - Звенигородський р-н - Уманський р-н - Катеринопільський р-н	3356,5 3844,0 3865,6 4319,4 4602,5
за спеціальністю „педіатрія“	- м. Черкаси - Кам'янський р-н - Чигиринський р-н - м. Умань	2805,1 3457,5 3675,0 3928,25
за спеціальністю „акушерство і гінекологія“	- Лисянський р-н - Канівський р-н - Золотоніський р-н - м. Черкаси - Звенигородський р-н	2186,9 3050,4 3358,3 3604,3 3903,3

Кількість лікарських відвідувань на дому зменшилась по 19 територіях. Коливання чисельності має значну розбіжність, більшість в межах відомих причин. Однак, показники по м. Черкаси (-148454 або -61,7%), Городищенському району (-16516 або -45,1%), м. Ватутіне (-4322 або -44,2%), Корсунь-Шевченківському (-9843 або -29,1%), Маньківському (-1842 або -25,0%) районах потребують з'ясування причин на місцях.

Низький рівень показників відвідувань на дому в Тальнівському (14,0 на 100 жителів), Маньківському (20,5), Жашківському (29,3), Катеринопільському (37,3), Смілянському (31,6), Лисянському (35,1) Чорнобаївському (34,4) та інших районах (обласний показник 47,8, середньо-районний – 46,5).

В загальній кількості амбулаторних лікарських відвідувань більшість або 74,6%, складають відвідування дорослого населення старше 18 років, серед відвідувань вдома – 70,6%.

Відсоток оглянутих по основних контингентах пацієнтів, які підлягають профоглядам залишається доволі високим, проте охоплення жінок онкоскринінгом щорічно продовжує зменшуватися.

Категорії населення	2016		2017		2018	
	Підлягало огляду	% огляду	Підлягало огляду	% огляду	Підлягало огляду	% огляду
Діти 0-17 р. вкл.	203762	99,93%	202093	99,93%	197551	99,89%
з них підлітки 15-17р. вкл.	34451	99,8%	33503	99,7%	33050	99,82%
Ветерани війни та особи прирівняні за пільгами	37956	98,5%	35353	98,5%	32531	98,13%
К-сть населення, яке підлягає періодичним оглядам	146056	98,4%	150806	98,1%	147522	98,70%
в т.ч. сільських жителів	73807	98,1%	76852	98,3%	78188	98,24%
К-сть жінок (18 р. і ст.), які оглянуті профілактично всього	371018	64,8%	335686	59,3%	560839	57,83%
в т.ч. з цитологічним дослідженням (абс. — % від оглянутих)	356671	96,1%	324762	96,7%	324332	96,30%

Нижче обласного показника відсоток оглянутих жінок в Шполянському (39,8%), Христинівському (41,2%), Лисянському (42,5%), Чигиринському (42,9%), Золотоніському (44,5%) та ін. районах.

Відсоток цитологічних досліджень з числа оглянутих по 17 територіях до 100%. Нижчі показники по Жашківському (49,5%), Лисянському (87,3%), Монастирищенському (90,8%), Городищенському (97,0%) районах, м. Черкаси (94,1%) та ін.



Кількість оперативних втручань в поліклінічних умовах зменшилась в 2018 році на 3900 або на 5,5% і становить 546,2 на 10 тис. населення проти 573,2 у 2017 році (Україна 2017 – 477,7).



Основна кількість втручань припадає на операції на шкірі і підшкірній клітковині 33078 – 49,8% (2017 – 51,4%) та сечостатевої системі 9143 – 13,8% (2017 – 13,7%).

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

Найвищі показники			Нижчі від усереднених		
	2017	2018		2017	2018
Черкаський р-н	695,6	704,4	Тальнівський р-н	278,2	300,3
Монастирищенський р-н	690,7	670,4	Жашківський р-н	302,5	348,8
м. Умань	611,3	652,9	Маньківський р-н	534,4	372,0
Чигиринський р-н	586,3	567,0	Уманський р-н	377,4	378,7
Шполянський	567,9	565,1	м. Ватутіне	375,8	384,7
Кам'янський р-н	626,8	562,7	Драбівський р-н	640,9	397,6
м. Черкаси	570,6	548,6	Смілянський р-н	406,0	408,4
Золотоніський р-н	594,4	541,9	Звенигородський р-н	416,0	424,4
			Катеринопільський р-н	505,1	442,9
			Городищенський р-н	592,5	444,0
			К-Шевченківський р-н	384,6	466,9
			Канівський р-н	558,6	496,1
			Чорнобаївський р-н	531,6	502,7
			Христинівський р-н	500,4	510,7
			Лисянський р-н	519,2	516,3
			м. Сміла	569,1	516,7
По містах	570,6	557,0			
По районах	524,6	494,1			
По області	573,2	546,2			



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 222 (2017 – 226) амбулаторно-поліклінічних установах/підрозділах. За 2018 рік кількість ліжок денного стаціонару становить 2599 одиниць або 21,6 на 10 тис. населення (2017 – 2623 ліжок або 21,6 на 10 тис. населення).

В умовах денного стаціонару за 2018 рік проліковано 108262 хворих, що на 1000 осіб більше, ніж у 2017 році.

Денні стаціонари

	2016		2017		2018	
	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	222	1,8	226	2,0	222	1,9
Кількість ліжок всього	2588	21,1	2623	21,6	2599	21,6
по містах	689	15,3	719	16,2	716	16,3
по районах	1824	23,4	1829	23,7	1808	23,7
Проліковано хворих всього	108189	877,1	107262	877,6	108262	894,9
по містах	35222	781,4	35116	786,1	35018	791,9
по районах	72084	921,0	71242	918,7	72349	942,6
Стаціонари вдома						
Кількість установ	211	1,7	214	1,8	207	1,7
Проліковано хворих всього	86151	698,5	84675	692,8	71797	593,5
по містах	32963	731,2	31037	694,8	22827	516,2
по районах	53188	679,6	53638	691,7	48970	638,0

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 міст обласного підпорядкування недопрацюють ліжка денного перебування в м.Сміла (проліковано 660,2 на 10 тис. населення) та м. Умань (800,2), серед районів області: в Тальнівському (700,8), Христинівському (732,8), Лисянському (777,3), Уманському (780,1), Золотоніському (784,0), Маньківському (844,0) районах.

Відмічається тенденція щодо зменшення організації стаціонарів вдома. Так, за 2018 рік отримали лікування вдома 71797 хворих (593,5 на 10 тис. населення), 2017 – 84675 або 692,8, тобто на 15% менше.

Недостатньо призначається лікування в стаціонарах вдома хворим в ЛПЗ м. Ватутіне (201,7 проліковано на 10 тис. населення), Жашківському (405,7), Звенигородському (419,7), Чигиринському (468,1) районі, м. Черкаси (478,2), Золотоніському (488,2) районі, м. Сміла (488,7) та ін.

Амбулаторно-поліклінічна допомога, як найбільш масовий вид медичної допомоги населенню на місцях, потребує на сучасному етапі реформування 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.

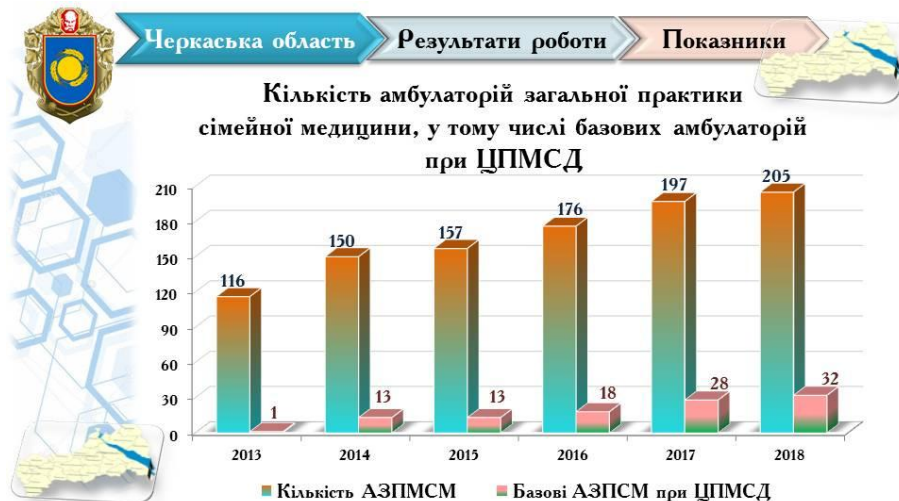
Загальна практика – сімейна медицина

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

Станом на 01.01.2019 первинна медична допомога за принципом сімейної медицини надається у 34 закладах області, з яких 32 – центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД), в т.ч. 3 – в об'єднаних територіальних громадах (далі – ОТГ), та 2 амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини (далі – АЗПСМ) в ОТГ.

Впродовж 2018 року в області було створено 5 нових закладів первинної медичної допомоги, зокрема у Лисянському, Городищенському, Кам'янському районах та Мліївській ОТГ Городищенського району створено ЦПМСД, у Зорівській ОТГ Золотоніського району – лікарську амбулаторію (Мехедівська ЛАЗПСМ).

Загалом у складі закладів первинного рівня 205 лікарських амбулаторій (включно з базовими амбулаторіями ЦПМСД), у т.ч. у міській місцевості – 53 (26%), сільській – 152 (74%).



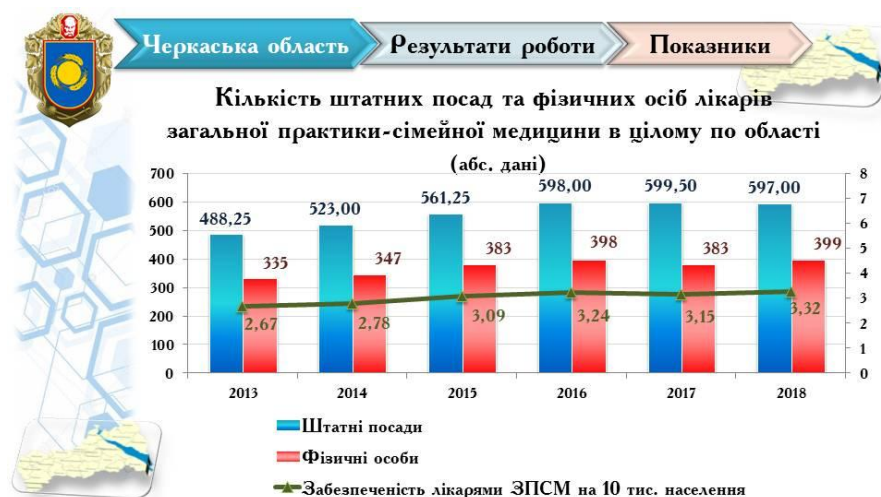
Частка населення, яке обслуговується сімейними лікарями, становить близько 79,2% (2017 рік – 77,7%), у т.ч. сільського - до 82,0% (2017 рік – 81,2%), у т.ч. дитячого – 36,0% (2017 рік – 34,9%).



Кількість населення, яке обслуговується в ЦПМСД, досягла 99,2%.

В ЛПУ області на засадах ЗПСМ працює 399 лікарів (2017 – 383), у т.ч. в сільській місцевості – 153 (2017 – 154).

Кількість штатних посад лікарів ЗПСМ у 2018 році дещо зменшилась і становить 597,0 проти 599,5 у 2017 році (у т.ч. у сільській місцевості – 277,75 проти 280,25 відповідно).



Показник забезпеченості лікарями ЗПСМ (фізичними особами) на 10 тис. населення становить 3,32 (2017 – 3,15).

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

Найкращі показники мають Канівський, Христинівський і Шполянський райони, ОТГ с. Білозір'я.



За звітний період в області дещо поліпшився показник укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів (2017 – 63,89%, 2018 – 66,83%, Україна 2017 – 72,08%), у тому числі серед населення сільської місцевості (2017 – 54,95%; 2018 – 55,09%).

Найнижчий відсоток укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів у закладах ЗПСМ Драбівського, Лисянського, Тальнівського, Уманського районів та м. Ватутіне; найвищий – Монастирищенського, Корсунь-Шевченківського, Кам'янського районів та м. Черкаси.

Кількість штатних посад медичних сестер ЗПСМ збільшилась до 986,75 (2017 рік – 870,25), фізичних осіб – до 868 (2017 рік – 775). Забезпеченість фізичними особами медичних сестер ЗПСМ становить 7,2 на 10 тис. населення (2017 рік – 6,4). Укомплектованість штатних посад медичних сестер ЗПСМ фізичними особами складає 87,97% (2017 – 89,05%).

На кінець 2018 року відсоток атестованих лікарів ЗПСМ складає 69,2% від загальної кількості (2017 – 70,0%), зокрема на вищу категорію – 25,0% (2017 – 22,2%), першу – 61,8% (2017 – 66,0%), другу – 13,2% (2017 – 11,8%).

На сьогодні в області створена та працює система підготовки кадрів із сімейної медицини. Так, з 2006 року проводяться навчальні цикли удосконалення фахівців на базі КНП „Черкаський обласний навчально-тренінговий центр підвищення кваліфікації лікарів Черкаської обласної ради“. Всього, за цей період на базі Центру проведено 11 циклів спеціалізації за фахом „Загальна практика-сімейна медицина“, на яких підготовлено 276 лікарів-спеціалістів, в тому числі в 2018 році (з лютого по серпень-вересень) проведено 2 цикли спеціалізації за фахом „Загальна практика-сімейна медицина“, на яких підготовлено 27 осіб.

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 на кінець 2018 року становила 1562 (2017 рік – 1567).

Забезпеченість населення ліжками денного стаціонару досягла показника 12,99 на 10 тис. населення проти 12,88 у 2017 році.

Впродовж 2018 року в денних стаціонарах ЗПСМ проліковано 63354 пацієнти (2017 рік – 65032), в стаціонарах вдома – 62326 хворих (2017 рік – 68466).

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 (2018 – 13,5%; 2017 – 15,6%).

Із загальної кількості пацієнтів, які звернулися до сімейних лікарів з приводу захворювання, 45,7% осіб (2017 – 43,6%) закінчили лікування на даному етапі, 4,0% (2017 – 3,8%) – направлені сімейними лікарями на консультацію до вузьких спеціалістів і 3,7% (2017 – 3,0%) – госпіталізовані до лікарень вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

В області дещо покращилась матеріально-технічна база амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, але залишається ще недостатньою.

Так, за даними моніторингу розвитку первинної ланки в області станом на 01.01.2019 рівень оснащеності усіх амбулаторій (ЦПМСД+ЛА ОТГ) відповідно до діючого табеля матеріально-технічного оснащення становить: до 30% від потреби – 4,9% амбулаторій (2017 – 21,5%), до 50% – 30,2% (2017 – 34,4%), до 70% – 41,0% (2017 – 32,8%), до 90% – 20,0% (2017 – 11,3%), до 100% – 3,9% (2017 – 0).



На кінець звітної періоду в лікарських амбулаторіях ЦПМСД нараховувалося 190 автомобілів на ходу при потребі 548, що становить 34,7% забезпеченості. Відповідно до вимог табеля матеріально-технічного оснащення для амбулаторій ЦПМСД необхідно додатково придбати ще 358 автомобілів.

За 2018 рік для установ охорони здоров'я первинної ланки придбано 6 одиниць санітарного транспорту (2017 рік – 9), а саме: Черкаський районний

ЦПМСД – 2, Уманський міський, Маньківський, Чорнобаївський та Чигиринський районні ЦПМСД – по 1).

В окремих районах має місце недостатнє забезпечення оргтехнікою та комп'ютерами, під'єднаними до мережі Інтернет, проте відмічається значне покращення показників проти 2017 року.

За оперативною інформацією на кінець 2018 року заклади первинної медичної допомоги в містах оснащені комп'ютерним обладнанням відповідно до табеля на 83,9%; в сільській місцевості показник становить 80,6%. Доступ до мережі Інтернет мають всі ЦПМСД та 82,8% лікарських амбулаторій, як відокремлені структурні підрозділи.



На виконання Закону України „Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості“, а також для залучення фахівців та покращення умов надання первинної допомоги в області протягом 2018 – 2019 років планується будівництво 23 сучасних амбулаторій сімейного лікаря у 17 районах області.



Будівництво 23 нових лікарських амбулаторій (12 – амбулаторій монопрактики, та 11 – амбулаторій групової практики) із забезпеченням новим обладнанням, автомобілем, та системою телемедицини.



**Амбулаторія монопрактики
(для 1-2 лікарів без житла)**



**Амбулаторія групової практики
(для 3-4 лікарів без житла)**



Автономізація установ ПМСД.

Наразі всі 34 установи охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу в області, реорганізовано в комунальні некомерційні підприємства.

Також усі заклади первинної медичної допомоги підключилися до системи eHealth та підписали угоду з Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

За статистичними даними, які надійшли з ЛПЗ області станом на 02.01.2019, кількість пацієнтів, що уклали декларації з лікарями первинної ланки становить 786527, або 64,6% від всього населення області:

№ з/п	Назва установи охорони здоров'я	% декларацій від кількості населення
1.	Кам'янський ЦПМСД	80,5%
2.	м. Черкаси ЦПМСД № 5	77,2%
3.	ЦПМСД ОТГ Білозір'я	75,1%
4.	Черкаський районний ЦПМСД	74,0%
5.	Канівський ЦПМСД	72,6%
6.	Корсунь-Шевченківський ЦПМСД	71,8%
7.	м. Черкаси ЦПМСД № 2	71,6%
8.	Уманський районний ЦПМСД	71,3%
9.	Золотоніський МЦПМСД	70,7%
10.	Шполянський ЦПМСД	70,5%
11.	Драбівський ЦПМСД –	70,4%
12.	Городищенський ЦПМСД	69,1%
13.	м. Черкаси ЦПМСД № 1	69,0%
14.	Чорнобаївський ЦПМСД	67,9%
15.	Звенигородський ЦПМСД	67,6%
16.	Лисянський ЦПМСД	67,4%
17.	Монастирищенський ЦПМСД	63,3%
18.	Маньківський ЦПМСД	63,2%
19.	Христинівський район (ЦПМСД+ФОП Дяченко Р.І.)	63,0% (ЦПМСД – 58,8%, Дяченко Р.І. – 4,2%)
20.	Жашківський ЦПМСД	62,1%
21.	м. Черкаси ЦПМСД № 4	61,9%
22.	м. Ватутіне ЦПМСД	60,7%
23.	Золотоніський РЦПМСД	60,3%
24.	Тальнівський ЦПМСД	58,4%
25.	Смілянський районний ЦПМСД	58,3%
26.	м. Умань ЦПМСД	58,0%
27.	Катеринопільський ЦПМСД	57,8%
28.	ОТГ Зорівка (ЛА Мехедівка)	56,4%
29.	Чигиринський ЦПМСД	54,9%
30.	ЛА ОТГ Єрки	51,5%
31.	ЦПМСД ОТГ М.Калигірка	48,8%
32.	м. Сміла ЦПМСД	48,8%
33.	м. Черкаси ЦПМСД № 3	47,9%
34.	ЦПМСД ОТГ Мліїв	16,5%



Національною службою здоров'я України підписано договір з сімейним лікарем фізичною особою підприємцем з м. Христинівка – Дяченком Романом Ігоровичем (на початок 2019 року із ним уклали декларації 1454 пацієнти).

Як показують результати компанії „Лікар для кожної сім'ї“, сімейні лікарі є найбільш затребувані: 74,5% людей обрали сімейних лікарів, 11,8% - терапевтів та 13,7% - педіатрів.

В електронній системі обміну медичною інформацією (eHealth) зареєстровано всього 658 лікарів ПМД, у т.ч. 417 (63,4%) сімейних, 84 (12,8%) терапевти та 157 (23,8%) педіатрів.

Із загальної кількості підписаних декларацій в області на початок 2019 року обрали собі лікаря 51,6 % дорослого населення та 78,6% дитячого.

В розрізі вікових категорій найактивніше у виборі лікаря є населення 40-64 роки – 36,2% від загальної кількості підписаних декларацій, на другому місці населення понад 65 років – 21,9%; на третьому – 18-39 років - 21,8%, далі йде категорія населення 6-17 років – 13,2% та 0-5 років – 6,9%.

Станом на 02.01.2019 оптимальну кількість пацієнтів набрав 221 лікар ПМД (або 33,6% від загальної кількості лікарів, зареєстрованих у системі eHealth), у т.ч. 148 сімейних лікарів (35,5%), 8 терапевтів (9,5%) та 65 педіатрів (41,4%). Найменше лікарів первинної ланки, які набрали оптимальну кількість пацієнтів у ЦПМСД №4 м. Черкаси, м. Сміла, Христинівському та Черкаському районних ЦПМСД.

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

- ✓ Забезпечення пріоритетного укомплектування необхідної кількості посад лікарів ЗПСМ у закладах охорони здоров'я, особливо тих, що розташовані у сільській місцевості.
- ✓ Придбання житла для медичних працівників, які працюють у сільській місцевості.
- ✓ Оснащення центрів ПМСД та їх підрозділів відповідно до вимог наказу МОЗ України від 26.01.2018 № 148 „Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу“.

- ✓ Виконання вимог наказів МОЗ України від 19.03.2018 № 504 „Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги“ та від 19.03.2018 № 503 „Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу“ (із змінами внесеними згідно з наказом МОЗ від 29.05.2018 № 1023).
- ✓ Проведення капітальних та поточних ремонтів в лікарських амбулаторіях, визначених плановими завданнями на поточний рік.
- ✓ Будівництво 23 нових сільських лікарських амбулаторій та їх оснащення необхідним обладнанням, автомобілями, швидкісним Інтернет-зв'язком для впровадження телемедичних послуг тощо.

Стационарна допомога

Станом на 31.12.2018р. в області функціонувало 45 лікарняних установ на 9453 ліжка (2017р. – 46 –9625 ліжок), в т.ч.

Тип закладів	К-сть установ			К-сть ліжок			% до загального ліжкового фонду		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
- міські лікарні	10	10	9	1950	1910	1836	20,0	19,8	19,4
- дитячі лікарні	2	2	2	185	185	185	1,9	1,9	2,0
- інфекційна лікарня	1	1	1	100	100	100	1,0	1,0	1,0
- пологові будинки	2	2	2	275	275	275	2,8	2,8	2,9
- психлікарня	1	1	1	725	725	725	7,4	7,5	7,7
- обласний госпіталь ВВ	1	1	1	250	250	250	2,6	2,6	2,6
- обласна лікарня	1	1	1	860	860	860	8,8	8,9	9,1
- обласна дитяча лікарня	1	1	1	320	320	320	3,3	3,3	3,4
- диспансери	6	6	6	1340	1390	1360	13,8	14,4	14,4
- ЦРЛ	20	20	20	3665	3558	3490	37,7	37,0	36,9
- РЛ	1	1	1	52	52	52	0,5	0,5	0,6
- ДЛ	1	0	0	10	-	-	0,1	-	-

Протягом 2018 року в області скорочено:

- 30 ліжок обласного протитуберкульозного диспансеру;
- 4 ліжка МЛ м.Ватутіне;
- 68 ліжок центральних районних лікарень;
- 70 ліжок м. Сміла СМСЧ №14 (на кінець року заклад не входить до числа закладів, підпорядкованих УОЗ ОДА).

В підсумку кількість ліжок в цілому по області скорочено на 172 одиниці або 1,8% ліжкового фонду (2017 – 107 – 1,1%).

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			Скорочення ліжок		Показник забезпеченості ліжками на 10 тис. населення			Нормативна кількість ліжок 44,0 міста/райони 60,0 по області Н		Підлягало скороченню
		2016*	2017*	2018	2017	2018	2016	2017	2018	2017	2018	
1.	м. Черкаси	1520	1520	1520			54,3	55,0	55,3	1243	1227	-293
2.	м.Сміла	$\frac{470}{300+70+100}$	$\frac{430}{300+70+60}$	$\frac{360}{300+0+60}$	-40	-70	69,2	64,0	54,1	303	299	-61
3.	м.Умань	440	440	440			52,0	52,9	53,4	376	369	-71
4.	м.Ватутіне	80	80	76		-4	46,6	47,0	45,0	76	76	✓ 0
	Разом	2510	2470	2396	-40	-74	55,8	55,7	54,4	1998	1971	-425
1.	Городищенськ.	201	201	180		-21	50,2	50,7	46,1	177	175	-5
2.	Драбівський	172	172	147		-25	49,2	49,8	43,4	153	151	✓ +4
3.	Жашківський	165	155	155	-10		45,2	42,6	43,4	161	160	✓ +5
4.	Звенигородськ.	216	216	216			49,0	49,5	50,3	194	192	-24
5.	Золотоніський	319	319	319			45,6	46,0	46,5	308	306	-13
6.	К-Шевченківськ.	210	170	170	-40		49,2	40,4	41,0	187	185	✓ +15
7.	Канівський	194	194	183		-11	44,2	44,6	42,7	193	190	✓ +7
8.	Кам'янський	123	120	120	-3		45,3	44,7	45,5	119	118	-2
9.	Катеринопільськ.	107	107	106		-1	44,4	44,8	45,1	105	105	-1
10.	Лисянський	121	121	121			51,6	52,3	53,1	103	101	-20
11.	Манківський	131	131	131			47,8	48,3	49,0	120	119	-12
12.	Монастирищен.	186	169	169	-17		51,8	47,3	47,9	158	157	-12
13.	Смілянський	170	170	170			53,3	52,8	53,3	139	141	-29
14.	Тальнівський	167	150	150	-17		49,4	45,0	45,9	148	146	-4
15.	Уманський	205	205	205			48,3	47,6	48,2	187	189	-16
16.	Христинівський	180	160	160	-20		51,2	46,1	46,7	153	152	-8
17.	Черкаський	334	324	324	-10		44,8	43,6	43,9	331	330	✓ +6
18.	Чорнобаївський	181	181	181			44,6	44,6	45,3	178	178	-3
19.	Чигиринський	120	120	120			45,3	45,4	46,2	116	116	-4
20.	Шполянський	225	225	215		-10	52,5	53,2	51,5	189	186	-29
	Разом по районах:	3727	3610	3542	-117	-68	47,9	46,7	46,5	3419	3397	-145
	Обл. лікарня	860	860	860						1970		
	Обл. дит. лікарня	320	320	320								
	Обл. псих. лікарня	725	725	725								
	Обл. госпіталь	250	250	250								
	Обл. онко д-р	430	480	480	+50							
	Обл. кардіоцентр	110	110	110								
	Обл. псих. д-р	160	160	160								
	Обл. туб. д-р	480	480	450		-30						
	Обл. шкідл. венд-р	60	60	60								
	Обл. нарко д-р	100	100	100								
	Обл. лік.устан	3495	3545	3515	+50	-30				1970	1953	-1562
	Всього УОЗ	9732	9625	9453	-107	-172	79,3	79,1	78,6	7387	7322	-2131
	Крім того СМСЧ			70								
	УОЗ + СМСЧ	9732	9625	9523	-107		79,3	79,1	79,2	7387	7322	-2201

*СМСЧ включено в дані 2016-2017



Забезпеченість ліжками на кінець року становить 78,6 на 10 тис. населення.

	2016		2017		2018	
	Абс.	на 10 тис. нас.	Абс.	на 10 тис. нас.	Абс.	на 10 тис. нас.
К-сть ліжок УОЗ ОДА	9732	79,3	9625	79,1	9453	78,6



Протягом 2018 року в стаціонари області госпіталізовано 287 875 хворих (2017 – 293 817), в т.ч. 114 319 або 39,7% – сільських жителів (2017 – 40,1%).

В області залишається необґрунтовано високим рівень госпіталізації населення – 23,9 на 100 жителів, в т. ч. по містах – 18,9, по районах – 16,9 (2017 відповідно – 24,0 – 19,3 – 17,0).

В 2017 показник госпіталізації хворих в Україні склав 19,7 на 100 жителів. Коливання показника від 6,18 в Луганській до 25,9 в Чернігівській областях. Черкаська область з показником 24,0 знаходилась, як і в 2016 році, на другому місці, починаючи з найбільшого.

Серед районів області на 1 місці за обсягами госпіталізації є Смілянський район (22,1 на 100 жителів), серед міст обласного підпорядкування – м. Умань (19,8).

Число пролікованих в стаціонарних умовах на 100 жителів значно перевищує як і раніше середньорайонний показник у Смілянському (22,1),

Звенигородському (19,8), Уманському (19,3), Лисянському (18,1), Шполянському (18,6), Тальнівському (18,4), Кам'янському (17,8) районах. Названі райони мали високі показники госпіталізації і в минулі роки. По м. Умань показник госпіталізованих становить 19,8 (2017 – 19,6) на 100 жителів при 19,1 по м. Черкаси (2017 – 19,2). Це ще раз вказує на 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, а також вирішення суто організаційних питань.



Показник госпіталізації сільських жителів коливається від 10,6 в Чигиринському до 18,5 в Лисянському районах при середньорайонному показнику 14,8, тобто до ЦРЛ госпіталізуються, в основному, хворі районних центрів, що підтверджує можливість подальшого розширення стаціонарозамінних видів допомоги на місцях і можливість керованості процесом.

Основні показники використання ліжкового фонду області

	2016			2017			2018		
	обласні	міські	районні	обласні	міські	районні	обласні	міські	районні
• кількість ліжок абс.	9732	2510	3727	9625	2470	3610	9453	2396	3542
забезпеченість ліжками на 10 тис. нас.	79,3	55,8	47,9	79,1	55,7	46,7	78,6	54,4	46,5
• робота ліжка	333	344	329	330	335	328	326	331	329
• середнє перебування хворого на ліжку	10,8	9,7	9,0	10,8	9,6	9,0	10,7	9,5	9,1
• оберт ліжка	30,8	35,4	36,7	30,6	34,8	36,4	30,3	34,8	36,2
• лікарняна летальність абс.	3661	1385	1752	3632	1366	1753	3914	1547	1726
%	1,19	1,51	1,24	1,23	1,58	1,33	1,36	1,85	1,33
• кількість оперативних втручань абс.	66437	20086	24693	67538	20186	24472	66306	19275	24286
на 10 тис. нас.	536,1	444,5	313,6	550,2	448,9	314,6	545,0	434,4	314,2

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 326 (2017 – 330) днів на рік, що нижче нормативного рівня (340) на 4,1%. Середнє перебування хворих в лікарнях останні два роки залишається на оптимальних термінах – 10,7 дня (2017 – 10,8) (Україна 2017 – 321 – 11,0).

Робота ліжка в розрізі міст/районів області складає:

В межах нормативу роботи			Понад норматив			Ліжко недопрацювало		
	2017	2018		2017	2018		2017	2018
Звенигородський р-н	363	344	Черкаський р-н	348	355	Золотоніський р-н	313	298
Кам'янський р-н	352	342	Уманський р-н	364	351	м.Ватутіне	308	299
Лисянський р-н	334	339	Смілянський р-н	368	350	Жашківський р-н	319	303
Катеринопільський р-н	340	338	Городищенський р-н	301	348	Драбівський р-н	265	305
						Канівський р-н	304	310
						Чигиринський р-н	346	312
						Тальнівський р-н	296	318
						Шполянський р-н	313	322
						К-Шевченківський р-н	308	323
						Чорнобаївський р-н	333	326
						м. Сміла	318	331
						Маньківський р-н	335	331
						м. Черкаси	342	332
						Монастирищенський р-н	340	335
						Христинівський р-н	342	335
						м. Умань	334	336

В стаціонарах області протягом року помер 3931 (2017 – 3649) хворий, в т.ч. 3836 дорослих та 95 дітей віком 0-17 років (2017 – 3505 та 84 відповідно).

	2016	2017	2018
Летальність в стаціонарах області	1,19%	1,23%	1,36%
Україна	1,27%	1,29%	

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 роками.

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

Терапевтичні		Урологічні д/дор.	
Звенигородський р-н	377	Смілянський р-н	409
м. Ватутіне	370	м. Ватутіне	377
Христинівський р-н	353	м. Умань	369
Черкаський р-н	353	Канівський р-н	367
Педіатричні		Травматологічні д/дор.	
м. Умань	426	Уманський р-н	362
Уманський р-н	398	Лисянський р-н	352
Маньківський р-н	367	Кам'янський р-н	398
Кам'янський р-н	359	Черкаський р-н	396
Черкаський р-н	351	м. Черкаси	375

Кардіологічні		Лисянський р-н	363
Шполянський р-н	428	К-Шевченківський р-н	350
Звенигородський р-н	371	Гінекологічні д/дор.	
м.Сміла	361	Черкаський р-н	388
Хірургічні д/дор.		м.Умань	368
Уманський р-н	428	Городищенський р-н	366
Звенигородський р-н	370	Смілянський р-н	365
Городищенський р-н	355	Неврологічні д/дор.	
Канівський р-н	352	Христинівський р-н	400
Монастирищенський р-н	351	Смілянський р-н	395
Лисянський р-н	349	Уманський р-н	382
Черкаський р-н	349	Золотоніський р-н	375
Отоларингологічні д/дор.		К-Шевченківський р-н	368
м.Умань	388	Черкаський р-н	363
Золотоніський р-н	377	м. Сміла	359
м.Сміла	363	Маньківський р-н	358
Жашківський р-н	361	Тальнівський р-н	355
Канівський р-н	357	Звенигородський р-н	352
К-Шевченківський р-н	349	м. Черкаси	350
Городищенський р-н	348		

Одночасно не були використані потужності ліжок
більшості профілів майже по всіх районах:

Терапевтичні		Травматологічні д/дор.	
Уманський р-н	327	Шполянський р-н	317
Чорнобаївський р-н	326	Золотоніський р-н	315
Золотоніський р-н	325	Канівський р-н	311
Монастирищенський р-н	325	Тальнівський р-н	310
Драбівський р-н	319	м.Ватутіне	306
Жашківський р-н	318	Жашківський р-н	282
Шполянський р-н	309	м.Сміла	280
Тальнівський р-н	306	Христинівський р-н	269
м.Умань	302	Чигиринський р-н	247
Чигиринський р-н	302	Драбівський р-н	241
Канівський р-н	286	Маньківський р-н	198
Інфекційні д/дор.		Урологічні д/дор.	
Монастирищенський р-н	317	Шполянський р-н	315
Маньківський р-н	314	Золотоніський р-н	283
м.Черкаси	310	К-Шевченківський р-н	280
Городищенський р-н	308	Для вагітних та роділь	
Уманський р-н	290	Монастирищенський р-н	311
м.Умань	283	Городищенський р-н	307
м.Сміла	249	м.Сміла	282
Тальнівський р-н	246	К-Шевченківський р-н	273
К-Шевченківський р-н	239	Уманський р-н	267
м.Ватутіне	219	м.Умань	260
Жашківський р-н	195	Драбівський р-н	251
Золотоніський р-н	192	Жашківський р-н	234
Інфекційні для дітей		Шполянський р-н	230
Христинівський р-н	307	Канівський р-н	224
Катеринопільський р-н	303	Чорнобаївський р-н	218
Уманський р-н	302	Звенигородський р-н	189

Черкаський р-н	300	м.Черкаси	160
Городищенський р-н	292	Чигиринський р-н	143
Чигиринський р-н	290	Христинівський р-н	142
Монастирищенський р-н	288	Маньківський р-н	115
м.Черкаси	281	Золотоніський р-н	111
Жашківський р-н	244	Гінекологічні д/дор.	
Канівський р-н	211	Жашківський р-н	326
Кам'янський р-н	190	К-Шевченківський р-н	311
Шполянський р-н	189	Лисянський р-н	309
Чорнобаївський р-н	184	Драбівський р-н	295
Тальнівський р-н	166	Золотоніський р-н	289
Хірургічні д/дор.		Канівський р-н	286
Смілянський р-н	327	Чигиринський р-н	279
м. Черкаси	322	Неврологічні д/дор.	
Чорнобаївський р-н	322	Жашківський р-н	313
м.Сміла	321	Катеринопільський р-н	285
Катеринопільський р-н	321	Отоларингологічні д/дор.	
Чигиринський р-н	318	м.Ватутіне	297
Кам'янський р-н	318	Звенигородський р-н	279
Жашківський р-н	303	Шполянський р-н	277
Тальнівський р-н	293	Смілянський р-н	272
Драбівський р-н	269	Уманський р-н	162
Шполянський р-н	262	Педіатричні соматичні	
Золотоніський р-н	255	Лисянський р-н	326
м.Ватутіне	207	Звенигородський р-н	318
		Чорнобаївський р-н	314
		м.Сміла	302
		Смілянський р-н	301
		Жашківський р-н	283
		Канівський р-н	277
		К-Шевченківський р-н	275
		Драбівський р-н	263
		м.Ватутіне	254
		Золотоніський р-н	248

В 2017 році в структурі Черкаського обласного онкологічного диспансеру створено центр паліативної допомоги на 50 ліжок.

На кінець 2018 року в складі профільних відділень лікарень функціонують вже 120 хоспісних ліжок:

	Кількість ліжок	Госпіталізовано хворих
м. Черкаси МЛ №2	15	194
Жашківська ЦРЛ	5	13
Лисянська ЦРЛ	8	22
Маньківська ЦРЛ	5	24
Смілянська ЦРЛ	10	287
Шполянська ЦРЛ	5	9
Обл. протитуберкульозний диспансер	10	27
Обл. онкологічний диспансер	50	187
Обл. психіатрична лікарня	12	39
Всього в складі профільних відділень діють	120	802
Крім того, виділено 6 ліжок за профілем в ЦРЛ Черкаського р-ну	6	149
Всього по області:	126	951

Серед всіх виписаних хворих – 82,1% складають дорослі (232546) і 17,9% – діти 0-17 років включно (50793). В 2017 році – 81,1% та 18,9% відповідно. Тобто вікова структура пролікованих хворих в стаціонарах області без змін.

В загальній кількості дітей – 7121 пацієнт або 14,0% становили діти до 1 року (2017 – 15,2%).

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

Дорослі віком 18 років і старші				Діти віком 0-17 років включно		
№ п/п	Класи захворювань	2017	2018	Класи захворювань	2017	2018
	Всього виписано в т.ч.	237067	232546	Всього виписано в т.ч.	51600	50793
1.	хв. системи кровообігу	58332-24,6%	56039-24,1%	хв. органів дихання	23866-46,2%	24065-47,4%
2.	хв. органів травлення	23233-9,8%	22947-9,9%	хв. органів травлення	5584-10,8%	4978-9,80%
3.	хв. сечостатевої системи	22965-9,7%	22710-9,8%	травми, отруєння та ін.	3124-6,1%	2990-5,9%
4.	вагітність, пологи післяпологовий період	20502-8,6%	19097-8,2%	інфекційні хвороби	2920-5,6%	2871-5,65%
5.	новоутворення	18420-7,77%	18411-7,9%	хв. сечостатевої системи	2075-4,0%	2002-3,9%
6.	травми, отруєння та ін.	18462-7,78%	17926-7,7%	хв. нервової системи	2564-5,0%	2532-5,0%
7.	хв. кістково-м'язової системи	16021-6,8%	16609-7,1%	хв. ока та придаткового апарату	1850-3,6%	1796-3,5%

В класі хвороб системи кровообігу у дорослих – 48,7% складає ішемічна хвороба серця і 29,2% – цереброваскулярна патологія (2017 – 46,8% та 29,2% відповідно).

З загальної кількості зареєстрованих по області інфарктів міокарду госпіталізовано 93,6% хворих проти 95,1% в минулому році. Рівень госпіталізації інсультів дещо зріс і становить 96,7 % (2017 – 95,5%).

В стаціонарних умовах прооперовано 61379 (2017р. – 60682) хворих. Загальна кількість втручань становить 66306 (2017р. – 67538) або 545,0 (2017р. – 550,2) на 10 тис. населення. Зниження показника незначне – на -0,9%.



З загального числа втручань проведено 19275 або 29,1% (2017 – 20186 та 29,9% відповідно) операцій в міських лікарнях, 24286 або 36,6% (2017 – 24472 – 36,2%) в центральних районних лікарнях, 22710 або 34,2% (2017 – 22880 – 33,9%) в обласних установах.

Кількість втручань по міських лікарнях незначно зменшилась (-911 втручань), по обласних установах -170 або на -0,7%. Обсяги роботи ЦРЛ знизились по 15 територіях.

При оцінці якості надання медичної допомоги стаціонарних відділень привертає увагу збільшення відсотка повторної госпіталізації хворих з приводу одного і того ж діагнозу в термін до 30 діб: 2016 – 1048, 2017 – 1216, 2018 – 1234 за виключенням DS, де повторна госпіталізація передбачена протоколами лікування). Значно більший відсоток повторно госпіталізованих в:

повторна госпіталізація в ЦРЛ	2016 абс. % від госпіталізованих	2017 абс. % від госпіталізованих	2018 абс. % від госпіталізованих
Лисянському р-ні	62-1,38%	79-1,8%	66-1,62%
Черкаському р-ні	115-0,98%	151-1,36%	148-1,34%
Жашківському р-ні	54-0,77%	50-0,75%	79-1,29%
Звенигородському р-ні	28-0,33%	29-0,36%	90-1,09%
Золотоніському р-ні	95-0,79%	100-0,87%	91-0,84%
В цілому по області	1048-0,34%	1216-0,41%	1234-0,44%

Протягом року в приймальних відділеннях лікарень прийнято майже ту ж саму кількість амбулаторних хворих 46783 (2017 – 46805). Чисельність поліклінічного прийому хворих в приймальних відділеннях лікарень є доволі значною.

В розрізі територій на 100 жителів лікарями приймальних відділень прийнято:

	2016	2017	2018
м. Умань	1,82	10,42	11,65
Канівський р-н	4,94	5,83	8,55
Монастирищенський р-н	5,58	5,22	5,84
Смілянський р-н	1,67	1,62	5,57
Золотоніський р-н	5,47	5,52	5,13
м. Черкаси	4,76	5,82	4,64
Уманський р-н	5,95	4,92	4,63
Чорнобаївський р-н	3,57	2,85	3,87
Городищенський р-н	2,92	3,58	3,42
К-Шевченківський	2,84	3,38	3,12
Чигиринський р-н	3,52	3,45	3,09
Христинівський р-н	2,24	4,67	3,01
Звенигородський р-н	2,15	2,17	2,11
м. Сміла	1,34	1,40	1,74
Черкаський р-н	0,51	1,0	1,14
Обл. показник	2,87	3,83	3,87

Відсутність кардинальних змін 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

За обсягами роботи терапевтична служба є однією з найбільших в галузі. Від її якісної роботи залежить більшість показників, які в 2018р. носять позитивний характер, про що свідчить виконання моделі кінцевих результатів > 0,90 більшістю районів та міст області, окрім м. Черкаси ПМСД №5 – 0,86, Драбівського – 0,83, Кам'янського – 0,84, К-Шевченківського – 0,85, Смілянського – 0,87, Шполянського району – 0,89.

В першу чергу треба зупинитись на кадровій проблемі, яка загострюється протягом останніх 10 років поспіль особливо на рівні первинної медичної допомоги. 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 рівні ПМСД фізичними особами складає 63%, в 2017 – 64%. А якщо взяти такий показник, як забезпеченість фізичними особами ПМСД на 10 тис. дорослого населення, що в області склав 4,0, то в таких районах, як Лисянський – 2,6, Тальнівський – 2,8, Драбівський та Жашківський – 2,9, Катеринопільський – 3,1, Чигиринський – 3,2, Звенигородський – 3,3, він значно нижчий.

В зв'язку з цим з року в рік зростає кількість населення на терапевтичній дільниці. Зараз в середньому по області кількість населення на дільниці перевищує 2000, особливо в Черкаському – 3413, Уманському – 2539, Звенигородському – 2323, Христинівському – 2344, Шполянському – 2197, Лисянському – 2169, Маньківському районах – 2108, м. Ватутіне – 2510 осіб.

Впродовж багатьох років не укомплектовані посади в лікарських амбулаторіях Тальнівського району – 6 підрозділів, Черкаського та Драбівського районів – по 3, Жашківського, Канівського та Катеринопільського районів – по 2.

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

Головним напрямком та завданням діяльності терапевтичної служби в сучасних умовах є розвиток позастанціонарних видів допомоги (денних стаціонарів, стаціонарів вдома).

Так, наприклад, при середньому показнику стаціонарів вдома по області – 161, в м. Черкаси (ЦПМСД №3 – 86,9, №5 – 55,6), м. Ватутіне – 67, в Звенигородському – 110, Корсунь-Шевченківському – 116, Чигиринському – 122, Золотоніському районі – 127 на 1 терапевта, що веде прийом.

Недопрацьовують в цьому відношенні і денні стаціонари в деяких ЛПУ: при середньому по області показнику пролікованих на 10 тис. дорослого населення – 823, менше у м. Черкаси (ЦПМСД №3 – 470), в Тальнівському районі – 693, м. Умань – взагалі 314,6.

В області розгорнуто 1339 терапевтичних ліжок. Забезпеченість ліжками

складає 11,1 (2017 – 1394 – 11,5). Одночасно слід зазначити, що ліжка ЦРЛ, які розгорнуті на базі бувших дільничних лікарень, через відсутність нормальної матеріальної бази (діагностичної) і далі продовжують виконувати роль соціальних ліжок, тобто використовуються не за призначенням.

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 (Лисянський район – 15,4, Монастирищенський – 15,3, Христинівський -14,6, Смілянський -14,1, Чорнобаївський -13,8, Кам'янський - 13,6, Драбівський -13,3).

Середнє число зайнятості терапевтичного ліжка по області – 325,0, проте в м. Ватутіне –369; Христинівському – 352, Черкаському – 353, Звенигородському районах – 378, що свідчить про високий рівень госпіталізації населення. Недопрацювали ліжка в м. Умань – 302, Драбівському – 319, Чигиринському – 302; Тальнівському – 305 районах.

Середнє перебування хворого на терапевтичному ліжку по області – 9,8, більше 10,0 в Черкаському – 11,3, Чигиринському – 10,9, Драбівському – 10,3, а найбільше в Монастирищенському – 11,5 районах.

Кількість штатних посад лікарів-терапевтів в області становить 299,75, з них в ЦРЛ –159,75, в обласних закладах – 30,5, в містах – 102,5, дільничних терапевтів в області – 49,0 штатних посад, лікарів загальної практики-сімейної медицини – 597,0 штатних посад.

Кадрова проблема звичайно вплинула на якісні показники роботи. Так, кількість хворих на 1 зайняту посаду терапевта, що веде амбулаторний прийом, в області становить 4959, значно перевантажені лікарі таких районів, як Корсунь-Шевченківський – 8307, Золотоніський – 7526, Чорнобаївський – 7488.

Потребують впорядкування обсяги роботи терапевтів Канівської ЦРЛ (функція лікарської посади – 20468).

Кадрова проблема, особливо на первинній ланці на рівні ЦПМСД, приводить до пізнього виявлення ряду хронічних захворювань, а також онкологічної патології, особливо візуальних форм.

Хвороби системи кровообігу (ХСК) є найбільш поширеною патологією у структурі загальної захворюваності дорослого населення і у 2018 році цей клас склав 35,4% (2017 – 36,8%). Провідне місце ХСК займають і в структурі первинної інвалідності – 26,0% (2017 – 25,4%).

Захворюваність на інфаркт міокарда в 2018 році дещо зменшилась і становить – 15,5 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 16,0; Україна – 11,7), з них великовогнищевий інфаркт – 10,1; серед осіб працездатного віку – 5,4 на 10 тис. працездатного населення (2017 – 6,1; Україна – 4,9).

Показник інвалідності від ХСК дещо знизився і складає 9,7 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 9,6; Україна – 9,8), у працездатному віці – 10,0 на 10 тис. працездатного населення (2017 – 10,5; Україна – 9,8).

Впродовж звітної періоду кількість спеціалізованих ліжок терапевтичного профілю в області майже не змінилась і складає: кардіологічних – 430 (2017 – 434), кардіохірургічних – 25 (2017 – 25). Забезпеченість кардіологічними ліжками

становить 3,6 (2017 – 3,6) на 10 тис. дорослого населення, кардіохірургічними – 0,21 (2017 – 0,20).

Кількість штатних посад лікарів-кардіологів складає 97,75 (2017 – 97,0).

Проблемним питанням залишається дотримання стандартів надання медичної допомоги хворим кардіологічного профілю в зв'язку з недостатнім оснащенням ЛПЗ області. Так, через скрутне матеріально-технічне становище не всюди на рівні вторинної ланки визначається ліпідний спектр, показники системи згортання крові, не виконується велоергометрія, ЕхоКГ, холтерівське моніторування ЕКГ та АТ для діагностики хвороб системи кровообігу.

Важливе місце в кардіологічній службі займає надання своєчасної медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда. За 2018р. санаторний етап реабілітації пройшли 103 хворих (2017 – 170).

В області використовується медикаментозна тромболітична реперфузійна терапія при ГКС з елевацією сегмента ST. У 2018 році проведено 170 тромболізисів, що складає 11% від великовогнищевих інфарктів міокарда, проте частка догоспітального тромболізису складає всього 22% (38 осіб проти 68 у 2017).

В обласних медичних установах запроваджені та успішно використовуються кардіохірургічні методи лікування хвороб системи кровообігу.

Щорічно збільшується кількість інтервенційних втручань.

У 2018 році стаціонарна летальність при інфаркті міокарда значно зменшилась і склала 8,9% (2017 – 9,6% при середній по Україні у 2017 – 13,7%).

Залишається проблемою своєчасне виявлення цукрового діабету (ЦД). При обласному показнику первинної захворюваності на ЦД 26,0 (в 2017 – 30,6 на 10 тис. всього населення) менше хворих виявляється в усіх містах області та в районах – Дробівському – 21,7, Корсунь-Шевченківському – 19,0 та Шполянському – 7,8. Мало виявляється хворих на ЦД з ускладненнями на ранніх стадіях діабетичної ретинопатії, нефропатії, ангіопатії. Діабетична нефропатія часто виявляється лише на пізніх стадіях хронічної ниркової недостатності з потребою проведення дороговартісного гемодіалізу. Причинами такого стану є недостатнє дотримання стандартів лікування та діагностики, недостатній рівень контролю цукру крові, повільне впровадження сучасних технологій контролю, зокрема визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, пізній перехід на лікування інсуліном.

Хвороби органів травлення – зберігається тенденція до зниження показників загальної та первинної захворюваності дорослого населення області. Загальна захворюваність у 2018 році складає 1653,6 на 10 тис. відповідного населення (2017 – 1860,9), а первинна – 153,2 (2017 – 182,5).

Значно знизився показник захворюваності на виразку шлунку та 12-палої кишки, гастрит та дуоденіт, хронічний гепатит, холецистит та холангіт тощо.

Можна припустити, що це пов'язано частково зі зміною системи обліку захворюваності та відміною диспансеризації.

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

Як і в попередні роки, в 2018 році зменшилось виявлення хронічних

остуктивних захворювань легень (далі – ХОЗЛ): з 75,1 в 2017 році показник знизився до 66,7 на 10 тис. дорослого населення в 2018. Це в повній мірі стосується і бронхіальної астми: обласний показник в 2018 році знизився до 55,2 порівняно з 58,4 в 2017 році.

Хвороби нирок: протягом декількох років спостерігається тенденція до різкого зниження виявлення гострого гломерулонефриту. Серед дорослого населення гострий гломерулонефрит виявлено лише в Катеринопільському та Монастирищенському районах. В той же час значна кількість хворих виявляється лише на стадії ниркової недостатності.

Хвороби кістково-м'язової системи: в 2018 році знизилось виявлення подагри, що є неприпустимим, так як гіперурикемія є самостійним фактором розвитку ССЗ. Обласний показник захворюваності з 2,1 в 2017 році знизився до 2,0 в 2018 році.

Продовжує тривожити проблема інсультів. Захворюваність на інсульти дещо збільшилась в абсолютних цифрах і складає 3968 випадків (в 2017 – 3888), зріс також і відносний показник – 39,1 (38,0 – у 2017 році на 10 тис. дорослого населення), з них 17,9% – геморагічні інсульти. Особливо високі рівні в Городищенському – 50,2, Катеринопільському районі – 45,2, м. Черкаси – 45,0, м. Сміла – 49,6, Жашківському – 43,5, Золотоніському – 42,9; Корсунь-Шевченківському – 42,0 районах. Також суттєво збільшилась захворюваність інсультами на тлі ГХ – 14,7 на 10 тис. дорослого населення, а в м. Умань – 24,2, Золотоніському – 27,7, Драбівському – 27,9 районах.

В працездатному віці показник захворюваності на інсульти (усі форми) дещо зменшився – 8,8 (в 2017 – 11,2; по Україні – 9,5) на 10 тис. відповідного населення; більше в м. Ватутіне – 15,1, м. Сміла – 12,0, Золотоніському – 13,9, Чорнобаївському – 11,3, Кам'янському – 10,8, Христинівському – 10,0, Городищенському – 9,0, Драбівському районі – 8,5. Захворюваність інсультами на тлі ГХ в працездатному віці дещо зменшилась до 3,2 (в 2017 – 3,8; по Україні – 5,2) на 10 тис. відповідного населення. Достатньо високий рівень показника в м. Черкаси – в ЦПМСД №4 – 5,0, м. Сміла – 4,1, м. Ватутіне – 8,5, Городищенському – 4,8, Драбівському – 4,6, Золотоніському – 4,8 районах. Госпіталізація хворих з інсультами в цілому по області досягла 96,0% у всіх лікувальних закладах області, лише в м. Сміла – 89,8%, в районах: Золотоніському – 91,1%, Христинівському – 93,5%, Звенигородському – 94%.

Висновки:

1. Залишається серйозною проблема з укомплектуванням посад у терапевтичній службі і ПМСД.
2. В окремих районах має місце надлишок терапевтичних ліжок у зв'язку з наявністю філій терапевтичних відділень ЦРЛ в колишніх дільничних лікарнях.
3. В багатьох районах відмічається високий рівень інсультів в працездатному віці, в тому числі на фоні гіпертонічної хвороби.

Пропозиції:

1. Забезпечити оптимізацію (скорочення) ліжок терапевтичного профілю, в тому числі і спеціалізованих.
2. Продовжити роботу над створенням госпітальних округів, де передбачити створення центрів по наданню допомоги хворим з гострою коронарною патологією та інсультами.

Кардіологічна служба

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

Хвороби системи кровообігу (далі ХСК) є найбільш поширеною патологією у структурі загальної захворюваності дорослого населення і у 2018 році цей клас хвороб склав 35,4% (2017 – 36,8%). Провідне місце ХСК займають і в структурі первинної інвалідності – 26,0% (2017 – 25,4%).

Загальна захворюваність в цілому по класу ХСК зменшилась до 5790,5 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 6468,0; Україна – 6379,3).

У структурі поширеності ХСК серед дорослого населення на першому місці – гіпертонічна хвороба (далі ГХ) всі форми – 2677,8 (46,2%), на другому – ішемічна хвороба серця (ІХС) – 2135,1 (36,9%), на третьому – цереброваскулярна патологія – 576,7 (9,9%).

Захворюваність на інфаркт міокарда в 2018 році знизилась і становить 15,5 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 16,0; Україна – 11,7), серед осіб працездатного віку – 5,4 на 10 тис. працездатного населення (2017 – 6,1, Україна – 4,9).



Кількість зареєстрованих хворих на інфаркт міокарда в абсолютних цифрах: всього 1572 (2017 – 1642), у працездатному віці – 365 (2017 – 421), що менше минулорічних даних.

Захворюваність на інсульти складає 3968 випадків (2017 – 3888), показник на 10 тис. дорослого населення – 39,1 (2017 – 38,0; Україна – 27,9), у т.ч. захворюваність інсультами на тлі ГХ – 14,9 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 14,4, Україна – 16,3), що вище минулорічного показника.

У працездатному віці кількість інсультів (усі форми) зменшилась до 600 (2017 – 771), показник захворюваності – 8,8 на 10 тис. працездатного населення (2017 – 11,2; Україна – 9,5).

**Захворюваність на інфаркти та інсульти
населення працездатного віку на 10 тис.**

Потребує детального вивчення значне коливання показників поширеності та захворюваності населення на ХСК в різних районах області. Наприклад, при середній поширеності інфаркту міокарда в області 15,5 на 10 тис. дорослого населення в м.Черкаси – 21,7; в районах Канівському – 17,4; Золотоніському – 16,0; а в Шполянському районі – 9,9, Христинівському та Катеринопільському районах – 10,9. Низький показник свідчить про гіподіагностику інфаркту міокарда.

Показник інвалідності від ХСК дещо зріс і складає 9,7 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 9,6; Україна – 9,8), у працездатному віці – 10,0 на 10 тис. працездатного населення (2017 – 10,5; Україна – 9,8).

Впродовж звітної періоду кількість спеціалізованих ліжок в області змінилась і складає: кардіологічних – 430 (434), кардіохірургічних – 25 (25). Забезпеченість кардіологічними ліжками становить – 3,6 (3,6) на 10 тис. всього населення, кардіохірургічними – 0,21 (0,20).

Кількість штатних посад лікарів-кардіологів зменшилась на 1,75 ставки в порівнянні з минулим роком – 95,25 (2017 – 97,00), зайнятих посад – 88,75 (2017 – 89,75), фізичних осіб – 74 (75).

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

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

- не визначається ліпідний спектр в ЛПУ м.Умань, Драбівському, Кам'янському, Лисянському, Смілянському та Чорнобаївському районах;
- не проводиться УЗД серця в Городищенському, К-Шевченківському, Чорнобаївському та Шполянському районах. У м.Ватутіне, Золотоніському, Катеринопільському, Лисянському, Тальнівському, Чорнобаївському та Уманському районах обстеження проводиться лише в приватних УЗД кабінетах;
- не виконується ВЕМ у мм.Ватутіне, Сміла, Драбівському, Золотоніському, Кам'янському, Канівському, Катеринопільському, Маньківському, Монастирищенському, Тальнівському, Уманському, Чорнобаївському районах;
- не виконується Холтер ЕКГ дослідження у мм. Ватутіне, Сміла, Городищенському, Драбівському, Золотоніському, Кам'янському, Катеринопільському, Корсунь-Шевченківському, Лисянському, Маньківському, Смілянському, Тальнівському районах;
- не відслідковується Холтер АТ в мм. Ватутіне, Сміла, Городищенському, Драбівському, Золотоніському, Кам'янському, Канівському, Катеринопільському, К-Шевченківському, Лисянському, Маньківському, Монастирищенському, Смілянському, Тальнівському, Чорнобаївському районах.

Важливе місце в кардіологічній службі займає надання своєчасної медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда. Кількість зареєстрованих хворих на інфаркт міокарда в 2018 році зменшилась і становить 1572 проти 1642 у 2017 році, зокрема в працездатному віці – 365 (2017 – 421).

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 кардіоцентру на 25 ліжок, в тому числі блоці інтенсивної терапії на 6 ліжок, відділенні інтервенційної радіології та відділенні кардіохірургії на 25 ліжок.

До Черкаського обласного кардіологічного центру транспортують хворих з усіх міст та районів області в перші 24 години від початку інфаркту міокарда в радіусі 60-100км – з метою первинних коронарних втручань, більше 100 км – на вторинні коронарні втручання після проведеної тромболітичної терапії. Заклад надає допомогу хворим 24 години на добу / 7 днів на тиждень.

Впродовж 2018 року в ЧОКЦ лікувалось 743 хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), із них 581 хворому проведено черезшкірні коронарні втручання (ЧКВ). Летальність хворих з ГКС склала 4,2%. З приводу гострого інфаркту міокарда проліковано 613 хворих, ЧКВ виконано 529 хворим. Летальність хворих з інфарктом міокарда склала 4,7%.

Серед хворих з інфарктом міокарда найважча категорія – це хворі з елевацією сегмента ST, їх проліковано 488 осіб, виконано ЧКВ 415 хворим, летальність склала 5,9%.

Збільшення кількості хворих з інфарктом міокарда, що лікувались в ЧОКЦ, позначилось на показниках летальності всієї області, яка у 2018 році значно зменшилась і склала – 8,9% (2017 – 9,6% при середній по Україні у 2017 році – 13,7%).

У ЧОКЦ налагоджено визначення біохімічних кардіомаркерів (Тропоніну) при гострому коронарному синдромі, у 2018 році проведено 974 досліджень тропоніну (2017 – 827).

В області використовується медикаментозна тромболітична реперфузійна терапія при ГКС з елевацією сегмента ST. У 2018 році проведено 170 тромболізисів, що складає 11% від великовогнищевих інфарктів міокарда, проте частка догоспітального тромболізису складає всього 22% (38 осіб проти 68 у 2017 році).

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 2018 року в області виконано 1353 (1151) хірургічних втручань на серці, з них: проведено в ЧОКЦ – 1320 (2017 – 1126), в обласній лікарні – 29 та 9 ургентних операцій (імплантації кардіостимуляторів) виконано серцево-судинними хірургами ЧОКЦ за викликами ЛПУ міст та районів (2017 – 8).

Щорічно збільшується кількість інтервенційних втручань. Протягом 2018 року виконано 1709 коронаровентрикулографій, що майже на 10% більше 2017 року, простентовано 780 хворих, що на 20% більше, імплантовано 957 стентів, що на 25% більше, проведено імплантацій ШВР – 237 (2017 – 213), що на 11% більше 2017 року.

В 2018 році загальна кількість хірургічних втручань збільшилась на 18% і становить 1333 (2017 – 1126). Значно збільшилась кількість операцій на відкритому серці – на 50% в порівнянні з 2017 роком і на 139% в порівнянні з 2016 роком. Загальна кількість операцій на відкритому серці склала 335, із них ізольоване шунтування було виконано 174 хворим (2017 – 146), аорто-коронарні шунтування (АКШ) при поєднаній патології – 38 (2017 – 15), клапанна хірургія – 147 випадків, операції на аорті – 10 хворих, пухлини серця – 3 хворих, гіпертрофічна кардіоміопатія – 3 хворих. Післяопераційна летальність склала 0,6% (2017 – 2,0%). Протягом року значно зросла кількість артеріальних шунтувань, було виконано часткову артеріальну реваскуляризацію у 157 хворих, повну артеріальну реваскуляризацію – у 32 хворих.

Хворим з набутими вадами серця проводилося протезування механічними та біологічними клапанами, значній кількості хворих – 38 – була проведена пластика клапанів. Вперше в Черкаській області були виконані оперативні втручання на аорті при аневризмах, в тому числі розшаровуючих. Проведено 10 оперативних втручань, із них – 3 операції Бентала, 4 операції Рубічека,

1 операція Девіда, 1 – супракоронарне протезування аорти. 3-м хворим з ГКС/ГІМ були виконані операції Феррацці. При оперативних втручаннях на відкритому серці вперше були виконані мінідоступи при АКШ та протезування клапанів (3 хворих). Переважна кількість аорто-коронарних шунтувань були виконані „на працюючому серці“ – 116 хв – 67%. У 2018 році летальність при АКШ склала 0%.

Протягом року хворі були забезпечені за рахунок обласного та державного бюджетів однокамерними штучними водіями ритму (ШВР) на 100%, двохкамерними – частково. 2 кардіовертери-дефібрилятори, вартістю 164,482 тис.грн хворі отримали за рахунок державного бюджету. Хворі з ГКС/ГІМ з елевацією сегменту ST в першу добу від захворювання повністю забезпечені стентами, розхідними матеріалами та медикаментами за рахунок державного бюджету.

У 2018 році проведена реконструкція приміщення центру під нову ангіографічну операційну з системою лікувальних газів вартістю 3910,7 тис.грн, встановлений новий стаціонарний ангіограф Allura Xper FD 10, вартістю 23130 тис.грн, придбаний на основі співфінансування 50% державного бюджету – 50% обласного, проведена його аплікація і у IV кварталі нова ангіографічна операційна запущена в експлуатацію. На новій ангіографічній установці у 2018 році виконано 498 коронарографій, 238 хворим проведено стентування КА, в тому числі 157 хворим з інфарктом міокарду.

На часі проведення капітального ремонту старого ангіографа Infinix CC-1, виробництва Toshiba Medical System, 2008 року випуску, що експлуатувався 10 років і вийшов з ладу, та поточного ремонту ангіографічної операційної.

З метою покращення медичної допомоги хворим з інфарктом міокарда у 2018 році в області придбаний ще один ангіограф для Уманської ЦРЛ по державній програмі на умовах співфінансування 50% на 50% і у 2019 році планується відкриття ще однієї ангіографічної операційної для жителів Південно-Західного регіону області – філії ЧОКЦ.

У Черкаському обласному кардіологічному центрі щорічно проводяться курси з актуальних питань кардіології, інтенсивної терапії та функціональних досліджень. У 2018 році 30 фахівців – терапевти, кардіологи, лікарі ультразвукової діагностики, загальної практики-сімейної медицини – підвищували свою кваліфікацію протягом 6 днів на базі закладу.

Фахівцями ЧОКЦ проводилася консультативна робота. У 2018 році в медичні установи усіх рівнів виконано 106 термінових консультативних виїздів (2017 – 107). Зокрема, викликів кардіохірургів у ЛПЗ міст і районів області – 34 або 32% (2017 – 16%), під час яких проведено 9 ургентних операцій з приводу імплантації тимчасових водіїв ритму.

За 2018 рік санаторний етап реабілітації пройшли 103 хворих (2017 – 170).

Для підвищення професійного рівня лікарів області з питань кардіології та кардіохірургії Черкаським обласним кардіологічним центром впродовж 2018 року було проведено 4 обласних конференції за участю провідних науковців, спеціалістів кардіологічних інститутів, в яких прийняли участь близько 400 фахівців лікувально-профілактичних закладів області. Співробітники кардіоцентру взяли участь у 28 науково – практичних конференціях, конгресах,

семінарах-тренінгах, форумах у провідних НДІ України та 6-ти міжнародних конференціях з актуальних проблем кардіології, кардіохірургії, електрофізіології, інтервенційних втручань.

Функціонує 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.

В ЧОКЦ впроваджена інформатизація високоспеціалізованої кардіологічної та кардіохірургічної допомоги – локальна інформаційна система „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 2018 рік було заплановано 34 впровадження нових методів діагностики та лікування, 100% із них виконано, в тому числі: застосування черезстраховідної ехокардіографії з метою виключення тромбозу вушка лівого передсердя та оцінки швидкості вигнання з нього крові перед проведенням кардіоверсії; скринінгова діагностика синдрому обструктивного апное/гіпноное уві сні за допомогою апарату SOMNOcheck мікро; використання флоуметрії при аорто-коронарному 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; реканалізація хронічних оклюзій коронарних артерій через променевий оперативний доступ; стентування дегенеративно змінених венозних шунтів операції аорто-коронарного шунтування; впровадження методики „Т-стентування“ для захисту важливих бокових гілок коронарних артерій та інші.

На 2019 рік заплановано 34 впровадження, в т.ч.: оперативні втручання при патології аорти; операції коронарного шунтування та протезування аортального клапана із мінідоступу; виконання повторних оперативних втручань; хірургічне лікування ГКМП; використання інтракоронарних шунтів для зменшення інтраопераційної ішемії; використання петльових реєстраторів для інвазивної тривалої діагностики порушень ритму; впровадження нових рекомендацій по реваскуляризації міокарда, прийнятих в 2018 році; особливості проведення штучного кровообігу при циркуляційному арешті з антеградною церебральною перфузією; ехокардіографічна оцінка клапанних протезів; ехокардіографічна оцінка геометрії лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію; оцінка швидкості вигнання крові із вушка лівого передсердя при черезстраховідній ехокардіографії у хворих перед плановою електричною кардіоверсією; навантажувальні тести в кардіології, використання тредмілу; вдосконалення медичної інформаційної системи „Доктор Елекс“ та інші.

Завданнями кардіологічної служби області є виконання стандартів надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги на всіх рівнях надання медичної допомоги відповідно до уніфікованих клінічних протоколів ГКС з елевацією

сегмента ST, без елевації сегмента ST, при фібриляції передсердь, стабільній ІХС, артеріальній 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 2-х камерними водіями ритму, впровадження нових видів оперативних втручань на серці, в тому числі з застосуванням міні доступів.

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 58 відділень хірургічного профілю.

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

- в 20 ЦРЛ розгорнуто 426 хірургічних ліжок (2017 – 434);
- в 19 ЦРЛ розгорнуто 279 ліжок травматологічного профілю (2017 – 291) (відсутні ліжка в Катеринопільській ЦРЛ);
- в 11 ЦРЛ розгорнуто 53 отоларингологічних ліжка (2017 – 63) (Городищенська – 3, Жашківська – 5, Звенигородська – 7, Золотоніська – 5, К-Шевченківська – 5, Канівська – 5, Катеринопільська – 3, Маньківська – 5, Смілянська – 5, Уманська – 5, Шполянська – 5);
- в 11 ЦРЛ розгорнуто 65 ліжок урологічного профілю (2017 – 65) (Городищенська – 3, Золотоніська – 10, К-Шевченківська – 5, Канівська – 3, Катеринопільська – 3, Лисянська – 3, Монастирищенська – 3, Смілянська – 15, Уманська – 5, Черкаська – 5, Шполянська – 10);
- в 3 ЦРЛ (Жашківського, Черкаського та Шполянського районів) розгорнуто 18 офтальмологічних ліжок (2017 – 15);
- в Уманській ЦРЛ – 5 нейрохірургічних ліжок.

Забезпеченість загальнохірургічними ліжками в області за останній час залишається на одному рівні і в 2018 році склала 622 ліжка або 5,2 (2017 – 632 – 5,2, Україна 2017 – 5,08) на 10 тис. населення.

Забезпеченість населення ліжками у містах становить 3,8 або 169 ліжок (2017 – 3,9) на 10 тис. відповідного населення, по адмінрайонах цей показник був вищим – 426 або 5,6 (2017 – 5,6) на 10 тис. населення.

Вище середньорайонного показника кількість загальнохірургічних ліжок у

Кам'янському (7,6), Городищенському (6,7), Черкаському (6,6), Смілянському (6,3) та К-Шевченківському (6,0) районах.

У м. Ватутіне забезпеченість загальнохірургічними ліжками склала 5,9 на 10 тис. населення, у м. Сміла – 4,5.

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

Робота хірургічного ліжка по області і надалі не досягає нормативних значень, залишається низькою і складає 323 дні при показнику середнього перебування на ліжку – 8,4 (2017 – 330 та 8,6 відповідно, Україна 2017 – 320 – 9,08).

Значно нижчим за обласний рівень є робота ліжка в м. Ватутіне (207), Золотоніському (255), Шполянському (262), Драбівському (269) Тальнівському (293), а також Чигиринському (318) районах.

З перевантаженням працювало, як і в минулі роки, хірургічне ліжко в Уманській (428), Звенигородській (370) та Канівській (352) ЦРЛ.

Найвищий показник середнього перебування на ліжку у Канівському (10,84), Чорнобаївському (10,57), Драбівському (9,93) районах та м. Ватутіне (10,04) – обласний показник 8,44 (2017р. – 8,62).

Кадрове забезпечення

На кінець 2018 року в Черкаській області працювало 180 лікарів-хірургів (2017р. – 185) на 241,75 штатних посадах, в т.ч. у міських ЛПЗ – 70, ЦРЛ – 88, обласних ЛПЗ – 21 фахівець.

Забезпеченість лікарями-хірургами по області становить 1,9 на 10 тис. населення, по містах – 1,8, по районах – 1,5 (2017 – 1,52 – 1,62 – 1,2 відповідно).

Вище середньообласного рівень забезпеченості хірургами в м.Умань (2,0 на 10 тис. населення), Лисянському (2,0), Смілянському (2,2) районах.

Нижче середньообласного – в Жашківському (0,8), Шполянському (1,1), Золотоніському (1,2), Маньківському (1,2), Монастирищенському (1,2), Драбівському (1,3).

Укомплектованість штатних посад лікарів-хірургів фізичними особами складає 74,5% (2017р. – 75,7%).

Питома вага хірургів пенсійного віку серед усіх хірургів зросла і складає 35,6% (2017р. – 30,9%).

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

Стаціонарна хірургічна допомога

За 2018 рік в усіх хірургічних стаціонарах області було проведено 66306 втручань або 545,0 на 10 тис. населення, що на 1232 або 0,93% менше, ніж в попередньому році (2017 рік – 67538, або 550,1 на 10 тис. населення, Україна 2017 – 481,63). По кількості втручань на 10 тис. населення область в 2017 знаходилась на 8 місці, починаючи з найбільших показників.



Показник хірургічної активності по області склав 53,0% (2017 – 53,2).

Вищий від середньообласного показник хірургічної активності в обласному онкологічному диспансері (98,0%), кардіоцентрі (84,1%), обласній лікарні (69,4%), Уманському (66,1%) та Золотоніському (63,7%) районах, а також в ЛПЗ м. Черкаси (54,1%).

Нижче середнього показника по області відмічається оперативна активність в ЦРЛ Драбівського (28,4%), Катеринопільського (30,2%) Лисянського (30,3%), Тальнівського (34,0%) та Смілянського (35,1%) районів.

Загальний показник післяопераційної летальності майже на рівні минулого року і склав 0,59%, (2017 рік – 0,58%, Україна 2017рік – 0,55%). По містах він був значно вищим – 1,06%, по районах – 0,37%.

Високий показник післяопераційної летальності зареєстровано в хірургічних відділеннях м. Черкаси (1,35%), Жашківського (1,14%), Корсунь-Шевченківського (1,04%), Маньківського (0,91%), Драбівського (0,77%) районах.

Значно меншим за усереднений є рівень показника в відділеннях Черкаського (0,08%), Христинівського (0,11%), Монастирищенського (0,12%), Золотоніського (0,19%) районів.

Розподіл втручань за нозологічними формами складає:

Ран- гове міс- це	Найменування операцій	2016		2017		2018		2016	2017	2018	2016	2017	2018
								Померло проопе- рованих			Післяопера- ційна летальність		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%	%	%
	Всього операцій:	66437	100,0	67538	100,0	66306	100	362	391	390	0,54	0,58	0,59
1	в т.ч.на жіночих статевих органах	10038	15,1	10160	15,0	10297	15,5	1	5	4	0,01	0,05	0,28
2	на шкірі, підшкірній клітковині	10768	16,2	10165	15,1	10000	15,1	20	27	4	0,19	0,27	0,04
3	на кістково-м'язовій системі	9332	14,0	9713	14,4	9869	14,9	39	57	46	0,42	0,59	0,47
4	на органах травлення та черевної порожнини	9774	14,7	9764	14,5	9526	14,4	172	155	170	1,76	1,59	1,78
5	акушерські	5716	8,6	5426	8,0	4966	7,5	2	1	-	0,03	0,02	-
6	на органах вуха, горла, носа	5438	8,2	5451	8,1	4748	7,2	1	2	-	0,02	0,04	-
7	на органах зору	4329	6,5	4889	7,2	4573	6,9	-	-	-	-	-	-
8	інші	3265	4,9	3259	4,8	3140	4,7	3	1	1	0,09	0,03	0,03

Ран- гове міс- це	Найменування операцій	2016		2017		2018		2016	2017	2018	2016	2017	2018
								Померло проопе- рованих			Післяопера- ційна летальність		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%	%	%
9	на нирках і сечоводах	1222	1,8	1381	2,0	1703	2,6	10	8	13	0,82	0,58	0,76
10	операції на серці	1143	1,7	1113	1,6	1353	2,0	15	23	20	1,31	2,07	1,48
11	на передміхуровій залозі	808	1,2	956	1,4	1065	1,6	5	3	4	0,62	0,31	0,38
12	при не пухлинних захворю- ваннях прямої кишки	1029	1,5	1145	1,7	1061	1,6	-	-	-	-	-	-
13	на нервовій системі	903	1,4	1129	1,7	1055	1,6	64	78	74	7,09	6,91	7,01
14	на молочній залозі	980	1,5	926	1,4	1018	1,5	-	-	1	-	-	0,10
15	на судинах	906	1,4	1099	1,6	1005	1,5	7	11	6	0,77	1,0	0,60
16	на органах дихання	627	0,9	796	1,2	813	1,2	22	20	23	3,51	2,51	2,83
17	на ендокринній системі	159	0,2	166	0,2	114	0,2	1	-	-	0,63	-	-

Загальну кількість операцій по класу хвороб органів травлення складають втручання:

	2015		2016		2017		2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього втручань на органах травлення	9636	100	9774	100	9764	100	9526	100
з них: операції з приводу незащ. грижі	2927	30,4	2841	29,1	3052	31,3	2824	29,6
гострого апендициту	2282	23,7	2157	22,1	2060	21,1	1845	19,4
холецистектомії при хр. холециститах	1153	12,0	1426	14,6	1192	12,2	1200	12,6
в т.ч. при жовчнокам'яній хворобі	1120	97,1	1396	97,9	1111	93,2	1088	90,7
гострому холециститі	638	6,6	565	5,8	700	7,2	848	8,9
защемленої грижі	294	3,0	338	3,5	333	3,4	328	3,4
операції на шлунку з приводу виразк. хв.	382	4,0	328	3,4	289	3,0	282	3,0
в т.ч. проривна виразка шлунку та 12 пк	219	57,3	229	62,8	182	63,0	204	72,3
гостра непрохідність кишок	142	1,5	194	2,0	161	1,6	190	2,0
операції на підшлунковій залозі	53	0,5	64	0,7	61	0,6	66	0,7

З 9526 хворих, прооперованих на органах травлення, померло 170 осіб, показник післяопераційної летальності по області склав 1,78% (2017 – 9764 – 155 – 1,59 відповідно). Середньоміський рівень післяопераційної летальності був вищим за обласний і склав 2,31% (Україна 2017 – 1,79%).

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 2018 році в плановому порядку в ЛПЗ області було виконано 1200 холецистектомії, що склало 9,86 операції на 10 тис. населення (2017 – 1192 або 9,71). В міських ЛПЗ області цей показник був вищим (11,40), в районних – 7,70. В цілому кількість втручань трохи зросла.



Черкаська область

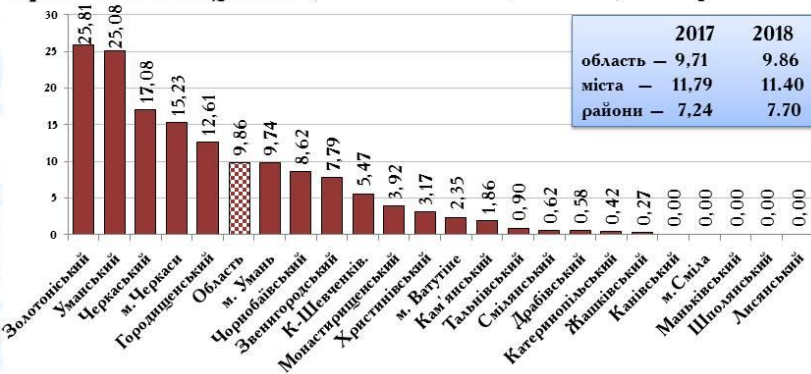
Результати роботи

Показники



Планове оздоровлення хворих

хронічний холецистит (показник на 10 тис. населення) 2018 р.



Післяопераційна летальність при планових холецистектоміях в 2018 році склала 0,25% (2017 – випадків смерті не було).

Традиційно високим в області є рівень планового оздоровлення килоносіїв. В 2018 році було виконано 2824 килосічень в плановому порядку, що склало 23,2 операції на 10 тис. населення (2017 – 3052 або 24,9 на 10 тис. населення).



Черкаська область

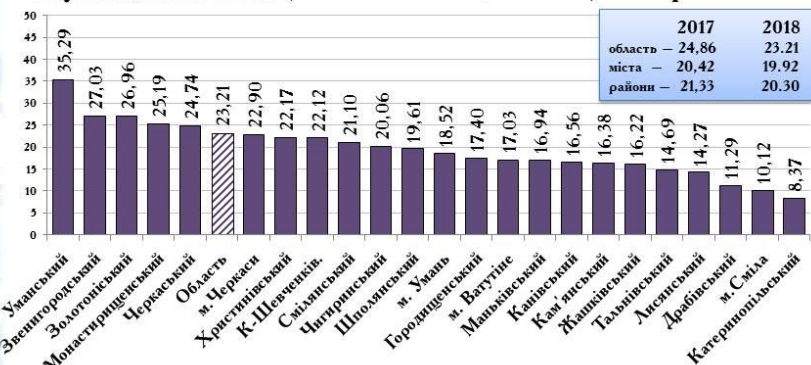
Результати роботи

Показники



Планове оздоровлення хворих

неускладнена кила (показник на 10 тис. населення) 2018 р.



Невідкладна хірургічна допомога

За 2018 рік до хірургічних відділень по дев'яти невідкладних станах було госпіталізовано 4948 хворих, що на 325 осіб менше, ніж у 2017 році.

З усіх госпіталізованих хворих з невідкладними станами – 3776 або 76,3% було прооперовано (2017 госпіталізовано 5273 хворих, прооперовано 4002 – 75,9%).

Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару

Найменування операцій	Доставлено хворих у стаціонар (кількість)																	
	не оперовано			з них померло						оперовано			з них померло					
	2016	2017	2018	2016		2017		2018		2016	2017	2018	2016		2017		2018	
	абс.			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.			абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гостра непрохідність кишок	29	27	26			1	3,70			194	161	164	6	3,09	4	2,48		
Гострий апендицит	3									2157	2060	1845						
Проривна виразка шлунка та 12-палої кишки		1	3			1	100,0	3	100,0	229	182	201	3	1,31			6	2,99
Шлунково-кишкова кровотеча	570	529	519	8	1,4	9	1,70	7	1,35	58	85	53	2	3,45	5	5,88	4	7,55
Защемлена кила	6	1								338	333	328			4	1,20	3	0,91
Гострий холецистит	135	137	106					2	1,89	365	700	742	1	0,18	2	0,29		
Гострий панкреатит	482	492	453	9	1,9	10	2,03	17	3,75	55	58	59	10	18,18	8	13,79	10	16,95
Позаматкова вагітність	20	9	3							260	224	181						
Травми внутр. органів грудної, черевної порожнини, таза	80	75	62	6	7,5	3	4,0	5	8,06	200	199	203	9	4,50	4	2,01	6	2,96
Разом	1325	1271	1172	23	1,7	24	1,89	34	2,90	4056	4002	3776	31	0,76	27	0,67	29	0,77

Кількість хворих, які були госпіталізовані після 24 годин від початку захворювання, зменшилась і показник задавненої госпіталізації в 2018 році склав 28,2% проти 28,8% в 2017 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 14 хворих (показник післяопераційної летальності при гострій хірургічній патології по області зріс до 0,77% проти 0,67% в 2017 році).

Аналіз оперативних втручань основних невідкладних станів.

Гострий апендицит.

В 2018 році в ЛПЗ Черкаської області було госпіталізовано 1845 хворих на гострий апендицит (2017 – 2060).

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

	2014		2015		2016		2017		2018
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
Абс.	2368		2289		2160		2060		1845
Показник на 10 тис. населення	18,95	14,48	18,27	13,95	17,43	13,6	16,78	13,02	15,16

Коливання показників між районами області є дуже відчутними: так, найвищим рівень захворюваності на гострий апендицит традиційно реєструється в Золотоніському районі – 20,48 на 10 тис. населення.

Вище середньообласного показника рівень захворюваності також в Корсунь-Шевченківському районі (17,84 на 10 тис. населення).

Найнижчі показники в Кам'янському – 3,35 та Маньківському – 4,42 районах.

Відсоток задавненої госпіталізації гострого апендициту по області знизився, але ще залишається високим – 23,1% (2017 – 21,1%, Україна – 23,89%).

Звертає увагу, що найвищим показник задавненої госпіталізації залишається в м. Черкаси – 37,4%, в той же час як середньорайонний показник в 2018 році склав 14,7%. 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 2018 рік до хірургічних стаціонарів Черкаської області було госпіталізовано 204 хворих (2017 – 183) на проривну виразку, що на 21 хворого більше ніж за 2017 рік, і рівень захворюваності склав 1,68 на 10 тис населення, в 2017 році – 1,49, при показнику по Україні 2017 – 1,46 на 10 тис. населення.

Вище середньообласного показника на 10 тис. населення захворюваність в м. Сміла – 2,68, К-Шевченківському – 2,62, Золотоніському – 2,45, Уманському – 2,32, Городищенському – 2,27, Черкаському – 2,15, Звенигородському – 2,06 районах.

Нижче обласного показника рівень захворюваності на 10 тис. населення в Монастирищенському – 0,28, Тальнівському – 0,30, Христинівському – 0,58, Маньківському – 0,74 та Чигиринському – 0,76 районах.

Показник задавненої госпіталізації в області в 2018 році склав 16,18% проти 2017 – 14,75% (Україна 2017 – 20,47%).

Необхідно зазначити, що серед хворих, які лікувались в ЦРЛ, цей показник був значно нижчим, а саме 15,0%, а серед ЛПУ міст – 19,0%.

З числа хворих, які були прооперовані з приводу проривної виразки – 6 померли (в 2017 році випадків не було), летальність склала 2,9% (м. Черкаси – 3, м. Сміла, Городищенський, Звенигородський райони по одному випадку).

Гострі кишково-шлункові кровотечі.

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

До хірургічних стаціонарів області було госпіталізовано 572 хворих, захворюваність на ГКШК склала 4,7 (2017 – 614 хворих – 5,0) на 10 тис. населення, (показник по Україні 2017 – 4,47 на 10 тис. населення).

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

	2014		2015		2016		2017		2018
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
Абс.	455		649		628		614		572
Показник на 10 тис. населення	3,64	4,27	5,2	4,5	5,07	4,33	5,0	4,47	4,76

Вище середньообласного показника рівень захворюваності на 10 тис. населення в Смілянському – 8,07, м. Черкаси – 7,45, Кам'янському – 7,07, Маньківському – 5,89 районах, м. Сміла – 5,80 та м. Умань – 5,29.

Найнижчим цей показник був в Золотоніському – 0,58 (на 10 тис. населення), Черкаському – 1,08, Катеринопільському – 1,26, Шполянському – 1,89 районах.

Із 572 госпіталізованих з приводу ГКШК – 165 хворих поступили після 24 годин з початку захворювання і відсоток задавненої госпіталізації склав 28,8% від загальної кількості хворих на ГКШК при показнику в Україні в 2017р. – 35,56%.

Середньорайонний показник задавненої госпіталізації 25,5%.

Високим був показник пізньої госпіталізації в Лисянському – 71,4%, Золотоніському – 50,0%, Звенигородському – 43,75%, Кам'янському – 42,1% та Монастирищенському – 38,5% районах.

Із 572 хворих на ГКШК прооперовано 9,3% або 0,44 на 10 тис. населення, (Україна 2017 – 0,48 операцій на 10 тис. населення), оперативна активність склала 9,3% (2017 – 13,8%). Післяопераційна летальність – 7,5% (2017 – 5,9%, Україна – 5,15%).

Із 519 не оперованих хворих померло 7 чоловік, показник летальності серед не оперованих хворих склав 1,3%.

Випадки смерті серед не оперованих хворих на ГКШК мали місце в м. Черкаси – 5 хворих, м. Ватутіне та в обласному протитуберкульозному диспансері по 1-му хворому.

Із 53 прооперованих померло 4 хворих (м. Черкаси – 2, Корсунь-Шевченківська та Чернобаївська ЦРЛ по 1), показник післяопераційної летальності по області при ГКШК склав в 2018 році 7,54% проти 5,88% в 2017 році (Україна 2017 – 5,15%).

Защемлена кила.

За минулий 2018 рік до хірургічних стаціонарів Черкаської області госпіталізовано 328 хворих з защемленою килою, або 2,70 (2017 – 334, або 2,72) випадки на 10 тис. населення (Україна 2017 – 2,68 на 10 тис. населення).



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

	2014		2015		2016		2017		2018
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.
Абс.	266		295		344		334		328
Показник на 10 тис. населення	2,09	2,47	2,36	2,53	2,78	2,59	2,72	2,68	2,70

Привертає увагу та потребує аналізу коливання показника. Так, середній районний показник захворюваності на защемлену килу склав 1,35 на 10 тис. населення, а середньо-міський – 4,82.



Показник задавненої госпіталізації при защемленій килі по області не перевищує аналогічний показник по Україні за 2017 рік – 25,37%. По області він склав в 2018 – 24,39%. Показник задавненої госпіталізації серед районів області складає – 19,23%, по містах – 27,57%.

Гострий холецистит.

Торік до хірургічних стаціонарів Черкаської області госпіталізовано 848 хворих на гострий холецистит або 6,97 на 10 тис. населення (Україна 2017 – 6,09 на 10 тис. населення). В Драбівському, Смілянському районах та м. Ватутіне не було жодного випадку госпіталізації хворих з гострим холециститом.

Показник захворюваності в містах – 15,10 на 10 тис., а в районах цей показник був значно нижчим і складав 1,67 на 10 тис. населення.

Із загальної кількості госпіталізованих (106 хворих) – 12,5% хворих проліковані консервативно.

Прооперовано 742 особи, випадків смерті не було (2017 – 700 хворих, 2 хворих померло, показник післяопераційної летальності в області склав 0,28%) (Україна 2017 – 0,46%).

Гострий панкреатит.

За 2018 рік в області було госпіталізовано 512 хворих на гострий панкреатит або 4,21 на 10 тис. населення, в порівнянні з 2017 показник знизився до 6,03 на 10 тис. населення (Україна 2017 – 6,51).

Захворюваність міських жителів була значно вища, ніж в районах: по районах показник склав 1,93, по містах – 6,67 на 10 тис. населення.

Найвищий рівень захворюваності був зареєстрований в м. Черкаси – 10,06 на 10 тис. населення.

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

	2016	2017	2018
Область	40,78%	35,64%	32,23%
По районах	36,97%	32,52%	28,19%
По містах	42,62%	35,3%	32,1%
в т.ч. м. Черкаси	45,0%	36,8%	32,4%

Із загальної кількості госпіталізованих консервативно проліковано 453 хворих, з яких померло 17 чоловік. Летальність серед не оперованих по області складала 3,75%.

Випадки смерті серед не оперованих мали місце в м. Черкаси – 9 хворих, в Жашківському, Канівському, Маньківському, Монастирищенському та Черкаському районах по 1 хворому, 2 хворих в обласній лікарні та 1 хворий в онкологічному диспансері.

Прооперовано 59 хворих, померло 10 хворих, показник післяопераційної летальності по області склав 16,95%.

Випадки смерті оперованих хворих мали місце в м. Черкаси – 3 хворих, м. Сміла – 1, Городищенському, Золотоніському, Корсунь-Шевченківському та Уманському районах – по 1 хворому, 2 пацієнти в обласній лікарні.

Показник післяопераційної летальності в області (16,95%) значно перевищує показник по Україні, який складає в 2017 – 12,57%.

Кількість прооперованих з приводу гострого панкреатиту на 10 тис. населення в області – 0,48, що менше показника по Україні (2017 – 0,55) і може свідчити про більш виважений підхід при визначенні показань до оперативного лікування в області.

Політравма.

До хірургічних відділень області в 2018 році було госпіталізовано 265 постраждалих з політравмою або 2,18 на 10 тис. населення, що приблизно відповідає показнику по Україні 2017 – 2,08 на 10 тис. населення.

Після 24 годин з моменту отримання травми було госпіталізовано 96 хворих або 36,2%.

23,4% травмованих проліковано консервативно, померло з не оперованих 5 хворих або 8,06%.

Прооперовано 203 травмованих, померло після операції 6 хворих і показник післяопераційної летальності склав 2,96% (Україна 2017 – 3,5%).

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 01.01.2018 в області проживало 201,5 тис. дітей віком від 0 до 17 років включно.

Кадри педіатричної служби.

Залишається особливо гострою кадрова ситуація, яка склалася в педіатричній службі області. На 31.12.2018 в області на 331,75 штатних посадах працювало 236 педіатрів (2017 рік на 339,0 – 249 ф.о.). Укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 71,1% (2017 рік – 72,6%, Україна – 74,8%).

Найнижчі показники укомплектованості штатних посад фізичними особами відмічаються у Городищенському (46,5%), Христинівському (50,0%), Канівському (54,5%) та Монастирищенському (57,1%) районах.

Кількість штатних посад педіатрів-неонатологів в області станом на 31.12.2018 року становила 70,75, фізичних осіб – 49 (2017 рік – 72,25 та 46). Укомплектованість складає 69,3% (2017 рік – 63,7 %, Україна – 77,7%). Відсутні фізичні особи педіатрів-неонатологів у Шполянському, Уманському, Чигиринському, Катеринопільському та Корсунь-Шевченківському районах. Відділення інтенсивної терапії новонароджених КЗ „Черкаська обласна дитяча лікарня“ Черкаської обласної ради укомплектоване лікарями – неонатологами лише на 56,3%.

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 2018 році за даними обласного статистичного управління в області народилось 8637 дітей, що на 1003 дитини менше, ніж у 2017 році.

Показник смертності дітей віком до 1 року за оперативними даними в області за 2018 рік дещо зріс і становить 9,1‰ (80 померлих дітей) проти 8,0‰ (78 дітей) за 2017 рік (Україна – 7,6 ‰).

	2016	2017	2018
Народилося живими	10582	9640	8637
Мертвонароджені (абс.)	43	57	43
показник на 1000 народжених живими та мертвими	4,0	5,9	5,0
Померло дітей у віці до 1 року (абс.)	89	78	80
показник на 1000 народжених живими	8,4	8,0	9,1
з них у віці 0-6 діб (абс.)	48	39	40
показник ранньої неонатальної смертності на 1000 народжених живими	4,5	4,1	4,6
Перинатальні втрати (абс.)	91	96	83
показник перинатальної смертності на 1000 народжених живими та мертвими	8,6	9,9	9,6

За попередніми даними обласного статистичного управління найвищі показники малюкової смертності зареєстровані в Смілянському (27,0 ‰),

Катеринопільському (20,7 ‰), Шполянському (20,7 ‰), Чигиринському (19,2 ‰), Жашківському (13,9 ‰), Лисянському (12,5 ‰), Драбівському (12,2 ‰), Золотоніському (11,6‰) районах та у м. Умані (12,8 ‰).

Кількість дітей віком до 1 року, які померли поза ЛПЗ у 2018 році, становить 9 осіб, що складає 11,3% від усіх померлих (2017 рік 10 дітей –12,8%), усі 9 дітей – жителі сільської місцевості.

Передчасно народжені діти

	2016	2017	2018
Передчасно народилося живими дітей абс.	469	461	417
питома вага від усіх дітей	4,5%	4,8%	4,9%
з них померло абс.	46	48	42
питома вага передчасно народжених дітей	9,8%	10,4%	10,1%
Вживаність	90,2%	89,6%	89,9%

Діти з масою тіла при народженні до 1000 г

	2016	2017	2018
Народилося живими абс.	17	21	16
питома вага від усіх дітей	0,16%	0,22%	0,19%
з них померло абс.	13	16	11
питома вага від народжених з масою тіла до 1000 г	76,5%	76,2%	68,%
Вживаність	23,5%	23,8%	31,2%

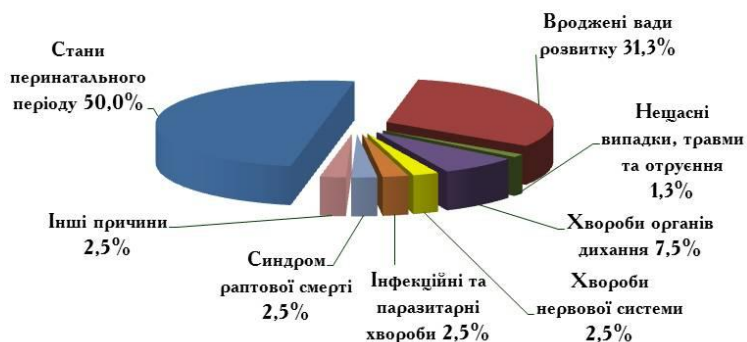
За останні два роки збільшилась кількість виживших дітей в категорії 500-999 грам, що ймовірно пов'язане із наданням допомоги передчасно народженим дітям на сучасному рівні в обласному перинатальному центрі.

Структура смертності дітей віком до 1 року за причинами

	Причини смерті	2016	2017	2018
	Всього померло (абс.)	89	78	80
I	Стани, що виникають у перинатальному періоді	51 57,3%	44 56,4%	40 50,0%
II	Вроджені вади розвитку	23 25,8%	14 17,9%	25 31,2%
III	Хвороби органів дихання (пневмонії)	3 3,4%	3 3,8%	6 7,5%
IV	Хвороби нервової системи		3 3,8%	2 2,5%
IV	Інфекційні хвороби	4 4,5%	2 2,6%	2 2,5%
IV	Синдром раптової смерті	2 2,3%	2 2,6%	2 2,5%
	Інші причини смерті	6 6,7%	10 12,9%	3 3,8%



Структура смертності дітей віком до 1 року за причинами в 2018 році



Таким чином, серед причин смерті дітей до 1 року життя більше 80% складають захворювання, які є наслідком стану здоров'я матері та якості медичної допомоги матері продовж вагітності і пологів та новонародженій дитині (вроджені вади розвитку та стани, які виникають під час вагітності і пологів). Для вирішення цієї проблеми необхідно подальше впровадження в діяльність родопомічних закладів та відділень новонароджених дитячих стаціонарів сучасних перинатальних технологій, які дають змогу значно зменшити кількість не обґрунтованих медичних втручань, збільшити питому вагу неускладнених пологів, забезпечити спільне перебування матері та дитини, зменшити рівень захворюваності та смертності новонароджених.

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

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

Захворюваність дітей віком від 0 до 17 років.

Показники захворюваності дитячого населення за 2018 рік зменшились, але продовжують перевищувати показники по Україні:

- загальна захворюваність – 18266,6 на 10 тис. дітей (2017 рік – 19236,6, Україна – 17476,7,6);
- первинна захворюваність – 14055,2 на 10 тис. дітей (2017 рік – 14677,5, Україна – 12916,9).

Структура загальної захворюваності дитячого населення 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, на п'ятому – травми та отруєння, на шостому – 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.					
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Всього	390685	368028	19236,6	18266,6	100%	100%		
Хвороби органів дихання	202831	192086	9987,0	9533,9	51,9	52,2	1	1
Хвороби органів травлення	23994	21341	1181,4	1059,2	6,1	5,8	2	2
Хвороби ока та його придаткового апарату	19780	19027	973,9	944,4	5,1	5,2	3	3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	18316	17218	901,8	854,6	4,7	4,7	4	4
Травми та отруєння	17018	16873	837,7	837,5	4,4	4,6	5	5
Хвороби кістково-м'язової системи	15700	14855	773,0	737,3	4,0	4,0	6	6

Структура первинної захворюваності дітей віком 0-17 років

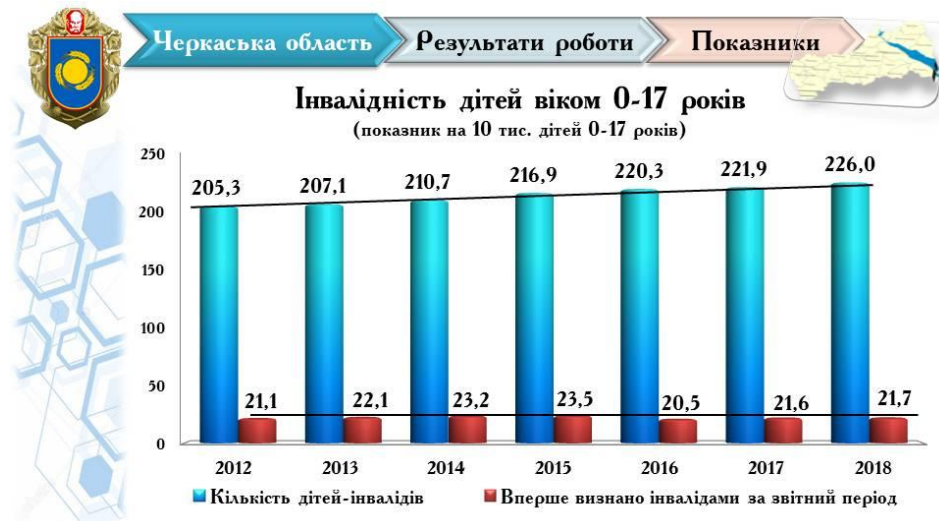
Найменування класів і окремих хвороб	Зареєстровано захворювань				Питома вага серед всіх захворювань		Рангове місце	
	абсолютні дані		на 10 тис. нас.					
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Всього	298092	283178	14677,5	14055,2	100%	100%		
Хвороби органів дихання	194257	184687	9564,8	9166,7	65,2	65,2	1	1
Травми та отруєння	16730	16661	823,8	826,9	5,6	5,9	3	2
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	16767	15938	825,6	791,1	5,6	5,6	2	3
Хвороби вуха	9451	10922	465,3	542,1	3,2	3,9	7	4
Хвороби органів травлення	11066	10077	544,9	500,2	3,7	3,6	4	5
Інфекційні та паразитарні хвороби	10627	9955	523,3	494,1	3,6	3,5	5	6

В структурі первинної захворюваності за причинами у дітей стабільно на першому ранговому місці знаходяться хвороби органів дихання. Клас травм зайняв 2 рангове місце, на третьому місці – хвороби шкіри, на четвертому – хвороби вуха. Хвороби органів травлення та інфекційні хвороби займають 5 та 6 рангові місця.

Інвалідність дитячого населення віком від 0 до 17 років.

Кількість дітей з інвалідністю віком 0-17 років включно у 2018 році збільшилась до 4554 осіб та склала 226,0 на 10 тис. дітей (2017 рік – 221,9, Україна – 208,8). Чисельність дітей з первинною інвалідністю склала 437 осіб, показник – 21,7 на 10 тис. дітей (2017 рік – 21,6, Україна – 21,6).





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

Акушерсько-гінекологічна служба

Метою діяльності акушерсько-гінекологічної служби є надання медичної допомоги жіночому населенню та формування і збереження їх репродуктивного здоров'я.

Чисельність постійного населення області на початок 2018 року становила 1 млн. 217 тис. осіб. За рік населення області скоротилося на 10,8 тис. осіб.

Показники відтворення населення області слід оцінювати як украй низькі. Жіноче населення області складає 658,3 тис. осіб (54,1 % від усього населення). В області проживає 282333 жінки фертильного віку (42,9 % від усього жіночого населення області).

Мережа та структура акушерсько-гінекологічної служби області.

Система рівнів надання перинатальної допомоги, що існувала в акушерсько-гінекологічній службі в області до 2017 року, не відповідала сучасним вимогам та дублювала рівні надання медичної допомоги в Україні.

Реформування медичної галузі в державі, яке триває на зараз, дало можливість провести реорганізацію акушерсько-гінекологічної служби області, побудувавши етапність в наданні медичної допомоги жінкам.

Первинна медико-санітарна допомога жіночому населенню області надається в створених центрах ПМСД, що запрацювали в кожному районі області. За умови наявності у пацієнта відповідних медичних показань надається планова спеціалізована (вторинна) та високоспеціалізована (третинна) медична допомога.

Вторинна – на базі акушерсько-гінекологічних відділень районних лікарень та міських пологових будинків, третинна – на базі обласних закладів (обласна лікарня та онкологічний диспансер).

Акушерсько-гінекологічна допомога жіночому населенню області надається на 487 акушерських ліжках, включаючи 110 ліжок для патології вагітності,

показник забезпеченості склав 4,0 на 10 тис. населення (2017 рік – 4,1, Україна – 4,0 на 10 тис. населення) та 510 гінекологічних ліжок – 4,0 на 10 тис. населення (2017 рік – 4,3, Україна – 3,2 на 10 тис. населення), в т.ч. 2 гінекологічні ліжка для дітей в дитячій обласній лікарні – 0,02 на 10 тис. населення.

В області в 2018 році було створено 5 регіональних скринінгових центрів „Здоров'я жінки“ – у Черкаському обласному онкологічному диспансері, Смілянській міській лікарні ім. Т.Шевченка, а також у Золотоніській, Звенигородській центральних районних лікарнях та у м. Умань.

Медичні послуги населенню та консультативну допомогу мережі акушерсько-гінекологічних закладів з питань планування сім'ї надає КНП „Центр планування сім'ї та репродукції людини“ Черкаської обласної ради.

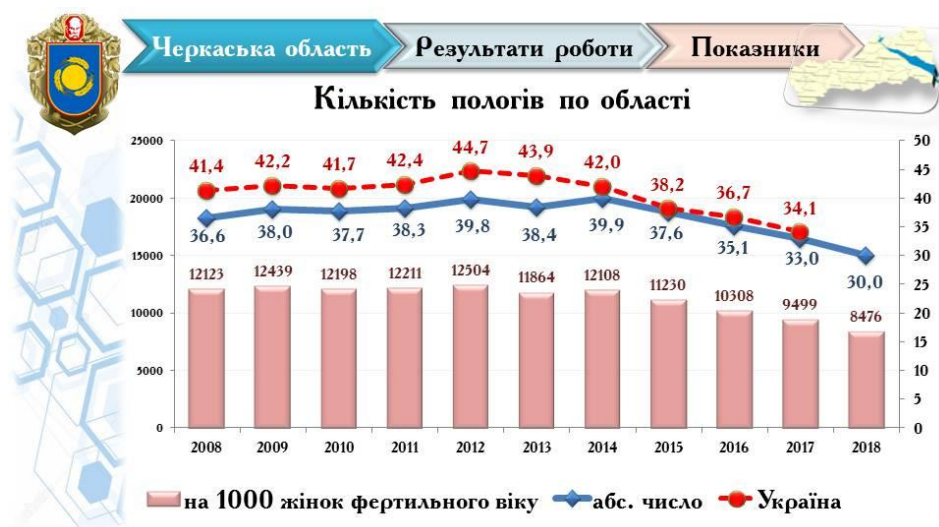
Кадрове забезпечення.

В Черкаській області медичну допомогу жіночому населенню надають 262 лікарі акушери-гінекологи (3 з них дитячі та підліткові гінекологи) – укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 85,1 % (2017 рік – 82,9%, Україна – 90,0%), забезпеченість зайнятими посадами акушер-гінекологів в області становить 4,5 на 10 тис. жіночого населення (2017 рік – 4,4, Україна – 4,3).

На кінець 2018 року 92,36% лікарів акушерів-гінекологів області атестовано, з них 6 на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апарату органів управління, 54 мають вищу, 126 – першу, 56 – другу кваліфікаційну категорію.

Діяльність акушерсько-гінекологічної служби.

За 2018 рік кількість пологів в акушерських стаціонарах області суттєво зменшилась на 1023 в порівнянні з відповідним періодом минулого року та склала 8476 пологів (2017 рік - 9499 пологів, 2016 рік – 10308 пологів). Кількість пологів в області зменшується на протязі останніх трьох років, що є вкрай негативним явищем.



На тлі зниження загальної кількості пологів в області збільшується перелік акушерських стаціонарів, де кількість пологів не перевищує 300 в рік. Відповідно за 2018 рік в області їх кількість склала 17 – на 1 більше, ніж в 2017 році.

Більшість із цих пологових відділень працюють малоефективно. 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.

Малу кількість пологів зафіксовано в :

Чигиринському	65	або 12,2 ‰;
Драбівському	71	або 9,4‰;
Лисянському	89	або 16,7‰;
Кам'янському	98	або 17,6‰;
Маньківському	115	або 19,2‰;
Катеринопільському	119	або 21,8‰;
Городищенському	182	або 20,6‰;
Христинівському	194	або 24,8‰;
Звенигородському	203	або 15,1‰;
Шполянському	209	або 26,5‰;
Монастирищенському	213	або 25,9‰;
Тальнівському	222	або 30,8‰;
К-Шевченківському	235	або 25,2‰;
Чорнобаївському	250	або 28,4‰;
Канівському	257	або 27,7‰
м.Сміла	192	або 11,6 7‰.

Пологів, що відбулися поза ЛПЗ з наступною госпіталізацією породіллі, відповідно затверджених статистичних даних в 2018 році було зафіксовано 6 (0,07‰) проти 2 (0,02‰) в 2017 році. Крім того, вдома свідомо в 2018 році народили 26 жінок – на 5 більше, ніж в 2017 році (21). Всі позивні заяви яких, щодо підтвердження факту народження поза лікувальним закладом, розглядалися комісією УОЗ Черкаської ОДА.



Аналізуючи показники за 2018 рік, найвищий показник кількості пологорозрішень шляхом кесарського розтину відмічається у м. Черкаси – 442

(22,9%), м. Умань – 110 (19,4%), Черкаському районі – 74 (14,0%), Золотоніському – 65 (19,3%) та Уманському – 58 (12,1%) районах.

Різко збільшилась питома вага кесарських розтинів у м. Умань з 74 (11,4%) до 110 (19,4%), Звенигородському з 21 (9,7%) до 23 (11,3%), К-Шевченківському з 22 (9,3%) до 36 (15,3%), Смілянському з 48 (13,7%) до 52 (15,4%), Тальнівському з 17 (9,0%) до 29 (13,1%), Христинівському з 27 (11,9%) до 32 (16,5%) та у Чигиринському з 6 (8,1%) до 9 (13,8%) районах.

Питома вага пологів шляхом кесарського розтину від загальної кількості пологів по області, як і по країні в цілому, поступово збільшується: 2018 рік – 18,7%, 2017 рік – 17,4% (Україна – 20,8%), 2016 рік – 16,7% (Україна – 19,7%).



Питома вага патологічних пологів по області поступово збільшується і за 2018 рік складає 30,6% від усіх пологів (2017 рік – 27,5%, Україна 33,5%, 2016 рік – 26,0%, Україна – 32,4%).

Перинатальна смертність.

Протягом 2018 року в акушерських стаціонарах області народилося живими 8523 дітей, що на 1029 немовлят менше, ніж минулого року (9552).

За 2018 рік відмічається зниження показника перинатальних втрат, а саме: перинатальна смертність склала в абсолютних цифрах 82 немовлят – на 8 немовлят менше, ніж у минулому році (94), що становить 9,6‰ проти 9,8‰ (Україна – 9,1‰).



В 2018 році виріс показник перинатальної смертності в акушерських стаціонарах м. Черкаси з 11 (5,2‰) до 13 (6,7‰), м. Умань з 6 (9,2‰) до 7 (12,3‰), у Городищенському з 1 (4,4‰) до 2 (10,9‰), Жашківському з 1 (4,0‰) до 3 (14,0‰), Золотоніському з 2 (4,8‰) до 7 (20,7‰), К-Шевченківському з 2 (8,4‰) до 3 (12,8‰), Черкаському з 1 (1,6‰) до 4 (7,5 ‰) районах. Відсутні випадки перинатальної смерті в акушерських стаціонарах Драбівської, Звенигородської, Канівської, Катеринопільської та Чорнобаївської ЦРЛ.

Показник мертвонароджуваності за цей період становить 4,9 ‰ (2017 рік - 5,8‰ Україна – 5,8‰), показник ранньої неонатальної смертності – 4,7‰ (2017 рік - 4,0‰ Україна – 3,3‰).

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

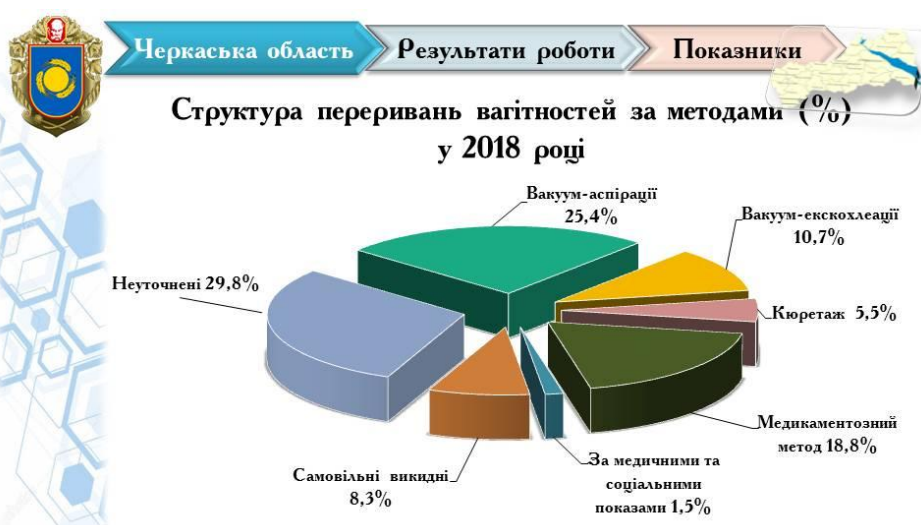
Материнська смертність.

За звітний період в області стався 1 випадок материнської смерті (11,6 на 100 тис. народжених живими) проти 3 випадків материнської смерті у 2017 році (31,1‰, Україна 9,1‰) та 2 випадків – у 2016 році (18,9‰, Україна 14,5‰).



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 2018 рік склала 2513 або 8,9 на 1000 жінок фертильного віку (2017 рік - 2759 або 9,8, Україна 8,8 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 бази Уманського пологового будинку“.

В 2018 році було здійснено 15 ургентних викликів. Із них 4 виклики по м.Черкаси та 11 викликів по районах області, проконсультовано під час виїздів 27 хворих.

Планових виїздів не було. Зменшення кількості викликів зумовлено вчасною концентрацією складних хворих на третьому рівні медичної допомоги.

Висновки та пропозиції.

1. Наказом УОЗ ЧОДА № 989 від 27.09.2018 року „Про регіоналізацію перинатальної допомоги в області“ затверджено 3-х етапність її надання.

2. З метою профілактики „TRALLI синдром“ в акушерстві розпочато маркування компонентів пластикатів плазми та свіжозамороженої плазми від чоловіків донорів, що затверджено наказом УОЗ ЧОДА № 800 від 02.08.2018 року „Про впровадження рішення колегії управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 05.07.2018 року № 2/5“.

3. Наказом УОЗ ЧОДА № 390 від 16.04.2018 року „Про підвищення якості проведення судово-медичної експертизи з приводу статевих станів“. упорядкована взаємодія лікаря акушер-гінеколога та судово-медичного експерта.

4. В області створено п'ять регіональних скринінгових центрів „Здоров'я жінки“.

5. Наказом УОЗ ЧОДА № 1322 від 29.12.2018 року „Про впровадження сучасної цитологічної класифікації діагностики та Національного конгресу лікування патології шийки матки у Черкаській області“ затверджена нова цитологічна класифікація за Бетесдом.

Завданнями на 2019 рік є:

1. Реформування вторинного рівня надання спеціалізованої медичної допомоги

2. Рівень застосування регіональних анестезій при акушерсько-гінекологічній допомозі в області має перевищувати 50%.

Наказом УОЗ ЧОДА № 1208 від 04.12.2018 року „Про підвищення кваліфікації лікарів-анестезіологів лікувально-профілактичних установ області“ затверджено план проведення стажування лікарів-анестезіологів на робочому місці.

3. Зменшення рівня перинатальної смертності до 8,0‰.

4. Провести виїзні тематичні курси для лікарів акушер-гінекологів.

5. Питома вага медикаментозного переривання вагітності повинна перевищувати інші методи абортів.

Неврологічна служба

В 35 лікувально-профілактичних закладах області у 2018 році штатними розписами було передбачено 179,5 (2017 рік – 177,25) посад лікарів-невропатологів, зайнято – 168,25, із них у поліклініках – 82,0 (2017 рік – 166,0, у поліклініках 80,75), на яких працювало 147 лікарів (2017 рік – 149). Різниця між штатними і зайнятими посадами склала, як і в минулому році, 11,25 посади. Укомплектованість штатних посад фізичними особами у 2018 році складає 81,9 % пороти 84,1 % минулого року.

Забезпеченість лікарями-невропатологами в 2018 році в області становить штатних посад – 1,49, зайнятих – 1,40, фізичних осіб – 1,22 на 10 тис. населення (в 2017 році показники забезпеченості складали: штатних – 1,46, зайнятих – 1,36, фізичних осіб – 1,22 на 10 тис. населення).

В 2018 році по віковому складу в області працювало 25% лікарів-невропатологів пенсійного віку та 6% – передпенсійного. В 2018 році закінчили інтернатуру та приступили до роботи 4 лікарів-невропатолога.

Кваліфікаційну категорію мають 136 лікарів, або 92,5%, вищу категорію мають - 65 лікарів, I категорію – 51 особа, II категорію – 20 лікарів.

Недостатнє забезпечення посадами лікарів-невропатологів в Лисянській ЦРЛ, в якій працює 1 лікар-невропатолог (інвалід II групи), забезпечуючи роботу в лікувальному закладі на 2-2,5 посади.

Не виділені штатні посади лікарів-невропатологів в обласному наркологічному та в обласному протитуберкульозному диспансерах.

Кадрове забезпечення неврологічної служби області

	область			Україна
	2016	2017	2018	2017
Кількість штатних посад	177,5	177,25	179,5	-
Кількість фізичних осіб	151	149	147	-
Забезпеченість на 10 тис. населення (ф/о)	1,22	1,22	1,22	1,33

Стаціонарна неврологічна допомога

В області на кінець 2018 року нараховується 855 ліжок неврологічного профілю для дорослих (841 ліжко у 2017 році), показник забезпеченості населення області неврологічними ліжками у 2018 році складає 7,1 на 10 тис. нас. (2017 – 6,9, Україна – 5,3 на 10 тис. нас.).

В обласних лікувальних закладах III рівня нараховується 68 ліжок неврологічного профілю для дорослих (Черкаська обласна лікарня – неврологічне відділення на 33 ліжка, відділення ЦВП на 15 та „чорнобильське” відділення на 20 ліжок).

Із 20 ЦРЛ неврологічні відділення мають статус самостійного підрозділу у 18-ти, решта входять до складу терапевтичних відділень.

Середнє число зайнятості неврологічного ліжка по області у 2018 році склало 348 (2017 – 349, Україна – 352).

Обіг неврологічного ліжка в Черкаській області у 2018 році склав 36,1 (2017 – 36,8, Україна – 34,4).

Забезпечення неврологічними ліжками в Черкаській області

	область			Україна
	2016	2017	2018	2017
Загальна кількість спеціалізованих (неврологічних) ліжок	848	841	855	-
Забезпеченість неврологічними ліжками на 10 тис. населення	6,9	6,9	7,1	5,3
Робота ліжка	349	349	348	352
Середнє перебування хворого на ліжку	10,0	9,8	9,9	10,2

В 2018 році в області середня тривалість перебування хворого на неврологічному ліжку становить 9,9 (2017 – 9,8, Україна – 10,2).

Летальність на ліжках неврологічного профілю в 2018 році в Черкаській області дещо зросла та склала 1,50 (2017 – 1,33, Україна – 1,64).

Неврологічна допомога в амбулаторно-поліклінічних закладах області надається на I-II-III рівнях. Штатних посад лікарів-невропатологів в поліклініках 87,75, зайнятих – 82,0 (2017 – 87,75, зайнятих – 80,75). В більшості ЛПЗ невропатологи суміщають роботу в стаціонарах з амбулаторною допомогою.

У 2018 році всіх відвідувань кабінету невропатолога в поліклініках області зареєстровано 468 351 (2017 – 499 908). Кількість відвідувань лікарями хворих вдома – 2 638 викликів.

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 соціальнозначущими 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 й збільшенням поширеності в популяції факторів ризику виникнення цереброваскулярних хвороб.

В Черкаській області в 2018 році до лікарів-неврологів та інших спеціалістів з симптомами гострих та хронічних форм цереброваскулярної патології (ЦВП) звернулось на 2329 хворих менше, ніж у минулому році – 58548 хворих, що складає 576,7 на 10 тис. населення (2017 – 60877 хворих або 594,2).

В абсолютних цифрах вперше в житті до неврологів в 2018 році звернулось 8202 особи, що склало 80,8 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 79,3 на 10 тис. дорослого населення, або 8125 пацієнтів).

Найвищий рівень захворюваності на ЦВП зареєстровано в Чигиринському (859,0), Лисянському (803,7), Жашківському (768,3), Звенигородському (749,8) районах.

Показники захворюваності дорослого населення на ЦВП

		2016	2017	2018	Україна 2017
Зареєстровано захворювань всього	абс.	63288	60877	58548	-
	на 10 тис. нас	611,3	594,2	576,7	724,6
Зареєстровано вперше в житті	абс.	8372	8125	8202	-
	на 10 тис. нас	80,9	79,3	80,8	83,5

Варто зазначити, 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 від 17.08.2007 №487 „Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Неврологія“ (зі змінами №602 від 03.08.2012, №275 від 17.04.2014). 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 (мозкові інсульти та транзиторні ішемічні атаки).**

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

У 2018 році поширеність мозкових інсультів в Черкаській області склала 39,1 на 10 тис. населення (2017 – 38,0 на 10 тис. нас.), в абсолютних числах це становить 3968 випадків, що на 80 випадків більше, ніж у 2017 р. – 3888.

Найвищий рівень захворюваності на інсульти зареєстрований в Городищенському (50,2), Катеринопільському (45,2), Жашківському (43,5) районах та у містах Сміла (49,6 на 10 тис. населення), Черкаси (45,0).

Порівнюючи показники захворюваності на інсульти в Черкаській області, потрібно відмітити наступне: в 2018 році відмічається незначна тенденція до збільшення рівня загальної захворюваності на інсульти серед дорослого населення та у осіб працездатного віку.

Показники захворюваності на інсульти серед дорослого населення

		2016	2017	2018	Україна 2017
Зареєстровано захворювань всього	абс.	3832	3888	3968	-
	на 10 тис. нас.	37,0	38,0	39,1	27,9

Середній вік хворих на інсульти складає 67,2 роки.

Впродовж 2018 року в області зареєстровано 1061 випадок **транзиторних ішемічних атак** (далі – **ТІА**), що складає 10,5 на 10 тис. дорослого населення (2017 р. – 1157, або 11,3 на 10 тис. нас.).

Високі рівні захворюваності на ТІА зафіксовано в Драбівському (46,2), Жашківському (36,0) та Чигиринському (27,2 на 10 тис. дорослого населення) районах.

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

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

Лікарями не враховуються критерії встановлення діагнозу ДЕ: наявність клінічних ознак ураження головного мозку, наявність серцево-судинного захворювання (атеросклероз, АГ 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 ЧМТ.

Хвороби нервової системи (ЦНС).

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Черкаській області, як і в Україні в цілому, належать неврологічні захворювання, розповсюдженість яких в порівнянні з минулими роками зменшилась на 2005 випадки.

Основні причини великої кількості хворих в Черкаській області з неврологічною патологією є інтенсивний вплив факторів ризику на населення (постаріння населення, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, цукровий діабет, нераціональне харчування, гіподинамія, надмірна вага тіла, хронічний стрес, несприятлива екологічна ситуація та ін.). Зростає розповсюдженість серед населення інфекційних та вірусних захворювань. Поширення імунної недостатності та алергізації населення сприяють зростанню кількості запальних та демієлінізуючих захворювань нервової системи. Крім того, доступні сучасні методи діагностики і, в першу чергу, нейровізуалізації (МРТ, КТ), також впливають на активне виявлення хворих з патологією нервової системи.

У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються судинні захворювання головного мозку, демієлінізуючі ураження нервової системи, захворювання периферичної нервової системи та ін..

Загальна захворюваність НС серед дорослого населення за 2018 рік становить 33934 в абс. цифрах та 334,2 на 10 тис. населення, за 2017 рік цей показник складав 37260 в абс. цифрах та 363,7 на 10 тис. населення. Первинна захворюваність на НС серед дорослого населення за звітний період склала 91,3 на 10 тис. нас, або 9271 в абс. цифрах (2017 – 100,2 на 10 тис. населення, або 10266 випадків).

Найвищий показник захворюваності на хвороби нервової системи спостерігається в Корсунь-Шевченківському (828,0), Чигиринському (645,8), Шполянському (528,0) районах та м. Умань (308,5 на 10 тис. населення).

Хвороба Паркінсона (ХП).

Хвороба Паркінсона та синдром паркінсонізму є однією з найпоширеніших форм рухової патології людини, що вражає понад 1% популяції людей старше 60 років. За 2018 рік в Черкаській області зареєстровано серед дорослого населення 1187 пацієнтів з цією патологією, що становить 11,7 випадків на 10 тис. населення (2017 – 1113, або 10,9 на 10 тис. нас.). Первинна захворюваність на ХП серед дорослого населення за звітний період склала 115 хворих або 1,1 на 10 тис. населення.

Найвищий показник на ХП зареєстровано в Смілянському (15,4), Канівському (13,0) районах та м. Черкаси (17,8 на 10 тис. населення).

Розсіяний склероз (РС).

Розсіяний склероз посідає 2 місце в інвалідизації осіб працездатного віку серед всіх хвороб нервової системи. Розсіяний склероз – це хронічне прогресивне захворювання, що переважно виникає у молодих людей віком від 16 до 45 років та призводить до інвалідизації і вилучення їх із числа працездатного населення. Все це робить проблему розсіяного склерозу вкрай актуальною для Черкаської області, переводячи її з суто медичної проблеми в ранг соціально-економічної.

В 2018 році в Черкаській області на РС зареєстровано 805 хворих, що складає 7,9 на 10 тис. населення (2017 – 787, або 7,7 на 10 тис. населення).

Первинна захворюваність на РС серед дорослого населення за звітний період склала 0,5 на 10 тис. населення, або 53 хворих.

Найвищий показник захворюваності на РС зареєстровано в Канівському (9,7), Маньківському (9,4), Звенигородському (9,1) районах та у м. Черкаси (11,3 на 10 тис. населення).

Епілепсія.

Епілепсія та епілептичні синдроми – досить поширене і соціальнозначуще захворювання нервової системи. Згідно з даними більшості епідеміологічних досліджень, проведених у нашій країні, на сьогодні спостерігається збільшення питомої ваги епілепсії в загальній структурі захворювань нервової системи.

В Черкаській області за 2018 рік зареєстровано 1010 хворих на генералізовану та парціальну епілепсію, що склало 9,9 на 10 тис. населення. (2017р. – 1042, або 10,2 відповідно).

Первинна захворюваність на епілепсію та епісиндром серед дорослого населення за звітний період склала 0,7 на 10 тис. населення, або 69 випадків.

Найвищі показники захворюваності на епілепсію та епісиндром зареєстровано в Кам'янському (24,0), Звенигородському (20,2), Чорнобаївському (19,9) районах та у м. Ватутіне (23,8 на 10 тис. 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 у м. Умань, але у більшості відділень ПІТ укомплектовані тільки функціональними ліжками.

Дещо покращена діагностична база в Шполянській ЦРЛ – придбано ехоенцефалограф 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, Драбівській ЦРЛ, які потребують капітального ремонту та забезпечення діагностичним обладнанням, покращення санітарних умов.

Значні покращення в неврологічній службі відбулися в Корсунь-Шевченківській ЦРЛ – виділені додаткові палати, збільшилась кількість ліжок. В перспективі організація палати інтенсивної терапії.

Проте потрібно зазначити, що в більшості медичних установ області відсутні палати інтенсивної терапії для інсультних хворих, відсутнє обладнання для надання допомоги хворим з ГПМК згідно наказу МОЗ України від 03.08.2012 №602 „Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті“. Навіть нейросудинне відділення МЛ ШМД №3 м.Черкаси 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), таким чином не виконуються накази МОЗ України №487, №602 щодо лікування хворих на гострі порушення мозкового кровообігу.

Вихід на первинну інвалідність від хвороб нервової системи серед дорослого населення у 2018 році зменшився і склав 141 випадок, або 1,4 на 10 тис. дорослого населення. Серед працездатного населення кількість випадків виходу на первинну інвалідність склала 126 хворих, або 1,8 на 10 тис.населення, що на 9 випадків менше попереднього року (2017 – 1,9 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 2017 року.
3. Матеріальна база неврологічних відділень потребує покращення в Драбівській ЦРЛ та Городищенському РТМО.
4. Підготовка та відкриття палат інтенсивної терапії для хворих на порушення мозкового кровообігу на базі неврологічних відділень лікувальних установ госпітальних округів.

Пропозиції:

1. Потребує покращення профілактична робота серед населення сімейних лікарів та кардіологів стосовно зниження захворюваності на гіпертонічну хворобу та цереброваскулярні захворювання.

- 2.3 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. Впровадити проведення тромболізису при ішемічних інсультах в м.Умань і м. Черкаси та більш широке його використання в умовах відділення цереброваскулярної патології обласного нейросудинного центру (далі – ЦВП ОНСЦ) обласної лікарні.
 - 2.3. Продовжити роботу щодо більш активного впровадження в лікуванні інсультів нейрохірургічних методів (Уманська ЦРЛ, м.Умань, Черкаська МЛ№3, Черкаська обласна лікарня ОНСЦ).
 - 2.4. Забезпечити необхідним обладнанням та розхідними матеріалами нейросудинне відділення МЛ ШМД №3 м. Черкаси, відділення ЦВП обласного нейросудинного центру згідно наказу МОЗ №297 та нейрохірургічне відділення (мікроскоп).
 - 2.5. Зобов'язати лікарів функціональної діагностики проводити при необхідності транскраніальну доплерографію.
 - 2.6. Неврологам області покращити виявлення та діагностику „орфанних“ захворювань та міастенії. Усіх 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 38 лікарями-ендокринологами (47,5 штатних посад), з яких 14 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 01.01.2019 року в закладах охорони здоров'я області функціонувало 100 ендокринологічних ліжок, забезпеченість якими складає: дорослі – 0,7, дитячі – 0,12 на 10 тис. відповідного населення.

Стаціонарні ліжка обласних установ використовуються достатньо інтенсивно і навіть з перевантаженням. Недопрацьовують ліжка Першої та дитячої лікарень м. Черкас.

**Показники використання ліжкового фонду
ендокринологічного профілю**

Ендокрино- логічні ліжка	К-сть ліжок			Проліковано хворих			Робота ліжка			Середнє перебування хворого на ліжку		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Разом	97	85	85	3004	2805	2838	338	345	343	11,2	10,5	10,3
у тому числі:												
Обласна лікарня	50	48	48	1697	1716	1709	364	370	365	10,7	10,4	10,2
Обл. госпіталь	10	0	0	174	0	0	279	0	0	16,7	0	0
Перша МЛ м. Черкаси	30	30	30	865	806	888	323	299	312	11,2	11,2	10,5
МЛ м. Умань	7	7	7	268	283	241	316	366	325	10,6	9,1	9,4
Разом дитячі лікарні	15	15	15	632	566	530	362	368	368	8,6	9,8	10,4
Обласна дитяча лікарня	10	10	10	397	375	393	369	380	385	9,3	10,1	9,8
Дитяча лікарня м. Черкаси	5	5	5	235	191	137	349	347	334	7,4	9,1	12,2

В цілому впродовж 2018 року в закладах охорони здоров'я області стаціонарне лікування отримали 7416 хворих з ендокринними захворюваннями, у т.ч. 2213 – в обласній лікарні. Із загальної кількості пролікованих хворих 317 (4,3%) дітей до 17 років та 7099 (95,7%) дорослих хворих на цукровий діабет (2017р. – 5473 хворих, у т.ч. 317 (5,8%) дітей та 5156 (94,2%) дорослих).

При вирішенні питань госпіталізації перевага надається сільському населенню. Стаціонарна медична допомога ендокринологічним хворим забезпечується повністю відповідно до потреби.

За 2018 рік лікарями-ендокринологами було здійснено 31 ургентний виїзд, під час яких було проконсультовано 52 хворих, додатково – 17, госпіталізований 1 пацієнт.

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.

З метою раннього виявлення цукрового діабету в усіх лікувально-профілактичних закладах проводиться визначення рівня глюкози в крові. Всім стаціонарним хворим та особам, які відносяться до груп ризику по цукровому діабету, проводиться дослідження натще та через 2 години після харчового навантаження. Формування та обстеження груп ризику по цукровому діабету здійснюється сімейними лікарями і терапевтами ЗПСМ під контролем лікарів-ендокринологів. Також ведуться журнали обліку обстежень на цукровий діабет жінок, які народили дітей вагою понад 4,5 кг.

Щорічно кількість хворих на цукровий діабет, у тому числі на інсулінозалежну форму, в області збільшується, що відповідає загальноукраїнській тенденції.

Станом на 01.01.2019 року загальна кількість хворих на **всі форми цукрового діабету** (ЦД) усіх вікових категорій в області становила 48073 особи, що складає 395,1 на 10 тис. всього населення (2017 – 48763 та 397,2 відповідно, Україна – 299,6), з них вперше зареєстровано у звітному періоді 3169 осіб, що складає 26,0 на 10 тис. всього населення (2017 – 3761 та 30,6 відповідно, Україна – 24,5), у тому числі:

✓ **доросле населення** – всього зареєстровано 47819 осіб, що складає 471,0 на 10 тис. відпов. населення (2017 – 48535 та 473,8 відповідно, Україна – 362,5), та вперше зареєстровано хворих на ЦД – 3127, або 30,8 на 10 тис. відпов. населення (2017 – 3726 осіб та 36,4 відповідно, Україна – 29,5);

✓ **дитяче населення** (0-17р.) – всього зареєстровано 254 осіб, що складає 12,6 на 10 тис. відпов. населення (2017 – 228 та 11,2 відповідно, Україна – 12,5), та вперше зареєстровано хворих на ЦД – 42 особи, або 2,08 на 10 тис. відпов. населення (2017 – 35 та 1,7 відповідно, Україна – 1,8).

Захворюваність цукровим діабетом населення по вікових категоріях

		2017 рік				2018 рік			
		Загальна		Первинна		Загальна		Первинна	
		абс.	пок. на 10 тис. відп. нас.	абс.	пок. на 10 тис. відп. нас.	абс.	пок. на 10 тис. відп. нас.	абс.	пок. на 10 тис. відп. нас.
Діти (0-14р.) - всього		179	10,4	30	1,7	187	10,9	35	2,0
у тому числі:									
інсулінозалежний I тип		179	10,4	30	1,7	187	10,9	35	2,0
інсулінонезалежний II тип		-	-	-	-	-	-	-	-
Підлітки (15-17р.) - всього		49	15,8	5	1,6	67	22,2	7	2,3
інсулінозалежний I тип		48	15,5	5	1,6	66	21,9	7	2,3
інсулінонезалежний II тип		1	0,3	-	-	1	0,3	-	-
Дорослі (≥18р.) - всього		48535	473,8	3726	36,4	47819	471,0	3127	30,8
у тому числі:									
інсулінозалежний I тип		2330	22,7	105	1,0	2313	22,8	87	0,9
інсулінонезалежний II тип		46203	451,0	3621	35,3	45506	448,2	3040	29,9
з них інсулінонезалежний із отриманням інсуліну		6454	63,0	320	3,1	7040	69,3	362	3,6
ВСЬОГО:		48763	397,2	3761	30,6	48073	395,1	3169	26,0
у т.ч. інсуліно-залежний I тип	діти 0-17р.	227	11,2	35	1,7	253	12,6	42	2,1
	дорослі ≥18р.	2330	22,7	105	1,0	2313	22,8	87	0,9
інсулінонезалежний II тип	діти 0-17р.	1	0,05	-	-	1	0,05	-	-
	дорослі ≥18р.	46203	451,0	3621	35,3	45506	448,2	3040	29,9
з них інсуліно-незалежний з отриманням інсуліну	діти 0-17р.	-	-	-	-	-	-	-	-
	дорослі ≥18р.	6454	63,0	320	3,1	7040	69,3	362	3,6
Потребують інсулінотерапії	діти 0-17р.	227	11,2	35	1,7	253	12,6	42	2,1
	дорослі (≥18р.)	8784	85,7	425	4,1	9353	92,1	449	4,4
	ВСЬОГО	9011	73,4	460	3,7	9606	78,9	491	4,0

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 та важкості ускладнень.

Активно проводиться робота, спрямована на вдосконалення та впровадження методик навчання пацієнтів і членів їх сімей методам само- і 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 2018 рік навчання в „школах“ пройшли 4111 хворих усіх вікових категорій (2017 – 3679).

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 у складі обласного ендокринологічного центру) – за 2018 рік його відвідали 3239 хворих (2017 – 1161);

✓ кабінет „Діабетичної полінейропатії” (функціонує у складі обласного ендокринологічного центру) – за 2018 рік його відвідали 1400 хворих (2017 – 1316);

✓ кабінет „Діабетичної ретинопатії” (функціонує на базі офтальмологічного відділення) – за 2018 рік відвідало 3187 хворих (2017 рік – 3914); в кабінеті проведено 582 сеанса лазерокоагуляції (2017 рік – 804).

У 2018 році проведено 113 ампутацій кінцівок при судинних захворюваннях, пов’язаних з цукровим діабетом (2017 – 122).

На базі обласного діагностично-консультативного центру функціонує обласне консультативне бюро з патології щитоподібної залози (КБ), до складу якого входять обласний ендокринолог, обласний хірург та лікар-онколог, підготовлений з цих питань, що значно покращило діагностику патології щитоподібної залози.

За 2018 рік КБ відвідали 2372 профільних хворих (2017 – 1845), з яких 1098 хворим було проведено 3080 пункційних біопсій із послідуочим гістологічним дослідженням.

У 2018 році в області було змінено порядок забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 05.03.2014 № 73 „Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження регулювання цін на препарати інсуліну” та наказу МОЗ України

від 23.12.2016 № 890 „Про затвердження положення про реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії”.

Відповідно до наказу управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації від 23.02.2016 № 169 „Про реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії“ (далі – наказ УОЗ від 23.02.2016 № 169) в області створений та функціонує реєстр пацієнтів на інсулінозалежний цукровий діабет. Станом на 31.12.2018 року до реєстру було внесено 8422 пацієнти, які приймають препарати інсуліну. В грудні 2018 року за даними реєстру орієнтовна потреба у цільових видатках для забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну на 2018 рік становила 68 млн. 60,3 тис. грн (без урахування залишків препаратів інсуліну на початок 2018 року).

У 2018 році на придбання препаратів інсуліну в державному бюджеті була передбачена та 100-відсотково профінансована цільова субвенція місцевим бюджетам у розмірі 45 млн. 199,8 тис. грн.

Крім того, у рамках виконання державної програми „Цукровий діабет“ у звітному періоді на зазначені цілі було виділено 38,4 тис. грн з місцевих бюджетів та – 15,2 тис. грн з інших джерел; також 495,2 тис. грн були виділені з державного бюджету на придбання тест-смужок для дітей.

Для лікування хворих на цукровий діабет II типу в рамках виконання урядової програми „Доступні ліки“ з державного бюджету було виділено 5 млн. 528,4 тис. грн.

Наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 23.02.2016 № 169 визначені кординуючі функції із зазначених питань, які покладені на Черкаську обласну лікарню, а саме питання щодо:

- контролю за призначенням препаратів інсуліну лікарями медичних установ області та дотриманням його відповідно до вимог додатку до Порядку відшкодування вартості препаратів інсуліну, затвердженого постановою КМУ від 23.03.2016 № 239;

- особливостей первинного призначення або зміни видів препаратів інсуліну;

- обов'язків користувачів I та III рівнів, термінів звітування про кількість та вартість виписаних рецептів на препарати інсуліну, а також про терміни відшкодування установами охорони здоров'я суб'єктові господарювання зазначеної в реєстрі вартості рецептів.

Згідно наказу УОЗ від 23.02.2016 №169 оцінка ефективності лікування хворих на цукровий діабет, які отримують інсулінотерапію, проводиться лікарями-ендокринологами медичних установ області, що здійснюють нагляд за пацієнтами та виписують рецепти на препарати інсуліну, а також лікарями-ендокринологами стаціонарних спеціалізованих відділень.

Безпосередній контроль у разі первинного призначення препаратів інсуліну та переведення та інший вид інсуліну здійснюється за участі ЛКК Черкаської обласної лікарні.

Одним із найважливіших критеріїв ефективності лікування пацієнтів із цукровим діабетом є показник глікованого гемоглобіну (HbA1c). Постановою Кабінету Міністрів України від 23.03.2016 № 239 „Про деякі питання

відшкодування вартості препаратів інсуліну” визначено, що в рамках реімбурсації рівень глікованого гемоглобіну є також одним із показників віднесення пацієнтів з цукровим діабетом, які знаходяться на інсулінотерапії, до тієї чи іншої категорії.

Даний показник має не тільки медичне, а й економічне значення, тому що від нього залежить, який вид інсуліну буде отримувати пацієнт, а також чи буде він отримувати рецепт на препарати інсуліну з повним чи частковим відшкодуванням.

Розрахунок потреби в коштах для забезпечення відшкодування вартості препаратів інсуліну пацієнтам області на 2018 рік здійснювався на основі даних реєстру пацієнтів, які отримують інсулінотерапію, а саме: кількості пацієнтів, видів та кількості інсуліну на добу, призначених пацієнтам, та вартості, визначеної відповідно до реєстру референтних цін (цін відшкодування) на препарати інсуліну, затверджених відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України, а також інформації, наданої лікувально-профілактичними установами області. Щомісячно в області здійснюється аналіз показників реєстру, уточнення потреби в коштах та аналіз здійснених цільових видатків в розрізі регіонів області.

Нефрологічна служба

За 2018 рік план надання нефрологічної допомоги населенню області та формування регіональних реєстрів було виконано.

Впродовж звітної періоду забезпеченість нефрологічними ліжками для дорослих в області дещо зменшилась і становить 0,46 на 10 тисяч населення (2017 – 0,45, Україна 2017 – 0,30).

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

- КНП „Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради“ – 35 ліжок на базі відділення нефрології та діалізу;
- КНП „Третя Черкаська міська лікарня ШМД“ – 20 ліжок на базі уронефрологічного відділення.

Використання ліжкового фонду

Показники	Черкаська область			КНП „Черкаська обласна лікарня ЧОР“			КНП „Третя Черкаська міська лікарня ШМД“			Україна 2017
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	
Середнє перебування хворого на ліжку	14,2	13,1	13,8	14,9	14,42	15,17	13,1	11,37	12,04	12,9
Летальність	0,51	0,85	0,77	0,47	0,76	0,28	0,57	0,96	1,41	1,27
Оберт ліжка	22,9	25,02	22,98	21,6	22,06	20,97	25,4	30,2	26,50	25,0
Середнє число зайнятості ліжка	328	337	324	319	326	314	347	355	342	322

Середній термін перебування хворого на ліжку складає 13,8 (2017 – 13,1; Україна – 12,9).

Кількість пролікованих сільських мешканців дещо зменшилась і складає 38,0 (2016 – 40,7%; 2017 – 37,8%).

Середнє число зайнятості ліжка та його оберт зменшились і не відповідають нормативам.

Летальність коливається в межах 0,28 – 1,41%.

Станом на 31.12.2018 в області медична допомога дорослим хворим з патологією нирок надавалась лікарями-нефрологами (за ф. 20: штатних – 24,0 посади; зайнятих – 20,5; фізичних осіб – 15; крім того, сумісників – 4), із них 9 (60,0%) осіб атестовано, у т.ч. на вищу кваліфікаційну категорію – 4 (26,7%), першу – 4 (26,7%); другу – 1 (6,6%). Питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів-нефрологів у 2018 році становила 30%.

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

На сьогодні готуються 2 лікарі-інтерни за спеціальністю „нефрологія“ для філій м. Умань – 1, м. Звенигородка – 1.

У 2018 році зареєстровано 46 термінових викликів лікарів-нефрологів (2016 – 36; 2017 – 54); планово-консультативних виїздів фахівців в 2016-2018 роках не було заплановано (2014 – 7, 2015 – 9).

Показники поширеності та захворюваності **на інфекції нирок** становлять на 10 тисяч населення: відповідно **192,1** і **14,4** (2016 – 204,6 і 19,7; 2017 – 205,8 і 17,6) (Україна 2017 – 169,2 і 20,5).

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 2018 році найвищі показники загальної захворюваності на 10 тис. населення зареєстровані в Черкаському (359,3), Чигиринському (260,3) та Шполянському (258,2) районах; найнижчі – в Лисянському (145,7), Христинівському (150,7), Тальнівському (172,8) районах, м. Черкаси (126,3) та м. Сміла (135,4).

Первинна захворюваність інфекцією нирок в області зменшилась на 18,2% у порівнянні з попереднім роком і складає 14,4 на 10 тис. населення (2016 – 19,7; 2017 – 17,6).

Найвищі показники в Шполянському (34,3), Катеринопільському (32,7) районах та м. Ватутіне (31,3); найнижчі – в Смілянському (2,6), Христинівському (4,6) і Тальнівському (5,1) районах.

Показники поширеності та захворюваності на **хронічний пієлонефрит** становлять відповідно **183,6** і **9,3** на 10 тисяч населення (2017 – 197,0 і 12,3; Україна – 157,1 і 12,4).

Найвищі показники в Черкаському (355,2), Чигиринському (259,0) та Шполянському (237,5) районах; найнижчі – в Городищенському (140,0), Лисянському (142,5) та Христинівському (146,1) районах.

Первинна захворюваність зменшилась на 24,4% проти 2017 року і становить 9,3 на 10 тис. населення (2016 – 12,4; 2017 – 12,3).

Найвищий рівень показника в м. Ватутіне (28,6), Черкаському (26,0), Чигиринському (15,7) та Шполянському (13,9) районах, найнижчий – в Христинівському (0,4), Тальнівському (1,8) та Смілянському (1,9) районах.

Захворюваність на **гострий гломерулонефрит** складає **0,02** на 10 тис. дорослого населення (2016 – 0,03; 2017 – 0,03, Україна – 0,07), всього виявлено і проліковано 2 хворих з Катеринопільського та Монастирищенського районів.

Поширеність **хронічного гломерулонефриту** - **4,6** (2017 – 4,4; Україна – 6,8) на 10 тис. населення.

Найвищі показники в Чигиринському (12,9), Христинівському (6,3) Лисянському (6,2) районах, м. Черкаси (8,4), найнижчі – в Жашківському (0,7), Звенигородському (0,8), Черкаському (1,5) районах.

Показник первинної захворюваності на хронічний гломерулонефрит у 2018 році складає **0,04** на 10 тис. населення (2016 – 0,1; 2017 – 0,1; Україна – 0,3); всього зареєстровано 4 випадки, у т.ч. у Корсунь-Шевченківському районі – 2, Городищенському – 1, м. Ватутіне – 1.

В м. Сміла, м. Умань, м. Ватутіне, Драбівському, Жашківському, Звенигородському, Золотоніському, Канівському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Монастирищенському, Тальнівському, Уманському, Христинівському, Черкаському, 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 станом на 31.12.2018 на обліку перебуває **903** особи (2017 – 815), із них **347** хворих (2017 – 324) отримують лікування методом ГД (31) та ГДФ (316) – разом з ТОВ „Фрезеніус Медікал Кер Україна“ (2017 – 55 і 245 відповідно).

В 2018 році вперше проліковані методом ГД та ГДФ – 64 особи (2016 – 44; 2017 – 72), з ТН – 0 (2016 – 4; 2017 – 0); всього проліковано методом ГД – 273, ПД – 6, після перенесення трансплантації нирки – 19.

У відділенні нефрології та діалізу обласної лікарні у 2018 році лікувалося методом постійного амбулаторного перитонеального діалізу 6 хворих.

Лікування методом постійного амбулаторного ПД

Тривалість життя хворих на ПД		Розподіл хворих на ПД по нозологіях	
11 років	- 2 хворих	діабетична нефропатія	- 2 хворих
10 років	- 0 хворих	пієлонефрит	- 1 хворий
8 років	- 1 хворий	аномалія розвитку	- 0 хворих
5 років	- 1 хворий	гломерулонефрит	- 3 хворих
2,5 роки	- 2 хворих		
1 рік	- 0 хворих		

Кількість діалітичних апаратів

Роки	Всього	Черкаська обласна лікарня	Філії Черкаської обласної лікарні на базі			
			Уманської ЦРЛ	Звенигородської ЦРЛ	Золотоніської ЦРЛ	Смілянської МЛ ім. Т.Шевченка
31.12.2014	31	17	9	6	-	-
31.12.2015	35	20	9	6	-	-
31.12.2016	50	18 + 2 реан. з запасн., із них 1 ап. не працює	10 +1 ап. не працює	7	9	-
31.12.2017	50	18	12	10	10	-
31.12.2018	67	18+3 реан.	14	11	11	10

Кількість хворих, які отримували лікування методом ГД та ГДФ

Роки	Всього на обліку	Отримували лікування	
		Черкаська обласна лікарня	ТОВ „Фрезеніус Медікал Кер Україна“
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
2018	347	273 (із них 4 – „Фрезеніус“)	78

Розподіл хворих, які отримували ГД за нозологічними формами в Черкаській обласній лікарні

№ з/п	Хвороба	Загальна кількість			% відношення		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
1.	Хронічний пієлонефрит	48	53	80	27,4	26,1	29,3
2.	Сечокам'яна хвороба	5	5	8	2,9	2,5	2,9
3.	Полікістоз нирок	30	41	47	17,1	20,2	17,2
4.	Хронічний гломерулонефрит	36	42	60	20,6	20,7	22,0
5.	Аномалія розвитку нирок	9	10	5	5,1	4,9	1,8
6.	Доброякісна гіперплазія передміхурової залози	1	1	-	0,6	0,5	-
7.	Гіпертонічна хвороба	13	15	13	7,4	7,4	4,8
8.	Цукровий діабет	26	32	51	14,9	15,8	18,7
9.	Тубулоінтерстиціальний нефрит	1	1	2	0,6	0,5	0,7
10.	Мієломна хвороба	1	-	-	0,6	0	-
11.	Системні захворювання	2	1	-	1,1	0,5	-
12.	Подагра	1	2	4	0,6	0,9	1,5
13.	Інші	2	-	3	1,1	-	1,1
	Всього	175	203	273	100	100	100

Серед хворих, які отримували програмний ГД у 2018 році більшість складають пацієнти з хронічним пієлонефритом (80 хворих). На другому місці по нозології знаходяться хворі з хронічним гломерулонефритом (60 хворих), на третьому – з цукровим діабетом (51 хворий).

Тривалість життя хворих на гемодіалізі в Черкаській обласній лікарні

Роки	Станом на 31.12.2016		Станом на 31.12.2017		Станом на 31.12.2018	
	абс. числа	%	абс. числа	%	абс. числа	%
до 1 року	35	20,0	89	43,8	64	27,1
від 1 до 3 років	101	57,7	70	34,5	100	42,37
від 4 до 5 років	31	17,7	27	13,3	41	17,3
від 6 до 9 років	7	4,0	15	7,4	27	11,44
від 10 років	1	0,6	2	1,0	4	1,69
Всього	175	100	203	100	236	100

Одним з показників якості проведення ГД є рівень гемоглобіну (Нв) у крові хворих. За 2018 рік середні показники його складають:

- ✓ вище 100г/л – 77 хворих (68,22%), (2017 – 107хв. – 42,97%; 2016 – 85хв. – 48,57%);
- ✓ в межах 90-100г/л – 10 хворих (16,95%), (2017 – 43хв. – 7,27%; 2016 – 30 хв. – 17,15%);
- ✓ менше 90г/л – 13 хворих (14,83%), (2017 – 99хв. – 39,76%; 2016 – 60 – 37,28%).

Низькі показники Нв відмічалися у 64-х вперше взятих хворих.

Середнє навантаження на 1 апарат

	2015	2016	2017	2018
Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	-	155,8	400,6	390,6
Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	410,0	421,0	422,0	435,2
Філія на базі Уманської ЦРЛ	504,3	513,0	483,0	453,8
Філія на базі Смілянської МЛ ім. Т.Шевченка				114,9
Обласна лікарня	875,3	860,2	797,3	746,9
Всього	691,6	542,7	568,6	481,66
Україна	691,6	636,1	615,4	

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

Кількість сеансів гемодіалізу на одного хворого

	2015	2016	2017	2018
Філія на базі Золотоніської ЦРЛ	-	53,9	122,9	137,41
Філія на базі Звенигородської ЦРЛ	111,8	105,2	114,1	145,06
Філія на базі Уманської ЦРЛ	108,1	119,3	115,9	144,39
Філія на базі Смілянської МЛ ім. Т.Шевченка				42,56
Обласна лікарня	107,2	130,1	111,2	156,85
Всього	107,8	115,6	114,2	136,74

У 2018 році вперше взято на діаліз 64 хворих (2017 – 72, 2016 – 44).

Всього проліковано 273 хворих та проведено 32271 діаліз (2017 – 249 хворих, 28432 діалізи; 2016 – 216 хворих, 24962 діалізи).

В Уманській філії – 51 хворий, 6353 діалізи (2017 – 50 хворих, 5796 діалізів, 2016 – 43 хворих, 5130 діалізів; 2015 – 42 хворих, 4539 діалізів).

У Звенигородській філії – 36 хворих, 4787 діалізів (2017 – 37 хворих, 4220, 2016 – 28 хворих, 2947 діалізів; 2015 – 22 хворих, 2460 діалізів).

У Золотоніській філії – 33 хворих, 4297 діалізів (2017 – 33 хворих, 4056 діалізів, 2016 – 26 хворих, 1402 діалізи).

У Смілянській філії – 28 хворих, 1149 діалізів.

В обласній лікарні – 125 хворих, 15685 діалізів (2017 – 129 хворих, 14351 діалізи, 2016 – 119 хворих, 15483 діалізи; 2015 – 147 хворих, 15756 діалізів).

Основні показники діяльності відділення нефрології та діалізу КНП „Черкаської обласної лікарні ЧОР“ та його філій за 2018 рік

Показники	Черкаська обласна лікарня	Філії Черкаської обласної лікарні на базі				Всього
		Уманської ЦРЛ	Звенигородської ЦРЛ	Золотоніської ЦРЛ	Смілянської МЛ ім. Т.Шевченка	
Кількість діалізних місць (апаратів)	18 + 3 реан.	14	11	11	10	67
Кількість проведених сеансів гемодіалізу	15 685	6 353	4 787	4 297	1 149	32271
Середнє навантаження на 1 апарат	746,9	453,8	435,2	390,6	114,9	481,66
Кількість пролікованих хворих методами діалізу	125	51	36	33	28	273
Лікується станом на 31.12.18 хворих	99	44	33	32	28	236

Нововведення

Впродовж 2018 року у відділенні нефрології та діалізу КНП „Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради“ впроваджено наступні методики:

- Виявлення гіпотиреозу як фактора незадовільної корекції анемії у пацієнтів на гемодіалізі.
- Вивчення „індивідуальної варіабельності гемоглобіну“ (ІВГ) у пацієнтів, які лікуються гемодіалізом.
- Корекція порушення фосфорно-кальцієвого обміну та застосування препарату „Цинакальцет“.

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.

- 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 08.02.2019 на базі філії м. Звенигородка лікується 5 пацієнтів. Крім того, в 2019 році мають розпочати лікування гемодіалізом ще 4 хворих, у яких сформовані а/в фістули.

Стоматологічна служба

Стоматологічна допомога у 2018 році надавалась у 5 стоматологічних поліклініках, одна з яких дитяча (м. Черкаси), 10 стоматологічних кабінетах при обласних установах та міських поліклініках, 20 стоматологічних відділеннях при центральних районних лікарнях та 1 – при Ватутінській міській лікарні. У сільській місцевості функціонують 120 стоматологічних кабінетів, в яких працюють лікарі-стоматологи центральних районних лікарень. Чисельність ортопедичних стоматологічних кабінетів зменшилась на три одиниці і склала 16.

Кадровий склад медичних працівників стоматологічної служби в останні роки зменшується. Так, у порівнянні з 2017 роком загальна кількість штатних посад лікарів-стоматологів та зубних лікарів зменшилась на 2,0 посади, зайнятих – на 11,25, фізичних осіб – на 7.

Кадри стоматологічної служби

	Штатні		Зайняті		Фізичні особи	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Лікарі-стоматологи	454,25	453,0	436,5	425,75	436	430
- в т.ч. дитячі	34,25	34,25	33,25	33,5	30	29
Ортопеди	49,0	46,0	39,0	39,0	42	41
Зубні лікарі	9,75	9,0	9,5	9,0	11	10
Зубні техніки	95,25	80,5	72,0	79,0	89	79

У звітному періоді забезпеченість лікарями-стоматологами у розрахунку на 10 тис. населення склала: штатними посадами – 3,8 (2017– 3,7, Україна – 3,6), зайнятими – 3,5 (2017 – 3,5, Україна – 3,5), фізичними особами – 3,6 (2017 – 3,5, Україна – 3,5).

Найнижча забезпеченість стоматологами залишається в наступних районах:

- Христинівському: штатні посади – 1,7 на 10 тис. населення, зайняті посади - 1,3, фізичні особи – 1,7;

- Корсунь-Шевченківському: штатні посади – 2,6, зайняті посади – 1,9, фізичні особи – 2,4;
- Маньківському: штатні посади – 2,2, зайняті посади – 1,7, фізичні особи – 1,8;
- Уманському: штатні посади – 2,3, зайняті посади – 2,3, фізичні особи – 2,3.

У звітному періоді зменшився показник забезпеченості лікарями стоматологами-ортопедами у розрахунку на штатні посади – 0,45 на 10 тис. дорослого населення (2017 – 0,47), а також залишився без змін на зайняті посади – 0,38 (2017 – 0,38) та фізичні особи – 0,41 (2017 – 0,41, Україна – 0,59).

Укомплектованість штатних посад лікарів стоматологічного профілю фізичними особами в ЛПЗ області склала 94,1% (Україна – 100%). Найгірша укомплектованість стоматологами (на зайняті посади) залишається в районах: Шполянському – 71%, Корсунь-Шевченківському – 73%, Христинівському – 75%, Городищенському – 80%, Канівському – 85% та Драбівському – 86%.

Питома вага атестованих лікарів склала 84,4 % від підлягаючих атестації. Всього по області не атестовано 6 лікарів, із яких 5 пенсійного віку (Городищенський – 2, Драбівський – 2, Катеринопільський – 1, Христинівський – 1). Всі не атестовані лікарі переведені в стажисти.

Показники роботи в абсолютних цифрах зменшились відповідно до зменшення зайнятих посад медичних працівників стоматологічної служби. Так, загальна кількість відвідувань до стоматологічних закладів в області зменшилась на 23081 і склала 1 млн. 283 тис. 399 осіб (2017 – 1 млн. 306 тис. 480 осіб), із них первинних – 568541 (2017 – 623427). Число відвідувань до лікарів стоматологів та зубних лікарів на 1 жителя склало 1,05 (Україна – 0,8). Питома вага первинних відвідувань серед усіх відвідувань – 46,5% проти 47,7% у 2017 році (Україна – 48,1%).

Великий обсяг стоматологічної допомоги надається в плановому порядку. Так, за 2018 рік стоматологами в порядку планової санації оглянуто 29,8 % осіб від загальної чисельності населення (Україна – 17,2%), у тому числі дітей – 79,1% від загальної чисельності дитячого населення (Україна 70,9%). Відсоток санованих дітей від потребуючих склав 90,2%.

Впродовж останніх років в області має місце тенденція щодо зниження відсотка дітей, потребуючих санації. За 2018 рік цей показник склав 43,6 (2017 – 45,5%, Україна – 48,7%) і цьому сприяє програма профілактики стоматологічних захворювань, яка затверджена рішенням сесій районних рад на 2015-2020 роки в усіх районах області на підставі обласної програми, затвердженої рішенням сесії обласної ради від 24.04.2015 №39-5/VI.

У 2018 році запланований обсяг фінансування заходів програми – 1 млн. 537 тис. 762 грн, фактично виділено коштів – 1 млн. 006 тис. 057 грн, що складає 65,4% від запланованих.

Найбільше виділено коштів на придбання обладнання у Смілянському (214,4 тис.грн), Черкаському (198,0 тис.грн), Золотоніському (190,0 тис.грн), Шполянському (99,6 тис.грн) та Драбівському (47,0 тис.грн) районах.

На виділені кошти закуплено 7 сучасних стоматологічних установок (Золотоніський район - 3, Смілянський – 2, Черкаський та Шполянський – по 1) та пломбувальні матеріали.

Водночас, у м. Ватутіне та 9 районах (Жашківському, Звенигородському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Тальнівському, Уманському, Христинівському і Чигиринському) на зазначені цілі бюджетні кошти не виділялися. Всього за 2018 рік відповідно до програми профілактично сановано 76485 дітей та накладено 167485 пломб.

З метою надання стоматологічної допомоги населенню сільської місцевості, де відсутні лікарі-стоматологи, впродовж 15 років активно використовуються 2 пересувні стоматологічні амбулаторії, які функціонують на базі обласної стоматологічної поліклініки. У звітному періоді така стоматологічна допомога надавалась у 13 населених пунктах 7 районів області, при цьому загальна кількість відвідувань до амбулаторій склала 5062, у т.ч. 836 дітей; з них сановано 2131 особу, у т.ч. 633 дитини.

На базі стоматологічних кабінетів військкоматів надавалась стоматологічна допомога призовникам. Із 1981 оглянутих призовників терапевтичного лікування потребували 856 осіб (43,2%), протезування – 14 (0,7%).

Найбільше призовників підлягало санації у Звенигородському (78%), Золотоніському (63%), Шполянському (59%), Лисянському (57%), Тальнівському (54%) та Чигиринському (51%) районах.

Лише в 14 лікувально-профілактичних установах області надавалась ортодонтична допомога дітям із щелепно-лицьовою патологією. Впродовж 2018 року проліковано 1925 дітей з щелепно-лицьовою патологією. Частка дитячого населення, що закінчило ортодонтичне лікування, склала 94,8% (Україна – 58,8%). Даний вид стоматологічної допомоги не надавався у м. Ватутіне, Городищенському, Корсунь-Шевченківському, Канівському, Лисянському, Манківському, Христинівському та Чигиринському районах через скорочення кадрів та відсутність лікарів-ортодонтів.

У 2018 році лікарями стоматологами-ортопедами запротезовано 8382 особи (2017 р. – 10790), що складає 0,82 на 100 осіб дорослого населення (Україна – 0,8). В середньому на 1 лікаря запротезовано 215 осіб.

На пільгових умовах запротезовано 1732 особи на загальну суму 3 млн. 054 тис. 810 грн. Крім того, запротезовано 808 осіб, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, на загальну суму 1 млн. 231 тис. 425 грн. На кінець року на черзі на зубопротезування перебуває 2188 осіб. Найбільша черга залишається у місті Черкаси (КНП „Черкаська міська стоматологічна поліклініка“), яка складає 886 осіб та Золотоніській ЦРЛ – 580 осіб, Більшість черги складають ветерани праці та пенсіонери за віком.

У 2018 році в області зареєстровано 104 випадки онкологічних захворювань порожнини рота, в т.ч. 42 занедбаних (40,4%). У розрізі хвороб: рак губи склав 27 випадків, з них 4 (14,8%) занедбаних; патологія порожнини рота – 77 випадків, з них 42 (54,5%) занедбані.

	2016	2017	2018
Всього зареєстровано випадків злоякісних новоутворень	87	87	104
- із них у занедбаній формі	40 (46,0%)	53 (60,9%)	42 (40,4%)
у тому числі:			
1. Губа	19	23	27
% від загальної патології	21,8%	26,4%	26%
- із них у занедбаній формі	3 (15,8%)	3 (13,0 %)	4 (14,8%)
2. Порожнина рота	68	64	77
- із них у занедбаній формі	37 (54,4%)	50(78,1%)	42(54,5%)

Кількість випадків злоякісних новоутворень збільшилась, але виявлених у за давній стадії – зменшилась. Близько 38% випадків виявлено лікарями-стоматологами, 37,5% – самозвернення в ЧООД та ще 24,5% випадків виявлено лікарями загальної лікувальної мережі.

У 2018 році для забезпечення діяльності стоматологічної служби області з місцевих бюджетів виділено 4 млн. 862 тис. 654 грн, із них найбільше:

- ✓ м. Черкаси – 3 млн. 356 тис. 678 грн,
- ✓ м. Умань – 138 тис. 377 грн,
- ✓ Смілянський район – 214,4 тис. грн,
- ✓ Черкаський район – 198,0 тис.грн,
- ✓ Чигиринський район – 171,0 тис.грн.

Залучено благодійних внесків на загальну суму 7 млн. 700 тис. 543 грн.

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

Так, у 2018 році за бюджетні кошти та благодійні внески закуплено 17 стоматологічних установок, із них 4 – КНП „Черкаська обласна стоматологічна поліклініка ЧОР“ (за благодійні внески), 2 – КНП „Черкаська міська стоматологічна поліклініка“ та по одній - в інші установи (за бюджетні кошти).

Крім того, за благодійні внески в КНП „Черкаська обласна стоматологічна поліклініка ЧОР“ закуплено автоклав, фізіодиспенсер та рентгенівську систему цифрової обробки зображення. Також за благодійні внески в КНП „Уманська стоматологічна поліклініка“ встановлено відео спостереження та проведені частково ремонти.

За бюджетні кошти в КНП „Черкаська міська стоматологічна поліклініка“ закуплено 26 комп'ютерів, 11 принтерів і встановлена протипожежна сигналізація; в КНП „Черкаська міська дитяча стоматологічна поліклініка“ – 21 комп'ютер, 3 принтери та проведено ремонт приміщення зуботехнічної лабораторії.

У Смілянському районі проведено капітальний ремонт стоматологічного кабінету та оснащено його сучасним обладнанням.

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

Впровадження нововведень у 2018 році:

- ✓ КНП „Черкаська обласна стоматологічна поліклініка ЧОР“ – продовжено використання тромбоцитарного концентрату для заповнення пустот кісткової тканини після хірургічного втручання.

- ✓ КНП „Черкаська міська стоматологічна поліклініка“ – продовжено ширше впровадження імплантів в ділянки відсутніх зубів.
- ✓ КНП „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.
- ✓ КНП „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 та Жашківського районів;
- ✓ повна відсутність бюджетного фінансування та низька забезпеченість сільського населення лікарями-стоматологами в Тальнівському районі;
- ✓ відсутність бюджетного фінансування програми профілактики стоматологічних захворювань у Жашківському, Звенигородському, Кам'янському, Уманському та Христинівському районах;
- ✓ низька забезпеченість усього населення лікарями-стоматологами в Христинівському, Корсунь-Шевченківському, Уманському та Маньківському районах.

Перспективи розвитку стоматологічної служби області на 2019 рік

- Проведення профілактичних заходів серед вагітних жінок, призовників та дітей щодо попередження розвитку карієсу.
- Подальше виконання 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.
- Забезпечення профілактики небезпечних інфекцій (СНІД, гепатит та інші) та активне виявлення передонко- та онкопатології порожнини рота.
- Забезпечення сільського населення стоматологічною допомогою.
- Використання шкільних автобусів для підвезення дітей в стоматологічні кабінети для оздоровлення.
- 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.
- Активне впровадження імплантології зубів.

Онкологічна служба

Рівень захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) в області щорічно перевищує середній рівень по Україні. У 2018 році зареєстровано 4891 первинних випадків захворювання на злоякісні новоутворення, рівень захворюваності становить 40,2 на 10 тис. населення (Україна у 2017 році – 31,9 на 10 тис.).



Суттєве зростання онкологічної захворюваності відмічається у Кам'янському (53,2 на 10 тис. населення), Чигиринському (52,2), Черкаському (46,9) районах та у м. Черкаси (45,0). Захворюваність у містах області (42,1 на 10 тис. населення) вища, ніж в районах – 39,1 на 10 тис. населення.



Загалом рівень захворюваності міського населення перевищує (42,9) рівень захворюваності сільських мешканців (36,7 на 10 тис. населення). В районах області також захворюваність серед міського населення вища (44,2 на 10 тис. населення), ніж серед жителів села (36,8). Така закономірність пояснюється, передусім, більшою доступністю мешканців міст до медичних послуг, а відповідно і більшої кількості виявлених випадків захворювання.

Провідні місця у структурі захворюваності чоловічого населення займають рак легень – 13,4%, передміхурової залози – 12,7%, рак шкіри – 10,3%, рак шлунку – 8,1%, рак ободової – 6,4% та прямої – 5,9% кишки, рак сечового міхура – 6,0%.



У жіночого населення на перших місцях у структурі захворювань є рак молочної залози – 18,5%, рак шкіри – 13,6%, рак тіла матки – 9,7%, рак ободової кишки – 6,1%, прямої кишки – 5,7%, рак шийки матки – 5,5%, новоутворення лімфатичної та кровотворної тканини – 7,1%, рак шлунку – 4,6%, рак яєчників – 4,6%.



Структура онкологічних захворювань у 2018 році

Нозологічна форма	Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%
Всього	2397	100	2494	100
у т.ч.: рак губи	24	1	14	0,6
ротової порожнини	45	1,9	20	0,8
стравоходу	53	2,2	5	0,2
шлунку	193	8,1	114	4,6
товстого кишкового	153	6,4	151	6,1
прямої кишки	141	5,9	143	5,7
печінки	33	1,4	16	0,6
підшлункової залози	91	3,8	72	2,9
легень	321	13,4	75	3
шкіри	248	10,3	338	13,6
нирок	104	4,3	75	3
щитовидної залози	24	1	76	3
лімфони	63	2,6	90	3,6
лейкози	89	3,7	87	3,5
передміхурової залози	305	12,7	0	0
молочної залози	10	0,4	461	18,5
шийки матки	-	-	137	5,5
тіла матки	-	-	243	9,7
яєчників	-	-	115	4,6
інші локалізації	500	20,9	262	10,5

Впродовж останніх років питома вага морфологічно підтверджених діагнозів ЗН поступово знижується і становить у 2018 році 84,4% (за 2017 рік 86,6%, в Україні – 82,8%). Найгірші показники щодо морфологічного підтвердження діагнозу ЗН відмічаються в Кам'янському (68,5%), Жашківському (74,6%), Катеринопільському (76,6%) та Чигиринському (77,5%) районах.

В цілому по області у 2018 році охоплення онкохворих спеціальним лікуванням становить 70,2%. В Україні у 2017 році цей показник становив 67,5%, а в області 70,5%.

Успішному лікуванню раку сприяє рання діагностика хвороби. У 2018 році виявлено злоякісних новоутворень у I-II стадії у 2281 осіб (52,3% від взятих на облік у 2018 році). У 2017 році показник виявлення у I-II стадії в області становив 51,1%, в Україні – 51,6%.

Разом з тим нагальною проблемою є пізні звернення населення за медичною допомогою.



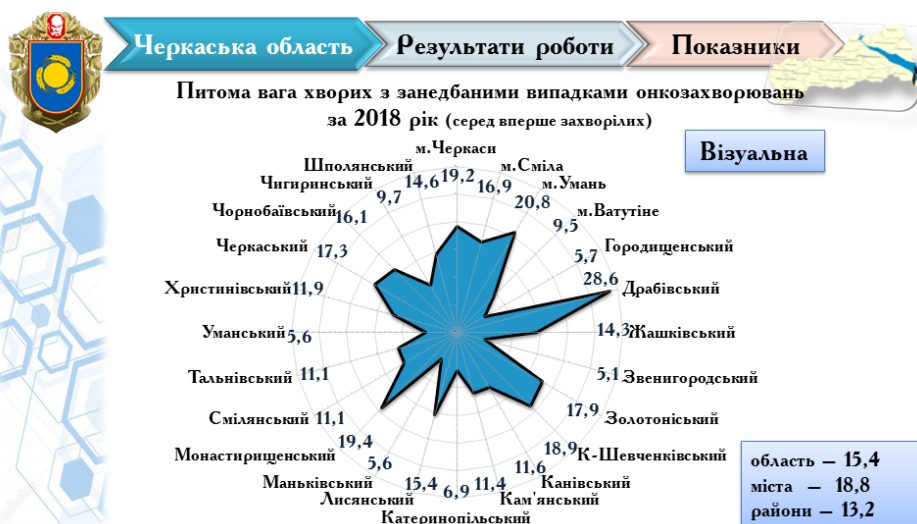
Питома вага хворих з IV стадією у 2018 році становить 20,0% (871 особа) проти 21,1% у 2017 році, в Україні за 2017 – 16,6%. Тобто кожен п'ятий хворий в області звертається на останній стадії захворювання, коли можливості для лікування вкрай обмежені, або й взагалі відсутні.



Найвищі показники загальної занедбаності зареєстровано у 2018 році в Тальнівському (30,1%) і Смілянському (27,3%) районах та у м. Умань (28,4%) – обласний показник 22,6%.



Візуальна занедбаність найвища у Драбівському (28,6%), Монастирищенському (19,4%), Корсунь-Шевченківському (18,9%) районах, а також у м. Умань (20,8%) та м. Черкаси (19,2%) – обласний показник 15,4%.



Недостатня онконастороженість як медичних працівників так і населення, неналежний рівень організації та проведення профілактичних скринінгових оглядів жіночого населення призводить до того, що рак молочної залози та рак шийки матки в занедбаних формах діагностується у кожної 4-5 жінки.

Також є високими показники занедбаності при інших локалізаціях раку – у кожного другого хворого рак ротової порожнини та рак легень виявляється на останній стадії, рак шлунку - у кожного третього хворого.

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

Проблемним напрямком роботи в області лишається організація цитологічного сринінгу серед жіночого населення. З кожним роком дедалі менше охоплення жінок цитологічним обстеженням відзначається в більшості районів та міст області. Слід звернути увагу на вивчення та впровадження в роботу

положень наказу УОЗ ОДА від 29.12.2018 №1322 „Про впровадження сучасної цитологічної класифікації діагностики та Національного консенсусу лікування патології шийки матки у Черкаській області“.

Також в області недостатньо організована робота щодо діагностики онкоурологічної патології серед чоловічого населення. Захворюваність на рак простати в області, як і в Україні, стрімко зростає, разом з тим рак передміхурової залози в занедбаних формах реєструється чи не у кожного четвертого хворого.

Збільшення охоплення лікуванням сприяє покращенню показника летальності до одного року з часу встановлення діагнозу. Цей показник у 2018 році в області становить 24,5% проти 24,4% у 2017 році (Україна у 2017 – 26,8%).



У 2018 році від злоякісних новоутворень в області померло 2558 осіб, рівень смертності перевищив рівні попередніх років і становить 21,0 на 10 тис. населення. У 2017 році рівень смертності в області становив 20,2 на 10 тис. населення, в Україні – 15,8 на 10 тис. населення Найвищі рівні смертності у 2018 році зареєстровано у Смілянському 26,4, Катеринопільському – 26,0 та Чорнобаївському районах – 24,4 на 10 тис. населення.

Смертність населення Черкаської області від злоякісних новоутворень

		2016		2017		2018	
		абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.
1	м. Черкаси	568	20,2	634	22,4	647	23,4
2	м. Сміла	141	20,9	109	15,9	117	17,4
3	м. Умань	148	17,4	150	17,5	162	19,5
4	м. Ватутіне	28	16,1	32	18,4	34	20,0
Міста разом		885	19,6	925	20,3	960	21,6
5	Городищенський	70	17,2	65	16,1	76	19,2
6	Драбівський	72	20,3	71	20,3	64	18,5
7	Жашківський	84	22,7	77	20,9	69	19,0
8	Звенигородський	76	17,1	90	20,3	95	21,8
9	Золотоніський	143	20,2	132	18,7	161	23,2
10	К-Шевченківський	92	21,3	82	19,1	83	19,7
11	Канівський	91	20,5	84	19,1	96	22,1
12	Кам'янський	55	20,0	54	19,9	57	21,2
13	Катеринопільський	58	23,8	57	23,6	62	26,0
14	Лисянський	33	13,9	40	17,0	25	10,8

		2016		2017		2018	
		абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.	абс.	на 10 тис.
15	Маньківський	47	16,9	53	19,3	41	15,1
16	Монастирищенський	39	10,8	53	14,7	51	14,3
17	Смілянський	66	20,3	78	24,4	85	26,4
18	Тальнівський	75	21,8	81	23,9	80	24,0
19	Уманський	84	19,6	76	17,8	77	17,9
20	Христинівський	70	19,8	73	20,9	75	21,6
21	Черкаський	124	16,5	138	18,3	141	19,0
22	Чорнобаївський	93	22,6	89	21,8	99	24,4
23	Чигиринський	56	20,8	54	20,3	60	22,7
24	Шполянський	87	20,0	102	23,6	101	23,9
Райони разом		1515	19,2	1549	19,8	1598	20,7
Черкаська область		2400	19,4	2474	20,2	2558	21,0
Україна			15,9		15,8		

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

Виявлення хворих на злоякісні новоутворення в закладах охорони здоров'я області – важливий і необхідний етап, за яким слідує направлення в онкологічний диспансер, де й встановлюється остаточний діагноз після дообстеження відповідно до вимог клінічних протоколів та проводиться спеціальне лікування.

Заклад постійно впроваджує новітні технології і методики в діагностично-лікувальний процес. Проте існує ряд нагальних проблем щодо діагностичних та лікувальних можливостей диспансеру. Для впровадження сучасних методів необхідно оновлення обладнання. В першу чергу це стосується наркозно-дихальної апаратури. Також необхідна заміна комп'ютерного томографа. Одним з провідних напрямків є також впровадження аутологічної трансплантації стовбурових клітин кісткового мозку, для чого необхідне дооснащення обласного лікувально-діагностичного гематологічного центру та закупка відповідного лабораторного обладнання.

Психіатрична служба

Психіатрична служба Черкаської області в 2018 році працювала в умовах реорганізації та перейменування комунальних психіатричних закладів та ЦРЛ в комунальні некомерційні підприємства. 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 країни. 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 Черкаського обласного психо-неврологічного диспансеру та Уманської психіатричної лікарні, а також 20-ма психіатричними кабінетами ЦРЛ, 2-ма психіатричними кабінетами міських поліклінік (м. Сміла, м. Ватутіне) та дитячим психіатричним кабінетом (м.Сміла).

Показники роботи амбулаторної психіатричної служби в 2018 році залишаються на достатньому рівні:

✓ кількість відвідувань до психіатрів по області становить 219025 (в 2017 році – 218851), відсоток профоглядів складає 49,9% (2017 область – 46,8%, Україна – 53,9%);

➤ кількість відвідувань до 1 дільничного психіатра в області у звітному періоді становить 5408 відвідувань (практично на рівні 2017 року) і продовжує залишатися високою у порівнянні з Україною;

➤ показник відвідувань на 100 хворих під наглядом в області у 2018 році значно поліпшився і складає 720,4 (2017 область – 587,4, Україна – 805,4).

Станом на 01.01.2019 під наглядом психіатрів в медичних установах області перебувало 30403 хворих з розладами психіки та поведінки (на 01.01.2018 – 37256), що складає 2,7% (Україна – 2,5%) від усього населення області, з них – 935 підлітків та 4214 дітей до 14 років. Серед облікового контингенту 61% 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 2018 рік видано 54094 (2017 – 45888). Проте, відвідувань до лікарів-психіатрів на госпрозрахунку було зареєстровано лише 31388, оскільки кабінети на госпрозрахунку є тільки в 14 районах, а у 8 районах і містах та в 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 (КНП „ЧОПНД ЧОР“ та КНП „Уманська психіатрична лікарня“ УМР) на 65 місць, на яких впродовж 2018 року проліковано 645 хворих (за 2017 – 650). Кількість місць в них з розрахунку на 100 тис. населення та на 100 осіб з розладами психіки є значно нижчими, ніж по Україні.

На базі КНП „ЧОПНД ЧОР“ працює обласний Центр психотерапії та медико-соціальної реабілітації постраждалих від насильства. На базі КНП „ЧОПЛ ЧОР“ працює обласний Центр медичної та практичної психології, які проводять

курси інформації та стажування з актуальних питань психології для психологів закладів охорони здоров'я та обласний Центр паліативної допомоги для пацієнтів, що потребують спеціалізованої психіатричної допомоги.

Стационарна психіатрична допомога населенню області у 2018 році надавалась на 910 психіатричних ліжках, з них 65 – дитячих (у 2018 році скорочення ліжок не було), а саме станом на 01.01.2019 року функціонує:

- КНП „Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради“ – 725 ліжок, з них 25 – дитячих;
- КНП „Черкаський обласний психоневрологічний диспансер Черкаської обласної ради“ – 160 ліжок, з них 40 – дитячих;
- КНП „Уманська психіатрична лікарня“ Уманської міської ради – 25 ліжок.

Забезпеченість психіатричними ліжками області перебуває на рівні минулого року і становить 74,1 на 100 тис. населення, що дещо вище показника по Україні (69,0).

Психіатричні ліжка області працюють з достатнім навантаженням. За 2018 рік на ліжках психіатричного профілю проліковано 6078 хворих (2017 – 6089), що дещо менше попереднього року, робота ліжка склала 281 день (2017 – 297), середнє перебування на ліжку – 41,6 дня (2017 – 43,6), при показниках по Україні в 2017 році – 330,0 та 50,2 днів відповідно.

Робота дитячого психіатричного ліжка в 2018 році склала 366 днів (2017 – 373), середнє перебування на ліжку – 22,8 (2017 – 23,84) днів при показниках по Україні в 2017 році – 316,4 та 24,1 день. Таким чином, показники роботи психіатричних ліжок дещо погіршились.

За 2018 рік в області померло 99 профільних хворих (2017 – 116), летальність на психіатричних ліжках у звітному періоді дещо менша від попереднього року і складає 1,61% (2017 – 1,87%, Україна – 1,2%), летальність в КНП „ЧОПЛ ЧОР“ – 2,37% (2017 – 2,76%).

Показник госпіталізованої захворюваності по області в 2018 році склав 499,5 на 100 тис. населення, що дещо вище рівня 2017 року (область – 496,0, Україна – 408,61). Показник повторної госпіталізації в стаціонарах у звітному періоді становить 20,6% (Україна, 2017 – 24,2%).

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 близькі до рівня середніх показників по Україні:

- ✓ забезпеченість психіатрами в області становить 7,8 на 100 тис. населення (Україна – 7,6);
- ✓ укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів-психіатрів амбулаторної та стаціонарної служби складає 72% (Україна – 76,9%), 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 Черкаській обласній психіатричній лікарні, Черкаському обласному психоневрологічному диспансері та в ряді районів області: відсутні лікарі-психіатри (функції яких виконують лікарі-наркологи або лікарі інших спеціальностей) в Лисянському, Христинівському і Чорнобаївському районах, а в Городищенському, Катеринопільському, Маньківському і Смілянському 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.

У 2018 році навчання в інтернатурі на базах обласної психіатричної лікарні та обласного психоневрологічного диспансеру проходили лише 2 інтерни.

На кваліфікаційні категорії атестовані 95% психіатрів та психотерапевтів, крім того 10 лікарів мають звання лікаря -спеціаліста з психіатрії. Вищу категорію мають 45 лікарів, що складає 43% від кількості фізичних осіб.

Показник зареєстрованих первинних звернень до лікарів-психіатрів з приводу розладів психіки та поведінки дещо збільшився і в 2018 році складає 250,5 на 100 тис. населення (Україна 2017 – 175,8).

Кількість взятих під нагляд хворих знизилась в порівнянні з 2017 роком та складає 3048 осіб. Має місце тенденція до збільшення кількості сільських жителів, дітей та підлітків. Значно нижчі показники захворюваності в Черкаському, Чорнобаївському, Смілянському та Христинівському 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 2018 році перебуває майже на рівні 2017 року і становить 398,1 на 100 тис. дитячого населення (Україна – 303,0). Недостатньо виявляються діти з розладами психіки та поведінки в Звенигородському, Чигиринському, Черкаському, Чорнобаївському та Христинівському районах.

За результатами роботи психіатричної служби в 2018 році дещо знизилась розповсюдженість розладів психіки та поведінки в області – 2498,7 на 100 тис. населення (Україна – 2266,7). Високі показники розповсюдженості психічних розладів в мм. Сміла та Ватутіне, Золотоніському, Монастирищенському та Шполянському районах, але низькі показники розповсюдженості в Драбівському, Корсунь-Шевченківському та Уманському районах.

Контингент психічно хворих, які мають групу інвалідності, за останні роки в області значно збільшився та складає 719,9 на 100 тис. населення (Україна – 618,7) при зменшенні первинної інвалідизації в області в 2018 році – 19,5 на 100 тис. населення (Україна – 22,4). 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 – 40,2, на Україні – 41,1. 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 КНП „Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради“ 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 проходять більше 1000 осіб з вадами психічного здоров'я.

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 2018 році збільшилось і складає 841,40 тис. грн (2017 – 784,22 тис. грн) при щорічній потребі не менше 2 млн. грн. При цьому майже не здійснювалося фінансування на зазначені видатки в м. Черкаси, Драбівському, Золотоніському, Кам'янському, Корсунь-Шевченківському, 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 2018 році серед психічнохворих скоєно 18 випадків суїцидальних спроб, з них 18 - завершених (2017 – 12 суїцидальних спроб, з них 8 – завершених).

В психіатричній службі області за 2018 рік в лікувально-діагностичний процес впроваджено 15 сучасних методик згідно плану. В обласному психоневрологічному диспансері та обласній психіатричній лікарні впроваджена електронна система реєстрації пацієнтів, розширено доступ до мережі Інтернет.

Проблеми психіатричної служби області

➤ Недостатнє фінансування служби для покращення матеріально-технічного стану психіатричних закладів та недостатній рівень фінансового забезпечення пільгового амбулаторного лікування, що негативно впливає на рівень госпіталізації, інвалідизації, надання допомоги в повному обсязі згідно

клінічних протоколів за спеціальністю „Психіатрія“ та можливості реабілітації хворих з розладами психіки та поведінки.

➤ Недостатнє кадрове забезпечення психіатричних закладів та кабінетів міст і районів області лікарями-психіатрами, психотерапевтами, медичними психологами і логопедами. Має місце тенденція до збільшення відсотку фахівців пенсійного віку, які надають психіатричну допомогу, що викликає потребу в збільшенні числа лікарів – інтернів з психіатрії, медичної психології та психотерапії в області.

➤ Недостатнє державне нормативно-правове та інформаційне забезпечення психіатричної служби для регулювання її діяльності та здійснення профілактичної спрямованості.

➤ Обмежена можливість надання спеціалізованої психіатричної допомоги на первинному та вторинному рівнях через недостатню на даний час підготовку та кількість сімейних лікарів, нестачу відповідних спеціалістів у закладах вторинного рівня.

➤ Зберігається стигматизація по відношенню до психіатрії загалом, що призводить до невчасного звертання за допомогою або незвернення взагалі.

➤ Обмежені можливості проведення медико-соціальних реабілітаційних заходів з використанням потужностей лікувально-трудових майстерень КНП „Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради“ 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

У 2018 році наркологічна служба продовжувала виконувати роботу з надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги населенню області.

У звітному періоді **загальна захворюваність на наркологічні захворювання** в цілому по області склала 134,38 на 10 тис. населення (2017 – 136,18).

Найвищі показники загальної захворюваності на наркологічні захворювання на 10 тис. населення у звітному періоді мали Чигиринський (288,05), Тальнівський (254,77), Чорнобаївський (224,53), Катеринопільський (220,20) райони при середньорайонному рівні 158,35; серед міст обласного значення найвищу загальну захворюваність зареєстровано у м. Умань (181,37) та м. Ватутіне (136,84) при середньоміському значенні 92,62.

У 2018 році спостерігалось зниження загальної захворюваності на **алкоголізм**: 116,43 на 10 тис. населення (2017 – 118,76; 2016 – 117,83).

В той же час підвищилась загальна захворюваність на **психози алкогольного генезу**: 3,03 на 10 тис. населення (2017 – 2,44, 2016 – 2,40).

Загальна тенденція щодо зменшення захворюваності на алкоголізм обумовлена добровільністю перебування під диспансерним наглядом та

специфікою реєстрації хворих з наркологічними проблемами, яка полягає в тому, що коли хворі з явними ознаками наркологічних захворювань, отримують послуги у фахівців не наркологічного та психіатричного профілів, вони у статистику наркологічних хворих не попадають.

Показник загальної захворюваності на **наркоманію** у звітному періоді залишився на рівні попередніх років (2018 – 14,81; 2017 – 14,86; 2016 – 14,28).

Найбільша кількість осіб, що перебуває під диспансерним наглядом, та найвищі показники загальної захворюваності на наркоманію у звітному періоді: м. Черкаси - 598 осіб (21,64 на 10 тис. населення), м. Умань – 242 (29,11), м. Сміла – 177 (26,34), Тальнівський – 93 (27,88), Звенигородський – 88 (20,16) та Катеринопільський – 48 (20,09) райони.

Спостерігається тенденція до збільшення кількості населення, яке вживає дизайнерські наркотики, психостимулятори та каннабіоїди. Але кількість їх не визначена – одна з причин – складнощі верифікації цих речовин, а також під диспансерним наглядом перебувають одиниці.

Рівень первинної захворюваності на наркологічні хвороби залишається майже незмінний впродовж трьох останніх років.

Показник **первинної захворюваності на наркологічні хвороби** в цілому по області складає 9,39 на 10 тис. населення (2017 – 8,93, 2016 – 8,43). Найбільш високі показники зареєстровані у Чорнобаївському (18,96), Катеринопільському (17,16), Христинівському (14,68) і Городищенському (14,62) районах при середньорайонному рівні 10,47; серед міст обласного значення найвищу первинну захворюваність зареєстровано у м. Умань (12,39) при середньоміському значенні 7,50.

Первинна захворюваність на **алкоголізм** в області становить 6,45 на 10 тис. населення (2017 – 6,53, 2016 – 6,12). Первинна захворюваність на **алкогольні психози** становить 1,53 на 10 тис. населення (2017 – 1,18; 2016 – 1,28).

На кінець 2018 року первинна захворюваність на **наркоманію** склала 1,38 (2017 – 1,21; 2016 – 1,01). Найбільш високі показники зареєстровані у Канівському (3,91), Смілянському (2,48), Городищенському (2,02) районах та м.Сміла (2,53); найнижчі – у Тальнівському (0,30), Катеринопільському (0,42) і Золотоніському (0,43) районах. Відсутня зареєстрована первинна захворюваність на наркоманію у Жашківському, Лисянському, Маньківському та Монастирищенському районах.

Під диспансерним наглядом з приводу наркологічних захворювань на кінець 2018 року перебувало 16350 осіб (2017 – 16570), з них сільських мешканців – 8050, або 49,2% (2017 – 8241 та 49,7% відповідно); працюючих – 4948 (30,3%).

У звітному періоді проводилась активна робота щодо відкриття в ЛПУ області сайтів замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ). В 2018 році вже працювали сайти в Черкаському обласному наркологічному диспансері, Черкаському обласному протитуберкульозному диспансері, Смілянській міській поліклініці, Уманській психіатричній лікарні, Ватутінській міській лікарні, Звенигородській, Катеринопільській, Золотоніській, Канівській, Жашківській, Тальнівській, Христинівській, Корсунь-Шевченківській, Лисянській та

Шполянській ЦРЛ. Крім того, відкриті сайти ЗПТ в центрах первинної медико-санітарної допомоги в місті Черкаси: № 2 та № 5.

Стационарна наркологічна допомога населенню області надавалась у КНП „Черкаський обласний наркологічний диспансер Черкаської обласної ради“ (100 наркологічних ліжок), КНП „Уманська психіатрична лікарня“ Уманської міської ради (20 наркологічних ліжок), КНП „Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради“.

Кількість осіб, пролікованих в стаціонарних умовах КНП „Черкаський обласний наркологічний диспансер Черкаської обласної ради“, за останній рік збільшилась на 34 особи. Суттєво зросла кількість осіб з тяжкою супутньою соматичною патологією.

В 2018 році всього охоплено різними видами лікування близько 40% хворих диспансерної групи (Україна – 52%).

Загалом по області за звітний період отримали стаціонарну наркологічну допомогу 2218 осіб; амбулаторну – 4736 осіб. Оглянуто з метою визначення стану сп'яніння – 12647 осіб, з них не визначено стан сп'яніння у 5843 осіб (46,2%). Кількість оглядів на стан сп'яніння збільшилась на 2219 осіб у порівнянні з 2017 роком. Актуальним залишається оснащення кабінетів з проведення медичних оглядів на стан сп'яніння апаратами „Алкометр“.

Продовжується робота з проведення обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів. За 2018 рік проведено такий огляд 37750 особам.

В Черкаській області наркологічну допомогу населенню області надають 40 лікарів-наркологів – укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 87,0% (2017: 39 лікарів, укомплектованість – 84,8%). В окремих районах області лікарі працюють одночасно наркологами і психіатрами.

Пріоритетні напрямки роботи наркологічної служби у 2019 році

- ✓ Робота щодо зміцнення матеріально-технічної бази КНП „ЧОНД Черкаської обласної ради“.
- ✓ Оснащення КНП „ЧОНД Черкаської обласної ради“ сучасним медичним обладнанням (потребують заміни обладнання клініко-діагностичної та токсикологічної лабораторій).
- ✓ Впровадження міжнародних стандартів з лікування розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин.
- ✓ Налагодження взаємодії з центрами первинної медико-санітарної допомоги з метою проведення профілактичної роботи та раннього виявлення осіб із залежністю від вживання психоактивних речовин.
- ✓ Продовження роботи з підтримки та відкриття нових сайтів ЗПТ в області.

Фтизіатрична служба

На початок 2018 року в області функціонувало 480 фтизіатричних ліжок. Відповідно до наказів КЗ „ЧОПТД“ ЧОР від 02.08.2018 №137, від 10.09.2018 №148 та від 12.10.2018 №164 в області загалом було скорочено 30 ліжок.

Станом на 01.01.2019 в області розгорнуто 450 фтизіатричних ліжок, у тому числі 420 дорослих (забезпеченість на 10 тис. населення – 3,5; 2017 – 3,7) і 30 дитячих (забезпеченість на 10 тис. населення – 0,2; 2017 – 0,3). Згідно з рішенням Черкаської обласної ради від 07.09.2018 №24-25/VII КЗ „Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер“ ЧОР реорганізовано в КНП „Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер ЧОР“.

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 119 ДОТ – кабінетів (кабінетів контрольованого лікування) – 24 на базі протитуберкульозних закладів/кабінетів та 95 в загально-лікувальній мережі, переважно первинної ланки.

Аналіз епідеміологічної ситуації з туберкульозу за 2013 - 2018 роки

За 2018 рік на туберкульоз захворіло 562 особи, що становить 46,2 на 100 тис. населення та є менше на 8,2% порівняно з 2017 роком (2013 р. – 61,3 на 100 тис. населення; 2014 – 57,2; 2015 – 57,4; 2016 – 52,8; 2017 – 50,3; Україна 2018 – 50,5). В первинній захворюваності впродовж останніх 3-х років спостерігається негативний приріст. Так, з 2013 року захворюваність зменшилась в цілому на 24,6%.



Проте, 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 2018 рік на туберкульоз вперше захворіло 25 дітей віком 0 – 14 років, що становить 14,6 на 100 тис. відповідного населення та є вище на 19,7%, ніж за 2017 (2013 – 10,0; 2014 – 8,8; 2015 – 9,9; 2016 – 12,2; 2017 – 12,2 на 100 тис. дитячого

населення, Україна 2018 – 8,7). Порівняно з 2013 роком захворюваність дитячого населення зросла на 46,0%.



Захворюваність серед підлітків у 2018 році становить 10,0 на 100 тис. підліткового населення, що в 2,6 рази менше, ніж у 2017 (2013 – 17,8; 2014 – 29,9; 2015 – 20,4; 2016 – 34,3; 2017 – 25,9; Україна 2018 – 18,4).



Нестабільність показника 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 2018 рік становить 63,4%, що на 7,4% менше порівняно з попереднім роком (2013 – 51,5%, 2014 – 60,6%, 2015 – 66,8%, 2016 – 70,4%, 2017 – 68,5%). Показник захворюваності на бактеріальний туберкульоз в звітному році становив 24,7 на 100 тис. населення, що на 11,5%

нижче, ніж у 2017 році, коли показник становив 27,9 на 100 тис. населення (Україна 2018 – 29,5).



Захворюваність на ВІЛ-асоційований туберкульоз у 2018 році зменшилась на 12,0% і становить 9,5 на 100 тис. населення проти 10,8 – у 2017 (2013 – 10,7; 2014 – 12,3; 2015 – 11,9; 2016 – 11,6; 2017 – 10,8; Україна 2018 – 10,9).



Відмічено зменшення захворюваності на рецидив туберкульозу. Так, у 2018 році даний показник становить 12,4 на 100 тис. населення, що на 4,6% нижче, ніж у 2017 році (2013 – 9,0; 2014 – 12,0; 2015 – 15,9; 2016 – 13,9; 2017 – 13,0; Україна 2018 – 12,1). Питома вага ранніх рецидивів становила 52%.



Даний показник відображає якість лікування хворих на вперше-діагностований туберкульоз переважно на амбулаторному етапі.

Станом на 01.01.2019 з приводу активного ТБ під наглядом знаходяться 870 осіб, що становить 71,5 на 100 тис. населення. (2013 – 95,5; 2014 – 82,5; 2015 – 83,0; 2016 – 80,4; 2017 – 78,5; Україна 2018 – 74,0).



Показник смертності від туберкульозу в 2018 році зменшився і становить 8,4 на 100 тис. населення (2013 – 10,0; 2014 – 11,1; 2015 – 10,3; 2016 – 9,3; 2017 – 9,8). Всього (за даними звітів) у 2018 році від туберкульозу померло 103 особи.



Але, зважаючи на сталу кількість померлих від туберкульозу до 1 року спостереження, не можна впевнено говорити про покращення епідеміологічної ситуації. За 2018 рік даний показник становить 2,2 на 100 тис. населення (2013 – 2,11; 2014 – 2,04; 2015 – 2,6; 2016 – 2,1; 2017 – 2,3).



Профілактична робота

У 2018 році показник профілактичних флюоро- та рентгенологічних оглядів населення віком 15 років і старше становить 535 на 1000 дорослого населення (2013 – 506; 2014 – 608; 2015 – 558; 2016 – 563; 2017 – 546).

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 2018 р. становить 669 на 1000 дит. населення віком від 1 до 14 років (2013 – 581, 2014 – 511, 2015 – 617, 2016 – 601, 2017 – 643). Зазначений показник і 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 проведено профілактичний огляд.

Питома вага охоплених вакцинацією БЦЖ за 2018 рік становить 95,3% від усіх новонароджених та дітей віком до 2-х місяців (2013 – 90,1%; 2014 – 91,5%, 2015 – 67,3, 2016 – 85,4, 2017 – 93,2%).

Станом на 01.01.2019 група ризику щодо захворювання на туберкульоз становить 231872 особи, в тому числі серед дітей віком 0-17 років – 25216 осіб. В 2018 група ризику обстежена на 91,4%, що на 0,6% вище, ніж у 2017. Всього виявлено 455 осіб, хворих на активний туберкульоз, що становить 81,0% від загальної кількості вперше діагностованих хворих (2017 – 91,1%). Більшість виявлених серед груп ризику – це особи з малозабезпечених та 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 та є одним із ключових заходів для контролю за ТБ.

Результат успішного лікування випадків ТБ легень (чутливий) в області має тенденцію до стабілізації, якщо не враховувати неефективність лікування за рахунок переводів до 4 категорії (хіміорезистентний ТБ). Так, в 2011 році показник ефективного лікування чутливого туберкульозу становив 71,8%, в 2015 – 73,2%, 2016 – 73,2%, в 2017 – 72,7% (індикатор ВООЗ – 85%). Причинами недостатньої ефективності лікування когорти 2017 є: перерване лікування 6,0% (2016 – 5,1%), невдача лікування – 11,6% (2016 – 7,2%) та смерть 6,8% (2016 – 6,8%), 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 ТБ:

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 01.01.2019 в області створено 121 пункт збору мокроти, в тому числі 93 на рівні первинної ланки. В області діє 205 лікарських амбулаторій, в тому числі 2 в об'єднаних територіальних громадах. Відсоток створених пунктів збору мокроти становить 45,4% від потреби. Проблематичним залишається забезпечення 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;
- флюороорентгенологічне 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;
- 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, рентгенобладнанням, розхідними матеріалами;

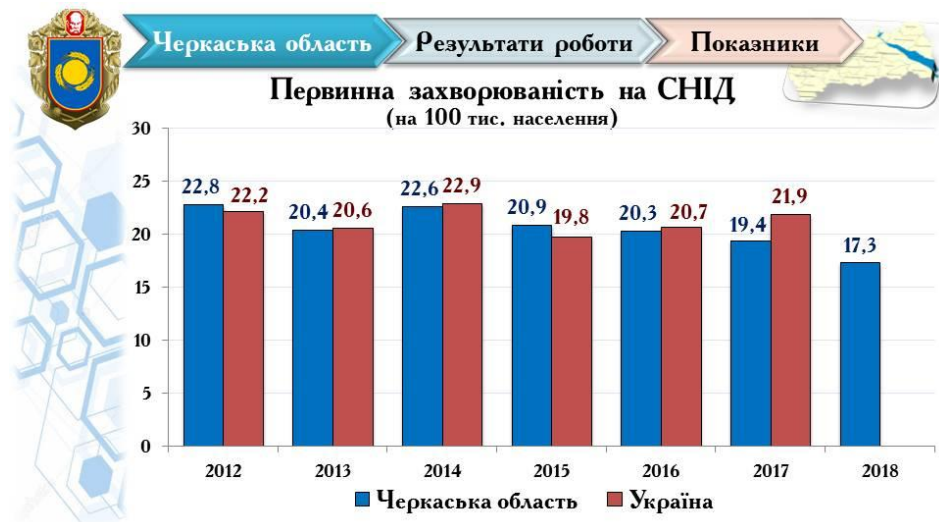
2. Імунопрофілактика дитячого населення;

3. Забезпечення профілактичних заходів в вогнищах інфекції – оздоровлення вогнищ, диспансеризація контактних тощо;

IV. Посилення кадрового потенціалу та оснащення протитуберкульозної служби та первинної медико – санітарної ланки.

Служба протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Епідемія ВІЛ-інфекції в області продовжує поширюватись. Зростає кількість нових випадків інфікування ВІЛ та захворювання на СНІД, збільшується число дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.



Станом на 01.01.2019 оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІД становить 5900 осіб. На диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я області перебуває 3 308 ВІЛ-інфікованих осіб (без пацієнтів державної кримінально-виконавчої служби), у тому числі 90 дітей до 18 років з встановленим діагнозом. Отримують антиретровірусну терапію (АРТ) в медичних установах області 2880 осіб, що складає 87%. Невизначальне вірусне навантаження спостерігається в 82%, тобто у 2380 пацієнтів.

Таким чином, якість роботи служби протидії ВІЛ-інфекції перебуває на високому рівні відповідно до вимог стратегії „90-90-90“. Разом з тим, проблемним залишається питання досягнення перших „90“, тобто запровадження широкого тестування в медичних установах області.

Станом на 01.01.2019 протестовано 66701 особа, виявлено 413 осіб з ВІЛ-позитивним статусом, встановленим вперше в житті, з них під медичний нагляд

поставлено 78,5% (324 особи), отримали АРТ - 82% (266 пацієнтів). Позитивним зрушенням є запровадження призначення АРТ впродовж 30 діб від моменту встановлення діагнозу (у 75% випадків).

Аналіз вікової структури первинних випадків ВІЛ-інфекції, виявлених за звітний період, свідчить про те, що переважно інфікуються особи у віці 25-49 років, які в загальній структурі складають 72,6%. Основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції є статевий, який складає 64,1% від загальної кількості.

Для виконання „перших 90“ в глобальних цілях ООН потрібно, щоб 90% людей від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих знали про свій ВІЛ-статус.

Другий цільовий індикатор, який потрібно досягти – „90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні“.

Для того, щоб досягти такої амбітної мети, важливо критично збільшувати охоплення тестуванням на ВІЛ та АРТ. Станом на 01.01.2019 показник взяття на АРТ, тобто „другі 90 Стратегії“, становить 87% (2017 – 82,6%), що гарно характеризує діяльність служби протидії ВІЛ-інфекції в регіонах області.

З метою наближення надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД безпосередньо до місця їхнього проживання в області проведена децентралізація послуг на місцях шляхом створення сайтів для призначення та проведення АРТ.

На даний час в області всього активно працюють 27 сайтів АРТ, у тому числі сайт на базі створеного у вересні 2018 року відділення профілактики та боротьби зі СНІДом в філії №1 КНП „Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка“. Отже, своєчасна та якісна медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД забезпечена у всіх містах та районах області.

Безперервність АРТ є ключовим чинником її ефективності, а тому надзвичайно важливим показником є утримання пацієнтів на АРТ. Вірусологічна ефективність АРТ є важливим показником моніторингу лікування та впливає в цілому на хід епідемії ВІЛ. Саме тому третім цільовим індикатором, який потрібно досягти, є „90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначений рівень вірусного навантаження“.

Станом на 01.01.2019 невизначальний рівень вірусного навантаження було отримано у 2380 осіб від 2880 отримуючих АРТ, що склало 82% .

З метою виконання плану введення пацієнтів в АРТ посилена робота щодо формування прихильності до АРТ у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД на етапі надання первинної медичної допомоги, зокрема в медичних установах міст та районів області при взятті на диспансерний облік та підтримки прихильності в процесі отримання АРТ за активною участю соціальних працівників НУО області. Проблемним питанням залишається потреба введення посад соціальних працівників в штат закладів охорони здоров'я області.

В області проводиться профілактична робота щодо раннього виявлення ВІЛ-інфекції, насамперед серед груп ризику. Так, у 2018 році на наявність антитіл до ВІЛ обстежено 92055 мешканців області (у тому числі – 19099 швидкими

тестами), що склало 7,6% від загальної кількості населення (2017 – 7,5%). Виявлено 508 ВІЛ-позитивних осіб.

Необхідно відмітити, що в 2018 році обстеження швидкими тестами впровадженню не у всіх закладах охорони здоров'я первинного рівня. Із 19099 осіб, які були протестовані швидкими тестами впродовж року, 8836 осіб обстежено в закладах охорони здоров'я.

Із 508 ВІЛ-позитивних осіб, лабораторно виявлених впродовж року, під медичний нагляд взято 414 осіб (81,5%), а майже 20% (94 особи) до медичних закладів для взяття їх на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією не звернулись.

Дорослих виявлено 440 ВІЛ-позитивних осіб, на „Д” облік поставлено 346 (78,6%). На „Д” облік не взято 94 особи.

Однією з причин недостатнього охоплення своєчасною диспансеризацією є незадовільно організована робота щодо консультування та перенаправлення ВІЛ-позитивних осіб, які були виявлені в закладах охорони здоров'я під час стаціонарного лікування.

Одним із найважливіших напрямків роботи акушерсько-гінекологічної та педіатричної служби є забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Впродовж 2018 року на ВІЛ-інфекцію обстежено 10533 вагітних жінок, з них виявлено вперше 24 ВІЛ-позитивних.

Народили за рік 67 ВІЛ-інфікованих вагітних, з яких АРВ-профілактику отримали 65 осіб (97,0%, 2017 – 92,8%). Не отримали АРВ-профілактику 2 жінки, які під медичним наглядом не перебували.

У 2018 році народилось 68 живих немовлят (одна двійня), з яких профілактику ВІЛ-інфекції отримали 67 дітей (98,5%, 2017 – 96,4%). Не отримало профілактику 1 немовля тому, що мати на „Д” обліку в ж/к не перебувала, швидкий тест в пологах розцінено як негативний, ВІЛ(+) статус встановлено вже після пологів методом ІФА.

Досягненням є тенденція до зменшення – 1,9% випадків інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (2017 – 1,2%, 2016 – 3,9%, що вважається елімінацією для України).

Черкаським обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом впродовж 2018 року проводилась активна робота щодо навчання медичних фахівців роботі з швидким тестами. Так, у звітному році було проведено 15 тренінгів щодо швидкого тестування, на яких пройшли навчання 300 медичних працівників.

Станом на 01.01.2019 центрами ПМСД області використано 3185 тестів на ВІЛ, що говорить про активне залучення лікарів сімейної медицини до подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Головні лікарі закладів охорони здоров'я області проводили закупівлю швидких тестів за кошти місцевих бюджетів.

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 закуповуються за рахунок місцевих бюджетів.

Всі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи, які потребують лікування, забезпечені антиретровірусною терапією повністю. Станом на 01.01.2019 на сайтах АРТ специфічне лікування в області отримують 2905 особи за рахунок коштів Держбюджету, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, PEPFAR. Разом з пацієнтами ДКВС отримують АРТ 3073 особи.

У 2018 році вперше було призначено АРТ 758 особам (756 дорослих та 2 дітей), (2017 – 567 осіб).

На базі Канівської та Жашківської ЦРЛ створені сайти інтегрованої допомоги для пацієнтів груп соціального ризику, а саме: організована видача АРТ, замісна підтримуюча терапія (далі – ЗПТ), контрольоване лікування, під безпосереднім наглядом туберкульозних хворих, моніторинг за лікуванням. Нагальною потребою є відкриття сайту ЗПТ та в подальшому створення сайту інтегрованої допомоги в Уманській ЦРЛ.

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.

3 грудня 2018 року до дослідної експлуатації також під'єднані заклади Управління Державної пенітенціарної служби України в Черкаській області, що дасть можливість проведення якісного моніторингу стану лікування ВІЛ-інфекції в закладах виконання покарань та СІЗО.

Шляхи вирішення проблемних питань служби профілактики та боротьби зі СНІДом:

1. Передбачити у кошторисі закладів охорони здоров'я області на 2019 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. Вирішити питання щодо організації та відкриття сайтів ЗПТ в інших регіонах області.

5. Розширити досвід співфінансування ЗПТ на інші медичні установи, що апробовано у Канівському районі.

6. Розглянути можливість створення в закладах охорони здоров'я області сайтів інтегрованої допомоги з надання послуг з АРТ, ЗПТ, ДОТ.

7. Забезпечити раннє призначення (в перші 8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування) АРТ хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з досягненням 100% показника охоплення хворих.

8. Розглянути можливість введення до штатного розпису кабінетів „Довіра“ посади соціального працівника або психолога для забезпечення створення прихильності та утримання пацієнтів в терапії.

Дерматовенерологічна служба

Дерматовенерологічна допомога жителям області надається в амбулаторних та стаціонарних умовах згідно вимог чинного законодавства, а саме:

- ✓ амбулаторна – на базі центральних районних і Ватутінської міської лікарень, філій № 4 та № 5 Черкаської міської консультативно-діагностичної поліклініки та консультативно-діагностичного відділення Черкаської міської дитячої лікарні (всього функціонують 28 дерматовенерологічних кабінетів, у тому числі 1 дитячий).
- ✓ стаціонарна – на базі Черкаського обласного шкірно-венерологічного диспансеру (далі – ЧОШВД) – 60 спеціалізованих ліжках, у тому числі 5 дитячих.

Крім того, в області розгорнуто 40 ліжок денного стаціонару для хворих зазначеного профілю: на базі Смілянської міської поліклініки (20 ліжок) та Уманської міської лікарні (20 ліжок).

Забезпеченість населення області спеціалізованими дерматовенерологічними ліжками становить 0,49 на 10 тисяч населення (Україна – 0,61), у т.ч. забезпеченість дитячими дерматовенерологічними ліжками – 0,29 на 10 тисяч дитячого населення (Україна – 0,74).

У лікувально-профілактичних установах області зареєстровано 63,5 штатних посад лікарів-дерматовенерологів. Забезпеченість лікарями-дерматовенерологами (штатними посадами) складає 0,52 на 10 тисяч населення (Україна – 0,56). Укомплектованість штатних посад лікарів-дерматовенерологів складає 88%.

Не укомплектовані посади лікарів-дерматовенерологів у Кам'янському та Катеринопільському районах.

Станом на 31.12.2018 в мережі служби працюють 59 осіб (ф.17), що здійснюють роботу за фахом „дерматовенерологія“, серед яких атестовано 51 (86,4%), з них:

- вищу категорію мають – 24 лікаря (40,6%);
- першу категорію – 17 лікарів (28,8%);
- другу категорію – 10 лікарів (17,0%);
- лікарів-спеціалістів – 8 лікарів (13,6%).

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 тисяч населення, що в 134 рази більше, ніж у 2018 році, коли було зареєстровано 13 випадків сифілісу (показник 1,1 на 100 тисяч населення).

Первинна захворюваність на сифіліс

	2017	2018
Зареєстровано захворювань на сифіліс, абс.	24	13
Захворюваність на 100 тисяч населення	1,9	1,1
Зареєстровано захворювань на сифіліс в Україні, абс.	2768	2535
Захворюваність на 100 тисяч населення по Україні	6,5	6,0

У 2018 році в Черкаській області зареєстровано на 11 випадків сифілісу (або на 45,8%) менше, ніж у 2017 році. В цілому по Україні захворюваність на сифіліс знизилась на 8,6%.

Не зареєстровано жодного випадку сифілісу на 16 адміністративних територіях області, а саме: у м. Умань, м. Ватутіне, Городищенському, Драбівському, Золотоніському, Корсунь-Шевченківському, Канівському, Кам'янському, Катеринопільському, Лисянському, Смілянському, Тальнівському, Черкаському, Чорнобаївському, Чигиринському та Шполянському районах.

У деяких регіонах показник захворюваності перевищує середньо-обласний (1,1 на 100 тисяч населення), а саме:

- Жашківський район – 8,2;
- Маньківський район – 3,6;
- м. Сміла – 2,9;
- Христинівський район – 2,8;
- Монастирищенський район – 2,8;
- Уманський район – 2,3;
- Звенигородський район – 2,3 на 100 тисяч населення.

На рівні середньо-обласного показника захворюваність у м. Черкаси (1,1 на 100 тисяч населення).

Питома вага прихованих форм сифілісу складає 46% в структурі первинно виявленої патології, що на 21% менше, ніж у попередньому році.

Добре в області налагоджена робота щодо васерманізації стаціонарних хворих та вагітних.

Проте, рівень васерманізації амбулаторних хворих є недостатнім. За даними річного звіту він складає у Золотоніському районі – 53,2%, Шполянському – 54%, Тальнівському – 69%, Кам'янському – 68%, м. Сміла – 76%, Жашківському районі – 82%, Маньківському – 83,7%.

В результаті активно проведеної профілактичної роботи виявлено 9 випадків сифілісу, що склало 69% в структурі первинно виявленої патології. Так, 3 особи (23%) були виявлені при васерманізації хворих соматичного

профілю, 4 (30%) - виявлено при обстеженні статевих контактів, 2 (15%) – при профілактичних оглядах.

Показник розповсюдженості **гонореї** в області склав 4,6 на 100 тисяч населення.

Первинна захворюваність на гонорею

	2017	2018
Зареєстровано випадків гонореї в області	65	56
Захворюваність на 100 тисяч населення в області	5,2	4,6
Зареєстровано випадків гонореї в Україні	4778	4082
Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	11,3	9,7

У Черкаській області, як і в Україні загалом, спостерігається зниження захворюваності на гонорею.

Високий рівень діагностики гонореї спостерігається в наступних регіонах:

- Шполянському районі – 30,3;
- Жашківському районі – 13,6;
- Чигиринському районі – 7,5;
- Маньківському районі – 7,3;
- м. Ватутіне – 5,8;
- м. Черкаси – 5,7 на 100 тисяч населення.

На рівні середньообласного показника захворюваність у Городищенському (5,0), Корсунь-Шевченківському (4,7), Канівському (4,6), Лисянському (4,3) та Катеринопільському (4,2) районах.

Жодного випадку гонореї не виявлено в м. Сміла, Драбівському, Кам'янському, Монастирищенському та Черкаському районах.

Низький рівень захворюваності на гонорею спостерігається в:

- м. Умань – 1,2;
- Золотоніському районі – 1,4;
- Звенигородському районі – 2,3;
- Уманському районі – 2,4;
- Чорнобаївському районі – 2,5 на 100 тисяч населення.

Всього в медичних закладах області 12 випадків гонореї виявлено акушер-гінекологами, що на 4 випадки менше, ніж у 2017 році. Найкраще спрацювали акушер-гінекологи Шполянського району, які виявили 6 випадків гонореї у жінок.

Урологами також виявлено 9 випадків гонореї, що на 8 випадків менше, ніж у 2017 році. По одному випадку гонореї виявили урологи: м. Черкаси, м.Ватутіне, Городищенського, Катеринопільського, Маньківського, Тальнівського, Уманського, Чорнобаївського та Шполянського районів.

Первинна захворюваність на трихомоніаз, хламідіоз, уrogenітальний мікоплазмоз та коросту

		2017	2018
1.	Кількість випадків трихомоніазу в області	1570	1473
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	127,9	121,1
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	107,1	97,6
2.	Кількість випадків хламідіозу в області	150	181
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	12,2	14,9
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	40,9	38,0
3.	Кількість випадків урогенітального мікоплазмозу в області	134	164
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	10,9	13,5
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	59,4	59,1
4.	Кількість випадків корості в області	102	101
	Захворюваність на 100 тисяч населення в області	8,3	8,3
	Захворюваність на 100 тисяч населення в Україні	20,4	17,6

Як видно з таблиці, в Черкаській області спостерігається покращення реєстрації хламідіозу та уrogenітального мікоплазмозу. В цілому по Україні, та і в нашій області в 2018 році спостерігається зниження захворюваності на трихомоніаз та коросту.

Показники роботи дерматовенерологічних ліжок

	Кількість ліжок	Робота ліжка		Оберт ліжка		Середній термін перебування на ліжку	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018
ЧОШВД	дорослих 55	269	271	20	19,8	13,5	13,6
	дитячих 5	645	530	34,6	38,6	18,6	13,7
	всього 60	301	293	21,2	21,4	14,2	13,7

Як видно з таблиці за звітний період у ЧОШВД спостерігається зменшення показника роботи ліжка. Середній термін перебування хворого на ліжку залишається на рівні нормативного показника.

Як і у попередні роки, лікарі дерматовенерологічної служби Черкаської області 20 квітня 2018 року брали участь у проведенні Всеукраїнського дня меланоми. За цей день в ЧОШВД оглянуто 67 пацієнтів, у яких діагностовано один випадок меланоми та один – раку шкіри.

У 2018 році четверо осіб працездатного віку отримало інвалідність з приводу дерматовенерологічної патології (м. Сміла – 3, Жашківський район – 1).

З метою покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри у 2018 році в роботу клініко-діагностичної лабораторії були запроваджені методики визначення біохімічних показників (глюкози, сечовини, креатиніну, холестерину) на фотометрі МБА-540 та визначення показників сечі на аналізаторі сечі DocUReader.

У роботу серологічної лабораторії була впроваджена методика обстеження на сифіліс методом аглютинації з використанням реактивів RPR-Carbon-DAC.

У роботу диспансерного відділення запроваджено спосіб лікування демодекозу та atopічного дерматиту, розроблений на базі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика та Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

У діяльність стаціонарного відділення впроваджено методику комбінованої терапії вугрової хвороби з урахуванням порушеного мікробіоценозу шкіри та показників ліпідного обміну, розробленої на базі Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Крім того, на базі обласного центру хронічних уретритів та уретропростатитів продовжується впровадження методу місцевого фізіотерапевтичного лікування за допомогою апарату АМУС-01-„ІНТРАМАГ“ та його приставок; електростимуляції для лікування хронічних уретритів та уретропростатитів специфічної та неспецифічної етіології.

Проблеми дерматовенерологічної служби

- Кадрове забезпечення служби – потребують укомплектування вакантні посади лікарів-дерматовенерологів у 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 гонорей.

Напрямки подальшої діагностики

- Впровадження в практичну роботу ЧОШВД способу видалення доброякісних та передпухлинних захворювань шкіри за допомогою медичного лазерного коагулятора.
- Активне впровадження методу епілюмінісцентної діагностики для обстеження осіб з пухлинними та передпухлинними захворюваннями шкіри.
- Покращення співпраці з лікарями-урологами та акушер-гінекологами з метою виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, у пацієнтів з хронічними запальними процесами сечостатевої сфери.
- Посилення контролю за васерманізацією амбулаторних хворих.

Інфекційна служба

Спеціалізована медична допомога інфекційним хворим надавалася у 25 стаціонарних установах області, зокрема в КНП „Черкаська міська інфекційна лікарня“, 4 міських лікарнях, 19 центральних районних лікарнях та КНП „Черкаська обласна психіатрична лікарня Черкаської обласної ради“ (відділення для пацієнтів з розладами психіки та поведінки в сполученні з інфекційними захворюваннями).

Всього в області розгорнуто 568 інфекційних ліжок, у т.ч. 323 ліжка для дорослих (у районах – 203, у містах – 120) та 245 інфекційних ліжок для дітей (у районах – 150, у містах – 95).

Інфекційні ліжка	Абсолютні числа		Забезпеченість на 10 тис. населення	
	2017	2018	2017	2018
для дорослих	311	323	2,56	2,65
для дітей	274	245	2,25	2,01

В структурі інфекційних стаціонарів та відділень виділені приміщення для госпіталізації хворих: мельцеровські бокси – 142, напівбокси – 61, палати – 77.

В інфекційних відділеннях Звенигородської, Жашківської, Кам'янської, Лисянської, Черкаської, Смілянської 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	2017	2018	Україна 2017
1.	Робота ліжка:			
	- для дорослих	274	298	264
	- для дітей	287	295	278
2.	Середнє перебування на ліжку:			
	- для дорослих	9,1	9,2	8,78
	- для дітей	7,4	7,8	6,63
3.	Оберт ліжка:			
	- для дорослих	29,9	32,8	30,11
	- для дітей	38,4	38,0	41,87

В 2018 році підвищилися показники роботи інфекційних ліжок для дорослих на 8,8%, інфекційних ліжок для дітей на 2,8 %.

У звітному періоді з великим перевантаженням працювали інфекційні ліжка для дорослих у Чигиринському (410), Лисянському (370), Чорнобаївському (369), Канівському (366), Звенигородському (354) та Шполянському (353) районах; ліжка для дітей – у м. Умань (375), Лисянському (361) та Корсунь-Шевченківському (346) районах.

Не виконується норматив роботи ліжка для дорослих у Золотоніському (192), Жашківському (195), Корсунь-Шевченківському (239), Тальнівському (246) районах та м. Ватутіне (219); ліжка для дітей у Тальнівському (166), Чорнобаївському (184), Шполянському (189), Кам'янському (190), Жашківському (197) та Канівському (211) районах.

Кількість пролікованих дорослих хворих у інфекційних стаціонарах збільшилась на 6,4% проти показників 2017 року, а дітей зменшилась на 5,3 %.

Матеріально-технічна база інфекційних стаціонарів залишається недостатньою. Близько 30% 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, Умань, Звенигородському, Маньківському, Тальнівському та Христинівському районах, реконструкції – 3 (у Жашківському, Кам'янському та Лисянському районах), нового будівництва – 1 (у Монастирищенському районі).

Кисневими концентраторами в достатній кількості забезпечені інфекційні відділення та стаціонари лише в містах Черкаси, Сміла, а також Маньківському, Драбівському, Уманському, Корсунь-Шевченківському та Чорнобаївському районах. Апарати ШВЛ наявні у 7 стаціонарах (м. Умань, Канівський, Катеринопільський, Христинівський, Черкаський, Шполянський та Чорнобаївський райони).

В цілому по області інфекційні стаціонари недостатньо забезпечені захисним одягом, м'яким та твердим інвентарем.

В звітному році покращилась матеріально-технічна база інфекційних відділень: м. Сміла (заміна вікон на пластикові), Звенигородської ЦРЛ (заміна вікон на пластикові, розпочато капітальний ремонт), Золотоніської 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 кабінетів інфекційних захворювань 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 не забезпечені термостатами, а в деяких відсутні холодильники.

Всього в інфекційній службі працює 58 лікарів-інфекціоністів – основних працівників (у т.ч. 13 – дитячих); штатних посад – 79,5, у т.ч. 16,0 – дитячих; зайнятих посад – 74,75, у т.ч. 15,5 – дитячих; укомплектованість штатних посад фізичними особами (73%), у т.ч. дитячих лікарів-інфекціоністів (81,3%) залишається на рівні попереднього року.

Відсутній лікар-інфекціоніст у Жашківському районі.

Забезпеченість лікарями-інфекціоністами на 10 тис. населення (за ф. №17) склала 0,52, у т.ч. інфекціоністами дитячими – 0,11 (2017 – 0,54 та 0,11 відповідно; Україна 2017 – 0,56 та 0,13 відповідно).

Питома вага атестованих лікарів-інфекціоністів у 2018 році складає 77,8% (Україна 2017 – 71,0%), у т.ч. дитячих – 84,6% (Україна 2017 – 73,5%). Зокрема, 30 (61,2%) лікарів мають вищу кваліфікаційну категорію, 11 (22,5%) – першу, 8 (16,3%) – другу; лікарів-спеціалістів – 14 (22,2%) осіб.

За спеціальністю „Інфекційні хвороби“ 1 лікар проходить інтернатуру.

Аналіз інфекційної захворюваності

Впродовж 2018 року в області не реєструвались випадки захворювань на холеру, черевний тиф, бруцельоз, сибірку, рикетсіози, висипний тиф, геморагічні гарячки, поліомієліт, сказ, туляремію, дифтерію та правець.

Враховуючи результати епідеміологічного моніторингу, епідситуацію з окремих інфекцій слід оцінювати, як нестійку.

Відмічається зростання захворюваності на кір, кашлюк, вітряну віспу, вірусний менінгіт, хворобу Лайма, гострий і хронічний вірусний гепатит В, хронічний гепатит С, лептоспіроз.

Враховуючи особливості епідемічного процесу в області, недостатню вакцинацію серед населення, а також реєстрацію випадків носійства нетоксигенного штаму дифтерії у попередні роки, існує висока ймовірність виникнення випадків дифтерії, викликаной токсигенними збудниками.

В області за 12 місяців 2018 року зареєстровано 201656 випадків інфекційних захворювань, інтенсивний показник на 100 тис. населення становить 16573,6, що вище на 6,7% порівняно з аналогічним періодом минулого року.

В структурі інфекційної захворюваності (без носіїв, грипу та ГРІ) більше половини хворих становлять **гострі кишкові інфекції** (далі – ГКІ), яких зареєстровано 3078 випадків (що на 6,0 % менше, ніж у минулому році), або 252,97 на 100 тисяч населення проти 263,89 у 2017 році. Найвищі показники захворюваності на ГКІ зареєстровано у мм. Черкаси – 500,07, Умань – 398,09, Сміла – 297,57, Катеринопільському – 322,35, Жашківському – 247,4 та Черкаському – 229,95 районах. Питома вага захворілих дітей складає 60,5%, що становить 924,18 на 100 тисяч населення (на 11,9% нижче порівняно з 2017 роком). Рівень захворюваності серед дітей значно перевищує обласний показник у мм. Черкаси (2158,78), Умань (1886,35).

На 22 адміністративних територіях області зареєстровано 298 випадків **сальмонельозу**, інтенсивний показник 24,5 на 100 тисяч населення, що менше на 12,9%, ніж в 2017 році. Найвищі показники зареєстровано в: Уманському районі – 65,0, м. Умань – 45,7, м. Черкаси – 40,9, Черкаському районі – 32,3, м. Ватутіне – 29,4, Кам'янському районі – 26,1. Серед захворілих 34% дітей до 17 років. Інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 49,6, що на 16% менше порівняно з 2017 роком.

У звітному періоді зареєстровано 6 випадків захворювання на **шигеліоз** проти 22 у 2017 році та виявлено двох носіїв збудника шигеліозу (Золотоніський р-н), як і в попередньому році.

Захворюваність на **гастроентероколіти** встановленої етіології становила 134,1 на 100 тис. населення (2017 – 130,3), на гастроентероколіти невстановленої етіології – 89,8 (2017 – 99,4). Показник етіологічної розшифровки ГЕКів покращився і становить 59,9% проти 56,7% у попередньому році.

Всього на 17-ти адміністративних територіях області виявлено 565 хворих на ротавірусну інфекцію, зокрема: мм. Черкаси – 299, Сміла – 58, Умань – 25, Городищенському – 46, Канівському – 42, Черкаському – 33, Кам'янському – 16, Манківському – 13, Чорнобаївському і Драбівському районах - по 6, Уманському – 5, Монастирищенському – 4, Смілянському, Лисянському та Звенигородському

районах – по 3, Чигиринському районі – 2, Тальнівському районі – 1. Інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 46,4, що на 15,2% нижче порівняно з аналогічним періодом минулого року. Серед захворілих 93,3% дітей віком 0-17 років, інтенсивний показник – 261,6 на 100 тисяч населення, що на 18,9 % нижче, ніж у 2017 році. Разом з цим в 7 районах області (Шполянському, Христинівському, Корсунь-Шевченківському, Катеринопільському, Золотоніському, Жашківському районах та м. Ватутіне) відсутня реєстрація ротавірусної інфекції, тому можливе значно більш широке її виявлення при запровадженні належної діагностики.

Необхідно зазначити, що з початку 2018 року в області зареєстровано **6 групових випадків захворювань** на кишкові інфекції (м. Черкаси – 4, м. Умань – 2), внаслідок яких постраждало 30 осіб, у т.ч. 29 дітей до 15 років. За результатами лабораторних досліджень у 4-х етіологічним фактором був ротавірус, у 2-х – норовірус. П'ять спалахів виникло у дитячих навчально-виховних закладах, один у школі.

В області за 2018 рік відмічається зниження захворюваності на **гострий вірусний гепатиту А** на 19,7 % (зареєстровано 49 випадків, інтенсивний показник – 4,03 на 100 тис. населення проти 61 та 4,92 відповідно в 2017 році), але відмічається зростання захворюваності на **гострий вірусний гепатит В** на 13,6% (зареєстровано - 50 випадків, інтенсивний показник – 4,11 на 100 тис. населення проти 44 та 3,55 відповідно в 2017 році). За 2018 рік зареєстровано 12 випадків **гострого вірусного гепатиту С** (інтенсивний показник – 0,99 на 100 тис. населення), що на рівні показника захворюваності за 2017 рік.

Відмічається зниження захворюваності на **краснуху** на 53,8%, інтенсивний показник становить 0,5 на 100 тис. населення (6 випадків проти 13 в 2017 році) та на **епідемічний паротит** на 21% (11 випадків проти 14 в 2017 році), інтенсивний показник – 0,9 на 100 тисяч населення.

У 2018 році зареєстровано 362 випадки **кору**, показник захворюваності на 100 тис. населення – 29,8, а за 2017 рік виявлено лише 9 випадків. Хвороба реєструвалась на 21 адміністративній території. Найвищі показники захворюваності зареєстровано в: Жашківському – 156,7, Городищенському – 85,7 районах, м.Умань – 72,2, Золотоніському – 60,6, Уманському – 51,1, Лисянському – 39,0 районах. За звітний період локалізовано та ліквідовано 7 спалахів кору (в Золотоніському районі – 3, м. Черкаси – 2, Уманському та Тальнівському районах – по 1) внаслідок яких постраждало 42 особи, у т.ч. дітей віком 0-17 років – 20. Діагноз лабораторно підтверджений у 26 осіб, не були щеплені – 20. В осередках проведені відповідні протиепідемічні та профілактичні заходи. Серед населення проводиться санітарноосвітня робота з питань імунопрофілактики захворюваності на кір із залученням засобів масової інформації.

В 2018 році випадків **правцю** не було, в 2017 році реєструвався 1 випадок правцю у дорослого (32 роки), дані про щеплення відсутні.

В 2018 році в області спостерігається зростання захворюваності на **кашлюк** на 28% (32 випадки проти 25 в 2017). Зареєстровані випадки у: мм. Черкаси – 18, Умань – 7, Ватутіне – 1 та 6 в Кам'янському районі, інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 2,6 (2017 – 2,0).

У звітному періоді виявлено 6 випадків захворюваності на **краснуху** (м. Черкаси – 5, Маньківський район – 1), що на 7 випадків менше, ніж у 2017 році, інтенсивний показник – 0,5, (2017 – 1,05).

Зареєстровано 10 випадків захворювань на **вірусний менінгіт**, у тому числі: м. Черкаси – 7, м. Сміла – 2 та Золотоніський район – 1, інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 0,8 (2017 – 5 випадків, інтенсивний показник – 0,4).

За звітний період в області виявлено 3 випадки **менінгококової інфекції**, інтенсивний показник на 100 тисяч населення – 0,25, що відповідає рівню попереднього року. Нозологія реєструвалась у м. Сміла, Канівському та Монастирищенському районах.

Відмічається зниження захворюваності на **інфекційний мононуклеоз** на 1,7% (з 234 випадків у 2017 до 230 у звітному). Практично на рівні минулого року залишилась захворюваність на **скарлатину** (437 випадків проти 439 в 2017 році). Проте, зросла захворюваність на **вітряну віспу** з 297,6 на 100 тис. населення у 2017 році до 330,9 у 2018 році).

Захворюваність на **хворобу Лайма** збільшилась на 58,1%. Зареєстровано 509 випадків захворювання проти 322 у 2017 році (інтенсивні показники – 41,8 та 25,9 на 100 тис. населення відповідно). Хвороба Лайма реєструвалась на 19 адмінтериторіях області. Кількість хворих в м. Черкаси становить 45,6 % від зареєстрованих в області. Активно виявляються хворі в Канівському, Корсунь-Шевченківському, Городищенському, Кам'янському районах та м. Умань. Слід зауважити, що відсутність випадків захворюваності на хворобу Лайма в м. Ватутіне, м. Сміла, Жашківському, Христинівському та Катеринопільському районах може свідчити про недостатнє проведення діагностики та низький рівень санітарно-освітньої роботи серед населення.

Грип та гострі респіраторні вірусні інфекції залишаються найбільш розповсюдженими інфекціями.

Щорічно в структурі загальної інфекційної захворюваності вони становлять більше, ніж 97%. У 2018 році рівень захворюваності на **ГРІ** зріс на 7,1% (195792 випадки, інтенсивний показник на 100 тис. населення – 16091,6 проти 182754 та 14730,1 відповідно в 2017 році), але зменшився на **грип** на 68,4% (210 випадків, інтенсивний показник 17,26 проти 664 та 53,52 відповідно в 2017 році).

Впродовж епідемічного періоду 2018-2019 років медична допомога хворим на грип і ГРВІ надається згідно з наказом УОЗ ЧОДА від 01.10.2018 №1000 „Про порядок виконання комплексного плану заходів щодо попередження захворювань на грип та ГРІ серед населення області на епідсезон 2018-2019 років та госпіталізацію хворих на грип та ГРІ“.

Станом на 15.01.2019 в лікувально-профілактичних закладах області наявний запас препаратів противірусної дії на суму 248,6 тис.грн, у тому числі „Таміфлю“ – на суму 233,0 тис.грн, антибактеріальних засобів – на суму 4039,4 тис.грн., інших лікарських засобів на суму – 2259,5 тис.грн, засобів індивідуального захисту (маски, рукавички) на суму – 698,4 тис.грн, дезінфікуючих засобів на суму – 1196,5 тис.грн.

З 01.10.2018 лікувальними закладами здійснюється щотижневе інформування до територіальних управлінь Держсанепідслужби в Черкаській

області щодо кількості виявлених випадків захворювань на грип та ГРВІ серед населення області.

Продовжується робота щодо реєстрації **хронічних вірусних гепатитів**, яка в Україні офіційно почалась з липня 2009 року.

За приблизними експертними оцінками ВООЗ в Україні на гепатит С інфіковано близько 3% громадян, що складає понад 1,2 млн. осіб, а під час вибіркового моніторингу груп ризику інфікованість вірусом гепатиту С перевищує середньосвітові показники і досягає 40-60%. Більшість інфікованих вірусом гепатиту С – особи працездатного та репродуктивного віку.

За офіційними даними ДУ „Черкаський обласний лабораторний центр МОЗ України“ впродовж 2010 – 2018 років в області зареєстровано 373 хворих на **хронічний вірусний гепатит В** та 1493 хворих на **хронічний вірусний гепатит С**, проте, станом на 01.01.2019 під диспансерним наглядом перебуває 508 хворих на хронічний вірусний гепатит В та 2188 хворих на хронічний вірусний гепатит С.

На базі КНП „Черкаська міська інфекційна лікарня“ продовжується формування та щоквартальне оновлення реєстру хворих на хронічні вірусні гепатити (далі – ХВГ) та проведено ретроспективний аналіз даних про захворюваність за останні 5 років.

Всього на обліку в обласному реєстрі хворих на ХВГ „В“ і „С“ перебуває 2735 осіб, із яких хворих на ХВГ „С“ – 2188 осіб, у тому числі 297 осіб з ко-інфекцією (ХВГ „С“ + ВІЛ-інфекція), хворих на ХВГ „В“ – 508 осіб, з них 11 з ко-інфекцією (ХВГ „В“ + ВІЛ-інфекція), ХВГ „В+С“ – 39 осіб, з них 6 з ко-інфекцією (ХВГ „В + С“ + ВІЛ-інфекція).

В рамках виконання Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів впродовж 2018 року за кошти державного бюджету отримали лікування 46 осіб, з них 43 хворих на ХВГ „С“, 2 хворих на ХВГ „В“ та 1 хворий на ХВГ „В+С“. (2017 р. отримали лікування 94 особи, з них 89 хворих на ХВГ „С“ (в т.ч. 5 з ко-інфекцією (ХВГ „С“ + ВІЛ-інфекція) та 5 хворих на ХВГ „В“).

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 401 особу на вірусні гепатити „В“ і „С“, із яких у 18 виявлено позитивний результат на вірусний гепатит „В“ та 92 позитивних результати на вірусний гепатит „С“. Пацієнтів з позитивними результатами тестування було скеровано на консультації та дообстеження до лікарів-спеціалістів медичних закладів області.

Консультативна допомога населенню області у разі необхідності забезпечується спеціалізованими бригадами комунальної установи „Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради“, у складі яких 8 лікарів-інфекціоністів, у тому числі 3 дитячих.

З метою організації та проведення протиепідемічних і профілактичних заходів проти особливо небезпечних інфекцій в області розроблені та затверджені у встановленому порядку комплексні плани санітарної охорони території від

завозу і розповсюдження карантинних інфекцій, профілактики зооантропонозних інфекцій та висипного тифу на 2016-2018 роки.

Питання готовності лікувально-профілактичних закладів до роботи в умовах ускладнення епідемічної ситуації щодо карантинних інфекцій знаходиться на постійному контролі. На засіданні колегії УОЗ ЧОДА 05.07.2018 розглянуто питання „Про стан готовності до роботи в умовах епідускладень з холери, інших карантинних інфекцій у медичних закладах Звенигородського, Шполянського та Христинівського районів“.

Проблеми, що потребують вирішення:

1. Дотримуватись нормативного показника зайнятості інфекційних ліжок.
2. Продовжити роботу щодо формування реєстру хворих на хронічні вірусні гепатити з щоквартальним оновленням даних.
3. Забезпечити виконання Державної цільової соціальної програми профілактики діагностики та лікування вірусних гепатитів.
4. Вжити заходів щодо своєчасного направлення хворих на стаціонарне лікування з метою зменшення навантаження на бригади ТЦЕМД.
5. Забезпечити перегляд локальних протоколів (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

Заперечити значення вакцинації для здоров'я населення всього світу неможливо. Щорічно в усьому світі імунізація рятує більше 1,5 мільйона людей і ще мільйони стають захищеними від тяжких захворювань та інвалідності (оцінка ВООЗ, 2012). Завдяки щепленням інфекційна захворюваність значно зменшилась, але поновлення інфекцій, які можна контролювати засобами вакцинації, викликає стурбованість.

Показники захворюваності на інфекційні хвороби, керовані засобами специфічної профілактики в 2016-2018 роки:

Нозологія	2016		2017		2018	
	обл.	Україна	обл.	Україна	обл.	Україна
Дифтерія	-	0,01	-	-	-	0,02
Кашлюк	3,85	7,32	2,02	5,82	2,63	5,22
Правець	-	0,02	0,08	0,04	-	0,04
Поліомієліт	-	0,01	-	-	-	-
Краснуха	0,64	0,35	1,05	0,38	0,49	0,55
Кір	0,08	0,24	0,73	11,23	29,75	125,47
Паротит	0,64	1,03	1,13	0,79	4,96	0,92
Вірусний гепатит В	3,55	3,43	3,55	3,34	4,11	3,42
Туберкульоз органів дихання	47,39	50,75	45,46	48,08	42,00	46,69

Протягом 2018 року в області не реєструвалися захворювання на поліомієліт, правець та дифтерію. Відмічається зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання і кашлюк. Водночас спостерігається підвищення захворюваності на кір і епіпаротит. Впродовж 2018 року зареєстровано 362 випадки кору, що складає 29,75 на 100 тис. населення.

Невід'ємною складовою успіху в проведенні щеплень є достатнє і планомірне забезпечення імунобіологічними препаратами (далі – ІБП).

У 2018 р. в Черкаській області потреба в ІБП для проведення планових щеплень склала 711127 доз. На початку року залишки ІБП в закладах охорони здоров'я становили 564617 доз, отримано з державного бюджету 425143 дози, закуплено за кошти місцевих бюджетів – 2461 дозу та за інші кошти (батьків) – 3732 дози, таким чином забезпечення ІБП склало 140,1 % від усієї річної потреби.

Забезпечення імунобіологічними препаратами в 2018 році

Назва вакцин та анатоксинів	Потреба на 2018 р.	Залишок на 01.01.18	Отримано			
			з Держ-бюджету	місц. бюдж.	інш. кошти	% від річної потреби
Дифтерії, правця (АДП)	14510	21012	2040		30	159,1
Дифтерії, правця з зменшеним вмістом антигену (АДП –м)	239670	298376		90	401	124,7
Туберкульозу (БЦЖ)	52280	43010	66740			209,9
Поліомієліту (жива) (ОПВ)	68110	81023				119,0
Кору, паротиту, краснухи (КПК)	37482	15109	43614		46	156,8
Вірусного гепатиту В (ВГВ)	88292	10876	106848		26	133,4
Кашлюку (цільноклітинна), дифтерії, правця (АКДП)	104080	85534	107360			185,3
Кашлюку (ацелюлярна), дифтерії, правця (АаКДП)	7291	0			2306	31,6
Кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту (інактивована) та гемофільної інфекції Пентаксим (АаКДП+НІВ+ІПВ)	20259	50			774	4,1
Вакцина проти гемофільної інфекції	35758	2010	61220		70	177,0
Вакцина проти поліомієліту (інактивована), Імовакс-Поліо	36490	7570	36570		10	121,0
Вакцина для профілактики сказу	6905	47	751	2371	69	46,9
Всього	711127	564617	425143	2461	3732	140,1

Забезпечення закладів охорони здоров'я області по різних видах ІБП складає від 4,1% (вакцина для профілактики кашлюку, дифтерії, правця – Пентаксим) до 209,9% (БЦЖ).

За рахунок залишків вакцин з попереднього року та надходжень впродовж звітнього року проводилися профілактичні щеплення, відповідно до Календаря.

Обсяги щеплень виконано (у відсотках):

Вид щеплення	2016		2017		2018	
	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.	Обл.	Укр.
проти туберкульозу у новонароджених	74,8	72,3	97,1	83,6	78,4	84,0
проти кашлюку, дифтерії та правцю у дітей до року	28,8	21,0	72,8	53,2	74,6	67,5
проти кашлюку, дифтерії та правцю у 18 місяців	39,1	23,1	74,5	51,2	71,8	66,1
проти поліомієліту у дітей до 1 року	55,7	60,8	64,1	51,9	77,6	69,2
проти поліомієліту у 18 місяців	61,4	66,4	86,1	71,4	82,7	67,8
проти поліомієліту у 6 років	71,2	85,7	84,7	88,2	92,6	81,3
проти поліомієліту у 14 років	78,0	79,9	90,8	88,1	92,0	80,2
проти дифтерії, правцю у 6 років	67,2	59,1	95,7	83,5	86,5	83,4
проти дифтерії, правцю у 16 років	62,6	56,1	83,3	76,7	73,9	77,9
проти дифтерії, правцю дор. населенню	10,6	20,7	21,2	44,8	69,1	55,6
проти гепатиту В-1 у новонароджених	71,3	65,0	99,1	77,4	84,3	82,9
проти гепатиту В-3 до 1 року	23,7	28,8	64,5	57,0	70,8	65,2
проти гемофільної інфекції до 1 року	46,3	36,0	47,5	34,8	60,5	51,1
проти гемофільної інфекції у 1 рік	87,4	51,6	75,0	44,5	68,4	57,7
проти кору, паротиту та краснухи у 1 рік	63,6	45,5	96,3	93,3	87,6	91,0
проти кору, паротиту та краснухи у 6 р.	27,4	30,2	99,7	90,7	95,8	89,5

Позитивом є те, що протягом 2018 року з 31 показника охоплення щепленнями по програмі „УкрВак” 24 - перевищують показники по Україні.

У 2018 році в області, як і по Україні, продовжилась посилена імунізація проти кору серед дитячого населення. З липня 2018 року розширені вікові категорії дітей до 18 років, у яких немає захисту від інфекції. Станом на 01.01.2019 кількість таких осіб в Черкаській області склала 29547 осіб разом з плановими категоріями. В зв'язку з реєстрацією нових випадків захворюваності на кір і неблагополучною епідситуацією в Україні посилені заходи з імунізації проти кору подовжені на 2019 рік.

Певним чином на показники щеплень впливають відмови батьків від вакцинації. Так, серед 10482 дітей до двох років життя, запланованих на декілька видів щеплень, відмовилися від вакцинації проти кашлюку, дифтерії та правця 1948 осіб, проти поліомієліту – 850, проти гепатиту В – 701, проти туберкульозу – 1253, проти кору, краснухи та епідпаротиту – 583, проти гемофільної інфекції – 447. Аналогічна ситуація з „відмовниками“ і в інших вікових групах.

Щодо медичних протипоказів, то за 12 місяців роботи їх кількість є незначною, на рівні 1,6% – 4% від підлягаючих щепленню, в абсолютних цифрах – від 102 до 226 осіб щомісячно. Особливо високі відсотки медичних протипоказів до щеплень спостерігаються в період сезонного зростання захворюваності на грип та ГРІ.

Обсяги щеплень дітей до року в 2018 році (у %)

Адмінтериторія / заклад	Проти кашлюку, дифтерії та правцю	Проти поліомієліту	Проти кору, паротиту та краснухи	Проти гепатиту В-3
м. Черкаси	69,1	68,9	87,3	59,7
м. Сміла	52,3	64,9	79,1	59,1
м. Умань	85	78,5	76,1	73,5
м. Ватутіне	47,8	81,9	88,2	44,2
Городищенський	89,5	100,0	99,3	91,1
Драбівський	85,6	90,4	100,0	62,8
Жашківський	66,7	60,9	68,2	62,4
Звенигородський	61,2	72,9	91,6	61,5
Золотоніський міський ЦПМСД	100,0	100,4	96,7	97,4
К-Шевченківський	99,2	91,3	91,2	81,1
Канівський	62,4	72,2	89,4	77,2
Кам'янський	77,2	88,6	100,0	73,4
Катеринопільський	71,6	69,7	89,3	72,5
Лисянський	97,8	101,4	100,0	95,7
Маньківський	72,8	115,0	99,5	78,0
Монастирищенський	76,9	86,6	95,6	72,4
Смілянський	71,7	75,9	62,5	68,9
Тальнівський	96,7	96,7	74,0	103,3
Уманський	48,1	44,1	87,7	53,8
Христинівський	71,9	71,9	95,3	67,5
Черкаський	73,7	69,8	88,4	72,0
Чорнобаївський	82,9	90,2	90,3	88,9
Чигиринський	68,8	78,6	91,2	51,4
Шполянський	98,1	93,9	90,0	104,6
Білозірський ЦПМСД	72,3	97,6	100,0	68,7
Золотоніський районний ЦПМСД	95,7	100,0	100,0	100,0
Область	74,6	77,6	87,5	70,8
Україна	67,5	69,2	91,0	65,2

В установах охорони здоров'я області ведеться контроль за поствакцинальним періодом у щеплених осіб та моніторинг несприятливих подій після імунізації (НППІ). За 2018 рік із виконаних 368513 щеплень в різних вікових категоріях різними ІБП зареєстровано 8972 НППІ, що складає 2,4 %, в т.ч. зареєстровано 8 випадків серйозних побічних реакцій, які привели до госпіталізації дітей. Карти-повідомлення щодо НППІ і госпіталізації дітей були подані: Черкаська дитяча міська лікарня – 4 випадки, Черкаська обласна дитяча лікарня – 1, Звенигородська ЦРЛ – 1, Уманська міська дитяча лікарня – 1, Тальнівська ЦРЛ – 1. Всі випадки розслідувані комісійно. Відповідно до оформлених протоколів з 8 випадків – 4 госпіталізації, пов'язані з властивостями вакцини, 1 – переконливих даних недостатньо для встановлення зв'язку між вакцинацією і госпіталізацією, 3 – комісії визнали, як „випадкову подію”, оскільки заключні діагнози після госпіталізації з приводу НППІ це ГРВІ, тонзилофарингіт, ринофарингіт, вроджена вада розвитку – гіпоплазія

жовчовивідних шляхів, гепатоспленомегалія, контактний дерматит, інфекційний мононуклеоз, гастроентероколіт, харчова токсикоінфекція, сальмонельоз. Випадки групових реакцій після застосування вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного у 2018 році в області не реєструвалися.

Проблемні питання організації проведення імунізації населення:

- 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 гальмує виконання планів профілактичних щеплень та не дає можливості прогнозувати виконання вакцинації;
- всі лікувально-профілактичні установи, 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, гальмує подачу звітів в програмі „УкрВак“, щотижневих звітів по посиленій імунізації проти кору;
- є проблеми із забезпеченням медичними кадрами, які задіяні в проведенні імунізації населення.

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;
- ✓ 20 пунктів постійного базування бригад ШМД;
- ✓ 7 пунктів тимчасового базування бригад ШМД.

Станом на 01.01.2019 року в Центрі всього затверджено 1584,0 (2017 – 1588,0) штатних посад, у тому числі:

- ✓ лікарські посади – 133,25 (2017 - 147,25);
- ✓ посади молодших спеціалістів з медичною освітою – 787,75 (2017 – 782,75);
- ✓ посади молодшого медичного персоналу – 64,75 (2017 – 66,0);
- ✓ посади іншого персоналу – 598,25 (2017 – 592,0), з них – 505,25 (2017 – 499,5) посад водіїв ШМД.

В 2018 році порівняно з минулим роком в Центрі відбулося зменшення загальної кількості штатних посад на 4 одиниці, у тому числі:

- на 14 одиниць зменшилась кількість лікарських посад;
- на 5 одиниць збільшилась кількість посад молодших спеціалістів у рамках виконання вимог постанови Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1114 (п.п. 6.7. Типового положення про бригаду екстреної (швидкої допомоги);
- на 1,25 зменшилась кількість штатних посад молодшого персоналу;
- на 6,25 одиниць збільшилась кількість штатних посад іншого персоналу.

Лікарями служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) забезпечена недостатньо – забезпеченість штатними посадами лікарів складає 1,1 (2017 – 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 6,5 (2017 - 6,4) на 10 тис. населення.

За стажем роботи та віком персонал служби екстреної медичної допомоги області у звітному періоді розподіляється наступним чином:

- кількість фізичних осіб – 1324 (2017 – 1320);
- кількість осіб передпенсійного віку – 73 (2017 – 90);
- кількість осіб пенсійного віку – 219 (2017 – 199);
- кількість осіб зі стажем роботи менше 3-х років – 205 (2017 – 208).

Питома вага атестованих лікарів Центру складає 80,6% – з 98 фізичних осіб лікарів 79 мають кваліфікаційні категорії: 56 – вищу, 18 – першу та 5 – другу.

З 674 молодших медичних спеціалістів 499 мають кваліфікаційні категорії: 354 - вищу, 73 – першу та 72 – другу. Питома вага атестованих молодших медичних спеціалістів складає 74%.

Станом на 01.01.2019 року в Центрі функціонує 101 бригада (2017 – 100) ШМД – 25 лікарських та 76 фельдшерських.

У зв'язку зі зменшенням кількості лікарів у 2018 році змінилось співвідношення лікарських та фельдшерських бригад. Кількість лікарських бригад зменшилось на 4 бригади, а кількість фельдшерських бригад збільшилось на 5 бригад. Склад бригад залишився попередній: лікарська та фельдшерська бригади в своєму складі замість 2-х фельдшерів мають тільки одного фельдшера.

Забезпеченість бригадами ШМД в середньому по області складає 0,8 (2017 – 0,81) на 10 тис. населення при нормативі 1,0.

Середньодобове навантаження на бригади ШМД

	2017 рік	2018 рік
Лікарська бригада	10,9	10,7
Психіатрична бригада	15,3	14,5
Фельдшерська бригада	10,3	8,3
Загальне навантаження	11	9,4

У 2018 році навантаження на всі бригади ШМД зменшилось. Фактично, з різних причин в цілодобовому режимі працювали не всі 101 бригада, а в середньому 94 бригади (через відсутність працівника, поломку автомобіля, тощо), в результаті чого в дійсності навантаження на бригади більше.

За 2018 рік бригадами ШМД області за викликами здійснено 251745 виїздів, що на 40684 виїзди (або на 13,9%) менше, ніж за попередній рік (2017 - 292429) і становить 2069 на 10 тис. населення проти 2382 у 2017 році.

У звітному періоді медична допомога бригадами ШМД всього була надана 239260 особам, що складає 1966 на 10 тис. населення (2017 – 278806 та 2271 відповідно), у тому числі сільському населенню – 64517 особам, що складає 1212 на 10 тис. населення (2017 – 75309 та 1417 відповідно).

Показники доїзду бригад ШМД до пацієнтів у звітному періоді дещо покращились, а саме показник доїзду до пацієнта до 10 хвилин з моменту звернення поліпшився на 0,4% і в 2018 році складає 97,4% проти 97,0% в попередньому році. Показник прибуття на виїзд до 20 хвилин у сільській місцевості залишився на рівні попереднього року і складає 90,6%.

Виїзди до хронічних хворих у 2018 році також залишилися на рівні попереднього року і складають 1,9%, що менше відповідного нормативного показника (3,2%).

Основні показники діяльності КУ „ОЦЕМД та МК ЧОР“

№ з/п	Показники		2017 рік	2018 рік	Динаміка
1	Кількість виконаних виїздів бригадами ШМД		292429	251745	Зменшення на 40684 виїзди (13,9%)
2	Обсяг швидкої та невідкладної допомоги на число виконаних виїздів (на 10 тис. нас.)		2382	2069	Зменшення на 313 виїздів
3	Доїзд до пацієнта	до 10 хв. (у %)	97%	97,4%	Збільшення на 0,4%
		до 20 хв. (у %)	90,6%	90,6%	Без змін
4	Середньодобове навантаження на бригаду ШМД		11,0	9,4	Зменшення на 0,3%
5	Безрезультатні виїзди		8635 (2,9%)	7765 (3%)	Збільшення на 0,1%
6	% виїздів до хворих з хр. захворюван.		1,9%	1,9%	Без змін
7	Повторні виклики (у %)		2,0%	1,8%	Зменшення на 0,2%
8	% ЕКГ, виконаних хворим кардіологічного профілю		99%	98%	Зменшення на 1%
9	Якісні показники госпіталізації	% відмов	7,1%	8,0%	Збільшення на 0,9%
		% розходжень	2,6%	3,0%	Збільшення на 0,4%
10	Кількість пацієнтів, доставлених до стаціонарів для госпіталізації		68358	61095	Зменшення на 11%

Кількість пацієнтів, доставлених бригадами ШМД для госпіталізації в стаціонари, впродовж 2018 року склало 61095 осіб, що на 7263 особи менше порівняно з 2017 роком, тобто на 11%. Проте слід відмітити про збільшення кількості госпіталізованих пацієнтів на гострий коронарний синдром. Так, у 2018 році госпіталізовано 669 осіб – 97% (у 2017 році 736 осіб – 93%), з них – з

елевацією ST для проведення ПКВ в Черкаській обласний кардіологічний центр - 211 осіб (32%) від госпіталізованих та до інших медичних установ – 458 (68%).

Відповідні показники у 2017 році склали: в ЧОКЦ – 142 (19,3%), до інших медичних установ - 594 (80,7%). Таким чином, у 2018 році на 69 пацієнтів (або на 12,7%) більше отримали радикальне лікування.

Також у 2018 році на 176 осіб, або на 4,4% збільшилась кількість госпіталізованих пацієнтів на гостре порушення мозкового кровообігу.

У 2018 році на 386 виїздів (або на 15%) зменшилась кількість виїздів бригад ШМД на випадки, що закінчилась летально:

- там, де зафіксована смерть до приїзду бригади ШМД, відмічається зменшення виїздів на 406 (17%);

- там, де зафіксована смерть у присутності бригади ШМД, відмічається збільшення виїздів на 20 випадків (8,5%).

Також у 2018 році на 190 виїздів (або на 18%) зменшилась кількість виїздів бригад ШМД з приводу дорожньо-транспортних пригод (ДТП). Відповідно відмічається зменшення на 193 особи (або на 18 %) кількості потерпілих, які були доставлені до медичних установ області. У звітному періоді зареєстровано 5 осіб, які померли в присутності бригад ШМД після ДТП (2017 – 6). Всього після ДТП було зареєстровано 60 випадків смерті, що на 32 випадків менше, ніж у 2017 році.

Хоча матеріально-технічна база Центру постійно поновлюється, проте цього вкрай недостатньо.

Показник забезпеченості бригад ШМД засобами зв'язку складає лише 44% при 50% у 2017 році.

Забезпечення автомобілями ШМД складає 0,5 на 10 тис. населення. Загальна кількість автомобілів ШМД в Центрі не змінилась порівняно з 2017 роком, проте їх якість значно погіршилась: лише у звітному періоді на 13 одиниць збільшилась кількість автомобілів з терміном експлуатації понад 10 років, на 8 одиниць збільшилась кількість автомобілів ШМД, що підлягають списанню.

Для сталої роботи служби ЕМД (ШМД) області необхідно суттєво оновити парк автомобілів ШМД та придбати 93 автомобіля ШМД за вимогами ДСТУ 7032:6009, а саме:

- тип А – 4 автомобіля ШМД;
- тип В – 48 автомобілів ШМД;
- тип С – 41 автомобіль ШМД.

Умови зберігання автомобілів у 2018 році також погіршилися: зменшилась кількість автомобілів ШМД, що зберігаються в гаражах та збільшилась кількість, що знаходяться на відкритих стоянках, аж на 31 автомобіль. Це пов'язане з тим, що приміщення гаражів орендувалися, а при зміні власника в оренді було відмовлено.

Бюджет Центру у 2018 році складає: поточні видатки – 183591,36 тис. грн, капітальні видатки – 4910,44 тис. грн.

Лікарськими засобами та виробами медичного призначення бригади ШМД забезпечені на 100% – у 2018 році на один виклик затрачено 18,58 грн, у 2017 році було затрачено 15,62 грн (більше на 2,96 грн).

Середня вартість виїзду бригади ЕМД (ШМД) у звітному періоді склала 729,28 грн, а з урахуванням видатків по бюджету розвитку – 748,78 грн.

Для забезпечення роботи служби ЕМД області, для вчасного, адекватного та в повному обсязі надання екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим необхідно вирішити наступні нагальні питання:

- укомплектування Центру необхідним персоналом: згідно штатному розпису на 101 бригаду не вистачає 40 осіб лікарів (забезпеченість 72%) та 78 осіб водіїв (забезпеченість 84%);
- центральна диспетчерська – не виділено приміщення, відсутнє обладнання диспетчерської, єдина оперативно – диспетчерська служба не створена, виділені кошти на проектно – кошторисну документацію;
- створення умов для ефективного функціонування установи - проведення ремонтних робіт приміщень станцій, підстанцій та пунктів базування бригад ШМД, а саме: ремонт і утеплення приміщень, ремонт інженерних мереж (водопостачання, тепlopостачання, електрична мережа) Черкаської СШМД; ремонт приміщень Золотоніської підстанції Лівобережної СШМД із заміною вікон, ремонт даху; ремонт приміщень з заміною вікон Смілянської СШМД;
- оновлення автопарку на 93 автомобілі ШМД;
- забезпечення бригад ШМД медичною апаратурою відповідно до потреби (необхідно придбати 56 дефібриляторів, 49 електрокардіографів та 86 апаратів для штучної вентиляції легень).

Служба крові

Служба крові – розділ трансфузіології, що вивчає і реалізує на практиці заготівлю, сертифікацію, перероблення, зберігання та розподілення, транспортування компонентів, препаратів та реагентів з донорської крові та забезпечує безпеку цих процесів.

Відповідно до Рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я основне завдання служби крові полягає в ефективному та достатньому потребам системи охорони здоров'я країни забезпеченні оптимальної діяльності закладів охорони здоров'я максимально безпечними для пацієнтів компонентами крові; а основною метою діяльності є висока якість, безпечність, біологічна повноцінність та клінічна ефективність всієї продукції.

Ці аспекти відносять службу крові до першочергових стратегічних питань національної безпеки країни і вимагають постійного контролю.

Номенклатура компонентів крові, які виготовляються в області на даний час, не змінена і включає 12 найменувань.

У 2018 році медичними закладами області було заготовлено 6498,8 л

консервованої донорської крові та її компонентів, що складає 5,3мл в перерахунку на одного мешканця (2017 – 6,5, Україна – 6,2).

В ряді районів цей показник значно нижче: Драбівському – 1,8, Тальнівському – 2,0, Чигиринському – 1,4, м. Ватутіне – 2,0.

Забезпечення закладів охорони здоров'я компонентами донорської крові мало дві складові: компоненти, отримані з крові, яка заготовлена безпосередньо закладами області, та компоненти, отримані від заготівлі та придбані у приватного підприємства „Черкаський обласний центр служби крові „ЧЕРКАСИ-ПЛАЗМА“.

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 по області середня доза кроводачі склала 450 мл, що є оптимальною; закладів, які не забезпечили нормативну дозу крові, не виявлено.

Обласний показник виходу плазми з 1 літра консервованої крові дорівнює 42,2% і знаходиться на рівні нормативного. Низький вихід плазми спостерігається в закладах з відсутністю відповідного технологічного обладнання (рефрижераторні центрифуги): Драбівська, Лисянська, Тальнівська та Чорнобаївська ЦРЛ.

97% одержаної плазми без урахування браку закладено на карантинізацію. Станом на 31.12.2018 року в закладах охорони здоров'я області на зберіганні знаходиться достатня кількість плазми (2555,0 л, у тому числі 1180,0 л карантинізованої) для забезпечення їх потреб.

В області має місце списання еритроцитів та плазми за терміном придатності -174,7 л та 22,5 л відповідно. У 2017 році ці показники склали 207 л та 62 л, тобто списання за терміном придатності поступово зменшується внаслідок більш раціонального використання в переважній більшості закладів.

Недостатньо уваги приділяється питанню керування запасами крові (її компонентів) в Лисянському, Жашківському, Христинівському та Чорнобаївському районах, де списання еритроцитів від компоненту, заготовленого для лікувальних цілей, складає 40 і більше відсотків.

Як позитивний момент необхідно відзначити, що практично всі заклади вирішили питання щодо забезпечення харчуванням донорів відповідно до вимог Закону України „Про донорство крові та її компонентів“ від 1995 № 239/95.

При проведенні акредитації закладів впродовж 2018 року та планових перевірок відмічено, що в порівнянні з результатами попередніх перевірок, в усіх закладах проведена певна робота з усунення недоліків, які мали місце під час проведення попередніх аудитів. Основні проблемні питання були доведені до відома керівництва та обговорені на засіданні колегії управління охорони здоров'я в грудні 2018 року.

Основними напрямками діяльності служби крові області в 2019 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 вимог „Положення для установи переливання крові (щодо організації управління системою якості і безпеки донорської крові та компонентів)“, затвердженого наказом МОЗ України від 14.12.2010 №1112 та „Інструкції з виготовлення, використання та забезпечення якості компонентів крові“, затвердженої наказом МОЗ України 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, 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 недавно пройшов 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 (ООС)

Комунальне некомерційне підприємство „Черкаський обласний клінічний 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 (ООС), (далі – АТО).

У складі госпіталю функціонують:

- стаціонар з 5-ти відділень загальною потужністю 250 ліжок, фізіотерапевтичне відділення, діагностичне відділення, відділення лікувальної фізкультури, клініко-діагностична лабораторія, аптека, а також харчоблок та підсобні служби;
- консультативна поліклініка.

Станом на 31.12.2018 року під медичним наглядом в закладах охорони здоров'я області перебувало 32 тис. 531 ветеран війни та осіб, прирівняних за пільгами (2017 – 35 тис. 353 особи), у тому числі:

- ✓ інваліди війни (ІВ) – 4180/12,8 % (2017 – 4137/11,7%),
- ✓ учасники бойових дій (УБД) – 11825/36,4 % (2017 – 11496/32,5%),
- ✓ учасники війни (УВ) – 12973/39,9 % (2017 – 15 835/44,8%),
- ✓ особи, прирівняні за пільгами (ОПП) – 3553/10,9% (2017– 3885/11,0%).

У тому числі під медичним наглядом перебувало 7606 демобілізованих учасників АТО (2017 – 6870), з них:

- ✓ учасників бойових дій – 7083 – 93,1% (2017 – 6504 особи /94,7%);
- ✓ інвалідів війни – 523 – 6,9% (2017 – 366 осіб /5,3%).



В інформаційно-аналітичному відділі госпіталю щомісячно проводиться моніторинг статистичних показників стану здоров'я учасників АТО та щоквартально – стану здоров'я ветеранів війни.

До надання медичної допомоги учасникам АТО, їх сім'ям, у тому числі демобілізованим та сім'ям загиблих бійців, залучено всі заклади охорони здоров'я області, у тому числі й спеціалізовані. Алгоритм взаємодії між ними відпрацьовано 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 з інвалідністю 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 складі терапевтичного відділення №3 госпіталю 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 інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПНУ.

За 2018 рік в госпіталі проліковано 1409 учасників АТО, із них ІВ - 328 осіб та УБД – 1081 особа.

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.

У 2018 році госпіталь був профінансований на достатньому рівні. Планові показники по фінансуванню виконано на 100% .

Для покращення матеріально-технічної бази закладу на придбання предметів і матеріалів, інвентарю було використано 788,3 тис. грн. З них за рахунок коштів обласного бюджету (бюджет розвитку) було придбано наступне обладнання: стерилізатор паровий (110,0 тис.грн), медичні шафи в маніпуляційні кабінети (36,1 тис. грн), комп'ютерне обладнання (24,4 тис. грн), промислова пральна машина (63,2 тис. грн), промислова електрична плита і жарочна шафа для кухні (на суму 42,4 тис. грн).

У звітному періоді було виготовлено проектно – кошторисну документацію на реконструкцію частини приміщень госпіталю під відділення лікувальної фізкультури на суму 35 тис. грн, проектно – кошторисну документацію та капітальний ремонт східців центрального входу госпіталю на суму 10 тис. грн та проведено частково роботи з капітального ремонту східців на суму 103,8 тис. грн.

Проведено плановий капітальний ремонт одного пасажирського ліфта на суму 29,5 тис. грн.

В 2018 році госпіталю була надана благодійна допомога на загальну суму 551,4 тис. грн, у тому числі: продукти харчування – 41,6 тис. грн, медикаменти - 67,2 тис. грн, обладнання, у тому числі медичне (щілинна лампа – 129,5 тис.грн, електрокардіограф – 52,2 тис. грн,), дві альтанки – 50,0 тис. грн, скульптура „Олень“ – 26,0 тис.грн, будівельні та господарчі матеріали – на суму 59,9 тис. грн; також спонсорами виконано поточний ремонт двох палат неврологічного відділення на суму 92,0 тис. грн та реконструкцію огорожі на суму 33,0 тис. грн.

Для забезпечення ветеранів війни та учасників АТО стаціонарною медичною допомогою в лікувальних установах області створена мережа спеціалізованих ліжок - ветеранські палати, кількість яких залишилася на рівні останніх років і нараховує 290 палат. Загальний ліжковий фонд ветеранських палат складає 771 ліжко. В стаціонарних відділеннях міських та районних установ для ветеранів війни виділені окремі палати поліпшеної комфортності, переважно 1- та 2-місні.

Впродовж 2018 року в стаціонарних умовах всього було проліковано ветеранів війни та осіб, прирівняних за пільгами 10663, що складає 32,8% від їх

загального числа (2017р. – 12384, або 35% відповідно), у т.ч. 2031 учасників АТО (2017р. – 2 088).

**Стаціонарне лікування ветеранів війни та осіб,
прирівняних за пільгами, в медичних установах області**

Пільгові категорії	2017 рік (абс. - % від кількості осіб відповідної категорії, що знах. під наглядом на 31.12.2017)	2018 рік (абс. - % від кількості осіб відповідної категорії, що знах. під наглядом на 31.12.2018)
ІВ	2983 – 72,1%	2874 – 68,7%
УБД	4197 – 36,5%	3715 – 31,4%
УВ	4002 – 25,3%	2948 – 22,7%
ОПП	1202 – 30,9%	1126 – 31,7%
Всього:	12384 – 35%	10663 – 32,8%

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“ в закладах охорони здоров'я встановлено нормативи на 1 ліжко/день для зазначеної пільгової категорії, а саме: на харчування – 55 грн; на придбання медикаментів і перев'язувальних засобів – 65 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**

Регіон	медикаменти		харчування	
	2017	2018	2017	2018
Городищенський р-н	73,17	30,21	29,85	28,61
Драбівський р-н	65,00	52,00	55,00	56,00
Жашківський р-н	54,00	10,95	2,26	4,17
Звенигородський р-н	36,64	27,17	15,23	18,26
Золотоніський р-н	150,00	65,00	50,00	6,0
Кам'янський р-н	39,31	27,75	28,05	33,57
Канівський р-н	41,70	69,20	51,70	55,00
Катеринопільський р-н	38,50	64,08	23,50	47,94
Корсунь-Шевченківський р-н	53,95	70,33	49,50	51,65
Лисянський р-н	33,40	28,10	36,10	29,20
Маньківський р-н	46,80	47,93	31,65	32,42
Монастирищенський р-н	20,17	15,08	14,04	16,73
Смілянський р-н	60,00	60,00	50,00	50,00
Тальнівський р-н	20,60	12,18	22,48	21,45
Уманський р-н	91,50	70,28	51,69	38,21
Христинівський р-н	46,28	51,83	37,50	48,95
Черкаський р-н	30,00	30,00	28,50	28,50
Чигиринський р-н	16,53	25,05	13,55	16,15
Чорнобаївський р-н	20,15	20,15	34,15	34,15
Шполянський р-н	38,33	43,24	27,52	35,51
м. Черкаси:				
Перша Черкаська міська лікарня	12,51	18,72	22,57	26,21
Друга Черкаська міська лікарня	23,11	23,67	21,03	19,03
Третя Черкаська міська лікарня ШМД	18,99	19,47	19,67	22,94
Госпіталь ВВ	40,84	46,52	42,51	46,27
м. Сміла	30,50	13,01	18,44	18,71
м. Умань	70,86	73,60	8,53	9,08
м. Ватутіне	21,07	50,48	14,37	15,99

В медичних установах області вартість ліжко-дня:

➤ **по медикаментах** в 2018 році порівняно з 2017 роком:

- значно підвищилась – в Канівському, Катеринопільському, Корсунь-Шевченківському районах та м. Ватутіне;
- дотримані нормативи в Золотоніському, Канівському, Корсунь-Шевченківському, Уманському районах та в місті Умань;
- найнижчі показники – в Жашківському, Тальнівському районах, м.Сміла.

➤ **по харчуванню** в 2018 році порівняно з 2017 роком:

- значно підвищилась – в Катеринопільському та Христинівському районах;
- дотримані нормативи – в Драбівському, Канівському районах;
- дуже низькі показники – в Жашківському, Золотоніському районах та м.Умань.

Використання коштів на придбання лікарських засобів для ветеранів війни під час амбулаторного лікування (за пільговими рецептами)

№ з/п	Регіон	Використано коштів, грн	
		2017	2018
1.	Городищенський р-н	35 657,83	24 026,08
2.	Драбівський р-н	34 265,10	33 187,00
3.	Жашківський р-н	8 828,39	28 025,00
4.	Звенигородський р-н	49 085,70	60 174,00
5.	Золотоніський р-н	99 712,53	219 333,00
6.	Кам'янський р-н	31 654,88	7 301,00
7.	Канівський р-н	23 794,00	20 477,00
8.	Катеринопільський р-н	87 401,48	176 524,86
9.	Корсунь-Шевченківський р-н	68 135,54	84 330,80
10.	Лисянський р-н	30 849,31	4 576,62
11.	Маньківський р-н	14 314,64	22 982,70
12.	Монастирищенський р-н	67 930,90	41 638,81
13.	Смілянський р-н	71 259,00	95 783,00
14.	Тальнівський р-н	16 948,00	0
15.	Уманський р-н	35 275,48	24 502,17
16.	Христинівський р-н	9 661,55	12 564,00
17.	Черкаський р-н	86 146,26	72 417,85
18.	Чигиринський р-н	35 146,91	56 659,05
19.	Чорнобаївський р-н	51 278,00	49 700,00
20.	Шполянський р-н	184 097,59	283 283,00
	Всього по районах:	1 041 443,09	1 317 485,94
1.	м. Ватутіне	22 072,53	226 283,14
2.	м. Сміла	106 986,00	478 696,01
3.	м. Умань	181 270,52	22 096,83
4.	м. Черкаси	342 926,15	63 632,57
	Всього по містах:	653 255, 20	790 708,55
	Разом по області:	1 694 698,29	2 108 194,49

Сума фінансування пільгового забезпечення ветеранів війни ліками за рецептами лікарів у 2018 році збільшилася порівняно з попереднім роком на 24,4% і становить 2 млн. 108 тис. 194,49 грн, що в середньому на 1 ветерана війни складає 64,8 грн (2017р. - 1 млн. 694 тис. 698,29 грн та 47,9 грн відповідно).

Медико-соціальна експертиза

Впродовж 2016-2018 років адміністрацією і колективом Комунального закладу „Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи Черкаської обласної ради“ (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.

За підсумками роботи служби медико-соціальної експертизи Черкаської області за 2018 рік показник первинної інвалідності дорослого населення займає 3 рангове місце по Україні та показник населення працездатного віку займає 2 рангове місце по Україні. Щорічно наша область стабільно посідає високі рангові місця служби медико-соціальної по Україні.

З метою оптимізації навантаження на функціонуючі МСЕК, доведення його до передбаченого Стандартами роботи комісій, забезпечення населення області медико-соціальною експертною та реабілітаційною допомогою при різних видах патології, в першу чергу – з соціально-небезпечними та соціально-значущими захворюваннями, здійснено перерозподіл регіонів обслуговування та контингентів хворих і інвалідів за окремими профілями захворювань, визначено спеціалізацію МСЕК та кількість міжрайонних МСЕК.

Динаміка мережі МСЕК

Назва МСЕК (профіль)	Кількість МСЕК			
	Станом на 01.01.2016	Станом на 01.01.2017	Станом на 01.01.2018	Станом на 01.01.2019
Обласні МСЕК	2	2	2	2
Спеціалізовані, у т.ч.:	5	4	4	4
- кардіологічна	1	1	1	1
- травматологічна	1	1	1	1
- психіатрична	1	-	-	-
- радіологічна	1	1	1	1
- фтизіо-пульмонологічна	1	1	1	1
МСЕК загального профілю, у т.ч.	5	5	5	5
- міська	1	-	-	-
- міжрайонні	4	5	5	5
Всього :	12	11	11	11

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 впродовж останніх 3-х років складає 56,6% та потребує покращання. Це завдання залишається одним із першочергових як для адміністрації закладу, так і для голів комісій МСЕ.

Станом на 01.01.2019 року залишаються не укомплектованими фізичними особами 38,5 посад лікарів із 55,5, у т.ч. 8 посад – з медико-соціальної реабілітації та 28,5 посад лікарів-спеціалістів-експертів. Вакантні посади частково займають 13 осіб за зовнішнім сумісництвом та лікарі-спеціалісти-експерти за сумісництвом. Залишалися не зайнятими на кінець року 25,5 посад лікарів.

Серед 17 працюючих лікарів за основним місцем роботи 3 особи пенсійного віку (17,7 %), з них 1 реабілітолог. Середній вік лікарів в закладі складає 49 років (на 01.01.2008р. – 67 років).

Атестовано 94,1 % працюючих в Центрі лікарів, з них на кваліфікаційні категорії – 81,3% (16 осіб), лікарів-спеціалістів – 1 (6,3%), 81,3 % працюючих лікарів (13 осіб) атестовано на вищу кваліфікаційну категорію, 12,5 % (2 осіб) – на першу. Лікарів, які не підвищували кваліфікацію на курсах у вищих навчальних закладах післядипломної освіти понад 5 років, в закладі немає.

Показники **первинної інвалідності** дорослого населення та населення працездатного віку за 2018 рік порівняно з 2017 роком дещо збільшилися:

- доросле населення: у 2018 році показник збільшився на 1,8 або 5,1% в порівнянні з 2017 роком і склав 37,3 (у 2017р. мало місце зменшення показника на 13,8% з 41,2 у 2016р. до 35,5);

- населення працездатного віку: в 2018 році показник збільшився на 2,9 або 7,4% в порівнянні з 2017 роком і склав 41,9 (2017р. - мало місце зменшення показника на 13,9% з 45,3 до 39,0).



Кількість та частка виїзних засідань за 2016-2018 роки незначно коливається і в 2018 році склала 30,0% (2017р. – 32,5%, 2016р. – 31,7%), незважаючи на відсутність достатньої кількості автотранспорту в закладі та плачевний стан доріг в області. Такі показники свідчать про наближення медико-соціальної та реабілітаційної допомоги до населення області.

Кількість оглянутих на МСЕК дещо коливається по роках, маючи тенденцію до збільшення в 2018 році за рахунок переселенців, учасників АТО та підвищення пенсійного віку у жінок. 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, у т.ч. учасникам АТО.

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
2016	19388	4454	14202	484	141	105
2017	20998	4381	16617	350	140	185
2018	23391	3943	18805	479	113	119

Визнано вперше інвалідами серед всіх первинно оглянутих

	2016		2017		2018	
	всього	у т.ч. осіб працездат. віку	всього	у т.ч. осіб працездат. віку	всього	у т.ч. осіб працездат. віку
Всього	4265	3269 (у т.ч. працюючі – 1322)	3635	2770 (у т.ч. працюючі – 1093)	3786	2938 (у т.ч. працюючі – 1043)
Мешканці міста	2674	2000	2201	1604	2258	1640
Мешканці села	1591	1269	1434	1166	1528	1298

Питома вага невизнаних інвалідами із числа первинно оглянутих (%)

	2016			2017			2018		
	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	17,75	2,7	14,1	5,3	3,6	1,7	4,0	2,9	1,1
Україна	10,2	7,0	3,2	10,7	7,4	3,3	-	-	-

Питома вага необґрунтовано направлених з числа первинно оглянутих по області коливається по роках і впродовж останніх 2-х років має тенденцію до зниження, що 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 113 осіб, яким продовжено листки тимчасової непрацездатності в 2018р., закінчили лікування на кінець року 85 осіб, серед них 62 особи, або 72,9% інвалідами не визнано. 24,7% (21 особа) визнано інвалідами III групи, 2,3% (2 особи) – I та II груп.

Розподіл первинно визнаних інвалідами за віком

Рік	До 39 років		Від 40 до 59 років ж., до 60 років чол.		Старше 59 років ж., 60 років чол.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2016	992	23,3	2277	53,4	996	23,3
2017	857	23,6	1913	52,6	865	23,8
2018	904	23,9	2034	53,7	848	22,4
Україна 2017	-	25,1	-	56,6	-	18,3

В розподілі первинної інвалідності за віком у 2016-2018 роки, як і в попередні роки, переважає частка осіб працездатного віку, на які сумарно припадає 77,6% 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	
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%)
2018	36 (1,0)	3176 (83,9%)	386 (10,2%)	188 (5,0%)	15 (0,4%)
Україна 2017	1,8%	85,9%	4,5%	7,8%	1,3%

В структурі первинної інвалідності дорослого населення основна частка по області в цілому стабільно припадає на інвалідність від загальних захворювань, яка за 2018 рік складає 83,9% (2017 – 87,3%, 2016 – 86,9%).

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.	%
2016	790	18,5	1889	44,3	1586	37,2
2017	599	16,5	1702	46,8	1334	36,7
2018	823	21,7	1648	43,5	1315	34,7
Україна 2017	-	11,9	-	35,7	-	52,4

По області, як і по Україні, суттєвих змін в структурі первинної інвалідності дорослого населення області за групами інвалідності впродовж 2016-2018 роки 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.	%
2016	301	9,2	1542	47,2	1426	43,6
2017	243	8,8	1349	48,7	1178	42,5
2018	389	13,2	1349	45,9	1200	40,8
Україна 2017	-	7,4	-	33,9	-	58,7

Суттєвих змін в структурі первинної інвалідності населення працездатного віку за групами інвалідності не спостерігається.

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
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
2018	37,3	39,5	34,4	41,9	42,8	46,9
Україна 2017	43,0	41,7	45,6	48,8	45,1	56,5

Кількість первинно визнаних інвалідами учасників бойових дій за 2018 рік

Кількість оглянутих учасників бойових дій	З них визнано інвалідами		У тому числі		
	За причиною	абс. число осіб	I група	II група	III група
Усього у тому числі:	інваліди війни	249	8	139	102
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасників Великої Вітчизняної війни	інваліди війни	-	-	-	-
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасників АТО	інваліди війни	178	7	74	97
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасників воєнних дій в ДРА	інваліди війни	56	1	55	-
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
учасників воєнних дій в інших гарячих точках	інваліди війни	15	-	10	5
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-
інше	інваліди війни	-	-	-	-
	інваліди від загального захворювання	-	-	-	-

Результати оглядів учасників АТО, які вперше направлені до комісій МСЕ у 2018 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 без- посер. участь в АТО
Загальна кількість оглянутих	195	190	3	-	1	1	-
у т.ч.: для встановлення групи інвалід.	178	174	3	-	-	1	-
для встановл. % втрати пра- цездатності	17	16	-	-	1	-	-
Визнано інвалі- дами всього	178	174	3	-	-	1	-
у т.ч.: I гр.	7	7	-	-	-	-	-
II гр.	74	72	1	-	-	1	-
III гр.	97	95	2	-	-	-	-
Встановлено лише % втрати працездат.	17	16	-	-	1	-	-
Потребують забезп. ВМП, техзасобами та реаб., сан-кур. оздоровл. та ін.	178	174	3	-	-	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		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Звернулось осіб	1	1	2	133	169	205	258	339	408
Проведено оглядів МСЕ	1	1	2	133	169	205	258	339	408
Отримали інвалідність: всього	1	1	2	115	150	183	211	283	339
із них вперше	1	1	2	6	38	49	54	70	81
Інвалідами не визнані	-	-	-	1	1	1	-	3	3
Продовження листка тимчасової непрацездатності	-	-	-	-	-	-	3	3	4
Встановлення % втрати працездатності	-	-	-	5	5	5	12	12	12
Виписка індивідуальної програми реабілітації (ІПР)	-	-	-	11	12	15	23	27	39
Затвердження санаторно-курортного лікування	-	-	-	1	1	1	9	11	11
Складено ІПР	1	1	2	126	162	198	234	310	378

Показник первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення в цілому по області за 2018 рік збільшився на 1,8 або на 5,1. В порівнянні з 2017 роком на 10 тис. дорослого населення найбільше зростає первинна інвалідність в Монастирищенському (на 58,4%) та Чорнобаївському (на 50,3%) районах.

Вищою від середньообласного рівня первинна інвалідність залишається в м.Черкаси (45,1), м.Сміла (39,7), Канівському (44,8), Кам'янському (42,9), Золотоніському (38,9) та Корсунь-Шевченківському (38,1) районах при середньообласному показнику 37,3 на 10 тис. дорослого населення.

Показник первинної інвалідності населення працездатного віку в цілому по області за 2018 рік збільшився з 39,0 до 41,9 на 2,9 або 7,4% в порівнянні з 2017 роком. Найбільше у звітному періоді порівняно з попереднім роком зростає первинна інвалідність в Чорнобаївському (на 75,6%), Христинівському (на 61,1%) та Монастирищенському (на 58,8%) районах.

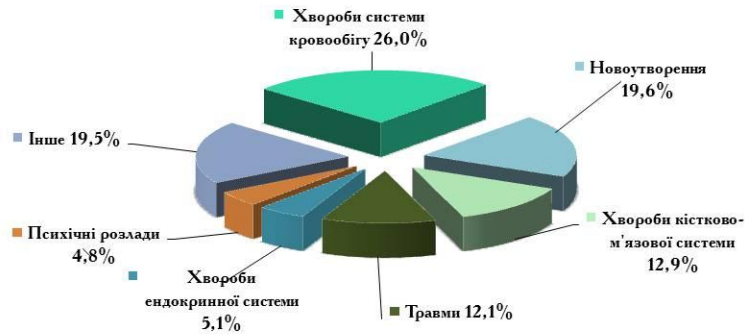
Вищою від середньообласного рівня первинна інвалідність населення працездатного віку залишається в м.Сміла (46,3), м.Черкаси (45,7), Чорнобаївському (64,1), Кам'янському (58,8) та Городищенському (48,5) районах при середньообласному показнику 41,9.

В структурі первинної інвалідності дорослого населення від окремих причин рангові місця посідають:

- перше рангове місце – хвороби системи кровообігу – 9,7 на 10 тис. дорослого населення, на які припадає 26,0 % від усіх хвороб;
- друге – новоутворення – 7,3 – 19,6%;
- третє – хвороби кістково-м'язової системи – 4,8 – 12,9%;
- четверте – травми - 4,5 – 12,1%;
- п'яте – хвороби ендокринної системи – 1,9 – 5,1%.
- шосте – психічні розлади – 1,8 – 4,8%.



Структура первинної інвалідності дорослого населення від окремих причин



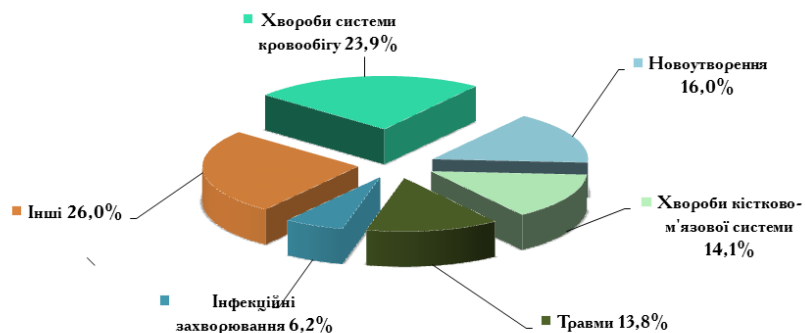
На перші 4 рангові місця, як і в попередні роки, припадає переважна більшість (70,6%) від всієї первинної інвалідності дорослого населення (2016р. – 70,6%, 2017р. – 71,7%).

В структурі первинної інвалідності населення працездатного віку рангові місця розподілились наступним чином:

- перше рангове місце належить хворобам системи кровообігу – 10,0 на 10 тис. нас. працездатного віку, на які припадає 23,9% від усіх хвороб;
- друге – новоутворенням – 6,7 – 16% ;
- третє – хворобам кістково-м'язової системи – 5,9 – 14,1%;
- четверте – травмам – 5,8 – 13,8%;
- п'яте – інфекційним захворюванням – 2,6 – 6,2%.



Структура первинної інвалідності населення працездатного віку від окремих причин



На перші 4 рангові місця припадає 67,8% від всієї первинної інвалідності населення працездатного віку (2016 – 68,7%, 2017 – 70,0%), 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.

Зважаючи на значну увагу держави до реабілітації інвалідів в Україні, складання на МСЕК індивідуальної програми реабілітації інваліда (ІПР), у якій визначається комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів, спрямованих на надання їм допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення, з визначенням порядку та місця їх проведення, є дуже важливою і відповідальною справою.

Реабілітація інвалідів

Роки	Повна реабілітація, %	Часткова реабілітація, %	Сумарна реабілітація, %
2016	1,0	16,4	8,5
2017	0,6	11,5	7,5
2018	0,3	9,5	6,2
Україна 2017	2,1	15,9	7,1

Найвищими є показники реабілітації травмованих, достатньо високими – хворих на хвороби системи кровообігу, онкохворих та постраждалих від аварії на ЧАЕС.

Низькі показники реабілітації по МСЕК загального профілю, що вимагає поліпшення співпраці з медичними закладами в частині удосконалення якості медичної реабілітації, дотримання державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів, затверджених наказом МОЗ України від 07.02.2008 №57, Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року №1301, Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 №321 та наказу МОЗ від 12.02.2013 №109 „Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами та інструкцій щодо їх заповнення“ і залишається одним з провідних напрямків роботи як служби МСЕ, так і медичних закладів.



З метою проведення відновлювального лікування, здійснення інших заходів з реабілітації (працевлаштування, навчання, перенавчання), забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації в 2018 році лікарями МСЕ було складено 19445 індивідуальних програми реабілітації інвалідів, у т.ч. первинно визнаним інвалідами – 3786, повторно оглянутим – 15659.

Рекомендації з медичної, професійної і соціальної реабілітації для осіб безтерміново визнаних інвалідами, які не проходили огляд у МСЕК, а зверталися лише за ІПР - 3427.

Серед заходів з реабілітації в 2018 році рекомендовано:

- працевлаштування в звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці – 5401 особам, у спеціально створених умовах праці на виробництві – 8887, вдома – 13;

- професійне навчання інвалідів: всього – 122, у т.ч. в умовах виробництва – 31, в спеціальних закладах-інтернатах Міністерства праці та соціальної політики України – 7;

- визначені рекомендації з технічних засобів реабілітації: всього – 6439, у т.ч. на протезування кінцівок – 1040, молочних залоз – 391, ортопедичне взуття - 991, слухопротезування – 395, мобільних телефонів – 43, крісел-візків – 1130, отримання автомобіля – 232, інших технічних засобів – 2217;

- реконструктивна хірургія (за медичними показниками) - 641.

Медична реабілітація інвалідів проводиться в медичних установах області, а також в реабілітаційних центрах, в яких всього проліковано 519 осіб (з них: в КНП „ЧМРОП „Астра“ – 253, санаторії „Україна“ – 226, в інших – 40).

Санаторно-курортне лікування інвалідам призначається за рекомендаціями лікувальних закладів. У звітному періоді санаторне лікування було рекомендоване 12179 особам.

Виконано ІПР у переоглянутих інвалідів всього 10727, з них виконано ІПР повністю – у 4789 осіб, частково – у 5938 осіб, не виконано – у 18 осіб.

Висновки та основні завдання служби МСЕ

На сьогодні фахівці закладу активно працюють над розробкою та практичним впровадженням нових видів реабілітації, враховуючи сучасні потреби людей з інвалідністю, у першу чергу - учасників АТО. Впроваджується такий вид реабілітації, як інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм (ІРСТ). 28 патентів на авторське право по різновидам ІРСТ вже запатентовано спільно з фахівцями Центру за останні 3 роки. Передано в друк Довідник- енциклопедія “Інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм в Україні” під редакцією директора КЗ “ЧОЦ МСЕ ЧОР” Лепського В.В. на 550 сторінок.

Одним з важливих напрямків роботи закладу є практичне впровадження питань доступності маломобільних груп населення до активного життя. Навчальний майданчик для людей з інвалідністю, які потребують візки з електроприводом та електроскутери, заплановано обладнати на території закладу.

У 2019 році планується проведення регіональних тренінгів щодо впровадження Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) обмежень життєдіяльності до сучасної практичної діяльності лікарів за участі фахівців ДЗ

„ДДМА МОЗ України“ з урахуванням змін в законодавстві з питань медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.

Закладом буде продовжуватись науково-дослідницька робота з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідності спільно з головним науково-дослідним інститутом – ДУ „УкрДержНДІ МСПІ“ МОЗ України (м.Дніпро) та висвітлення відповідних матеріалів в науковому журналі „Український вісник медико-соціальної експертизи“ (у 2018 році в ньому було розміщено 3 наукових статті).

Продовжується системна послідовна робота щодо підвищення кваліфікації з експертизи з питань тимчасової і стійкої непрацездатності. Адміністрацією Центру МСЕ вкотре заплановано цикл 36-ти годинних курсів інформації та стажування для голів та членів ЛКК на базі КЗ „ЧОЦ МСЕ ЧОР“ з питань стійкої втрати працездатності та реабілітації осіб з інвалідністю.

З питань удосконалення ведення діловодства в сфері медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів щорічно проводиться практичний семінар для медичних сестер ЛКК з видачею сертифікатів про участь у заході.

Лікарі-спеціалісти експерти та фахівці з реабілітації центру МСЕ впродовж 2018 року брали участь в роботі Всеукраїнських нарад, організованих Конфедерацією громадських організацій інвалідів з питань реабілітації інвалідів.

Центр МСЕ постійно співпрацює з Головним управлінням праці і соціального захисту населення ОДА та його регіональними управліннями з питань реабілітації інвалідів. Адміністрація закладу, голови МСЕК брали участь в роботі „круглих столів“ з питань ефективного використання праці людей з обмеженими можливостями, які проводились обласним та регіональними Центрами зайнятості з питань виконання завдань з працевлаштування інвалідів.

Забезпечена постійна співпраця з Фондом соціального захисту інвалідів та громадськими організаціями інвалідів з широкого кола питань, які стосуються різних видів і методів реабілітації людей з обмеженими можливостями.

Фахівці Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань приймають безпосередню участь в роботі обласної МСЕК № 2 при проведенні медико-соціальної експертизи осіб, які постраждали на виробництві. Фахівці Фонду соціального страхування від тимчасової непрацездатності приймають постійну участь в роботі МСЕК при вирішенні питань продовження лікування за листком тимчасової непрацездатності понад 4 місяці підряд чи 5 місяців впродовж року.

Особлива увага приділяється людям з інвалідністю, з психічними розладами, які перебувають в інтернатних установах області щодо вчасного поновлення ІПР та визначення всіх необхідних їм реабілітаційних заходів завдяки організації систематичних виїзних засідань у вищезазначені заклади.

Закладом і надалі впроваджуються сучасні інформаційні технології для обміну інформацією з управліннями праці і соціального захисту населення, пенсійними фондами, центрами зайнятості населення і т.ін., онлайн-конференції та телемедицина для роботи з ЛКК (представлення первинного хворого, як того вимагає чинне законодавство з питань медико-соціальної експертизи).

Продовжується інформування населення області з використанням усіх каналів ЗМІ щодо особливостей і проблем служби медико-соціальної експертизи і центру МСЕ в напрямку удосконалення роботи закладу.

Діяльність КЗ „ЧОЦ МСЕ ЧОР“ в подальшому буде направлена на покращення соціального захисту людей з інвалідністю Черкащини.

Аналіз звернень громадян

Впродовж 2018 року до управління охорони здоров'я облдержадміністрації (далі - Управління) надійшло 1456 звернень, що на 94 звернення більше, ніж у 2017 році (1362), у тому числі:

- письмових – 654;
- „Гаряча лінія“ Управління – 170;
- Урядова „Гаряча лінія“ – 462;
- „Гаряча лінія“ МОЗ України – 53;
- особистий прийом – 38;
- виїзні прийоми – 24;
- комісійний розгляд – 55.

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 38 прийомів громадян, під час яких розглянуто 38 звернень.

За звітний період начальником управління здійснено 24 виїзних особистих прийомів, під час яких від громадян надійшло 24 звернення.

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 роботи облдержадміністрації в управлінні постійно діє телефонна „Гаряча лінія“. За 2018 рік зареєстровано 170 звернень громадян, які розглянуто відповідно до вимог чинного законодавства, про результати розгляду заявників поінформовано окремими листами Управління у визначені терміни.

Крім того, з „Гарячої лінії“ Міністерства охорони здоров'я України отримано та розглянуто 53 звернень громадян, з Урядової „Гарячої лінії“ – 462 звернення.

Протягом 2018 року до Управління надійшло 14 колективних звернень та 130 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 216 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 (366); м. Сміла (176), м. Умань (106), Черкаського району (96), м. Золотоноша (40), Золотоніського району (37) та Христинівського району (29).

У 2018 році питання щодо стану роботи зі зверненнями громадян заслухано на апаратній нараді начальника Управління від 15.05.2018 та колегії Управління від 27.12.2018 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.

Однією з найбільш ефективних стратегій профілактики 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.

Станом на 01.01.2019 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) та багатьох ЦРЛ, що суттєво впливає на організацію та забезпечення інформаційно-комунікаційної роботи серед населення території обслуговування.

В м. Черкаси та окремих районних центрах області 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, грипу, важливості щеплень для профілактики керованих інфекцій та ін. В процесі підготовки вказаних заходів на допомогу медичним працівникам, редакціям ЗМІ готувались прес-релізи, пам'ятки, листівки. В ході проведення акцій в обласних газетах випущено тематичні сторінки здоров'я, а також організовані з участю профільних спеціалістів передачі, прямі ефіри по обласних радіо та телебаченню.

Більшість профільних головних спеціалістів Управління охорони здоров'я активно співпрацюють з обласним радіо, телебаченням і редакціями газет „Нова Доба“, „Черкаський край“, „Вечірні Черкаси“, „7 днів“, „Нова молодь Черкащини“, в яких регулярно друкувались окремі публікації та сторінки здоров'я. По обласному телебаченню транслювалися передачі з актуальних питань охорони здоров'я, профілактики захворювань в телепрограмі „Тема дня“

та в „Новинах“. По обласному радіо вказані питання озвучувались у щоденній програмі „Формула здоров’я“.

За результатами щотижневого моніторингу, впродовж 2018 року з різних питань охорони здоров’я в обласних ЗМІ оприлюднено:

- обласні газети – 1035 публікацій (2017 рік – 1096);
- обласне радіо – 717 передач (2017 рік – 253);
- обласне телебачення – 346 (2017 рік – 273).

На сторінках різних інтернет-видань Черкас і Черкаської області розміщено близько 1000 інформаційних повідомлень з питань охорони здоров’я.

Варто зазначити, що тільки з проблем реформування галузі, запровадження сімейної медицини в обласних газетах надруковано 88 публікацій, по обласних радіо та телебаченню озвучено та трансльовано більше 140 передач.

Підтримується функціонування офіційного сайту УОЗ ОДА „Здоров’я Черкащини“. На сайті, одночасно з матеріалами, які висвітлюють актуальні питання діяльності сфери охорони здоров’я, розміщуються 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 впродовж 2018 року в міських і районних газетах оприлюднено більше 1600 матеріалів (в середньому 84 публікації на одне джерело інформації), по міських і районних радіовузлах прозвучало 457 передач (в середньому 32 передачі на одне джерело інформації). Активно використовувались місцеві газети з метою популяризації медико-гігієнічних знань в м. Сміла, Катеринопільському, Маньківському, Монастирищенському, Тальнівському, Шполянському, Драбівському та Канівському районах. В багатьох районах місцеві газети, як одне з важливих джерел інформації, медичними працівниками з року в рік використовуються недостатньо, або зовсім не використовуються (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 2018 року підготовлено та розтиражовано 12 найменувань популярної санітарно-освітньої літератури (буклети, плакати різноманітної тематики) загальним тиражем 29,9 тисяч екземплярів, що складає більше 2400 екземплярів на 100 тисяч населення.

Напрямки медико-гігієнічної пропаганди:

1. Активна участь у реформуванні громадського здоров’я та максимальне залучення медичних працівників всіх рівнів до інформаційно-освітніх заходів з питань збереження та зміцнення здоров’я, профілактики захворювань.

2. Налагодження подальшої співпраці медичних працівників з оновленими редакціями обласних газет, радіо та телебачення.

3. Підготовка та тиражування популярних просвітницьких матеріалів з питань інформаційно-комунікаційної роботи з населенням.

4. Запровадження сучасних інформаційних технологій (інтернет, телекомунікація, використання відеомоніторів в ЛПЗ для трансляції актуальних матеріалів з охорони здоров’я та ін.).

Пріоритетні напрямки діяльності галузі охорони здоров'я області на 2019 рік

1. Розвиток екстреної медичної допомоги:

1.1. Створення обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – будівництво головного корпусу комунальної установи „Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф“ Черкаської обласної ради“

1.2. Придбання автомобілів швидкої медичної допомоги класу „В“ - 45, „С“ – 5

На цей час в області в цілодобовому режимі функціонує 101 бригада швидкої медичної допомоги та 4 бригади відділу реагування на надзвичайні стани. Наразі робота забезпечується 139 автомобілями швидкої медичної допомоги із яких експлуатуються до 5 років – 22 авто, від 5 до 10 років – 42 авто. Всього в комунальній установі „Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф“ Черкаської обласної ради потребують термінової заміни, враховуючи технічний стан, 50 автомобілів. Таким чином, для сталого функціонування служби необхідно придбати не менше 50 нових автомобілів швидкої медичної допомоги для медичної установи.

2. Зміцнення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів, першочергово в сільській місцевості

2.1. Будівництво 23 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини

В області на даний час організовані і активно діють 34 заклади, які надають первинну медичну допомогу, з них: 32 центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД), в складі яких функціонують 203 лікарські амбулаторії, та дві амбулаторії об'єднаних територіальних громад.

Крім того, функціонує 530 фельдшерсько-акушерських пунктів.

Постановою Кабінету Міністрів України від 06.12.2017 № 983 на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості для області передбачено субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам в сумі 202 097,3 тис. грн.

З метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості за наданими районами та об'єднаних територіальних громад пропозиціями заплановано для будівництва:

23 лікарські амбулаторії, перелік яких затверджено наказом Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 26.07.2018 № 187, з яких 12 – амбулаторії монопрактики, та 11 – амбулаторії групової практики.

В усіх 23 лікарських амбулаторіях наявні лікарі та середній медичний персонал. Лікарі, які планують приступити до роботи в нових амбулаторіях, укладають декларації з пацієнтами.

Лікарські амбулаторії будуть забезпечені новим обладнанням, автомобілями та системами телекомунікацій для практичного використання в програмі телемедицини.

Впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини, дасть можливість людям, які живуть у сільській місцевості, доступ до лікарів обласного рівня – фахівців, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу. З цією метою сільське населення зможе отримати консультацію найкращих спеціалістів не виїжджаючи зі свого населеного пункту.

3. Закупівля сучасного діагностичного та лікувального обладнання

Хвороби системи кровообігу в Україні і Черкащині зокрема посідають перше місце за поширеністю, зумовлюють 2/3 усіх випадків смерті та спричиняють третину випадків інвалідності. По причинах смертності частка серцево-судинних захворювань у загальній структурі становить біля 70%, по причинах виходу на інвалідність – 23,9%.

На Черкащині щорічно реєструється більше 1,5 тис. хворих на інфаркт міокарду.

В області формується система по наданню медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом.

Черкаський обласний кардіологічний центр (далі - ЧОКЦ) є основною складовою частиною системи регіональної реперфузійної мережі області, що об'єднує всі лікувальні заклади, які беруть участь у наданні невідкладної кардіологічної допомоги.

В ЧОКЦ транспортують хворих з усіх міст та районів області в перші 24 години від початку інфаркту міокарду в радіусі 60-100 км на первинні коронарні втручання, в радіусі більше 100 км – на вторинні коронарні втручання після проведеної тромболітичної терапії.

З метою забезпечення лікування пацієнтів з інфарктом міокарду, які мешкають у віддалених районах області - Західному госпітальному окрузі, придбано ангіографічне обладнання для Уманської центральної районної лікарні. Загальна сума перерахованих коштів на придбання ангіографічного обладнання становить 23100,000 тис. грн, в тому числі за рахунок цільової субвенції з державного бюджету – 11538,000 тис. грн, коштів місцевих бюджетів – 8668,394 тис. грн, інших джерел, незаборонених чинним законодавством – 2893,606 тис. грн.

Обладнання знаходиться на відповідальному зберіганні у постачальника до моменту його монтажу. У 2019 році планується провести проектно-кошторисну документацію на капітальний ремонт приміщення ангіографічної операційної та її облаштування необхідними меблями та обладнанням, в тому числі медичними.

Планується введення в експлуатацію ангіографічної системи в Уманській центральній районній лікарні в другому півріччі 2019 року.

Кількість інсультів у дорослого населення зростає – 3968 випадків за 2018 рік.

З метою покращення обсягів та якості надання медичної допомоги пацієнтам з судинно-мозковими захворюваннями планується закупівля ангіографічного обладнання для комунального некомерційного підприємства „Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради“.

4. Створення центру паліативної допомоги

У 2018 році паліативної допомоги потребувало біля 1,3 тисячі жителів області, з яких 96 діти.

З метою створення та розвитку системи паліативної допомоги для забезпечення максимально можливої якості життя людини з невиліковною хворобою і обмеженим прогнозом життя, шляхом раннього виявлення та контролю больового синдрому та інших проявів хвороби, усунення розладів фізіологічних функцій організму, соціальної, духовної, психологічної підтримки хворого та його рідних рішенням Черкаської обласної ради від 28.08.2015 № 42-5/VI затверджена „Обласна програма розвитку паліативної допомоги на 2015-2020 роки“.

На сьогодні в області спеціалізована паліативна допомога пацієнтам надається в умовах центру паліативної допомоги на базі комунального некомерційного підприємства „Черкаський обласний онкологічний диспансер Черкаської обласної ради“ (далі – Центр).

Центр розміщується у спеціально пристосованій для його функцій будівлі на двох поверхах, що за набором та площею службових, функціональних та допоміжних приміщень відповідає санітарно-гігієнічним нормам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам, стандартам надання паліативної допомоги, та забезпечений усіма видами комунальних умов для перебування пацієнтів.

На цей час в умовах Центру функціонує 50 ліжок, з яких 5 – дитячі.

З метою забезпечення паліативних пацієнтів комфортного перебування в останні дні їх життя, зниження їх страждань та надання їм можливості померти з гідністю, 50% ліжок в Центрі будуть розміщуватись в одномісних палатах, інші 50% – у двохмісних палатах. Дитячі ліжка будуть розміщуватись лише в одномісних палатах.

В умовах Центру створено умови для надання цілодобового кваліфікованого паліативного лікування і догляду, психологічної, соціальної і духовної підтримки пацієнтам та членам їх родин.

5. Створення Центру високодозової хіміотерапії з трансплантацією аутологічних гемопоетичних стовбурових клітин кісткового мозку та периферичної крові

На сьогодні в області на обліку із злоякісними захворюваннями крові перебуває 2665 осіб, з яких 275 діти.

Застосування сучасних схем хіміотерапії дозволяє вилікувати або продовжити життя чисельній кількості пацієнтів із злоякісними новоутвореннями, проте часто викликає суттєве ушкодження клітин кісткового мозку, яке є невідновним.

На цей час в обласному лікувально-діагностичному гематологічному центрі обласного онкодиспансеру функціонує блок з палатами інтенсивної хіміотерапії гемобластозів, в якому у 2018 році був виконаний капітальний ремонт та встановлена автономна притоково-витяжна вентиляція з системою HEPA-

фільтрів, тобто створені „чисті“ палати для перебування хворих з відсутністю лейкоцитів після курсів хіміотерапії.

Одним із методів лікування, що дозволяють уникнути прогресування захворювання є трансплантація власних стовбурових клітин кісткового мозку та периферійної крові. Трансплантація власної кровотворної тканини дозволяє уникнути реакції „трансплантат проти хазяїна“ та технічних труднощів, пов'язаних з підбором донора.

Такий метод лікування жителі області могли отримати за власні кошти лише в Київському міському центрі трансплантації кісткового мозку та Національному інституті раку, або ж за кордоном.

Річна потреба у трансплантації клітин кісткового мозку та периферичної крові для жителів області становить 20-25 осіб, проте за останні 5 років всього 5 осіб змогли отримати цей метод лікування.

Для комплексного вирішення проблеми профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з злоякісними захворюваннями крові та лімфатичних вузлів Черкаською обласною державною адміністрацією розроблено проект обласної програми „Трансплантація аутологічних гемопоетичних стовбурових клітин кісткового мозку та периферичної крові“ на 2019-2023 роки.

Метою Програми є створення Центру високодозової хіміотерапії з трансплантацією аутологічних гемопоетичних стовбурових клітин кісткового мозку та периферичної крові в умовах комунального некомерційного підприємства „Черкаський обласний онкологічний диспансер Черкаської обласної ради“, що забезпечить доступність до високотехнологічного дороговартісного лікування онкохворим за місцем проживання.

Залишаються актуальними питання щодо:

- впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я;
- підготовки закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів до проведення автономізації та перетворення в комунальні неприбуткові підприємства;
- охорони здоров'я матері та дитини;
- боротьби з найбільш поширеними хронічними неепідемічними та епідемічними хворобами, які набули ваги соціально-значущих та соціально-небезпечних;
- поліпшення кадрової ситуації шляхом укомплектування вакантних лікарських посад та посилення контролю за якістю їх фахової підготовки;
- впровадження сучасних інформаційних технологій, програмної продукції та забезпечення функціонування електронної системи реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами системи охорони здоров'я;
- оптимізації наявного ліжкового фонду шляхом скорочення економічно необґрунтованих стаціонарних ліжок;
- подальшого реформування первинної ланки медико-санітарної допомоги на засади загальної практики-сімейної медицини.

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.