



ІНФОРМАЦІЙНИЙ ВІСНИК МЕДИЦИНИ

ШАНОВНІ КОЛЛЕГИ!

ЩИРОСЕРДЕЧНО ВІТАЮ ВАС ІЗ СВІТЛИМ ТА ВЕЛИЧНИМ
СВЯТОМ ХРИСТОВОГО ВОСКРЕСІННЯ, ЯКЕ УОСОБЛЮЄ,
ПЕРЕМОГУ ВІРИ, НАДІЇ ТА ЛЮБОВІ, ТОРЖЕСТВО ІСТИНИ
ТА СПРАВЕДЛИВОСТІ, ПРАВЕДНОСТІ І ВЕЛИЧІ ДУХУ.
КОЖЕН ІЗ НАС СПРИЙМАЄ ЙОГО ІЗ ВІДКРИТОЮ ДУШЕЮ
І ЧИСТИМ СЕРЦЕМ, ПОЧУТТЯМ РАДІСНОЇ БЛАГОДАТІ ТА
ОЧИЩЕННЯ, ВІРИ У КРАЩЕ МАЙБУТНЄ.

НЕХАЙ СВЯТО ВОСКРЕСІННЯ ХРИСТОВОГО НАПОВНЮЄ
ВАШЕ ЖИТТЯ СВІТЛОМ І РАДІСТЮ, ДОДАЄ НАСНАГИ ТА
ЕНЕРГІЇ, А ВАШЕ СЕРЦЕ БУДЕ СПОВНЕНЕ ВІРОЮ У ПЕРЕ-
МОГУ ДОБРА, ЯК СПОВНЕНІ ЦИМ СВІТЛІ МИТІ ВЕЛИКОД-
НЯ! ХРИСТОС ВОСКРЕС! ВОІСТИНУ ВОСКРЕС!

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОДА
ВОЛОДИМИР БОГАЙЧУК



МЕДИЧНІ ДАТИ КВІТНЯ



ПОНЕДІЛОК	ВІВТОРОК	СЕРЕДА	ЧЕТВЕР	П’ЯТНИЦЯ	СУБОТА	НЕДІЛЯ
						1
2 Всесвітній день розповсюдження знань про аутизм	3	4	5	6 Міжнародний день спорту на благо миру та розвитку	7 Всесвітній день здоров’я	8
9	10	11 Всесвітній день боротьби з хворобою Паркінсона	12	13	14	15
16 Всесвітній день голосу	17 Всесвітній день боротьби з гемофілією	18 День заснування Товариства Червоного Хреста на Україні	19	20	21 День навколишнього середовища	22 Міжнародний день Землі
23 Всеукраїнський день психолога	24 Всесвітній день захисту лабораторних тварин	25 Всесвітній день боротьби проти малярії, Міжнародний День ДНК	26 Міжнародний день пам’яті Чорнобиля	27	28 Всесвітній день охорони праці	29 Міжнародний день танцю
30						

ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНЕ
ВИДАННЯ,
ТЕМАТИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАК-
ТИЧНИЙ ПОРАДНИК ДЛЯ МЕД-
ПРАЦІВНИКІВ

СВІДОЦТВО ПРО РЕЄСТРАЦІЮ
ТР №275
ВИХОДИТЬ З ТРАВНЯ 1999Р.

ЗАСНОВНИК:
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРО-
НИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІ-
НІСТРАЦІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:
ГАННА СЛІВІНСЬКА

ВІДПОВІДАЛЬНА ЗА ВИПУСК
ТА РЕДАКТОР ВІДДІЛУ:
ІРИНА БАЙДЮК
ТЕЛ.РОБ. 52-56-78

КОМП'ЮТЕРНА ВЕРСТКА ТА
ДИЗАЙН:
В. НАТАЛІЯ ХАРЧЕНКО
ЛІТЕРАТУРНИЙ РЕДАКТОР:
М. НАТАЛІЯ ХАРЧЕНКО

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:
вул. Гоголя, 2
КУТОР “ЦЕНТР ЗДОРОВ'Я”,
КАБ. №1
ТЕЛ.: (0352) 52-56-78,
(0352) 52-12-03
EMAIL:
KUTORCZ@I.UA

ЗАСІДАННЯ КОЛЕГІЇ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	3
ВСЕУКРАЇНСЬКА МІЖДИСЦИПЛІНАРНА НАУКОВО-ПРАК- ТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ЖІНОЧЕ ЗДОРОВ'Я: ІМПЛЕМЕН- ТАЦІЯ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ»	4
НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ ЗМАГАЛИСЬ БРИГАДИ «ШВИДКОЇ» З УСІЄЇ КРАЇНИ, А НА ДОНЕЧЧИНІ СТАРТУВАВ ПРОЕКТ «ДОБРОЗИЧЛИВА МЕДИЦИНА».....	4
СТЕПАН БАРНА ВРУЧИВ СВІДОЦТВА ПРО НАРОДЖЕННЯ 18-ТИ МАЛЮКІВ	5
ВІДБУЛАСЯ ОДНОДЕННА УСТАНОВЧА ЗУСТРІЧ ПРОЕК- ТІВ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	5
ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУ- ЛЬОЗУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	6
КОНФЕРЕНЦІЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ТЕРНОПІЛЬЩИНИ	10
«ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ КАМПАНІЇ НА ПІД- ТРИМКУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ»	10
ВИЇЗНЕ ЗАСІДАННЯ КОМІТЕТУ ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРА- ЇНИ З ПИТАНЬ БЮДЖЕТУ	10
«МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩО- ДО ЇХ СПРОМОЖНОСТІ ВИКОНУВАТИ ФУНКЦІЇ ЛІКАРНІ ІН- ТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ»	11
КРУГЛИЙ СТІЛ ДО ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ДНЯ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ	11
ПОЛОГИ В УКРАЇНІ БУДЕ ОПЛАЧУВАТИ ДЕРЖАВА	12
РОЗВИТОК СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ І ЯКІСНІ МЕДИЧНІ ПОС- ЛУГИ — ПРІОРИТЕТНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ	12
СТЕПАН БАРНА: НІХТО НЕ СТАВИТЬ СОБІ ЗА МЕТУ ЗНИ- ЩИТИ МЕДИЦИНУ.	14
СПІЛЬНЕ ЗАСІДАННЯ РОБОЧИХ ГРУП З ВИВЧЕННЯ ПИТАН- НЯ РЕФОРМУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕ- ДИЧНОЇ РАДИ РЕФОРМ	15
МОЗ ЗАТВЕРДИВ ПОРЯДОК НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧ- НОЇ ДОПОМОГИ	16

ЗАСІДАННЯ КОЛЕГІЇ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Під час засідання колегії, яке відбулося 28 лютого, із доповіддю про підсумки роботи галузі у минулому році виступила **Чайковська Лідія Зіновіївна** – начальник відділу фармації та режимно-секретної роботи управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації.

За її словами однією з передумов якісного надання медичної допомоги є достатнє матеріально-технічне оснащення медичних закладів, належні умови перебування пацієнтів та забезпечення медикаментами.

«Для медичних закладів області у 2017 році закуплено та отримано 496 одиниць медичного обладнання на суму понад 42 млн. грн. Це позитивно вплинуло на якість діагностики та лікування пацієнтів області. Адже заклади охорони здоров'я були укомплектовані комп'ютерами, рентген-діагностичними комплексами, апаратами для проведення малоінвазивних оперативних втручань, стоматологічними установками, новими апаратами інтелектуальної штучної вентиляції легень, кардіографи, мамографами, ультразвуковим обладнанням та сучасною аналізуючою апаратурою, яка відстежує усі необхідні параметри стану пацієнта. Також, в усіх каретах швидкої допомоги встановлені навігатори, та трекери, які дають можливість вислідковувати рух бригади» – зазначила **Лідія Зіновіївна**.



Також, **Лідія Чайковська** відмітила, що 2017 році відкрито:

- Оперативну-диспетчерську службу Центру екстреної медичної допомоги;
- Лабораторний корпус на базі Тернопільської університетської лікарні;
- Центр політравми складовою якого є відділення інтенсивної терапії для хворих з полі травмою, операційний блок для

виконання невідкладних маніпуляцій та хірургічних втручань при черепно-мозковій травмі, травмі грудної клітки, травмі органів черевної порожнини та скелетній травмі на базі Тернопільської університетської лікарні;

- Центр нейрореабілітації на базі 3-го неврологічного відділення на базі Тернопільської комунальної клінічної психоневрологічної лікарні;
- Стоматологічну клініку на базі Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського;
- Відділення СРАР (сіпап) терапії у Більче-Золотетській обласній фізіотерапевтичній лікарні;
- Відділення ортопедичного стаціонару з операційним блоком та відділення стаціонару торакальної хірургії, нейрохірургії, абдомінальної та судинної хірургії у Тернопільській університетській лікарні;
- Кабінет психоемоційної розгрузки для учасників антитерористичної операції запрацював у Заліщицькому обласному комунальному госпіталі інвалідів війни та реабілітованих;
- Пункт постійного базування бригади Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у селі Велика Березовиця Тернопільського району;
- Фельшерсько-акушерський пункт у селі Товстолуг;
- Амбулаторії загальної практики сімейної медицини у с. Ладичин Микулинецької об'єднаної територіальної громади та у с. Росохач Чортківського району.

В свою чергу начальник управління охорони здоров'я облдержадміністрації **Володимир Богайчук** відзначив ряд стратегічних завдань розвитку галузі охорони здоров'я області а саме:

- впровадження європейських стандартів в організацію надання медичної допомоги населенню;
- подальший якісний розвиток первинної медико-санітарної допомоги населенню області на засадах загальної практики/сімейної медицини;
- створення єдиних медичних територіальних просторів;
- пріоритетний розвиток закладів охорони материнства і дитинства;
- регіоналізація перинатальної допомоги;
- оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів області та реструктуризація ліжкового фонду з урахуванням ефективності роботи ліжка;
- подальше створення центрів високоспеціалізованої, високотехнологічної медичної допомоги на базі провідних обласних лікарень;
- удосконалення системи профілактичних медичних оглядів, впровадження програм масового скринінгу населення;
- створення мережі хоспісних відділень;
- формування єдиної мережі закладів медичної реабілітації та відновного лікування хворих.

Також, очільник охорони здоров'я наголосив, що у 2018-му році працівників охорони здоров'я очікує важка та клопітка праця, задля створення всіх можливих умов покращення якості надання медичних послуг у лікувально-профілактичних закладах області, адже з цього року розпочинається повноправна конкуренція серед закладів та самих лікарів, тому що пацієнт обиратиме той заклад, того лікаря, який він вважає кращим.

Відбулася Всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція «Жіноче здоров'я: імплементація сучасних протоколів в клінічну практику»



Близько 200 медиків підвищують свій професійний рівень, а саме лікарі акушери-гінекологи акушерсько-гінекологічних відділень, жіночих консультацій, амбулаторних та стаціонарних відділень лікарень, лікарі загальної практики сімейної медицини, лікарі терапевти, лікарі кардіологи та інтерналісти із Тернопільської області та сусідніх областей.

Конференція проходить 1-2 березня 2018 року на базі ДВНЗ «Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського», що знаходиться за адресою місто Тернопіль, майдан Воли, 1-ий адмінкорпус. Організаторами конференції виступили МОЗ України, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет», Асоціація акушерів гінекологів України. Офіційний інформаційний вісник конференції – Всеукраїнський науково-практичний журнал «Вісник наукових досліджень», журнал «Слово о здоров'ї», журнал «Акушерство, гінекологія, генетика», газета «Медична академія».

Учасників конференції привітали від ректорату ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» професор Кліщ М.І, а від імені гостей конференції професор із Львова Маркін Л.Б.

З привітальним словом від імені УОЗ облдержадміністрації виступила заступник начальника управління охорони здоров'я облдержадміністрації Чайковська Лідія Зиновіївна, вона подякувала медикам за роботу і побажала плідної співпраці. В програмі конференції розглядалися доповіді:

- Гістопатичні розриви матки під час вагітності та пологів – доповів Маркін Л.Б.
- Стратегія розвитку акушерсько-гінекологічної служби шляхом імплементації інноваційних технологій в сучасні науково-практичні та освітні проекти – доповів Запорожан В.М.
- Проблеми материнської смертності в Україні: напрямки для зниження материнської смертності – доповів Камінський В.В.
- Екстрагенітальна патологія вагітних як мультидисциплінарна проблема – доповів Медведь В.І.
- Оптимізація лікування хронічних запальних захворювань статевих органів у жінок фертильного віку з порушенням

вегетативного гомеостазу – Подольський В.В. і Подольський Вол.В.

• Невиношування як медико-соціальна проблема – доповіла Пирогова В.І.

• Гіперандрогенія – нове рішення старої проблеми – доповідь Дубчак А.Є.

• Передчасні пологи – імунологічний конфлікт мати – плід-збудник.

На секційних засіданнях розглядалися питання:

• Місце метаболічної терапії у лікуванні клімактеричної кардіоміопатії – доповідь Швед М.І.

• Ендометріюїдна хвороба: підходи до профілактики рецидивів – доповідь Квашенко В.П.

Всього в рамках проведення конференції проведено близько 50 доповідей, в спеціалізованому тренінговому центрі проводилися майстер-класи, по завершенні конференції учасники отримали сертифікати міжнародного зразка.



На Тернопільщині змагались бригади «швидкої» з усієї країни, а на Донеччині стартував проект «Доброзичлива медицина»



31 команда – 18 українських та 6 іноземних (з Польщі, Литви та Ізраїлю) – замахалась у III Всеукраїнському зимовому чем-

ПІОНАТІ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «КРЕМЕНЕЦЬКІ МЕДИЧНІ РАЛІ-2018», що проходив з 22 по 25 лютого у Кременці. Бригади демонстрували практичні навички у наданні допомоги «ПОТЕРПІЛОМУ» юнакові під час падіння з висоти 6-ти поверхової будівлі, вибирали тактику надання допомоги пацієнту з гіпертонічним кризом та гострим порушенням мозкового кровообігу, скеровували його у правильно обраний спеціалізований заклад охорони здоров'я, проводили серцево-легеневу реанімацію, забезпечували власну безпеку під час виклику, де є озброєна людина. Також завдання передбачали демонстрацію навиків при проведенні медичного сортування з 20-ма «ПОТЕРПІЛИМИ», вміння взаємодіяти між диспетчерами та силовиками.



Перемогу здобула команда з Хмельницької області, друге та третє місця посіли відповідно Чернівецька та Волинська команди.

Степан Барна вручив свідоцтва про народження 18-ти малюків



З важливою подією у житті — народженням дитини новоспечених батьків привітав голова Тернопільської облдержадміністрації Степан Барна у Тернопільському перинатальному центрі «Мати і дитина». Очільник області разом з начальником Головного територіального управління юстиції Едуардом Кольцовим вручили свідоцтва про народження 12 дівчаток і 6 хлопчиків.



Завдяки пілотному проекту Міністерства юстиції, протягом 2017 року свідоцтва про народження, безпосередньо у пологових будинках області, отримали 3659 дітей. Загалом від початку дії проекту на Тернопільщині документи отримали

більше 6 тисяч дітей. Два роки тому на місці перинатального центру була руїна. Сьогодні там створено комфортні умови для матерів та дітей. Про це наголосив очільник області: «Думаю, що ви відчували комфорт у приміщеннях, в яких перебували. Ніхто не вірив у те, що ми завершимо реконструкцію перинатального центру. Багато хто говорив, що нічого не відбулося і не змінилося, але сьогодні ви мали можливість перебувати у комфортних палатах, в теплі. Це говорить про те, що ми намагаємося дбати про майбутніх матерів та породіль, їхніх дітей і забезпечувати для них максимально комфортні умови», – наголосив Степан Барна.

Повіломляє прес-служба ОДА



Відбулася одноденна Установча зустріч Проектів розвитку первинної медичної допомоги



У місті Києві відбулася одноденна Установча зустріч Проектів розвитку первинної медичної допомоги за підтримки Проєкту «USAID Реформа ВІЛ-послуг у дії» та Міністерства охорони здоров'я України.

Участь в установчій зустрічі місцевих команд в рамках підготовки до переходу на нову систему фінансування та впровадження реформи охорони здоров'я на первинній ланці від Тернопільської області взяли: головні лікарі Тернопільського ЦПМСД, Гусятинського ЦПМСД, Збаразького ЦПМСД, Козівського ЦПМСД, Чортківського ЦПМСД, Терехівського ЦПМСД, Бережанського ЦПМСД, Шумського ЦПМСД Шумської міської ради та Заводського ЦПМСД Заводської ОТГ Чортківського району.

Під час проведення зустрічі методологічної підтримки обговорювалися наступні напрямки діяльності:

1. Юридична підтримка у перетворенні місцевого закладу ПМД з комунальної установи на комунальне некомерційне підприємство;
2. Оцінка наявної мережі ПМД та формування рекомендацій щодо побудови спроможної мережі ПМД та планування кадрового ресурсу;
3. Формування фінансового плану мережі ПМД в умовах нової системи фінансування;



4. Оцінка наявного матеріально-технічного оснащення місцевого закладу ПМД;

5. Оцінка технічної спроможності та наявних електронних медичних інформаційних систем в закладі ПМД для впровадження електронної системи e-Health;

6. Розвиток спроможності місцевої управлінської команди ПМД в:

- Виконання умов МОЗ для підписання контрактів з НСЗУ;
- Операційному управлінні закладами ПМД в умовах реформування системи охорони здоров'я;
- Підписанні декларацій з пацієнтами.

Характеристика епідемічної ситуації з туберкульозу в Тернопільській області

За останні 5 років як в державі, так і в Тернопільській області реєструється зниження захворюваності. Проте за 2016 рік захворюваність на вперше діагностований туберкульоз зросла на 16,7% (в абсолютних числах з 409 до 475). Як результат область мала найбільший приріст захворюваності на рівні держави, але продовжувала відноситись до 3-х територій із найнижчим показником захворюваності. У 2017 році захворюваність на ВДТБ зменшилась з 44,7 до 38,1 (17%), захворюваність на ВДТБ+РЕЦДИВИ з 57,0 до 46,7 (18,1%)

Ріст захворюваності відмічено в 4 районах.

Найвищий показник захворюваності на 100 тис. населення зареєстрований у Ланівському (70,5), Бережанському (48,9), Терехівському (45,9), Заліщицькому (45,2) районах. Найнижчий показник у Монастирському (21,1), Чортківському (21,5), Збаразьському (27,6) районах при обласному – 38,1. На 33,5% зросла захворюваність у Бучачському, на 45,2% в Заліщицькому районах.

При оцінці епідситуації необхідно враховувати, що за даними ВООЗ в Україні розрахункова захворюваність на ТБ складала у 2015 році 91,0 на 100 тис. населення, проте за результатами рутинного епіднагляду захворюваність складала 70,5 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно недовиявляється 22,5% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ.

Питома вага вперше виявлених хворих з бацилярними формами легеневого туберкульозу становить 62,0%, що є негативною епідеміологічною ознакою, так як такі хворі є основним джерелом інфекції і несуть небезпеку для оточуючих.

В розрізі районів питома вага бацилярного туберкульозу становила: у Підволочиському р-ні – 87,5%, Збаразьському – 80,0%, Тернопільському р-ні – 73,3%.

Негативною прогностичною ознакою є реєстрація деструктивних форм туберкульозу, питома вага яких залишається великою – 44,4 (у 2016 році 45,1). В таких районах, як Козівський, Підволочиський, Збаразький, Кременецький, Підгаєцький, Чортківський, Бучачський, Тернопільський деструктивні форми становлять 50 і більше відсотків. Найбільше деструктивного туберкульозу діагностовано у Козівському р-ні – 72,7% та Кременецькому – 57,70%.

Дані показники свідчать про пізнє виявлення захворювання та можуть надалі відобразитися на показнику ефективності лікування.

Практично дещо покращилась епідситуація щодо реєстрації рецидивів туберкульозу. Захворюваність на рецидиви туберкульозу становить 9,8 на 100 тис. нас. проти 12,5 за 2016 рік. Найвища захворюваність на рецидиви туберкульозу на 100 тис. населення зареєстрована у Терехівському р-ні – 18,4, Підгаєцькому р-ні – 16,1, Бережанському р-ні – 14,7, Збаразьському р-ні – 13,4, у м. Тернопіль – 7,4.

Серед рецидивів зменшилась кількість хворих з бацилярними формами (6,9 на 100 тис. нас. проти 8,7), з деструктивними формами (з 6,4 до 6,3 на 100 тис. нас.). А у таких районах, як Чортківському, Тернопільському, Монастирському, Ланівському, Зборівському, Бучацькому, Заліщицькому бацилярні форми становили – 100%.



Захворюваність на активний туберкульоз разом з рецидивами серед усього населення Тернопільської області становить – 46,7 на 100 тис. нас. (у 2016 р. – 57,0 на 100 тис. нас.). Зниження захворюваності на ВДТБ+РТБ складає 18,1%.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

(ВПЕРШЕ ЗАРЕЄСТРОВАНІ ХВОРИ + РЕЦИДИВИ)

Високі та низькі показники захворюваності обумовлені рівнем виявлення хворих первинною ланкою, використанням бактеріоскопічних та флюорографічних обстежень, участю населення в профілактичних оглядах, результатами діяльності територіальних протитуберкульозних закладів.

Захворюваність серед дітей і підлітків є малоінформативною для аналізу, так як вибірка є недостатньою. Кількість зареєстрованих випадків: діти – 3 випадки проти 4 у 2016 році (по одному в Підволочиському, Заліщицькому, Борщівському районах), підлітки – 7 випадків проти 4 у 2016 році (у Бережанському-2, Заліщицькому-2, Тернопільському-1, Підгаєцькому-1, Ланівському-1).

Особливої уваги заслуговує виявлення випадків позалегенового ТБ. У 2017 році виявлено 36 випадків проти 53 у 2016 р. В структурі позалегенового туберкульозу становлять:

– позалегеновий ТБ органів дихання – 33,3 % (37,3 % у 2016 р.);

– кістково-суглобовий – 55,6 % (35,9 % у 2016 р.);

– периферичних лімфовузлів – 5,6 % (7,6 % у 2016 р.);

Проводячи аналіз захворюваності на вперше діагностований туберкульоз, спостерігається, що 57,1% випадків – це жителі сільської місцевості.

У соціальній структурі хворих із вперше діагностованим туберкульозом у 2017 році, як і в попередні роки, продовжують переважати соціально незахищені верстви населення, зокрема відсоток непрацюючих працездатного віку складає 52,5%, пенсіонерів – 24,4%, робітників і службовців – 6,3%, учнів та студентів – 2,8%, медичних працівників – 1,0%, осіб без постійного місця проживання – 1,3%, осіб, які повернулися з місць позбавлення волі, – 0,5%, інших категорій осіб – 6,8%. Серед вперше зареєстрованих хворих на туберкульоз I-III категорій обліку 11,42% склали хворі, які зловживають алкоголем, та 0,8% – це споживачі ін'єкційних наркотиків, що стверджує про нагальну потребу розширення дії програми соціальної підтримки пацієнтів, санітарно-освітньої програми разом з активною участю громадських організацій.

Щодо гендерного поділу захворілих, то переважають особи чоловічої статі – 75%, жіночої – 25%.

У віковій структурі населення серед хворих із вперше діагностованим туберкульозом переважають особи працездатного віку 78,6%. За віком найбільше виявляється хворих серед чоловіків: 35-44 та 45-54 роки, серед жінок: 35-44 та 65 років і старше, що свідчить про високий соціальний вплив та економічне навантаження.



Захворюваність на КО-інфекцію у Тернопільській області за підсумками 2017 року, зменшилась на 25% і становить 3,0 на 100 тис. населення (вперше зареєстрованні + повторні випадки). Поширеність у поєднанні зі СНІДом також становить 3,1 на 100 тис. нас.

Станом на 01.01.2018 р. зареєстровано 32 випадки на поєднану патологію ТБ/ВІЛ. У 21 пацієнтів поєднану патологію виявлено вперше. Максимальна кількість ко-інфекції зосереджена у м. Тернопіль – зареєстровано 12 пацієнтів на ко-інфекцію, у Кременецькому р-ні – 3 пацієнтів, у Збаразькому – 3 випадки.

Однак охоплення АРТ-терапією все ще залишається недостатнім від потреби на рівні 84,3% (рекомендовано – 100%) по причині відмови хворих від лікування та важкості стану пацієнтів.

Завдяки налагодженню співпраці фахівців облтубдиспансеру та Центру СНІДу охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз становить 100%.

Потребує покращення охоплення ВІЛ-інфікованих хіміопрофілактикою ізоніазидом (31%) та організацію профілактичним лікуванням хворих на ко-інфекцію котримоксазолом (81,25%). В Тернопільській області, як і в Україні, залишається напруженою епідеміологічна ситуація щодо мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ).

У Тернопільській області протягом 2017 р. виявлено 111 хворих на МРТБ, з них 58 пацієнтів з нових випадків та 53 – повторні випадки, що ставить під сумнів контрольованість лікування.

ВООЗ внесла Україну до списку 30 країн світу з найвищим тягарем МР ТБ з оціночною кількістю випадків – 22 000 МР ТБ у 2015 році. За даними рутинного епіднагляду виявлено в 2015 році лише 8440 випадків МР ТБ, що свідчить про значне його недовиявлення та потребує прийняття невідкладних заходів.

Розрахункова кількість виявлених МРТБ хворих повинна складати за висновками ВООЗ:

- 23% від вперше виявлених хворих
- 58% від повторних випадків лікування

Відповідно до захворюваності, згідно визначених стандартів по ВООЗ, повинно було виявлено:

90 хворих із нових випадків;

71 хворий із повторних випадків.

Тобто в області за 2017 р. недовиявлено близько 50 пацієнти на МРТБ.

Захворюваність на МРТБ у 2017 р. становить 10,4 проти 11,6 на 100 тис. нас. у 2016 р. Найвищу захворюваність на 100 тис. населення на МРТБ зареєстровано у:

– Заліщицькому районі – 19,2;

– Зборівському р-ні – 16,6;

– Козівському р-ні – 15,6;

– Підволочиському р-ні – 14,0;

– Лановецькому – 13,4.

Найнижчу захворюваність на МРТБ зафіксовано у Шумському р-ні (3,0 на 100 тис. нас.), Підгаєцькому р-ні (5,3 на 100 тис. нас.) та Борщівському р-ні (5,9 на 100 тис. нас.).

Рівень МРТБ серед хворих, яким вперше в житті встановили діагноз туберкульозу, залишається високим. Так, у 2014 р. питома вага МРТБ, які перейшли із вперше діагностованого туберкульозу, становила 33%, у 2015 р. – 45%, у 2016 р. – 39%, у 2017р – 52%. Серед хворих із повторними випадками діагноз МРТБ виставлено у 48% пацієнтів.

Питома вага **РРТБ** становить 14,4% від загальної кількості хворих 4 категорії (у 2016 р. – 12%).

Реєстрація мультирезистентного туберкульозу з 2013 року на більш високому рівні, як серед нових випадків, так і повторних, пов’язана з впровадженням молекулярно-генетичних методів дослідження та ставить завдання подальшого покращення лікування хворих.

За період 2013-2016 років реєструється строката картина щодо повторних випадків туберкульозу. Так, у 2013 р. взято на облік 233 хворих з випадком повторного туберкульозу, у 2014 р. – 177 хворих, у 2015 р. – 141 пацієнт, у 2016р. – 158 хворих, а у 2017р– 123 хворих.

У 2017 році в таких районах, як Збаразький, Монастириський, Підволочиський, Підгаєцький, Тереховлянський, Чортківський питома вага повторних випадків лікування становить 30 і більше відсотків.

Показник поширеності на всі форми активного туберкульозу за період 2011-2017 років на 100 тис. нас. знизився з 100,3 до 50,3.

Високі показники поширеності у 2017 році спостерігались у Зборівському (89,2), Лановецькому (87,6), Підволочиському (68,3) районах. Низькі у Бережанському (39,5), Козівському (34,3) та Чортківському (36,6) районах, що свідчить про не своєчасне переведення хворих у залишкові зміни (кат.5.1).

Показник смертності від туберкульозу за останні 5 років знижено з 7,7 до 4,2 на 100 тис. населення і залишається найнижчим в Україні. Ця тенденція свідчить про ефективність заходів протидії туберкульозу та пов’язана насамперед з адекватним забезпеченням потреби протитуберкульозними препаратами.

У 2017 р. не зафіксовано випадків смерті від туберкульозу у Монастириському та Зборівському районах. Ріст смертності зареєстровано в Підгаєцькому р-ні з 10,6 до 21,5, Гусятинському– з 3,3 до 8,3, Чортківському– з 5,3 до 8,1, Борщівському– з 2,9 до 5,9 на 100 тис. нас.

Питома вага померлих до одного року спостереження становить – 44,4%, до 40 років–13,3%. Невтішним є і той факт, що 64,4% померлих – це особи працездатного віку, 35,6% – пенсіонери, чоловіки – 86,7%, жінки – 13,3%.

Одним із найважливіших показників щодо ситуації з туберкульозом є визначення епідемічного тягаря, який дає можливість визначити регіони, в яких ситуація щодо туберкульозу найбільш напружена, для надання цілеспрямованої, ефективної технічної допомоги.

- Основні показники, що входять до розрахунку тягаря ТБ:**
1. Захворюваність на 100 тис. населення (загальна; серед дітей)
 2. Смертність на 100 тис. населення (загальна; серед дітей)
 3. Летальність (смертність у когорті, %)
 4. Розповсюдженість на 100 тис. населення (загальна; серед дітей)
 5. Інвалідність із причин ТБ на 10 тис. населення

Оціночна шкала індексу епідемічного тягаря ТБ

- 0 – немає даних / низький рівень тягаря
1 – середньо-низький рівень тягаря
2 – середній рівень тягаря
3 – середньо-високий рівень тягаря
4 – високий рівень тягаря

У 2017 році з врахуванням основних показників, а саме захворюваності, смертності, летальності, поширеності,

інвалідності, згідно оціночної шкали індексу, середньо-високий рівень епідемічного тягаря характерний для Кременецького та Підгаєцького районів. Середньо-низький рівень мають Збаразький, Лановецький, Монастириський та Гусятинський райони. Всі інші райони мають середній рівень тягаря туберкульозу. Слід відзначити, що в цілому ситуація по туберкульозу, згідно оціночної шкали індексу епідемічного тягаря, має тенденцію до позитивної динаміки. Якщо проводити паралелі між аналогічними критеріями за 2016 р., то варто відзначити, що у 2017 р. жоден із районів не має високого рівня тягаря, як це було у 2016 р. (Підгаєцький р-н).

Виявлення та діагностика туберкульозу

За даними ВООЗ покращення роботи з виявлення ТБ на первинному рівні, надання медичних послуг та ефективно запровадження сучасних методів лабораторної діагностики ТБ забезпечили збільшення кількості підтверджених нових випадків ТБ мікроскопічним, бактеріологічним, молекулярно-генетичними методами.

Одним з показників, що відображає ефективність організації діагностики туберкульозу, є виявлення випадків з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння у закладах первинної медико-санітарної допомоги.

З метою дотримання якісних достовірних результатів лабораторних досліджень всі лабораторії успішно пройшли тестування зовнішнього контролю якості.

По області за 2013-2017 роки відсоток виявлення хворих, обстежених у загально-лікарняній мережі, збільшився з 0,6 до 1,31.

Практично у всіх районах та м. Тернополі, крім Шумського та Борщівського, виявлення випадків туберкульозу з позитивним результатом мікроскопії мазка в закладах ПМСД у 2017 році було незадовільним і не досягло значення, визначеного індикатором загально-державної соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки (5 і більше відсотків).

Особливу увагу щодо організації виявлення хворих на туберкульоз на рівні закладів ПМСД необхідно приділити в Бережанському, Гусятинському, Козівському, Лановецькому, Кременецькому, Монастириському, Тернопільському районах.

Причиною низького рівня виявлення закладами первинної ланки є неправильний відбір пацієнтів, порушення правил збору мокротиння, не забезпечення транспортування мокротиння з ФАПів та амбулаторій загальної практики сімейної медицини у лабораторії первинного рівня.

В області найбільш поширеним є виявлення туберкульозу за зверненням по медичну допомогу та проведеними профілактичними флюорографічними обстеженнями.

Кількість проведених флюорографій на 1000 населення становило:

у 2013 р.	-	449
у 2014 р.	-	513
у 2015 р.	-	484
у 2016 р.	-	531
у 2017р.	-	529

У 2017 р. в області із -за відсутності коштів в райони не виїзжали виїзні флюорографи облтубдиспансеру, що негативно вплинуло на виявлення хворих на туберкульоз.

Особливо проблемним залишається виявлення туберкульозу серед дітей. У 2016 році план проведення туберкулінодіагностики виконаний лише на 10,9%. Виконання плану становило в

ЛАНІВЕЦЬКОМУ РАЙОНІ ЛИШЕ 1,6%, БУЧАЧЬКОМУ – 2,7%, КРЕМЕНЕЦЬКОМУ – 4,3%, В М. ТЕРНОПІЛЬ –5,9%. РІЧНИЙ ПЛАН ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ ДО ОДНОГО РОКУ ВИКОНАНИЙ НА 90,9%.
Для виявлення туберкульозу серед дорослого населення надалі необхідно більш активно використовувати бактеріоскопію, продовжувати практикувати роботу виїзних флюорографів, серед дітей – туберкулінодіагностику.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
Забезпечення ефективного лікування приводить до припинення подальшого поширення випадків туберкульозу та попередження інфікування **МТБ** серед здорового населення та є одним із ключових заходів для контролю за туберкульозом.
Тернопільська область була в числі областей, які мали найвищу ефективність лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з бактеріовиділенням у 2014 році. На формування показника ефективності лікування **ТБ** впливає як високий рівень смертності у когортах, так і частка випадків з невдалим та перерваним лікуванням та невдачею лікування.
Серед вперше виявлених пацієнтів з позитивним мазком, які проліковані в Тернопільській області у 2016 р., (140 пацієнтів, з них перейшло у 4 кат. 28 хворих) ефективно проліковані – 82 хворих, що становить 73,2%. Негативним залишається той факт, що результат «вилікований» мають тільки 27% ефективно пролікованих пацієнтів, що свідчить про недотримання моніторингу контрольних обстежень на стаціонарному та амбулаторному етапі лікування і може бути однією із причин появи ранніх рецидивів. Турбує показник «летальність у когорті», який серед даної категорії людей становить 13,4%, що майже втричі перевищує встановлений стандарт (5%). Невтішним для області залишається і відсоток переведених до 4 категорії – 28 хворих із 140 (20%).

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ В РОЗРІЗІ РАЙОНІВ
У таких районах, як Бережанський, Лановецький, відсоток переведених до 4 категорії становить 50% і більше. Структура результату лікування у розрізі районів виглядає досить неоднороззначною. Так, у Лановецькому районі серед вперше виявлених хворих із позитивним мазком 100% переведено у 4 кат., у Збаразькому районі 100% – ефективно проліковані, у Тербовлянському районі 53% – ефективно проліковані, 23% – померло та 13% переведено у 4 кат.
Аналогічна тенденція зберігається і при аналізі ефективності лікування серед усіх нових випадків туберкульозу. Проблемним залишається моніторинг лікування у частині бактеріоскопічних обстежень як на рівні надання стаціонарної, так і амбулаторної медичної допомоги, що в свою чергу веде до необґрунтованого збільшення «завершеного лікування» серед пацієнтів з бацилярними формами туберкульозу. Недопрацюванням районних спеціалістів є і значний відсоток «перерваного лікування», що становить ще й епідемічну загрозу для оточуючих. Крім того суттєвий показник перерваного лікування дає можливість передбачити подальший ріст пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом.

Особливої уваги заслуговує аналіз ефективності лікування хворих на **МРТБ**. Ефективність лікування хворих на **МРТБ**, які взяті на облік за 9 місяців 2015 р. становить 55%.
Найвищий результат ефективності лікування досягнуто у вперше діагностованих хворих, які були зареєстровані до 4 категорії та становить по області 66% (26 хворих із 40). Перерване лікування становить 15%, 7% «невдалого лікування», летальність у когорті серед даної групи пацієнтів становить 12%.

Проводити аналіз по районах – це не інформативно, так як вибірка для аналізу є недостатньою.
Серед рецидивів, які були зареєстровані до 4 категорії за ІІІ квартали 2015 року, відсоток ефективного лікування становить 47%, перерване лікування – 12%, померло – 15% та 26% – «невдача лікування».
Серед інших повторних випадків лікування, які були зареєстровані до 4 категорії у 2015 році, 46% завершило лікування ефективно, 23,5% – померло, 23,5% – невдале лікування, 7% – перервало лікування. Дана картина вкотре доводить, що з кожним повторним встановленим випадком туберкульозу шанси на ефективне лікування у пацієнтів знижуються.

Щодо лікування хворих на амбулаторному етапі:
– амбулаторне лікування отримали 235 хворих;
– 64 хворих під контролем диспансерно-поліклінічних відділень **ПТЗ**;
– 171 хворих під контролем районних тубкабінетів та сімейних амбулаторій;
– на супроводі Товариства Червоного Хреста на протязі року було 54 хворих;
– розпочали лікування на амбулаторному етапі –19 хворих.

Підсумувавши, стверджуємо, що в області є ряд невирішених проблем, які будуть тягнути за собою зростання рецидивів та вперше діагностованого **МРТБ**, а саме:
– недотримання контрольованого лікування на амбулаторному етапі, надання медичної допомоги хворим на **ТБ**;
– недотримання термінів моніторингу обстежень результатів лікування районними фтизіатрами;
– недостатня інформаційно-просвітницька робота з пацієнтами щодо прихильності до лікування;
– низька свідомість населення по відношенню до власного здоров'я, що тягне за собою пізнє виявлення та зменшує ефективність результатів лікування.

Впровадження єдиної системи обліку хворих на ТБ
З метою вдосконалення системи управління інформацією у сфері контролю за туберкульозом у Тернопільській області та в Україні фахівцями **УЦКС** розроблено та впроваджено Єдиний реєстр хворих на туберкульоз. Фахівці області вперше ознайомилися з програмою у 2010 році. Однак усі випадки туберкульозу почали реєструвати тільки з 2013 року. З моменту функціонування Єдиної електронної бази хворих на туберкульоз фахівцями області (станом на 01.01.2017 р.) до реєстру внесено 5662 випадків, з них 628 внесено у 2017 році. Згідно рекомендацій **УЦКС** ведення Електронного реєстру хворих повинне забезпечуватися лікуючими лікарями та районними фтизіатрами, а верифікацію даних мають проводити працівники відділу моніторингу і оцінки (**МІО**).
З 2015 року активно ведеться модуль «Препарати». На обласному рівні призначено 2 осіб, які відповідають за цей розділ роботи. Привертає увагу те, що в районах області несвоєчасно вносяться зміни щодо використання препаратів, що створює труднощі у контролі за їх залишками. У ІV кварталі 2016 р. запроваджено оновлену схему реєстрації пацієнтів в Електронному реєстрі: після підтвердження діагнозу **ТБ** на **ЦЛКК** лікуючий лікар пише повідомлення згідно інструкцій заповнення. Для того, щоб інформація була повною, воно перескановується та відправляється в електронному вигляді на район. Районний фтизіатр протягом 2-3 днів реєструє пацієнта та переводить на лікування у відповідний заклад.

Лікуючий лікар стаціонару несе відповідальність за якість заповнення реєстру тільки за період перебування пацієнта у стаціонарі. При виписці пацієнта зі стаціонару лікуючий лікар переводить пацієнта в Електронному реєстрі до іншого лікувального закладу (районний тубкабінет).

Випадки хворих на туберкульоз в Електронному реєстрі закриваються тільки районними фтизіатрами.

Залишається проблемним питання незабезпеченості комп'ютерною технікою користувачів Електронного реєстру в трьох районах – Лановецькому, Підгаєцькому, Козівському.

Фахівцями УЦКС постійно оновлюються усі модулі Реєстру, а це відповідно потребує постійного вдосконалення навичок на навчальних семінарах та тренінгах як на національному, так і на обласному рівнях.

Для ефективного ведення Електронного реєстру на рівні області необхідно забезпечити його користувачів комп'ютерною технікою, доступним інтернетом та інформаційним матеріалом з релізом оновлень бази.

Прес-служба УОЗ за матеріалами В. Д. Рудика, директора СТМО «Фтизіатрія»

Конференція медичних сестер Тернопільщини

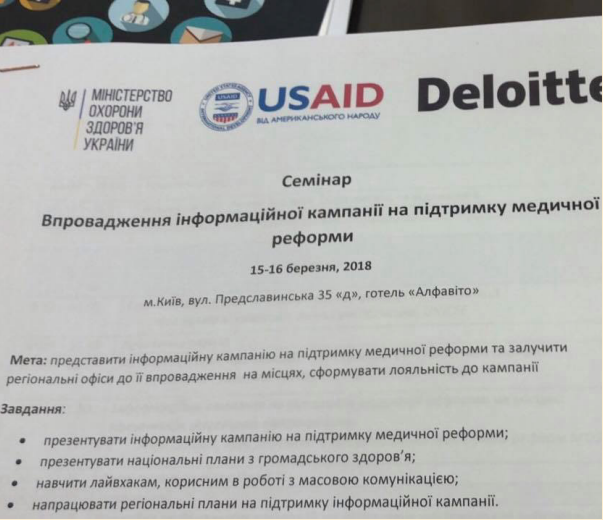


16 березня, під керівництвом заступника начальника управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації Скарлош Тетяни Ярославівни та за участі головного позаштатного спеціаліста з медсестринства управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації, голови "Асоціації медичних сестер" Фаріон Надії Ярославівни відбулося засідання обласної конференції. У відповідності з планом основних організаційних заходів управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації, Тернопільської обласної громадської організації "Асоціація медичних сестер", а також задля підвищення фахового рівня заступників головних лікарів обласних, міських, районних лікувально-профілактичних закладів, центрів первинної музики й санітарної допомоги на базі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф відбулася обласна медична конференція.

Під час засідання обговорювалися наступні питання:

1. Серцево-легенева реанімація;
 2. Травми, кровотечі. Невідкладна медична допомога.
- (Доповідала: завідувач навчально-тренувального в відділення, лікар вищої категорії Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – Шильман Олена Євгенівна).

Впровадження інформаційної кампанії на підтримку медичної реформи



З 15 по 16 березня, заступник начальника – начальник відділу фармації та режимно-секретної роботи управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації Чайковська Лідія Зіновіївна перебувала в місті Києві, та брала участь у семінарі на тему: «Впровадження інформаційної кампанії на підтримку медичної реформи», який відбувся у рамках проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Мета семінару – презентація інформаційної кампанії та залучення регіональних офісів до її впровадження на місцях, формування лояльності кампанії.

В порядок денний засідань також входить презентація національних планів з громадського здоров'я, навчання лайвхакам, корисним в роботі з масовою комунікацією, напрацювання регіональних планів на підтримку інформаційної кампанії.

Виїзне засідання Комітету Верховної Ради України з питань бюджету



На один день, 16 березня, Тернопільська область стала майданчиком для активного обговорення важливих для життєдіяльності краю питань, а також для конструктивного діалогу та напрацювання спільного бачення підвищення фінансового забезпечення розвитку регіону. Адже вперше на Тернопільщині у Збаразькому замку відбулося виїзне засідання Комітету Верховної ради України з питань бюджету за участі народних депутатів України, в тому числі й від нашої області. Під час засідання обговорювалися надзвичайно важливі питання для нашого краю, а саме наповнення місцевих бюджетів в умовах бюджетної децентралізації, розвиток транспортної інфраструктури, охорони здоров'я та зимових видів спорту.

За словами Андрія Павелка, голови Комітету з питань бюджету, Тернопільська область є дуже прогресивним регіоном, який за останні три роки стрімко розвивається та у багатьох рейтингах займає лідируючі позиції.

Під час своєї доповіді начальник управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації Володимир Григорович Богайчук наголосив про впроваджені кроки у реформуванні галузі охорони здоров'я області та відмітив проблемні питання.

«Одним із пріоритетів для нас є втілення проекту закупівлі лінійного прискорювача, для обласного онкологічного диспан-

серу, який складає близько 100 мільйонів гривень. Адже саме сьогодні, на це обладнання чекає понад 25 тисяч онкогічних хворих Тернопільщини. Також, для нас, не менш важливими завданнями є завершення другого етапу реконструкції обласного перинатального центру «Мати і дитина» та вирішення питань у фінансуванні екстренної медичної допомоги й закупівлі нових автомобілів для потреб швидкої допомоги» – наголосив Володимир Григорович.



Методики оцінки закладів охорони здоров'я щодо їх спроможності виконувати функції лікарні інтенсивного лікування госпітального округу



20 березня, заступник начальника управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації Тетяна Ярославівна Скарлош прийняла участь а обговоренні «Методики оцінки закладів охорони здоров'я щодо їх спроможності виконувати функції лікарні інтенсивного лікування госпітального округу», яке відбулося за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії».

Дана зустріч відбулася задля пред'явлення та обговорення індикаторів для оцінки закладів охорони здоров'я щодо їх спроможності виконувати функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування для населення госпітального округу, а також верифікувати дані 303, використані при аналізі.

В обговоренні також взяли участь представники від команди

Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», а саме:

– Юлія Соколовська – керівник напряму з реформи охорони здоров'я;

– Марина Ніколко – радник з питань стратегічного розвитку медичних закладів;

– Владислава Бронова – радник з юридичних питань;

– Наталія Кириченко – консультант Проекту;

– Олена Корда – фахівець ТОВ «Делойт і Туш»;

– Керелін Сміт – фахівець зі стратегічного планування у сфері охорони здоров'я, ТОВ «Делойт Консалтинг», США;

– Василина Омелянчук – перекладач.

Під час обговорення піднімалися наступні питання:

1. Спеціалізація медичної допомоги для багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та інші вимоги до їх створення відповідно до нормативно-правових актів;

2. Огляд Чортківського госпітального округу: демографічні тенденції, захворюваність населення, ресурси системи охорони здоров'я;

3. Методика оцінки закладів охорони здоров'я щодо їх спроможності виконувати функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування (проект).

Частина 1: Оцінка закладів охорони здоров'я: загальна ефективність та функціональна потужність;

Частина 2: Оцінка закладів охорони здоров'я; гострота випадків та функціональна потужність;

4. Представлення інструменту оцінки закладів охорони здоров'я;

5. Підбиття підсумків.



Круглий стіл до Всеукраїнського дня боротьби з туберкульозом



«Покласти край туберкульозу» – під таким гаслом відбувся круглий стіл для представників ЗМІ та зацікавлених осіб, приурочений Всесвітньому та Всеукраїнському дню боротьби з туберкульозом.

Засідання проходило 21 березня 2018 року в приміщенні обласного протитуберкульозного диспансеру за участі управління охорони здоров'я ТОДА, головних позаштатних спеціалістів управління охорони здоров'я, науковців Тернопільського медичного університету, лікарів-фтизіатрів обласного протитуберкульозного диспансеру, Центру здоров'я, обласного Товариства Червоного Хреста, Державної установи «Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України».

Епідситуація щодо туберкульозу в нашій області залишається складною і непередбачливою. За останні 5 років як в державі, так і в Тернопільській області реєструється зниження захворюваності. В 2017 році по області взято на диспансерний облік всіма формами активного туберкульозу 394 чол. проти 475 чол. за 2016 року. Захворюваність відповідно зменшилася з 44,7 до 37,1 на 100 тис. населення (17%), збільшення зареєстровано у



4 РАЙОНАХ ОБЛАСТІ.

ПІТОМА ВАГА БАЦИЛЯРНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ СТАНОВИТЬ 62,0 % (ІЗ 394 ВИЯВЛЕНИХ 222 БАЦИЛЯРНИХ), ЯКІ НЕСУТЬ НЕБЕЗПЕКУ ДЛЯ ОТОЧУЮЧОГО НАСЕЛЕННЯ.

ЗАРЕЄСТРОВАНО 104 ВИПАДКІВ РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (У 2016 РОКУ – 133).

СЕРЕД ДІТЕЙ – ЗАРЕЄСТРОВАНО 3 ВИПАДКИ ПРОТИ 4 У 2016 РОЦІ.

СЕРЕД ПІДЛІТКІВ – 7 ВИПАДКИ ПРОТИ 4.

ЗА 2017 РОКУ ЗАРЕЄСТРОВАНО 111 ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРОТИ 124 У 2016 РОКУ.

ЗА 2017 РОКУ ПОМЕРЛО ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ 45 ХВОРИХ ПРОТИ 65 У 2016 РОКУ.

НЕЗВАЖАЮЧИ НА ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ДОРОСЛОГО ТА ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ, ВИКЛИКАЄ СТУРБОВАНІСТЬ СТАН ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ ШЛЯХОМ ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКИ, БАКТЕРІОСКОПІЧНИХ ТА ФЛЮОРОГРАФІЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ.

ПО ПРИЧИНІ НЕДОСТАТНЬОЇ ЗАКУПІВЛІ ТУБЕРКУЛІНУ В ОБЛАСТІ ПЛАН ТУБЕРКУЛІНОДІАГНОСТИКИ ВИКОНАНИЙ ЛИШЕ 10,9%, ПЛАН ВАКЦИНАЦІЇ ВІД КІЛЬКОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВИКОНАНИЙ НА 90,9%.

АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ НА РІВНІ РАЙОНІВ ТА М. ТЕРНОПОЛЯ ОТРИМАЛИ 235 ХВОРИХ. 52 ХВОРИХ ЗАБЕЗПЕЧУВАЛИСЬ МЕДИКО – СОЦІАЛЬНИМ СУПРОВОДОМ ПРЕДСТАВНИКАМИ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА.

ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ПРОВЕДЕННЯ КРУГЛОГО СТОЛУ ДО ДНЯ БОРЬОБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ:

- ДАТИ ВІДОМОСТІ ШИРОКИМ МАСАМ НАСЕЛЕННЯ У ВІДНОШЕННІ ХАРАКТЕРНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ;
- СТИМУЛЮВАТИ ЛЮДЕЙ, ЩО МАЮТЬ СИМПТОМИ ЗАХВОРЮВАННЯ, ПІДОЗРІЛІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ПРОЙТИ МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ;
- ПЕРЕКОНАТИ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ДОТРИМУВАТИСЯ ВСІХ РЕКОМЕНДАЦІЙ В ПРОЦЕСІ ЇХ ЛІКУВАННЯ.

Пологи в Україні буде оплачувати держава



ПОЛОГИ ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВАГІТНІСТЮ БУДУТЬ БЕЗОПЛАТНИМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ. ДЕРЖАВА ПОКРИЄ НА 100% ВАРТІСТЬ ЦИХ ПОСЛУГ.

МЕДИЧНА РЕФОРМА НЕ ПЕРЕДБАЧАЄ ВВЕДЕННЯ ОПЛАТИ ЗА ПОЛОГИ ВІД ПОРОДІЛЬ. ЗОКРЕМА, В СТ. 4 П.1 ЗАКОНУ УКРАЇНИ "ПРО ДЕРЖАВНІ ФІНАНСОВІ ГАРАНТІЇ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ" № 2168-VIII ЗАЗНАЧАЄТЬСЯ:

«У МЕЖАХ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ ДЕРЖАВА ГАРАНТУЄ ГРО-

МАДЯНАМ, ІНОЗЕМЦЯМ, ОСОБАМ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ, ТА ОСОБАМ, ЯКИХ ВИЗНАНО БІЖЕНЦЯМИ АБО ОСОБАМИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ДОДАТКОВОГО ЗАХИСТУ, ПОВНУ ОПЛАТУ ЗА РАХУНОК КОШТІВ ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ УКРАЇНИ НЕОБХІДНИХ ЇМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ:

1. ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ;
2. ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ;
3. ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ;
4. ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ;
5. ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ;
6. МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ;
7. МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ДО 16 РОКІВ;
8. МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗВ'ЯЗКУ З ВАГІТНІСТЮ ТА ПОЛОГАМИ».

МЕДИЧНА РЕФОРМА ПЕРЕДБАЧАЄ ПЕРЕХІД НА НОВУ МОДЕЛЬ ФІНАНСУВАННЯ ДЕРЖАВОЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКІ НАДАЮТЬСЯ УКРАЇНЦЯМ.

ЗОКРЕМА, СТАЦІОНАРИ АБО ЛІКАРНІ З 2020 РОКУ ПОЧНУТЬ ОТРИМУВАТИ ВІД ДЕРЖАВИ ОПЛАТУ ЗА НАДАНІ ПОСЛУГИ КОНКРЕТНОМУ ПАЦІЄНТУ.

МИ РАДИМО ВСІМ, ХТО ЦІКАВИТЬСЯ МЕДИЧНОЮ РЕФОРМОЮ В УКРАЇНІ, ОЗНАЙОМИТИСЯ З ЗАКОНОМ УКРАЇНИ "ПРО ДЕРЖАВНІ ФІНАНСОВІ ГАРАНТІЇ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ" № 2168-VIII. ЦЕ ДОПОМОЖЕ УНИКНУТИ СПОТВОРЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПОШИРЕННЯ НЕДОСТОВІРНИХ ПОВІДОМЛЕНЬ ПРО РЕФОРМУ.

НАГАДАЄМО, ЩО ЗМІНИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОЗПОЧНУТЬСЯ ЦЬОГО РОКУ З ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ. ТАК, У КВІТНІ СТАРТУЄ НАЦІОНАЛЬНА КАМПАНІЯ З ВИБОРУ ЛІКАРЯ- ТЕРАПЕВТА, ПЕДІАТРА ЧИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ, А З ЛИПНЯ ЗАКЛАДИ "ПЕРВИНКИ", ЯКІ УКЛАЛИ ДОГОВОРИ З НАЦІОНАЛЬНОЮ СЛУЖБОЮ ЗДОРОВ'Я, ПОЧНУТЬ ОТРИМУВАТИ ПРЯМІ ВИПЛАТИ ВІД ДЕРЖАВИ ЗА ОБСЛУГОВУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ.



Розвиток сільської медицини і якісні медичні послуги – пріоритетні завдання для Тернопільщини



НАРАДА ЩОДО ВИКОНАННЯ ЗАВДАНЬ З РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ ВІДБУЛАСЯ ПІД ГОЛОВУВАННЯМ ВІЦЕ-ПРЕМ'ЄР-МІНІСТРА УКРАЇНИ – МІНІСТРА РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ, БУДІВНИЦТВА ТА ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА ГЕННАДІЯ ЗУБКА НА ЖИТОМИРСЬКІЙ НАРАДІ БРАЛИ УЧАСТЬ ЗАСТУПНИК МІНІСТРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПАВЛО КОВТОНЮК, ГОЛОВА ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАС-

НОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ **СТЕПАН БАРНА**, ЗАСТУПНИК ГОЛОВИ **ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОДА** **ЮРІЙ ЮРИК** ТА НАЧАЛЬНИК УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я **ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОДА** **ВОЛОДИМИР БОГАЙЧУК**.



«ДЕРЖАВА ВИЗНАЧИЛА ЧІТКУ МЕТУ — ЯКІСНА ПЕРВИННА МЕДИЦИНА У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ. А ЦЕ В ПЕРШУ ЧЕРГУ — ЗМЕНШЕННЯ КІЛЬКОСТІ ЗВЕРНЕНЬ ЛЮДЕЙ ДО ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ЛАНКИ ТА ПОДОЛАННЯ 65% СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. АДЖЕ ТАКІ ХВОРОБИ, ЯК ІНФАРКТ І ІНСУЛЬТ, ВІД ЯКИХ НАЙБІЛЬШЕ ПОМИРАЄ НАШИХ ГРОМАДЯН, МАЮТЬ БУТИ ВЧАСНО ПОПЕРЕДЖЕНІ І ЦЕ ОСНОВНЕ ПРИЗНАЧЕННЯ ПЕРВИНКИ. ТОМУ В НАС НЕМАЄ ЧАСУ НА ДИСКУСІЇ. СЬОГОДНІ ДЛЯ 35% ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ, МИ ПОВИННІ ЗАБЕЗПЕЧИТИ ЯКІСНУ ПОСЛУГУ — НЕ ТІЛЬКИ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПЕРШОГО РІВНЯ, А Й ПРОФЕСІЙНУ КОНСУЛЬТАТИВНУ ДОПОМОГУ ДРУГОГО РІВНЯ», — НАГОЛОСИВ **ГЕННАДІЙ ЗУБКО**.

РОЗВИТОК СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ ВІДБУВАЄТЬСЯ ЗАВДЯКИ ІНІЦІАТИВІ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ **ПЕТРА ПОРОШЕНКА**, ЯКУ АКТИВНО ПІДТРИМУЮТЬ НА **ТЕРНОПІЛЬЩИНІ**. ЗОКРЕМА, ГОЛОВА **ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОДА** **СТЕПАН БАРНА** ДОРУЧИВ УСІМ РАЙОНАМ ОБЛАСТІ ПРИДІЛИТИ ЦЬОМУ ОСОБЛИВУ УВАГУ, АДЖЕ ЯКІСНЕ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І ДОСТУПНІСТЬ ЇХ ДЛЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ — ПРІОРИТЕТ В РОБОТІ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ. ТАКОЖ ВІН НАГОЛОСИВ, ЩО ОДНИМ З ВАЖЛИВИХ ЗАВДАНЬ СЬОГОДНІ Є ВІДНОВЛЕННЯ ТА БУДІВНИЦТВО МАКСИМАЛЬНО ЕФЕКТИВНИХ АМБУЛАТОРІЙ, ЯКІ ОПЕРАТИВНО НАДАВАТИМУТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ТА РЯТУВАТИМУТЬ ЛЮДСЬКІ ЖИТТЯ.

У **ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ** ОБЛАСТІ СПЛАНОВАНО ОПТИМАЛЬНУ МЕРЕЖУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКА ЗАБЕЗПЕЧУЄ МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ, З УРАХУВАННЯМ КІЛЬКОСТІ НАСЕЛЕННЯ, РІВНЯ РОЗВИТКУ ІНФРАСТРУКТУРИ, ДОСТУПНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, А ТАКОЖ ПОТЕНЦІЙНИХ АДМІНІСТРАТИВНИХ ЦЕНТРІВ СПРОМОЖНИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД. ПРО ЦЕ ЗАЗНАЧИВ НАЧАЛЬНИК УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я **ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОДА** **ВОЛОДИМИР БОГАЙЧУК**. ТАКОЖ ВІН НАГОЛОСИВ, ЩО ДО СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ увійшли 17 районних центрів первинної допомоги, 178 амбулаторій загальної практики — сімейної медицини, в тому числі 76 амбулаторій групової практики та 102 амбулаторії монопрактики.

«ВИЗНАЧЕНО ПЕРЕЛІК АМБУЛАТОРІЙ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ НОВОГО БУДІВНИЦТВА, ПРОВЕДЕННЯ РЕМОНТНИХ РОБІТ, ПРИДБАННЯ МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ ТА АВТОТРАНСПОРТУ. З МЕТОЮ ЗАЛУЧЕННЯ ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНИХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ В ЗАКЛАДАХ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ ОРГАНАМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ РОЗРОБЛЯЄТЬСЯ МОТИВАЦІЙНИЙ ПАКЕТ ЩОДО ВСТАНОВЛЕННЯ ДОДАТКОВИХ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ НА ОПЛАТУ ПРАЦІ,

ЖИТЛО, ТРАНСПОРТ», — ПІДКРЕСЛИВ **ВОЛОДИМИР БОГАЙЧУК**.

ВІЦЕ-ПРЕМ'ЄР-МІНІСТР ПОВІДОМИВ, ЩО НАРАЗІ ВЖЕ РОЗПОЧАТА РОБОТА СПІЛЬНО З КАНАДСЬКИМИ ЕКСПЕРТАМИ З ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНОЇ МЕРЕЖІ **ОНТАРІО — ОТН**, ЯКІ НАДАЮТЬ КОНСУЛЬТАТИВНУ ДОПОМОГУ З РОЗБУДОВИ «ПЕРВИНКИ»: ПЕРЕЛІКУ ПОСЛУГ, МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ, ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПЛАТФОРМИ ТОЩО. ТОМУ ВАЖЛИВИМ НАПРЯМКОМ Є ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКИХ ЛІКАР СІЛЬСЬКОЇ АМБУЛАТОРІЇ ЗМОЖЕ В РЕЖИМІ ON-LINE ОТРИМАТИ КОНСУЛЬТАЦІЮ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ВИЩОГО РІВНЯ, ПЕРЕДАТИ АНАЛІЗИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПАЦІЄНТА НАГОЛОСИВ ПІД ЧАС НАРАДИ **ГЕННАДІЙ ЗУБКО**. ДОСВІД НАДАННЯ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКИЙ МОЖЕ БУТИ ВИКОРИСТАНИЙ В **УКРАЇНІ**, ПРЕЗЕНТУВАЛИ КАНАДСЬКІ ЕКСПЕРТИ З **ОТН** — ОРГАНІЗАЦІЇ, ЯКА Є НАЙБІЛЬШОЮ ТЕЛЕМЕДИЧНОЮ МЕРЕЖЕЮ У СВІТІ.

Об'єднаймо, щоб покласти край туберкульозу!



ВЖЕ ТРАДИЦІЙНО 24 БЕРЕЗНЯ У ВСЕСВІТНІЙ ТА ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ДЕНЬ БОРІТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ВІДБУВАЄТЬСЯ АКЦІЯ НА ТЕАТРАЛЬНОМУ МАЙДАНІ МІСТА.

В ЦЕЙ ДЕНЬ ЖИТЕЛІ ТА ГОСТІ **ТЕРНОПОЛЯ** ПРИЙШЛИ НА ПРОСВІТНИЦЬКО-ПРОФІЛАКТИЧНУ АКЦІЮ, ЯКУ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я **ТОДА** ПРОВІДИЛИ ПРАЦІВНИКИ ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ, ЦЕНТРУ ЗДОРОВ'Я ПІД ГАСЛОМ «Об'єднаймо, щоб покласти край туберкульозу!».

В ЦЕЙ ДЕНЬ БЛИЗЬКО 200 ОСІБ МАЛИ ЗМОГУ ОТРИМАТИ БЕЗКОШТОВНЕ ФЛЮОРОГРАФІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ НА 2-ОХ ЦИФРОВИХ ФЛЮОРОГРАФАХ, ЯКЕ ПРОВІДИЛИ ПРАЦІВНИКИ ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ, З НИХ 5 ОСІБ БУЛО НАПРАВЛЕНО НА КОНСУЛЬТАЦІЇ ТА ДОДАТКОВІ ОБСТЕЖЕННЯ ПО МІСЦЮ ПРОЖИВАННЯ.

ВСІМ БАЖАЮЧИМ НАДАВАЛИСЬ КОНСУЛЬТАЦІЇ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРІТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ, ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ. ПРОВІДИЛИСЬ ОСОБИСТІ БЕСІДИ З ОСНОВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.

ПРОТЯГОМ БЕРЕЗНЯ ЛІКАРЯМИ-МЕТОДИСТАМИ ЦЕНТРУ ЗДОРОВ'Я, ФТИЗІАТРАМИ МІСТА ТА ОБЛАСТІ СПІЛЬНО З ГРОМАДСЬКИМИ ОРГАНІЗАЦІ-



ями проводилися інформування дітей, молоді та дорослого населення з питань профілактики туберкульозу та пропаганди здорового способу життя через засоби масової інформації, шляхом лекцій, диспутів, анкетування, групових зустрічей в **ЗОШ, коледжах, ПТУ, університетах, академіях та інститутах Тернополя та області.**

Питання боротьби та профілактики туберкульозу в Тернопільській області постійно висвітлюються на веб-сайті **УОЗ ТОДА** <http://uozter.gov.ua/>.

Зменшення захворюваності на легеневий туберкульоз серед населення Тернопільської області — це реальний результат роботи медиків, соціальних служб та **ЗМІ**, які спільними зусиллями прагнуть, щоб населення Тернопільщини було здоровим.

Цього року Україна долучилася до всесвітньої акції - «Хай засяє світ, вільний від туберкульозу» ("Light up the world for TB"). Традиційно для привернення уваги до проблеми туберкульозу у червоний колір підсвічують знакові будівлі чи відомі пам'ятки, такі як **Ніагарський водоспад, телевежа у Торонто чи фонтан у Женеві.**

Степан Барна: Ніхто не ставить собі за мету знищити медицину. Навпаки робимо усе для того, щоб медичні послуги були якісними та доступними!



Завдяки ініціативі Президента України Петра Порошенка 5 мільярдів гривень, які були повернуті із вкрадених Януковичем грошей будуть спрямовані на загальнодержавному рівні на розвиток сільської медицини — саме на цю ланку, з якою найчастіше стикаються люди. Наша область на реалізацію цієї ініціативи отримає приблизно 179 млн. грн. Про це зазначив голова Тернопільської **ОДА Степан Барна** під час прес-конференції, присвяченій даній темі.



«Наша стратегія — кардинально змінити ті підходи, котрі до сьогодні мали місце у медицині. Саме тому, коли мене запитують, чи я прихильно ставлюся до медичної реформи. Відповідаю, що так, адже гірше вже бути не може! Будь-який крок, який ми зараз зробимо в напрямі осучаснення та надання медичних послуг, уже має позитивну динаміку», — підкреслив

Степан Барна.

Відтак, медична реформа має охопити 4 ключових аспекти: створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами; підняття значущості престижу професії лікаря; створення сучасної інфраструктури охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази.

Електронна медицина E-Health

За словами очільника Тернопільщини, реформування первинної ланки медичної допомоги визначило кілька аспектів. Зокрема, минулого року в області презентували електронний реєстр пацієнтів з повним програмним забезпеченням, на який було скеровано майже 500 тис. грн. з обласного бюджету. Завдяки цьому кожен житель краю має змогу користуватися електронною картою пацієнта, на якій міститься вся базова й необхідна інформація. Її, у випадку меддопомоги, можна зчитати за допомогою **QR-коду.** Крім того, мережа первинної ланки медичної допомоги в області повністю забезпечена комп'ютерами й підключенням до інтернету, що уже дозволяє залучати сучасні засоби медичної допомоги через єдину систему охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я стануть комунальними некомерційними підприємствами

Водночас, Степан Барна поінформував, що у ході медичної реформи, в області маємо провести організаційні заходи щодо перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства.

«Багато хто скаже: невже ми комерціалізуємо медичну послугу? Насправді, не йдеться про її комерціалізацію. А говоримо про те, що будь-яка послуга має ціну. Інше питання, хто буде за неї платити. На першому етапі абсолютно повністю всі медичні послуги «закриватиме» держава. На другому етапі, якщо ми перейдемо на рівень страхової медицини, — то страхові компанії. При цьому, суть медичної реформи у тому, щоб людина сама вибирала, де їй краще лікуватися та у якого лікаря, адже тепер гроші ітимуть за пацієнтом. Відтак, з 1 квітня стартує національна кампанія з вибору сімейного лікаря й підписання з ним декларації. Декларація підписується безстроково і діє до моменту, поки ви не вирішите змінити лікаря», — повідомив Степан Барна.

Роль децентралізації в розвитку сільської медицини

Елементом державної політики є також реформа місцевого самоврядування — децентралізація. Вона має передбачати не тільки удосконалення рівня надання медичних послуг, а й його співфінансування.

«Така політика має передбачати підтримку первинної ланки меддопомоги з боку об'єднаних територіальних громад, щоб ті ресурси, котрі сьогодні вливаються завдяки реформі децентралізації також були спрямовані на якісні медичні послуги. Якщо ми, як держава, беремо на себе питання технічного забезпечення, то громади мають відповідати за матеріальні або капітальні видатки, пов'язані з облаштуванням і створення умов для лікаря», — наголосив Степан Барна.

Вакансії для сімейних лікарів

Він також поінформував, що станом на 1.01.2018 року в області зареєстровано 643 штатних посади лікарів загальної практики — сімейної медицини, зайнято 567 посад.

«Маємо ще 76 вакансій лікарів загальної практики — сімейної медицини. У цьому напрямі ми готові працювати спільно з медичним університетом, з головними лікарями, щоб забезпечити область кваліфікованими кадрами. Адже виходить нелогічно — медуніверситет у нас є, а кадрів не вистачає», — зауважив голова **ОДА.**

Формування мережі первинної ланки медицини

Наявна мережа первинної ланки краю — це 20 центрів первинної медико-санітарної допомоги, 215 амбулаторій загальної практики, 734 фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пункти. З них уже вдалося реконструювати приблизно 45 об'єктів і спрямувати на 17 млн. грн. капітальних вкладень. Крім цього, в регіоні створено 40 об'єднаних територіальних громад, у 12-ти з яких функціонують медичні заклади первинної ланки, як окремі юридичні особи.

Також, Степан Барна поінформував, що в області сплановано оптимальну мережу закладів охорони здоров'я, які забезпечують медичне обслуговування населення у сільській місцевості з урахуванням кількості населення, рівня розвитку інфраструктури, доступності надання медичної допомоги, а також потенційних адміністративних центрів спроможних територіальних громад. До цієї спроможної мережі ввійшли 17 районних центрів первинної допомоги, 178 амбулаторій загальної практики — сімейної медицини, в тому числі: 76 амбулаторій групової практики, 102 амбулаторії монопрактики.

Будівництво та реконструкція амбулаторій

«Елементом нашої спільної політики також є не лише покращення якісно-кадрового потенціалу. Ми поставили собі за мету вивчити проблематику амбулаторій, котрі були побудовані в міжвоєнний період, щоб реконструювати їх в амбулаторії, ефективні для надання меддопомоги людям, — зазначив Степан Барна.

Згідно з цією стратегією планується здійснити будівництво 18-ти амбулаторій загальної практики сімейної медицини, з них — 11 амбулаторій на 1-2 лікарів з житлом, 4 амбулаторії на 1-2 лікарів без житла і 3 амбулаторії на 3-4 лікарі без житла. При розрахунках, як наголосив Степан Барна, виходили з того, де є найбільш відчутна проблематика з якістю та умовами надання медичних послуг. До того ж в області планується реконструкція ще 47 діючих амбулаторій.

Покращення матеріально-технічного забезпечення

«Водночас, ми розуміємо, що навіть з комфортними умовами, але без сучасного обладнання лікар нічого не зможе вдіяти. Тому щонайменше 80 млн. грн. субвенції на розвиток сільської медицини буде спрямовано на придбання медичного обладнання. При цьому, надання медичної допомоги має бути вчасним, тому лікар має бути мобільним. Для цього в області плануємо придбати 134 автомобілі з розрахунку: одна амбулаторія — один автомобіль. І це ще раз говорить про те, що ніхто не ставить собі за мету знищити медицину. Навпаки робимо усе для того, щоб медичні послуги були якісними та доступними!», — підсумував Степан Барна.

Спільне засідання робочих груп з вивчення питання реформування закладів охорони здоров'я та медичної ради реформ



27 березня, за участі голови Тернопільської обласної ради Віктора Овчарука, заступника голови Тернопільської обласної державної адміністрації Юрія Юрика, начальника управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації Володимира Богайчука, голови постійної комісії Тернопільської обласної ради з питань охорони здоров'я,

сім'ї, материнства і дитинства Романа Свистуна та ректора Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського Михайла Корди відбулося спільне засідання робочих груп з вивчення питання реформування закладів охорони здоров'я Тернопільської області та медичної ради реформ.



«Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку. Адже, у 2017 році набув чинності Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Для Тернопільської області передбачено 178,8 млн. гривень, які зокрема будуть використані для будівництва нових амбулаторій, житла для лікарів, придбання медичного обладнання та службового транспорту. Також, Міністерство охорони здоров'я України з Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства відповідно до постанови Кабінету Міністрів України розробили та затвердили Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Отже, шановні колеги, тепер у нас є законодавче підґрунтя для прийняття планів раціонального розподілення коштів по районах, задля розбудови мережі «первинки» у сільській місцевості, щоб кожен українець, незалежно від місця проживання, міг своєчасно отримати якісну медичну допомогу в нашій області» — з цих слів розпочав засідання начальник управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації Володимир Богайчук.

В подальшому, про формування спроможності мережі первинної медико-санітарної допомоги доповідали голови та заступники голів районних державних адміністрацій, головні

ЛІКАРІ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ОБЛАСТІ. По завершенні засідання робочих груп з вивчення питання реформування закладів охорони здоров'я Тернопільської області та медичної ради реформ був затверджений проект розвитку амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. А саме, планується побудувати 18 АЗПСМ у Бережанському (2), Бучацькому (2), Заліщицькому (1), Збаразькому (1), Козівському (2), Лановецькому (1), Підволочиському (1), Підгаєцькому (1), Терехівському (3), Тернопільському (3), Чортківському (1) районах, проведення ремонтних робіт 74 закладів АЗПСМ, побудова 35 житлових приміщень для лікарів ЗПСМ, закупівля близько 130 автомобілів та придбання медичного обладнання на суму 80 млн.грн..



МОЗ затвердив Порядок надання первинної медичної допомоги

Укладено Порядок надання первинної медичної допомоги — документ, який регламентує роботу терапевтів, педіатрів та сімейних лікарів, дає чіткий перелік послуг закладів «первинки» і формує нову культуру взаємодії лікаря та пацієнта. Уже з 1 липня абсолютно усі заклади первинної медичної допомоги (ПМД) мають керуватися цим документом.

Які послуги надаватимуть терапевти, педіатри та сімейні лікарі

Наказ №504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» визначає список послуг ПМД, вартість яких компенсуватиме держава через Національну Службу Здоров'я України (НСЗУ). Так, терапевти, педіатри та сімейні лікарі спостерігатимуть за вашим станом здоров'я (чи станом здоров'я вашої дитини), ставитимуть діагнози та лікуватимуть найбільш поширені хвороби, травми, отруєння, патологічні, фізіологічні (під час вагітності) стани. Так само терапевти, педіатри та сімейні лікарі вестимуть пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами. За потреби ваш лікар дасть направлення до фахівця вторинної чи третинної допомоги — лора, ендокринолога, хірурга тощо — чи буде консультуватись з ним щодо вашого лікування.

Ваш лікар також надаватиме невідкладну допомогу при гострому розладі фізичного чи психічного здоров'я, якщо не потрібно екстреної, спеціалізованої або високоспеціалізованої меддопомоги.

Важливою буде роль вашого лікаря і у запобіганні хвороб. Ваш лікар вчасно виявить ризики для здоров'я. Він проконсультує, як поступово звільнитись від пагубних звичок, де знайти додаткову допомогу і перейти на здоровий спосіб життя. У компетенції лікаря первинки — спостереження за здоровою дитиною, неускладненою вагітністю і окремі послуги паліативної допомоги. Ваш лікар також видасть потрібну довідку, листок непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи тощо.

Скільки людей може обслуговувати один лікар

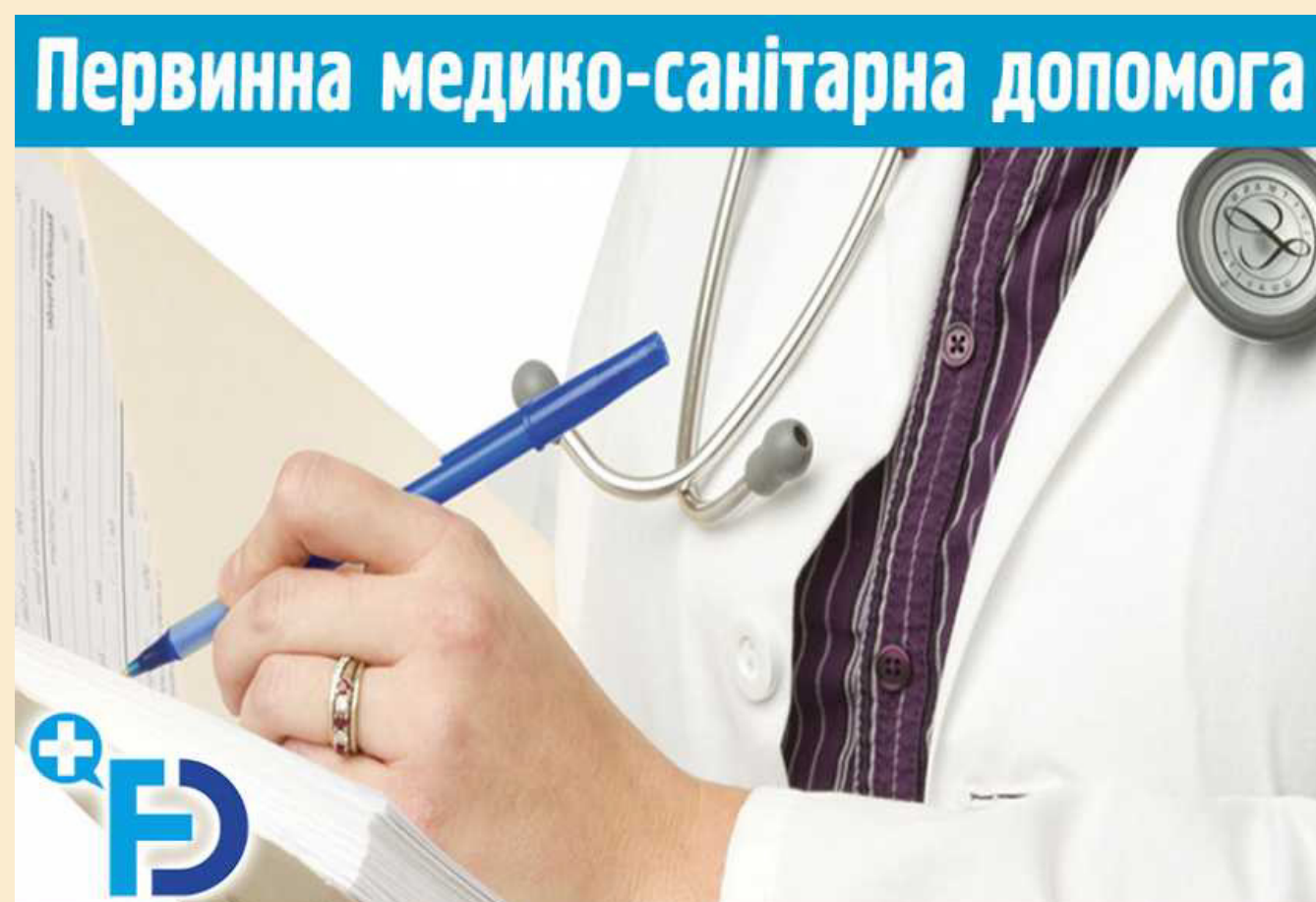
Згідно з Порядком, оптимальний обсяг практики для сімейного лікаря складає 1 800 пацієнтів, терапевта — 2 000, педіатра — 900.

Обсяг практики може відрізнятися від оптимального залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають люди, що належать до відповідної практики. Наприклад, якщо сімейний лікар працює у селі, де мешкає 2000 людей, то усі жителі зможуть обслуговуватись у нього. Без медичної допомоги не залишиться ніхто.

Чи будуть лікарі виїжджати на виклики до пацієнта

Так, але рішення приймає лікар (терапевт, педіатр чи сімейний лікар), а не пацієнт чи працівники реєстратури. Люди, які насправді потребують консультації лікаря у себе вдома, не залишаться без допомоги. Пацієнт може подзвонити і записатись на прийом до лікаря або обґрунтувати потребу і викликати лікаря до себе додому, залишивши при цьому свої контактні дані. Лікар тепер матиме можливість передзвонити пацієнту і обговорити з ним його проблему, а також домовитись про час такого візиту. Раніше пацієнт самотійно здійснював оцінку свого стану або стану своєї дитини і приймав рішення дочекатися лікаря вдома. Зараз лікар на підставі інформації від пацієнта здійснюватиме оцінку ситуації і пропонуватиме пацієнту більш виважене рішення. Іноді стан пацієнта вимагатиме виклику швидкої (103), а не очікування, поки лікар ПМД прийде до нього.

Мова йде не про екстрену допомогу — служба «швидкої» працюватиме у звичному режимі.



Хто прийматиме пацієнтів якщо лікар у відпустці

Якщо лікар у відпустці чи з інших причин не може прийняти пацієнта, то надавач ПМД (заклад охорони здоров'я) має забезпечити заміну. Усі пацієнти практики мають знати про тимчасового нового лікаря завчасно: за тиждень, якщо заміна передбачувана (наприклад, лікар у відпустці чи у відрядженні), у

перший день, якщо заміна непередбачувана (наприклад, лікар захворів). При цьому укласти нову декларацію, писати заяви, йти до головного лікаря не треба. Навпаки — завдання адміністрації завчасно проінформувати пацієнтів, дати їм інформацію про нового лікаря і простежити, щоб меддопомога була безперервною.

З повагою до пацієнта: сервісні вимоги до медзакладу
Порядок вперше вводить поняття практики ПМД (первинної медичної допомоги) — це лікар та його пацієнти. Так, лікар формує свою практику та налагоджує довірчі стосунки з кожним пацієнтом. Водночас, лікарі можуть утворювати групові практики ПМД: об'єднуватись, щоб забезпечити сервісні умови та безперервність надання меддопомоги. Так, у Порядку вперше передбачені сервісні умови надання меддопомоги — прості речі, які тепер мають виконуватись обов'язково. Так, якщо змінюється адреса надання меддопомоги чи режим роботи, то пацієнти мають бути проінформовані: оголошення з новою адресою чи зміненням графіком прийому мають з'явитись у доступному для пацієнтів місцях і на веб-сторінках закладу чи лікаря, якщо такі є. Крім того, якщо пацієнти уже записались на прийом, їм мають повідомити про зміну адреси чи режиму роботи особисто (наприклад, телефоном). Так само важливо інформувати пацієнтів, якщо надавач первинної меддопомоги з якихось причин припинив свою діяльність. Крім оголошення у доступному для пацієнтів місцях і на веб-сайтах, відповідні повідомлення має отримати кожен пацієнт особисто.

Як записатися на прийом і чи працюватимуть медзаклади у вихідні
Записатись до лікаря можна буде особисто, телефоном, електронною поштою чи іншими доступними засобами. Якщо змінився номер телефону, адреса електронної пошти тощо — пацієнти мають бути проінформовані. На вихідних більшість закладів не працюватимуть повний робочий день. Водночас, Порядок визначає, що надавач ПМД може самотійно або спільно з іншими надавачами ПМД утворити черговий кабінет, де будуть приймати пацієнтів поза визначеними годинами прийому, а також у вихідні, святкові та неробочі дні.

Про таблиць технічного оснащення
Щоби заклади могли надавати якісну меддопомогу, вони мають відповідати Табелю технічного оснащення. Оновлений Примірний Табелю матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які надають первинну медичну допомогу, значно коротший, ніж це було раніше, і відповідає реальним потребам на «первинці». Необхідне технічне оснащення дозволить виконати Порядок надання ПМД.

ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Туберкульоз — це інфекційне захворювання, викликане бактерією відомою як паличка Коха.

Вона **передається** повітряно-крапельним шляхом, коли уражена людина кашляє чи чхає.

Чи призведе **зараження** до хвороби, залежить від нашого імунітету. 90-95% людей не захворюють.

Якщо імунна система не справляється як слід, то може розвинутись або прихована інфекція, або туберкульоз. **Іноколи від зараження до прояву хвороби минає рік.**



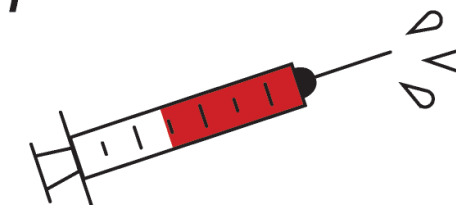
Розвитку туберкульозу сприяють: неповноцінне щеплення, нездоровий спосіб життя, ВІЛ-інфекція, та навіть брак вітамінів А і D.

*24 березня - Всесвітній день боротьби з туберкульозом

Щеплення протитуберкульозною вакциною БЦЖ в Україні роблять немовлятам на третій день життя.

Ця вакцина захищає дітей від туберкульозного менінгіту і дисемінованого (розсіяного) туберкульозу.

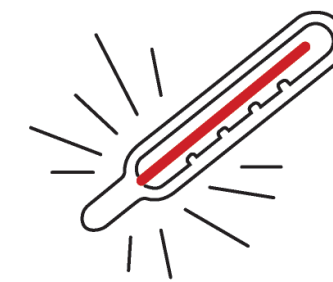
Проте, **захист дорослих від туберкульозу легень є ненадійним, і з віком він слабшає.** Ефективність БЦЖ при захисті дорослих людей оцінюють як 60%.



Офіційні поради щодо того, **як запобігти захворюванню**, стосуються заходів гігієни в приміщеннях, де збирається багато людей.

Там має проводитись вологе прибирання та якісна вентиляція.

Людям радять **бути уважними до симптомів туберкульозу** - тривалої трохли підвищеної температури (37°C і більше), безпричинної втрати ваги, кашлю та нічної пітливості.



Також варто здати аналіз в разі тісного контакту із хворими.

