

Спільна нарада МОЗ України та ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»: від управлінських рішень до якості медичної допомоги

Дата проведення:

9 грудня 2015 року

Місце проведення:

м. Київ

Організатори заходу:

- МОЗ України
- ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»

Необхідність позитивних змін у медицині країни ні в кого не викликає сумнівів. І медики, і пацієнти розуміють, що медична реформа потрібна. Модернізована система охорони здоров'я має відповідати на реальні потреби пацієнтів, забезпечуючи доступну та якісну медичну допомогу. А сучасне суспільство стає все вимогливішим і не готове пробачати помилки медичним працівникам: знання і вміння українських лікарів, доцільність призначень, зв'язок між лікуванням і наслідками захворювання — предмет невпинних обговорень і дискусій у пресі і на телебаченні. Проте основною рушійною силою змін у медицині є самі медики. І якщо реформа не буде відповідати їхнім професійним інтересам, навряд чи щось зміниться докорінно.

Відрядно, що нині Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України у низці першочергових завдань виокремлює і перепрофілювання своїх власних функцій — від операційного управління до розробки загальної політики. Крига скресла. МОЗ на решті декларує готовність передати частину своїх повноважень безпосередньо лікарським товариствам і всіляко підтримує розвиток медичного самоврядування.

Питання розширення повноважень Асоціації акушерів-гінекологів України (ААГУ) у частині атестації лікарів і узгодження спільного плану дій задля реалізації цієї мети стали ключовими під час спільної наради МОЗ України і ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», що відбулася наприкінці минулого року. У нараді взяли участь: заступник міністра охорони здоров'я Віктор Вікторович Шафранський, Президент ААГУ, віце-президент НАМН Украї-

ни, академік НАМН України Валерій Миколайович Запорожан, головний позаштатний спеціаліст з акушерства і гінекології МОЗ України, виконавчий директор ААГУ, член-кореспондент НАМН України В'ячеслав Володимирович Камінський, керівники та члени Президії ААГУ, обласні спеціалісти за фахом «акушерство і гінекологія», голови обласних осередків ААГУ і провідні фахівці сфери охорони здоров'я жінок і дітей країни.

Також на нараді йшлося про роль ААГУ в розробці і впровадженні національних клінічних протоколів, керівництв і настанов; ефективність роботи проблемної комісії МОЗ; показники материнської смертності в Україні і шляхи їх зниження; міжнародну діяльність ААГУ; програми підвищення стандартів надання медичної допомоги; вдосконалення системи підготовки медичних кадрів.





**Валерій
Миколайович
Запорожан,**

*професор, академік
НАМН України, віце-
президент НАМН
України, Президент
ГО «Асоціація акушерів-
гінекологів України»*

“ Настав той час, коли Асоціацію акушерів-гінекологів України можна розглядати як сформоване корпоративне об'єднання фахівців, що динамічно розвивається, має власну точку зору щодо вирішення багатьох проблем і готове співпрацювати з органами державної влади з метою створення належних правових, економічних і ресурсних умов для розвитку галузі.

Виклики сучасності зумовлюють необхідність координації нашої спільної діяльності, захисту честі і гідності професії, корпоративних прав і інтересів. Ми готові взяти на себе відповідальність за стан справ у сегменті акушерства й гінекології в державі. А для цього ми маємо отримати низку повноважень, що дозволять асоціації здійснювати свої функції.



**Віктор
Вікторович
Шафранський,**

*заступник міністра
охорони здоров'я України*

“ Насамперед, маю підкреслити, що та робота, низка заходів і ініціатив, що їх демонструють асоціація і головний позаштатний спеціаліст з акушерства і гінекології, отримують схвалення у міністерстві. Проте мушу розпочати з проблем.

На жаль, викликають занепокоєння прикрі випадки материнських смертей. Тим паче, що значна кількість з них є попереджуваними. Є речі, що їх не можна коментувати спокійно, оскільки ставлення наших колег на місцях до випадків втрат жінок подекуди є, м'яко кажучи, неналежним. З прикрістю змушений констатувати, що Одеська, Сумська, Рівненська, Вінницька і Запорізька області, на жаль, мають досить високі показники материнської смертності. Статистика вражає. Так, за 11 місяців 2015 р. 14 вагітних, а це 23%

Декілька років тому ми поставили собі амбітне завдання — наша корпоративна асоціація мала долучитися до найкращих європейських традицій, вивчити і перейняти найкращий світовий досвід, відповісти за свої дії і цивілізованим чином захищатися від різних соціальних викликів. Протягом останніх трьох років ми досягли серйозних здобутків — увійшли до складу правління Європейської асоціації акушерів-гінекологів, отримали європейські документи — стандарти і протоколи, взяли участь у багатьох серйозних зустрічах, зокрема й у Європарламенті у Брюсселі. І тепер наші прагнення мають підтримку європейських колег. Тобто, сьогодні ми при повній зброї, із серйозною європейською підтримкою готові окреслити пілотний проект України і першими серед усіх медичних професійних асоціацій країни вийти на європейську модель, коли атестація лікарів, підготовка кадрів, захищеність акушерів-гінекологів тощо перебувають у наших власних руках — у руках акушерсько-гінекологічного співтовариства.

Наші намагання повністю поділяє керівництво МОЗ України. Міністр охорони здоров'я — пан Олександр Квіташвілі —

від загальної кількості втрат жінок, померли на II рівні надання медичної допомоги. Це свідчить про відсутність лікарської настороженості. Результати роботи Експертної комісії МОЗ, аналіз причин материнської смертності, демонстрація ставлення деяких колег на місцях, у тому числі й деяких обласних спеціалістів до цих страшних випадків спонукають до відновлення вертикалі керованості. Тому нині у МОЗ триває робота щодо внесення змін до нормативних документів. Ці зміни стосуються відновлення норми виїзду комісії МОЗ на місце для аналізу випадків втрат жінок, що й відбуватиметься вже найближчим часом.

Щодо ролі і місця головних позаштатних спеціалістів в областях, то є досить позитивні приклади, коли головний спеціаліст — це лідер думки, людина, яка опанувала свою професію і має рівень компетенції, що заслужено дозволяє очолити загін акушерів-гінекологів області і, в той же час, неупереджено аналізувати складні клінічні випадки і використовувати стійкий

підтримує нашу позицію і плани. Він має намір звернутися з проханням до голови уряду, аби була затверджена відповідна Постанова Кабінету Міністрів України, що законодавчо закріпить наші наміри. Тепер ми маємо розробити план дій і взяти на себе повну відповідальність. Ми — єдина команда. Ми усвідомлюємо, що серед усіх професійних медичних асоціацій країни наша є лідером і найбільше готова до здійснення реформ. Я розраховую, що ми разом відпрацюємо усі деталі, окреслимо пілотний проект і розпочнемо роботу. Сподіваюся, що на З'їзді акушерів-гінекологів у вересні 2016 р. ми зможемо підбити перші підсумки і відзвітувати про те, що виконали найсерйозніше завдання реформування наших корпоративних взаємовідносин за європейським стандартом. Я радий, що ми єдині у наших стремліннях, і що існує усвідомлення відповідальності один за одного.



авторитет для розвитку служби. Проте це не стосується всіх випадків. Нині немає чіткого розуміння, за якими критеріями відбувається призначення головних спеціалістів в областях. Це дуже турбує міністерство. Ми категорично проти того, щоб призначення головних спеціалістів відбувалося без погодження з відповідними структурами МОЗ. Ця позиція не стосується збереження важелів впливу міністерства, їх і так вистачає, але ми маємо формувати таку вертикаль головних спеціалістів у регіонах, що дозволить галузі розвиватися.

Міністерство підтримує підвищення ролі і розширення функцій професійних лікарських об'єднань. Має бути вибудований збалансований механізм корпорації між асоціацією, регіонарними представниками чи головами осередків і обласними спеціалістами. Нині у МОЗ більше 100 позаштатних головних спеціалістів. Я маю змогу



порівнювати їхню роботу і підкреслює ще раз, що акушерсько-гінекологічна спільнота в країні сьогодні є прогресивною частиною лікарського товариства. Сьогодні ви демонструєте ту позитивну керованість, яка дозволяє у міністерстві розуміти, що нині ми абсолютно логічно наблизилися до того, щоб підтримати пілотний проект, створити нову модель дій асоціації та її впливу на місцях. З метою розвитку напряду лікарського самоврядування ми прагнемо передати асоціаціям частину повноважень щодо профе-



В'ячеслав Володимирович Камінський,
д.мед.н., професор,
член-кореспондент
НАМН України, головний
позаштатний
спеціаліст з акушерства
і гінекології МОЗ України,
виконавчий директор
ААГУ

“ За весь час свого перебування на посаді я вперше чую від керівництва міністерства теплі слова вдячності і підтримки на адресу не лише тих людей, які присутні зараз у залі, а всьому великому колективу фахівців з акушерства і гінекології країни. Добре, що МОЗ активно підтримує ініціативу лікарського самоврядування і довірило зробити перший крок уперед на цьому шляху саме Асоціації акушерів-гінекологів. Можливим це стало завдяки планоірній, тривалій, цілеспрямованій роботі, що проводилася асоціацією протягом останніх трьох років.

сійної атестації лікарів. Ми прагнемо, щоб саме акушерсько-гінекологічна служба в державі на чолі з ААГУ започаткувала і опрацювала нову модель професійної медичної асоціації. Поки що відкритим залишається питання — чи включати до цього пілотного проекту всі регіони країни, чи виокремити центральний і 5–7 пілотних регіонів, а пізніше поширювати відпрацьований алгоритм на інші області? Це питання має вирішити ви. Щоб проект підвищення ролі і розширення функцій професійних лікарських об'єднань

Ситуація в країні непроста. Розумію, що така довіра з боку міністерства — аванс, бо аналіз показників діяльності служби не дуже втішний, особливо в частині попереджуваних випадків материнських втрат. Проте ми не замовчуємо цю проблему, її необхідно вирішувати разом.

Ми готові брати на себе відповідальність, попереду — багато роботи і виконання важливих завдань. Зокрема, ми мусимо переглянути підходи до атестації лікарів, перейнявши найкраще зі світового досвіду. На жаль, нині ми спостерігаємо зниження загального професійного рівня лікарів і, як наслідок, зниження рівня довіри населення до медичних взагалі. Ми вперлися у глуху стіну щодо ситуації зі вчасного створення нормативних актів і документів, що регламентують нашу діяльність. Над підготовкою, створенням і впровадженням національних протоколів,

запрацював, ми мусимо виокремити завдання для кожного — асоціації, головного спеціаліста, міністерства. Давайте працювати разом, а через рік обговоримо перші підсумки, сподіваюся, позитивні. У разі позитивного ефекту цим же шляхом будуть рухатися й інші медичні професійні асоціації країни.



стандартів і настанов має працювати координаційна група. Ми маємо вибудувати чітку модель співпраці на місцях між обласними осередками асоціації, департаментами охорони здоров'я, кафедрами, лікувальними установами. Нам усім разом необхідно окреслити порядок денний 3'їзду акушерів-гінекологів країни, що пройде наприкінці вересня 2016 р., і якнайширше обговорити його.

Перед нами ще багато завдань, і ми самі маємо прийняти доленосні рішення розвитку нашої служби.

Доповідь: «Підвищення рівня післядипломної освіти. Європейські стандарти. Роль асоціації акушерів-гінекологів України у процесі професійної атестації»



Леонід Борисович Маркін,
д.мед.н., професор,
член-кореспондент
НАМН України, віце-
президент ААГУ,
м. Львів

Аналіз роботи професійних лікарських асоціацій Європи дозволяє

окреслити низку принципових положень. Професійні лікарські асоціації є незалежними, працюють автономно і забезпечують керівництво медичною роботою лікарів. Європейські асоціації видають дозволи лікарям на лікарську діяльність — ліцензії. В Європі всі лікарі мають бути членами лікарської професійної асоціації, тобто членство в асоціації є обов'язковим зі

щорічним членським внеском від 200 до 1000 євро на рік. Обов'язковим є страхування професійної діяльності лікаря (професійних ризиків). Вартість такої страховки може сягати від 10 000 до 100 000 євро на рік.

Атестація, оцінка кваліфікації лікаря, переатестація здійснюється асоціацією після певних передатестаційних курсів.



Велику увагу асоціації приділяють постійному післядипломному підвищенню кваліфікації лікарів і післядипломній освіті. Форми різні — курси підвищення кваліфікації при асоціаціях, університети тощо. Наприклад, німецька асоціація практикує курси 1 раз на 4 роки. Лікари у групах у присутності куратора розглядають ті чи інші актуальні питання акушерства і гінекології, а потім здійснюється оцінка знань професійного рівня окремих лікарів самими ж колегами. Обов'язково проводяться курси, які організовує асоціація разом зі страховими компаніями, із забезпечення раціональних форматів терапії. Досвід роботи лікарських європейських асоціацій досить тривалий. Цікаво, що найстаршою й найбільш авторитетною асоціацією акушерів-гінекологів є іспанська, яка була заснована у 1874 р. і успішно працює й донині.

Значну увагу асоціації приділяють дотриманню лікарями професійних і етичних норм. У статутних документах більшості асоціацій записано таке положення — кожен лікар повинен зробити все необхідне для надання медичної допомоги пацієнту, проте, водночас, лікар не зобов'язаний забезпечити той результат, на який націлений пацієнт.

При асоціаціях є спеціальні ради, що займаються захистом прав своїх членів, бо, з одного боку, не виключаються й лікарські помилки, а з іншого, — й необгрунтовані претензії з боку пацієнтів щодо лікаря. Тим паче, що найсуттєвіший фінансовий тягар від претензій лягає на плечі лікаря. Тому асоціації співпрацюють з відповідними адміністративними та юридичними організаціями. У деяких країнах існує досить важливе положення: якщо якась лікарська справа розглядається в адміністративному суді, то в цьому ж суді обов'язково є участь лікарів як засідателів. Останнім часом практикується інститут омбудсмена для лікарів, які мають претензії до пацієнтів. Більшість асоціацій мають свої погоджувальні ради, основним завданням яких є врегулювання конфліктів між пацієнтом і лікарем у позасудовому порядку.

Асоціації дуже серйозно ставляться до того, щоб була адекватна реакція на ті чи інші необгрунтовані претензії до лікарів. У той же час, асоціації надзвичайно скрупульозно стежать за дотриманням етичних норм, етичного лікарського кодексу своїми членами. У тих випадках, коли має місце порушення етичного кодексу, асоціації можуть ви-

нести догану, штраф, усунути від лікарської діяльності на термін від 15 днів до 1 року, 5 років чи довічно. Ведеться чіткий реєстр усіх об'єктивних недоліків діяльності лікарів чи недотримання ними професійних етичних норм. Нині не є секретом, що багато проблем і зростання судових позовів до лікарів спровоковано за участі самих колеґ-лікарів, у тому числі і в Україні.

Асоціації беруть участь у державних іспитах у державних університетах; в уніфікації навчальних програм університетів; висловлюють свої побажання щодо покращання якості підготовки студентів; співпрацюють у розробці і підготовці до прийняття законопроектів на різних рівнях — міністерства, Парламенту, Уряду.

Отже, у світі накопичено великий досвід функціонування незалежних професійних медичних асоціацій, які успішно працюють і досягли позитивних результатів. Ми теж маємо прагнути цього розумно, не кваплячись, дуже прагматично, з урахуванням власних можливостей нинішнього дня і з поглядом у майбутнє, щоб стати успішними і гідно виглядати в європейському співтоваристві.

Дискусія



Проф. Алла Володимирівна Бойчук (м. Тернопіль)

“ Лікарська категорія — поняття, що залишилося ще з радянських часів. Раніше вона зумовлювала матеріальну зацікавленість лікарів прибавкою до заробітної плати. Тепер ці доплати настільки мізерні, що не відіграють жодної ролі.

Нині має значення ліцензування. Можливо, нам також варто внести поняття ліцензування, наприклад, на роботу у жіночій консультації, на роботу у стаціонарі або на той чи інший вид втручання, наприклад, на екстирпацію тощо? Як нам правильно оцінити роботу лікаря?



Проф. Леонід Борисович Маркін (м. Львів)

“ Кваліфікація лікарів дійсно різна і залежить вона від багатьох факторів. В європейських асоціаціях здійснюється оцінювання рівня і професіоналізму, і кваліфікації. При цьому враховуються і стаж роботи, і система балів, і участь у кон-

ференціях, і наявність різноманітних сертифікатів, публікацій лікаря. Головне, що на окремих практичних курсах здійснюється оцінка професійних навичок фахівця. Тому надати просто право на роботу і оцінити рівень кваліфікації лікаря — це різні речі.



Віктор Вікторович Шафранський (м. Київ)

“ Вважаю, що на даному етапі проведення атестації необхідне. Проблема в тому, що, будемо до кінця відвертими, суть самого поняття атестації, на жаль, втрачена і повністю вихолощена. Сьогодні вищу категорію можуть отримати люди, які не мають необхідного набору навичок і об'єму оперативних

втручань. Тому цю пагубну тенденцію необхідно викоренити. Атестація має стати мірилом відповідальності лікаря і розуміння того, що це — дійсно суворий, неупереджений «суд». Проте, якщо ідея відміни атестації все ж існує, тоді її необхідно замінити конкретними діями, розробити і запровадити нові форми оцінювання.





Проф. В'ячеслав Володимирович Камінський (м. Київ)

“ Проблема атестації лікарів досить багатогранна, ми мусимо враховувати багато факторів, у тому числі й місце роботи лікаря. Наприклад, не можна вимагати при атестації чи ліцензуванні від лікаря, який працює протягом 20 років у жі-

ночій консультації, володіння певним об'ємом оперативних втручань, або від онкогінеколога — здійснення операції кесаревого розтину. Леоніде Борисовичу, чи відрізняється підхід в оцінці професіоналізму лікарів, які працюють у стаціонарах чи ведуть амбулаторний прийом, в Європі?



Проф. Леонід Борисович Маркін

“ У Німеччині, зокрема в Гейдельбергу, акушери-гінекологи, які працюють в університетській клініці, і ведуть пологи, і здійснюють кесарів розтин, і проводять онкогінекологічні втручання, і займаються допоміжними репродуктивними технологіями, і лікують патологію молочної залози, а ще ведуть поліклінічний прийом. Навіть професор в обов'язковому порядку веде амбулаторний прийом. У нас існує одна спеці-

альність — акушер-гінеколог. Я вважаю, що справжній лікар акушер-гінеколог має однаково добре знати і акушерство, і гінекологію. Тому наявність ротації є оптимальним способом підтримання всіх професійних навичок лікаря, що їх вимагає спеціальність акушерство і гінекологія. Проте я не виключаю такого варіанту, що при правильному вивченні цього питання варто здійснювати ліцензування за окремими навичками і тих чи інших діагностично-лікувальних процедур і втручань.



К.мед.н. Віктор Вікторович Малюк (м. Миколаїв)

“ Раніше на ситуацію поділу лікарів намагалася вплинути держава, поділивши лікарів жіночих консультацій і стаціонару

за рівнем заробітної плати. Так, за однакових рівнів категорій праця лікаря стаціонару оплачувалася значно вище.



Акад. НАМН України Валерій Миколайович Запорожан (м. Одеса)

“ Я вчився у ті часи, коли практикувалася ротація лікарів. Від студентських років і до тих пір, допоки я не став завідуючим кафедрою, я реалізовував цю традицію — один рік мав відпрацювати у стаціонарі і один рік — на амбулаторному прийомі. Я був упевнений, що це правильно. Проте науково-технічний прогрес не стоїть на місці, розвивається хірургія, з'являються нові можливості. Нині проведення того чи іншого оперативного втручання стає справжнім мистецтвом, коли хірург регулярно оперує і відточує свою майстерність біля хірургічного стола. Тому вимагати від акушера, скажімо, володіння декількома видами ендоскопічних втручань, м'яко кажучи, некоректно.

В Європі для вузьких спеціалістів існують свої спеціальні, окремі правила атестації. Більше того, професор, який навчав лікаря оперативним втручанням і підписав сертифікат про те, що цей лікар має право оперувати, при виникненні судових тяжб іде разом з лікарем до прокурора і відповідає за свій підпис у сертифікаті. Досягти такого рівня атестації і вимог до професіоналів ми можемо лише корпоративно, разом у лавах своєї асоціації. Замість нас цього не зробить ніхто — ані чиновники з міністерства, ані юристи. Тому розширення повноважень лікарських асоціацій — це величезна відповідальність за те, що буде з пацієнтами, і, врешті-решт, за наше корпоративне обличчя.



Проф. Володимир Кирилович Чайка (м. Донецьк)

“ Окреслюючи нові горизонти і завдання, ми маємо пам'ятати й про власну акушерсько-гінекологічну школу і здобутки національної медицини, зокрема й нашого фаху. В державі має бути чітке розуміння того, що всю провину за неналежні показники галузі перекладати лише на лікарів не можна! Вони великою мірою залежать від соціальних проблем, обсягу забезпечення медичних установ і кабінетів первинної ланки надання медичної допомоги та, нарешті, рівня розвитку держави. В акушерсько-гінекологічній клініці надзвичайне значення має саме організація, командна

робота, мобілізація всього колективу і дотримання певного відпрацьованого алгоритму дій, особливо при наданні невідкладної допомоги в акушерстві. Щодо попередження материнських втрат на I і II рівні надання медичної допомоги, то в Донецьку ми маємо певний позитивний досвід. Ще у 1996 р. у Донецькій області було організовано кураторство — за кожним співробітником кафедри були закріплені певні міста і регіони області. Щотижня наші фахівці відвідували свій регіон, проводили консультавання, читали лекції, а за необхідності забирали тяжких пацієнток для госпіталізації до Донецька.



Проф. В'ячеслав Володимирович Камінський

“ Нині ми маємо надзвичайно велику проблему — катастрофічну нестачу фахівців, які добре оперують. Є райони,

де оперує лише один спеціаліст, решта 6–7 лікарів навіть не знають, як стояти біля операційного стола. Ми маємо знайти способи зацікавити тих фахівців, які оперують, навчати інших.





Проф. Володимир Кирилович Чайка

“Справжній учитель і спеціаліст цінний саме тим, скількох людей він навчив. Ці питання необхідно враховувати при атестації лікарів, застосовуючи диференційний підхід.



Акад. НАМН України Валерій Миколайович Запорожан

“Асоціація бере на себе надзвичайно велику відповідальність, ми не лише приймаємо частину повноважень міністерства, а й намагаємося реформувати, модернізувати, оптимізувати одну з найважливіших систем держави — систему охорони здоров'я. І розпочинати необхідно з моралі, з принципового ставлення керівництва держави. Саме лікарі відповідають за здоров'я і життя громадян. Асоціація має взяти на себе відповідальність за розвиток акушерсько-гінекологічної служби. У нашій професії не має місця

амбіціям, бо часто високі амбіції коштують людських життів. На першому плані має бути професіоналізм і кваліфікація, і лише колеги в асоціації в змозі оцінити рівень саме кваліфікації, а не амбіцій одне одного. Ми мусимо правильно вибудувати нову систему атестації, а не просто відібрати функції у міністерства. Кожен з нас має усвідомити, що реформи розпочинаються не зверху, реформи починаються знизу — з кожного з нас, з кожного лікувального закладу і, врешті-решт, з кожного конкретного випадку материнської смерті, якщо хочете.

Матеріали форуму (продовження)

Доповідь: «Роль Асоціації акушерів-гінекологів України у створенні клінічних настанов і протоколів»



Світлана Іванівна Жук,
д.мед.н., професор,
Заслужений лікар
України, м. Київ

Ніхто не буде заперечувати, що лікарі мають працювати у правовому полі, керуючись нормативними документами. Ми маємо формувати документи, які б регламентували роботу лікаря. Однією з функцій асоціації є створення професійних стандартів, клінічних настанов тощо. Багато років ми працюємо за протоколами. Вони створювалися за необхідності перегляду того чи іншого проблемного питання чи виникнення тих чи інших особливих обставин. Нині існує багато протоколів, інформація в яких уже давно застаріла і не відповідає засадам доказової медицини. Тому, як мінімум, протоколи, що були затверджені до 2010 р., необхідно переглянути. Перегляд протоколів має здійснюватися кожні 3–4 роки.

В Англії підраховали, що створення нового клінічного протоколу коштує 1 млн фунтів стерлінгів, а от щоб адаптувати документ до реалій певної краї-

ни коштів потрібно не так багато. Саме таким шляхом необхідно рухатися й Україні, бо на створення нових клінічних протоколів у нас немає ані часу, ані коштів. Проте існує напрацьований європейський досвід щодо створення і запровадження клінічних протоколів, який нам варто перейняти.

Стандартизація у галузі охорони здоров'я включає: стандарти професійних медичних асоціацій; стандарти на окремі види професійної діяльності; державні і галузеві стандарти медичної допомоги.

В Україні методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини і методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги регламентовані Наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751, який гармонізовано з відповідними документами ЄС. Схема стандартизації медичної допомоги представлена на рисунку.

Клінічна настанова — документ, що містить систематизовані положення щодо медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використан-

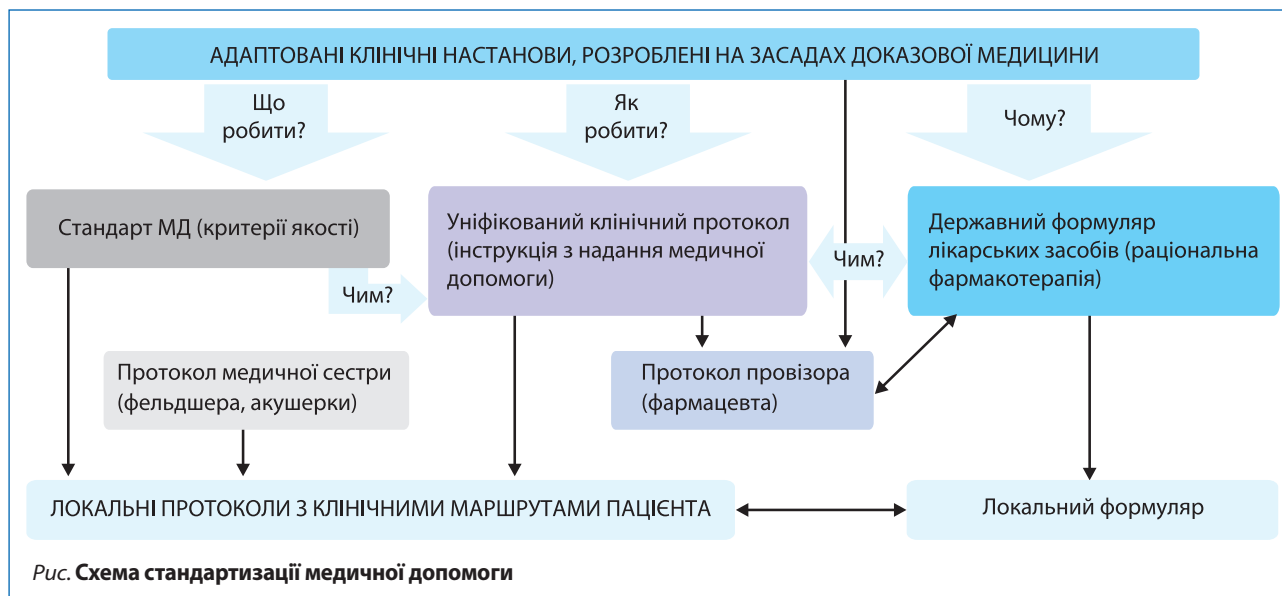
ням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту у прийнятті раціонального рішення у різних клінічних ситуаціях.

Головні ознаки якості клінічної настанови: оприлюднена методологія створення; наявність переліку членів мультидисциплінарної робочої групи, наявність зовнішніх рецензентів, визначення дати перегляду, наявність шкали рівнів доказів, список першоджерел літератури (статті за результатами досліджень, мета-аналіз, огляди літератури) тощо.

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги — документ, що розробляється на основі клінічної настанови з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я, за наявності стандарту медичної допомоги відповідно до нього; визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні та затверджується МОЗ України.

Локальні протоколи мають базуватися на клінічній настанові й уніфікованому протоколі і на стандарті.





Дискусія



Проф. Леонід Борисович Маркін

“ У розвинених країнах протоколи чи стандарти надання акушерсько-гінекологічної допомоги розробляються досвідченими експертами, членами асоціації і затверджуються асоціаціями. У нас протоколи затверджуються наказами

МОЗ. Я вважаю, що протокол, затверджений міністерством, обмежує ініціативу лікаря, бо кожна клінічна ситуація індивідуальна. Тому доцільно, щоб такі важливі документи затверджувалися асоціацією, що дасть змогу, у разі необхідності, захистити лікаря.



Акад. НАМН України Валерій Миколайович Запорожан

“ Завдяки міжнародній діяльності ми отримали всю документацію європейської асоціації, у тому числі й настанови і протоколи. Однак кожна країна має певні особливості, власні соціальні й економічні відмінності. Тому, аби цей безцінний матеріал, що ми його привезли з Європи, ефективно адаптувати до умов нашої країни і ефективно реалізувати, пропонуємо створити координаційну раду зі створення клініч-

них протоколів і стандартів. Ця рада має тісно співпрацювати з міністерством і кафедрами університетів. Це надто відповідальна робота, бо її результат стане керівництвом до дії нашої асоціації після того, як ми візьмемо на себе високі функції безперервної освіти та атестації лікарів. Це постійна, відповідальна і серйозна робота, бо ці документи є керівництвом до дії всіх фахівців — від молодих спеціалістів до професорського складу.



Проф. В'ячеслав Володимирович Камінський

“ Протоколи мають відповідати всім міжнародним стандартам, принципам і етичним нормам. Неприпустимо, щоб такі серйозні документи містили інфор-

мацію про перевагу тих чи інших препаратів. Необхідно визначитися із черговістю створення протоколів, починаючи від найбільш пріоритетних і найважливіших.



Проф. Світлана Іванівна Жук

“ До обговорення документів перед їх затвердженням мають долучатися всі обласні спеціалісти і зацікавлені лікарі на місцях, надсилати свої зауваження і побажання.



Проф. Світлана Родіонівна Галич (м. Одеса)

“ Важливо долучати обговорення протоколів до тематики щорічних пленумів акушерів-гінекологів, а напрацювання в результаті обговорень вносити до резолюцій.



Матеріали форуму (продовження)

Доповідь: «Роль Асоціації акушерів-гінекологів України в науковій діяльності»



Алла Григорівна Корнацька,
д.мед.н., професор,
секретар проблемної
комісії МОЗ та НАМН
України, м. Київ

Проблемна комісія вченої медичної ради НАМН України, МОЗ України «Акушерство і гінекологія» є постійно діючим

експертно-дорадчим органом з питань прогнозування, наукової оцінки, координації наукових досліджень та розробок пріоритетних напрямів медико-біологічних досліджень, а також підготовки наукових і науково-педагогічних кадрів. Нині профільні установи представлені 28 кафедрами 14 медичних університетів України, науковими акушерсько-гіне-

кологічними підрозділами ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Львівським інститутом спадкової патології МОЗ України, Інститутом народної медицини та трьома інститутами післядипломної освіти. Зважаючи на вимоги сучасності, всі наукові дослідження мають відповідати соціальним замовленням практичної охорони здоров'я.

Дискусія



Проф. Тетяна Феофанівна Татарчук (м. Київ)

Нині ми маємо можливість створення мультицентрового підходу до вивчення тієї чи іншої проблеми. Варто створити наукову раду при асоціації, яка визначить структурні наукові напрями, нагальні питання, що їх сьогодні доцільно ви-

вчити в державі, а вже тоді визначити, які наукові школи чи кафедри займаються тими чи іншими профільними науковими напрямами. Така організація роботи дасть змогу вивчити те чи інше питання більш глибоко.



Проф. Ольга Валентинівна Грищенко (м. Харків)

Надзвичайно важливо публікувати звіти про заплановані наукові роботи, аби уникнути повторення наукових тем.



Проф. Валентин Олександрович Потапов (м. Дніпропетровськ)

Абсолютно поділяю думку Тетяни Феофанівни. Хтось має керувати напрямами розвитку науки, щоб вона стала глобальною, а не залишалася стихійною. Лише тоді

можливі певні наукові прориви. Нині, на жаль, ми всі розпорошуємо свій потенціал. Окрім того, необхідно разом з подачею дисертації надавати довідку про перевірку її на плагіат. Такі можливості сьогодні є.

Матеріали форуму (продовження)

Доповідь: «Роль ААГУ у фаховій євроінтеграції та реформуванні медичної галузі в Україні»



Андрій Володимирович Ткаченко,
доцент Національної
медичної академії
післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика,
голова міжнародного
комітету ААГУ, м. Київ

Перш ніж щось запроваджувати в країні, необхідно вивчити, що відбувається у світі. Наше завдання — зрозуміти, що у світі гарного, зберегти наші найкращі здобутки і перейняти найкращий зарубіжний досвід. Нині ААГУ є повноправним членом двох найбільших фахових асоціацій — Європейської (EBCOG) і

Всесвітньої (FIGO). Ми стали пізнаваними у світі, з нами радяться, запрошують до обговорень ключових програмних документів, дослуховуються до думки української делегації.

ААГУ має своїх постійних представників, які беруть участь у роботі Генеральної Асамблеї FIGO (1 раз на 3 роки) і Президії EBCOG (двічі на рік). Завдяки членству в EBCOG українські лікарі акушери-гінекологи мають своїх представників у Союзі європейських медичних спеціалістів, в якому EBCOG є секцією та представництвом усіх акушерів-гінекологів країн-членів ЄС. Започаткована традиція під

час щорічних пленумів в Україні проводити секцію EBCOG або FIGO.

Україна взяла участь в обговоренні і затвердженні Європейських стандартів охорони здоров'я жінок (за фахом акушерство, гінекологія та неонатологія), наша делегація була запрошена до Європарламенту, де проходила офіційна презентація документа для членів Європейського Уряду і євродепутатів. Ці стандарти рекомендовані Комітетом із суспільного здоров'я ЄС для всіх країн ЄС при розробці, впровадженні і перегляді національних протоколів і керівництв.



Доповідь: «Ініціативи Дніпропетровського відділення Асоціації акушерів-гінекологів України»



**Валентин
Олександрович
Потапов,**
*д.мед.н., проф., голова
Дніпропетровського
осередку ААГУ*

Однією з найперших ініціатив Дніпропетровського відділення Асоціації акушерів-гінекологів було створення первинних ланок асоціації у 2009 р. Нині Дніпропетровський осередок нараховує всього 27 первинних ланок і 668 членів асоціації. Первинні ланки залучені до безпосереднього прийняття рішень, частину повноважень правління делеговано до первинних ланок, і саме вони визначають потреби асоціації — організаційні, фінансові тощо. Ми переорієнтували свою роботу на потреби членів асоціації. В результаті, за п'ять років за рахунок членських внесків було придбано обладнання для закладів охорони здоров'я області на суму 379 487 грн., а саме: 6 кардіомоніторів плода для регіонарних пологових відділень, 10 фетальних доплерів для дільничних лікарень, імпорнтні набори хірургічного інструментарію для 10 пологових і гінекологічних відділень, 3 хірургічні електрокоагулятори.

Я переконаний: коли член асоціації розуміє, що організація працює для нього і враховує його інтереси, тоді немає проблеми невчасного надходження коштів до асоціації у вигляді членських внесків, бо в результаті ці кошти повертаються до лікувальних установ у вигляді обладнання тощо.

39 тис. грн. ми перерахували на допомогу пораненим бійцям. Як ви знаєте, у Дніпропетровську один з найбільших центрів, де надають медичну допомогу українським бійцям, в обласній лікарні і військо-

вому госпіталі. У колег була необхідність у придбанні електрокоагуляторів, ми їм допомогли.

Ми намагаємося змінити філософію роботи з персоналом. Нині це вилилося у форму самоорганізації лікарів для вдосконалення своїх професійних знань. Створено суботню школу-семинар і дискусійний клуб, що працюють уже протягом 10 років і мають такі завдання: обговорення актуальних питань акушерства і гінекології, ознайомлення з новими вітчизняними і закордонними стандартами, аналіз конкретних клінічних ситуацій і колективна консультація, розвиток умінь дискусії, аналітичного мислення і потреби у постійному самостійному збагаченні знань, обговорення питань покращання своєї лікарської практики. Так, протягом 10 років було проведено 443 семінари, в яких взяли участь 9846 лікарів. Нині нараховується 246 постійних членів школи (35% від усіх лікарів області).

Асоціація бере активну участь у професійному удосконаленні лікарів і проводить курси хірургічної майстерності для акушерів-гінекологів. Тут здійснюється персональне навчання. Але існує парадокс — усі розуміють, що хочуть підвищувати свою хірургічну майстерність, але протягом півроку ми мали лише 3 бажуючих отримати таку форму навчання. При цьому сказати, що всі лікарі прекрасно оперують і володіють багатьма техніками, ми не можемо. Лікарі не мають бажання вчитися. І це — найбільша проблема. Причина — відсутня мотивація. Легше зробити 10 абортів, працюючи на четверть ставки, ніж виконувати складні операції і нести значно більшу відповідальність. Тож ми мусимо змінювати систему освіти.

У світі допуском до професії є власне членський білет професійної асоціації. Наша асоціація вже сьогодні може вирішувати низку серйозних завдань. Серед них — розробка і представлення для розгляду органами законодавчої і виконавчої влади пропозицій щодо вдосконалення системи охорони здоров'я; вирішення професійних, соціальних, правових питань діяльності членів асоціації; проведення атестації лікарів тощо.

Вважаю, що нинішня система атестації лікарів на кваліфікаційні категорії не заслуговує нічого іншого, як ліквідації. Такої системи не існує ніде у світі. Для зняття ажіотажу навколо атестації лікарів і корупційних ризиків необхідно відмовитися від існуючої системи надбавок до заробітної плати за категорію. Надбавка до заробітної плати має нараховуватися за виконаний обсяг і якість роботи. За існуючої системи атестації лікарів ніхто не несе відповідальності за професійний рівень лікаря і надану йому категорію. Таку функцію мають взяти на себе лікарські асоціації, які й мають здійснювати, у тому числі, й контроль над якістю підготовки спеціаліста, що є звичною практикою у цивілізованому світі.

Зважаючи на це, пропоную: на першому етапі передати функції атестації лікарів незалежним комісіям при лікарських асоціаціях — колеги краще знають теоретичну підготовку, практичні вміння і ділову якість претендента; на другому етапі замінити застарілу систему атестації на ліцензування і систему допуску за різними видами діяльності у рамках певної спеціальності. За такої системи у лікарів з'явиться цілеспрямована мотивація для безперервного професійного росту.

Підготувала Л.В. Мартиненко

