

морфологічних даних, для створення високого рівня подання та отримання знань, які є фундаментальними для вищої медичної освіти нашої країни.

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ ОРГАНІЗМ У КОНТЕКСТІ ГУМАНІСТИЧНОЇ ТА ЕТИЧНОЇ (ЕКОЛОГІЧНОЇ) ТРАНСФОРМАЦІЇ

Гордієнко О. В.

м. Київ, Комісія з питань етики НУОЗ ім. П.Л. Шупика; Етична комісія ВУЛТ; Українська асоціація з біоетики (УАБ)

Проблема запровадження професійного медичного самоврядування (вкрай актуальна для медичної спільноти України) вже багато років поспіль стоїть на порядку денному ВУЛТ. Проте напрацьовані експертною спільнотою професійних медичних об'єднань пропозиції і проекти Закону України про професійне лікарське самоврядування так і не були прийняті до уваги урядом. Натомість, влада вкотре виносить на розгляд вже відкинутий раніше депутатським корпусом проект «Закону України про самоврядування медичних професій» і намагається його прийняти якнайшвидше (в контексті вимог для вступу до ЄС). По формі цей закон ніби-то технологічно і юридично вірний. А от по суті..., змістовна його частина явно не відповідає реальним потребам медичної спільноти і не може сприяти якісному забезпеченню лікувальних процесів. А річ у тому, що в цьому законі явно грубо порушується баланс інтересів головних стейкхолдерів. Вірніше, медична спільнота взагалі не є «активним гравцем» (позбавлена суб'єктності – будь-яких прав впливу, як на формування соціально-економічної політики на всіх щаблях системної організації, так і на реальне забезпечення реалізації професійних і соціальних прав медичних працівників та пацієнтів). Тобто, реального САМО-врядування в запропонованому проекті закону про самоврядування немає!

А що ж є?? Є досконала (та, що веде до скону) технологія штучного створення ще однієї репресивної бюрократичної надбудови (на додаток до вже існуючої НСЗУ) над головами медиків, яка має обслуговувати виключно інтереси адміністративно-фінансової диктатури, остаточно закріплюючи і позбавляючи будь-якої ініціативи медиків, за допомогою ІТ-мережі МІС. При чому медики ж мають усю цю чужорідну надбудову утримувати власним коштом!! Зверніть увагу! В цьому законі фактично не вживається навіть слово ЛІКАР!!! Воно незабаром стане лексичним рудиментом! Натомість в кожному реченні «надавачі медичних та фармацевтичних послуг» – технічний персонал – Функція !!! ЛЮДИНА системі не потрібна! Потрібна армія слухняних біороботів! (добре, що хоч на зачастини поки не розбиратимуть, хоча колись може дійти й до цього).

Спотворюється сама МІСІЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ і МІСІЯ ЛІКАРЯ!!! МІСІЯ СЛУЖІННЯ!! – забезпечення зцілення людини, відновлення здорової популяції та розвитку людського потенціалу країни!! Вона замінюється на Технологію створення конвейера заробітчанства на хворобах на всіх щаблях системної організації (що неминуче потягне за собою популяційну деградацію). Ймовірно, цей закон – остання крапка перед остаточним «затягуванням зашморгу», що завершить собою остаточне згвалтування української медицини, штучно створеною (горезвісною Супрун і Ко), бюрократично-олігархічною потворою (НСЗУ). Ми не повинні тупо наслідувати та штучно насаджувати неприйнятні – неприродні для нашої реальної ситуації чужі проекти і шаблони. Ми цілком спроможні створити власні стратегії й проекти, які органічно підходять саме для наших сучасних реалій і будуть схвалені та підтримані і медичною спільнотою, і населенням. І вони вже значною мірою розроблені й запропоновані в експертних колах медичного середовища. Звести їх в єдину – цілісну систему, дотримуючись принципу екології медичного простору – актуальне завдання нашого сьогодення.

Наголошую! Запропонований урядом законопроект є технологічно і юридично вірним, і може ефективно працювати у багатих країнах з розвиненою економікою та відносно здоровим і заможним населенням. Але не в умовах реалій (соціальних, економічних, інфраструктурних) сучасної України, яка, знекровлена пандемією, війною та корупційними схемами, вже зараз перебуває в стані наростаючої гуманітарної кризи та економічного занепаду. На тривалу допомогу західних партнерів не варто розраховувати, адже незабаром зростаюча світова економічна криза змусить їх дбати про порятунок своїх народів і впровадження режиму жорсткої економії ресурсів для утримання стабільності

За останні три роки знекровлена і згвалтована насильницькими реформами, українська медицина пройшла болючий досвід і гартування (спочатку пандемією-сіндемією COVID-19, а тепер ще й жахливою війною), напрацьовуючи спроможність до зростання внутрішньо-системної

опірності і пошуку можливостей відновлення функціональної спроможності та ресурсності. Час узагальнити набутий досвід і побачити новітні перспективи системного реформування, починаючи з ПОВЕРНЕННЯ МІСЦІ ЗЦІЛЕННЯ – ПОВНОЦІННОГО ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я – І ЛІКАРЮ, І МЕДИЧНІЙ СИСТЕМІ.

Війна навчила країну оперативному реагуванню на швидку зміну оперативної обстановки на місцях, мобілізації ресурсів, активізації та інтеграції регіональної взаємодії та державного управління, акумуляції соціальних інвестицій та волонтерського руху. Така чітка і злагоджена взаємодія необхідна не лише для перемоги, але й тривалий час після неї, для найшвидшого відновлення та оптимізації інфраструктури і необхідного функціоналу. Медичної системи це стосується у першу чергу, адже потреба у медичній допомозі (як за обсягом, так і за складністю втручань) ймовірно виросте в рази, тоді як платоспроможність населення істотно зменшиться. Тому соціальний сектор, як у інфраструктурній організації, так і у функціоналі медичної системи має бути не просто задекларованим, але й відповідним чином організованим, забезпеченим. Тому професійне лікарське самоврядування дедалі більшою мірою ставатиме необхідним чинником оптимізації інфраструктурної організації та функціональної регуляції. Але воно має бути значно більш суб'єктивним і дієздатним, зі значно більшим функціоналом і повноваженнями, а значить і відповідним – законодавчо закріпленим, представництвом в інфраструктурній ієрархії (висхідній вертикалі професійного самоврядування з відкритими налагодженими соціальними ліфтами).

Зауважу одразу, що висхідна – самоврядна управлінська вертикаль в жодному разі не має бути інструментом конфронтації і протидії низхідній адміністративній вертикалі! Це компліментарна – доповнююча інфраструктурна складова, яка має забезпечити відсутній у існуючій організаційній структурі функціонал, зокрема: забезпечення якісного функціонування системи та паритетної взаємодії стейкхолдерів; гуманітарна безпека та екологія компліментарної взаємодії; соціально-економічний гомеостаз структури – системи; стимулювання особистісного і соціального розвитку – соціальні ліфти; спільного формування корпоративної культури – культури організаційного добробуту. Фактично це – «мобільний зв'язок» (сполучна тканина та нові нейронні зв'язки), гуманітарна безпека (імунна та регенеративна та репродуктивна система) організації. Фактично, має актуалізуватись трансформація непрацюючої функції профспілок і етичних комісій у повноцінну функцію HR (Human Relations) та HS (Human Security). У бізнесових колах вважається, що саме від якісної реалізації цієї функції на 80 % залежить ефективність роботи компанії, адже саме вона формує і ефективно залучення кожного працівника, середовище якісної взаємодії, і корпоративну культуру організації в цілому. Ці функції можуть реалізуватись саме у системі самоврядування, як внутрішній контроль та опірність організації. Такої ж трансформації у розвитку самоврядування і реалізації професійної і соціальної відповідальності мають, напевно, зазнати і профільні медичні асоціації, доростаючи від громадських представницьких (репрезентативних) об'єднань до повноцінних професійних корпорацій (ВАТ) з повним спектром корпоративної інфраструктури та функціоналу і систематизацією алгоритмів співпраці з ОТГ та системою регіонального та місцевого самоврядування. Отже, регіональні представники органів лікарського самоврядування мають повноважно входити до складу органів регіонального та місцевого самоврядування, аби на регіональному рівні забезпечувати якісне функціонування медичних установ.

Підсумовуючи, зазначу, що у будь-якому проекті – законі про стратегію розвитку національної медичної системи, або про професійне лікарське самоврядування, про соціально-економічну політику в медичній сфері має неодмінно бути цілий окремий розділ: «ГУМАНІТАРНА БЕЗПЕКА ТА РОЗВИТОК ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ», в якому була б чітка візуалізація медичної системи, як цілісного – живого організму з відповідною конституцією (організаційною структурою) і повноцінним соціально-економічним гомеостазом, в якому саме ЛЮДИНА (лікар – пацієнт) займає ключове місце і є головною цінністю Держави (як це закарбовано у нашій Конституції). В цьому розділі має бути прописана вся гуманітарна політика професійного самоврядування (основи якої наведені вище) та її інфраструктурне і комунікативне забезпечення.

В законі ж про ПРОФЕСІЙНЕ ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ саме ЛІКАР – ФАХІВЕЦЬ має бути ключовою фігурою системного реформування – тим камертоном, що забезпечує чистоту звучання МЕДИЧНОГО ОРКЕСТРУ, який створює НАЦІОНАЛЬНУ СИМФОНІЮ ЗДОРОВ'Я – ЗДОРОВОГО СОЦІАЛЬНОГО КЛІМАТУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ДЕРЖАВИ.

Адже саме ЛІКАР є найбільш професійно, соціально, інтелектуально та світоглядно підготовленою ОДИНИЦЕЮ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ і будь-якої медичної структури.

Додам також, що в національній системі підготовки лікарів дозрів соціальний попит на підготовку фахівців як з медичного права, з економіки медичних закладів (яка матиме свою специфіку в системі самоврядування), так і короткі цикли ТУ «Менеджмент професійного медичного самоврядування», розробку якого можна здійснити в експертному колі ВУЛТ та УМЕС.

Колеги! Нам випала честь жити в історичну добу, коли вся наша країна виборює СВОЄ ПРАВО НА ЖИТТЯ І НА СВОЄ ГІДНЕ – НАЙКРАЩЕ МАЙБУТНЄ! Це право виборює й медична спільнота України, відповідальним представником якої від початку свого існування послідовно виступає ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО. Зараз ми вкотре організовано виступаємо за втілення в життя нашої провідної ідеології – ІДЕОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ і маємо запропонувати державі і суспільству найсучасніший – найперспективніший (соціально-орієнтований) проект системного реформування, який розширить обрії бачення гідного майбутнього системної еволюції та визначить шляхи й алгоритми його досягнення.

Нагадаю відомий філософський вислів: «НЕМАЄ НІЧОГО СИЛЬНІШОГО ЗА ІДЕЮ, ЧАС ЯКОЇ НАСТАВ!». ЧАС ПРОФЕСІЙНОГО МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ НАСТАВ!!!

І нам, шановне товариство, випала честь і щастя бути його провідниками.

СЛАВА УКРАЇНІ!!! РАЗОМ ДО ПЕРЕМОГИ!!!

ВІД ІМІТАЦІЇ ДО ЗМІШАНОЇ РЕАЛЬНОСТІ - ЕВОЛЮЦІЯ ОВОЛОДІННЯ НАВИЧКАМИ В УРОЛОГІЇ

Зайцев В. І., Смандич В. С., Кушнір С. В.

м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Оволодіння навичками в хірургічних спеціальностях завжди було проблемою, яку по-різному вирішували протягом розвитку медицини. Ще відносно недавно основою було навчання учня у майстра, яке за останні 100 років трансформувалось у чітко врегульовану систему багаторівневої освіти. Незважаючи на це, навіть тепер для досягнення відповідної майстерності уролог повинен пройти велику кількість годин хірургічної підготовки на тренажері та в реальній операційній.

Підготовка лікарів, які вміють робити хірургічні втручання, почалась ще в середні віки. Але тоді поняття хірург ще не існувало і цю функцію виконували як звичайні лікарі, так і перукарі чи навіть кати. Звичайним варіантом навчання до XIX ст. було стажування у майстра. Його тривалість і початковий вік учня варіювали, проте типове стажування в середині XVI ст. тривало п'ять–сім років і починалося приблизно у віці 12 або 13 років. Зрозуміло, ніяких офіційних регулювань не було, як не було й прямого контакту учня з пацієнтом. Воно закінчувалось коли майстер вважав учня достатньо готовим. Далі, за бажанням, можна було продовжити навчання, однак це не було обов'язковим для початку самостійної практики. У даній моделі студент вчиться хірургії через пряме спостереження, а потім імітує дії кваліфікованого наставника, як щодо операцій, так і щодо пацієнтів [1]. Віками ця модель стажування залишалася стандартом хірургічної освіти без якихось особливих вимог чи регуляцій.

Більшість сьогоднішніх лікарів вчилися за моделлю Халстеда, яка була запроваджена на початку XIX ст. William S. Halsted був першим керівником відділення хірургії Госпіталю Джона Хопкінса. Після двох років стажування в Європі він створив нову модель навчання хірургів шляхом симбіозу і вдосконалення отриманого досвіду. Він вперше сформулював вимоги до навчання хірургів та його етапність. Тоді ж був утворений American College of Surgeons (1913), який був першою установою, яка регулювала навчання хірургів.

Принципи хірургічної підготовки Халстеда:

1. Резидент повинен мати інтенсивні й повторювані можливості для догляду за пацієнтами під наглядом кваліфікованого вчителя.
2. Резидент повинен розуміти наукові основи хірургічного захворювання.
3. Резидент повинен набути навичок лікування пацієнтів і виконання операцій з поступовим підвищенням їх складності, власної відповідальності та незалежності.

Саме ця модель була основою освіти протягом майже 100 років. Натепер відбувається поступова її трансформація і методи симуляційної медицини відіграють надзвичайно важливу роль у підвищенні ефективності навчального процесу. Симуляція (моделювання) виникла як ефективне рішення подолання обмежень в хірургічній підготовці. Визнано, що більша частка хірургічних ускладнень виникає під час початкової кривої навчання хірурга. Моделювання