

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

БУКОВИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ВІСНИК

DOI: 10.24061/2413-0737.29.1

Український науково-практичний журнал

Заснований у лютому 1997 року

Видається 4 рази на рік

Включений до Ulrichsweb™ Global Serials Directory, наукометричних і спеціалізованих баз даних Google Scholar (США), Index Copernicus International (Польща), Scientific Indexing Services (США), Infobase Index (Індія), Ukrainian research & Academy Network (URAN), НБУ ім. Вернадського, “Джерело”

ТОМ 29, № 1 (113)

2025

Редакційна колегія:

головний редактор Геруш І.В.,
Беліков О.Б., Боднар О.Б., Бойчук Т.М., Ванчуляк О.Я.,
Гринчук Ф.В., Давиденко І.С., Іващук О.І., Ілащук Т.О.,
Коваль Г.Д., Колоскова О.К.,
Кривецький В.В. (заступник головного редактора),
Максим'юк В.В., Пашковська Н.В.,
Проняєв Д.В. (відповідальний секретар), Сидорчук Л.П.,
Сокольник С.В., Ташук В.К., Ткачук С.С.,
Федів О.І., Цигикало О.В., Шкварковський І.В.

Чернівці: БДМУ, 2025

Редакційна рада:

К.М. Амосова (Київ), В.В. Бойко (Харків),
А.І. Гоженко (Одеса), В.М. Запорожан (Одеса),
В.М. Коваленко (Київ), З.М. Митник (Київ),
В.І. Паньків (Київ), В.П. Черних (Харків),
Герхард Дамман (Швейцарія),
Збігнев Копанські (Польща),
Дірк Брутцерт (Бельгія),
Раду Крістіан Дабіша (Румунія),
Віктор Ботнару (Молдова), І.М. Катеренюк (Молдова),
Наталія Мельник (Чехія)

Рекомендовано до друку та до поширення через мережу Інтернет рішенням вченої ради
Буковинського державного медичного університету
(протокол № 7 від 27.03.2025 року)

Буковинський медичний вісник
(Бук. мед. вісник)
Bukovinian Medical Herald
(Buk. Med. Herald) – науково-практичний
журнал, що рецензується, заснований у лютому
1997 р. Видається 4 рази на рік.
Мова видання: українська, англійська.
Сфера розповсюдження загальнодержавна,
зарубіжна. Свідectво про державну
реєстрацію: серія КВ №15684-4156 ПР
від 21.09.2009. Наказом Міністерства освіти і
науки України від 17 березня 2020 року № 409
журнал “Буковинський медичний вісник”
включено до категорії "Б" (медичні
спеціальності – 222) переліку наукових
фахових видань України

Витяг з реєстру суб'єктів у сфері медіа –
реєстрантів, виданий Буковинському
державному медичному університету,
м. Чернівці, код ЕДРОПУ 02010971.
Ідентифікатор медіа R30-03255. Назва
медіа «Буковинський медичний вісник»
«Bukovinian Medical Herald». Рішення
Національної ради України з питань
телебачення і радіомовлення про
реєстрацію від 28.03.2024 № 1037.
Адреса редакції: 58002, м. Чернівці,
пл. Театральна, 2
Тел.: (0372) 55-37-54, 52-39-63
Факс: (0372) 55-37-54
e-mail: bmh@bsmu.edu.ua
Адреса електронної версії журналу в
Internet: <http://e-bmv.bsmu.edu.ua/>

МЕХАНІЗМИ ІНТЕГРАЦІЇ В ДІЯЛЬНОСТІ НАДКЛАСТЕРНИХ ЛІКАРЕНЬ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

М.Д. Дячук¹, А.С. Бідучак²

¹ Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, м. Київ, Україна

² Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключові слова: медична допомога, населення, механізми інтеграції та координації, обласна лікарня, співпраця, інформація, міжсекторальне співробітництво.

Буковинський медичний вісник.
2025. Т. 29, № 1 (113). С. 53-58.

DOI: 10.24061/2413-
0737.29.1.113.2025.8

E-mail: f1s4man@gmail.com
biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua



Резюме. Інтеграція розглядається як механізм покращення всебічного охоплення населення медичною допомогою, підвищення її якості, зменшення сегментації та диференціації, раціонального використання ресурсів охорони здоров'я. В Україні реформування сфери охорони здоров'я, епідемія COVID-19 та її наслідки, війна, розв'язана агресором, зумовили зміни в механізмах співпраці та взаємодії між медичними та немедичними інституціями, зацікавленими в збереженні та відновленні здоров'я населення, що потребує цільових наукових досліджень, зокрема, інтеграції в діяльності надкластерних лікарень, де надається високотехнологічна спеціалізована медична допомога населенню регіону.

Мета роботи - дослідити управлінські механізми інтеграції в діяльності надкластерних лікарень.

Матеріал і методи. Матеріалами обрано заповнені завідувачами відділень двох надкластерних (обласних) лікарень анкетні опитувальники (усього 58 од.: 33 од. від респондентів першої групи, 25 од. – від респондентів другої групи). Використані методи: соціологічний; медико-статистичний; логіко-структурного аналізу; узагальнення.

Результати. На послуги з телемедицини спеціалістами обласних лікарень вказали 16 (48,5%) респондентів першої групи та 9 (36,0%) – другої групи, на виїзні послуги по лінії екстреної медицини – відповідно 20 (60,6%) та 12 (48,0%) осіб; спільну розробку і використання клінічних маршрутів пацієнта відзначили відповідно 19 (57,6%) та 12 (48,0%) опитаних; про спільне проведення профілактичних кампаній заявили 13 (39,4%) керівників першої групи та 8 (32,0%) керівників другої групи; про функціонування наскрізної інформаційної електронної системи в регіоні повідомили лише 4 (12,1%) респонденти першої групи та 5 (20,0%) – другої групи. Про професійне особисте спілкування спеціалістів лікарні з фахівцями інших закладів охорони здоров'я з використанням телефону, соціальних мереж, електронної пошти заявили 28 (84,8%) респондентів першої групи та 17 (68,0%) респондентів другої групи, про регулярний обмін інформацією з центром контролю та профілактики хвороб – відповідно 11 (33,3%) та 7 (28,0%) осіб. Співпраця з органами соціального захисту та громадськими організаціями пацієнтів, за даними опитування, відбувається лише за необхідності.

Висновки. Механізми інтеграції та координації між обласними лікарнями та іншими закладами охорони здоров'я і немедичними інституціями регіону потребують свого вдосконалення та посилення.

INTEGRATION MECHANISMS IN THE ACTIVITIES OF SUPRACLUSTER HOSPITALS (ACCORDING TO SOCIOLOGICAL RESEARCH)

M. D. Dyachuk, A. S. Biduchak

Key words: medical care, population, integration and coordination mechanisms, regional hospital, cooperation, information, intersectoral cooperation.

Resume. Integration is considered a mechanism for improving the comprehensive coverage of the population with medical care, improving its quality, reducing segmentation and differentiation, and rational use of health resources. In Ukraine, the reform of the health care sector, the COVID-19 epidemic and its consequences, and the war unleashed by the aggressor have led to changes in the mechanisms of cooperation and interaction between medical

Оригінальні дослідження

Bukovinian Medical Herald.
2025. V. 29, № 1 (113). P. 53-58.

and non-medical institutions interested in preserving and restoring the health of the population. It requires targeted scientific research, in particular, integration into the activities of supracluster hospitals, where high-tech specialized medical care is provided to the population of the region.

Aim of the study. To investigate the management mechanisms of integration in the activities of supracluster hospitals.

Material and methods. The materials selected were questionnaires filled out by the heads of departments of two supracluster (regional) hospitals (a total of 58 units: 33 units from respondents of the first group and 25 units from respondents of the second group). Methods used: sociological; medical statistical; logical-structural analysis; generalization.

Results. 16 (48.5%) respondents in the first group and 9 (36.0%) people in the second group indicated telemedicine services; 20 (60.6%) people of the first group and 12 (48.0%) people of the second group reported on emergency medicine outpatient services; 19 (57.6%) and 12 (48.0%) people, respectively, indicated the joint development and use of clinical patient routes. Accordingly, 13 (39.4%) and 8 (32.0%) managers stated about joint implementation of preventive campaigns. Only 4 (12.1%) respondents from the first group and 5 (20.0%) respondents from the second group reported the functioning of an end-to-end electronic information system in the region. 28 (84.8%) respondents from the first group and 17 (68.0%) respondents from the second group reported professional personal communication between hospital specialists and specialists from other healthcare institutions. They use telephone, social networks, and e-mail to communicate. Accordingly, 11 (33.3%) and 7 (28.0%) people reported a regular exchange of information with the Disease Control and Prevention Center. According to the survey, cooperation with social protection bodies and public patient organizations occurs only when necessary.

Conclusions. The mechanisms of integration and coordination between regional hospitals and other healthcare institutions and non-medical institutions in the region need to be improved and strengthened.

Вступ. Політика і стратегія світових систем охорони здоров'я впродовж останніх десятиліть сконцентровані на протидії фрагментації, подібності, відокремленості в діяльності постачальників медичних послуг та подоланні адміністративних, інформаційних і фінансових бар'єрів між ними. Об'єднання та співпраця постачальників для надання медичної допомоги продиктовані необхідністю забезпечити безперервність медичної допомоги, своєчасний доступ пацієнтів до медичних послуг, уникнення їх дублювання та раціональне використання ресурсів охорони здоров'я [1].

Багато урядів країн обрали інтеграцію як механізм покращення всебічного охоплення населення медичною допомогою, підвищення її якості, зменшення сегментації та диференціації в охороні здоров'я, що особливо актуально для задоволення потреб людей старших вікових груп із поліморбідністю, кількість яких у світі постійно зростає [2].

Важливо, що стратегія інтеграції передбачає співпрацю і об'єднання діяльності та структур з профілактики, діагностики, лікування, реабілітації всередині системи охорони здоров'я, а також міжгалузеві, міжсекторальні дії, що забезпечують людині соціальний захист, якісну освіту, працевлаштування, житло і екологію, тим забезпечуючи цілісний підхід з орієнтацією на

індивідуума, зокрема, покращення його здоров'я та якості життя в цілому [3].

З метою забезпечення координації дій, організації спільної діяльності, формування підзвітності та прийняття узгоджених рішень для підтримки співпраці закладів охорони здоров'я та міжсекторального співробітництва необхідні спільні механізми управління ними в рамках партнерства [4].

В Україні реформування сфери охорони здоров'я, епідемія COVID-19 та її наслідки, цифровізація секторів економіки, війна, розв'язана агресором, зумовили зміни в механізмах співпраці та взаємодії між закладами охорони здоров'я, між медичними працівниками в межах та поза межами медичних організацій, між галуззю охорони здоров'я та іншими соціальними сферами, що потребує наукових досліджень та розробки адаптованих до змін механізмів інтеграції, у чому полягає актуальність та доцільність даної роботи.

Мета дослідження – дослідити управлінські механізми інтеграції в діяльності надкластерних лікарень.

Матеріал і методи

Дослідження проведено в Комунальному некомерційному підприємстві (КНП) «Тернопільська обласна клінічна лікарня» та КНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня», які визначені на нормативному рівні надкластерними лікарнями в межах відповідних госпітальних округів.

При проведенні дослідження використані методи: соціологічний (анкетного опитування); медико-статистичний; логіко-структурного аналізу; узагальнення. Респондентами були заступники керівника та керівники структурних підрозділів (завідувачі відділень) цих лікарень, які за змістом виконуваних ними зобов'язань лінійних керівників та участі в робочих групах мають бути поінформовані про комунікації та співпрацю з іншими закладами охорони здоров'я та немедичними організаціями регіону і безпосередніми їх учасниками.

Інструментом соціологічного дослідження слугувала авторська оригінальна анкета, структурована за трьома традиційними складовими: 1) вступ зі зверненням до респондента, поясненням мети і очікуваних результатів дослідження, інструкцією із заповнення анкети й зобов'язаннями автора щодо нерозголошення персональної інформації, поінформованою згодою респондента на участь у дослідженні; 2) основна частина з цільовими запитаннями; 3) соціально-демографічна частина.

Запитання анкети формувались на основі теоретичного аналізу наукових джерел літератури і передбачали отримання у відповідях інформації про види і механізми співпраці між закладами, де проводилось дослідження, і закладами первинної медичної допомоги, загальними і кластерними лікарнями відповідного госпітального округу, регіональним Центром громадського здоров'я, регіональними органами соціального захисту населення, закладами вищої медичної освіти та громадськими організаціями пацієнтів. Питання передбачали також отримання відповідей щодо ролі регіональних органів управління в координації діяльності медичних і немедичних інституцій. Окремо були поставлені питання щодо діяльності надкластерної лікарні в підготовці медичних кадрів та ставлення респондента до більш тісної подальшої співпраці з вищезазначеними організаціями інших секторів.

Варіанти відповідей на закриті запитання передбачали можливий спектр дій за визначеною позицією, запропонованих авторами анкети, тому кожен респондент міг надавати відповіді одночасно на всі запропоновані варіанти, внаслідок чого сума відповідей за результатами обробки анкет по кожному запитанню могла перевищувати кількість респондентів, а у відносних показниках – бути більшою за 100,0%. Відкрите запитання надавало можливість респонденту висловити свій варіант відповіді, який не увійшов до переліку.

Усього від респондентів за результатами суцільного опитування отримано 58 заповнених анкетних опитувальників (33 од. від двох заступників керівника, 31 особи лікарів-завідувачів структурних підрозділів КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» (перша група); 25 од. - від лікарів-завідувачів структурних підрозділів КНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (друга група).

Результати дослідження та їх обговорення.

Соціально-демографічні та професійні характеристики респондентів представлені в таблиці.

Таблиця

Соціально-демографічні та професійні характеристики респондентів

Характеристики респондентів	Перша група (33 особи)	Друга група (25 осіб)
Стать: (осіб, абс, %)		
- чоловіки	15 (45,5%)	6 (24,0%)
- жінки	18 (54,5%)	19 (76,0%)
Середній вік (років)	53,0±8,9	48,9±11,6
Середній стаж роботи (років)	12,0±9,2	17,4±9,4
Лікарська категорія за клінічною спеціальністю: (осіб, абс., %)		
- друга	1	3 (12,0%)
- перша	3 (9,1%)	6 (24,0%)
- вища	25 (75,8%)	16 (64,0%)
Лікарська категорія за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»:		
- друга	-	-
- перша	-	-
- вища	3 (9,1%)	3 (12,0%)
Науковий ступінь (осіб, абс, %)	7 (21,2%)	2 (8,0%)

Статистичний аналіз соціально-демографічних і професійних характеристик респондентів показав, що за статеву та віковою ознаками групи достовірно не відрізнялись. Середній стаж роботи був вищим у респондентів другої групи [(17,4±9,4) років проти (12,0±9,2) років] при більш молодому складі її учасників [(48,9±11,6) років проти (53,0±8,9) років]. Обидві групи мали високий професійний рівень за клінічною спеціальністю, оскільки 29 (87,9%) із 33 осіб першої групи та 25 (100,0%) респондентів другої групи мали лікарську категорію. Водночас лікарська категорія за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» була лише в 3 (9,1%) респондентів першої групи та в 3 (12,0%) осіб другої групи. Науковий ступінь кандидата наук/доктора філософії мали відповідно 7 (21,2%) та 2 (8,0%) особи.

Отже, при високому професійному рівні, за клінічною спеціальністю, лінійним керівникам бракувало професійної кваліфікації менеджерів, хоча вони, за кваліфікаційними характеристиками, є основними організаторами роботи закладу у структурних підрозділах і повинні володіти функціями і методами менеджменту у сфері охорони здоров'я, а отже, не можуть знаходитись осторонь процесів інтеграції, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги пацієнтам очолюваного ними відділення.

Оригінальні дослідження

На запитання анкети «Які види співпраці налагоджені між Вашим закладом/відділенням та іншими закладами охорони здоров'я регіону (закладами первинної медичної допомоги, загальними і кластерними лікарнями)?» отримано наступні відповіді респондентів: на послуги з телемедицини вказали 16 (48,5%) осіб першої групи та 9 (36,0%) осіб другої групи; виїзні послуги профільних спеціалістів до закладів охорони здоров'я регіону по лінії екстреної медицини - 20 (60,6%) осіб першої групи та 12 (48,0%) осіб другої групи; на спільну розробку і використання клінічних шляхів (маршрутів) пацієнта за найбільш соціально значимими захворюваннями для населення регіону – відповідно 19 (57,6%) та 12 (48,0%) осіб; на спільне проведення профілактичних кампаній (з різних актуальних питань збереження і зміцнення здоров'я населення регіону) – відповідно 13 (39,4%) та 8 (32,0%) керівників. Ствердно відповіли на функціонування наскрізної інформаційної електронної системи в регіоні – бази даних пацієнтів, яка охоплює всю мережу закладів охорони здоров'я, лише 4 (12,1%) респонденти першої групи та 5 (20,0%) респондентів другої групи.

Відповідаючи на запитання про управлінські механізми, які обумовлюють співпрацю надкластерного закладу з іншими закладами охорони здоров'я регіону, 9 (27,2%) учасників опитування першої групи та 2 (8,0%) респонденти другої групи обрали варіант відповіді про представництво від лікарні в регіональній координаційній раді з питань охорони здоров'я; відповідно 11 (33,3%) та 4 (16,0%) опитаних повідомили про сумісне виконання медичними закладами регіону обласної міжсекторальної програми охорони здоров'я населення; 15 (45,5%) респондентів першої групи та 11 (44,0%) опитаних другої групи таким механізмом вважали угоди про співпрацю лікарні з різних питань сумісної діяльності з іншими закладами охорони здоров'я регіону.

Більш популярними способами взаємодії виявилось особисте спілкування завідувачів відділень, профільних спеціалістів лікарні з представниками інших закладів охорони здоров'я з професійних питань, що становлять взаємну зацікавленість, про яке заявили 28 (84,8%) респондентів першої групи та 17 (68,0%) респондентів другої групи; ці дані достовірно не відрізнялись. Засобами неформального спілкування керівники відзначили телефон, соціальні мережі, електронну пошту, особисті зустрічі тощо.

Наступне питання анкети стосувалось поінформованості керівників клінічних структурних підрозділів про епідеміологічний профіль регіону, який формується обласним центром контролю та профілактики хвороб, та механізмам співпраці цих двох установ. Про регулярний обмін інформацією за результатами епідеміологічного нагляду повідомили у своїх відповідях 11 (33,3%) керівників першої групи та 7 (28,0%) керівників другої групи; про спільне проведення освітніх заходів з питань громадського здоров'я населення в системі безперервного

професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я – 15 (45,5%) опитаних першої групи та 9 (36,0%) опитаних другої групи; про спільне проведення профілактичних кампаній з актуальних для регіону питань збереження, зміцнення й безпеки здоров'я населення регіону – 11 (33,3%) керівників першої групи та 10 (40,0%) керівників другої групи. Не мали інформації з даного питання 9 (27,3%) опитаних першої групи та 6 (24,0%) респондентів другої групи. На статистичному рівні показники двох груп достовірно не відрізнялись.

Співпраця з регіональними органами соціального захисту населення з питань обліку, реабілітації та медико-соціальної підтримки осіб з інвалідністю та інших осіб, які потребують медико-соціального захисту, за відповідями 18 (54,5%) опитаних першої групи та 13 (52,0%) опитаних другої групи, відбувається по мірі виникнення питань, які потребують спільного вирішення. Про спільні угоди про співпрацю між установами заявили поодинокі респонденти кожної групи. Не мали інформації з даного питання 10 (30,3%) респондентів першої групи та 7 (28,0%) респондентів другої групи.

Респондентам було запропоновано надати інформацію щодо співпраці їх лікарні з громадськими організаціями пацієнтів регіону України з питань реабілітації, медико-соціальної підтримки, сприяння науковим розробкам і впровадженню нових технологій у практику роботи лікарні за напрямом діяльності цієї громадської організації. За даними відповідей 17 (51,5%) керівників першої групи та 13 (52,0%) керівників другої групи, така співпраця відбувається лише у відповідь на звернення представників громадської організації пацієнтів до керівництва лікарні, завідувачів відділень, провідних фахівців. Не мають інформації з даного питання 9 (27,3%) опитаних першої групи та 6 (25,0%) опитаних другої групи.

На запитання «Як відбувається співпраця Вашої лікарні з закладами вищої медичної освіти за напрямом науково-дослідницької діяльності?» респонденти відповіли, що укладені угоди: між лікарнею та закладом вищої медичної освіти на розташування й функціонування кафедр на площах лікарні, за даними 18 (54,5%) керівників першої групи та 14 (56,0%) керівників другої групи; на проведення в лікарні клінічних досліджень лікарських засобів, про що повідомили 11 (33,3%) опитаних першої групи та 8 (32,0%) опитаних другої групи; на участь лікарів лікарні у виконанні планових (бюджетних та ініціативних) науково-дослідних робіт кафедр, про що відповіли відповідно 13 (39,4%) та 9 (36,0%) респондентів.

Статистичні дані лікарні про госпіталізовану захворюваність населення регіону, її структуру, обсяг, динаміку змін використовуються в наукових дослідженнях кафедр, розташованих у лікарні, за відповідями 13 (39,4%) та 10 (40,0%) респондентів відповідної групи.

У лікарні відбувається розробка, апробація і впровадження нових науково-обґрунтованих

технологій у клінічну практику, відповідно до потреб населення регіону, сумісно працівниками лікарні і науково-педагогічними працівниками кафедр, розташованих у лікарні, за даними 20 (60,6%) респондентів першої та 17 (68,0%) респондентів другої групи.

Лікарі є співавторами наукових публікацій, разом із науково-педагогічними працівниками кафедр, розташованих у лікарні, як повідомили своїми відповідями 22 (66,7%) керівники першої та 18 (72,0%) керівники другої групи.

Науково-педагогічні працівники кафедр працюють за сумісництвом у лікарні на лікарських посадах, за даними 11 (33,3%) респондентів першої та 10 (40,0%) респондентів другої групи.

Діяльність досліджуваних лікарень з підготовки медичних кадрів, що віддзеркалює інтеграцію освітньої діяльності у функціонування лікарні, за даними аналізу відповідей респондентів, виявилася помірено активною: лікарі з науковими ступенями структурних підрозділів лікарні беруть участь у розробці навчальних програм і заходах безперервного професійного розвитку для працівників сфери охорони здоров'я регіону, за даними 13 (39,4%) респондентів першої групи та 8 (32,0%) респондентів другої групи. Лікарі з науковими ступенями працюють за сумісництвом науково-педагогічними працівниками кафедр закладів вищої медичної освіти, розташованих у лікарні, як повідомили 14 (42,4%) керівників першої групи та 10 (40,0%) керівників другої групи. У лікарні (за планом) проводяться науково-практичні конференції для усіх лікарів регіону з актуальних питань громадського здоров'я населення, за даними 16 (48,5%) опитаних першої групи та 11 (44,0%) опитаних другої групи. Лікарі зі стажем роботи більше трьох років виконують функції керівників лікарів-інтернів, зазначили 19 (57,6%) респондентів першої групи та 14 (56,0%) респондентів другої групи.

На запитання «Ваше ставлення до більш тісної подальшої співпраці Вашої лікарні з іншими закладами охорони здоров'я, закладами громадського здоров'я, соціального захисту населення, громадськими організаціями пацієнтів, закладами вищої медичної освіти?» 19 (57,6%) респондентів першої групи та 14 (56,0%) респондентів другої групи обрали відповідь, що їх надкластерна лікарня виконує основну функцію з надання медичної допомоги населенню з найбільш тяжкою патологією, тому зусилля працівників потрібно концентрувати саме на виконанні цієї функції, а відповідно 14 (42,4%) та 11 (44,0%) респондентів вважають, що потрібно подальше посилення співпраці з огляду на значимий внесок і роль надкластерної лікарні у відновлення здоров'я населення регіону.

Обговорюючи відповіді респондентів, слід зазначити, що лінійні керівники лише за окремими позиціями у своїй більшості, але не однотайно вказали на варіанти співпраці, запропоновані автором анкети. Це виїзди профільних спеціалістів до закладів охорони здоров'я регіону по лінії екстреної медицини,

спільна розробка і використання клінічних шляхів (маршрутів) пацієнта, співпраця із закладами вищої освіти в частині угод для розташування кафедр, впровадження нових науково-обґрунтованих технологій у клінічну практику, співавторство в наукових публікаціях, виконання лікарями функцій керівників лікарів-інтернів. Водночас незначна частина респондентів засвідчила надання послуг з телемедицини, функціонування наскрізної інформаційної електронної системи в регіоні, участь у інформаційних профілактичних кампаніях і освітніх заходах, співпрацю з обласним центром контролю та профілактики хвороб. Співпраця з органами соціального захисту населення та громадськими організаціями пацієнтів відбувається лише за потреби, а професійне спілкування зі спеціалістами інших закладів охорони здоров'я більш неформальне. Управлінські механізми інтеграції і координації на рівні регіональних органів влади невідомі більшості респондентів.

Не зафіксовано відповідей респондентів на відкриті запитання, де вони могли вказати на інший, відмінний від авторського варіанта співпраці за його наявності.

Одержані результати підтвердили недостатнє використання такого механізму, як інтеграція в діяльності досліджуваних надкластерних лікарень, що зменшує їх внесок у забезпечення й підтримку здоров'я населення відповідних громад. Необхідність вирішення проблеми комплексного – інтегрованого – надання послуг представлена в науковій літературі, де детально обґрунтовані підходи до запровадження організаційних механізмів інтеграції, які передбачають налагодження міжорганізаційних відносин між закладами охорони здоров'я, між медичними та немедичними установами (шляхом заключення контрактів, стратегічних альянсів зі спільними механізмами управління), міжпрофесійного партнерства (заснованого на спільних компетенціях, ролях, обов'язках і підзвітності), використання віртуальних ресурсів (з метою покращення процесів руху пацієнтів клінічними шляхами), призначених для сприяння координації медичної допомоги й забезпечення надання всебічної безперервної допомоги визначеній групі населення [5-7].

Висновки. Результатами соціологічного дослідження доведено, що в досліджуваних надкластерних (обласних) лікарнях механізми інтеграції впроваджені, але потребують свого поширення та посилення. Зокрема, високотехнологічна медична допомога населенню надається у відриві від первинної, амбулаторно-поліклінічної допомоги та соціального супроводу, що створює фрагментацію медичних і соціальних послуг і бар'єри на шляху їх отримання пацієнтом.

1. Доведено, що механізми інтеграції і координації медичної допомоги, запроваджені органами регіонального управління охороною здоров'я (координаційні ради, обласні програми здоров'я населення) фактично не працюють у мережі закладів охорони здоров'я. Переважають неформальні

Оригінальні дослідження

механізми професійної координації у вигляді особистого спілкування лікарів обласних лікарень із спеціалістами інших закладів охорони здоров'я.

2. Дослідженням показано, що інформаційна підтримка професійної діяльності спеціалістів обласних лікарень недостатня, оскільки не налагоджена їх співпраця з регіональними центрами контролю і профілактики хвороб; обмежені можливості використання інформаційної електронної системи, що унеможливує безперешкодний постійний обмін даними між закладами охорони здоров'я регіону.

3. Доведено, що внесок обласних лікарень у покращення громадського здоров'я низький, про що

свідчать їх обмежена участь у профілактичних кампаніях з актуальних питань збереження і зміцнення здоров'я населення регіону.

4. Результати дослідження показали необхідність культурних змін та формування лояльності до інтеграції у сфері охорони здоров'я в менеджерів обласних лікарень та усвідомлення ними більш активної та значимої ролі обласних лікарень у системі громадського здоров'я населення регіону.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці моделі функціонування обласної лікарні з використанням удосконалених механізмів організаційної, професійної, міжсекторальної інтеграції.

References

1. Integrating health services. World Health Organization [Internet] 2018. [cite 28 Dec 2024];16. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>.
2. Goodwin N, Stein V, Amelung V. What Is Integrated Care? In: Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E. (eds) Handbook Integrated Care. Springer, Cham. [Internet] 2017 [cite 28 Dec 2024];3-23. DOI: 10.1007/978-3-319-56103-5_1.
3. Rohwer A, Toews I, Uwimana-Nicol J, Nyirenda JLZ, Niyibizi JB, Akiteng AR, et al. Models of integrated care for multi-morbidity assessed in systematic reviews: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023 Aug 23;23(1):894. DOI: 10.1186/s12913-023-09894-7.
4. Valentijn PP. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care: Pim P. Valentijn, [S.l.: s.n.], 2015 (Print Service Ede), pp. 195, Doctoral Thesis Tilburg University, The Netherlands. Int J Integr Care [Internet] 2016. [cite 28 Dec 2024];16(2):3. DOI: 10.5334/ijic.2465.
5. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 Executive Summary. WHO [Internet] 2015. [cite 28 Dec 2024];18. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/180984>.
6. Gavalda-Espelta E, Del Mar Lleixa-Fortuño M, Baucells-Lluis J, Ferré-Ferraté M, Tomàs-Navarro B, Curto-Romeu C, et al. Innovative Health and Social Integrated Care Model Effectiveness to Improve Quality Care for Chronic Patients: A Single Group Assignment Clinical Trial. Int J Integr Care. 2023 Oct 11;23(4):2. DOI: 10.5334/ijic.6759.
- Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care in Western Europe: a wise solution for the future? Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res [Internet] 2022 Jul;22(5):717-21. DOI: 10.1080/14737167.2022.2046465.

Відомості про автора

Дячук М.Д. – канд. мед. наук, завідувач операційного відділення з рентген-хірургічним блоком, лікар-уролог, Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, м. Київ, Україна. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0390-4489>.

Бідучак А.С. – канд. мед. наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3475-1497>.

Information about the authors

Diachuk Mykhailo D. – PhD, Head of the Department of Operations with X-ray Surgical Unit, Urologist, State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0390-4489>.

Biduchak A.S. – MD, PhD, Associate Professor of the Department of Social Medicine and Public Health, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3475-1497>.

*Надійшла до редакції 09.01.25
© М.Д. Дячук, А.С. Бідучак, 2025*