

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА
ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)**

П Е Р Е Л І К

**наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження
досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я
(Випуск 2, Том 1)**

Київ – 2016

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Реєстр. № 325/2/15

1. **ОЦІНКА ЛІКУВАЛЬНОЇ РОБОТИ ПРАЦІВНИКІВ КЛІНІЧНИХ КАФЕДР.**
2. НДР «Організаційні основи реформування системи охорони здоров'я».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Математична модель для обрахунку нормативного навантаження амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги включає наступні показники: число хворих, які були прийняті та консультовалися в амбулаторно-поліклінічних умовах, кількість консультацій в інших лікувальних закладах, число хворих, пролікованих в стаціонарі (в тому числі число виписаних хворих та проведених ними ліжко-днів), число хворих, які консультовалися в інших відділеннях стаціонару, кількість чергувань в стаціонарі, оперативна діяльність (кількість операцій, кількість асистенцій, кількість витрачених годин). За даними наших розрахунків середнє навантаження клініциста на 1 день роботи складає 3,5 години. При цьому 2,5 години слід виділити на обхід та консультації хворих, їх лікування, участь в операційній діяльності, чергуванні в клініці або лікарні, чергування по санавіації тощо, 1 годину – на інші види роботи (участь в науково-практичних конференціях, засіданні контрольно-експертних комісій, рецензуванні медичної документації тощо).
8. Очікувані переваги: соціальні – полягають в цілеспрямованому плануванні роботи кожного працівника клінічної кафедри; медичні – полягають в покращенні результатів обстеження і лікування хворих; економічні – полягають у диференційованій оплаті праці працівників клінічних кафедр.
9. Немає.
10. Для розробки методики збору та оцінки даних щодо лікувальної роботи працівників клінічних кафедр за будь-який проміжок часу.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України», 646001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.
14. Немає.
15. Голяченко А.О., Смірнова В.Л. (0352527233), Панчишин Н.Я.

Реєстр. № 326/2/15

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ МОРФОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ОСЦИЛОГРАМ.**
2. НДР «Системний аналіз і теорія прийняття рішень для задач медичної науки та освіти», 0110U001937.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Спосіб оцінки стану серцево-судинної системи з використанням методів морфологічного аналізу осцилограм, подано на реєстрацію права власності на корисну модель. Реєстраційний номер заявки на корисну модель U2014 10489 від 25.09.14 року

6. Пропозиція на включення наукового повідомлення до переліку (науково-технічної) продукції, не подавалась на внесення до технологічної пропозиції Української інтегрованої системи трансферу технологій.
7. Відомим способом оцінку стану серцево-судинної системи проводять шляхом реєстрації кривої артеріального тиску за допомогою електронного вимірювача тиску, з якого отримують осцилограму артеріальних судин. За відомим способом, неінвазивно, електронним вимірювачем артеріального тиску проводять реєстрацію кривої тиску. За допомогою її аналізу виділяють артеріальну осцилограму, яку піддають морфологічному аналізу за наступними критеріями.

Здійснюють візуальний аналіз:

- форми осцилограми: ритмічність пульсацій, рівномірність зростання та зниження амплітуди осциляцій в процесі зростання компресії;
- наявності та кількості максимальних осциляцій з однаковою амплітудою;
- характеру окремих осциляцій в різних фазах компресії: їх амплітуда, кути екстремумів, висхідна та низхідна частини;
- наявності, локалізація, величина дикротичної та додаткових хвиль на окремих осциляціях.

Оцінюють вплив помірно зростаючої компресії плеча манжеткою:

- на ритмічність, регулярність, характер зростання та зниження пульсацій – за зміною частоти та амплітуди осциляцій;
- на огинаючі: форму, симетричність розміщення максимумів і мінімумами та їх піків з двох сторін від осі X, ступінь та частоту відхилення окремих осциляцій від огинаючих – створених за максимальними та мінімальними екстремумами;
- на характер термінової реакції судинної стінки на початок компресії – за окремими осциляціями, додатковими хвилями на них (кількість, форма, місце появи та зникнення),
- на потужність серцевого викиду – шляхом визначення відсотку висхідної частини в тривалості усєї хвилі;
- на тривалість фази повільного вигнання крові – за наявністю та рівнем розміщення дикротичної хвилі на низхідній частині осциляцій;
- на стан пружно-еластичної здатності судин – за тривалістю утримання осциляцій з максимальною амплітудою під час зростання компресії.

Оцінюють зміни адаптаційних можливостей серцево-судинної системи до компресії манжеткою після фізичного навантаження – за вище відміченими критеріями. Узагальнюють інформацію про тонус та прохідність судин, серцеву діяльність, артеріальний тиск та нервово-рефлекторні впливи на їх стан – за усіма запропонованими морфологічними характеристиками.

Застосування інформаційних технологій дало можливість на основі аналізу осцилограм розробити морфологічні критерії оцінки стану судин плеча. Критеріями морфологічного аналізу осцилограм є: ритмічність, частота, форма, амплітуда осциляцій та тривалість їх фаз, а також наявність, розміри, локалізація дикротичного зубця і додаткових хвиль на низхідній частині осциляцій та їх динамка в процесі зростання компресії. Морфологічний аналіз характеру осцилограми, отриманої в процесі поступової компресії судин є достатньо інформативними для оцінки стану периферійних судин та функціональної спроможності серцево-судинної системи адаптуватися до компресії судин плеча. Результати досліджень можуть бути використані як в клінічній, так і в експериментальній медицині для виявлення захворювань серцево-судинної системи та порушення її функціональної здатності, що допоможе зпланувати профілактичні заходи та недопустити розвитку паталогічного процесу, що призведе до значної економії коштів, при наданні допомоги в стаціонарі, а при потраплянні хворого в останній, більш ефективно провести терапевтичні заходи.

8. Запропонована інформаційна технологія може застосовуватися також при вивченні впливів різноманітних факторів (медикаментозної терапії, різних видів фізичного навантаження, мультимедійних чинників та ін.). Впровадження якої допоможе підвищити якість та ефективність, впроваджуваних технологій в медичну галузь.
9. Для впровадження запропонованої науково технічної продукції необхідна наявність електронних вимірювачів артеріального тиску з можливістю експорту записаних значень тиску в манжеті на протязі вимірювання артеріального тиску, наприклад ВАТ-41-2. Програмного середовища «Інформаційна система медичної (фізичної) реабілітації». Знайомство лікарів з отримуваними параметрами та їх інтерпретацією при аналізі артеріальної осцилограми та алгоритмом використання програмного середовища.
10. Запропонована науково технічна продукція належить до медицини, зокрема, до фізіології, кардіології та функціональної діагностики і може застосовуватись для виявлення захворювань серцево-судинної системи на ранніх стадіях, у фізичній культурі та спорті.
11. Додаткових протипоказань, окрім визначених при вимірюванні артеріального тиску електронними вимірювачами немає.
12. При дотриманні встановлених правил та рекомендацій процедури вимірювання артеріального тиску можливих ускладнень та помилок не виявляли.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України».
14. Немає.
15. Вакуленко Д.В. (0986205057), Марценюк В.П.

Реєстр. № 327/2/15

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ МОРФОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ОСЦИЛОГРАМ.**
2. НДР «Системний аналіз і теорія прийняття рішень для задач медичної науки та освіти», 0110U001937.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Спосіб оцінки стану серцево-судинної системи з використанням методів спектрального аналізу осцилограм, подано на реєстрацію права власності на корисну модель. Реєстраційний номер заявки на корисну модель U2014 10489 від 25.09.14 року
6. Пропозиція на включення наукового повідомлення до переліку (науково-технічної) продукції не подавалась на внесення до технологічної пропозиції Української інтегрованої системи трансферу технологій.
7. Відомим способом оцінку стану серцево-судинної системи проводять шляхом реєстрації кривої артеріального тиску за допомогою електронного вимірювача тиску, з якого отримують осцилограму артеріальних судин. За відомим способом, неінвазивно, електронним вимірювачем артеріального тиску проводять реєстрацію кривої тиску. За допомогою її аналізу виділяють артеріальну осцилограму, яку піддають спектральному аналізу за наступними критеріями. Виходячи з наведеного, поставлене завдання вирішується тим, що відповідно до корисної моделі для дослідження артеріальної осцилограми застосовують візуальний аналіз по кількісним ознакам, локалізації та наявності дрібних коливань. Використання швидкого перетворення Фур'є осцилограми для оцінки потужності спектру за критеріями спектрального аналізу прийнятими в ЕКГ в діапазоні від 0 до 0,4 Гц (HF: 0.15-0.40 Гц; LF: 0.04-0.15 Гц; $k = LF/HF$; VLF: 0.003 - 0.04 Гц; Total < 0.40 Гц; Менше < 0.003 Гц menshe_0_003) та в наступних діапазонах Дельта 0 -4 Гц , Тета 4-8 Гц, Альфа 8-

13 Гц, Бетта 13 - 25 Гц, 25 Гц і більше. Для аналізу використовують саму артеріальну осцилограму, а не інтервали між зубцями, як в спектральному аналізі ЕКГ. Використання методу Гільберта-Хуанга для аналізу осцилограми для оцінки миттєвої частоти шляхом визначення площ (Дельта 0-4 Гц, Тета 4-8 Гц, Альфа 8-13 Гц, Бетта 13-25 Гц, 25-60Гц, 60 Гц і більше) в наступних інтервалах осцилограми від початку вимірювання до появи діастолічного тиску, від появи діастолічного тиску – до 70% амплітуди, від 70 % до 100 % амплітуди, від 100 % до появи систолічного тиску, від появи систолічного тиску до кінця вимірювання. В цих самих часових інтервалах розраховується площа для миттєвої фази. Для аналізу використовують саму артеріальну осцилограму. Визначення фрактальної розмірності осцилограми методом Херста на вище вказаних інтервалах.

8. Застосування інформаційних технологій дало можливість на основі аналізу осцилограм розробити спектральні критерії оцінки стану серцево-судинної системи та периферійних судин. Спектрального аналіз осцилограми, отриманої в процесі поступової компресії судин є достатньо інформативними для оцінки стану периферійних судин та функціональної спроможності серцево-судинної системи адаптуватися до компресії судин плеча. Результати досліджень можуть бути використані як в клінічній, так і в експериментальній медицині для виявлення захворювань серцево-судинної системи та порушення її функціональної здатності, що допоможе зпланувати профілактичні заходи та недопустити розвитку паталогічного процесу, що призведе до значної економії коштів, при наданні допомоги в стаціонарі, а при потраплянні хворого в останній, більш ефективно провести терапевтичні заходи. Запропонована інформаційна технологія може застосовуватися також при вивченні впливів різноманітних факторів (медикаментозної терапії, різних видів фізичного навантаження, мультимедійних чинників та ін.). Впровадження якої допоможе підвищити якість та ефективність, впроваджуваних технологій в медичну галузь.
9. Для впровадження запропонованої науково технічна продукції необхідна наявність електронних вимірювачів артеріального тиску з можливістю експорту записаних значень тиску в манжеті на протязі вимірювання артеріального тиску, наприклад ВАТ-41-2. Програмного середовища «Інформаційна система медичної (фізичної) реабілітації». Знайомство лікарів з отримуваними параметрами та їх інтерпретацією при аналізі артеріальної осцилограми та алгоритмом використання програмного середовища.
10. Запропонована науково технічна продукція належить до медицини, зокрема, до фізіології, кардіології та функціональної діагностики і може застосовуватись для виявлення захворювань серцево-судинної системи на ранніх стадіях, у фізичній культурі та спорті.
11. Додаткових протипоказань, окрім визначених при вимірюванні артеріального тиску електронними вимірювачами, немає.
12. При дотриманні встановлених правил та рекомендацій процедури вимірювання артеріального тиску можливих ускладнень та помилок не виявляли.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України».
14. Немає.
15. Вакуленко Д.В. (0986205057), Марценюк В.П.

Реєстр. № 328/2/15

1. СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ЧАСОВОГО АНАЛІЗУ ОСЦИЛОГРАМ 3

2. НДР «Системний аналіз і теорія прийняття рішень для задач медичної науки та освіти», 0110U001937.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Спосіб оцінки стану серцево-судинної системи з використанням методів часового аналізу осцилограм, подано на реєстрацію права власності на корисну модель. Реєстраційний номер заявки на корисну модель U2014 10486 від 25.09.14 року
6. Пропозиція на включення наукового повідомлення до переліку (науково-технічної) продукції не подавалась на внесення до технологічної пропозиції Української інтегрованої системи трансферу технологій.
7. Відомим способом оцінку стану серцево-судинної системи проводять шляхом реєстрації кривої артеріального тиску за допомогою електронного вимірювача тиску, з якого отримують осцилограму артеріальних судин. За відомим способом, неінвазивно, електронним вимірювачем артеріального тиску проводять реєстрацію кривої тиску. За допомогою її аналізу виділяють артеріальну осцилограму, залежно від ступеню компресії виділяють три її частини (до досягнення в манжеті діастолічного тиску, між значеннями діастолічного і систолічного тиску та після досягнення останнього), визначають та оцінюють тривалість окремих фаз осциляцій та інтервалів окремо між їх максимальними і мінімальними екстремумами. Для розрахованих інтервалів застосовують методи часового аналізу за наступними напрямками. Проводять аналіз осцилограми з двох сторін від осі Х. Оцінюють зміни тривалостей осциляцій окремо між її максимальними та мінімальними екстремумами. Проводять аналіз відношення тривалості висхідної частини осциляції (анакроти) до тривалості усєї хвилі. Оцінюють характер порушення ритму серцевої діяльності, тривалість, частота і місце його появи.
Аналізують та оцінюють варіабельність тривалості осциляцій (при цьому застосовують методи і показники часового аналізу та варіаційної пульсометрії, прийняті для оцінки електрокардіосигналів) [3, 4] за наступними показниками:
 - **SDSD** - стандартне відхилення різниць між сусідніми нормальними екстремумами (мс).
 - **NN50** — кількість послідовних інтервалів (окремо максимумів та мінімумів), різниця між якими перевищує 50 мс.
 - **Mo** (мода) - діапазон значень тривалості осциляцій, які зустрічаються найчастіше (с);
 - **AMo** (амплітуда моди) - число інтервалів, які відповідають значенню моди (%).
 - **BP** (варіаційний розмах) - різниця максимальних і мінімальних значень тривалості інтервалів між сусідніми осциляціями (с)
 - **IBP** (індекс вегетативного рівноваги), $IBP = AMo / BP$ (у.о.).
 - **VIP** (вегетативний показник ритму), $VIP = 1 / Mo \times BP$. (у.о.)
 - **IN** (індекс напруги регуляторних систем), $IN = AMo / (2 * BP * Mo)$ (у.о.)
 - **HRV** - індекс - Триангулярний індекс .(у.о.)
 - **RMSSD** - квадратний корінь середніх квадратів різниці між суміжними екстремумами (мс).
 - **RR std** - стандартне відхилення між екстремумами (мс).
 - Кореляційна ритмографія або скаттерографія - графічне відображення розподілу суміжних осциляцій в двомірній координатній площині осцилограми (попереднього і наступного) в двомірній координатній площині.
 - Хаосограма - призначена для аналізу нелінійних «хаотичних» коливань тривалості осциляцій.
8. Таким чином, запропонована інформаційна технологія часового аналізу дозволяє значно розширити можливості процедури вимірювання артеріального тиску за допомогою електронного вимірювача артеріального тиску. Отримана інформація дає

можливість оцінити стан гемодинамічних процесів, регуляції і управління станом серцево-судинної системи, активність та взаємодію різних ланок нервової системи, рівень функціонування міо-кардіально-гемодинамічного гомеостазу, тонус та реактивність периферійних судин. З відомих прототипів є використання електронними вимірювачами тиску артеріальної осцилограми для виявлення аритмії, що менш інформативно, порівняно з запропонованими технологією аналізу артеріальних осцилограм. Часовий аналіз осцилограм дає також можливість оцінити адаптаційні можливості системи кровообігу та реакцію периферійних судин у відповідь на компресію манжетою і фізичне навантаження та роль автономної нервової системи при цьому. Застосування адекватних показників вегетативного гомеостазу – ефективний метод діагностики донозологічних і преморбідних станів, що допоможе запланувати профілактичні заходи та недопустити розвитку паталогічного процесу, що призведе до значної економії коштів, при наданні допомоги в стаціонарі, а при потраплянні хворого в останній, більш ефективно провести терапевтичні заходи. Запропонована інформаційна технологія може застосовуватися також при вивченні впливів різноманітних факторів (медикаментозної терапії, різних видів фізичного навантаження, мультимедійних чинників та ін.). Впровадження якої допоможе підвищити якість та ефективність, впроваджуваних технологій в медичну галузь.

9. Для впровадження запропонованої науково технічна продукції необхідна наявність електронних вимірювачів артеріального тиску з можливістю експорту записаних значень тиску в манжеті на протязі вимірювання артеріального тиску, наприклад ВАТ-41-2. Програмного середовища «Інформаційна система медичної (фізичної) реабілітації». Знайомство лікарів з отримуваними параметрами та їх інтерпретацією при аналізі артеріальної осцилограми та алгоритмом використання програмного середовища.
10. Запропонована науково технічна продукція належить до медицини, зокрема, до фізіології, кардіології та функціональної діагностики і може застосовуватись для виявлення захворювань серцево-судинної системи на ранніх стадіях, у фізичній культурі та спорті.
11. Додаткових протипоказань, окрім визначених при вимірюванні артеріального тиску електронними вимірювачами не має.
12. При дотриманні встановлених правил та рекомендацій процедури вимірювання артеріального тиску, можливих ускладнень та помилок не виявляли.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України».
14. Немає.
15. Марценюк В.П., Вакуленко Д.В. (0986205057).

Реєстр. № 329/2/15

1. **ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДПРАВКИ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ В НАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ СОЦІАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЮ ЗА КОРДОН.**
2. НДР «Розробити науково-обґрунтовані принципи функціонування системи медичного захисту населення в особливий період (воєнний час) за умов сучасних військових дій», 0112U001490, 2012-2014 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.

7. Розроблено порядок направлення на лікування та реабілітацію за кордон постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій соціального характеру. Також розроблена схема організації відправки постраждалих на лікування та реабілітацію за кордон та повернення до України.
8. Процес визначення медичних показань для лікування в іноземних закладах охорони здоров'я та організації лікування та/або реабілітації постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій соціального характеру за кордоном.
9. Наявність медичних показань, за висновком спеціалізованої лікарської консультативної комісії; наявність підтвердження іноземних закладів охорони здоров'я, викладеного в офіційному листі щодо можливостей надання необхідного обсягу медичної допомоги із зазначенням вартості лікування та реквізитів банківського рахунку з перекладом на українську мову та нотаріально затвердженого; наявність згоди про порядок фінансування (джерела фінансування, порядок оплати, відсутність оплати — безоплатність надання допомоги) відправляючої установи та суб'єкта фінансування поїздки постраждалого на лікування та/або реабілітацію за кордон.
10. Медичні наслідки від отриманих поранень внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного характеру, які неможливо усунути у лікувально-реабілітаційних закладах охорони здоров'я України.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ, вул. Братиславська, 3.
14. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи; Медична служба Штабу Національного спротиву; Медична мережа «Добробут».
15. Мусій О.С., Гур'єв С.О. (0445185708), Шевчук Г.А., Тімошенко Т.В., Стеблюк В.В., Горбань А.Є.

Реєстр. № 330/2/15

1. **ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», 0114U000928.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Інноваційна технологія інтеграції медичної допомоги в системі охорони здоров'я України та в її окремих медичних службах дозволяє забезпечити комплексність, координованість, наступність та безперервність медичної допомоги, що в результаті відіб'ється на підвищенні якості медичних послуг та ефективності галузі.
7. Запропоновано модель інтеграції медичної допомоги, що включає центральні компоненти (координацію діяльності між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я, що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу; командну роботу лікарів різних спеціальностей та середнього медичного персоналу, наступність медичного обслуговування як в межах одного медичного закладу, так між закладами різних рівнів) та умови, що забезпечують реалізацію моделі (стандартизацію медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності), доведено її дієвість та ефективність на регіональному рівні на прикладі інтегрованої системи окремої служби.

8. Медико-соціальна ефективність розробки полягає в покращенні показників здоров'я населення; економічна ефективність полягає в економії коштів системи охорони здоров'я на фоні підвищення якості медичного обслуговування пацієнтів.
9. Персональні комп'ютери.
10. Визначення комплексу основних, підтримуючих та допоміжних механізмів для забезпечення координованості, наступності та безперервності медичної допомоги; проведення розподілу закладів та структур, що надають медичну допомогу, виходячи з їх готовності до надання допомоги пацієнтам з різними ступенями важкості захворювань; впорядкування переміщення пацієнтів в рамках системи з врахуванням ступеню важкості захворювань; раціоналізація використання матеріально-технічного і кадрового потенціалу системи за рахунок оптимізації мережі закладів охорони здоров'я; підвищення структурної ефективності галузі охорони здоров'я; підтримання у постійній готовності необхідних професійних навичок медичного персоналу; поліпшення якості медичної допомоги. Орієнтовані на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів місцевого самоврядування центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я різного рівня, науковців та викладачів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
14. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України.
15. Лехан В.М. (0567135184), Гінзбург В.Г., Волчек В.В., Горбань А.Є.

Реєстр. № 331/2/15

1. **КОМПЛЕКС СПОСОБІВ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», 0114U000928.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Комплекс інноваційних технологій підвищення якості та ефективності використання ресурсів стаціонарів включає: 1 - зміну методу фінансування стаціонарів; 2 - застосування системи менеджменту якості та 3 - планування використання ресурсів стаціонарів, і дозволяє подолати існуючі проблеми в охороні здоров'я.
7. Науково обґрунтовано та доведено дієвість комплексу способів підвищення якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги та кожного способу окремо на основі: порівняльної комплексної оцінки впливу на використання наявних ресурсів, якості та адекватності медичного обслуговування пацієнтів кошторисного методу фінансування стаціонару та більш гнучкого методу на прикладі фінансування за пролікований випадок; визначення переваг впровадження в лікарнях адаптованих міжнародних стандартів якості серії ISO щодо впливу на рівень якості медичного обслуговування хворих та оптимізацію використання ресурсів стаціонару; оцінки дієвості застосування планування використання основних ресурсів стаціонарів за допомогою математичного моделювання стосовно оптимізації використання ліжкового фонду, операційних, служби інтенсивної допомоги та інших ресурсів.
8. Медико-соціальна ефективність розробки полягає в збільшенні ефективності використання ресурсів та значному підвищенні якості медичної допомоги; економічна

ефективність визначається економією ресурсів за рахунок зменшення тривалості середнього терміну госпіталізацій хворих (для Способів 1 та 2) та збільшення кількості госпіталізацій в 1,9 рази завдяки забезпеченню максимального завантаження як ліжок, так і операційної хірургічного стаціонару (Спосіб 3).

9. Персональні комп'ютери.
10. Оптимізація потужності стаціонарів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, підвищення раціональності використання ліжкового фонду та якості госпітальних медичних послуг; забезпечення максимального та рівномірного завантаження ліжок та інших підрозділів лікарень (діагностичних служб, служб інтенсивної допомоги, операційних); наукове забезпечення управлінських рішень стосовно підвищення ефективності використання ресурсів закладів охорони здоров'я при розробці програм реформування галузі. Орієнтовані на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів місцевого самоврядування центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я різного рівня, науковців та викладачів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
14. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України.
15. Лехан В.М. (0567135184), Волчек В.В., Горбань А.Є., Павленко М.В.

Реєстр. № 332/2/15

1. **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», 0114U000928.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В
5. Немає.
6. Підходи до формування професійних компетенцій керівників закладів охорони здоров'я необхідних для успішної професійної діяльності, як окремих медичних закладів, так і системи охорони здоров'я в цілому.
7. Запропоновано використання психологічних підходів для формування професійних компетенцій керівників закладів охорони здоров'я. Визначені фактори, які впливають на соціально-психологічні основи формування управлінських компетенцій, необхідних для реалізації охороною здоров'я своїх основних цілей. Доведена роль особистісних характеристик та психологічних якостей керівників закладів охорони здоров'я, їх лідерських навичок у ефективності управлінської діяльності на шляху підвищення дієвості закладів охорони здоров'я.
8. Медична та соціальна ефективність розробки забезпечується тим, що існує тісний взаємозв'язок між соціально-психологічними характеристиками організаторів охорони здоров'я, які є основою необхідних управлінських компетенцій, та роллю керівництва у виконанні основних цілей системи охорони здоров'я: поліпшенні здоров'я населення, дотриманні принципу справедливості при розподілі фінансових ресурсів, підвищенні чутливості системи до очікувань населення та забезпеченні структурної ефективності медичного обслуговування. Економічна ефективність полягає у досягненні більшої продуктивності та оперативності діяльності, як окремого закладу охорони здоров'я, так і системи в цілому, при зміцненні

керівництва на підставі формування у керівників різних рівнів необхідних професійних компетенцій.

9. Персональний комп'ютер, збірка психологічних тестів.
10. Перегляд та оновлення базових управлінських компетенцій, якими повинен володіти керівник, щоб досягти ефективної діяльності. Удосконалення системи добору, підготовки і перепідготовки керівних кадрів з урахуванням їх психологічного портрету.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я.
14. Немає.
15. Лехан В.М. (0567135184), Крячкова Л.В., Борвінко Е.В., Канюка Г.С., Надута-Скрипник О.К.

Реєстр. № 333/2/15

1. **УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЮНАКАМ НА ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ.**
2. НДР «Розробити комплекси лікувально-оздоровчих заходів для підлітків до- та призовного віку», 0113U001067, 2013–2015 рр.
3. Організація охорони здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Підготовлено.
7. З метою підвищення якості медичної допомоги підліткам призовного віку пропонується використання комплексу індикаторів оцінки лікувально-профілактичних заходів та медико-соціального результату. При оцінці проведення лікувально-профілактичних заходів використовують наступні інформативні індикатори: відношення кількості оглянутих підлітків до кількості тих, хто підлягав медичному огляду (%); аналіз динаміки показників патологічної ураженості, захворюваності, структури патології; відсоток охоплення диспансерним наглядом; показник лікування юнаків; відсоток оздоровлених; ступінь дотримання стандартів і протоколів лікування (%). Оцінку медико-соціального результату проводять за даними аналізу задоволеності медичною допомогою з боку підлітків, батьків, медичних працівників (%).
8. Перевага над існуючими методами полягає у можливості прийняття управлінських рішень щодо розробки відповідних медико-соціальних програм, для довготривалого моніторингу за станом здоров'я юнаків до- та призовного віку, обґрунтування прогнозу здоров'я підлітків.
9. Статистичні дані щодо стану здоров'я юнаків та проведених лікувально-оздоровчих заходів, анкети для опитування підлітків, батьків, медичних працівників.
10. Незадовільний стан організації медичної допомоги юнакам до- та призовного віку.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН»
14. Немає.
15. Коренів М.М., Пересипкіна Т.В., Сидоренко Т.П., Голубнича Г.І., Нечипоренко Н.І. (0572626012).

Реєстр. № 334/2/15

1. **МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ В СИСТЕМІ УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ ЩОДО ВІДРОДЖЕННЯ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ.**
2. НДР «Дослідження медико-демографічної ситуації на радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територіях України у віддалений період за наслідками соціально-економічного відродження та розробка рекомендацій по збереженню здоров'я постраждалих», 0112U002405, 2012-2014 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я (менеджмент в охороні здоров'я).
4. 4 Експертна думка щодо правильної практики.
5. Немає.
6. Немає.
7. Для оцінки результатів здійснення заходів, спрямованих на створення на радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територіях доаварійних умов проживання й трудової діяльності за радіаційним чинником, пропонуються загальні (захворюваність, народжуваність, смертність немовлят, мертвонароджуваність й смертність населення) та інтегральні (показник життєвості населення) медико-демографічні показники, які формують стандарти життя людей і дозволяють об'єктивно оцінити стан їх здоров'я.
8. Запропоновано органам державної влади при вирішенні питань перегляду меж зон радіоактивного забруднення та здійсненні заходів, спрямованих на створення на радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територіях доаварійних умов проживання і трудової діяльності за радіаційним чинником, використовувати найбільш чутливі до дії радіаційного чинника та соціально-економічних змін як широко вживані в державній статистиці показники (захворюваність, народжуваність, смертність немовлят, мертвонароджуваність й смертність населення), так і інтегральні (показник життєвості населення). Основною перевагою їх використання є те, що інформаційною базою для розрахунків запропонованих показників на регіональному рівні є державна статистична звітність (формами «Загальні підсумки природного руху населення» та «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті»). Для розрахунків за абсолютними значеннями в населених пунктах можуть бути використані Погосподарські книги, ведення яких здійснюють місцеві органи самоврядування. Зазначені медико-демографічні показники дозволять не тільки ефективно оцінювати сучасний стан здоров'я опроміненої популяції, а й приймати адекватні рішення щодо їх протирадіаційного, медичного та соціального захисту.
9. Немає.
10. Вирішення питань щодо протирадіаційного, медичного, та соціального захисту жителів радіоактивно забруднених територій закладами охорони здоров'я та органами державної влади.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»; 04555, Україна, м. Київ, вул. Мельникова, 53; тел.: 483-72-02.
14. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України; 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: 205-49-84
15. Омелянець М.І., Гунько Н.В., Дубова Н.Ф., Хоменко І.М., Трескунова Т.В., Короткова Н.В., Засоба Я.Ю., Марченко В.С., Півень Н.В. (0444833045).

Реєстр. № 335/2/15

1. **РАДІОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ ЖИТЕЛІВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТЕРИТОРІЙ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ ЗАХОДІВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО ВІДРОДЖЕННЯ.**
2. НДР «Дослідження медико-демографічної ситуації на радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територіях України у віддалений період за наслідками соціально-економічного відродження та розробка рекомендацій по збереженню здоров'я постраждалих», 0112U002405, 2012-2014 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я (менеджмент в охороні здоров'я).
4. 4 Експертна думка щодо правильної практики.
5. Немає.
6. Немає.
7. Авторами сформовано рекомендації щодо радіологічного захисту жителів радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територій при здійсненні заходів соціально-економічного відродження цих територій.
8. Узагальненим дозовим критерієм необхідності застосування контрзаходів у віддалений період повинна бути обумовлена наслідками Чорнобильської катастрофи середня річна доза у жителів населеного пункту при відсутності заходів захисту рівна 0,5 мЗв. При перевищенні цього значення рекомендується застосування наступних заходів: 1) для зниження доз внутрішнього опромінення: - внесення мінеральних добрив і глибока оранка ґрунту – для зменшення коефіцієнтів переходу радіонуклідів із ґрунту в рослини; -використання берлінської лазури як добавку в корм чи худобі, нанесення зерен фероцину на тканину, використовувану як фільтр для очищення молока, – для зменшення питомої активності радіонуклідів у готових продуктах.; 2) для зниження дози зовнішнього опромінення (за необхідності): зняття верхнього шару ґрунту, оранка, нанесення екрануючого дорожнього покриття; 3) радіаційний моніторинг за рівнем радіоактивного забруднення продуктів харчування й лісових продуктів та забезпечення радіоактивно чистими продуктами харчування; 4) підвищення рівня радіоекологічних знань та посилення поінформованості населення, у т.ч. працівників охорони здоров'я, освіти, аграрного сектору та харчової промисловості щодо рівнів радіоактивного забруднення харчових продуктів, методів їх кулінарної обробки, спрямованих на зменшення вмісту радіонуклідів у готових продуктах харчування, обмеження застосування грибів та ягід лісових у харчуванні. Ефективність спрямованих на зниження доз опромінення заходів оцінюють зменшенням середньої індивідуальної дози жителів й величиною відверненої колективної дози. Як проміжний параметр, що характеризує ефективність контрзаходів, може використовуватися коефіцієнт зниження питомої активності радіонукліда в харчовому продукті, або коефіцієнт зниження потужності дози зовнішнього гамма-випромінювання.
9. Немає.
10. Вирішення питань щодо протирадіаційного, медичного, та соціального захисту жителів радіоактивно забруднених територій закладами охорони здоров'я та органами державної влади.
11. Немає
12. Немає.
13. Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»; 04555, Україна, м. Київ, вул. Мельникова, 53; тел.: 483-72-02.
14. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України; 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: 205-49-84.
15. Омелянець М.І., Хоменко І.М., Гунько Н.В., Бойко В.Я. (0444833045).

Реєстр. № 336/2/15

1. **АЛГОРИТМ ВПРОВАДЖЕННЯ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено модель послідовно дій управлінського, організаційного, технічного характеру впровадження на регіональному рівні в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики.
8. Використання алгоритму дозволить своєчасно підключати обладнання для експлуатації, ефективно його використовувати; забезпечити якісну діагностику захворювань.
9. Оснащення закладів охорони здоров'я діагностичним обладнанням у відповідності до Табелів оснащення, затверджених МОЗ України.
10. Структурна перебудова вторинного рівня надання медичної допомоги з формуванням лікарень нового типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Мельник П.С., Качур О.Ю. (0445764119).

Реєстр. № 337/2/15

1. **АЛГОРИТМ РЕАГУВАННЯ НА СКАРГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів», в тому числі нормативно-правової бази щодо якості медичної допомоги згідно законодавства Європейського Союзу.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На теперішній час в закладах охорони здоров'я України відсутній уніфікований алгоритм реагування на скарги. Нововведення дасть можливість забезпечити уніфіковану політику щодо забезпечення реагування на скарги по закладах охорони здоров'я з урахуванням наказу Держспоживстандарту України від 03.09.2005 р. № 209 про затвердження ДСТУ ISO 10002:2007 «Управління якістю. Задоволеність замовників. Наставови щодо розглядання скарг в організаціях», який розроблено на виконання міжнародного стандарту ISO 10002:2004 IDT «Customer satisfaction—Guidelines for complaints handling in organizations».
8. Реалізація алгоритму реагування на скарги дозволить уніфікувати форму реагування на скарги, систематизує спосіб розглядання та обробки скарг.
9. Немає.
10. Наявність скарг з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Коваленко О.О. (0445764119).

Реєстр. № 338/2/15

1. **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено алгоритм дій для головних лікарів закладів охорони здоров'я та керівників органів місцевого самоврядування при зміні статусу закладу охорони здоров'я на комунальне неприбуткове підприємство.
8. Сприяння прискоренню дій органів влади та керівництва закладів охорони здоров'я при зміні статусу закладу охорони здоров'я на комунальне неприбуткове підприємство.
9. Проведення тренінгу для керівників органів місцевого самоврядування, організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб закладів охорони здоров'я.
10. Підготовка до зміни правового та господарського статусу закладів охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Скрип В.В., Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Істомін С.В., Лисенко П.М (0445764119).

Реєстр. № 339/2/15

1. **МОДЕЛЬ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УКРАЇНІ.**
2. «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Створено модель нормативно-правового забезпечення діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в Україні що складається з норм права що регулюють його діяльність на рівні Конституції України, законів України, актів Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України, рішень Конституційного Суду України та постанов пленуму Верховного Суду України.
8. Створена база нормативно-правових актів дозволяє системно аналізувати правове забезпечення діяльності лікаря ЗП/СЛ, регулярно оновлюється, структурована за ієрархією законодавчих актів.
9. Персональний комп'ютер.
10. Систематизація та аналіз нормативно-правового забезпечення діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в Україні.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Кудря А.В. (0445764119).

Реєстр. № 340/2/15

1. **УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМУНІКАЦІЙ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено модель управління системою комунікацій на рівні закладу охорони здоров'я яка включає суб'єкт, об'єкт управління та блок наукового регулювання. На рівні закладу охорони здоров'я суб'єктом управління виступає головний лікар, а на рівні структурного підрозділу – його керівник. Об'єктом управління є процес комунікацій який через систему стратегічного планування здійснюють всі медичні працівники закладу в залежності від мети комунікацій та цільової групи комунікативного впливу.
8. Можливість забезпечити планування програм та заходів з комунікацій з різними цільовими групами населення і забезпечити контроль їх ефективності.
9. Персональний комп'ютер, інформаційні матеріали.
10. Запровадження комплексної системи комунікацій в охороні здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Знаменська М.А., Шафранський В.В., Мельник П.С., Качала Л.О., Дзюба О.М., Русняк В.А. (0445764149).

Реєстр. № 341/2/15

1. **АЛГОРИТМ ПОСЛІДОВНОСТІ ДІЙ В ПРОЦЕСІ ВИРІШЕННЯ СКАРГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів», в тому числі нормативно-правової бази щодо якості медичної допомоги згідно законодавства Європейського Союзу.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Нововведення дасть можливість забезпечити постійне поліпшення розглядання скарг і якості послуг в закладах охорони здоров'я з подальшим узагальненням даних по закладах охорони здоров'я з урахуванням наказу Держспоживстандарту України від 03.09.2005 р. № 209 про затвердження ДСТУ ISO 10002:2007 «Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо розглядання скарг в організаціях», який

розроблено на виконання міжнародного стандарту ISO 10002:2004 IDT «Customer satisfaction–Guidelines for complaints handling in organizations».

8. Забезпечить здатність організацій розв'язувати скарги у послідовний, систематичний спосіб, з задоволенням як скаржника, так і організації. Допоможе організації створити орієнтований на пацієнта підхід до розв'язання скарг, з заохоченням персоналу до поліпшення його навичок у роботі з пацієнтами.
9. Немає.
10. Наявність скарг з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Ярош Н.П., Коваленко О.О. (0445764119).

Реєстр. № 342/2/15

1. **АНКЕТА ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування системи моніторингу процесу наближення законодавства України про охорону здоров'я, в тому числі нормативно правової бази щодо якості медичної допомоги, до законодавства Європейського Союзу»
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні в закладах охорони здоров'я України відсутня уніфікована форма подачі пацієнтами інформації з приводу надання медичної допомоги в умовах денних стаціонарів закладів охорони здоров'я. Запропонована анкета враховує сучасні наукові підходи до оцінювання якості медичної допомоги і передбачає опитування пацієнтів про всі аспекти отриманої медичної допомоги, з урахування особливостей надання медичної допомоги в умовах денного стаціонару та багатоваріантності можливих відповідей пацієнтів.
8. Буде забезпечено поінформованість керівництва закладів охорони здоров'я про думку пацієнтів з приводу медичного обслуговування в умовах денного стаціонару, дасть можливість виявити недоліки в організації медичного обслуговування, можливість здійснювати контроль за якістю медичного обслуговування з урахуванням думки пацієнтів щодо їх медичного обслуговування.
9. 1 спеціаліст.
10. Концепція управління якістю медичної допомоги до 2020 року від 21.09.2012 № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Ярош Н.П. (0445764119).

Реєстр. № 343/2/15

1. **АНКЕТА ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА ПОЛІКЛІНІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування системи моніторингу процесу наближення законодавства України про охорону здоров'я, в тому числі нормативно правової бази щодо якості медичної допомоги, до законодавства Європейського Союзу».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні в закладах охорони здоров'я України відсутня уніфікована форма подачі пацієнтами інформації з приводу надання медичної допомоги в умовах поліклінічних відділень закладів охорони здоров'я. Запропонована анкета враховує сучасні наукові підходи до оцінювання якості медичної допомоги і передбачає опитування пацієнтів про всі аспекти отриманої медичної допомоги, з урахування особливостей надання медичної допомоги в умовах поліклінічного відділення та багатоваріантності можливих відповідей пацієнтів.
8. Буде забезпечено поінформованість керівництва закладів охорони здоров'я про думку пацієнтів з приводу медичного обслуговування в умовах поліклінічних відділень закладів охорони здоров'я, дасть можливість виявити недоліки в організації медичного обслуговування, можливість здійснювати контроль за якістю медичного обслуговування з урахуванням думки пацієнтів щодо їх медичного обслуговування.
9. 1 спеціаліст.
10. Концепція управління якістю медичної допомоги до 2020 року від 21.09.2012 № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Ярош Н.П. (0445764119).

Реєстр. № 344/2/15

1. **АНКЕТА ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА СТАЦІОНАРНОГО ВІДДІЛЕННЯ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування системи моніторингу процесу наближення законодавства України про охорону здоров'я, в тому числі нормативно правової бази щодо якості медичної допомоги, до законодавства Європейського Союзу».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні в закладах охорони здоров'я України відсутня уніфікована форма подачі пацієнтами інформації з приводу надання медичної допомоги в умовах стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я. Запропонована анкета враховує сучасні наукові підходи до оцінювання якості медичної допомоги і передбачає опитування пацієнтів про всі аспекти отриманої медичної допомоги, з урахування особливостей надання медичної допомоги в умовах стаціонарного відділення та багатоваріантності можливих відповідей пацієнтів.
8. Буде забезпечено поінформованість керівництва закладів охорони здоров'я про думку пацієнтів з приводу медичного обслуговування в умовах стаціонарного відділення, дасть можливість виявити недоліки в організації медичного обслуговування,

можливість здійснювати контроль за якістю медичного обслуговування з урахуванням думки пацієнтів щодо їх медичного обслуговування.

9. 1 спеціаліст.
10. Концепція управління якістю медичної допомоги до 2020 року від 21.09.2012 № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Ярош Н.П. (0445764119).

Реєстр. № 345/2/15

1. **АНКЕТА ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА СТАЦІОНАРУ НА ДОМУ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування системи моніторингу процесу наближення законодавства України про охорону здоров'я, в тому числі нормативно правової бази щодо якості медичної допомоги, до законодавства Європейського Союзу».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні в закладах охорони здоров'я України відсутня уніфікована форма подачі пацієнтами інформації з приводу надання медичної допомоги в умовах стаціонарів на дому закладів охорони здоров'я. Запропонована анкета враховує сучасні наукові підходи до оцінювання якості медичної допомоги і передбачає опитування пацієнтів про всі аспекти отриманої медичної допомоги, з урахування особливостей надання медичної допомоги в умовах стаціонару на дому та багатоваріантності можливих відповідей пацієнтів.
8. Буде забезпечено поінформованість керівництва закладів охорони здоров'я про думку пацієнтів з приводу медичного обслуговування в умовах стаціонару на дому, дасть можливість виявити недоліки в організації медичного обслуговування, можливість здійснювати контроль за якістю медичного обслуговування з урахуванням думки пацієнтів щодо їх медичного обслуговування.
9. 1 спеціаліст.
10. Концепція управління якістю медичної допомоги до 2020 року від 21.09.2012 № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Ярош Н.П. (0445764119).

Реєстр. № 346/2/15

1. **МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВИСОКОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ.**

2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблена електронна програма збору та обробки забезпеченості закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням та ефективності його використання. Для спрощення обліку та обробки дані про високовартісне обладнання структуризовані за їх групами та підгрупами в залежності від його призначення.
8. Можливість автоматизованої обробки бази даних з кожного закладу охорони здоров'я України, щодо наявності, технічного стану, відповідності Табелям оснащення та ефективності використання високовартісного обладнання та формування баз даних за регіонами і по галузі в цілому.
9. Персональний комп'ютер.
10. Вивчення рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням та ефективності його використання.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Мельник П.С., Качур О.Ю., Картавцев Р.Л., Кудря А.В. (0445764119).

Реєстр. № 347/2/15

1. **МОДЕЛЬ КОМУНІКАЦІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ІЗ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Метою моделі є збереження та зміцнення здоров'я дітей шляхом забезпечення членів родин, дітей та вчителів комплексом знань із зазначеного питання. Дітям надається інформація в залежності від класу навчання та стану здоров'я з питань пріоритету здоров'я, режиму дня, режиму навчання і відпочинку, здорового способу життя, термінів роботи за комп'ютером, шкідливих звичок, раціонального харчування, фізичних навантажень, культури сексуальних відносин та безпечної поведінки, профілактики ВІЛ- інфікування, тощо. Здоровим дітям надаються рекомендації по збереженню здоров'я. Дітям, які мають відхилення в здоров'ї та хронічні хвороби, пояснюється необхідність та сутність диспансеризації, а також розробляються програми оздоровлення. Дані програми обговорюються також з батьками, яким пояснюється необхідність їх виконання. Для батьків і вчителів на базі навчальних закладів організується робота «Школи здорової дитини». Розроблені типові програми роботи школи, які сформовані в залежності від класу навчання та стану здоров'я дітей. Частина занять проводиться із запрошенням дітей. На рівні сім'ї, в залежності від стану здоров'я дитини, розробляються рекомендації щодо збереження або відновлення здоров'я з формуванням на рівні кожної сім'ї пріоритету для неї здоров'я дитини. В школах, за інформаційної підтримки та за активної участі сімейних лікарів, проводиться не тільки інформування вчителів та керівництва навчальних закладів щодо використання здоров'я-зберігаючих умов та технологій навчання, а і активного їх запровадження в навчальний процес. В моделі

використовується комплекс інформаційних засобів комунікації, який залежить від цільової аудиторії комунікативного впливу та стану здоров'я дітей. Це визначає і зміст та завдання комунікативної діяльності сімейного лікаря по збереженню здоров'я дітей шкільного віку. Форми і методи комунікацій визначаються цільовою аудиторією: діти, батьки, вчителі та стан здоров'я дітей. Особливістю даної системи є комплексний міжсекторальний підхід.

8. Формування у представників цільової групи комунікативного впливу відповідального інформованого ставлення до здоров'я дітей.
9. Інформаційні матеріали.
10. Інформування батьків, вчителів, керівників навчальних закладів, дітей з питань збереження та зміцнення здоров'я дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Мельник П.С., Знаменська М.А., Горбань А.Є., Слабкий В.Г. (0445764119).

Реєстр. № 348/2/15

1. **МОДЕЛЬ КОМУНІКАЦІЙ У СФЕРІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропонована комплексна система комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я, метою якої є забезпечення населення репродуктивного віку комплексною інформацією з питань збереження репродуктивного здоров'я. Форми і методи комунікативного впливу залежать від періоду комунікацій. Визначені індикатори оцінки комунікативних програм.
8. Підвищення рівня інформованості населення і особливо підлітків та молодих подружніх пар з питань збереження репродуктивного здоров'я.
9. Інформаційні матеріали.
10. Проведення роботи з підвищення рівня інформованості населення з питань збереження репродуктивного здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Мельник Петро Степанович, Знаменська М.А., Горбань А.Є., Слабкий В.Г., Качала Л.О. (0445764149).

Реєстр. № 349/2/15

1. **МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДИСКОРДАНТНИМ ПАРАМ В УКРАЇНІ.**
2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я; акушерство та гінекологія.

4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Модель організації допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) дискордантним парам в Україні, необхідність якої зумовлена значною кількістю дискордантних пар (за даними ВООЗ вони складають біля 50% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих) молодого репродуктивного віку та їх прогресивним збільшенням в умовах епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, а також відсутністю в Україні нормативно-організаційних та технологічних можливостей реалізації їх репродуктивної функції.
8. Інноваційність моделі полягає у тому, що вона базується на міжсекторальному підході і передбачає внесення змін до вітчизняного законодавства та галузевих нормативних документів щодо можливості застосування ДРТ ВІЛ-інфікованим пацієнтам; забезпечення населення доступною інформацією з питань можливості реалізації репродуктивної функції дискордантними парами без ризику ВІЛ-інфікування партнера та новонародженої дитини; створення міжрегіональних центрів із надання ДРТ дискордантним парам на базі потужних обласних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом з їх відповідним ресурсним та кадровим забезпеченням.
9. Персональний комп'ютер.
10. Організація застосування допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Чепурнова Н.В. (0445764119).

Реєстр. № 350/2/15

1. **МОДЕЛЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК.**
2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я; акушерство та гінекологія.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Структурно-функціональна модель планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок оптимізована на рівні нормативно-правового забезпечення, управління, організаційно-методичної роботи. Удосконалено профілактичну, лікувально-діагностичну діяльність та послуги з ПС ВІЛ-інфікованих жінок.
8. Розроблена модель забезпечує зниження рівня передачі ВІЛ від матері дитині, зниження рівня передачі ВІЛ статевому партнеру, зниження соціального сирітства.
9. Персональний комп'ютер.
10. Організація планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Орлова О.О. (0445764119).

Реєстр. № 351/2/15

1. **МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації охорони здоров'я України».
3. Організація і управління охороною здоров'я; акушерство та гінекологія.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Функціонально-організаційна модель профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення в умовах реформування системи охорони здоров'я оптимізована за рівнями надання медичної допомоги з включенням регіональних відомств співвиконавців.
8. Розроблена модель оптимізує організаційні заходи з профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення в умовах реформування системи охорони здоров'я.
9. Персональний комп'ютер.
10. Організація профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення в умовах реформування системи охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Дуб Ю.М. (0445764119).

Реєстр. № 352/2/15

1. **ОПТИМІЗОВАНА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ТА ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБАХ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблена функціонально-організаційна модель надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах яка є комплексною і охоплює всі напрямки діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря: первинну профілактику інфекційних та паразитарних хвороб (ПХ); протиепідемічну роботу у вогнищі хвороби; надання медичної допомоги та лікування хворих на ПХ; в необхідних випадках госпіталізацією хворих на ПХ з наступним проведенням заходів санітарно-протиепідемічного характеру; диспансерний нагляд за реконвалісцентами із забезпеченням розробки індивідуальних програм реабілітації та їх виконання; виявлення бактеріоносіїв та їх оздоровлення.
8. Підвищення якості, ефективності та своєчасності медичної допомоги в залежності від нозологічної форми хвороби та стану пацієнта.
9. Локальні протоколи надання медичної допомоги при інфекційних хворобах на первинному рівні та маршрут пацієнта з інфекційними хворобами в межах госпітального округу.
10. Пріоритетне впровадження в системі охорони здоров'я України загальної лікарської практики-сімейної медицини.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Шатило В.Й., Шпита О.О., Слабкий В.Г., Дудник С.В. (0445764119).

Реєстр. № 353/2/15

1. **ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (АНКЕТА ДЛЯ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ).**
2. «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Метою розробки анкети для соціологічного дослідження є оцінка задоволеності населення медичною допомогою, що забезпечується лікарями загальної практики/сімейними лікарями. В анкетах для пацієнтів підняті питання задоволеності населення послугами сімейного лікаря, доступності допомоги на первинному рівні, обізнаності пацієнтів щодо своїх прав на медичну допомогу, профілактичної роботи лікарів з населенням.
8. За допомогою розробленої анкети проводиться соціологічне дослідження з метою оцінки задоволеності населення медичною допомогою, що надається лікарями загальної практики/сімейними лікарями. Можливе проведення дослідження на рівні зони обслуговування амбулаторією загальної практики/сімейної медицини, населеного пункту, району, області, їх групи або країни. Дані, отримані за допомогою анкети, можуть бути використані при формуванні управлінських рішень.
9. Персональний комп'ютер.
10. Оцінка задоволеності населення медичної допомогою що надається лікарями загальної практики/сімейними лікарями.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Кудря А.В. (0445764119).

Реєстр. № 354/2/15

1. **ОЦІНКА МОНІТОРИНГОВИХ ДАНИХ ЩОДО МОДЕРНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ЗА 2014 РІК.**
2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведено збір, обробку та узагальнення даних щодо оснащеності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, показників їх діяльності в рамках модернізації первинної медичної допомоги. Отримані результати порівнюються з нормативними, оцінюються у динаміці та між різними регіонами (або групами регіонів).

8. На основі даних комплексного аналізу моніторингових показників формуються управлінські рішення.
9. Персональний комп'ютер.
10. Оцінка моніторингових даних щодо модернізації первинної медичної допомоги.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Кудря А.В. (0445764119).

Реєстр. № 355/2/15

1. **ОЦІНКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ/ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УМОВ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ (АНКЕТА ДЛЯ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ).**
2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Метою розробки анкети для соціологічного дослідження є оцінка реалізації сімейними лікарями/лікарями загальної практики права на забезпечення умов трудової діяльності. Основні питання, які містяться в анкеті для лікарів, стосуються питань підготовки та перепідготовки сімейних лікарів, їх кваліфікаційного рівня, забезпечення їх місця роботи доступом до мережі Інтернет, автотранспортом, стосовно стану приміщень амбулаторій та оснащеності необхідним обладнанням, засобами та медико-технологічними документами, фінансової та соціальної захищеності.
8. За допомогою розробленої анкети проводиться соціологічне дослідження з метою оцінки реалізації права сімейного лікаря/лікаря загальної практики на забезпечення умов трудової діяльності. Можливе проведення дослідження на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги, області, кількох регіонів, країни. Отримані результати можуть бути використані для комплексної оцінки забезпечення умов трудової діяльності лікарів загальної практики/сімейних лікарів разом зі статистичними показниками так і самостійно. Дані, отримані при за допомогою анкети, можуть бути використані при формуванні управлінських рішень.
9. Персональний комп'ютер.
10. Проведення соціологічного дослідження з метою оцінки реалізації права сімейного лікаря/лікаря загальної практики на забезпечення умов трудової діяльності.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Кудря А.В. (0445764119).

Реєстр. № 356/2/15

1. **ПОТРЕБА ЛІКАРНІ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ В ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДАХ ДОСЛІДЖЕННЯ.**

2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. У відповідності до структури лікарні інтенсивного лікування та Клінічних протоколів визначено види та методи променевої діагностики необхідні для забезпечення якісної діагностики пацієнтів з використанням променевих методів. На базі отриманих результатів визначено перелік обладнання та обрахована його вартість.
8. Виконання галузевого стандарту обстеження пацієнтів з використанням променевих методів діагностики.
9. Забезпечення лікарень інтенсивного лікування медичною діагностичною апаратурою у відповідності до Табеля їх оснащення, який затверджено МОЗ України та витратними матеріалами.
10. Створення лікарень інтенсивного лікування пацієнтів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Качур О.Ю. (0445764149).

Реєстр. № 357/2/15

1. **ПРИНЦИПИ ОБ'ЄКТИВНОСТІ В ПРОЦЕСІ РОЗГЛЯДАННЯ СКАРГ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів», в тому числі нормативно-правової бази щодо якості медичної допомоги згідно законодавства Європейського Союзу.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні в закладах охорони здоров'я України відсутні принципи об'єктивності в процесі розглядання скарг з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я. Нововведення дасть можливість неупереджено, конфіденційно, справедливо, уважливо та об'єктивно провести процес розглядання скарг в закладах охорони здоров'я з урахуванням наказу Держспоживстандарту України від 03.09.2005 р. № 209 про затвердження ДСТУ ISO 10002:2007 «Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо розглядання скарг в організаціях», який розроблено на виконання міжнародного стандарту ISO 10002:2004 IDT «Customer satisfaction–Guidelines for complaints handling in organizations».
8. Забезпечить довіру пацієнтів, організацій до послідовного опрацювання скарг в закладах охорони здоров'я, що в свою чергу поліпшить репутацію організації, незалежно від її розміру та місця розташування.
9. Немає.
10. Наявність скарг з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Коваленко О.О. (0445764119).

Реєстр. № 358/2/15

1. **СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.**
2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В
5. Немає.
6. Немає.
7. Анкета для проведення медико-соціологічного дослідження розробляється в електронному вигляді за допомогою спеціальних сервісів (SurveyMonkey, Google Forms) та доступна у вигляді посилання. У подальшому посилання на анкету може бути поширене шляхом розсилки за допомогою e-mail, поширене у соціальних мережах, розміщене у вигляді QR-кода.
8. За допомогою представленого способу можливо проведення як опитування широкого загалу, так і визначеної або вузької (професійної) групи, або відвідувачів окремого закладу охорони здоров'я. Результати опитування можна відслідковувати у реальному часі, вони доступні у електронному вигляді як одному досліднику так і групі.
9. Персональний комп'ютер.
10. Проведення медико-соціологічного дослідження як широкого загалу так і визначеної, у тому числі професійної аудиторії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Жилка Н.Я., Кудря А.В. (0445764119).

Реєстр. № 359/2/15

1. **СТВОРЕННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ СЛУЖБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ СХИЛЬНІСТЮ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Регіональна служба передбачає створення і діяльність доступних кабінетів психологічної підтримки, кабінетів «Довіра», які в телефонному режимі працюють цілодобово, відділень психологічної реабілітації осіб у яких була суїцидальна спроба.
8. Профілактика суїцидальних випадків та надання своєчасної якісної та ефективної медичної допомоги при суїцидальних спробах.
9. Приміщення та їх обладнання для кабінетів психологічної підтримки, підготовлені психологи.
10. Високий рівень суїцидальної поведінки населення.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Дзюба О.М., Качала Л.О., Загородній С.М., Защик Н.С. (0445764149).

Реєстр. № 360/2/15

1. **СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**
2. НДР. «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Сутність сучасних методологічних підходів до оцінки діяльності рентгенологічної служби в системі охорони здоров'я України полягає в оцінці відповідності проведених досліджень з використанням променевих методів діагностики Клінічним протоколам, які затвердженні МОЗ України за їх кількістю та часом проведення.
8. Зміна в оцінці діяльності рентгенологічної служби з кількості проведених обстежень на один рентгенологічний апарат та одну лікарську посаду лікаря-радіолога на персоналізовану оцінку обстеження пацієнтів з використанням променевих методів діагностики галузевим стандартам.
9. Клінічні протоколи, персональний комп'ютер.
10. Впровадження в системі охорони здоров'я Клінічних протоколів, які базуються на даних з доведеною ефективністю.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Качур О.Ю., Качала Л.О., Дзюба О.М., Горбань А.Є. (0445764149).

Реєстр. № 361/2/15

1. **ФОРМА РЕЄСТРАЦІЇ РОЗГЛЯДАННЯ СКАРГИ ЗАЯВНИКА З ПРИВОДУ НЕНАЛЕЖНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів», в тому числі нормативно-правової бази щодо якості медичної допомоги згідно законодавства Європейського Союзу.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні в закладах охорони здоров'я України відсутня уніфікована форма подачі скарг заявника з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я. Нововведення дасть можливість уніфікувати форму подачі скарг заявника з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я з подальшим узагальненням даних по закладах охорони здоров'я з урахуванням Наказу

Держспоживстандарту України від 03.09.2005 р. № 209 про затвердження ДСТУ ISO 10002:2007 «Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо розглядання скарг в організаціях», який розроблено на виконання міжнародного стандарту ISO 10002:2004 IDT «Customer satisfaction–Guidelines for complaints handling in organizations».

8. Забезпечення можливості проведення постійного моніторингу процесу надання медичної допомоги, розглядання та розв'язання скарг.
9. Немає.
10. Наявність скарг населення з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Ярош Н.П., Коваленко О.О. (0445764119).

Реєстр. № 362/2/15

1. **ФОРМА СКАРГИ ЗАЯВНИКА З ПРИВОДУ НЕНАЛЕЖНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів», в тому числі нормативно-правової бази щодо якості медичної допомоги згідно законодавства Європейського Союзу.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні у закладах охорони здоров'я України відсутня уніфікована форма подачі скарг заявника з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я. Нововведення дасть можливість уніфікувати форму подачі скарг заявника з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я з подальшим узагальненням даних по закладах охорони здоров'я з урахуванням Наказу Держспоживстандарту України від 03.09.2005 р. № 209 про затвердження ДСТУ ISO 10002:2007 «Управління якістю. Задоволеність замовників. Настанови щодо розглядання скарг в організаціях», який розроблено на виконання міжнародного стандарту ISO 10002:2004 IDT «Customer satisfaction–Guidelines for complaints handling in organizations».
8. Забезпечення поінформованості закладів охорони здоров'я про думку пацієнтів з приводу медичного обслуговування; виявлення недоліків в організації медичного обслуговування населення та можливість контролю за якістю медичного обслуговування.
9. Немає.
10. Наявність скарг з приводу неналежного медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.

15. Коваленко О.О. (0445764119).

Реєстр. № 363/2/15

- 1. ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ТРАНСФЕРУ ТЕХНОЛОГІЙ ШЛЯХОМ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАУКОВИХ СТАТЕЙ, ЩО НАПРАВЛЯЮТЬСЯ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ У МІЖНАРОДНІ ЖУРНАЛИ.**
- НДР «Організація служби управління медичними послугами (в інтеграції зі стандартами, госпітальними протоколами та діагностично-розрахунковими групами - DRG)», 0113U000208, 2013-2017 рр.
- Соціальна медицина.
- 2+,С.
- Немає.
- Запропоновано впровадження в закладах охорони здоров'я.
- Запропоновано методологію підготовки та надання наукових статей до міжнародних і фармацевтичних журналів, завдяки якій підвищиться якість підготовки наукових статей та вірогідність того, що вони привернуть увагу потенційних інвесторів з метою їх подальшого трансферу.
- За результатами моніторингу виявлено дисгармонійний розвиток інноваційної діяльності, який допоможе авторам описувати дослідження досить детально для того, щоб бути оціненими редакторами, рецензентами та ін. що вивчають медичну літературу.
- Немає.
- Наявність наукової продукції
- Немає.
- Не передбачається.
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, тел. (032)2767817.
- Немає.
- Чоп'як В.В. (0322755947), Лесик Р.Б., Білоус С.Б., Гутор Т.Г. (0322767817), Сліпецький Р.Р., Горбань А.Є. (0444283722), Закрутько Л.І.

Реєстр. № 364/2/15

- 1. ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПРАКТИЧНУ МЕДИЦИНУ.**
- НДР «Організація служби управління медичними послугами (в інтеграції зі стандартами, госпітальними протоколами та діагностично-розрахунковими групами - DRG)», 0113U000208, 2013-2017 рр.
- Соціальна медицина.
- 2+,С.
- Немає.
- Запропоновано впровадження в закладах охорони здоров'я.
- Методичний документ розкриває методологію впровадження інноваційних способів профілактики, діагностики та лікування на етапах планування, виконання та завершення НДР
- Проблема трансформації наукових розробок в інноваційний продукт та їх трансфер сьогодні є надзвичайно актуальним. Методичні вказівки є методологія оцінки ефективності впровадження досягнень медичної науки в систему охорони здоров'я, дослідження сучасного комунікаційного механізму впровадження інновацій для оптимізації інформаційного забезпечення трансферу медичних технологій.
- Використання критеріїв градації сили рекомендації.

10. Наявність наукової продукції.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, тел. (032)2767817.
14. Немає.
15. Чоп'як В.В. (0322755947), Гутор Т.Г. (0322767817), Фітькало О.С. (0322646573), Горбань А.Є. (0444283722), Закрутько Л.І., Кочет О.М. (0442537254), Шевчук І.І. (0442532444), Петрашенко П.Р. (0442532444).

Реєстр. № 365/2/15

1. **МЕТОДИКА САМООЦІНКИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров'я населення України», 0109U008304.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. Д.
5. Немає.
6. Немає.
7. Методика самооцінки призначена для проведення періодичного контролю функціонування системи управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Методика полягає у проведенні покрокової бальної самооцінки описових характеристик існуючої системи за визначеними критеріями, відповідними вимогам до систем управління якістю Національними стандартами - ДСТУ ISO 9001:2009. Особливістю самооцінки слід вважати необхідність врахування усіх рівнів досягнення критеріїв послідовно, без виключення будь-яких при просуванні до вищого рівня. Порядок проведення самооцінки передбачає видання відповідного наказу керівником закладу охорони здоров'я з визначенням відповідальних осіб, графіків самооцінки по структурним підрозділам, термінів проведення самооцінки, критеріїв самооцінки, терміну формування звіту і представлення керівництву одержаних результатів. Самооцінку бажано проводити щороку.
8. Результати самооцінки можна використати для визначення стратегії розвитку закладу охорони здоров'я, розробки перспективних планів з удосконалення організації діяльності, раціонального використання ресурсів, підвищення якості медичного обслуговування, що сприятиме підвищенню рівня задоволеності усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін (пацієнтів, персоналу, страхових компаній, вищих органів управління, місцевої громади, держави). Запропонована методика надає змогу оцінити рівень розвитку організаційних технологій в закладах охорони здоров'я за змістовними описовими характеристиками на основі стандартних критеріїв з використанням бальних оцінок на відміну від існуючих підходів з оцінки діяльності закладів охорони здоров'я з використанням статистичних показників.
9. З метою практичного впровадження методики самооцінки необхідно використання наявних внутрішніх ресурсів закладів охорони здоров'я: навчання персоналу, який буде задіяний до проведення самооцінки, використання часових ресурсів (строки проведення самооцінки), підготовка аналітичних матеріалів за її результатами. Впровадження і використання методики не потребує додаткових коштів.
10. Методика самооцінки системи управління якістю може бути використана в закладах охорони здоров'я первинної, вторинної, третинної медичної допомоги як складова підготовки закладів до розробки і впровадження системи управління якістю, відповідної вимогам ДСТУ ISO 9001:2009 як з метою сертифікації, так і з метою поліпшення діяльності.

11. Протипоказань до застосування немає.
12. Можливі помилки в разі нечіткого виконання вимог методики, недостатньої підготовки персоналу до проведення самооцінки.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112.
14. Івано-Франківський Національний медичний університет, Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького, Український Центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.
15. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Децик О.З., Зіменковський А.Б., Криштопа Б.П., Латишев Є.Є., Орлова Н.М., Горачук В.В., Михальчук В.М. (0442054990), Горбань А.Є.

Реєстр. № 366/2/15

1. **ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014–2018 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво на авторське право № 57726 від 22.12.2014 «Організація проведення профілактичних оглядів дорослого населення (керівництво для сімейного лікаря): науково-практичний твір». Автори: Яценко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю.
6. Немає.
7. Мета першого етапу проходження профілактичного огляду – це скринінг, тобто виявлення ознак хронічних неінфекційних захворювань, чинників ризику їх розвитку, визначення показів до проведення додаткових обстежень та оглядів лікарями-спеціалістами для уточнення діагнозу захворювання (патологічного стану) на другому етапі диспансеризації. Другий етап профілактичного огляду проводиться з метою додаткового обстеження та уточнення діагнозу захворювання, проведення поглибленого профілактичного консультування. Адміністративні території та заклади охорони здоров'я, які мають достатні матеріально-технічні та кадрові ресурси, можуть проводити щорічні диспансерні огляди населення із залученням більш широкого кола спеціалістів і більшим обсягом лабораторних та інструментальних обстежень. У міру впровадження сучасних медичних технологій та методів диспансеризації обсяги обов'язкового обстеження населення при диспансеризації доцільно розширити. При диспансеризації населення зберігаються періодичні профілактичні огляди (проводяться в установленому порядку) окремих груп населення (працівників, зайнятих на важких роботах, роботах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці, або таких, де є потреба в професійному доборі; працівників харчових, лікувально-профілактичних, дитячих дошкільних та інших закладів) з одночасним обов'язковим проведенням обсягу обстежень, передбачених наказом МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення».
8. Дотримання запропонованих принципів можна досягти значної економії коштів для лікування ускладнень хронічних захворювань.
9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.
10. Показано для використання в практиці сімейних лікарів і лікарів, що надають первинну медичну допомогу.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Яценко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю. (0442847106).

Реєстр. № 367/2/15

1. **ПРИНЦИПИ ІНФОРМАЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПРОФІЛАКТИЧНОЮ МЕТОЮ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ОСНОВНИХ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014–2018 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть полягає у тому, що профілактичне консультування – це не лише дохідливе, зрозуміле пояснення, а і спроба вплинути на пацієнта, мотивувати його до зміни поведінки. Спеціальні дослідження проблеми комунікації показують, що, слухаючи співрозмовника, ми явно або спершу реагуємо на те, хто говорить, потім на те, як говорить, і тільки потім на те, що він говорить. Важливо пам'ятати, що якщо лікар дав пораду, то це ще не означає, що пацієнт все почув; якщо навіть пацієнт почув – немає впевненості, що він все правильно зрозумів; якщо пацієнт все зрозумів правильно – немає впевненості, що пацієнт прийняв зрозуміле як спонукальний мотив для оздоровлення звичок і виконання рекомендацій, і навіть якщо пацієнт все правильно зрозумів і обіцяв виконати рекомендацію – немає впевненості в тому, що він стане щодня слідувати порадам лікаря. Примірний план інформаційного консультування на первинному рівні надання медичної допомоги: 1. Визначення рівня обізнаності пацієнта щодо факторів ризику виникнення найпоширеніших захворювань; 2. Роз'яснення пацієнту необхідності та можливого запобігання виникненню факторів ризику та важливості дотримання засад здорового життя; 3. Оцінка ставлення пацієнта до факторів ризику; 4. Складання та обговорення з пацієнтом подальшого плану дій; 5. Уточнення, наскільки пацієнт зрозумів поради (активна бесіда за принципом «зворотного зв'язку»); 6. Повтор попередніх рекомендацій, з акцентом уваги на важливості зниження впливу факторів ризику захворювань; 7. Навчання пацієнта конкретним навикам та умінням щодо корекції факторів ризик (дієта, фізична активність, корекція харчової поведінки тощо); 8. Обов'язкова реєстрація в амбулаторній карті та/чи карті диспансерного спостереження дати та короткого змісту наданої консультації. Важливим принципом ефективного профілактичного консультування є «зворотній зв'язок» – контроль процесу того, що почуто, як зрозуміле, як приймається, а також яка реакція пацієнта на лікарські рекомендації (згода або незгода). Процес профілактичного консультування нерідко може бути більш ефективним при груповому методі в рамках шкіл здоров'я, наприклад для пацієнтів з артеріальною гіпертонією, цукровим діабетом, стенокардією, факторами ризику розвитку хвороб системи кровообігу тощо, які в останні роки все активніше впроваджуються в повсякденну практику.
8. Профілактичне консультування спрямоване не лише на інформування хворого, але і на створення у нього мотивації до виконання порад (підвищення прихильності до виконання лікарських призначень). При дотриманні запропонованих принципів можна досягти значної економії коштів для лікування ускладнень хронічних захворювань.

9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.
10. Показано для використання в практиці сімейних лікарів і лікарів, що надають первинну медичну допомогу.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Яценко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю. (0442847106).

Реєстр. № 368/2/15

1. **ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРИМІРНИХ ВІКОВИХ КАРТ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014–2018 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть полягає у тому, що основними факторами, про які повинен пам'ятати лікар під час розробки схеми медичного огляду пацієнта є вік і стать. Окрім цього, для кожної вікової групи виділено так звані «групи підвищеного ризику» розвитку захворювань для яких провідними причинами смертності і захворюваності можуть виявитися й інші фактори (наприклад: жінки в перименопаузі, чоловіки з підвищеним ризиком виникнення інфаркту міокарда, особи, які перебувають у тісному контакті з носіями соціально-небезпечних хвороб тощо). Різниця в пріоритетах у різних вікових групах і категоріях ризику та в ефективності використання різних запобіжних заходів дозволяє зрозуміти, чому не можна рекомендувати єдину схему періодичного лікарського огляду для всіх людей.
8. Примірні вікові карти не слід розглядати як повний перелік профілактичних заходів, якими слід користуватися при проведенні періодичних профілактичних медичних оглядів. Швидше їх слід розцінювати як рекомендації, що включають ті превентивні заходи клінічна ефективність яких переконливо доведена. Згідно даних з доведеною ефективністю доцільним є розподіл прикріпленого контингенту дорослого населення на 4 вікові групи: від 18 до 39 років, 40 – 49 років, 50 □ 64 роки та 65 років і старші. Для кожної із цих груп розроблено примірну вікову карту і визначено примірний перелік необхідних медичних втручань. Примірні вікові карти для кожної вікової групи є типовими за формою та принципово різними за наповненням. Кожна з них містить рекомендації щодо: - скринінгу (основні аспекти, на які потрібно акцентувати увагу при зборі анамнезу, огляду пацієнта (для всього населення і окремо для груп підвищеного ризику) та перелік діагностичних втручань (різні дослідження для різних вікових груп); - консультацій сімейного лікаря (обов'язкові для всіх пацієнтів даної вікової групи та індивідуальні для кожної із груп підвищеного ризику); - рекомендовані заходи для сімейного лікаря (рекомендації для груп ризику і рекомендації для самого лікаря про те, на що необхідно звернути увагу при огляді та в процесі спілкування з пацієнтом). Запропонований розподіл за групами дозволить економити час лікаря і забезпечить адекватний, диференційований та індивідуальний підхід до кожного з пацієнтів.
9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.

10. Показано для використання в практиці сімейних лікарів і лікарів, що надають первинну медичну допомогу.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Дячук Д.Д., Ященко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю. (0442847106).

Реєстр. № 369/2/15

1. **ДИНАМІКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАУКОВОЇ ПРОДУКЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА ОСТАННІ 3 РОКИ.**
2. НДР «Розробка системи проведення моніторингу за станом впровадження і використання результатів завершених наукових розробок, які виконувалися за рахунок бюджетних коштів», 0113U002126, 2013-2015 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Оцінка стану забезпечення впровадження та запровадження принципів підвищення якості наукової продукції у сфері охорони здоров'я України за останні 3 роки.
7. Запропоновано оцінку стану забезпечення впровадження та запровадження принципів підвищення якості наукової продукції у сфері охорони здоров'я України за останні 3 роки.
8. Підвищення якості впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запропонована оцінка стану забезпечення впровадження та запровадження принципів підвищення якості наукової продукції у сфері охорони здоров'я України, орієнтована для обліку науково-технічних розробок та підвищення якості впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Міністерство охорони здоров'я України.
15. Закрутько Л.І. (0444283722), Кочет О.М., Петрашенко П.Р., Шевчук І.І.

Реєстр. № 370/2/15

1. **ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ПЛАНУВАННЯ, ОБЛІКУ, МОНІТОРИНГУ ТА УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**
2. НДР «Розробка галузевої бази даних про технології та/або їх складові, майнові права, зокрема про майнові права інтелектуальної власності, які належать підприємствам, науковим установам, організаціям та вищим медичним (фармацевтичному) навчальним закладам сфери охорони здоров'я України», 0113U002127, 2013-2015 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.

5. Не охороноспроможна.
6. Визначено основні концептуальні засади інформаційної системи планування, обліку, моніторингу та управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я України.
7. Розроблена інформаційна система планування, обліку, моніторингу та управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я України дозволяє кількісно оцінити її ефективність на етапах планування, виконання та завершення, що дає можливість об'єктивізувати рішення про надання або продовження фінансування, а також визначити рейтинг наукового колективу.
8. Створена інформаційна система на етапі планування дозволяє оцінити інноваційний потенціал роботи з використанням тільки експертних оцінок, що є підтримкою прийняття рішення про її фінансування.
9. Автоматизоване робоче місце.
10. Потреба в оцінці інноваційного потенціалу НДР.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Немає.
15. Горбань А.Є. (0444283722).

Реєстр. № 371/2/15

1. **МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
2. НДР «Розробка галузевої бази даних про технології та/або їх складові, майнові права, зокрема про майнові права інтелектуальної власності, які належать підприємствам, науковим установам, організаціям та вищим медичним (фармацевтичному) навчальним закладам сфери охорони здоров'я України», 0113U002127, 2013-2015 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Не охороноспроможна.
6. Розроблена система бальної оцінки наукових результатів і продукції НДР, наукового потенціалу колективу виконавців, рівня передбачуваних досліджень за шкалою Градації доказів і сили рекомендацій, а також шкала експертних оцінок.
7. Представлено наукове обґрунтування і результати розробки моделі прогнозу інноваційної ефективності науково-дослідних робіт (НДР). Для цього розроблена система бальної оцінки наукових результатів і продукції НДР, наукового потенціалу колективу виконавців, рівня передбачуваних досліджень за шкалою Градації доказів і сили рекомендацій, а також шкала експертних оцінок. Використання методів нечіткої логіки дозволило виявити інформативні показники оцінки НДР і на цій основі побудувати модель прогнозу її інноваційної ефективності на етапі планування на підставі експертних оцінок.
8. Ефективне використання запропонованої моделі прогнозу інноваційної ефективності науково-дослідних робіт, сприятиме прийняттю науково - обґрунтованих управлінських рішень у системі охорони здоров'я України.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запровадження моделі прогнозу інноваційної ефективності науково-дослідних робіт, орієнтовано на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів самоврядування, центрального та регіонального органів виконавчої

влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я, наукових співробітників медичного, фармацевтичного та бібліографічних профілів.

11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Харківська академія післядипломної освіти.
15. Горбань А.Є. (0444283722), Кочина М.Л.

Реєстр. № 372/2/15

1. **СУЧАСНА СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ МОЗ УКРАЇНИ ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У РОБОТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ТРАНСФЕРУ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.**
2. НДР «Розробка системи проведення моніторингу за станом впровадження і використання результатів завершених наукових розробок, які виконувалися за рахунок бюджетних коштів», 0113U002126, 2013-2015 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Сучасна система організаційних заходів МОЗ України із забезпечення впровадження досягнень медичної науки у роботу закладів охорони здоров'я та розвитку трансферу медичних технологій є інструментом покращення ефективності впровадження результатів наукових розробок у сферу охорони здоров'я України
7. Важливим кроком на шляху до покращення якості впровадження результатів наукових досліджень в практику охорони здоров'я, розроблено та впроваджено спільний Наказ МОЗ України та НАМН від 13.11.2013 №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я» зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05 грудня 2013 р за № 2068/24600.
8. Вищезазначеним наказом започатковано випуск єдиного спільного МОЗ України та НАМН Переліку наукової (науково – технічної) продукції призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я, що унеможливорює дублювання розробок та спрощення доступу до інформації про сучасний спектр пропозицій щодо застосування медичних технологій споживачів наукової інформації. З метою підвищення якості виконання наукових робіт запроваджено оцінку науково-технічної розробки за Шкалою градації доказів і сили рекомендацій, яка імплементована до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 "Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України". Завдяки наказу створено систему лінійної послідовності, яка полягає в тому щоб результати наукових досліджень використовувалися при розробці медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги та впроваджувалися в практику охорони здоров'я України.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запровадження сучасної системи організаційних заходів МОЗ України із забезпечення впровадження досягнень медичної науки у роботу закладів охорони здоров'я та розвитку трансферу медичних технологій, орієнтовано на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів самоврядування, центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я, наукових співробітників.
11. Немає.

12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Міністерство охорони здоров'я України.
15. Закрутько Л.І. (0444283722), Кочет О.М., Петрашенко П.Р., Шевчук І.І.

Реєстр. № 373/2/15

1. **ДОДАТОК ДО ІСТОРІЇ ХВОРОБИ «АНКЕТА «ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ХВОРІЄ НА РАК ЛЕГЕНЬ»».**
2. НДР «Вивчення значення молекулярно-біологічних маркерів для прогнозу, лікування та виживання хворих з основними локалізаціями раку», 0114U003394.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №56605 від 23.09.2014 р.
6. Використання анкети як додатку до історії хвороби, дасть можливість більш раціонально, ефективно та цілеспрямовано проводити використання лікарських засобів та контролювати якість лікування пацієнтів.
7. Додаток до історії хвороби включає безпосередньо анкету та інструкцію з її використання. Анкета складається з паспортної частини і блоку питань (всього 30 питань), на які пацієнтові належить самостійно відповісти. Після відповіді на питання лікар підраховує кількість набраних пацієнтом балів і за формулою:

$$QL = 100 - \left(\frac{Qi}{Q} \cdot 100\% \right),$$
 (де: QL – відносний показник якості життя хворого на рак легень; Qi - абсолютний показник якості життя хворого, який обстежується; Q - сумарний абсолютний показник якості життя (за запропонованою анкетой)) визначає рівень якості життя пацієнта. Отримані данні важливо використовувати при виборі методу лікування пацієнта і для контролю якості лікування.
8. Медична ефективність полягає в підвищенні ефективності лікування хворих на рак легень. Соціальна ефективність включає в себе підвищення якості життя пацієнтів, а також підвищення рівня задоволеності медичною допомогою що надається, збільшення тривалості життя, скоріше відновлення пацієнта після отриманого лікування, зменшення рівня інвалідизації та інвалідності серед населення. Економічна ефективність полягає в тому, що буде зменшено кількість днів тимчасової непрацездатності пацієнтів, і як наслідок зменшаться виплати по компенсації заробітної платні у наслідок тимчасової непрацездатності, зменшиться кількість викликів швидкої допомоги і як наслідок фінансові витрати при застосуванні даної розробки можливо зменшити за рахунок об'єктивізації та корекції системи надання медико-соціальної допомоги хворим на рак легень. На 1 ліжко-день проведений хворим у онкологічному центрі держава витрачає 170 грн. без урахування лікування. За один рік в торакальному відділенні в середньому отримують лікування 820 пацієнтів. В середньому пацієнт під час лікування у торакальному відділенні перебуває на лікарняному ліжку 15 діб. Запропонована методика дозволить зменшити кількість днів перебування хворого на лікарняному ліжку з 15 до 12 діб. І, як наслідок, на перебування одного хворого буде витрачено на 510 грн. менше, а за рік сума економії складе 418200 грн. До того ж, при підвищенні вартості комунальних послуг у 1,8 раз сума економії буде значно збільшена.
9. Анкета для оцінки якості життя хворих на рак легень.
10. Потреба у покращенні системи надання медико-соціальної допомоги хворим на рак легень.
11. Немає.

12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Огнєв В.А., Зінчук А.М. (0505312706).

Реєстр. № 374/2/15

1. **ПРОПОЗИЦІЇ ЗМІН ДО ПОЛОЖЕНЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ХВОРИХ НА КАТАРАКТУ.**
2. НДР «Патогенез ушкоджуючої дії на організм негативних екзогенних факторів в сучасних умовах», 0115U000991, 2015-2017 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Для покращення якості надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту запропоновано створення єдиної системи, яка б об'єднувала заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності (державні, комунальні, приватні). Приватні «офтальмологічні клініки» та «центри» у 78% не мають власних ресурсів для надання стаціонарної допомоги. Лікування катаракти в них проводиться тільки амбулаторно. Якщо амбулаторно оперуються пацієнти похилого віку або особи, що мають супутні соматичні захворювання, значно підвищується ризик виникнення післяопераційних ускладнень, які потребують стаціонарного лікування. З метою забезпечення юридичної легітимності переводу за медичними показаннями хворого з післяопераційними ускладненнями повинен бути укладений відповідний договір з установою, яка має профільний стаціонар. В цьому договорі повинні бути визначені засади співпраці, відповідальність сторін та фінансові зобов'язання. Також має бути оформлена «Інформована згода» пацієнта про можливість виникнення ускладнень та переводу до визначеного закладу охорони здоров'я для подальшого лікування.
8. Створення єдиної системи надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту дозволить у кожному конкретному випадку визначити маршрут пацієнта, врахувати можливі ризики виникнення ускладнень, визначити медичну, соціальну та економічну систему взаємовідносин. Медична ефективність такої системи буде полягати в скороченні термінів отримання наступного рівня медичної допомоги.
9. Додаткових ресурсів впровадження пропозиції не потребує.
10. Наявність можливих післяопераційних ускладнень у хворих на катаракту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Ковтун М.І. (0503237420), Огнєв В.А. (0999547120).