

Г.О. Слабкий¹, О.О. Дудина², С.В. Дудник²
Методология комплексной оценки статуса перинатальной помощи

¹ДВНЗ «Ужгородский национальный университет», Украина

²ДУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства охраны здоровья Украины», м. Киев

PERINATOLOGIYA AND PEDIATRIYA.2019.1(77):36-41; doi 10.15574/PP.2019.77.36

Мета — розробити методологію комплексної оцінки стану перинатальної допомоги та модель комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані літературних джерел стосовно використання методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ перинатальної допомоги, дані державної статистики щодо діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини, перинатального аудиту, а також моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги за період 2015–2017 рр. Методи дослідження: математичний, статистичний, метод бальної оцінки, моделювання, аналітичний та системного підходу.

Результати та висновки. Розроблено методологію комплексної оцінки стану перинатальної допомоги, запропоновано модель комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги із використанням адаптованого методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ медичної допомоги, якою передбачено оцінку коефіцієнтів досягнення нормативних значень кожного показника, окремих компонентів комплексної оцінки та інтегральну оцінку діяльності служби перинатальної допомоги. Розроблена модель комплексної оцінки дає змогу проводити аналіз та оцінку діяльності перинатальної служби на державному та регіональному рівнях, а також роботи окремих закладів перинатальної допомоги I, II, і III рівнів, підрозділів перинатальної допомоги та окремих медичних працівників. Модель дає змогу оцінити ефективність управлінських дій у сфері забезпечення доступності і якості перинатальної допомоги, тому може розглядатися як одна зі складових процесу управління якістю та ефективністю надання перинатальної допомоги для подальшого її удосконалення в напрямі попередження ризиків материнської та перинатальної патології і смертності у закладах перинатальної допомоги відповідного рівня, а також поліпшення показників діяльності.

Ключові слова: перинатальна допомога, методологія, модель комплексної оцінки стану перинатальної допомоги, коефіцієнти досягнення результатів.

Methodology of complex assessment of perinatal care

G.O. Slabkiy¹, O.O. Dudina², S.V. Dudnyk²

¹SHEE «Uzhgorod National University», Ukraine

²SE «Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine», Kyiv

Purpose — to develop methodology for the complex assessment of the status of perinatal care and complex assessment model of the perinatal care service.

Materials and methods. Materials of the study were data of literary sources on the use of the final results method of the perinatal care institutions, data of state statistics on the activities of mother and child health institutions, data of perinatal audit and monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care for the period 2015–2017. Methods of research: mathematical, statistical, point evaluation, modeling, analytical and systematic approach.

Results and conclusions. A methodology for complex assessment of perinatal care has been developed, complex assessment model of perinatal care activity has been proposed using an adapted method of the final results of medical care institutions. Complex assessment model involves assessing of achieve men coefficients of the normative values of each individual indicator, individual components of complex assessment and integrated assessment of perinatal care activities. The developed model of complex assessment provides an opportunity to analyze and evaluate the activities of perinatal services at the state and regional levels, aswellas the work of separate institutions of perinatal care at I, II, and III levels, of departments of perinatal care, and medical workers. The model makes it possible to assess the effectiveness of management actions in the area of ensuring the availability and quality of perinatal care, therefore, it can be considered as one of the components of the quality and effectiveness management process for providing perinatal care in order to further improving, especially in the direction of preventing risks of maternal and perinatal pathology and mortality in institutions of perinatal care at appropriate level, and improving of rates of medical activities.

Key words: perinatal care, methodology, model of complex assessment of perinatal care, coefficients of results achievement.

Методология комплексной оценки состояния перинатальной помощи

Г.А. Слабкий¹, Е.А. Дудина², С.В. Дудник²

¹ГВУУ «Ужгородский национальный университет», Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев

Цель — разработать методологию комплексной оценки состояния перинатальной помощи и модель комплексной оценки деятельности службы перинатальной помощи.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные литературных источников по использованию метода конечных результатов деятельности учреждений перинатальной помощи, данные государственной статистики о деятельности учреждений здравоохранения матери и ребенка, перинатального аудита, а также мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи за период 2015–2017 гг. Методы исследования: математический, статистический, бальной оценки, моделирования, аналитический и системного подхода.

Результаты и выводы. Разработана методология комплексной оценки состояния перинатальной помощи, предложена модель комплексной оценки деятельности службы перинатальной помощи с использованием адаптированного метода конечных результатов деятельности учреждений медицинской помощи, которая предусматривает оценку коэффициентов достижения нормативных значений каждого показателя, отдельных компонентов комплексной оценки и интегральную оценку деятельности службы перинатальной помощи. Разработанная модель комплексной оценки позволяет проводить анализ и оценку деятельности перинатальной службы на государственном и региональном уровнях, а также работы отдельных учреждений перинатальной помощи I, II, и III уровней, подразделений перинатальной помощи и медицинских работников. Модель позволяет оценить эффективность управленческих действий в сфере обеспечения доступности и качества перинатальной помощи, поэтому может рассматриваться в качестве одной из составляющих процесса управления качеством и эффективностью оказания перинатальной помощи с целью дальнейшего ее совершенствования, особенно в направлении предупреждения рисков материнской и перинатальной патологии и смертности в учреждениях перинатальной помощи соответствующего уровня, а также улучшения показателей деятельности.

Ключевые слова: перинатальная помощь, методология, модель комплексной оценки состояния перинатальной помощи, коэффициенты достижения результатов.

Вступ

Основною передумовою забезпечення громадського здоров'я і одним з основних критеріїв ефективності соціальної та економічної політики держави, чинником її національної безпеки є належний рівень здоров'я матерів і дітей. Значний внесок у формування і зміцнення здоров'я матерів і дітей, зниження рівня їх інвалідності та смертності робить система надання перинатальної допомоги. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає охорону материнства і дитинства однією з основних стратегій у політиці досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні, що інтегрально закріплено в її програмному документі «Здоров'я-21 — здоров'я для всіх у 21-му столітті». За даними Глобальної стратегії ВООЗ з охорони здоров'я жінок і дітей визначено, що інвестиції у здоров'я жінок і дітей мають високу економічну доцільність і забезпечують найкращу гарантію наявності продуктивної робочої сили в майбутньому. Основні завдання, що стоять перед системою надання перинатальної допомоги в Україні, аналогічні проголошеним у нових цілях сталого розвитку на 2016–2030 рр. та Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.). Актуальність цих завдань посилюється глибокою соціально-економічною кризою, що охопила всі галузі економіки і сфери людського буття в Україні, тривалими воєнними діями, що обумовили погіршення соціального становища матерів і дітей. Специфіка антикризових стратегій урядів багатьох країн, що найбільш благополучно переживають кризу, проявилася в переважній підтримці первинної медичної допомоги, в контролі над станом ринку фармацевтичної продукції, введення обмежень для корупції, посиленні контролю доступу до спеціалізованої допомоги, а також державної допомоги найбільш знедоленим верствам населення. Тому серед стратегій розвитку сфери охорони здоров'я внутрішньовідомчого плану найбільш перспективною, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами і залишається як зміцнення первинної медичної допомоги на основі розвитку сімейної практики, так і формування консультативно-діагностичних центрів та регіоналізація перинатальної допомоги. У цілому стратегічні напрями розвитку перинатальної допомоги в Україні як складової сфери охорони здоров'я передбачають удосконалення нормативно-правових засад підвищення якості

та доступності, подальший розвиток служб репродуктивного здоров'я, удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів та першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, регіоналізацію перинатальної допомоги, впровадження у діяльність закладів служби сучасних медико-організаційних технологій і систем, які сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я жінок, забезпеченню народження здорових дітей [1, 2, 4, 5, 6, 11].

Мета дослідження — розробити методологію комплексної оцінки стану перинатальної допомоги та модель комплексної оцінки (МКО) діяльності служби перинатальної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалами дослідження слугували дані літературних джерел стосовно використання методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ перинатальної допомоги, дані державної статистики щодо діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини, перинатального аудиту, а також моніторингу і оцінки (МіО) регіоналізації перинатальної допомоги за 2015–2017 рр. Методи дослідження: математичний, статистичний, бальної оцінки, моделювання, аналітичний та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

У теперішній час першочергову увагу слід приділяти аналізу ефективності та якості перинатальної допомоги, які тісно пов'язані з удосконаленням медико-організаційних технологій. З цією метою доцільно здійснювати контроль медико-технологічного процесу закладів і установ перинатальної допомоги шляхом ретельного вимірювання його відхилень від стандартів. Такий контроль дає змогу визначити потенційні проблеми перш, ніж вони призведуть до незадовільних результатів, а також виявити причини відхилень від стандартів і внести необхідні корективи в процес надання перинатальної допомоги.

Використання оцінки технологій охорони здоров'я стрімко поширюється в розвинених країнах світу за останні 30 років. В європейських державах уже накопичено потужний досвід її проведення. В Україні комплексна оцінка регіональної ситуації в медичній сфері здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28.12.2000 № 1907

«Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я». Оскільки оцінка діяльності сфери охорони здоров'я регіону є складовою процесу управління, то для прийняття конкретних рішень доцільні розробка і впровадження комплексної оцінки окремих служб, зокрема перинатальної допомоги.

Розвиток методології комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги включає розробку і впровадження стандартів перинатальної допомоги, перинатального аудиту, індикаторів якості, МіО регіоналізації перинатальної допомоги. Для розробки МКО діяльності служби перинатальної допомоги використовується метод кінцевих результатів діяльності закладів і установ перинатальної допомоги [3, 7, 8, 9, 10, 11]. Основна мета методу кінцевих результатів полягає в сумарній оцінці результатів діяльності, яка виражається коефіцієнтом комплексної оцінки і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних. Метод кінцевих результатів передбачає аналіз і оцінку показників, що характеризують результати діяльності (індикатори якості), нормативних значень даних показників, шкалу для чисельної оцінки результатів діяльності в балах і оцінку відхилення на одиницю виміру.

Основною проблемою комплексної оцінки перинатальної служби є розробка критеріїв, показників і понять, що відносяться до даного процесу і відображають його кінцеві результати. На сьогодні в Україні немає надійних досліджень щодо визначення таких показників. Численні спроби оцінити кінцеві результати крізь призму рівня стану здоров'я населення не завжди коректні, оскільки рівень стану здоров'я населення більшою мірою залежить від соціально-економічної політики держави, стану навколишнього середовища, способу життя населення, санітарно-епідеміологічного благополуччя, генетичного ризику та ін. Тому при розробці МКО слід використовувати показники, що відносяться до об'єкта «медична допомога», а це передусім показники структури, процесу і результативності медичної (перинатальної) допомоги.

Оцінюючи якість і ефективність медичної допомоги, доцільно спиратися на стан основних фондів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), забезпеченість кадровими, фінансовими, матеріальними та інтелектуальними ресурсами, вибір медичних і організаційних технологій,

адекватність їх чинним стандартам, результативність. МКО якості та ефективності медичної допомоги має включати в себе набір універсальних показників, які мають кількісне вираження, що дасть змогу в подальшому проводити їх порівняння, підрахунок і математичну обробку та ін. Набір універсальних показників дає змогу застосовувати їх для оцінок як на державному і регіональному рівнях, так і на рівні окремого ЗОЗ, його підрозділів, персонально для окремого лікаря.

Вибір використовуваних у побудові МКО діяльності служби перинатальної допомоги показників залежить не лише від характеру діяльності закладів і установ перинатальної допомоги, постановки їх цілей і завдань, але й від конкретних шляхів їх вирішення. З урахуванням корисності, наукової обґрунтованості, зрозумілості, доступності і достовірності розроблено перелік 60 показників (індикаторів) для проведення комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги. Для забезпечення доступності і достовірності відбираються лише показники, передбачені формами державної або галузевої статистики та даними моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги (МіО РПД). З метою визначення найбільш значущих показників шляхом спланованих фокусованих групових інтерв'ю (фокус-групи) відбираються і структуруються за рівнями перинатальної допомоги 26 показників (індикаторів діяльності), які є складовими основних компонентів діяльності закладів перинатальної допомоги. Ці показники в різних варіаціях можна використовувати при розробці МКО перинатальної служби України, регіонів, а також МКО окремих закладів різних рівнів перинатальної допомоги, їхніх структурних підрозділів.

Для кожного показника ступінь досягнення поставлених перед ним цілей (норматив — контрольний показник) визначається шляхом зіставлення реальних показників результативності роботи і нормативних (контрольних) показників відповідно до чинних стандартів, даних досягнення завдань Глобальних стратегій, державних програм, надійних досліджень. Нормативи встановлюються з урахуванням 3–5-річної динаміки відповідного показника на державному рівні, у закладах перинатальної допомоги (ЗПД) I, II, III рівнів, а також передбачуваних темпів зміни даного показника залежно від впровадження стандартів перинатальної допомоги. Нормативні значення показ-

ника такі, що для їх досягнення потрібна певна робота щодо мобілізації ресурсів, вдосконалення і поліпшення діяльності ЗПД. Зазвичай нормативні показники перевищують фактичні на 5% і більше. Ці показники доцільно переглядати у міру досягнення контрольних результатів, але не рідше ніж 1 раз на 5 років.

Оцінка кожного показника визначається шляхом проведення чисельної оцінки (від 1 до 10 балів), величина якої залежить від актуальності оцінюваного показника, його значення для служби в цілому і ступеня впливу на нього діяльності ЗПД. Відхилення величини фактичного показника від контрольного значення може бути в бік перевищення або зменшення. Якщо за норму приймається гранично допустимий рівень показника, то менший щодо норми величини досягнутого результату — це позитивний результат, а більший — відповідно негативний. Якщо за норму приймається мінімально достатній рівень показника, то менша величина фактичного показника розцінюється як негативний результат, а більша — як позитивний. Тому для кожного показника визначається знак відхилення «+» або «-». Для тих показників, де за норму встановлюється гранично допустимий рівень показника, у формулі використовується знак «+». У разі прийняття за норму мінімально достатнього рівня показника — знак «-».

При затвердженні контрольних показників затверджується також оцінка відхилення (в балах) на одиницю виміру. Бальна оцінка одиниці відхилення визначається шляхом поділу оцінки показника в балах на контрольний (стандартний) показник.

Основна мета МКО, як і методики кінцевих результатів, полягає в сумарній оцінці аналізованих показників, яка виражається коефіцієнтом комплексної оцінки (ККО) і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних. Концептуальна схема комплексної оцінки діяльності перинатальної служби передбачає вивчення значення кожного показника залежно від бальної оцінки його нормативного значення. Математичний апарат для розрахунку бальної оцінки фактичного значення окремо взятого показника такий:

$$\Phi = B \pm (K_{п} - \Phi_{п}) \times K,$$

де Φ — бальна оцінка фактичного значення показника (фактичний бал);

B — бальна оцінка нормативного значення показника (оцінка в балах);

$K_{п}$ — нормативне значення показника (контрольний показник);

$\Phi_{п}$ — фактичне значення показника (фактичний показник);

K — коефіцієнт значущості для оцінки ступеня відхилення фактичного значення показника від контрольного.

З метою забезпечення наочності ступеня досягнення результатів за окремими показниками нами введено коефіцієнт досягнення нормативного значення (КДНЗ) окремо взятого показника, який розраховується за формулою:

$$КДНЗ = \Phi / B.$$

Бальна оцінка фактичного значення показника не може бути від'ємною величиною і перевищувати величину бальної оцінки нормативного значення показника ($0 < \Phi < B$). У разі, коли фактичний бал вищий за бальну оцінку нормативного показника, для розрахунку коефіцієнта досягнення результатів застосовується бальна оцінка нормативного значення показника, а в разі від'ємної величини бальної оцінки нормативного значення показника застосовується нульове значення. Так, згідно з методологією розрахунку, якщо, за даними, фактичний показник своєчасності постановки на облік вагітних в Україні становить 91,36%, бальна оцінка нормативного значення показника (оцінка в балах) — 7 балів, нормативне значення показника (контрольний показник) становить 95%, коефіцієнт значущості для оцінки ступеня відхилення фактичного значення показника від контрольного дорівнює 0,07, то бальна оцінка фактичного значення цього показника (фактичний бал) становить:

$7 - (95 - 91,36) \times 0,07 = 6,75$, а КДНЗ своєчасності постановки на облік вагітних — $6,75 / 7 = 0,96$.

Фактичний бал частоти анемії вагітних становить:

$4 + (20,0 - 25,55) \times 0,2 = 2,89$, а КДНЗ частоти анемії вагітних — $2,89 / 4 = 0,72$.

Коефіцієнт досягнення результатів (КДР) або інтегральна оцінка результативності визначається відношенням реально досягнутої суми балів до суми оцінок нормативних значень показників:

$$КДР = \Sigma \Phi / \Sigma B.$$

Серед окремих показників оцінки діяльності ЗПД України вище бальної оцінки нормативного показника, для розрахунку коефіцієнта застосовується лише бальна оцінка фактичного показника материнської смертності (6,26) і для розрахунку КДР використовується бальна оцінка нормативного значення цього показника (5,0).

За результатами розрахунку КДР робиться висновок про його відповідність градаціям. Градація коефіцієнта досягнення результату включає:

1. Низький рівень — від 0 до 0,49 включно.
2. Нижчий за середній — від 0,50 до 0,59 включно.
3. Середній рівень — від 0,60 до 0,69 включно.
4. Вищий за середній — від 0,70 до 0,79 включно.
5. Високий рівень — від 0,80 до 0,99 включно.

Розроблена модель комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів дає змогу проводити аналіз перинатальної служби як на рівні держави, регіонів, так і ЗПД I, II, і III рівнів і може розглядатися як одна зі складових процесу управління якістю та ефективністю перинатальної допомоги для подальшого поліпшення показників діяльності й удосконалення регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль, роділь і новонароджених із ризиком материнської та перинатальної патології й смертності у ЗПД відповідного рівня. У модель комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги України було включені 19 показників: показники забезпеченості ЗПД лікарями акушер-гінекологами і педіатрами-неонатологами; показники діяльності за даними своєчасності постановки вагітних на облік; показники частоти анемії, пре-еклампсій та еклампсій вагітних; показники співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних; показники частоти нормальних пологів, розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину та забезпечення доступності пацієнток до спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги за даними індексів концентрації розроджень вагітних із цукровим діабетом у ЗПД III рівня, пре-еклампсією і еклампсією у ЗПД II–III рівня, новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня. Показники результативності діяльності ЗПД включають частоту кровотеч у послідовому і післяпологовому періодах, мало вагових новонароджених,

виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, індекс здоров'я новонароджених, рівні перинатальної, неонатальної й материнської смертності.

Висновки

У ході дослідження розроблено модель комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги, для чого використано адаптований метод кінцевих результатів діяльності закладів і установ медичної допомоги, який полягає в сумарній оцінці результатів діяльності, що виражається коефіцієнтом комплексної оцінки і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних. Показники (індикатори), що входять до моделі комплексної оцінки, включають їх нормативне значення, оцінку в балах від 0 до 1,0, оцінку відхилення (в балах) на одиницю виміру. Концептуальна схема моделі комплексної оцінки перинатальної служби передбачає вивчення значення кожного показника залежно від бальної оцінки його нормативного значення, оцінку коефіцієнта досягнення нормативного значення окремого показника та коефіцієнта досягнення результатів або інтегральну оцінку результативності, яка визначається відношенням реально досягнутої суми балів до суми оцінок нормативних значень показників. Розроблена технологія застосування методу кінцевих результатів для створення моделі комплексної оцінки діяльності перинатальної служби дає змогу оцінити ефективність управлінських дій у сфері забезпечення доступності і якості перинатальної допомоги, своєчасно реагувати на зміни в макро- і мікросередовищі, може використовуватися для аналізу та оцінки роботи окремих закладів, підрозділів перинатальної допомоги та окремих медичних працівників.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів для розрахунку комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. (2008). Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. Копенгаген: 86.
2. Люблінська хартія з реформування системи охорони здоров'я. (1996). Стратегія ВООЗ Здоров'я 21 — здоров'я для всіх у 21-му столітті. Копенгаген: 86.
3. Михайлов НВ. (2010). Планирование здравоохранения. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000. Вестник Росздравнадзора. № 3: 19—27.
4. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. (2017). Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь. Київ: 174.
5. Моїсеєнко РО, Осташко СІ, Чибісова ІВ; упоряд. Давидова ЮВ. (2012). Збірник нормативних документів із питань реформування перинатальної допомоги в Україні. Київ: ПП «Золоті ворота»: 456.
6. Нурмухамбетова СИ. (2009). Комплексная оценка ресурсного обеспечения и качества деятельности региональной акушерско-гинекологической службы. Автореф. дис. ... к.мед.н.: 14.00.33. Республика Казахстан Алматы: 28.
7. Орлов АЕ. (2016). Научное обоснование системы обеспечения качества в условиях городской многопрофильной больницы: автореф. дис. ... к.мед.н. Москва: 45.
8. Павлов ВВ, Суслин СА, Галкин РА. (2013). Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи. Менеджер здравоохранения. № 10: 18—22.
9. Уйба ВВ, Пушкарев ОВ. (2012). Экономические методы управления в здравоохранении. Новосибирск: Альфа Ресурс: 243.
10. Ярославский КВ, Атласов ВО, Болотских ВМ. (2016). Модель конечных результатов как метод комплексной оценки повышения качества медицинской помощи в родовспоможении. Журнал акушерства и женских болезней. Т. LXV, вып. 6: 109—115.
11. WHO. (2008). Primary health care now more than ever: the world health report. URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
12. World Health Organization (2000). World health report 2000: health systems: improving performance. URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>.

Сведения об авторах:

Слабой Геннадий Алексеевич — д.мед.н., проф., зав. каф. общественного здоровья факультета последилового образования и доуниверситетской подготовки ГБУЗ «Ужгородский национальный университет». Адрес: г. Ужгород, пл. Народная, 3.

Дудина Елена Александровна — к.мед.н., ст.н.с., зав. отделением ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины». Адрес: г. Киев, пер. Волго-Донской, 3.

Дудник Светлана Валерьевна — к.мед.н., научный секретарь ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины». Адрес: г. Киев, пер. Волго-Донской, 3.

Статья поступила в редакцию 21.10.2018 г.; принята в печать 20.02.2019 г.

ДО УВАГИ АВТОРІВ!

АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) — міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID — це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їх дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID ID».

В реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password» (Пароль), «Confirm password»

В перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. Персональна електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Неможливе створення нового профілю з тією ж самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong» приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме, новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ORCID ідентифікатора знаходиться в лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID — це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносячи його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає в заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.