

ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ ТА ЇЇ МОНІТОРИНГ У ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ ТРЕТЬОГО РІВНЯ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» «Розробити систему діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів для новонароджених від матерів з інфекцією статевих органів» (№ державної реєстрації 0110U002060).

Охорона материнства й дитинства, турбота про майбутнє покоління в Україні піднесені до розряду національних пріоритетів. У даний час у країні триває реалізація Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства», метою якого є зниження дитячої та материнської смертності шляхом створення мережі перинатальних центрів (ПЦ) III рівня надання медичної допомоги. Загальновідомо, що проведення будь-яких реформ, інновацій у системі охорони здоров'я вимагає розроблення методичних інструментів для оцінювання ефективності їх запровадження. Важливим аспектом ефективної діяльності ПЦ є забезпечення якості та безпеки при наданні медичної допомоги новонародженим. Теоретичні основи оцінювання якості медичної допомоги і практичного запровадження в охорону здоров'я концепції безперервного підвищення якості були закладені доктором А. Donabedian ще у 1981 році [10]. За його визначенням якість медичної допомоги забезпечується використанням медичної науки й сучасних технологій із найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризиків нанесення будь-якої шкоди пацієнту [11]. Якість медичної допомоги новонародженим, за визначенням D. Acolet, звучить як забезпечення відповідного рівня допомоги майже здоровим новонародженим та більш спеціалізованого рівня – декільком пацієнтам, які цього потребують, що повинно зумовлювати кращі медичні наслідки, задоволеність батьків, їх родини та медичного персоналу [29].

Якість медичної допомоги (ЯМД) оцінюється багатьма показниками, які дозволяють вимірювати та описувати її характеристики, а також визначати їх оптимальний рівень [10, 24,41]. Індикатори якості – це критерії, які встановлюють ступінь дотримання нормативної (загальноприйнятої) мети шляхом описання ситуації простим, валідним, надійним і діючим способом зі стандартною чіткістю [12]. Щоб бути корисними, клінічні індикатори повинні мати деякі характеристики: чітке визначення, високу специфічність і чутливість, достовірність, надійність, відтворюваність, а також містити дискримінатори високої

і низької якості. Нарешті, клінічні індикатори повинні відповідати клінічній практиці і базуватися на кращих доказах. Індикатори якості допомагають акредитувати лікарні, порівнювати ситуацію за певний час не тільки між різними закладами, але й в одному центрі, а також дозволяють встановлювати пріоритети при розробленні заходів щодо поліпшення ЯМД.

У багатьох галузях медицини індикатори якості вже розроблені, але в неонатології повністю вони ще не визначені. На відміну від легкості оцінювання та кількісного вимірювання результатів лікування захворювань у звичайних відділеннях у неонатальних відділеннях інтенсивної терапії (НВІТ) зазначений процес є складним. Це зумовлено відмінностями структури, ресурсного забезпечення та клініко-демографічними характеристиками пацієнтів. Тому вітчизняна неонатальна служба потребує розроблення ключових дійових індикаторів із високою валідністю і чутливістю та системи їх моніторингу. Високоякісні дослідження, проведені в останні роки, свідчать про наявність зв'язку між проведенням рутинного моніторингу індикаторів якості та покращенням результатів лікування пацієнтів [36].

Метою роботи було вивчити та проаналізувати світовий досвід з оцінки якості надання медичної допомоги новонародженим та визначити основні індикатори, які адаптовані до національних умов і характеризують якість медичної допомоги у ПЦ III рівня.

Аналіз наукової літератури та результати власних досліджень [39,40] у цьому напрямі дозволили визначити індикатори якості для служби неонатології, які відповідно до парадигми ЯМД А. Донабедіана оцінюються з позиції моніторингу трьох її компонентів – структури, процесу та результату.

I. Індикатори, що характеризують структуру ПЦ. Зазначені індикатори оцінюють такі аспекти роботи ПЦ III рівня, які пов'язані з людськими, організаційними та технологічними ресурсами, тобто відображають кількість і кваліфікацію співробітників, виробничі потужності та обладнання.

1. Індикатори, що характеризують людські ресурси. Добре відомо, що ефективний, навчений та мотивований персонал є наріжним каменем функціонування будь-якого відділення. Тому до критеріїв якості, що характеризують людські ресурси, пропонуємо віднести індикатори, які визначені європейськими науковцями для служби інтенсивної терапії:

– Рівень укомплектованості структурного підрозділу ПЦ медичним персоналом (визначається

- у відсотках). З точки зору експертів, для оптимального ведення пацієнтів зайнятість персоналу у неонатальних ВІТ повинна бути 75-85 % [22]. Крім того збільшення співвідношення пацієнт/медсестра до 2:1 значно підвищує ризики розвитку нозокоміальних інфекцій [34].
- Рівень плинності медичного персоналу (визначається у відсотках) [32].
 - Рівень задоволеності персоналу організацією своєї роботи (оцінюється анкетуванням медичного персоналу та визначається у відсотках) [27].
 - Частки лікарів та медичних сестер, які пройшли тренінги з актуальних проблем неонатології. Звертаємо увагу на важливість зазначеного індикатора, оскільки однією з перепон поліпшення ЯМД є розриви між доказовими дослідженнями, інформацією, отриманою за допомогою аудиту та політикою і практикою, що застосовується у НВІТ [4]. Традиційні більш пасивні шляхи навчання, такі як навчальні матеріали, конференції та курси, мають незначний вплив на поліпшення ситуації, тому повинні застосовуватися більш активні методи для поширення інформації, а саме тренінги, які проводять навчені спеціалісти і на яких відпрацьовуються різні маніпуляції [2].
 - Кількість годин, витрачених на навчання медичного персоналу [9,27].
2. Індикатори, що характеризують матеріально-технічні ресурси ПЦ III рівня. Структуру сучасного ПЦ III рівня, рівень оснащення його структурних підрозділів в Україні строго визначено, але, на відміну від розвинених країн світу, сучасна нормативна база не регламентує відповідного дизайну НВІТ, який забезпечує безпеку пацієнта під час лікувально-діагностичного процесу. Тому до індикаторів якості, що характеризують матеріально-технічні ресурси, слід віднести такі показники:
- Відповідність структури ПЦ існуючим нормативним документам. Мається на увазі, що сучасний ПЦ повинен мати усі необхідні структурні підрозділи та технічне забезпечення (наприклад, експрес-лабораторію, бактеріологічну лабораторію, доступ до Інтернет тощо), наявність яких значно поліпшує кінцеві результати медичної допомоги новонародженим.
 - Відповідність дизайну НВІТ сучасним стандартам. Наприклад, забезпеченість неонатальних ліжок інтенсивної терапії відповідною кількістю електричних та кисневих розеток. Так, за європейськими стандартами кожне ліжко інтенсивної терапії повинно мати 16-20 заземлених розеток на кожне ліжко ІТ, розміщених по обидві сторони від нього на висоті від 120 до 180 см над рівнем підлоги й розподілених між трьома окремими трансформаторами, та чотири вихідні кисневі розетки з чотирма ротаметрами (по 2 точки на кожну сторону ліжка) [31].
 - Оснащеність одного ліжка ІТ базовим обладнанням – дихальними апаратами, моніторами, відкритими та закритими інкубаторами тощо (визначається в умовних одиницях). У наших

попередніх роботах показано, що невідповідне оснащення одного ліжка дихальними апаратами, моніторами асоціюється з підвищенням летальності у НВІТ [39,40].

- Наявність облікової документації з ефективного використання матеріально-технічних ресурсів: журнали з моніторингу роботи обладнання і його простою, з огляду обладнання метрологами і сервісними службами. Науковці пропонують до індикаторів, що характеризують ефективне використання ресурсів, також включати такий показник, як розрахунки кількості витрат на лікування одного пацієнта за добу [15].
- Рівень комп'ютеризації лікувально-діагностичного процесу. Залучення інформаційних технологій та комп'ютерних програм у процес призначення медикаментів, їх підготовка до введення та безпосередньо введення ліків пацієнтам значно зменшує частоту медичних помилок у педіатричних відділеннях інтенсивної терапії [7]. Тому у НВІТ повинні монітуватися такі індикатори, як оснащеність структурних підрозділів комп'ютерами, застосування спеціальних програм для призначення медикаментів; запровадження телемедичних технологій тощо.

II. Індикатори якості, що характеризують процес. Процес – це фактичне лікування, яке проводиться пацієнту. Індикатори процесу монітують доступність, використання та якість медичної допомоги.

1. Рівень застосування клінічних протоколів, стандартів у т.ч. локальних протоколів (визначається у відсотках). Ефективність застосування національних клінічних настанов у дитячій службі ІТ територіальних госпіталів доведена багатьма дослідженнями [19,20], зокрема вчені свідчать про поліпшення лікувально-діагностичного процесу, ефективного використання ресурсів, а також зменшення ятрогенних ускладнень [5,8,23].

2. Рівень запровадження системи інфекційного контролю [30], політики та практики дезінфекції, стерилізації та зберігання апаратів ШВЛ відповідно до стандартів доказової медицини [16]. До основних індикаторів, що характеризують рівень їх запровадження слід віднести:

- Наявність постійного епідеміологічного аналізу інфекцій у НВІТ для виявлення та оцінювання розповсюдженості полірезистентних мікроорганізмів [4, 6,16, 18, 21, 42].
- Проведення постійного навчання і тренінгів для медичного персоналу з питань місцевої епідеміології, факторів ризику розвитку госпітальних інфекцій, наслідків лікування та догляду за катетерами [14,18, 35].
- Наявність протоколів виконання маніпуляцій, включаючи протоколи катетеризації вен та догляду за ними, які розроблялися із залученням медичного персоналу [13, 33].

III. Індикатори якості, що характеризують кінцеві результати лікування пацієнтів, тобто ускладнення, смертність і подальшу якість життя дітей. Зазначені індикатори якості розподіляються на 4 групи:

індикатори смертності, індикатори захворюваності, індикатори інвалідності та індикатори задоволеності родини наданими медичними послугами дитині.

1. Індикатори смертності. До індикаторів якості, що характеризують кінцеві результати неонатальної допомоги, слід віднести статистичні показники звітності родопомічних закладів, зокрема перинатальну, неонатальну, ранню неонатальну, пізню неонатальну, постнеонатальну та малюкову смертність. Показник летальності у ВІТ сам по собі не є індикатором якості оцінювання, тому що в неонатальній службі інтенсивної терапії на його рівень впливають соціодемографічні характеристики в популяції, особливості окремих закладів, відмінності у шляхах збору інформації [29] та тяжкість захворювання окремого пацієнта [1]. Тому у наш час використовується показник стандартизованої летальності [17].

2. Індикатори захворюваності. До зазначених індикаторів науковці відносять:

- Частоту розвитку станів, які характеризують непередбачений розвиток захворювання або ятрогенні ускладнення, зокрема, ятрогенний пневмоторакс [28], гостру ниркову недостатність [37], пролежні [26] та частоту повторних інтубацій [23,28].
- Частоту розвитку у новонароджених нозокоміальних інфекцій, зокрема госпітальної пневмонії та інфекції системи кровообігу, зумовленої перебуванням центрального катетеру у вені.
- Середню тривалість лікування пацієнта у НВІТ [38].
- Частоту повторних госпіталізацій у НВІТ [28]. Слід відмітити, що чутливість зазначеного індикатора знижується у разі неадекватного забезпечення НВІТ необхідним обладнанням [23] та відсутністю аналізу зв'язку середньої тривалості лікування з віддаленими результатами [23].

3. Індикатори інвалідності дітей. Вітчизняна служба неонатології домоглася суттєвих успіхів у

виживанні передчасно народжених дітей, але, у той же час, інвалідність дітей, зумовлена перинатальними станами, залишається досить високою. Тому поряд зі смертністю, захворюваністю пропонується монітувати і такі індикатори якості, що характеризують рівень інвалідності, а саме: кількість дітей, які стали інвалідами; кількість нових випадків дитячого церебрального паралічу, глухоти, сліпоти тощо.

4. Індикатори задоволеності пацієнтів наданою медичною послугою.

- Наявність інформаційної згоди на проведення лікувально-діагностичного процесу [3].
- Реєстрування кількості скарг, порад та звернень пацієнтів. На жаль, пацієнти та їх родичі часто незадоволені кількістю, природою та ясністю спілкування з медичним персоналом [25]. Ці контакти, які встановлюються із запізненням або дуже обмежені за часом, ведуть до конфлікту та неприйняття ними мети терапії [15].

4. Індикатори, що характеризують аналіз кінцевих результатів лікування. Огляд літератури свідчить, що аналіз кінцевих результатів значно покращує якість надання медичної допомоги новонародженим, тому у ПЦ повинен постійно проводитись зазначений аналіз [38]. З цією метою повинні монітуватися такі індикатори якості:

- наявність електронної бази пацієнтів;
- частота проведення внутрішнього аудиту;
- наявність моніторингу медичних помилок;
- проведення катamnестичного спостереження за дітьми, які лікувалися у НВІТ.

Таким чином, визначені нами індикатори якості надання медичної допомоги новонародженим повинні стати дійовим методичним інструментом оцінювання ефективності роботи новостворених ПЦ III рівня, що, в свою чергу, приведе до зниження смертності, захворюваності, інвалідності дітей та поліпшення якості їх життя.

Список літератури

1. Afessa B. Severity of Illness and Organ Failure Assessment in Adult Intensive Care Units / B. Afessa, O. Gajic, M. T. Keegan // Crit. Care. Clin. – 2007. – Vol. 23. – P. 637-658.
2. Ayres C. G. Perceived barriers to and facilitators of the implementation of priority clinical preventive services guidelines / C. G. Ayres, H. M. Griffith // Am. J. Manag. Care. – 2007. – Vol. 13. – P. 150-155.
3. Bertakis K. D. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient information retention and satisfaction / K. D. Bertakis // J. Fam. Pract. – 1977. – Vol. 26, № 2. – P. 217-222.
4. Bodenheimer T. The American health care system; the movement for improved quality in health care / T. Bodenheimer // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340. – P. 488-492.
5. Centers for Disease Control and Prevention: Issues in healthcare settings: CDC's 7 Healthcare Safety Challenges. Режим доступу : http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/about_challenges.html
6. Child Health Accountability Initiative. Assessing medication prescribing errors in pediatric intensive care units / M. A. Cimino, M. S. Kirschbaum, L. Brodsky [et al.] // Pediatr. Crit. Care Med. – 2004. – Vol. 5. – P. 124-132.
7. Computerized provider order entry implementation: no association with increased mortality rates in an intensive care unit / M. A. Del Beccaro, H. E. Jeffries, M. A. Eisenberg [et al.] // Pediatrics. – 2006. – Vol. 118. – P. 32-39.
8. Craven D. E. Nosocomial pneumonia in mechanically ventilated adult patients: epidemiology and prevention in 1996 / D. E. Craven, K. A. Steger // Semin. Respir. Infect. – 1996. – Vol. 11. – P. 32-53.
9. Daly K. Reduction in mortality after inappropriate early discharge from intensive care unit: logistic regression triage model / K. Daly, R. Beale, R. W. S. Chang // BMJ. – 2001. – Vol. 322. – P. 1274-1276.
10. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? / A. Donabedian // Amer. J. Publ. Health. – 1981. – Vol. 200. – P. 409-412.
11. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality / A. Donabedian // Arch. Pathol. Lab. Med. – 1990. – Vol. 114. – P. 115-119.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

12. Durocher A. Nosocomial infection as indicator of the healthcare quality in intensive care units // *Hygienes* 2004. – Vol. 7. – P. 361-369
13. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit / S. M. Berenholtz, P. J. Pronovost, P. A. Lipsett [et al.] // *Crit. Care Med.* – 2004. – Vol. 32. – P. 2014-2020.
14. Evaluating Central Venous Catheter Care in a Pediatric Intensive Care Unit / C. Hatler, L. Buckwald, Z. Salas-Allison [et al.] // *American Journal of Critical Care.* – 2009. – Vol. 18. – P. 514-520.
15. Garland A. Critical care reviews. Improving the ICU. Part 1 / A. Garland // *CHEST.* – 2005. – Vol. 127. – P. 2151-2164.
16. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee / O. C. Tablan, L. J. Anderson, R. Besser [et al.] // *MMWR Recomm Rep.* – 2004. – Vol. 53. – P. 1-36.
17. Horbar J. D. The Vermont-Oxford Neonatal Network: integrating research and clinical practice to improve the quality of medical care / J. D. Horbar // *Semin Perinatol.* – 1995. – Vol. 19. – P. 124-131.
18. Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the incidence of catheter-related bloodstream infections / W. Zingg, A. Imhof, M. Maggiorini [et al.] // *Crit. Care Med.* – 2009. – Vol. 37. – P. 2167-2173.
19. Impact of quality-of-care factors on pediatric intensive care unit mortality / M. M. Pollack, T. T. Cuerdon, K. M. Patel [et al.] // *JAMA.* – 1994. – Vol. 272. – P. 941-946.
20. Improved outcomes from tertiary and nontertiary facilities / M. M. Pollack, S. R. Alexander, N. Clarke [et al.] // *Crit. Care Med.* – 1991. – Vol. 19. – P. 150-159.
21. L'Hyriteau F. Impact of a five-year surveillance of central venous catheter infections in the REACAT intensive care unit network in France / F. L'Hyriteau, M. Olivier, S. Maugat // *J. Hosp. Infect.* – 2007. – Vol. 66. – P. 123-129.
22. Morriss F. H. Adverse Medical Events in the NICU Epidemiology and Prevention / F. H. Morriss // *NeoReviews.* – 2008. – Vol. 9, № 1. – P. e8.
23. McMillan T. R. Bringing quality improvement into the intensive care unit / T. R. McMillan, R. C. Hyzy // *Crit. Care Med.* – 2007. – Vol. 35, № 1. – P. S59-S65.
24. Measuring quality: from system to the provider / D. B. Evans, T. T. Edejer, J. Lauer [et al.] // *Int. J. Qual. Health Care.* – 2001. – Vol. 13, № 6. – P. 439-446.
25. Our Commitment to Quality and Patient Safety. Режим доступу: <http://www.erlanger.org/quality/PatientSatisfaction.asp>
26. Pressure Ulcer Pain: A Systematic Literature Review and National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper Режим доступу: <http://www.o-wm.com/content/pressure-ulcer-pain-a-systematic-literature-review-and-national-pressure-ulcer-advisory-pane>
27. Quality in Critical Care – Beyond 'Comprehensive Critical Care' Quality Critical Care – recommended actions for Strategic Health Authorities (SHAs) Режим доступу: <http://www.ijccm.org/article.asp?issn>
28. Quality indicators in critically ill patients / [M. C. Delgado, L. C. Pericas, J. R. Moreno et al.] – SEMICYUC work groups, 2005. – 199 p.
29. Quality of neonatal care and outcome / D. Acolet // *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.* – 2008. – Vol. 93. – P. F69-F73.
30. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: guidelines for preventing health-care-associated pneumonia / O. C. Tablan, L. J. Anderson, R. Besser [et al.] // *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* – 2004. – Vol. 53. – P. 1-36.
31. Valentin A. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects / A. Valentin, P. Ferdinande, ESICM Working Group on Quality Improvement // *Intensive care medicine.* – 2011. – Vol. 37(10). – P. 1575-1587.
32. Sharp health care, 2007 Malcolm Baldrige National Quality Award application 2007. Режим доступу: www.sharp.com/Sharp_Community_Benefits_Report_FY2009
33. The effect of an education programme on the incidence of central venous catheter-associated bloodstream infection in a medical ICU / D. K. Warren, J. E. Zack, J. L. Mayfield [et al.] // *Chest.* – 2004. – Vol. 126. – P. 1612-1618.
34. The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infections / S. K. Fridkin, S. M. Pear, T. H. Williamson, [et al.] // *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* – 1993. – Vol. 17. – P. 150-158.
35. Use of simulation-based education to reduce catheter-related bloodstream infections / J. H. Barsuk, E. R. Cohen, J. Feinglass [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 169. – P. 1420-1423.
36. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature / M. DeVoc, W. Graafmans, M. Kooistra [et al.] // *Int. J. Qual. Health Care.* – 2009. – Vol. 21, № 2. – P. 119-129.
37. Venkataraman R. Prevention of Acute Renal Failure / R. Venkataraman, J. A. Kellum // *Chest.* – 2007. – Vol. 131. – P. 300-308.
38. Wheeler D. S. Science and Practice of Pediatric Critical Care Medicine / D. S. Wheeler, H. R. Wong, T. P. Shanley – USA: Springer, 2007. – 199 p.
39. Ковальова О. М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи дитячої анестезіології та інтенсивної терапії в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14. 02. 03 «Соціальна медицина» та 14.01.10 – «Педіатрія» / О. М. Ковальова. – К., 2010. – 39 с.
40. Ковальова О. М. Вплив основних складових діагностичного процесу на летальність у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених дитячих лікарень України / О. М. Ковальова, Р. М. Федосюк // *Вісник проблем біології і медицини* – 2010. – № 1. – С. 138-142.
41. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / [Щепин О. П., Лиденбратен А. Л., Шаровар Т. И., Васюкова В. С.]. – М., 1992. – 122 с.
42. Поліщук О. І. Моніторинг за внутрішньолікарняними інфекціями в неонатологічних стаціонарах / О. І. Поліщук, Л. В. Авдеева, Ю. Ю. Краснова // *Актуальні проблеми організації медичної допомоги новонародженим: наук.-практ. конф., 2003 р.: тези доповідей* – К., 2003. – С. 70.

УДК 616-053. 31-08

ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ ТА ЇЇ МОНІТОРИНГ У ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ ТРЕТЬОГО РІВНЯ

Ковальова О. М.

Резюме. У статті подано сучасний погляд на оцінку якості надання медичної допомоги новонародженим у перинатальних центрах III рівня. Проаналізовано та визначено індикатори якості, адаптовані до національних умов, які характеризують структуру перинатального центру, процес (лікувально-діагностичний процес) та кінцеві результати лікування.

Ключові слова: якість, індикатори, перинатальний центр, новонароджені

УДК 616-053. 31-08

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ И ЕЁ МОНИТОРИНГ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ УКРАИНЫ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Ковалева Е. М.

Резюме. В статье представлены современные подходы к оценке качества медицинской помощи, оказываемой новорожденным в перинатальных центрах Украины III уровня. Предложены индикаторы качества структуры, лечебно-диагностического процесса и конечных результатов лечения, адаптированные к национальным условиям.

Ключевые слова: качество, индикаторы, перинатальный центр, новорожденные.

UDC 616-053. 31-08

Quality Of Medical Care For Newborns And Its Monitoring In The Level Iii Perinatal Centers Of Ukraine

Kovalova O. M.

Summary. The article presents the current approach to the assessment of quality of medical care for newborns in the level III perinatal centers of Ukraine. Quality indicators of structure, diagnostic and treatment process as well as outcomes are offered and adapted to national conditions.

Key words: quality, indicators, perinatal center, newborns.

Стаття надійшла 14.09.2012 р.

Рецензент – проф. Похилько В. І.