

# БЕНЧМАРКИНГЪТ КАТО ЗДРАВНО ПОЛИТИЧЕСКА ТЕХНОЛОГИЯ

К. Чамов

## BENCHMARKING AS HEALTH POLICY TECHNOLOGY

K. Tchamov

**Резюме:** Бенчмаркингът е продължителен систематичен процес, чрез който се идентифицират и прилагат най-добрите практики в различни организации, а също така се адаптират към наличните условия. Характерни за процеса са установяване на стратегическа посока, поставяне на цели, оценка на изпълнението, в сравнение с други, обмен на най-добри практики. Крайната цел на бенчмаркинга е по-добро изпълнение. Бенчмаркингът е ориентиран навън и напред в бъдещето и концентрира едновременно ефективност и ефикасност. Настоящата статия разглежда бенчмаркингът като потенциално средство за политически анализ, с цел да се постигнат подходящи политически подобрения.

**Ключови думи:** бенчмаркинг, здравна политика, стандарти, индикатори, оценка на изпълнението

**Summary:** Benchmarking is an ongoing, systematic process that seeks to identify and implement the best practices used in other organizations and customize such practices to one's own setting. Its defining features include establishing a strategic direction, setting goals, measuring performance in comparison to others, and sharing best practices. The ultimate goal of benchmarking is superior performance. Benchmarking is externally focused, future-oriented and concerned with both efficiency and effectiveness. The present paper is providing consideration to the potential of benchmarking as a tool for policy analysis aimed at introducing relevant policy making improvements. Discussed are the structural elements of the process of benchmarking and the technological aspects of the cycle of its implementation in health policy analysis and development.

**Keywords:** benchmarking, health policy, standards, indicators, performance assessment

### Определение

Бенчмаркингът представлява бизнес технология, използвана през последните години в здравната политика, здравния мениджмънт и клиничната медицина, в рамките, на която здравните организации сравняват отделни аспекти на своите дейности със съществуващите най-добри практики в съответната област. В следствие се планира внедряването на избрани водещи практики с цел подобряване на управленски, организационни или финансови аспекти от дейността. Бенчмаркингът може да бъде едномоментна дейност, но най-често е непрекъснат процес, при който здравните организации непрекъснато се стремят да постигнат по-високи резултати в своята дейност.

Терминологичният речник на СЗО дефинира бенчмаркингът като „процес, при който се измерва крайният продукт на друга организация или служба в съответствие с определени стандарти, за сравнение със собствените резултати и за подобряване на собствения продукт или услуга“ (USAID).

Според определенията на други организации бенчмаркингът представлява:

- “Системен подход за търсене на най-добрите практики, които да осигурят върхова реализация” (EU Commission 1999);
- Задълбочен сравнителен анализ на осъществявана дейност, която подпомага установяването на различия между две сходни структури (UK Parliament Select Committee, 2003).

Според нас бенчмаркингът представлява непрекъснат системен процес, който има за цел да установи и анализира съществуващите най-добри чужди практики в определена област, като ги адаптира и внедрява в организацията реципиент.

#### Видове бенчмаркинг

Търсенето и внедряването на най-добрите практики в медицината и здравеопазването насочва здравните организации към използване на нови методи, идеи и инструментариум за подобряване на своята ефективност. В практически аспект, от гледна точка на процеса на реализация се различават три разновидности на бенчмаркинга със следното предназначение:

- бенчмаркинг на най-добрите практики – диагностични, лечебни, рехабилитационни, организационни и др.;
- бенчмаркинг на процеси и технологии – в здравеопазването се прилага преимуществено в области като здравна политика, стюардшип, менджмънт на здравни заведения, и др.
- конкурентен бенчмаркинг – прилага се при анализ на конкуренцията в области като производство и търговия.

Последните две форми в технологичен план използват разработени сравнителни стандарти след проучване на конкурентни или сродни организации.

В зависимост от мястото на реализацията бенчмаркингът може да бъде:

- вътрешен – когато се осъществява в рамките на здравната организация реципиент;
- външен – когато се осъществява извън здравната организация с друга подобна, произвеждаща същите продукти или услуги;
- функционален – когато се сравняват подобни функции и сходни процеси, с такива осъществявани в друг сектор; и
- международен – при който в международен план се сравняват здравни разходи, здравно състояние или ефективност и ефикасност от осъществяването в различни държави здравни програми.

Алтернативните възможности на бенчмаркинга в зависимост от нивото на реализация, характера на оценката и използваната информация са представени на таблица № 1

#### Възникване, развитие и полза за управленския процес

През последното десетилетие системите на здравеопазване в европейските държави претърпяха редица реформи, в основата на които бе заложена идеята за разработка и

реализация на стратегически цели и на показатели за оценка на резултатите. Концепциите заложили в реформаторските интервенции включват използване на иновативни техники и подходи като: управление чрез цели и приоритети, здравнополитически анализи, оценка на дейността на здравната система, въвеждане на модели за контрол на качеството, стюардшип, бенчмаркинг и др. С въвеждането на показатели за целите на здравната политика и за оценка качеството на медицинската помощ възникнаха и редица въпроси свързани с ограничените възможности на съществуващите системи от показатели, за тяхната валидност и надеждност. Съществуващата практика показва, че те рядко биват обект на експертна оценка, целяща тяхната актуализация във времето.

Като технология бенчмаркингът бе разработен и апробиран с цел развитие и оценка на започналата реформа на здравното осигуряване в САЩ по време на президента Б. Клинтън. Използването му се налага от Bulletin of the World Health Organization потребността за реформиране на „една високо технологична, но неефикасна и неравнопоставена система на здравеопазване, която не осигурява пълно покритие и универсален достъп на гражданите до медицинска помощ“, каквато е здравната система на САЩ (1,7,17).

С публикуването на доклада на СЗО „Health systems: Improving performance“ през 2000 година, голям брой държави въведоха използването на международния бенчмаркинг като основа за управление на националната си здравна политика чрез приоритети. (6,21) Специалистите считат, че положителното въздействие, което може да има бенчмаркингът при формулирането на всяка национална здравна политика следва да бъде обект на целенасочена ретроспективна и проспективна оценка (4,10).

Бенчмаркингът намира приложение при формулиране на здравната политика, в стратегическия и оперативен мениджмънт, в организацията на здравеопазването, в здравната промоция и профилактика, в клиничната медицина, качеството на медицинската помощ и др. Той представлява съвременен управленски инструмент, чрез който може да се преодолява т.н. *„парадигма на слепотата“*, намираща отражение в ретроградното схващане, че: *„начинът по който ние правим нещата е най-добрият и това е така защото сме го правили винаги“* (3,5).

Бенчмаркингът предлага широк набор от организационни и управленски ползи, които включват:

- по-добро оперативно и стратегическо

Таблица 1. Алтернативни възможности на бенчмаркинга

Характеристики	Алтернативи
Ниво на сравнения	Международни сравнения Национална оценка Регионална оценка
Ниво на оценка	Общопрактикуващ лекар Групова практика ДКЦ Болнични заведения Общинско / областно / национално нива
Насоченост на оценката към	Процес Реализация Качество Крайни резултати
Използвана информация	Статистическа, икономическа, социална Обществена удовлетвореност Институционална отговорност и отчетност Вътрешна оценка и самооценка Обучение, научни изследвания и развитие

- планиране;
- ускорено и целенасочено подобрене в организацията на работа;
- по ефективно изграждане на партньорски мрежи;
- иновативно мислене и по-добри възможности за развитие;
- възможности за бързо реструктуриране на целите;
- подобрена реализация на програми чрез оптимизиране управлението на процеси и дейности и организацията на работа;
- легитимиране на програмните дейности пред финансиращите органи и институции.
- постигане на икономии чрез отстраняване на дублиращи структури и дейности.

За разлика от други подходи за подобряване на качеството, които поставят акцент върху вътрешните процедури, бенчмаркингът добавя ново измерение, като насочва вниманието извън съответната организация в търсене на нови идеи, които да бъдат възпроизведени и адаптирани с цел подобряване на дейността на здравната организация. Като технология той е с външна насоченост и е ориентиран проспективно, като отчита както ефективността, така и ефикасността от дейността на проучваните здравни структури. Процесът на бенчмаркинг

издига оценката на дейностите на по-високо ниво, чрез установяване на най-добрите практики и внедряването им с цел повишаване ефективността на здравните дейности. (9, 12, 15)

Приложението на бенчмаркинга в здравната политика и мениджмънта не е самоцелно, като за определяне потребността и очакваните крайни резултати се използват въпросници като представеният на Таблица 2.

#### **Технологични аспекти на приложението**

Бенчмаркингът съдържа шест основни стъпки, формиращи цикъла на неговата реализация:

- Избор на процеси, дейности и програми, които приоритетно се нуждаят от бенчмаркинг;
- Събиране и анализ на вътрешна за организацията информация; избор на показатели за оценка на дейността;
- Събиране и анализ на външна информация и избор на външни партньори;
- Определяне на най-добрите практики и анализ на недостатъци в дейността на организацията;
- Подготовка на план за внедряване на новата практика и реализацията му за преодоляване на установените недостатъци;
- Мониторинг на резултатите и адаптиране

на показателите за сравнение.

#### Критерии за избор на показатели

Използването на показатели в управленската практика преследва следните няколко важни за здравната политика и практика цели:

- да се осигури отчетност пред управленските и финансиращи органи;
- да се установят области и структури със слаби резултати, както и водещите здравни заведения;
- да се подпомогнат пациентите и купувачите на медицинска помощ при избора на лекуващ лекар, здравно заведение и договорен партньор;

Счита се, че този подход чрез целенасочено събиране анализ и оценка на информацията, улеснява постигането на формулираните в здравната политика цели. (20,22,23,24) Цикълът на реализация на този модел, използващ техники на бенчмаркинга е представен на фигура № 1.

Процесът за избор на показатели за оценка е един от най-важните в технологията на бенчмаркинга. Ефектът от неговата реализация се повишава значително ако оценката на добрите практики се прави с целево подбрани измерители, избрани въз основа на критерии за съответствие и полезност, а не само като

**Таблица 2.** Въпросник за определяне потребността от бенчмаркинг и вроятността за положителен краен резултат

№	Въпроси / отговори	Да	Не
1.	Съществува ли потребност от бенчмаркинг в съответната област и / или здравна организация?		
2.	Съществуват ли измерители за определяне на „най-добрата практика“?		
3.	Възможно ли е подобрене на резултатите от дейността на организацията?		
4.	Съществува ли желание за промяна сред ръководството и персонала?		
5.	Съществува ли подробно описание на известните най добри практики?		
6.	Може ли да бъде оценена очакваната ефективност и ефикасност?		
7.	На лице ли е необходимата информация?		
8.	Ако необходимата информация липсва, възможно ли е нейното получаване с наличните ресурси?		
9.	Съществува ли необходимата експертна компетентност?		
10.	Каква е ресурсната осигуреност за реализация на проекта?		
11.	Отговарят ли целите и крайните резултати на изискванията за специфичност, измеримост, достижимост, реалистичност и времетраене?		

Адаптиран от: Middlessex-London Health Unit Benchmarking Checklist

- да подпомогне предоставящите здравна помощ при избора на области и дейности нуждаещи са от подобрене;
- да осигурят необходимата за функциите на общественото здравеопазване статистическа, епидемиологична и друга информация за планиране, оценка и стратегическо развитие.

Здравно-политическият „модел за оценка на здравните дейности“ (Health Performance Measurement Model) разработен от С. Нътли и П. Смит се базира на използването на определени за целта групи от показатели за планиране, мониторинг, контрол и оценка на дейностите.

налични данни. Критериите за подбор на необходимите показатели изискват те да бъдат: валидни, надеждни, обективни, ефективни, сравними, възпроизводими, повторяеми, лесни за интерпретиране, налични и др. В европейската практика съществуват разработени набори от адекватни показатели, които се използват по предназначение. (19, 20, 21) В тази насока интерес представляват разработките на Европейското Регионално бюро на СЗО и на Комисията на Европейския Съюз. (8,13,2) Основните групи показатели използвани при различни по характер бенчмаркингови проекти включват:

- Социалноикономически показатели

- Показатели характеризиращи националната здравна политика
- Демографски показатели
- Здравни показатели
- Показатели за начина на живот и здравните навици
- Показатели за околна среда и здраве
- Показатели за здравните разходи и финансирането
- Показатели за здравните ресурси
- Показатели за дейността на здравните служби
- Показатели за качество на медицинската помощ и др.

Конкретният набор от показатели в горепосочените групи се избира в зависимост от целите (здравнополитически, управленски, клинични, оценъчни и др.) на бенчмаркинговия проект.

**Използване на бенчмаркинг в международни и национални проекти**

Информацията за националните и международни бенчмаркинг инициативи дава представа за концептуалната рамка, за областите на приложение, използваните техники и получените резултати.

Една от първите международни организации използвали международния бенчмаркинг е *Организацията за Международно Сътрудничество и Развитие* (ОИСР). На базата на международни изследвания и анализи на опита на различните държави и използваните от тях подходи за здравно развитие ОИСР създаде структура за здравнополитически анализи на натрупания положителен национален опит.

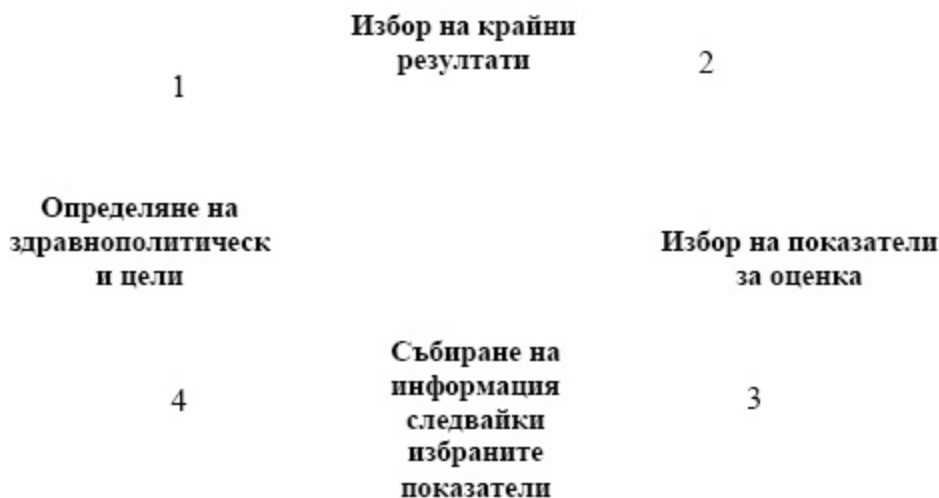
Първоначалните анализи сравняват здравните разходи на отделните държави членки на организацията с получените крайни резултати. По важни разработки на отдела по "Здравна политика" включват:

- Анализ и оценка на дейността на здравните системи и факторите влияещи върху нея в страните от ОИСР (OECD Health Project);
- Разработка на показатели за качеството за отделни специалности, категории здравни заведения и за здравнополитическа оценка (Healthcare Quality Indicator Project).

Целта на тези разработки е да подпомогне менажерите на високо ниво при формулиране на здравна политика базирана на доказателства: за избор на здравнополитически приоритети; за оптимизиране дейността на националните здравни системи; за разработка на минимален набор от унифицирани показатели за оценка качеството на медицинската помощ по заведения и нозологични единици.

Световната Здравна Организация (СЗО) първа използва технологията на бенчмаркинга при реализацията на трите си последователни стратегии „Здраве за всички“. За сравнителна оценка на резултатите от реализацията на Стратегиите на СЗО бе разработен набор от 200 показатели, който подпомагаше бенчмаркинга на здравните тенденции в отделните държави-членки. Представената през 2000 г. нова концепция на Организацията за оценка дейността на здравната система (Health System Performance Assessment) представлява

**Фигура 1.** Цикъл за реализацията на модела за оценка на здравните дейности



технология изградена върху концепцията за определяне границите на системата. Крайният резултат от тази оценка представлява интегрален показател, включващ в себе си: цели и функции; степен на реализация; ниво и разпределение на здравните служби; отзивчивост на системата и адекватност при разпределение на финансовите ресурси. Независимо от факта, че този подход бе обект на интензивни дебати и съмнения, той насочи вниманието към методологичните и технологични предизвикателства стоящи пред здравната политика и здравния мениджмънт. (13,14,16,18)

Международни бенчмаркинг проекти осъществяват и други международни организации като Европейската обсерватория по здравни системи и политика, Фонда на Британската Общност и Комисията на Европейския Съюз.

Бенчмаркингът намира приложение и в управлението на дейностите в обществения и частния сектори в редица държави, Типичен пример представлява Великобритания където развитието на децентрализацията има за резултат разработката на различни здравни стратегии и бенчмаркингови модели за Англия, Уелс, Шотландия и Северна Ирландия. В здравеопазването на Англия е въведена система за бенчмаркинг наречена **„Национална рамка за оценка на изпълнението / дейностите“**. За целта в Националната Здравна Служба се използват специфични показатели за оценка на дейностите в следните 6 области: подобряване на здравното състояние на населението; степен на достъпност на здравните служби; ефективност на здравната помощ; ефикасност; оценка на пациента; и краен резултат от медицинските грижи. Съществен елемент на „националната рамка“ представлява използваната във всички здравни заведения на Англия и Уелс три **„звездна система за оценка на резултатите“**. Системата за ежегодна оценка на здравните заведения предвижда съответни бонуси и санкции. В Шотландия е въведен набор от 45 клинични показателя за оценка на крайните резултати, които се използват за сравнителна оценка и повишаване качеството на лечебната дейност в здравните заведения. (11,22) Националните здравно-политически цели са представени в т.н. „Рамкова програма за оценка на здравните дейности“, която съдържа 60 показателя за количествена и 30 показателя за качествена оценка. Същата програма се използва и за избора на здравно-политически приоритети в Шотландия.

През 2003 г. Франция приема нов закон за общественото здраве. Той предвижда

разработката на пет годишен план за стратегическо развитие на френското здравеопазване съдържащ 100 цели и съответни показатели за оценка в следните пет приоритетни области: злокачествени заболявания; околна среда и здраве; рисково поведение; рядко срещани заболявания; и качество на живота за лицата с хронични заболявания.

Подобни по характер, но различни по съдържание и обхват бенчмаркингови проекти са в ход и в Канада, Италия, Северна Ирландия, Финландия, Швеция и др.

#### **Бенчмаркингът в здравно-политически контекст**

Бенчмаркингът в международните сравнителни изследвания на националните здравни системи оказва положително въздействие върху здравната политика, като стимулира стремеж за развитие, подобрене и стандартизация на национално ниво. В страните изградили национални системи за бенчмаркинг е улеснен и обективизиран изборът на здравни приоритети базирани на доказателства, както и процесът за реализация на националните или регионални цели на здравеопазването. Бенчмаркингът като технология намира най доброто си приложение в областта на общественото здраве и здравеопазване. Използването му допринася за ограничаване на неравнопоставеността в сферата на здравеопазването. Това се подпомага и чрез целенасочени интервенции въз основа на по-качествена епидемиологична информация и подобрена оценка на процеси и дейности.

В здравната политика бенчмаркингът включва използването на цели и показатели за оценка на тяхната реализацията в международен, национален и регионален контекст. Технологично той включва още оценката на национални стратегии, ръководства, наредби, стандарти и др. Това позволява впоследствие те да бъдат адаптирани на регионално ниво или на нивото на конкретно здравно заведение.

Бенчмаркингът и използваните за целта показатели имат висока степен на специфичност в зависимост от конкретните обекти. Пример за това са използваните в проекта на ОИСР „Здравни показатели за качество“ 31 стандартизирани показатели за оценка на качеството в медицинската помощ, допълнени с адекватни за отделните държави и техните здравни приоритети специфични показатели.

За постигане целите на бенчмаркинга, насочени към оценка на здравната политика и ранжиране на нейните приоритети, то изходна точка на този процес следва да бъде оценка на адекватността на политиката и реализацията на целите, а не просто анализа на наличните данни

за крайни резултати.

Съвременен подход в здравната политика е управлението на цели. Той предполага, че при наличието на ясни и точно формулирани цели, политическата рамка на здравното развитие и на бенчмаркинг се управляват и насочват от тях. Пример за това са реализираните национални бенчмаркингови проекти, при които се оценяват дейностите на здравната система в рамките на утвърдените здравнополитически цели. Основните аспекти на концепцията за "управление на цели" в здравната политика и нейните положителни въздействия в здравеопазването и бизнеса са представени на таблица № 3.

#### **Възможни грешки в процеса на бенчмаркинг**

Бенчмаркингът се е превърнал в широко използвана здравнополитическа и управленска технология, целяща да запази конкурентноспособността на здравните организации. При реализацията на бенчмаркинг процеса съществуват редица възможности за грешни решения. Най-честите грешки и някои от възможностите за тяхното отстраняване са представени като:

- **Стремеж за прилагане на най-добри практики за кратко време в рамките на цялата здравна система.** Процесът на внедряване е капиталоемък и труден

за управление. Поради това той изисква прецизност в подбора на адекватни процеси и области при последователност в реализацията на внедрителските интервенции.

- **Пренебрежение към качеството на обслужване и удовлетвореността на пациентите.** Преимуществовото поставяне на акцента върху разходите за медицинска помощ най-често индуцира предоставяне на ограничени по обем и качество услуги за пациентите. Това води до честа смяна на лекуващ лекар и здравно заведение.
- **Възриемане на бенчмаркинга единствено като научно проучване.** Сравнителните анализи на дейността на сходни здравни организации предоставят полезна информация, но не представляват бенчмаркинг процес. Те могат да установят ранговият номер на здравното заведение по отношение качеството на определена дейност, но ограничени само до това не водят до положителни промени.
- **Неприложимост на избраните показатели.** Безкритичното възприемане на чужди показатели, които не отговарят на условията на местния пазар, на потребителските изисквания и ценовите нива в здравната система водят до грешни оценки или до неприложимост. Необходима

**Таблица 3.** Ефекти от приложението на концепцията за "управление на цели" в здравната политика

Основни цели	Бизнес приложение	Приложение в здравеопазването
<b>Краен резултат</b>	Печалба	Подобряване на здравето и качеството на живота. Снижение на заболяемостта и смъртността.
<b>Стратегия</b>	Запазване на водещо място в производството и технологиите	Ограничаване въздействието на рискови фактори. Интервенции сред рисковите групи.
<b>Въздействие върху производителността и качеството</b>	Подобрен баланс между инвестиран труд и ресурси при конкурентни разходи и цени	Повишаване на обхвата и качеството на обслужването. Повишена ефективност/ефикасност.
<b>Маркетинг</b>	Осведоменост и отношение на клиента Маркетингова стратегия	Професионална и обществена осведоменост и отношение. Баланс между търсене и предлагане.
<b>Иновации</b>	Въвеждане на нови производствени технологии. Научна и развойна дейност. Производство на нови продукти и подобряване качеството им.	Използване на нови здравни технологии. Стимулиране на научни изследвания. Подобрен мониторинг и контрол

е предварителна оценка на тяхната приложимост, както и избор на подходящи за бенчмаркинг процеса партньори.

- **Отсъствие на етичен кодекс и на договорно спазване с партньорите.** Следва да съществува яснота за намеренията на партньорите, за каква цел ще бъде използвана предоставената информация и кой ще има правото да я ползва. Това изисква формализиране на постигнатите договорености и наличието на действаща етична рамка.
- **Несъответствие на институционалните цели с тези на националната политика.** Ръководството на стратегическо ниво трябва да приведе бенчмаркинговия проект в съответствие с общите насоки на националната здравна, регионалните и институционални политики на съответните здравни организации.
- **Избор на слабо чувствителни и трудно измерими показатели.** Избират се показатели за оценка на дейности и процеси, които могат да бъдат наблюдавани, измервани и оценявани в количествено и качествено отношение.

#### Използвана литература

1. Brock, D., N. Daniels, Ethical foundations of the Clinton administration's proposed health care system. Journal of the American Medical Association, 1994, 271, 1189 - 1196.
2. Busse, R, Schlette S. (eds). Health policy developments. International trends and analyses. Issue 1/2003. Bertelsmann Foundation Publishers. Available on: [www.bertelsmann-foundation.de/publications](http://www.bertelsmann-foundation.de/publications)
3. Daniels, N., J. Bryant, A.Castano, O.G. Dantes et al. Bchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78 (6): 740 -750.
4. Ellis, J., All inclusive benchmarking, Journal of Nursing Management. 2006; 14 (5): 377- 383.
5. Environmental Health Indicators for the WHO European Region. Survey methods for environmental health assessment. Rep. on the WHO working group meeting, Bonn, 2002, 35 p.
6. Freeman, T., Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. Health Services Management Research. 2002; 15: 126-137.
7. Jenkins, B., policy analysis: models and approaches. In: M. Hill (ed). Policy process & a reader. 2nd edition. Harlow: Prentice Hall, 1997, pp. 30-40.
8. Johansen, K.S., Lessons from Europe on quality improvement: report on the Velen Castle WHO meeting.

Journal of Quality Improvement, 1999; 25 (6):316-29.

9. Kenny, N., Giacomini M, Wanted: a new ethics field for health policy analysis. Health Care Anal. 2005 13 (4): 247-60.
10. Leat, P., C. Shea, M. Studer, V. Wang. IT solutions for patient safety best practices for successful implementation in health care, Healthcare Quarterly. Quarterly. 2006; 9 (1): 94 -104
11. Loveridge, N., Benchmarking as a quality assessment tool. Emergency nurse. 2002; 9 (9): 24-29.
12. McKee, M, Values, beliefs and implications. In: Health targets in Europe: policy, progress and promise. Marshall Marniker, Ed. BMJ books: London, 2002.
13. Murray, C., Towards good practice for health statistics: lessons from the Millenium Development Goal health indicators, The Lancet, 2007; 369 (№ 9564): 862-873.
14. Murray, CJ, Frenk J., A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, WHO. 2000; 78 (6): 717-731.
15. Musungu, S. F., Benchmarking progress in tackling the challenges of intellectual property, and access to medicines in developing countries. Bulletin of the World Health Organization. 2006; 84: 366 - 370.
16. Nutley, S., P.C.Smith, League tables for performance improvement in health care. J. of Health Services Research and Policy, 1998, 3, (1), 50 - 57.
17. OECD Health Data 2003: a comparative analysis of 30 OECD Countries, OECD, Paris, 2003.
18. Peters, D. H., A. E. Elmendorf, K. Kandola, G. Chellaraj, Benchmarks for health expenditures, sevice and outcomes in Africa during the 1990s. . Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78 (6): 761 -769.
19. Pringle M., T.Wilson, R. Grol, Measuring "goodness" in individuals and healthcare systems. BMJ 2002; 325: 704 -707.
20. Ritsatakis, A, Experience in setting targets for health in Europe, European Journal of Public Health, 2000; 10 (Suppl. 4): 7 - 10.
21. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance, WHO, Geneva, 2000, 206 p.
22. Wait, S., Benchmarking. A policy analysis, The Nuffield Trust for research and policy studies in health services, London, 2004, 58 p.
23. WHO / HFA indicators for the new health policy in Europe. Report on a WHO Expert meeting. The Hague, Netherlands, March 2000. EUR/00/5018702, 34 p.
24. Wilson, V., Beynon, C. Introducing benchmarking to Ontario health units. Public health & Epidemiology Report Ontario. 1998; 9 (8): 183 - 185.

#### Адрес за кореспонденция:

Доц. д-р Кънчо Чамов  
Зам. декан, Факултет по обществено здраве  
Ул. „Бяло море“-8, 1527 София