

# КАЧЕСТВОТО - ПРИОРИТЕТ ИЛИ ПСЕВДОПРИОРИТЕТ В УСЛОВИЯТА НА РЕФОРМИРАЩО СЕ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ? - I ЧАСТ

3. Петрова

## QUALITY- PRIORITY OR DEMAGOGY IN THE CONDITIONS OF HEALTH CARE REFORM? -PART I

I. Donchev, I. Batashki, D. Shopov, R Stefanov

**Резюме:** Качеството се приема навсякъде като съществен компонент и основен атрибут (заедно с дейностите и разходите) на здравеопазването. Качественото здравеопазване днес не е лукс, а право на всеки пациент и следва да се превърне в държавен приоритет, особено когато ресурсите са ограничени и се налагат ограничения в бюджета. Подобряването на качеството в системата на здравеопазване се приема като процедури, мерки и действия, насочени към осигуряване от страна на здравните институции на определени стандарти. Те следва да покрият голям диапазон от проблеми в целия процес на здравеопазване, от идентифициране на здравните нужди на пациентите, до подобряване на резултатите от дейностите в системата на здравеопазване и на вътрешно ниво до осигуряване на поддържаща администрация. Системата за повишаване на качеството, която е необходима да се създаде, ще покаже на здравните институции, на финансиращите здравеопазването, на лекари, граждани и обществото като цяло, как се управлява качеството на услугите и какви са резултатите от това. Качеството може да се управлява ефективно само, когато може да се измерва, а това изисква на практика визия, информационна система и ресурси. Настоящата работа се състои от две части, в които се разглеждат въпроси свързани с:

- качеството, като общовалидна категория,
- клиничната пътека – метод за стандартизиране на диагностично-лечебния процес при пациенти със сходни заболявания,
- методите за оценка: чрез стандарти, акредитация, медицински одит в системата на ЗЗО (мониторинг на нива на изпълнение и на връзките с клиентите).

Направен е и опит за анализ на Системите за осигуряване на качеството в България в условията на реформиращо се здравеопазване.

**Ключови думи:** качество, осигуряване на качеството, стандарти, медицински одит, акредитация, мониторинг, управление на качеството, клинични пътеки, приоритети

**Summary:** The quality is deemed to be everywhere in the world a considerable component and fundamental attribute (along with activities and expenses) of health care. Quality health care is not a luxury today but a right of every patient and thus, should become a state priority in particular when keeping in mind that resources are limited and budget are restricted. Improving the quality of healthcare system is seen as procedures, measures and activities geared towards the provision of certain standards by health institutions. They should cover a large scope of problems in the whole process of health care starting from the identification of patients' health needs to the improvement of healthcare system activities and internally to the establishment of adequate administrative levels. Quality improvement system which needs to be established will demonstrate to health institutions, to institutions financing health care, to medical doctors, citizens and society as a whole how service quality is managed and what are the consequent results. Quality can be managed effectively only when it can be measured and this in practice requires vision, information system and resources. The present study is composed of two parts which examine questions related to:

- Quality as an overall category,
- Clinical pathway- method of diagnostic and treatment process standartisation of patients with similar complaints/diseases,
- Assessment methods: via standards, accreditation, medical audit in the Law of health insurance system (monitoring of performance and patients relations).

An attempt has been made to analyse the system of quality assurance in Bulgaria in the conditions of health care reform.

**Key words:** quality, quality assurance, standards, medical audit, accreditation, monitoring, quality management, clinical pathways, priorities



*“Времената са бурни за тези, които предлагат здравни услуги. Намираме се в период на промяна не само на системата на здравеопазване, но и на социалните ценности и очакванията на населението”*

Leary

Качеството е незаменим компонент на съвременното здравеопазване и може да бъде постигнато чрез подходящ мениджмънт на наличните ресурси. Повишаването му изисква промени, но не всяка промяна е подобрене. Ако една система не се промени, може да се очаква само, че тя ще продължава да дава същите резултати. По думите на Д. М. Беруик “Всяка система работи перфектно за постигнатото на резултатите, които тя постига”. В тази фраза се съдържа и основната идея на съвременната теория за повишаване на качеството: **степената на представяне е характеристика на системата**. Дефинирането на понятието качество на медицинската помощ с оглед еднаквото разбиране на неговото съдържание, изисква предварително да се даде отговор първо на въпроса:

*Какво представлява качеството въобще?*

Качеството е категория с широка употреба във всички сфери на обществения живот и показва сложна същност и съдържание. Едно общоприето определение за качеството предполага, че изделията и услугите са качествени, когато отговарят на очакванията на потребителя или качеството представлява определена степен на удовлетвореност на клиента от предоставената му стока или услуга. Непрекъснатото преливане от добро и качествено производство към повишена пазарна реализация на качествения продукт е в основата на **дуалистичния** характер на качеството, което от една страна зависи от производителя, а от друга - от потребителя. Качеството в здравеопазването не е нов термин. Изисквания в това отношение са заложили още в клетвата на Хипократ *“Лекарят трябва да обслужва нуждите на пациента и да не му вреди”*. В различните речници качеството се определя като *“степен на отливното”*, а според теорията за всеобщо качество може да се използва следното определение *“Прави по правилен начин това, което е правилно”*. Съвременната общоприета дефиниция на качество в международния стандарт ISO/DIS 9000: 2000 е: *“възможността на съвкупността от присъщи характеристики на продукт, система или процес да изпълнява изискванията на потребители и други заинтересовани страни”*. На основата на това определение, качеството на медицин-

ския продукт (както и на здравната система или процес) се дефинира като, *“степената, в която съвкупността от характеристики на медицинския продукт (напр. диагностични изследвания, лечебни интервенции и т. н.), на медицински процес (напр. диагностичен, терапевтичен, рехабилитационен и т. н.) или на система (напр. на извънболнична помощ, на болнична и т. н.) позволява задоволяването на определените здравни потребности на пациентите или други заинтересовани страни (напр. друго лечебно заведение)”*.

Концепцията на СЗО за качество на медицинската помощ разглежда качеството, като поставя пациента във фокуса на здравните дейности и усилия: *“Предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат по отношение на здравето, съобразен с актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане на най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение*. В доклада с препоръки N-R 97 на Европейската здравна комисия качеството е определено като *“чертите и характеристиките на един продукт или услуга, които му дават възможност да задоволи, изразените или вътрешни нужди”*.

Болничните лечебни заведения (БЛЗ) в момента се намират под натиска на потребност за задържане на разходите, нови форми на управление, високи изисквания за качествен болничен продукт и стремеж да се запази мисията и целите на болницата. Превръщането на болницата в “пазарен субект” предполага тя да бъде разглеждана като едно предприятие, специализирано в производство на медицински услуги. Качеството на болничния продукт има своите социални и икономически аспекти, изразяващи се в :

(1) Участие на потребителя (индивидуален, съвкупен) при формирането и оценката на качеството.

(2) Ролята на качеството на медицинския продукт за повишаване качеството на живота и посредством него приносът му към развитието на социалната кохезия в обществото.



(3) Балансът между качество и цена, който се постига чрез създаване на продукт с необходимото качество (от гледна точка на потребностите и привлекателна цена от гледна точка на потребителя).

(4) Икономически механизми. Най-силно въздействие имат пазарните условия и механизми, както и материалното стимулиране за постигането високо качество.

(5) Инвестиционна дейност. Стратегията за подобряване на качеството изисква разходи за обучение, квалификация, нова техника и технология.

С оглед постигането на баланс между всички аспекти на качеството ние подкрепяме напълно тезата, че **"качеството струва скъпо, но има нещо по-скъпо от качеството – неговата липса"**. Тук следва да отбележим, че качеството на болничния продукт е от изключително значение за устойчивото развитие на болницата в пазарни условия.

**Втората ключова концепция** при разглеждане на качеството е измерването му. То може да бъде първи етап на всеки подход към оценка на качеството. Измерването е предпоставка за подобряване на качеството – "Ако можеш да го измериш, ще можеш да го подобриш" постановява Covey, 1992 г. Според Edwards Deming "Не може да се контролира това, което не е измерено". Информацията от измерването дава насока за предотвратяване на несъответствията. Използват се следните методи за оценка на качеството:

**Оценка чрез стандарти** – въз основа опита на водещи здравни заведения и специалисти се съставят протоколи – образци за дадена диагностична или лечебна дейност. Те стават база за сравнение с конкретната дейност, чието качество е обект на оценка.

**Медицински одит** – представлява критичен анализ на дейността на лекарите и резултатите от нея, сравнени с приети стандарти.

**Удовлетвореност на пациентите** – "гласът на пациентите" е важно средство за управление на качеството. Чрез проучване на удовлетвореността на пациентите могат да се направят важни изводи за развитието на здравеопазната система и да се оптимизира вземането на решения от здравните институции. Съществуват специално разработени ръководства за провеждане на допитвания и анкети, извличащи най-подходяща и значима информация.

**Интуитивните методи** имат по-ограничено приложение при оценка на качеството на здравното обслужване. Интуитивните методи се използват в т. нар. консенсусни конференции, метода "Делфи", метода "Мозъчна атака" и др.

**Метод на акредитация** – определя се като процес, включващ инспекция / проверка на това дали дадено здравно заведение, персонал или програма съобразява своята дейност с предварително установени стандарти. Целта на Българската акредитационна програма е оценяване на качеството на лечебната дейност като гаранция за защита правата на пациента. Акредитацията се осъществява чрез извършването на:

- Самооценяване.
- Външна оценка.
- Присъждане на оценка.
- Междинен одит.

Българската акредитационна програма се създава на основание на ЗЛЗ и Наредба 1 (ДВ № 38/2000) и с помощта на проект за реформа на здравния сектор, финансиран от Световна банка – подкомитет "Качество на грижите и акредитация". Втората акредитационна програма е Наредба 18 от 20. 06. 2005 г за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, по която в момента се акредитират ЛЗ.

Надеждната оценка на качеството на здравното обслужване предполага използване на различни методи, обединени в широк комплексен подход. За целта е необходимо стандартизиране на начините за оценка на всички компоненти на качеството. Без такова уеднаквяване не би могло да се сравни качеството на предоставената здравна помощ от различните професионалисти и региони. "Науката" за измерване на качеството е все още в началните етапи на развитието си по света и в нашата страна. Възниква въпросът:

**Защо се измерва качеството на здравните услуги?**

Информацията, получена при измерването е необходима за определяне на следното:

**Дали населението в различните региони се обслужва по различен начин?**

Установяване на минимални вариации са неизбежни, но значимите насочват към липса на консенсус по отношение на методите за диагностика и лечение или различия в опита и стила на прилагане на професионалните познания и умения на лекарите. Вариациите могат да се дължат на различия в ресурсите, организацията на здравната помощ, очакванията или поведението на пациентите. При идентифициране на значими различия е необходимо насочване на усилия към установяване на причините за това.

**Дали медицинската помощ се отклонява от стандартите, установени от здравните професионалисти?**

Тази оценка е възможна при наличие на ясни стандарти. Те се установяват сравнително лесно по отношението на лечението (например от националните професионални дружества). Такава информация обаче трудно се предоставя, поради това, че тя не присъства в рутинната административна база данни.

**Дали пациентът е удовлетворен и какво е функционалното му състояние?**

Този аспект на качеството се измерва чрез инструменти, насочени към установяване на пациентското мнение. В България също се използват различни форми за събиране на информация относно мнението на пациента.

**Дали цената за предоставената здравна услуга е разумна?**

Цената е най-достъпният за измерване компонент на качеството. Това се дължи на компютризираното събиране на информация по този повод. Измерването на качеството е комплекс от мероприятия, насочени към събиране на информация, която да потвърди дали са постигнати целите на дадена програма или дейност.

**Показателите или критериите са измерими елементи на клиничната дейност, които са основани на научни доказателства или, за които съществува консенсус и служат за измерване и оценяване на качеството на медицинската помощ и следователно за неговата промяна.**

Измерването на качеството е свързано с оценяване степента на съответствие на изпълнението с предварително установените изисквания. В контекста на подходи за оценка на качеството, стандартът е дефиниран като ясно формулирано очакване, определено от компетентна институция, което описва допустимо ниво на представяне на една организация. Стандарт е документ, който се разработва и определя на базата на общоприети правила и принципи, утвърдени чрез консенсус от експерти, или посредством научно-медицински доказателства, описани в специализираната литература, или на базата на получените резултати от емпирични изследвания. Обобщеното понятие "стандарт в медицината" включва различни по своя обхват правила, принципи на поведение, алгоритми за действие и др., чиято най-обща характеристика е, че изграждат нормативната база на адекватната медицинска практика. Стандартите са метод на структуриран подход към здравеопазването за оптимално

(балансирано) постигане на различни и често разнопосочни цели:

1. тяхното приложение служи като "предпазна мрежа" при организационни и случайни фактори, увеличаващи заболяемостта и смъртността;

2. те отразяват научно обосновавания баланс между силно нарастващите технологични възможности на съвременната медицина с присъщата и висока цена и винаги ограничените финансови и кадрови ресурси;

3. крайно негативният отзвук в публичното пространство към "лекарски грешки" и необходимостта да се защити, на нормативна (научна) основа медицинският персонал от необосновани нападки. От друга страна, при действителни "лекарски грешки" наличието на "писани правила" е адекватният начин за тяхното идентифициране;

4. стандартите са и част от нормативната основа, използвана от здравноосигурителната система (или друга финансираща система) за анализ, оценка и заплащане на медицинска дейност;

5. акредитацията и текущият контрол (одитиране) на организационни структури в медицината е възможна единствено въз основа на общовалидни на национално ниво норми за медицинска практика;

6. стандартите са разумният начин да се очертаят "териториите" на различните медицински специалности. Последно, но без това да изчерпва темата, почти всеки контакт на международна здравна организация или донор в областта на здравеопазването с наши здравни заведения започва с анализ на съответната нормативна база.

На базата на тези основополагащи принципи е създадена и финансово обезпечена **Национална програма "Медицински стандарти в Република България (2001 - 2007 г.)"**, утвърдена с **Решение на Министерски съвет, № 602 от 20 август 2001 година**. До момента са утвърдени 25 стандарта, предстои публикуването на още 5 както и оптимизирането на част от най рано приетите.

**Клиничната пътека (КП)** е конкретен пример за реализиране на стандартите при осигуряване на качеството на медицинската помощ. Клиничната пътека представлява инструкция (указание), описваща обичайния и необходим начин за осигуряване на комплексни медицински грижи за определен тип пациенти и позволяващи да се оценяват отклоненията



от нормата (предписания алгоритъм на поведение) с цел непрекъснато подобряване на БМП. Решаващ фактор при изработването на КП е **мултидисциплинарният подход с консенсусни решения** при постигане на общо съгласие между група експерти. Според нас чрез въвеждане на КП като подход за стандартизиране на болничните грижи и осигуряване на качествата се установяват редица предимства:

- създават възможности всички специалисти, които вземат участие в диагностично-лечебния процес, да бъдат включени в планирането му;
- позволяват координиране на диагностично-лечебния процес;
- въвеждат пациентите в процеса на лечение;
- осигуряват прецизност и поточност на документацията;
- осигуряват планиране и ефективно използване на ресурсите;
- позволяват резултатите на различните лечебни заведения да бъдат измервани и стандартизирани;
- спомагат за редуциране на отклоненията в хода на процеса и резултатите от него;
- позволяват прилагането на система за постоянно подобряване на качеството;
- осигуряват възможност за обучение и ориентиране на персонала и пациентите;
- улесняват комуникациите с финансиращите институции и планиране на бъдещите разходи;
- в условията на здравно осигуряване се използват за финансиране на БМП.

От въвеждането им досега методиката за създаване на КП претърпя сериозно развитие в посока подобряване на структурирането им, опростяване и прецизиране на отчетността и универсализиране на изискванията за медицинско, техническо оборудване и квалификация на персонала. Независимо от това основният алгоритъм за разработване на клиничните пътеки остава един и същ, при което се следват следните стъпки:

**Литературен обзор.** Изготвянето на литературен обзор е първа стъпка в процеса на разработване на клиничните пътеки.

**Избор на тип пациенти** (клинична категория). Изборът на тип пациенти се базира на голям брой случаи, предсказуем тип клинично поведение, интерес от страна на персонала и очевидна възможност за въвеждане на подобрения.

**Сформиране на интердисциплинарен екип.** Разработването на клинична пътека включва формиране на интердисциплина-

рен екип, който трябва да се състои от всички ключови участници в диагностично-лечебния процес.

**Срещи на членовете на екипа.** На тези срещи се вземат решения за вида на прилаганите грижи, разделянето на процеса на отделни епизоди и определяне на времетраенето им.

**Сравняване на сегашната практика с правилата за добра клинична практика.** Клиничната пътека трябва да отразява правилата за добра клинична практика. В тази връзка е задължително извършването на литературен обзор при разработване на клиничната пътека.

**Разработване на клиничната пътека:**

- Идентифициране на желаните резултати.
- Идентифициране на рисковите фактори в процеса на диагностика и лечение на избрания случай.
- Описване на рисковите моменти последователно, за да се оформи клиничната пътека.

**Установяване на система за анализ на отклоненията и разработване на метод за анализ.** Голямо предизвикателство при разработването на клиничната пътека е да се намери подходящ начин за документиране и анализ на отклоненията.

**Прилагане на клиничната пътека и мониториране на отклоненията.**

**Анализ (оценка) на клиничната пътека.** Препоръчаните методи за оценка включват одитиране на схемата, отчитане удовлетвореността на пациента и на избрани групи от персонала.

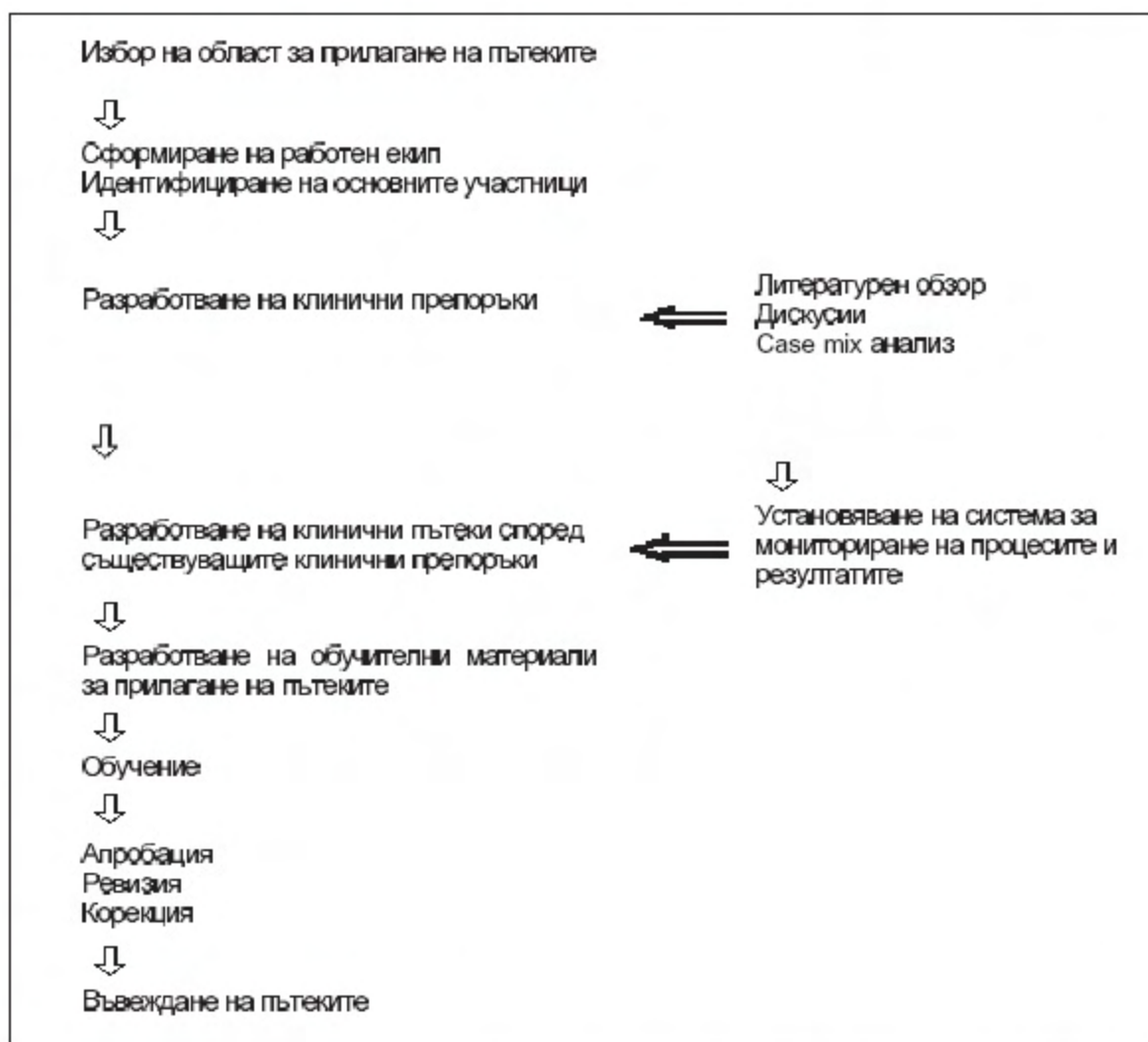
**Усъвършенстването на клиничната пътека е постоянен процес.** За целта е необходимо мониториране, регулярно отчитане и изпробване на схеми за подобряване на грижите.

**Постоянно мониториране** на клиничните пътеки се изисква с цел определяне на тяхното въздействие върху резултата за пациента както и върху финансовата стабилност на финансиращия орган. По този начин се установява и нуждата от промени в клиничната практика.

**Основни недостатъци на методиката за разработване на КП.**

Натрупаният опит при разработването на клиничните пътеки от 2001 година досега, анализите на болничната дейност на всички договорни партньори, както и резултатите от наше проучване на мнението на лекарите за стандартизирането на диагностично-лечебния процес и почувстваните ползи от клиничните пътеки, ни дадоха основание да посочим някои недостатъци в методиката по разработването им.

Схема за разработване на клинични пътеки и мониторирането им.



#### Фиксирани цени на КП.

От 2001 година цените на КП се договарят като фиксирани, точното изпълнение на КП, липсата на показатели за оценка и заплащането от НЗОК за болнична дейност независимо от предоставеното качество, не може да мотивира изпълнителите към осигуряване на по-добро качество. От друга страна фиксираните цени не могат да имат регулираща или санкционираща функция при неосигуряване на качество, поради неизвършване на дейности, липса на високотехнологична апаратура, липса на квалификация или неизпълнение на договорености.

#### Резултати от лечението.

Не са включени критерии за оценка на медицинските и социални резултати от диагностиката и лечението на пациенти по много от клиничните пътеки или не са посочени целите на лечението при хоспитализация. Резултатите от лечението, качеството на предоставени-

те услуги не са обвързани със заплащането, при което всички болници получават едно и също заплащане по КП, независимо от резултата на проведеното лечение.

#### Тежест на състоянието при хоспитализация.

Резултатите от лечението не са обвързани също и с тежестта на състоянието при хоспитализация. Клиничните пътеки предоставиха, като възможност остойностяване за среден случай на тежест. От НРД 2001 до момента се ползват общи за всички специалности и класове заболявания критерии за тежест, които са рамкови и не включват измерими и подлежащи на точна оценка критерии. В момента реалната хоспитализация на групите пациенти с високостепенна тежест на състоянието в по-голямата си част се концентрира в специализирани и университетски болници, а с по-нискостепенна тежест - в общински болници и отчасти в МБАЛ. Причините за това са няколко:



- Реална невъзможност на някои болници да осигурят болнични високотехнологични процедури – липса на съвременна апаратура или квалифициран персонал.

- Освободеният достъп на пациенти до болнична помощ.

- Предпочитания на пациентите.

Т. е. получава се преразпределение на пациенти по болници по признака тежест на състоянието. Като резултат от това преразпределение и независимо от огромните разлики в разходите и фиксираните цени на КП, всички болници получават едно и също заплащане. Това от своя страна води до сериозни диспропорции в покриването на разходи и заплащането на персонала по клинични пътеки, както и демотивация на лечебното заведение за хоспитализация на тежки случаи. Отклоненията които се регистрират в документите, са част от самооценката на лечебните заведения за болнична помощ (методиката за оценка е отразена във втората част на статията) и липсват сигурни доказателства, че тази самооценка се извършва коректно. Отклоненията не са свързани с тежестта на състоянието при хоспитализация. Включенията в клиничните пътеки препоръчителен престой до НРД 2005 и минимален през НРД 2006, няма задължителен характер и няма отношение върху качеството на болничната помощ. Размерите на този престой за всяка клинична пътека са определени на базата на експертни становища на консултанти на НЗОК, а не са разработени на основание на медико-статистически анализи. В момента всички лечебни заведения са икономически мотивирани за скъсяване на средния престой и административното налагане на критерий, свързан с минимален или препоръчителен престой, е нецелесъобразно.

#### Здравни грижи.

В клиничните пътеки здравните грижи са посочени само по параметрите – вид и обем, но не са разработени ясни и точни критерии за тяхната оценка, ролята и ангажиментите на медицинските сестри както и тяхната квалификация.

Програмата за разработване на КП от националните консултанти, научните дружества, водещите специалисти не е финансово обезпечена, представлява интелектуален труд, свързан с време, квалификация, медицина, основана на доказателства, което често води до намалени отговорности, формализъм, неспазване на срокове и др.

**Осигуряване на качество** се отнася за концепции и методи за поддържане или подобряване на качеството на услугите, при което се използва системна оценка на изпълнението при сравняване с предварително определени стандарти, като средство за идентифициране на проблемите в предоставянето на услугите, въвеждане и проследяване на постигнатото подобряване. При осигуряване на качеството се третират два аспекта от системата на здравеопазване: **предоставяне на грижи и управлението на системата**. Процесът на управление на системата на ОК се основава на стандарти и мониториране едновременно на ниво административен и медицински одит. И в двата случая цикълът протича като: (а) оценяване на работата на тези, които предоставят услугите; (б) сравняване на работата с прилаганите стандарти и (в) подобряване на работата. Според нас трябва да се прави разлика между различното разбиране на представителите на медицинската професия от една страна и на финансиращите системата от друга. Всички страни на практика са заинтересовани от отклоненията от нормата. Причина за това е фактът, че отклонението от стандарта е индикация за по-лошо качество. Докато медиците се интересуват от отклонението "грешка" в контекста на получените резултати по време на интервенцията, то финансиращите се интересуват повече от отклоненията от условията на договора. Измерването и оценката на изпълнението са стратегическия управленски инструмент, необходим за ефективното оценяване на резултатите, постигнати от НЗОК и организациите на изпълнителите на медицински услуги. Още в първия НРД 2000 г. са разработени показатели за оценка на качеството на извънболничната медицинска помощ, основани на критериите за **достатъчност, своевременност, ефективност, ефикасност, удовлетвореност**. През 2001 г. с договор за изменение и допълнение на НРД 2001 се създава нов раздел - Качество на договаряната БМП, в който ЛЗБМП разработват програми за осигуряване и подобряване на качеството, както и контрол и оценка от страна на НЗОК по 3-те основни елемента: структура, процес, резултат, от оказаната медицинска помощ. Оценяването се осъществява чрез:

- 1) Въвеждане на клинични показатели по отношение изпълнението на клиничните пътеки.
- 2) Анализ на отклоненията при изпълнението им.
- 3) Контрол по изпълнение на договорите.
- 4) Изследване на удовлетвореността на пациентите от здравна помощ.

5) Анкетиране на болничния персонал по отношение установени ползи от клинични пътеки, затруднения при работа, влияние на екипния подход и др.

(Продължава в брой 6/2007)

### Използвана литература:

1. Борисов, В. Мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Въведение в здравния мениджмънт. Рг Phare, София, 1995
2. Борисов, В., Воденичаров, Ц. Реалности на здравната реформа. Филвест, София, 2000.
3. Борисов, В., Зл. Петрова. Управление на приоритети – управление чрез приоритети., Медицински мениджмънт и здравна политика. XXXI, 2000 (1), 3-9.
4. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт: философия и практика. 2006, 320с.
5. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика. 2003, 230с
6. Давидов, Б. Болничен продукт: измерители и подходи за определяне на разходите по него. Основи на болничното управление. Македония прес, 2000, 451-467.
7. Димова, А. Болничен продукт и неговото качество. Сборник доклади по мениджмънт на качеството, 15 Национална школа за млади учени и специалисти, Издателство Фондация "Еврика", София, 2001, 100-107
8. Договаряне/ Методи на заплащане; ОК/ МО. Стратегически план за въвеждане на система за осигуряване на качеството и медицинския одит в заведенията за здравна помощ в България. Проект Реформа в здравния сектор; Technikas de Salud март 2003
9. Иванова, Т., А.Димова, Г. Гарева. Качество на здравните услуги, в: Болничен мениджмънт. Ред. Л. Иванов, Ж. Големанова, НЦОЗ, 2005, 256-334.
10. Иванов, Л. Подходи и методи за оценка на качеството на медицинското обслужване. Здравната реформа в България, I част, Македония прес 1997, 306-346
11. Костадинова, Т. Качество на здравните услуги и защита правата на пациентите. Здр.ик. менидж., 2, 2002, No3, 28-31

12. Кръшков, Д. Концептуалният метод на системния подход към експертизата на качеството на медицинската помощ. Сп. "Здравен мениджмънт", 2003,1, 56-57

13. Максимова, С. Дългосрочната оценка – критерий за качеството на здравеопазната дейност.Сп. Здравен мениджмънт, 2004, 4,41-43

14. Мартинес, Фр. "Акредитация на болничните заведения. Здравна реформа в България", Македония прес, 1998, 243-257

15. Мутафова, Е., Т. Костадинова. Основни проблеми при акредитацията на лечебните заведения и възможности за нейното усъвършенстване. Здр. ик. Менидж., 1, 2001,No1,37-39

16. Национална стратегия за осигуряване, контрол и постоянно подобряване на качеството на медицинските дейности. София, МЗ, 2002,

17. Попов, М., Давидов, Б. Управление на болницата. Управление на качеството в болницата. Издателство "Св. Климент Охридски", 2004,165-221

18. Република България. Национална здравна стратегия. МЗ, София, април 2001г.

19. Donabedian, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin,1986;12:99-108

20. Donabedian, A., Asubonteng, P. Accountability and quality in managed care: implications for health care practitioners. Int. J. Health Care Quality Assurance, 1998, 11(4): 137-142

21. ISO 9000:2000. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary.

22. ISO 9004- 2, Управление на качеството и елементи на системата по качество, Част 2: Ръководни указания за услуги, София, 1991, 3/ 2000

23. Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations In quality Assurance in Managed Health Care Organizations Chicago: USA.1989

### Адрес за кореспонденция:

Д-р Златица Петрова

НЗОК

ул. Кричим 1, 1407 София

zpetrova@mail.bg

тел. 965 91 80