

Елементи и индикатори за качество на здравните услуги, използвани при оценка на функционирането на здравните системи

Dimensions and Indicators of Quality of Health Care Used for Healthcare Systems' Performance Assessment

Валерия Николова

*Катедра по икономика и управление на здравеопазването,
Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна*

Valeriya Nikolova

*Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health,
Medical University „Prof. Dr. P. Stoyanov“ – Varna*

Резюме: Предоставянето на здравни услуги с високо качество е водеща цел на всяка здравна система. То е и един от основните компоненти, използвани при оценка на функционирането на здравните системи. Качеството се дефинира чрез шест елемента – ефикасност, безопасност, поставяне на пациента в центъра на здравната система, достъп, уместност и непрекъснатост на предоставянето на здравните услуги. Целта на изследването е да се проучат и систематизират най-често използваните елементи и индикатори за качеството, използвани при оценка на системите. Направен е анализ на концептуалните рамки на различни страни и организации и на научни публикации, свързани с темата.

От разгледаните рамки са изведени общо 304 различни индикатора. Голяма част от тях се използват в оценките на всички разгледани страни и са насочени основно към измерване на процеса и резултата от предоставената медицинска помощ. Елементите, съдържащи най-много индикатори, са ефикасността, безопасността и поставянето на пациента в центъра на здравната система.

В част от разгледаните концептуални рамки се забелязват различия по отношение на разбиранията за същността на дадени елементи и индикатори. Това в голяма степен се дължи на диференцирането в разбирането за качеството, модела и целите на здравната система в отделните държави.

Измерването на качеството на здравните услуги има ключово значение при извършване на оценка на функционирането на здравната система. То предоставя информация, чрез която ясно могат да се определят областите, нуждаещи се от подобрене, и е в основата за вземане на важни политически решения.

Ключови думи: измерване, качество на здравните услуги, елементи, индикатори

Abstract: Delivering high quality health care is a central goal of all healthcare systems. Quality of health care is one of the basic components used for health system performance assessment (HSPA). Quality of health care is measured by six dimensions – effectiveness, safety, patient centeredness, access, appropriateness, and continuity of care. This study aims to identify and systematize the most frequently used dimensions and indicators for measuring quality of health care used for health system performance assessment. To achieve this aim the review is implemented on the base of HSPA reports from various countries and organizations as well as scientific publications related to quality of health care.

Founded on the review of conceptual HSPA frameworks are identified 304 different indicators for measuring quality of health care. Most of them are focused on measuring process and outcome of health care. Effectiveness, safety and patient centeredness are the elements consist of the most used dimensions for measuring quality of health care.

Certain differences in understanding of the essence of quality of health care dimensions and indicators were identified in the reports. They could be explained by the diversity of concepts of quality of health care, of health insurance models and of health care system goals in different countries.

Measuring quality of health care is a key significance in health care system performance assessment. It provides important information about areas and components of the health care system which need of improvement as a basis for consequential policy and political decisions.

Key words: health system performance assessment, healthcare quality, quality dimensions, quality indicators

Въведение

Необходимостта от инструмент за оценка на здравните системи и тяхното функциониране, която да предоставя на управляващите и обществото адекватна и навременна информация за състоянието на здравната система [21,41], се определя от редица фактори. От една страна, това са предизвикателства като застаряване на населението, увеличаване на броя на хроничните заболявания, повишаване на очакванията на пациентите, навлизане на нови технологии, увеличаване на разходите за здравеопазване, наличието на неравенства и вариации в качеството при предоставяне на здравните услуги [2,28], а от друга – трудностите, с които здравните системи се сблъскват по отношение на организацията и финансирането [2,24].

Според Smith et al. оценката на функциониране на здравната система (на англ. Health System Performance Assessment, HSPA) е „стремеж да се наблюдава, оценява и съобщава степента, в която различните аспекти на здравната система отговарят на ключовите ѝ цели“ [39]. Тя осигурява по-добро разбиране за същността на здравната система, нейните цели, структура и др. [1]. Използването на този инструмент дава ясна представа колко добре функционира дадената здравна система в сравнение с тази в останалите страни [41] и може да послужи за подобряване на нейното управление [29].

Предоставянето на качествени здравни услуги е водеща цел на всяка здравна система. Качеството е и една от целите за устойчиво развитие на Обединените нации [42]. Неговото измерване е от съществено значение за оценка на функционирането на здравната система. То е представено като „надежден атрибут“ [14] и основен компонент [8,14,25] за оценка на системите. Според някои автори оценяването на дейността на здравните системи всъщност представлява оценка на качеството на медицинската помощ [7]. В доклад Институтът по медицина на САЩ посочва, че подобряването на функционирането на здравната система е тясно свързано с подобряване качеството на здравните услуги [26]. Информацията, получена от неговото измерване, служи за вземане на важни политически решения [41] и за подобряване на отчетността и прозрачността на системата [37].

През последните две десетилетия се наблюдава нарастващ интерес към оценката на функциониране на здравната система от множество страни и организации. От 2001 г. редица държави представят собствени рамки за оценка на здравните си системи, част от които еволюират през годините [9–13, 15–16, 20, 22–23, 30–33, 38, 40, 43–47, 50–51]. Измерването на качеството присъства в почти всички концептуални рамки, което подчертава неговата важност и ключово значение при оценката на функционирането на здравните системи.

През 2001 г. ОИСП стартира проект, насочен към създаването на концептуална рамка за измерване на качеството на здравните услуги чрез сравняване на здравните системи между 23 страни [27]. Целта е да се определят и споделят най-добрите практики за наблюдение, осигуряване и подобряване на качеството. В рамката се търси отговор на въпросите какви концепции или елементи на качеството на здравните услуги трябва да бъдат измервани и как. През 2004 г. Commonwealth Fund представя доклад за измерване на качеството на здравните услуги, сравнявайки здравните системи на Австралия, Канада, Нова Зеландия, Англия и Съединените американски щати [41]. Целта му е да се разработи набор от показатели, които да бъдат използвани за бенчмаркинг и сравнение на функционирането на здравната система между страните.

Според Донабедаян, преди да се пристъпи към измерване на качеството на здравните услуги, е нужно да бъде изяснено какво всъщност представлява то [17]. В литературата се срещат различни формулировки и концепции за качество на здравеопазването, а отделните държави използват различни начини за неговото измерване, които отразяват целите на здравната система. Само в девет [4,15,20,23,41,43–45,50] от разгледаните общо 33 концептуални рамки на отделните страни и организации се посочва конкретна дефиниция на качеството. Всичките са възприели определението на Института по медицина на САЩ от 1990 г., според който „качеството на здравните услуги е степента, в която здравните услуги за индивидите и обществото увеличават вероятността за постигане на желаните здравни резултати и са в съответствие със съвременните професионални знания.“ [26].

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучат и систематизират най-често използваните елементи и индикатори за качество на здравните услуги, използвани в концептуални рамки на отделните страни и организации при оценка на функционирането на здравната система.

За целта са използвани следните източници:

- Рамките за оценка на функционирането на здравната система на 15 страни и развитието им през годините (общо 23 документа) – Белгия [15,20,43,44], Холандия [32], Грузия [45], Малта [23], Нова Зеландия [22], Унгария [40], Англия [16], Португалия [46], Турция, [47] Австралия [9,30,31], Канада [10,11,12,13], Естония [50], Армения [51], САЩ – The Commonwealth Fund – сравнение на американските щати и международно сравнение [38], Латвия [33].
- Доклади на различни организации, отнасящи се за качеството на здравните услуги при оценка на системата (общо 10 документа) – ОИСР [25,27,34,35], СЗО [48,49], Европейски съюз [2,19], Агенцията за проучване на здравеопазването и качеството [4,5].

Изложение

Елементи на качеството на здравните услуги

Елементите, касаещи функционирането на здравната система, се определят като онези измерители и атрибути, показващи в каква степен тя успява да поддържа, възстановява и подобрява здравето на населението [25].

Институтът по медицина на САЩ (ИОМ) определя следните елементи на качеството на здравните услуги – безопасност, ефикасност, поставяне на пациента в центъра на здравната система, навременност, ефективност и справедливост. [26]. Според ИОМ здравните системи, които насочват своите усилия за подобряване на тези елементи, биха отговорили по-пълноценно на потребностите на пациентите.

Въз основа на разгледаните концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система най-често използваните елементи на качеството са ефикасност, безопасност, поставяне на пациента в центъра на здравната система, достъп, уместност и непрекъснатост при

предоставянето на здравни услуги.

- Ефикасността се определя като „постигане на желаните здравни резултати чрез осигуряване на правилните здравни услуги, базирани на доказателства, но само на тези, които биха имали полза от тях.“ [6]. Тя представлява ключов елемент за измерване на качеството, защото се отнася до резултата от предоставената медицинска помощ [25]. Това представлява най-видимото доказателство за правилното функциониране на дадена здравна система. Ефикасността е най-широко застъпена и съдържа най-голям брой индикатори в разгледаните концептуални рамки.
- Безопасността представлява „степената, в която здравната система не нанася вреда на пациента“ [6]. Тя е на второ място по брой показатели след ефикасността. Използва се за измерване на процеса на предоставяне на здравни услуги, което е определящо за постигане на желаните здравни резултати. Това обуславя и тясната ѝ връзка с ефикасността [25]. Подобряването на безопасността е свързано с наличието на подходяща нормативна уредба, медицински стандарти и култура на безопасност [45].
- Поставянето на пациента в центъра на здравната система е „специфичен и труден за измерване елемент“, на който оказват влияние фактори като здравен статус и социо-демографски характеристики [15]. Той показва в каква степен здравната система успява да изпълни основното си предназначение – да бъде в услуга на обществото [25]. В някои източници се среща като *responsiveness* [25,30,45] или *patient experience* [16]. Това е елемент, на който се обръща все по-голямо внимание през последните години. Посочва се, че неговото измерване е от ключово значение за оценка на функционирането на здравната система [18,36] и за подобряване на качеството на здравните услуги [37]. Според Berwick „поставянето на пациента в центъра не представлява един от елементите на качеството на здравните услуги, той е вратата към всички качества“ [36].
- Достъпът се определя като „възможността хората да получат здравни услуги на правилното място, в правилното време, неза-

висимо от дохода, физическата локация и културните различия“ [12]. Измерването на достъпа до медицинска помощ е важен аспект за определяне на качеството, защото той дава информация за способността на здравната система да осигурява необходимата грижа на пациентите. За да бъде определена една здравна услуга като качествена и да постига желаните здравни резултати, тя трябва да бъде предоставена на всички, които имат нужда от нея. В разгледаните концептуални рамки достъпът се измерва основно чрез показатели, отнасящи се до финансовите и физически затруднения, които пациентите срещат при необходимост от медицинска помощ.

- Уместността включва предоставянето на здравни услуги съгласно действащите медицински стандарти. Определя се като „степен, в която предоставяната здравна услуга е релевантна на нуждата от медицинска помощ, основавайки се на най-съвременните доказателства и напредък в дадената област“ [6]. В концептуалната рамка на Белгия [15,44] се посочва, че тя може да бъде оценена по няколко метода, най-честите от които са препоръките, съдържащи се в клиничните медицински стандарти, и анализ на географските различия. Според някои автори уместността представлява част от ефикасността [25]. Това виждане е оправдано, защото без наличието и спазването на медицинските стандарти няма как да се постигнат желаните здравни резултати за населението.
- Непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги е елемент, който се отнася до проследяване на „пътя на пациента“ във всички нива на здравната система. Подчертава важността и необходимостта от налична, добре поддържана и достъпна здравно-информационна система [6]. В концептуалната рамка на Белгия [15,44] се посочват четири негови аспекта – непрекъснатост на информацията в практиките за първична медицинска помощ (възможността за използване на информацията от здравното досие на пациента по всяко време от личния му лекар), осъществяване на добра връзка между личния лекар и неговите пациенти (измерване на честотата на срещите между пациента и

личния му лекар), непрекъснатост на управлението (последователност в предоставянето на медицинска помощ през различните ѝ етапи, т.е. връзка между лечебните заведения за болнична и първична медицинска помощ) и координация при предоставяне на услугите (връзка между различните доставчици на здравни услуги, в случая лечебни заведения за болнична и извънболнична медицинска помощ). Според Hurst et al. този елемент е често представян и като част от поставяне на пациента в центъра на здравната система [25].

Ефикасността, безопасността и поставянето на пациента в центъра на здравната система са трите най-често използвани елемента за измерване на качеството на здравните услуги в разгледаните концептуални рамки. Hurst et al. ги определят като негови основни измерители и атрибути, които могат да доведат до постигане на желаните здравни резултати [25]. Това не означава, че останалите елементи и съответните показатели са с по-малко значение. Както вече беше посочено, уместността и непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги се възприемат като част от въпросните елементи, което може да обясни по-ограниченото им използване като отделни измерения. От друга страна, достъпът присъства като отделен компонент при оценка на функционирането на здравната система, притежаващ свои елементи и индикатори, систематизирани от някои автори в групите физическа наличност, финансова достъпност и навременност [3].

Индикатори за качество на здравните услуги

Основният подход, използван за определяне на показателите за качеството в разгледаните източници, е триадата на Донабедиян структура-процес-резултат. Според някои автори обектите на тяхното измерване трябва да са само процесът и резултатът, защото показателите за структурата не дават достатъчно надеждна информация, касаеща ефикасността и безопасността [25].

Общият брой на индикаторите в разгледаните концептуални рамки по различните елементи е 905. След премахване на повтарящите се индикатори, включително и в смислово отношение,

остават 304 различни индикатора за качество, групирани в описаните по-горе категории. Индикаторите се отнасят основно към измерване на процеса и резултата от предоставената медицинската помощ. Елементът, съдържащ най-много индикатори, е ефикасността, следван от безопасността, поставяне на пациента в центъра на здравната система, достъпът, уместността и непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги (Таблица 1).

По-голяма част от индикаторите за ефикасност в разгледаните концептуални рамки са свързани с качеството в лечебните заведения за първична медицинска помощ. Те дават информация за степента, в която личните лекари успяват да осигурят адекватна и последователна грижа за своите пациенти и се отнасят до така наречените „състояния, подлежащи на амбулаторно лечение“, при които своевременно оказаната медицинска помощ може да предотврати във висока степен усложненията и нуждата от болнично лечение [52].

Индикаторите за безопасност, използвани при оценка на системите, са насочени към измерване на процеса на предоставените здравни услуги в лечебните заведения за болнична помощ. Причината е, че при тях съществува най-голям риск от възникване на нежелани събития. Важно е да се отбележи, че тук присъстват индикатори за смъртност, които по принцип са характерни за ефикасността. Отнасянето на перинаталната и майчина смъртност към този елемент може да бъде обяснено със зависимостта между начина на осъществяване на родилна помощ (т.е. процеса) и настъпването на дадените събития. Това поражда и необходимостта от събиране на информация за тяхната честота.

Поставянето на пациента в центъра на здравната система се измерва чрез индикатори, оценяващи опита на пациента и неговата удовлетвореност от предоставените здравни услуги. Както беше посочено, този елемент придобива все по-голяма важност за оценка на функционирането на здравната система, което предполага развитие и увеличаване на броя на показателите в бъдеще.

Чрез индикатори за достъп в разгледаните източници се придобива представа за затрудненията, които пациентите срещат при необходи-

мост от медицинска помощ, свързани най-вече с физическа и финансова ограниченост.

Индикаторите за уместност дават информация за това доколко дадената услуга или лечение са били именно подходящите за пациента. Чрез тях може да се определи дали има неправилна употреба на дадени медикаменти или неуместно предоставена медицинска услуга.

Измерването на елемента непрекъснатост при предоставянето на здравни услуги дава информация, касаеща наличието на подходяща здравно-информационна система, чрез която може да се проследи „пътят на пациента“ през всички нива на здравната система и поетапно да се оцени предоставянето на определени здравни услуги.

При проучването на концептуалните рамки и систематизирането на индикаторите се открояват някои особености:

- Според Европейската комисия в елемента „ефикасност“ е по-правилно да се използва индикатор, измерващ перинаталната, а не детската смъртност, защото той не е толкова зависим от социо-икономическите фактори и чрез него се добива по-ясна представа за качеството на медицинската помощ [2].
- Индикатори, които повечето страни и организации отнасят към конкретен елемент на качеството, други ги поставят в друг, например:
 - индикаторът, касаещ честотата на ражданията чрез цезарово сечение, е най-често използван за измерване на уместността, а в рамката на Португалия, например, е отнесен към ефикасността [46];
 - индикаторите, даващи информация за имунизационното покритие на деца със задължителните ваксини, и скринингът за рак на гърдата и шийката на матката се употребяват главно за оценка на ефикасността, но някои страни ги използват за измерване на безопасността [51], достъпа [10] или уместността [15,43].

Посочените различия в използването на индикаторите и причисляването им към даден елемент са поредното доказателство за липсата на единно разбиране за същността на качеството на здравните услуги. Като основни причини за това могат да се изтъкнат моделът и целите на здравната система в конкретната страна.

Таблица 1. Най-често използвани индикатори за измерване на качеството на здравните услуги в концептуалните рамки

Елемент	Най-често използвани индикатори
Ефикасност (365 индикатора, от които 134 единични)	<p>Смъртност – 7 индикатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Смъртност вследствие на определени онкологични заболявания (рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво) • 30-дневна смъртност вследствие на инфаркт или инсулт • Детска смъртност • Перинатална смъртност • Предотвратима с добро лечение смъртност • Предотвратима с добра превенция смъртност • Честота на случаите на самоубийство <p>Състояния, подлежащи на амбулаторно лечение – 7 индикатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Прием в болница вследствие на хронично обструктивна белодробна болест (ХОББ) • Прием в болница вследствие на астма • Повторен прием в болница вследствие на астма • Повторен прием вследствие на инфаркт • Болничен прием на възрастни вследствие на усложнения от диабет • Ампутация на долните крайници вследствие на диабет • Повторен прием по спешност в рамките на 28 дни <p>Превенция на инфекциозни и неинфекциозни заболявания – 5 индикатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Скрининг за определени онкологични заболявания (рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво) • 5-годишна преживяемост от определени онкологични заболявания (рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво) • Дял на случаите на многорезистентна туберкулоза (MDR-TB) от всички нови и по-рано лекувани случаи • Честота на ваксинираните възрастни (65+) с противогрипна ваксина • Имунизационно покритие на децата (броят на децата, ваксинирани със задължителните ваксини, включени в имунизационния календар на дадената страна)
Безопасност (207 индикатора, от които 72 единични)	<p>Нежелани събития в резултат на оказаната медицинска помощ, които е можело да бъдат избегнати – 10 индикатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инциденти с паднали пациенти по време на болничния им престой • Честота на случаите на лежачо болните пациенти с декубитални рани • Акушерска травма при нормално раждане с/без инструмент • Случаи на лекарствени грешки • Вътреболнични инфекции-случаи на MRSA (метицилин резистентна Staphylococcus aureus) инфекция • Инфекция на кръвта при пациенти с централен венозен източник • Случаи на постоперативен сепсис • Постоперативен кръвоизлив/честота на хематом • Следоперативна белодробна емболия или дълбока венозна тромбоза • Следоперативна белодробна емболия или дълбока венозна тромбоза вследствие на операция на коляното/бедрото <p>Лекарствена употреба – 3 индикатора</p> <ul style="list-style-type: none"> • Свърхупотреба на лекарства (пет или повече лекарства в рамките на 24 часа) при възрастни 65+ • Продължителна употреба на бензодиазепини при възрастни • Измерване на количеството на изписваните антибиотици <p>Смъртност – 2 индикатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Периоперативна смъртност • Честота на майчината смъртност <p>Състояния, подлежащи на амбулаторно лечение – 2 индикатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Грижа по време на бременност – мерене на кръвно и изследване за сифилис • Честота на повторните хоспитализации <p>Нежелани събития с тежки последици</p> <ul style="list-style-type: none"> • Забравено чуждо тяло по време на процедура <p>Други</p> <ul style="list-style-type: none"> • Процент на кърмените бебета през първите 6 месеца

Поставяне на пациента в центъра на здравната система (73 индикатора, от които 30 единични)	<ul style="list-style-type: none"> • Лекарят включва пациента в решенията относно неговото лечение • Лекарят прекарва достатъчно време с пациента по време на консултация • Лекарят предоставя лесни за разбиране обяснения на пациента • Лекарят предоставя възможност за задаване на въпроси и споделяне на притесненията на пациента
Достъп (59 индикатора, от които 32 единични)	<ul style="list-style-type: none"> • Време за чакане за преглед и хирургия по избор на пациента • Време за чакане в спешен кабинет • Финансови бариери, директни плащания • Разстояние до лечебното заведение/ затруднен физически достъп
Уместност (46 индикатора, от които 20 единични)	<ul style="list-style-type: none"> • Честота на ражданията чрез цезарово сечение • Употреба на антибиотици (веднъж или два пъти годишно) • Пациенти, напуснали лечебното заведение (вследствие на смърт, изписване, трансфер в друго лечебно заведение и др.) • Адекватно проследяване на възрастни пациенти с диабет
Непрекъснатост при предоставянето на здравни услуги (37 индикатора, от които 16 единични)	<ul style="list-style-type: none"> • Повторни хоспитализации при пациенти с психични заболявания рамките на 30 дни • Персонална грижа • Среща с личен лекар седем дни след изписване от болница при възрастни пациенти (65+) • Дял на пациентите с онкологични заболявания, обсъждани от мултидисциплинарни екипи • Съотношение на диабетно болни пациенти, имащи установен план или програма за грижи/ здравно досие/ траектория на грижите

Източник: 2, 4, 5, 9–13, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 25, 27, 30–35, 38, 40, 43–46, 48–51.

Заклучение

Измерването на качеството на здравните услуги има водещо присъствие в различните концептуални рамки и се откроява като важен компонент на оценката. Чрез него се придобива информация за това, дали дадената здравна система успява да осигури подходящата и навременна медицинска помощ и да задоволи здравните потребности на населението. Индикаторите за качество идентифицират областите, които се нуждаят от подобрене и са в основата за вземане на важни политически решения.

Изборът на елементи и показатели зависи от целите, които си е поставила дадената страна, и от това по какъв начин възприема и определя качеството. Подобряването на здравното състояние на населението е водещата цел на здравните системи, което не би могло да бъде постижимо без наблюдение, измерване и подобряване на качеството на здравните услуги. Това обуславя важността и ключовото му значение при оценка на функционирането на здравната система.

Библиография

1. Атанасова Е, Коева С, Димова А, Рохова М. Оценка на функционирането на здравната система – сравнителен анализ на концептуалните рамки. *Здравна политика и мениджмънт*. 2019;19(2):236–243. Достъпен на: https://www.researchgate.net/publication/333825772_Oценка_na_funkcioniraneto_na_zdravnata_sistema_-_sравnitelen_analiz_na_konceptualnite_ramki
2. Европейска комисия. Съобщение на комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване. Европейска комисия. Номер на доклада: COM(2014) 215 final, 2014. Достъпен на: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/BG/1-2014-215-BG-F1-1.PDF>
3. Минев М, Рохова М. Достъпът до здравни услуги като част от оценката на функционирането на здравната система. 2019;72(2):22–30. Достъпен на: https://www.researchgate.net/publication/337991031_Dostpt_do_zdravni_uslugi_kato_cast_ot_ocenkata_na_funkcioniraneto_na_zdravnata_sistema
4. Agency for Healthcare Research and Quality. 2017 National Healthcare Quality and Disparities Report. AHRQ. Report №18–033-EF. 2017. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr17/index.html>
5. Agency for Health Research and Quality. Quality Indicator User Guide: Patient Safety Indicators (PSI) Composite Measures. Agency for Health Research and Quality. 2019. Available from: https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2019/PSI_Composite_Development.pdf
6. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18(Suppl 1): 5–13. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mz1024>
7. Arah O.A, Klazinga NS, Delnoji DMJ, Ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(5):377–398. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/5/377/1787639>
8. Ashton T. Measuring health system performance: A new approach to accountability and quality improvement in New Zealand. *Health Policy*. 2015;119(8): 999–1004. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015001190?via%3Dihub>
9. Australian Institute of Health and Welfare. Australia’s health 2018. Australia’s health series no. 16. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2018 Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7c42913d-295f-4bc9-9c24-4e44eff4a04a/aihw-aus-221.pdf.aspx?inline=true>
10. Canadian Institute for Health Information. Canadian Health Indicators Framework. Health Indicators in the following areas... Available from: https://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/chs/departmental_units/mchp/protocol/media/Canadian_Health_Indicators_Framework.pdf
11. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2008. Ottawa: Statistics Canada’s National Contact Centre. 2008 Available from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-221-x/82-221-x2008001-eng.pdf?st=z_VJZDom
12. Canadian Institute for Health Information. A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2012 Available from: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC2196>
13. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2013. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2013 Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_EN.pdf
14. Canadian Institute for Health Information. International Comparisons: A Focus on Quality of Care. Canadian Institute for Health Information. 2014. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/OECD_AFocusOnQualityOfCareAiB_EN.pdf
15. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance of the Belgian health system – report 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313. D/2019/10.273/34. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf
16. Department of Health. The NHS Outcomes Framework 2011/2012. London. Department of Health, 2010. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213789/dh_123138.pdf
17. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*. 1988;260(12): 1743–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
18. European Commission. So What? Strategies across Europe to assess quality of care. European Commission. 2016. Available from: doi:10.2875/89450
19. European Core Health Indicators. The European Core Health Indicators shortlist of 88 health indicators identified by policy area. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf
20. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Een eerste naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Report number: 128 A, 2010. Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027325.pdf>
21. García-Altés A, Zonco L, Borrell C, Plasencia A. Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gac Sanit* 2006 Jul-Aug; 20(4): 316–24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2660002/pdf/791.pdf>
22. Gauld R, Al-wahaibi S, Chisholm J, Crabbe R, Kwon B, Oh T, et al. Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example. *Health Policy*. 2011;103(2–3): 200–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851011001102?via%3Dihub>
23. Grech K, Podesta M, Calleja A, Calleja N, (ed.). Report on the Performance of the Maltese Health System, 2015. Ministry for Energy and Health Parliamentary Secretary for Health. 2015. Available from: <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/dhir/Documents/HSPA%20%20Malta%20Report%20-%20Final%20050416.pdf>
24. Hejdukova P, Kurekova L. National Health Systems’ Performance: Evaluation WHO Indicatorss. *Procedia – Social and Behavioral Science*. 2016;230:40–248. Available from: https://www.researchgate.net/publication/308736980_National_Health_Systems'_Performance_Evaluation_WHO_Indicators
25. Hurst J, M. Jee-Hughes. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. OECD. Report No. 47, 2001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/788224073713>
26. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington. Institute of Medicine. National Academies Press; 2001. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>
27. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Report No. 23, 2006. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
28. McLoughlin, V; Leatherman, S; Fletcher, M, Owen, J.W.: Improving performance using indicators: recent experience in the United States, the United Kingdom and Australia. *Int J Qual Health Care*. 2001;13: 455–462. Available from: https://www.academia.edu/1331977/Health_systems_performance_indicators_methodological_issues
29. Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. World Health Organization. 2003. Available

- from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42735>
30. National Health Performance Committee. National Health Performance Framework Report. Queensland Health. 2001. Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/cab4b2a3-e55c-48c6-b87f-e39fcd945ac7/nphfr2001.pdf.aspx?inline=true>
 31. National Health Information and Performance Principal Committee. The Australian Health Performance Framework. National Health Information and Performance. 2017. Available from: <file:///C:/Users/Valeriya.Nikolova/Downloads/TD7%20%20NHIPPC%20The%20Australian%20Health%20Performance%20Framework%20September%202017.pdf>
 32. National Institute for Public Health and Environment. Dutch Health Care Performance Report 2014. National Institute for Public Health and the Environment. 2015. Available from: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0050.pdf>
 33. Noto G, Corazza I, Klavina K, Lepiksone J, Nuti S. Health system performance assessment in small countries: The case study of Latvia. *Int J Health Plann Manage.* 2019;34(4):1408–1422. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6919304/>
 34. OECD. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Health at a Glance: Europe. Paris: OECD Publishing; 2018 Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
 35. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Health at a Glance. Paris: OECD Publishing. 2017 Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en
 36. OECD Policy Forum on the Future of Health. People at the Centre. Available from: <https://www.oecd.org/health/ministerial/policy-forum/speakers.htm> [Accessed 15th January 2020].
 37. OECD. Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality. OECD 2017. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>.
 38. Radley D, McCarthy D, Hayes S. Aiming Higher: Results from the Commonwealth Fund Scorecard on State Health System Performance. 2017 ed. New York: The Commonwealth Fund; 2017 Available from: https://interactives.commonwealthfund.org/2017/mar/state-scorecard/assets/1933_Radley_aiming_higher_2017_state_scorecard_FINAL.pdf
 39. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (ed.). Performance Measurement for Health System Improvement: Experience, Challenges and Prospects. The Cambridge Health Economics, Policy and Management series. New York: Cambridge University Press; 2009 Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf
 40. Szigeti S, Evetovits T, Gaal P, Pusztai Z, (ed.). Strengthening health system performance assessment in Hungary: analysis and recommendations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf
 41. The Commonwealth Fund. First Report and Recommendations of The Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators. 2004. Available from: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2004_jun_first_report_and_recommendations_of_the_commonwealth_funds_international_working_group_on_quality_in_ministers_complete2004report_752_pdf.pdf
 42. United Nations. Sustainable development goals. Accepted on 15.01.2020 <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
 43. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, a Desomer A, Van de Voorde C, et al. The Belgian Health System Performance Report 2012: snapshot of results and recommendations to policy makers. *Health Policy.* 2013; 112(1–2): 133–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.010>
 44. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of The Belgian Health System – Report 2015. Belgian Health Care Knowledge Centre. Report number: 259C, 2016. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf
 45. WHO Regional Office for Europe. Georgia health system performance assessment. WHO Regional Office for Europe. 2009. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43311/E92960.pdf
 46. WHO Regional Office for Europe. Portugal Health System Performance Assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf?ua=1
 47. WHO Regional Office for Europe. Turkey Health System Performance Assessment 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/165109/e95429.pdf
 48. WHO. Global Reference List of 100 Core health Indicators. Geneva: WHO; 2015 Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173589/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf?sequence=1
 49. WHO. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health – related SDGs). 2018 Geneva: WHO; 2018 Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 50. World Health Organization Regional Office for Europe. Estonia health system performance assessment – 2009 snapshot. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2009 Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/estonia-health-system-performance-assessment.-2009-snapshot>
 51. World Health Organization Regional Office for Europe. Armenia health system performance assessment 2009. Copenhagen: Who Regional Office for Europe. 2009. Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/armenia/publications/armenia-health-system-performance-assessment>
 52. World Health Organization Regional Office for Europe. Assessing health service delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2016/assessing-health-services-delivery-performance-with-hospitalizations-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-2016>

За кореспонденция:

Ас. Валерия Николова
 Катедра по икономика и управление на здравеопазването
 Факултет по обществено здравеопазване
 Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна
 ул. „Марин Дринов“ № 55, гр. Варна, п.к. 9002
 e-mail: Valeriya.Nikolova@mu-varna.bg
