

Достъпът до здравни услуги като част от оценката на функционирането на здравната система

Access to healthcare by the health system performance assessment

Минчо Минев, Мария Рохова

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

Mincho Minev, Maria Rohova

Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University – Varna

Резюме: Достъпът до здравни услуги е едно от най-често срещаните измерения на здравната система, използвани при разработването на концептуални рамки за оценка на нейното функциониране. Въпреки това достъпът остава трудно измерим и не съществува общовалидна методология за неговата оценка. Осигуряването на достъп до здравни услуги е едно от предизвикателствата пред съвременните здравни системи, като адекватните мерки в тази посока имат потенциал да подобрят значително тяхното функциониране. Разработването и прилагането на такива мерки следва да бъде предшествано от систематична, комплексна и научнообоснована оценка.

Целта на настоящото изследване е да се идентифицират най-често използваните показатели за оценка на достъпа до здравни услуги в контекста на цялостната оценка на функционирането на здравната система. Посредством дескриптивен анализ на релевантна научна литература са идентифицирани и коментирани различните дефиниции и схващания. Анализирани са най-често използваните в международните рамки доклади и публикации, елементи на достъпа до здравни услуги, и е обосновано използването на три от тях за целите на оценката му в България. Направеният литературен обзор идентифицира общо 302 показатели, които се използват или са определени като подходящи за измерване на достъпа. Анализът на събраните показатели откроява най-често прилаганите от тях.

Окончателният набор от показатели за оценка на достъпа служи за идентифициране на основните бариери пред него, като по този начин спомага за разработването на адекватни политики за ограничаване на негативното им въздействие; възприемане на международния опит, съобразен с националните специфики, и не на последно място осигуряване на възможност за международни сравнения.

Ключови думи: достъп до здравни услуги, оценка на функционирането, показатели, здравна система

Abstract: Access to healthcare is one of the most commonly used domains in conceptual frameworks for health system performance assessment. Despite that, assessing the access to healthcare remains a challenge as there is no internationally accepted methodology for its measurement. Ensuring access to care is one of the recent struggles faced by health systems and relevant measures is expected to have a significant impact on their overall performance. To be effective, policy initiatives ought to be preceded by a substantial assessment of access to healthcare.

The study aims to identify the most commonly used indicators for measuring access to healthcare in the context of health system performance assessment. Through descriptive analysis of relevant scientific literature various definitions and understandings of the category have been identified and commented on. The most commonly used dimensions of access to healthcare are analysed, and the use of three of them is justified for its evaluation in Bulgaria. Based on the literature review, a total of 302 indicators that are identified for measuring access have been collected. Analyses of indicators highlight the most commonly used ones.

The final set of indicators for access assessment should enable scientists and policymakers to identify the main barriers, and thus to develop adequate policies. It should reflect international experience and be in line with national specifics, as well. Finally, the indicators should also provide an opportunity for international comparisons.

Keywords: access healthcare, performance assessment, indicators, health system

Въведение

Въпреки различията в организацията и финансирането на здравните системи в страните-членки на Европейския съюз (ЕС) всички те споделят общи ценности – универсалност, достъп до качествени здравни услуги, равнопоставеност и солидарност [2]. Това заключение потвърждава ключовата роля, която има осигуряването на адекватен достъп до качествени здравни услуги, за да можем да говорим за добре функционираща здравна система. Достъпът до здравни услуги е и едно от най-често срещаните измерения на здравната система, използвани при разработването на концептуални рамки за оценка на нейното функциониране [7]. В същото време са налице различия при определянето на елементи на достъпа и при подбора на показатели за неговата оценка. В свое комюнике Европейската комисия посочва, че „достъпът до здравните услуги е трудно измерим и липсва общовалидна за ЕС методология за наблюдението му и за насърчаването на най-добрите практики, като приемането на такава би представлявало важна крачка към намаляване на неравнопоставеността в достъпа до здравни услуги“ [10].

В друго комюнике на Европейската комисия се обръща внимание, че „през последните десет години системите на здравеопазване в Европа са изправени пред все повече предизвикателства – увеличаване на разходите за здравеопазване, застаряващо население, което от своя страна води до повишаване на хроничните заболявания и до мултиморбидност, и това предполага нарастващо търсене на здравни услуги, недостиг и неравномерно разпределение на здравните професионалисти, различия в здравословното състояние и неравнопоставеност относно достъпа до здравно обслужване“ [1]. Барьерите пред достъпа до здравни услуги са определени като едно от предизвикателствата пред съвременните здравни системи, като адекватните мерки, насочени към тяхното ограничаване, имат потенциал да повишат значително ефикасността в работата им. Разработването и прилагането на такива мерки следва да бъде предшествано от систематична, комплексна и научнообоснована оценка на достъпа до здравни услуги.

Целта на настоящото изследване е да се идентифицират най-често използваните показатели

за оценка на достъпа до здравни услуги в контекста на цялостната оценка на функционирането на здравната система. Такава оценка би могла да бъде извършена при положение, че е налице ясно разбиране за тази категория. Това налага изясняване на понятийния апарат, свързан с достъпа, анализ на различните схващания за него и мястото му при една цялостна оценка на функционирането на здравната система.

Достъпът до здравни услуги – дефиниции, интерпретации и елементи

Едно от възприетите схващания за достъпа до здравни услуги е възможността човек да се възползва от тях, когато има нужда или желание [20]. Penchansky предлага възгледа, че достъпът е нивото на съответствие между нуждите на пациента и възможността на здравната система да задоволи тези нужди [36]. Според Aday и Anderson достъпът показва потенциалната възможност и реалното „влизване“ на даден пациент или група от пациенти в здравната система [4].

В някои изследвания достъпът е концептуализиран като елемент на равнопоставеността (equity), включващ наличността, организацията и финансирането на услугите в здравната система [3]. В други източници на достъпа се гледа като детерминанта [30, 53] или компонент [23] на чувствителността (responsiveness) на системата към немедицинските потребности на пациентите. Авторите на рамката „Control Knobs“ представят достъпа като две отделни понятия: физическа наличност (physical availability), която може да бъде измерена чрез разпределението на наличните ресурси (легла, лекари, медицински сестри и др.), съпоставени с броя на населението, и ефективна наличност (effective availability), като втората показва колко лесно е за гражданите да получат здравни услуги [22]. В някои емпирични изследвания термините достъп и използваемост (utilisation) са използвани като синоними [5], поддържайки тезата, че използването на дадена здравна услуга от пациента е доказателство за наличието на достъп до нея. Придържайки се към вижданията на други учени, следва да се посочи, че използваемостта и достъпът не са еквивалентни понятия [26, 29]. Достъпът е свързан по-

скоро с възможността, докато използваемостта е по-скоро проява на оползотворяването на тази възможност. Следователно, необходимо е да се прави разлика между „наличието на достъп“ (having access), разбирано като възможност да се използва услуга, ако е необходима, и „получаването/оползотворяването на достъп“ (gaining access), изразяващо се в реалното използване на здравната услуга [27].

Наличието на дадена услуга е необходимо условие за достъп до нея и може да бъде разглеждано като наличие на предлагане в рамките на системата. След като услугата е налична, се наблюдава действието на различни други

фактори на търсенето и предлагането ѝ, които могат да доведат до ограничаване на нейното използване. От страна на предлагането това могат да бъдат различни финансови бариери (прекомерно висока цена) или организационни такива (ограничено географско разпространение, дълго време за чакане и др.). От страната на търсенето е възможно да са налице различни социо-културни бариери, индивидуални предпочитания и други фактори, възпиращи потребителите от търсене на услугата [35].

Обобщение на някои от различните дефиниции на достъпа е представено в таблица 1.

Таблица 1. Дефиниции за достъпа до здравни услуги

Дефиниция	Автори
Нивото на съответствие между нуждите на пациента и възможността на здравната система да задоволи тези нужди.	Penchansky
Достъпът показва потенциалната възможност и реалното „влизване“ на даден пациент или група от пациенти в здравната система.	Aday и Anderson
Възможността човек да се възползва от здравна услуга, когато има нужда или желание.	Frenk
Възможността или способността хората реално да се възползват от здравни услуги, когато се нуждаят от тях, получавайки определена финансова защита.	WHO

На база на посочените схващания може да се обобщи, че на достъпа се гледа като на връзка между нуждите на населението от здравни услуги, предлагането на тези услуги от системата и равнището на незадоволените здравни потребности.

Видно от посочените определения е, че достъпът до здравни услуги е сложна и многопластова категория. За по-доброто разбиране, интерпретиране, измерване и управление е удачно да се анализират различните му елементи. Водещи автори предлагат различни по брой и състав елементи на достъпа до здравни услуги. Penchansky и Thomas предлагат следните пет [37]:

- ♦ Приемливост (acceptability), разбирана като нагласите и убежденията на ползващите и предлагащите здравни услуги относно характеристиките на другата страна;
- ♦ Поносимост (affordability) – като отношение на нуждите на пациента и разходите, които той/тя следва да направи, за да ги задоволи като съвкупност от преки и непреки разходи;

- ♦ Наличност (availability), отразяваща адекватността на предлагането на здравни услуги като обем и видове спрямо нуждите (търсенето) от такива услуги като обем и видове;
- ♦ Физическа достъпност (physical accessibility), определена като степента на удобство на разположението на местата, в които се оказват здравните услуги спрямо разположението на населението;
- ♦ Удобство (accommodation), отнасящо се до начина на организация на услугите във връзка с нуждите и схващанията на пациента за тяхната уместност (работно време, възможности за запазване на час, време на изчакване и др.).

Clarck съкращава броя на елементите до три, а именно поносимост (affordability), приемливост (acceptability) и наличност (availability) [9]. Frenk от своя страна говори за три аспекта на концепцията [18]. Той разглежда достъпа като понятие, обхващащо в себе си наличността на здравни ресурси и възможността да

бъде оказван определен обем здравни услуги (availability) и приемливостта (най-тесен аспект), която отчита реалната възможност индивидът да получи грижата, от която се нуждае (acceptability).

В свой бюлетин Световната здравна организация определя три елемента на достъпа [16]:

- ◆ Физическа достъпност (physical accessibility) – разбира се като наличието на здравни услуги в рамките на разумно разстояние от нуждаещите се от тях. Следва да са налице удобни времеви диапазони на предлагане на услугите, да се предоставя възможност за лесно записване на часове и да бъде създадена организация на предлагането, която да позволява индивидите да получават услугите, когато се нуждаят от тях;
- ◆ Финансова достъпност (financial affordability) – възможността хората да заплащат за

услугите, които получават, без да изпитват затруднения. Вземат се предвид не само преките разходи, но и непреките и алтернативните разходи (разходи за транспорт, пропуснати ползи поради отсъствие от работа и др.). Достъпността се влияе от покритието на здравното осигуряване и от доходите на домакинствата;

- ◆ Приемливост (acceptability) – тази дименсия е свързана с готовността на индивидите да търсят здравни услуги. Приемливостта е ниска тогава, когато схващането на пациентите е, че услугите са неефективни или когато различни социо-културни фактори (език, възраст, пол, етническа принадлежност, религия и др.) възпират пациентите от търсене на услуги.

Вижданията на някои автори относно елементите на достъпа до здравни услуги са обобщени в таблица 2.

Таблица 2. Обобщение на вижданията за елементите на достъпа до здравни услуги

Интерпретация	Описание	Автор
Три елемента	<ul style="list-style-type: none"> • Достъп (Access)- най-широко; • Наличност (Availability) – наличността на здравни ресурси и техният капацитет; • Приемливост (Acceptability) – възможността индивидът да получи услугите, от които се нуждае. 	Frenk
Пет елемента	<ul style="list-style-type: none"> • Приемливост (Acceptability) – нагласите и убежденията на ползващите и предлагащите здравни услуги; • Поносимост (Affordability) – отношение на нуждите на пациента към разходите, които той следва да направи, за да ги задоволи; • Наличност (Availability) – адекватността на предлагането на здравни услуги като обем и видове спрямо нуждите (търсенето); • Физическа достъпност (Physical accessibility) – удобство на разположението; • Удобство (Accommodation) – начинът на организация на услугите във връзка с удобството на нуждаещите се. 	Penchansky and Thomas
Три елемента	<ul style="list-style-type: none"> • Физическа достъпност (Physical accessibility) – наличието на доставчик на здравни услуги в рамките на разумно разстояние от нуждаещите се от тях; • Финансова достъпност (Financial affordability) – възможността хората да заплащат за услугите, които получават, без да изпитват затруднения; • Приемливост (Acceptability) – свързана с готовността на индивидите да търсят здравни услуги. Приемливостта е ниска тогава, когато схващането на пациентите е, че услугите са неефективни. 	Evans, Justine, Ties
Три елемента	<ul style="list-style-type: none"> • Наличност (Availability) – наличност на ресурсите (материални и човешки); • Използваемост (Utilization) – реално използване на ресурсите от нуждаещите се; • Навременност (Timeliness) – използване, когато са необходими (време за чакане). 	Krug & Freedman

Видно е, че в научната литература, посветена на концепцията за достъп до здравни услуги, не е налице общоприето схващане за неговите елементи. В същото време, за да се направи цялостна оценка, те трябва да бъдат аргументирано определени. Това е удачно да се съобрази с конкретната цел, с която се прави оценката.

В изследваните концептуални рамки за оценка на функционирането на здравните системи се наблюдава многообразие в избора на елементи за оценка на достъпа до здравни услуги. В някои рамки достъпът се измерва в елементите, отразяващи наличността на ресурси (материални и човешки) за оказване на здравни услуги в определени видове и обеми (physical availability); възможността за осигуряване на навременен достъп на пациентите до тези услуги (timeliness) и наличието на финансови бариери, които ограничават достъпа до тези услуги (financial affordability) [12, 31, 44].

В други рамки се изследва и елементът използваемост (utilisation) на здравните услуги [48,49]. Несъмнено наличието на достъп до дадена услуга е необходимо условие за нейното използване, но не и достатъчно. Върху използваемостта оказват влияние и редица субективни фактори, като например страх от интервенцията, предпочитание за използване на алтернативни методи за лечение, отлагане за „по-подходящо“ време и др. Следва да се отбележи и възможността за свръхизползваемост на определени здравни услуги. Ако здравната система е устроена по начин, който да позволява прекомерното използване на здравни услуги, това, при равни други условия, би довело до увеличаване на използваемостта. Показателни в тази насока са изследванията, показващи свръхизползваемостта на болничното лечение в България [42]. Всички тези субективни фактори влияят пряко върху равнищата на използваемостта, а оттам и върху общата оценка за достъпа до здравни услуги, ако използваемостта е включена като елемент на достъпа.

Друг елемент, който намира приложение при оценка на достъпа, е приемливостта (acceptability). Този разрез на достъпа изследва нагласите на пациентите и на предлагачите здравни услуги. Информацията в този разрез би могла

да се ползва за оценка на нивото на доверие на едните участници към другите и към системата като цяло. Факторите, които оказват влияние върху измереното равнище на приемливост, са в голяма степен субективни. Наличието на субективни фактори е предизвикателство пред извършването на цялостна и обективна оценка на достъпа до здравни услуги, която да се използва за целите на оценката на функционирането на здравната система.

Saurman предлага включването на още един елемент на достъпа – осведоменост (awareness), посочвайки, че по-доброто ниво на осведоменост както на пациентите за здравословното им състояние и наличните здравни услуги, така и на доставчиците на здравни услуги за нуждите на населението, при равни други условия, води до подобряване на достъпа и повишаване ефективността на системата [41]. На включването на този елемент може да се гледа като на едно значително разширено разбиране за достъпа, навлизащо в приложните полета на здравното образование и промоцията на здравето. Липсата на утвърдени количествени показатели, методика за измерването и невъзможността за международни сравнения са сред факторите, които правят изследването на този елемент на достъпа трудно приложимо, за целите на цялостната оценка на функционирането на здравната система.

Съобразявайки се с целите на оценката на функционирането на здравната система, от една страна, и с националните особености в България – от друга, предлагаме достъпът до здравни услуги да бъде изследван основно в следните три негови елемента – физическа наличност (physical availability); финансова достъпност (financial affordability) и навременност (timeliness). Това не изключва използването на показатели, характерни за измерване на другите, споменати по-горе, елементи, като информацията от тях би могла да допълни цялостната оценка на достъпа до здравната система. Като следваща стъпка, след изясняване на разбиранията за достъпа и определяне на елементите, които ще бъдат изследвани, може да се пристъпи към избор на подходящ набор от показатели за неговата оценка.

Показатели за оценка на достъпа до здравни услуги

При определяне и систематизиране на показателите за оценка на достъпа до здравната система е приложена методика, състояща се от три последователни етапа:

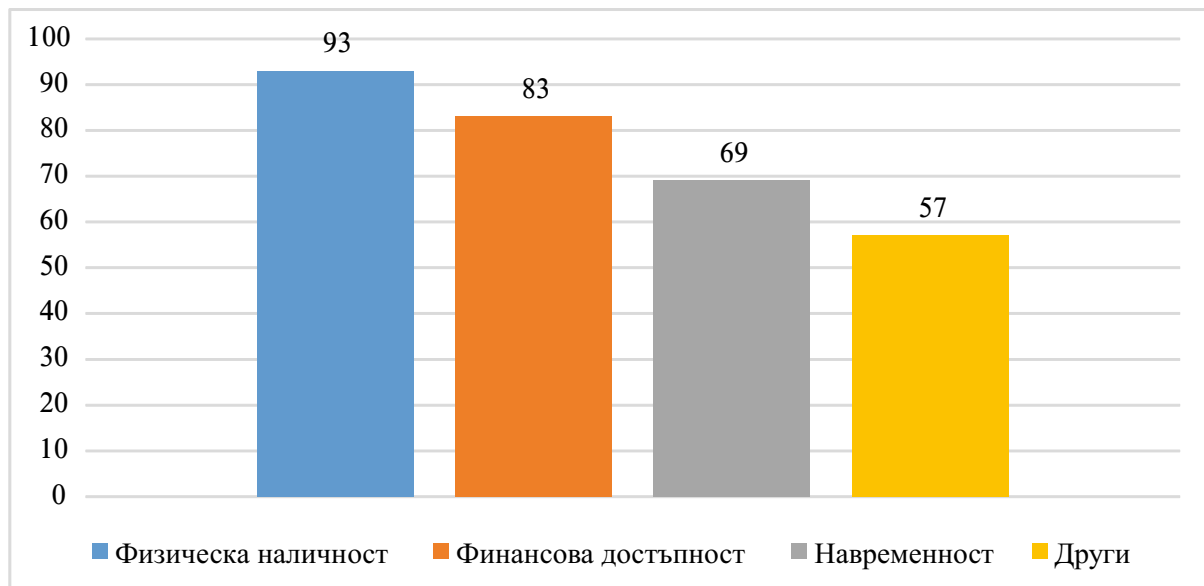
(1) Съставяне на първичен списък от показатели, използвани за оценка на достъпа до здравни услуги – за идентифициране на релевантните показатели са използвани 26 източници, от които:

- ◆ 17 национални концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система със съответните показатели и еволюцията им през различните години и версии на рамките – прегледани са рамките на Белгия за 2010, 2012, 2015 и 2019 г. [17, 44, 45, 12], САЩ – The Commonwealth Fund – сравнение на американските щати и международно сравнение от 2017 г. [40], Холандия [31], Естония [49], Грузия [50], Малта [20], Нова Зеландия [19], Унгария [43], Великобритания [11], Португалия [51], Турция [52], Австралия за 2018 г. [6], Канада [8] и Армения [48]
- ◆ 9 доклада на международни организации и авторски колективи, свързани с оценка

на функционирането на здравната система – Health Consumer Powerhouse – Euro Health Consumer Index [21], Headline indicators [38], 100 Core health indicators [46,47], ESIF toolkit [13], Health at a Glance [32,33], HiT Template for authors 2019 [39], A handbook of indicators 1997 [24].

На база на информацията от тези източници са идентифицирани общо 302 показателя, които се използват или са определени като подходящи за измерване на достъпа, в това число и за целите на цялостната оценка на функционирането на здравната система.

(2) Групиране на идентифицираните показатели – при голяма част от използваните източници, показателите не са групирани спрямо различните елементи на достъпа. Това наложи тяхното групиране и разпределяне в 4 групи. Групите отговарят на предложените по-горе елементи на достъпа до здравни услуги (физическа наличност, финансова достъпност и навременност), като е обособена и четвърта група „други“, в която са поместени показателите, които са извън обхвата на посочените. Обобщените резултати от групирането са представени на фигура 1.



Фиг. 1. Брой на идентифицираните показатели за различните елементи на достъпа

Прави впечатление, че най-голям е броят на показателите за физическа наличност, следвани от тези за финансова достъпност. Това

може да се обясни с факта, че голяма част от утвърдените се показатели в тези дименсии са чисто количествени, информацията за

тях, в много случаи, е лесно достъпна, което ги прави лесно измерими и благоприятства сравненията в национален и международен план.

(3) *Идентифициране на най-често използваните показатели* – извършен е анализ на показателите, целящ да открие тези от тях, които са използвани само в една рамка за оценка на достъпа и тези, които са намерили приложение в две и повече. Част от показателите за оценка на достъпа са специфични за дадената страна и са използвани, за да отговорят на нуждите, за ко-

ито е извършвана оценката. Налице са и такива, които имат по-скоро универсален характер, използвани са за оценка на достъпа до здравни услуги в две или повече рамки и дават възможност за международни сравнения. От фигура 1 става ясно кои са трите елемента на достъпа, за измерването на които има най-много показатели в изследваната литература. Таблица 3 представя най-често използваните показатели за оценка на достъпа до здравни услуги, групирани спрямо тези три елемента.

Таблица 3. Най-често използвани показатели за оценка на достъпа до здравни услуги

Група	Показатели
Физическа наличност	Брой лекари (на 100 000 от населението) Брой медицински сестри (на 100 000 от населението) Брой общопрактикуващи лекари (на 100 000 от населението) Брой лекари по дентална медицина (на 100 000 от населението) Брой на болничните легла (на 100 000 от населението) Дял от населението, живеещо на повече от 30 минути пътуване с лек автомобил до най-близката болница Неудовлетворени нужди от медицински преглед/лечение поради голямо разстояние Неудовлетворени нужди от зъболекарска услуга поради голямо разстояние
Финансова достъпност	Дял на домакинствата с „катастрофални“ здравни разходи Директни плащания на домакинствата за здраве (дял от потреблението на домакинството) Директни плащания на домакинствата за здраве (дял на всички разходи за здравеопазване в страната) Дял на здравноосигуреното население Неизпълнени рецепти поради финансови причини Средна стойност на директните плащания за един ден болнично лечение Неудовлетворени нужди от медицински преглед/лечение поради финансови причини Неудовлетворени нужди от зъболекарска услуга поради финансови причини
Навременност	Време за чакане за планова операция Време за чакане за спешна помощ Време за чакане за амбулаторен преглед (ангиография, ядрено-магнитен резонанс, ултразвук, компютърна томография) Време за чакане над две седмици за преглед от специалист Средно време за чакане за прием в болница Дял на населението, което може да бъде транспортирано до лечебно заведение от спешен екип в рамките на 45 минути Неудовлетворени нужди от медицински преглед/лечение поради прекалено дълго време за чакане

Налице са множество показатели, чиито анализ способства за извършването на количествена оценка на детерминантите на достъпа до здравни услуги. Такива са различните показатели за „време за чакане“, наличност на услугите, равнищата на директните плащания и др. Въпреки това достъпът до здравни услуги трудно може да бъде измерен пряко. Данните за нивата на посочените показатели показват обективното

наличие или липса на даден елемент на търсенето и предлагането на здравни услуги в системата и могат да се използват за идентифициране на бариери пред достъпа, както и за сравнения на национално и международно ниво. Предизвикателство за тях остава измерването на степента, в която наличието на дадена бариера води до ефективно ограничаване на достъпа до здравни услуги. В опит за справяне с тези пре-

дизвикателства в EU-SILC проучването [15] е включено измерването на показателя „наличие на неудовлетворени потребности“ (self-reported unmet needs). Тази променлива показва броя на индивидите и случаите, при които не са успели да получат определена здравна услуга, от която са чувствали нужда, заедно с факторите за това – финансови бариери, голяма дистанция, липса на време, предпочитания и др. Изследването на показателя на европейско ниво показва силна връзка между наличието на такива потребности, от една страна, и доходите и здравето – от друга, а именно – хората, докладващи неудовлетворени потребности, по-често определят здравословното си състояние като лошо [25], а доходите си като ниски [28].

Различни вариации на показателя се измерват и анализират и на базата на други проучвания [34, 14], като различните изследвания се фокусират върху отделни аспекти на показателя – финансови бариери, наличност на услугите, вероятност от настъпване на неудовлетворени нужди в бъдеще и др. Това обуславя вариациите на показателите за неудовлетворени здравни потребности да са сред най-често повтарящите се в различните национални и международни рамки, използвани за оценка на достъпа до здравни услуги.

Това, че посочените в таблица 3 показатели се повтарят в повече от една от изследваните концептуални рамки, не означава, че автоматично следва да се прилагат при оценка на достъпа до здравни услуги в контекста на цялостната оценка на функционирането на здравната система. Окончателният набор от показатели е удачно да отразява както международния опит и практики, така и да отчита националните специфики. Подбраните показатели следва да да-

ват възможност за цялостна оценка на достъпа до здравни услуги, обхващайки най-значимите негови елементи.

Заклучение

Оценката на достъпа до здравни услуги като част от цялостната оценка на функционирането на здравната система е комплексна задача. Сред ключовите фактори, определящи нейното адекватно разрешаване, са: 1) изясняване на концепцията за достъп до здравни услуги, отчитайки различните дефиниции и схващания за понятието в научната литература; 2) научно обоснован избор на елементи на достъпа с цел неговата максимално обективна оценка; 3) конструиране на оптимален набор от показатели, които да дават възможност за извършване на цялостна оценка на достъпа в динамика и статика. Наборът от показатели трябва да способства за идентифициране на основните бариери пред достъпа до здравни услуги, като по този начин спомага за разработването на адекватни политики за ограничаване на негативното им въздействие. Не на последно място, индикаторите следва да осигуряват и възможност за международни сравнения.

Всички тези задачи предполагат задълбочено проучване в търсене на най-добрите решения. Наличието на солиден международен опит в оценката на достъпа до здравни услуги в контекста на цялостната оценка на функционирането на здравните системи е благоприятстващ фактор за разработване на научнообоснован модел, който да отчита съвременните научни достиженията в сферата и да отразява спецификите на национално ниво.

Използвана литература:

1. Европейска комисия. Съобщение на комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване. Европейска комисия. COM (2014) 215 final, 2014. Достъпен на: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/BG/1-2014-215-BG-F1-1.PDF>.
2. Заклучения на Съвета на министрите на здравеопазването относно общите ценности и принципи в системите на здравеопазване в Европейския съюз. 22.6.2006. OB C 146. Достъпен на: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.
3. Aday L, Begley C, Lairson D, Slater C, Richard A, Montova I. A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioural healthcare. *The American Journal of Managed Care*. 1999. 5. p. 25-44.
4. Aday L, Anderson R. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*. 1981. 19 (Suppl.). p. 4-27.
5. Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Measuring equity of access to health care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, (eds). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, UK. Cambridge University Press. 2009. p. 187-221.
6. 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>.

7. Braithwaite J, Hibbert P, Blakely B, Plumb J, Hannaford N, Long JC, et al. Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis. *SAGE Open Med.* 2017;5. Available from: <https://doi.org/10.1177/2050312116686516>.
8. 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.
9. Clark D. Dimensions of the concept of access to health care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine.* 1983. Vol 59. No 1. p. 5-8.
10. Communication from the commission to the European parliament, the Council, the European economic and social committee and the Committee of the regions. Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. European Commission. COM(2009) 567 final. 2009. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=EN>.
11. Department of Health. The NHS outcomes framework 2013/14. London: Department of Health; 2012. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213055/121109-NHS-Outcomes-Framework-2013-14.pdf.
12. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N et al. Performance of the Belgian health system – report 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf.
13. ESIF – European Structural and Investment Funds. Technical Toolkit: set of indicators useful for the final evaluation of actions, developed under the project provision of support for the effective use of European structural and investment (ESI) funds for health investments. 2015. Available from: http://www.esifforhealth.eu/pdf/WP3%283%29_Indicators_FINAL_20150211.pdf.
14. European Social Survey. Round 7 Data. Data file edition 2.2. Norwegian Centre for Research Data. Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC. Norway. 2014. Available from: doi:10.21338/NSD-ESS7-2014.
15. Eurostat. Unmet health care needs statistics. 2018. ISSN 2443-8219. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#General_overview.
16. Evans B, Justine H, Ties B. Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization.* 2013. 91:546-546A. Available from: <http://hsrii.org/wp-content/uploads/2014/07/13-125450-11.pdf> <http://hsrii.org/wp-content/uploads/2014/07/13-125450-11.pdf>.
17. 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>.
18. Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In: White KL, (ed). *Health services research: an anthology.* Washington, DC: Pan American Health Organization. 1992. Vol. Scientific Publication No. 534. p. 842-55.
19. 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.
20. Grech K, Podesta M, Calleja A, Calleja N (eds.). 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>.
21. Health Consumer Powerhouse. Euro health consumer index 2015. Health Consumer Powerhouse. 2016. Available from: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>.
22. Hsiao WC. What is a health system? Why should we care? Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health. 2003. Available from: https://www.mediacenter.fpzg.hr/_download/repository/Hsiao2003.pdf.
23. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, no. 47). Paris 2001. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/788224073713.pdf?expires=1566794512&id=id&accname=guest&checksum=FA50DF7F6EC04798B99B146E2BFAA92>.
24. Knowles J, Leighton C, Stinson W. Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. Partnership for Health Reform. Report number: 1. 1997. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.795&rep=rep1&type=pdf>.
25. Koolman X. Unmet need for health care in Europe. Comparative EU statistics on income and living conditions: issues and challenges. Proceedings of the EU-SILC conference. Eurostat. Helsinki. 2007 p. 183-191. Available from: https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/eusilc/Library/7_publications/SILC.pdf.
26. Le Grand J. The strategy of equality: redistribution and the social services. George Allen and Unwin. London. 1982. Published online by Cambridge University Press: 20 January 2009
27. Masseria C, Allin S, Sorenson C, Papanicolas I, Mossialos E. What are the methodological issues related to measuring health and drawing comparisons across countries? Research note. Brussels: DG Employment and Social Affairs, European Observatory on the Social Situation and Demography. 2007. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.362.2893&rep=rep1&type=pdf>.
28. Mielck A, Kiess R, von dem Knesebeck O, Stirbu I, Kunst A. Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from the SHARE-study. *BMC Health Services Research.* 2009. 9: 52. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-52>.
29. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care.* 1983; 1(4): p. 179–185.
30. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization.* 2000; 78(6): 717–31.
31. 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>.
32. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance: 2013. OECD indicators. OECD Publishing. Paris. 2013. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
33. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle. OECD Publishing. Paris. 2018. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
34. Osborn R, Doty M, Moulds D, Sarnak D, Shah A. Older americans were sicker and faced more financial barriers to health care than counterparts in other countries. *Health Affairs.* 2017. Vol 36 No 12. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/journal-article/2017/nov/older-americans-were-sicker-and-faced-more-financial-barriers>.
35. Papanicolas I, Smith P, (ed.). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. Maldenhead; Open University Press. 2013. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf.
36. Penchansky R. The concept of access, a definition. National Health Planning Information Center, Bureau of Health Planning Resources Development, Department of Health, Education and Welfare 1977.
37. Pechansky R and Thomas W. The concept of access. *Medical Care* FEBRUARY 1981. 19(2):127-14

38. Peric N, Hofmarcher M, Simon J. Headline indicators for monitoring the performance of health systems: findings from the European Health Systems Indicator (euHS_I) survey. *Arch Public Health*. 2018. 76(32).
39. Rachel B, Maresso A, van Ginneken E. Health system in transition – template for authors 2019. WHO Regional Office for Europe. 2019. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/393498/hit-template-eng.pdf?ua=1
40. Radley D, McCarthy D, Hayes S. Aiming higher: results from the Commonwealth Fund scorecard on state health system performance. 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.
41. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2016. Vol. 21(1). p. 36–39.
42. Spranger A, Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, et al. Over-utilising inpatient care: development and reforms to the Bulgarian hospital sector. *Eurohealth*. 2018. Vol. 24 (4) p. 25-28.
43. Szigeti S, Evetovits T, Gaal P, Pusztai Z, (eds.). 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.
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. 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). p. 133-40.
46. World Health Organisation. 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.
47. World Health Organisation. Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). 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>.
48. World Health Organisation Regional Office for Europe. Armenia health system performance assessment 2009. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2009. available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/103385/E92994.pdf?ua=1.
49. World Health Organisation Regional Office for Europe. Estonia health system performance assessment – 2009 snapshot. WHO Regional Office for Europe. 2009. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/115260/E93979.pdf?ua=1.
50. World Health Organisation 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.
51. World Health Organisation 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.
52. World Health Organisation 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.
53. World Health Organisation. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. [online] Geneva: World Health Organization. 2007. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.

Адрес за кореспонденция:

Гл. ас. Минчо Минев, д.и.

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: mincho.minev@mu-varna.bg

Correspondence:

e-mail: mincho.minev@mu-varna.bg
