Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система

Equity Indicators for Health System Performance Assessment

Мария Рохова

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

Maria Rohova

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

Резюме: Равнопоставеността присъства като ключово измерение в повечето концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система. Нейното измерване е един от основните моменти при оценката.

Целта на изследването е да се изведат и систематизират основните показатели, използвани за измерване на равнопоставеността при оценката на функционирането на здравната система. Направен е обзор на доклади на международни и национални организации, както и на научни публикации, които са свързани с оценката на функционирането на здравната система и показателите, които се използват за нейното осъществяване. Дескриптивният анализ на концепцията за равнопоставеност в здравеопазването е придружен със структуриран синтез на показателите, които се използват за нейната оценка – изведените показатели са обединени в няколко групи, като е направен анализ на най-често прилаганите при оценката.

В различните рамки се използват множество различни показатели за равнопоставеност, които зависят от начина на интерпретация на тази сложна категория, и дефиницията, която е възприета в съответната концептуална рамка. Идентифицирани са 359 показатели, които след групиране и премахване на дублирания и сходства са сведени до 157. Най-често използваните касаят равенство в достъпа до здравни услуги за различни групи от населението и справедливост във финансирането, включително и финансова защита. Най-голям брой показатели са идентифицирани в групите, свързани с качеството на здравните услуги и здравния статус на населението.

Различните интерпретации за равнопоставеност водят и до голям брой показатели за нейната оценка и липсата на консенсус за стандартен набор от такива. Измерването на равнопоставеността все още е предизвикателство при оценката на функционирането на здравната система.

Ключови думи: равнопоставеност, оценка на функционирането, показатели, здравна система

Abstract: Equity in healthcare is included as a key dimension in the most conceptual frameworks for health system performance assessment. Measuring equity is one of the cornerstones by the assessment.

The aim of the study is to identify and systematise the primary indicators used to measure equity by the health system performance assessment. A review of reports from international and national organisations as well as scientific publications is completed. The descriptive analysis of the equity concept in healthcare is complemented by a structured synthesis of the indicators used for its assessment - the outlined indicators are grouped, and the most frequently used are analysed.

Plenty of equity indicators are used in different frameworks, depending on how this complex concept is interpreted and the definition adopted in the relevant conceptual framework. The literature review identifies 359 indicators, which, after grouping and removing duplicates and similarities are reduced to 157. The most commonly used concern equity in access to health services for different population groups and equity in financing, including financial protection. The largest number of indicators are identified in the groups related to the quality of health services and health status of the population.

Different interpretations of equity result in a large number of indicators for its assessment and the lack of consensus for a standard set of such. Measuring equity is still a challenge in health system performance assessment.

Keywords: equity, performance assessment, indicators, health system

Въведение

Намаляване на здравните неравенства е цел на много правителства, декларирана в редица политически програми и документи. Проблемът намира отражение в приоритетите на Европейската комисия и на Световната здравна организация (СЗО). Това е една от трите основни цели на втората Програма за действие на Общността в областта на общественото здраве, 2008 – 2013 г. към Европейската здравна стратегия [1], както и на Стратегия 2020 на СЗО [48]. Преодоляването на неравенствата предполага да бъдат редуцирани различията в здравословното състояние между отделните индивиди и групи от населението. Това от своя страна поставя два основни проблема: първо, здравните неравенства са силно повлияни от социално-икономическите детерминанти на здравето, които обикновено са извън обхвата и влиянието на здравните системи, и второ, зависят от личния избор на хората за начина им на живот [25]. Поради това през последните две десетилетия повече внимание се обръща на равнопоставеността в достъпа до здравни услуги или при получаването на медицинска помощ. Равнопоставеността в здравеопазването е една от общите ценности на здравните системи на страните-членки на Европейския съюз, дефинирана като *„равен достъп, който зависи от потребностите, без значение от етнос, пол, възраст, социален статус и икономически възможности“* [14].

Равнопоставеността в здравеопазването се свързва с егалитарната идеология на политическото устройство, според която финансирането на здравната система е според възможностите на всеки, а организацията ѝ предполага равен достъп за всички. Егалитарната гледна точка предполага, че достъпът до здравни услуги е право на всички, а не привилегия само за онези, които могат да заплащат за него [44], а използването на здравни услуги зависи от потребностите, а не от финансовите възможности [41]. Много правителства декларираят политически ангажимент към осигуряване на равнопоставеност в здравната система и егалитарният принцип на равнопоставеност или справедливост при разделянето на финансирането от използването на здравни услуги е заложен в редица политически документи. В тази връзка степента, в която това е постигнато, е важен из-

мерител при оценката на функционирането на здравната система [2].

Равнопоставеността присъства като ключово измерение в повечето концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система – както тези, предложени от СЗО и Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) [26, 3], така и в редица национални рамки. Нейното измерване създава редица методологически предизвикателства, тъй като тя се дефинира по различни начини, свързани с принципни постановки на философията, етиката, икономиката, медицината, общественото здравеопазване и др. Поради това в различните рамки се използват множество различни показатели за равнопоставеност, които зависят от начина на интерпретация на тази сложна категория и дефиницията, която е възприета в съответната концептуална рамка.

Целта на изследването е да се изведат и систематизират основните показатели, използвани за измерване на равнопоставеността при оценката на функционирането на здравната система. Направен е обзор на доклади на международни и национални организации, както и на научни публикации, които са свързани с оценката на функционирането на здравната система и показателите, които се използват за нейното извършване. Дескриптивният анализ на концепцията за равнопоставеност в здравеопазването е придружен със структуриран синтез на показателите, които се използват за нейната оценка – изведените показатели са обединени в няколко групи, като е направен анализ на най-често прилаганите при оценката.

Интерпретации на равнопоставеността в здравеопазването

Понятието „равнопоставеност“ (*equity*) произхожда от латински (*aequitas*) и старофренски (*equité*) и в основното си значение се дефинира като *„честност, безпристрастност и справедливост“* или като *„наличието на едни и същи права“* [32]. За първи път за равнопоставеност и за нейните основни принципи говори Аристотел в труда си *„Ethica Eudemia“*.

Според съвременните схващания равнопоставеността се определя като социална справедливост или честност – етична концепция, обо-

снована от принципите на разпределителната справедливост (при разпределението на благата в обществото) [5, 10]. Счита се, че в основата на концепцията за равнопоставеността в здравеопазването стоят идеите на политическия философ J. Rawls, който дефинира принципите на разпределителната справедливост в обществото. Основната тема в разработките на Rawls е справедливостта като честност (равнопоставеност) – „*justice as fairness*“ – и според неговия първи принцип основните права и свободи трябва да бъдат разпределени поравно в социума [35]. Достъпът до здравни услуги се възприема като основно право, поради което той трябва да бъде еднакъв за всички членове на едно идеално общество [6].

В съвременната литература се обсъждат няколко дефиниции на равнопоставеност в здравеопазването – G. Mooney идентифицира седем, които са свързани с предоставянето на здравни услуги [25]:

- ♦ равенство в разходите за здравеопазване на глава от населението;
- ♦ равенство в ресурсите, отделяни за различните региони;
- ♦ равенство в ресурсите за еднакви потребности;
- ♦ възможност на региона да посрещне пределните нужди (ако потребностите са приоритизирани/ранжирани между регионите);
- ♦ равенство в достъпа при еднакви потребности (еднакви разходи за достъп до здравни услуги);
- ♦ равенство в използването на здравни услуги при еднакви потребности (еднакви разходи и търсене на еднакви услуги);
- ♦ равенство в здравните резултати (в здравния статус) между регионите и/или социалните групи – това предполага често фаворизиране на по-бедните групи или региони, което се определя като „*позитивна дискриминация*“.

Първите две дефиниции не отчитат различията в потребностите, поради което не отразяват напълно идеите на равнопоставеността. Третата интерпретация не отчита други фактори, извън разходите за здравеопазване, които могат да допринесат за нарастване на неравенствата, докато четвъртата дефиниция създава трудности при практическото си приложение.

Най-често се използват последните три дефиниции на равнопоставеността в здравеопазването. Равенството в здравните резултати предполага да бъдат преодоляни т.нар. нечестни или несправедливи здравни неравенства, които се свързват както със социално-икономическите различия между отделни групи от населението, така и със здравните рискове в поведението на хората (напр. тютюнопушене или наднормено тегло). Тази интерпретация, макар и вписваща се в идеите за идеалното общество, реално е неприемлива, тъй като изисква да бъдат наложени много ограничения в начина, по който хората избират да живеят. На практика, еднакви здравни резултати не могат да бъдат постигнати, но една от най-важните цели, която трябва да стои пред здравната политика (и не само), е намаляване на неравенствата в здравословното състояние.

В много изследвания равенството в достъпа до здравни услуги се възприема като равнозначно на равенството в използването на здравни услуги, предполагайки, че когато някой използва здравни услуги, това е доказателство за наличието на достъп до тях [2]. Но има и противници на тази теза, които твърдят, че използването на услуги не е равнозначно на достъпа до тях [23]. Достъпът се отнася до възможностите, а реалната използваемост е свързана с оползотворяване на тези възможности. Различията в използваемостта могат да се обяснят както с различните лични предпочитания, така и с разлики в наличната информация за предлаганите услуги [24]. Равенството в използването на здравни услуги предполага доста активни действия и мерки в здравната политика, както и влагането на много ресурси и изисква дори потенциално приемливите причини за неравното използване на здравни услуги да бъдат премахнати или преодоляни, което донякъде противоречи на правото на свободен избор на индивидите. Докато равният достъп изисква създаването на условия, при които хора с еднакви потребности имат и еднакви възможности за ползване на здравна помощ [9, 29]. Поради различни причини, дори и при равни възможности за достъп, хората могат да не се възползват от тях по еднакъв начин, при което трябва да се направи разграничение между допустими причини, като например индивиду-

алните предпочитания, и такива, които не могат да бъдат разглеждани като справедливи и съответно не бива да се допускат, като различни разходи за здравни услуги или транспортни разходи.

Освен с предоставянето на здравни услуги, равнопоставеността в здравеопазването се дефинира често и от гледна точка на финансирането, при което частните разходи за здравеопазване трябва да зависят от възможностите за заплащане, поради което трябва да бъдат пропорционални на дохода. Съгласно този принцип хората с по-високи доходи трябва да плащат повече и обратно – тези с по-ниски доходи трябва да заплащат по-малко, независимо от рисковете за здравето им или използването на медицинска помощ. С тези постановки се свързват още две разновидности на равнопоставеността – хоризонтална и вертикална. Обикновено в изследванията се разглежда предимно хоризонталната равнопоставеност, дефинирана като ситуация, при която индивиди със сходни потребности от здравни услуги получават еднаква диагностика и лечение, независимо от техните личностни характеристики (особено от дохода) [22]. Тази форма на равнопоставеността може да бъде определена и като случаи, при които хора с еднакви заболявания получават едни и същи ресурси (вложени за тяхното лечение) [42]. Вертикалната равнопоставеност, съответно, се отнася до ситуации, при които хора с различни здравни потребности получават различни здравни услуги. Тя може да се интерпретира и като преференциално лечение за тези, които се нуждаят повече от него.

Хоризонталната и вертикалната равнопоставеност се разглеждат често и в контекста на финансирането на здравната система. Във връзка с тази интерпретация хоризонтална равнопоставеност има в случаите, когато индивиди или домакинства с еднакви доходи имат едни и същи здравни разходи, докато вертикалната равнопоставеност съществува, когато хора с по-големи възможности плащат по-големи здравни вноски и изобщо имат по-големи разходи за здравни услуги [8]. Или здравна система, която се основава на принципите на равнопоставеността, трябва да осигури възможности за използване на услугите съобразно здравните потребности (равнопоставеност

в достъпа до медицинска помощ) и плащания за здравните услуги съобразно платежоспособността (равнопоставеност във финансирането на медицинската помощ) .

От гледна точка на финансирането равнопоставеността се фокусира върху въпроса *„колко справедливо е съобразно платежоспособността на населението“*. Това оказва директно въздействие върху достъпа, тъй като финансовите бариери възникват от системата за финансиране. Една от крайните цели на здравната система според СЗО е справедливото финансиране или справедливото разпределение на финансовата тежест на здравните разходи [26]. Това означава, че никой не трябва да обеднява поради това, че използва здравни услуги. Справедливото финансиране е свързано със защитата на населението от т. нар. катастрофални здравни разходи – това са такива разходи за здравеопазване, които поставят домакинството под линията на бедността. Според СЗО здравните разходи, които са над 40% от разходите на домакинството, приспадайки тези за храна, могат да се определят за катастрофални [54], докато методика, разработена от Световната банка, определя за катастрофални разходи за здравеопазване, които са над 20% от общите разходи на домакинството [45].

Наред с обсъдените дотук осем дефиниции за равнопоставеност в здравеопазването, в литературата се срещат още две. В. Whitehead (1991) добавя към равенството в достъпа и използването на здравни услуги и еднакво качество за всички [43], което означава, че всички получават услугите, които са им нужни, с едни и същи професионални стандарти, включително и времето за консултация. Това предполага да бъдат преодолен достатъчно субективни ограничения (от страна както на медицинския персонал, така и на самите пациенти), поради което трудно може да се приложи на практика.

И накрая, доста по-рядко срещана интерпретация на равнопоставеността намираме в концептуалната рамка на СЗО от 2000 г. – равнопоставеност при посрещане на очакванията на пациентите [26]. В тази първа рамка на СЗО за оценка на функционирането на здравната система се развива идеята, че системата трябва да е чувствителна към очакванията на пациентите, които не са свързани директно с медицин-

ската помощ, която получават (*responsiveness*). Тази концепция е свързана със зачитане на достойнството на пациентите, възможностите им за избор, комуникациите им с медицинските специалисти, условията на престой в лечебните заведения и др.

Показатели за оценка на равнопоставеността в здравната система

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

(1) Идентифициране на използваните показатели – съставяне на пълен списък от показатели. За идентифициране на релевантните показатели са използвани 31 източници, от които:

- ♦ 18 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. [15, 40, 39, 13], САЩ - The Commonwealth Fund – сравнение на американските щати и международно сравнение от 2017 г. [34, 36], Холандия [28], Грузия [50], Малта [17], Нова Зеландия [16], Унгария [38], Великобритания от 2004 и 2012 г. [11, 12], Португалия [51], Турция [53], Австралия за 2001 и 2018 г. [27, 4], Канада [7];
- ♦ 8 доклада на международни организации – СЗО [46, 47, 49, 52, 55], ОИСР [30, 31], Health Consumer Powerhouse – Euro Health Consumer Index [18];
- ♦ 5 научни изследвания на отделни автори, свързани с оценка на функционирането на здравната система [19, 20, 21, 33, 37].

От посочените източници са идентифицирани общо 359 показатели, които се използват или са предложени за измерване на равнопоставеността при оценка на функционирането на здравната система.

(2) Групиране на събраните показатели – показателите са разпределени в 9 групи, които отговарят на основните измерения в концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната система, както и на част от интер-

претациите за равнопоставеност, а именно:

- ♦ детерминанти на здравето/рискови фактори;
- ♦ здравни резултати и здравен статус;
- ♦ достъп до здравни услуги, включително и използваемост;
- ♦ качество на здравните услуги;
- ♦ ориентация към пациента;
- ♦ финансиране и осигурително покритие;
- ♦ финансова защита;
- ♦ ефективност;
- ♦ друго, включително и социално-икономически фактори извън здравната система.

(3) Премахване на дублирания и обединяване на сходни показатели – след групирането показателите са прегледани за дублиране и значително сходство между тях. Дублиращите се показатели, както и тези, които са много близки по значение, са премахнати, като в резултат от това показателите са сведени до 157. Най-често срещаните от тях (тези, които се повтарят в два или в повече източника) са представени в таблица 1.

Показателите, които се използват или предлагат за оценка на равнопоставеността в здравната система, са много разнообразни и на практика обхващат почти всички други измерения на концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната система като качество, достъп, ефективност, здравен статус и др. Това означава, че се използват същите показатели, с малки изключения, които обаче са разгледани по отделни групи от населението. По този начин равнопоставеността дава специфичен разрез на всички останали измерения при оценката – има ли различия между отделни групи от населението. Специфичният момент е, че показателите и по-скоро групите от населението трябва да бъдат подбрани така, че да отразяват т.нар. несправедливи различия, а не такива, които се възприемат като приемливи (като генетично обусловените). В този смисъл не всички разрези по групи, които са идентифицирани в източниците и по-конкретно в някои национални рамки, могат да се определят като подходящи за оценка на равнопоставеността – като напр. някои различия по възраст и по пол.

Най-честите стратификации на населението са по доход (обикновено се използват квинтилни групи), образователно равнище, етнически

произход, по регион или тип на населеното място (град, село), освен по пол и по възраст. В някои страни се използват разделения, които отразяват спецификата на демографската, социално-икономическата и дори геополитическата среда. Например разлики в туземното (местно) население се оценяват в Австралия и Нова Зеландия [4, 16], в САЩ се използва расовият признак за групиране на населението

[34], незаконните имигранти и бездомните са специален фокус в оценката на Холандия [28], ветераните – в Австралия [4], а различията в сексуалната ориентация се отчитат в Австралия и Великобритания [4, 12]. Религиозната принадлежност, наличието на увреждания и осигурителният статус също се срещат като признаци за обособяване на групи от населението при оценката на равнопоставеността.

Таблица 1. Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система

Група	Най-често използвани показатели	Други
<i>Детерминанти на здравето/ рискови фактори</i>	Дял от населението със затлъстяване (ИТМ ≥ 30) Дял от населението (над 18 год.), които употребяват алкохол (повече от 6 напитки при един случай) Дял от населението (над 18 год.), които пушат всеки ден Дял от населението с физическа активност поне 30 мин. на ден Дял от жените (между 50 и 69 год.), преминали скрининг за рак на гърдата Дял от жените, преминали скрининг за рак на шийката на матката през последните 3 години Дял от населението с ежедневна консумация на зеленчуци и плодове Имунизационно покритие на децата Имунизации срещу грип (дял от населението над 65 год.)	15
<i>Здравни резултати и здравен статус</i>	Дял от населението (над 18 год.), които оценяват здравето си като „добро“ или „много добро“ Самооценка на психичното здраве като „добро“ или „много добро“ Наличие на продължително (хронично) заболяване или здравен проблем Едно или повече хронични заболявания Причини за смъртност под 65-годишна възраст Очаквана продължителност на живота в добро здраве над 65-годишна възраст Детска смъртност Очаквана продължителност на предстоящия живот Смъртност на населението Използване на антидепресанти (дял от населението, които са употребявали поне веднъж годишно) Продължителност на живота без физическа недееспособност	22
<i>Достъп до здравни услуги</i>	Достъп до здравни услуги (много често дентални) Възрастни без личен лекар (или без достъп до медицинска помощ) Възрастни, които не са използвали здравни услуги през последната година поради разходи (особен фокус към денталната помощ) Осигуреност със здравни професионалисти Осигуреност с болнични легла Неудовлетворени потребности от медицинска помощ (дентална помощ) – общо и по причини Неизпълнени рецепти поради финансови причини през последната година Използваемост на извънболничната помощ Дял на хоспитализациите на 1000 души от населението	3
<i>Качество на здравните услуги</i>	Рехоспитализации в рамките на 30 дни след изписването (по определени диагнози) Смъртност, която може да бъде избегната (вкл. и предотвратима смъртност) Дял на диабетиците с подходящи редовни прегледи и изследвания Потенциално загубени години живот поради смъртност, която може да бъде избегната	42
<i>Ориентация към пациента</i>	Оценка на получените здравни услуги през последните 12 месеца (по видове)	13

<i>Финансиране и осигурително покритие</i>	Прогресивно/регресивно финансиране Дял на частни разходи за здравеопазване от разходите на домакинството без тези за храна Дял на публичните разходи от общите здравни разходи Дял на частните разходи от общите здравни разходи Разлики в дела на разходите за здравеопазване от общите разходи на домакинството по доходни групи Дял на неосигурените (над 18 год.)	2
<i>Финансова защита</i>	Дял на домакинствата с катастрофални здравни разходи Дял на домакинствата, чиито здравни разходи предизвикват обедняване	6
<i>Ефективност</i>	Непланирани хоспитализации при астма, диабет и епилепсия Посещения на спешни центрове, които биха могли да бъдат избегнати (на 1000 посещения)	2
<i>Други</i>	Джини индекс за разпределение на доходите	5

Източник: Компиляция на автора по цитираните източници.

Най-голям брой показатели за оценка на равнопоставеността са идентифицирани в групата „Качество“ (общо 46), като те са и най-разнообразни по съдържание – с много малко на брой повторения, идентифицирани в отделните концептуални рамки и научни публикации. Голям брой показатели също са установени в групите, свързани със здравния статус и детерминантите на здравето (съответно 33 и 24). Най-много повторения се срещат в групите „Достъп“ и „Финансиране“, което подсказва, че в тези измерения показателите за равнопоставеност са значително по-установени и се наблюдава съгласие в това отношение. Същото може да се твърди и във връзка с финансовата защита, където най-често се използва показателят, свързан с катастрофалните здравни разходи (Таблица 1).

Необходимо е също да се отбележи, че всички, представени в таблица 1, показатели се използват във връзка с оценка на равнопоставеността в здравната система, като измерването им става по групи от населението, обособени по определен признак. Повечето от показателите могат да бъдат представени в различни разрези, което се наблюдава и в практиката на някои страни. Но много малка част от тях са специфични показатели само за равнопоставеност.

Заклучение

Оценката на равнопоставеността в здравната система е амбициозно начинание, като основното предизвикателство е да се определят най-подходящите показатели за целта. Преди

да се пристъпи към избор на такива, е необходимо да се реши коя или кои интерпретации на равнопоставеността ще бъдат приети. Най-често срещаните са равенство в достъпа, равенство в използваемостта на здравни услуги и справедливост във финансирането. Не рядко обаче се възприемат и интерпретациите, свързани с равенство в здравните резултати и еднакво качество на здравните услуги, които хората използват или до които имат достъп. Често в националните концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система равнопоставеността се интерпретира по няколко различни начина с идеята да се обхванат максимално аспектите на тази сложна категория.

Всичко това предполага голямо разнообразие на използваните показатели. В някои случаи стремежът да се обхванат колкото се може повече аспекти на равнопоставеността създава затруднения при оценката поради включването на голям брой показатели с различна стратификация на населението. Много често в националните концептуални рамки се прилагат различни разделения на населението по групи, което не предполага и еднозначно тълкуване. Проблем представлява и събирането на информация по отделните показатели и проследяване на тенденциите във времето. Всички тези методически и приложни предизвикателства предполагат, че изследванията в търсене на оптимален набор от показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система трябва да продължат.

Използвана литература:

1. Решение № 1350/2007/ЕО на Европейския Парламент и на Съвета от 23.10.2007 г. за създаване на втора Програма за действие на Общността в областта на здравето (2008 – 2013). Официален вестник на Европейския съюз, L 301/3, 20.11.2007 г.
2. 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: experience, challenges and prospects*. The Cambridge Health Economics, Policy and Management series. New York: Cambridge University Press; 2009.
3. 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.
4. 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>.
5. Beauchamp TL, Childress JF (eds.). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1994.
6. Bommier A, Stecklov G. Defining health inequality: why Rawls succeeds where social welfare theory fails. *Journal of Health Economics*. 2002; 21: 497–513.
7. 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.
8. Cissre B, Luchini S, Moatti JP. Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy*. 2007; 80: 51–68.
9. Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27: 275–83.
10. Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus*. 1999; 128: 211–51.
11. Department of Health. *National standards, local action: Health and social care standards and planning framework 2005/06–2007/08*. London: Department of Health; 2004. Available from: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070402093142/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4096173.
12. 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.
13. 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. 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.
14. European Union. *Council Conclusions on Common values and principles in European Union health systems*. Official Journal of European Union. 2006; 49 (C 146): 1–3.
15. 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/d2010101027325.pdf>.
16. 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.
17. 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>.
18. Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2015*. Health Consumer Powerhouse; 2016. Available from: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>.
19. Hernández-Quevedo C, Papanicolas I. Conceptualizing and comparing equity across nations. In: Papanicolas I, Smith P (eds.). *Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research*. Maidenhead: Open University Press; 2013.
20. Knowles JC, 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>.
21. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*. 2008; 85(3): 263–76.
22. Le Grand J. Equity, health and health care. *Social Justice Research*. 1987; 1: 257–74.
23. Le Grand, J. *The Strategy of Equality*. London: Allen & Unwin; 1982.
24. Masseria C, Allin S, Sorenson C, Papanicolas I, Mossialos E. What are the methodological issues related to measuring health and drawing comparisons across countries? A research note. Brussels: DG Employment and Social Affairs, European Observatory on the Social Situation and Demography; 2007.
25. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*. 1983; 1(4): 179–185.
26. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(6): 717–731.
27. National Health Performance Committee. *National health performance framework report*. Queensland Health; 2001. Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/cab4b2a3-e55c-48c6-b87f-e39fd945ac7/nphfr2001.pdf.aspx?inline=true>.
28. 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>.
29. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004; 58: 655–58.
30. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: 2013*. OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
31. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: Europe 2018*. State of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2018. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
32. Oxford Dictionary. Oxford, 4th ed., 1980.
33. Peric N, Hofmarcher MM, 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).
34. 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.
35. Rawls J. *Justice as fairness*. Philos Public Affairs. 1985; 14: 223–51.
36. Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. *Mirror, mirror 2017: International comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care*. Mirror, mirror: Comparing health systems across countries. New York: The Commonwealth Fund; 2017.

37. Smith P, Papanicolas I. Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. Policy summary 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/162568/e96456.pdf.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP (eds.). Handbook of health economics. Amsterdam: North-Holland; 2000.
42. Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. Horizontal equity in the delivery of health care. Journal of Health Economics. 1991; 10: 251–56.
43. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International. 1991; 6(3): 217–28.
44. Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F (eds.). Equity in the finance and delivery of health care. Oxford: Oxford University Press; 1993.
45. World Bank. Catastrophic health care payments. Washington, DC: World Bank; 2003.
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. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
49. World Health Organisation. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva: WHO; 2011. Available from: https://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf.
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. The European health report 2009: Health and health systems. WHO Regional Office for Europe; 2009. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.
53. 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.
54. World Health Organisation. Report on WHO technical consultation on fairness of financial contribution. Geneva: WHO; 2001.
55. World Health Organisation. The world health report 2000. Health systems: improving performance. WHO; 2000. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Мария Рохова, д.и.

Катедра по икономика и управление на здравеопазването

Факултет по обществено здравеопазване

Медицински университет „Проф. д-р Параскева Стоянов“ – Варна

ул. „Марин Дринов“ № 55, гр. Варна, п.к. 9002

e-mail: mariarohova@abv.bg