



THE FIRST PRIVATE UNIVERSITY
EUROPEAN
UNIVERSITY
 S. MACEDONIA



PRVA OSOBENAI UNIBERSITETI
ЕВРОПСКИ
УНИВЕРЗИТЕТ
 S. MAKEDONIIA

Д
 З
 Р
 А
 Ж
 М
 Е
 И
 Т
 К
 &
 Т
 Е
 З
 А
 У
 Н
 М



ГОДИШНИК
НА ТРУДОВИ

ANNUAL
REVIEW

ГОДИНА I БРОЈ 1 2008
 ISSN 1857-6117
 UDK 378

THE FIRST PRIVATE UNIVERSITY
EUROPEAN UNIVERSITY
REPUBLIC OF MACEDONIA
Skopje

ПРВ ПРИВАТЕН УНИВЕРЗИТЕТ
ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
Скопје

**ANNUAL
REVIEW**

ГОДИШНИК
на трудови



Skopje, 2008



Скопје, 2008

ГОДИШНИК

на трудови

ПРВ ПРИВАТЕН УНИВЕРЗИТЕТ
ЕВРОПСКИ УНИВЕРЗИТЕТ - РМ

За издавачош

Проф. д-р Бојо Андрески

Уредувачки одбор:

Проф. д-р Бојо Андрески
Проф. д-р Бошко Јаковски
Проф. д-р Панче Јовановски
Проф. д-р Зоран Ивановски
Доц. д-р Лидија Наумовска

Секретар:

Доц. д-р Ристе Темјановски

Дизајн на корица

Доц. м-р Гордана Вренцоска

Техничко уредување

М-р Александар Костадиновски

Editorial Board

Prof. Bojo Andreski, PhD
Prof. Bosko Jakovski, PhD
Prof. Pance Jovanovski, PhD
Prof. Zoran Ivanovski, PhD
Ass. Prof. Lidija Naumovska, PhD

Secretary

Ass. Prof. Riste Temjanovski, PhD

Cover Design

Ass. Prof. Gordana Vrencoska, MA

Technical editors

Aleksandar Kostadinovski, M.Sc.

Почитувани читатели,

Ви предаваме на располагање посебно издание на Првиот Приватен Универзитет Европски Универзитет - Република Македонија во форма на Зборник од авторски трудови и прикази од професорите и асистентите на Универзитетот, со уверување дека и со овој чекор продолжува развојната линија во образовниот процес и на ЕУРМ, и во земјата воопшто.

Зборникот претставува нов чин во академското живеење на Универзитетот, зафат за авторско и креативно пројавување на наставничкиот и соработничкиот кадар, уште еден убав момент во наставните, научните, истражувачките и применетите активности.

Присуството на разновидни теми и разгледувања, различните погледи и промислувања, шареноликоста на елаборираните прашања се само израз и потврда на широкиот спектар на области и сфери кои се предмет на наставно-научното интересирање на нашите професори и соработници.

Првиот Приватен Универзитет – Европски Универзитет Република Македонија досега имаше мошне разгранета издавачка дејност во облик на учебници и учебни помагала, книги, брошури, посебни изданија и сл. Оваа издавачка актива со Зборникот видливо се збогатува и добива нови димезии и ветува значајни пробиви.

Се разбира, Зборникот е само еден од проектите кој широко и неприкосновено ги отвора просторите за натамошни пројавувања на творечките напори, теоретските сознанија, истражувачки резултати, плодотворни полемики и визии кои се сосема природни и пригодни за Првиот Приватен Универзитет – Европски Универзитет Република Македонија.

Нека ни е со среќа!

Прв Приватен Универзитет
Европски Универзитет - Р. Македонија
Проф. д-р Бојо Андрески, претседател

СОДРЖИНА

Економските временски серии и модели на нивните екстремни вредности	
<i>Проф. д-р Здравко Стојаноски</i>	11
Innovation as a Fundamental Process in the Market Economy	
<i>Prof. Panče Jovanovski, Ph.D, Prof. Snežana Ristevska – Jovanovska, Ph.D</i>	21
Анализа на берзанско работење	
<i>Проф. д-р Зоран Ивановски</i>	33
Трансформација на политичките системи: достигнувања и промашувања	
<i>Проф. д-р Живко Андревски</i>	49
Креирање марка на производ	
<i>Проф. д-р Алекса Стаменковски</i>	61
Глобалните промени како фактор за воведување на сектор за човечки ресурси во секоја организација	
<i>Доц. д-р Лидија Наумовска, пом. асс. Жарко Илијев</i>	75
Фокусот на „ексцентричноста“ во расказите на Хулио Кортасар	
<i>Доц. д-р Луси Караниколова</i>	91
Валоризација на квалитет на внатрешен простор	
<i>Доц. д-р Мирче Кокалевски</i>	99
Управување со трошоците во фазите на животниот циклус на производот	
<i>Доц. д-р Љиљана Конеска</i>	115
Современи пристапи на електронскиот маркетинг и интернет промоција во сферата на глобалниот пазар	
<i>Доц. д-р Ленче Петреска</i>	127
Интернационализација и хармонизација на ревизијата во современите пазарни системи	
<i>Доц. д-р Павлина Витанова</i>	141
Постапки за опфаќање на трошоците во одделни стопански гранки	
<i>Доц. д-р Љуйчо Сшојчески</i>	155

Искористување на ИПА фондовите за постигнување рамномерен економски и социјален развој (посебен осврт на транспортната политика во Република Македонија)	
<i>Доц. д-р Ристе Темјановски</i>	171
Информатика во основното образование од I до VIII одделение	
<i>Доц. д-р Ристо Христов</i>	189
Аспекти на една реконструкција: од печатница до универзитет	
<i>Доц. Дијана Индовски</i>	199
Важност на марката	
<i>Асс. м-р Далиборка Блажеска</i>	211
Annual review of Belgrade, Bulgarian and Macedonian Stock Exchange	
<i>Асс. Зоран Golubovski, MBA, Prof. Panče Jovanovski, Ph.D.</i>	221
Квалитетот и рамноправноста на здравствената заштита / Quality and Equity of Health Care	
<i>Асс. м-р Александар Костадиновски</i>	231
Стратегиското планирање како значаен инструмент на менаџментот	
<i>Асс. м-р Наташа Ристовска</i>	245
Параметри на ценовниот ризик во портфолио од опции	
<i>Асс. м-р Александра Станковска</i>	261
Трендот на европската невработеност	
<i>Асс. м-р Емилија Годороска</i>	277
Карактеристики на различните онлајн промотивни техники / Characteristics of the Different Online Promotional Techniques	
<i>Помл. асс. Слободан Јаќоски</i>	293
Извори на моќта и влијанието во рамките на организацијата	
<i>Помл. асс. Аземина Масовик</i>	305
Методи за утврдувањето на нитерните цени при вертикално интегрирани организации / Transfer Pricing Methods in Vertically Integrated Organizations	
<i>Помл. асс. Анита Скрческа</i>	319
Современи карактеристики на корпоративното управување	
<i>Помл. асс. Сања Пандеска</i>	333
ПРИКАЗИ на учебници издадени од	
Прв приватен универзитет - ЕУРМ	347

Студии, статии, анализи

References

1. Belgrade Stock Exchange [n.d] History. [internet] Available : <http://www.belex.co.yu/index-e.php> [Viewed 28 Maj 2008]
2. Bulgarian Stock Exchange [n.d] Brief History. [internet] Available : <http://www.bse-sofia.bg/?page=Brief+history> [Viewed 24 Maj 2008]
3. Macedonian Stock Exchange [n.d] Историја. [internet]
4. Available : <http://www.mse.org.mk/Page.aspx?ContentID=39> [Viewed 28 Maj 2008]
5. FEAS (2007) FEAS Sem Annual Report/ October Edition [internet] Available :
6. <http://www.feas.org/Publications.cfm?Get=Yearbook&Top=Pubs> [Viewed 26 Maj 20]
7. FEAS (2007) FEAS Sem Annual Report/ April Edition [internet] Available : <http://www.feas.org/Publications.cfm?Get=Yearbook&Top=Pubs> [Viewed 26 Maj 2008]
8. Bulgarian Stock Exchange [n.d] Annual Report 2006. [internet] Available : <http://www.bse-sofia.bg> [Viewed 24 Maj 2008]
9. Belgrade Stock Exchange [n.d] Annual Report 2006. [internet] Available : <http://www.belex.co.yu> [Viewed 27 Maj 2008]
10. Macedonian Stock Exchange [n.d] Годишник 2006. [internet] Available : <http://www.mse.org.mk> [Viewed 24 Maj 2008]

Асс. м-р Александар Костадиновски,

КВАЛИТЕТОТ И РАМНОПРАВНОСТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

QUALITY AND EQUITY OF HEALTH CARE

Апстракт

Општествата инвестираат голем дел од нивните расположливи ресурси во здравствените системи; речиси осум проценти од светското производство на добрата и услугите се трошат на здравјето. Оттука и значителниот интерес помеѓу донесувачите на политиките во добивање на информации за перформансите на нивните здравствени системи. Мерењето на перформансите може да помогне во следењето на прогресот на здравствените системи во текот на времето и овозможува споредба на прогресот со оној на другите здравствени системи. Ваквата информација има секундарен бенефит во придонесот за развојот на базата на докази за тоа што функционира во правец на подобрување на перформансите на здравствените системи и за тоа што не функционира. Недостатокот на ваков вид на информации е главна препрека во обезбедување на развојна политика базирана на докази во областа на реформата на здравствениот систем.

Клучни зборови: здравствен систем, здравствена заштита, мерење на перформансите, квалитет, рамноправност, здравје, одговорност, финансиско учество.

Abstract

Societies invest a large fraction of their available resources in health systems; nearly 8% of the global production of goods and services are spent on health. Not surprisingly, there is remarkable interest among policy-makers in having information on the performance of their health systems. Performance measurement can help them monitor the progress of their own systems over time, and allows them to compare their progress with that of other health systems. This information has the secondary benefit of contributing to the development of an evidence base on what works to improve health systems performance, and what

does not. The lack of this type of information has been a major impediment to ensuring evidence-based policy development in the area of health system reform.

Key words: health system, health care, performance measurement, quality, equity, health, responsiveness, financial contribution.

Предмет на разработка на трудот е прогресот и предизвиците што постојат во ефективното мерење и примена на индикаторите на перформансите во подобрувањето на здравствените системи. Мерењето и подобрувањето на перформансите на здравствените системи е клучен приоритет за земјите, поради тоа што здравствениот систем е важен елемент во социјалната кохезија и можеби најголем услужен центар во многу земји. Функционирањето на здравствените системи, од аспект на ефикасноста, ефективноста и правичноста, влијанието врз јавните финансии, како и способноста да се излезе во пресрет на предизвиците како што се медицинските достигнувања, сè повозрасната популација и зголемените очекувања, бараат креативни пристапи при донесувањето на одлуките.

Мерилата на перформансите на здравствените системи се потребни со цел да овозможат споредби помеѓу земјите и популационите групи низ термините на севкупното остварување на целта и ефикасноста во постигнување на ваквите цели и нивната релативна важност. Рамката на Светската здравствена организација (во продолжение СЗО) за оценка на перформансите на здравствените системи дефинира три главни цели:

- Подобрување на здравјето на популационите групи. Здравјето на популацијата треба да го рефлектира здравјето на единките за време на нивниот животен век и ги вклучува двете и тоа прераната смртност и нефаталните здравствени резултати. Подобрувањето на здравјето ги вклучува зголемувањето на неговото просечно ниво и редуцирање на нееднаквостите.
- Подобрување на одговорноста на здравствениот систем кон популацијата која ја опслужува. Кога единките контактираат со здравствениот систем, тој влијае на нивната благосостојба, делумно преку подобрувањата во здравјето и делумно преку другите аспекти на нивните персонални интеракции со здравствениот систем што се дефинира како одговорност. Одговорноста има две компоненти: почитување на личноста и ориентација кон клиентот. Почитувањето на личноста значи да се опфатат димензиите како достоинство, автономија и доверливост. Ориентацијата кон клиентот го вклучува ажурноста на вниманието, пристапот до социјалните мрежи на

поддршка, основните погодности и изборот на пружателот. Двете, и нивото и нееднаквостите на одговорноста се мерат.¹

- Праведноста во финансиското учество е обемот до кој товарот на плаќањето кон здравствениот систем е праведно дистрибуиран низ домаќинствата. Ова ги опфаќа трите поврзани грижи: прво, кога некои домаќинства се принудени да платат значителен дел од нивниот расположлив доход (доколку тој износ е дефиниран над 40%) кон здравствениот систем; второ, кога домаќинствата во слични околности предонесуваат со различни делови од нивниот доход кон здравствениот систем; конечно, обемот во кој сиромашните придонесуваат со поголем дел од нивниот расположлив доход кон здравјето отколку богатите.

Сликата 1 ги покажува петте резултати релевантни за здравствените системи во оваа рамка. Нивото на здравјето и одговорноста го одредуваат квалитетот на здравствениот систем, додека распределбите на здравјето, одговорноста и финансискиот товар се поврзуваат со неговата праведност. Соодветните тежини придодадени на ваквите пет резултати во градењето на сложено мерило во основа се нормативен избор. За глобалните компаративни потреби, потребен е стандарден сет мерила, и покрај тоа што специфичните мерила на земјата можат да бидат употребени за потребите на локалната политика. Ваквиот стандарден сет значења треба да бидат производ на конструктивна расправа информирана со што е можно повеќе емпириски информации за приоритетите на популационите групи ширум светот.² Изборот на мерилата е значајно не само да се постави рамнотежа помеѓу здравјето, одговорноста и праведноста во финансиското учество, туку исто така да се воспостави рамнотежа помеѓу квалитетот и праведноста. СЗО, на пример, била критикувана дека е премногу рамноправна во нејзиниот пристап во оценката на перформансите на здравствените системи, додека други дискутираат дека пристапот ги претставува пазарните интереси на САД и адекватно не ги зема предвид прашањата на праведноста.³ Емпириските информации за приврзаноста на луѓето за ваквите резултати во различни општества можат да служат како основа за поинформирана и поконструктивна глобална дебата за важноста на ваквите резултати.

¹ De Silva A: A framework for measuring responsiveness. World Health Organization, Geneva, 2000.

² Murray CJL et al: Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. World health Organization, Geneva, 2002: стр.641

³ Navarro V: Assessment of the World Health Report 2000. The Lancet, 2000, 356, стр.1598

области. Слично е и кај одговорноста, така што за потребите на мерењето може да се идентификуваат заеднички сет на области.

Само определени нивоа на функционирање во здравствените области одредуваат дали поединецот се смета за здрав или нездрав. Постои праг (граница) над кој натамошните прирасти во функционирањето се посматраат како талент отколку како здравствени подобрувања.⁵ На пример, некој којшто може да истрча 10 километри може да се смета за поздрав во однос на некој којшто не може да испешачи 100 метри. Но, некој којшто може да истрча маратон не се смета за поздрав во однос на личноста која што може да истрча 10 километри. Слично, само определени нивоа на секое подрачје на одговорност определуваат дали системот е одговорен или не. Над ваквите прагови, натамошните подобрувања се дефинирани како луксуз, или на еквивалент на талентот во здравјето. Подобрувањата во хигиената или основната вентилација во установите го зголемува нивото на одговорност, додека додавањето на луксузни предмети во чекалните или болничките оддели нема да се посматра како дел од одговорноста очекувана од здравствениот систем. Мерењето на одговорноста се фокусира на подобрувањата до заеднички определениот праг во подрачјето.

Благосостојбата на единките е под влијание на нивната интеракција со здравствениот систем преку неговиот учинок на нивното здравје и преку неговата одговорност. Општествата се загрижени за просечните нивоа на здравје и одговорност, како и со распределбата и нерамноправностите на здравјето и одговорноста низ популацијата. Одговорниот здравствен систем придонесува за подобрување на здравјето преку поттикнување на единките да бараат заштита порано, да бидат поотворени во нивните интеракции со оние кои пружаат здравствена заштита, и подобро да ги апсорбираат здравствените информации.⁶ Тој може да придонесе за зголемена искористеност во поставеностите каде што луѓето можат да изберат да не ги користат достапните услуги поради нивната ниска одговорност.

Одговорноста и квалитетот на заштитата. Одговорноста произлегува од квалитетот на заштитата, но се разликува од неа на неколку начини. Биле предложени бројни различни рамки за оценка на квалитетот на здравствената заштита, но една од нив прави разлика меѓу техничкиот, процесниот и структурниот квалитет.⁷ Техничкиот квалитет ги вклучува димензиите како, соодветноста, ефективноста и техничката компетентност. Процесниот квалитет ги вклучува димензиите како, љубезноста, обезбедување на информации и комуникација, почитување, избор и

автономија. Ова уште било наречено квалитет на услугите или интерперсонална компонента на квалитетот. Структурниот квалитет ги вклучува димензиите како, континуитет во заштитата, достапност, удобност и пристапност. Според својата градба, одговорноста е повеќе поврзана со некои интерперсонални димензии на квалитетот на заштитата отколку со техничкиот квалитет. До големината до која техничкиот квалитет ги подобрува здравјето, тој е опфатен во рамката за оценка на перформансите на СЗО преку влијанието врз здравствените резултати. Финансиската достапност, која понекогаш се смета за дел од структурниот квалитет, е вклучена во рамката на СЗО делумно преку постигнување на праведност во финансиското учество и делумно преку неговото влијание на здравствените резултати. Таа не претставува дел од одговорноста. Некои од интерперсоналните димензии на квалитетот на заштитата, биле корисни во дефинирање на димензиите на одговорноста, но ни една рамка на квалитетот на заштитата не ги вклучува сите подрачја кои се сметаат за важни за одговорноста, ниту пак може да направи јасна дистинкција меѓу областите за подобрување на здравјето и оние кои ја збогатуваат благосостојбата преку другите механизми.

Одговорноста и задоволството на пациентите. Задоволството на пациентите се обидува да ги опфати перцепциите на потрошувачите за квалитетот на услугите испорачани од оној којшто пружа здравствени услуги или системот во целина.⁸ Станува збор за комплексен концепт кој е под влијание на миксот на перцепираната потреба, поединечните очекувања и искуството во заштитата. Анкетите за задоволството на пациентите понекогаш биле искористени како една компонента во оценката на квалитетот на заштитата. Со зголеменото искуство во нејзината употреба, произлегуваат определени тешкотии.⁹ Прво, концептот станува нејасен доколку се однесува на повеќекратните настани во здравствената заштита и повеќекратните интервенции во текот на подолги периоди. Оценките на пациентите можат да ги опфатат општите ставови или задоволството, отколку да се повикнуваат на актуелните настани. Второ, испитаниците може да не размислуваат во должина на континуитетот од незадоволството кон задоволството, дури и доколку се обезбедени со ваквите поткрепи, што го отежнува градирањето на одговорите за задоволството. Трето, очекувањата силно влијаат на оценките на задоволството и можат да произведат парадоксални резултати. Рецесијата во економијата може да ги намали очекувањата на луѓето за тоа што може да обезбеди системот, така што тие известуваат повисоки нивоа на задоволство. Во исто време, квалитетот на системот може да не се подобри, или пак, може да се намали. Според тоа,

⁵ Solomon JA et al: Quantifying individual levels of health: definitions, concepts, and measurement issues. World Health Organization, Geneva, 2003.

⁶ Williams B: Patient satisfaction: a valid concept? Social Science & Medicine, 1994, 38, стр.509

⁷ Blumenthal D: Quality of care, what is it? The New England Journal of Medicine, 1996, 335, стр. 891

⁸ Blendon RJ et al: Satisfaction with health systems in ten nations. Health Affairs, 1990, стр. 185

⁹ Harris-Kojetin LD: The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. Medical Care, 1999, 37, MS10

	Ниво	Дистрибуција	Ефикасност
Здравје	✓	✓	
Одговорност	✓	✓	
Праведност во финансиско учество		✓	

Квалитет Праведност

(Извор: Christopher J.L. Murray, David B. Evans: Health Systems Performance Assessment *Debates, Methods and Empiricism*. World Health Organization, Geneva, 2003, стр. 668)

Слика 1. Целите на здравствениот систем како дел од рамката за оценка на перформансите

1. Концептот на здравствена нерамноправност

Здравствените нееднакости се значајни при утврдувањето на политиката. Просечното постигнување на здравствените системи повеќе не се смета за доволен индикатор за перформансите на земјата во областа на здравјето; донекаде, дистрибуцијата на здравјето во популацијата е исто така клучна и треба да биде мерена како посебна димензија на перформансите на здравствените системи.⁴ Здравствената нерамноправност се дефинира како варијации во здравствениот статус помеѓу единките во популацијата. Ваквиот пристап којшто е постојан со мерењето на нееднаквоста во другите полиња, како економијата, ни овозможува да извршиме теренски споредби и да ги проучиме детерминантите на здравствената нерамноправност.

Пристапот на мерење на здравствената нерамноправност се базира на четири клучни стојалишта. Прво, тргнуваме од принципот дека здравјето е битна компонента на благосостојбата, поради што треба да бидеме загрижени за нерамноправноста во здравјето, независно дали тоа е или не е поврзано со нерамноправноста во другите димензии на благосостојбата. Второ, предлагаме било кое мерило на здравствената нерамноправност да го рефлектира комплетниот обем на фатални и нефатални здравствени резултати со цел да ја опфати богатата комплексност на здравјето. Ваквото стојалиште се операционализира преку концептот на поминат здрав живот. Трето, се предлага здравственото очекување како подобро мерило споредено со поминатиот здрав живот, бидејќи ги исклучува оние разлики содржани во поминатиот (период) здрав живот кои едноставно се условени

⁴ Murray CJL, Frenk J: A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6), стр. 717

од можностите. Со други зборови, величината на интерес за проучување на здравствената нерамноправност е дистрибуцијата на здравственото очекување помеѓу единките во популацијата. Четврто, нерамноправноста во дистрибуцијата на здравственото очекување може да биде сумирана преку мерење на разликите помеѓу единката и средината (просекот) како и разликите помеѓу единките.

Примарната грижа на ваквиот пристап е тоа дека обликот на стапката на смртност кај населението е функција на староста. Според овој пристап се заклучува дека просечната здравствена нерамноправност се намалува во светски рамки. Ваквиот наод произлегува од фактот дека обликот на просечните смртни ризици низ животниот век се менува на предвидлив начин, онака како што се зголемува животното очекување. Фокусот на нерамноправноста на здравствените ризици специфични на возраста (инпути во дистрибуцијата на здравственото очекување) може да го зајакне интересот за некои здравствени проблеми. Со подобро квантифицирање на дистрибуцијата на здравственото очекување, улогата на изложувањата на ризици во професијата и локалното опкружување во придонесот на ризичната нерамноправност станува очигледна. Мерењето на здравствената нерамноправност во основа се однесува на споредувањето на распределбата на здравствениот статус на единките во рамките на популационите групи и споредување на распределбите помеѓу различните популациони групи. На тој начин, истражувањето на нерамноправноста ќе ја подобри компаративноста на здравствениот статус помеѓу културните групи.

Постои зголемен консензус дека подобрувањата во просечните нивоа на здравјето не се доволен индикатор за перформансите на здравствените системи. Дистрибуцијата на ваквото подобрување е подеднакво значајна димензија на перформансите. Во намерата да ја сместиме здравствената нерамноправност во центарот на дебатата за политиката, мора да развиеме подобри методи за нејзино мерење. Тоа е единствениот начин да се сознае вистинската големина на проблемот и да се следи прогресот кон негово решавање.

2. Вреднување на концептот на одговорност

Кога единките контактираат со здравствениот систем, тој влијае на нивната благосостојба. Еден начин да се постигне благосостојба е преку подобрувања во здравјето, но благосостојбата истовремено е под влијание на другите аспекти на персонални интеракции на луѓето со здравствениот систем. Аспектите поврзани со начинот на кој единките се третирани и опкружувањето во кое тие се третирани, се дефинираат како одговорност. Повеќе сегменти ги карактеризираат здравјето и одговорноста. Операционализацијата на здравјето вклучува селекција на заеднички сет на

истражувањето на задоволството на пациентите може да не го опфати она што актуелно се случува кога луѓето доаѓаат во контакт со здравствениот систем и одговорите се под силно влијание на претходните очекувања за тоа што ќе се случи или треба да се случи.

Дополнително, задоволството се покажува дека варира со селектираните социодемографски карактеристики, вклучувајќи го доходот, веројатно како резултат на разликите во очекувањата. Пристапот на СЗО во однос на одговорноста се темели на потребата да се опфатат актуелните искуства на луѓето со здравствениот систем. Две дополнителни разлики можат да се истакнат меѓу концептите на одговорност и задоволство на пациентите:

- Видот на интеракција. Задоволството на пациентите се фокусира на интеракциите во медицинските установи, додека одговорноста го вклучува опсегот во вреднување на здравствениот систем во целина преку концентрирање на различните видови интеракции што луѓето ги имаат со системот.
- Компонентите на интеракција. Задоволството на пациентите генерално ги покрива клиничките и неклиничките компоненти на интеракцијата, додека одговорноста се фокусира само на вторите. Одговорноста не бара да се определи дали здравјето е подобро врз база на остварен контакт со здравствениот систем. Тоа е опфатено со рамката на СЗО за оценка на перформансите на здравствените системи преку мерење на здравјето.

Донесувачите на политиките се загрижени не само за подобрување на просечните нивоа на здравјето на популацијата и одговорностите на здравствениот систем, туку и за редуцирање на нееднаквостите во здравјето и одговорноста. Ова бара способност да се мери нееднаквоста и да се идентификуваат луѓето кон кои системот е помалку одговорен. Дури и во земјите со релативно високи нивоа на здравствени трошоци, постојат значителни варијации во обемот на нееднаквоста во одговорноста. Низ изразите на карактеристиките на здравствениот систем, постојат определени докази дека повисоките нивоа на здравствени трошоци како дел од БДП се поврзани со помалата нееднаквост, како и со повисоките нивоа на државна ефективност. Другите карактеристики на здравствениот систем поврзани со пониските или повисоките нивоа на нееднаквост може да произлезат како што резултатите од другите земји стануваат достапни.

Во рамките на одделните земји, мерењето на одговорноста и нејзината дистрибуција низ популацијата ги обезбедува донесувачите на политиките со појдовна точка во развивање на стратегии за редуцирање на нееднаквостите. Ова бара определување дали постојат заеднички карактеристики на луѓето кон кои системот е помалку одговорен. Вооедно, за да се зголеми достапноста на менаџерите до клучните информации за одговорноста, од страна на СЗО се спроведуваат испитувања во повеќе од 70 земји. Ваквите испитувања ќе обезбедат значајни информации за системските

карактеристики поврзани со ниската нееднаквост во одговорноста, како и информација за тоа кои групи луѓе се соочуваат со пониски нивоа на одговорност во рамките на даден систем.

3. Праведноста во финансиското учество

Во изминатата декада постоеше значителен интерес во анализирање и разбирање на распределбата на придонесите кон здравствениот систем меѓу домаќинствата. Дебатите во националните политики се однесувале на заштитата на домаќинствата од исклучително големите и катастрофални здравствени плаќања. Анализата на последиците од придонесите на домаќинствата кон здравствениот систем може да се подели во два широки пристапа: пристапот на доход и пристапот на оптовареност. Првиот го проучува ефектот на плаќањата на здравствениот систем од гледиште на доходот. Клучната грижа е маргиналниот ефект што го предизвикуваат аранжманите на финансирање на здравствените системи врз пошироката градба на вкупниот доход на домаќинствата. Ефектите врз доходот биле измерени низ изразите на промените во неговата дистрибуција (редистрибутивните ефекти) или во последно време низ изразите на бројот (промените) на домаќинствата кои паѓаат под линијата на сиромаштија пред и после плаќањата кон здравствениот систем. Вкупните трошоци на домаќинствата за здравство се согледуваат преку оданочувањето, социјалните придонеси за здравствено осигурување, премиите за приватно здравствено осигурување и директните плаќања од џеб.

Значајна цел на здравствените системи е да осигураат финансискиот товар од плаќањето за здравјето да биде праведно дистрибуиран низ домаќинствата. Праведноста била дефинирана како еднакво оптоварување така што секое домаќинство ќе плати еднаков дел од неговиот капацитет за плаќање кон здравствениот систем. Односот (показателот) на здравствените плаќања на домаќинствата спрема нивниот капацитет за плаќања се нарекува финансиски придонес на домаќинството. Доколку сите домаќинства придонесуваат во еднаков дел од нивниот капацитет за плаќање, показателот на финансиски придонес на секое домаќинство ќе се изедначи со вкупните здравствени трошоци на земјата спрема нејзиниот вкупен капацитет за плаќање.¹⁰ Индексот на праведност во финансискиот придонес бил определен да ги мери дисперзиите од критериумот на еднаков товар. Тој бил конструиран да варира од 0 до 1, каде што 1 упатува на совршена праведност.

¹⁰ Xu K et al: Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges. World Health Organization, Geneva, 2003.

Девијациите од совршената праведност можат да бидат издвоени во два посебни ефекта: вертикален и хоризонтален. Вертикалниот ефект се однесува на ситуација кога домаќинствата со различни доходи приложуваат различни пропорции од нивните доходи. Хоризонталната несразмерност се однесува на ситуација кога домаќинствата со слични економски услови плаќаат различни пропорции од нивните доходи. Екстремната хоризонтална нееднаквост се случува кога домаќинствата се соочуваат со катастрофално високи здравствени трошоци, кои изнесуваат 40 и повеќе проценти од нивниот капацитет за плаќање. Умерената хоризонтална несразмерност е поврзана со помалите разлики меѓу домаќинствата кои се соочуваат со слични финансиски услови. Индексот на праведност на финансиските придонеси рамноправно ги третира прогресивните и регресивните придонеси кон здравствениот систем. Во прогресивниот систем богатите плаќаат повисок дел од нивниот доход во однос на сиромашните. Спротивно, во регресивниот систем, сиромашните се тие кои плаќаат повисок дел. Согласно критиката, рамката на праведност во финансиските придонеси го игнорира фактот дека најголем дел од општествата настојуваат да осигураат прогресивни финансиски придонеси бидејќи рамноправно се третираат девијациите од еднаквата оптовареност. Според ваквата критика, и прогресивните и регресивните придонеси се сметаат за неправедни. Критичарите сметаат дека теоретски кажано, индексот на праведно финансиско учество може да ја казни земјата затоа што е премногу прогресивна во здравствените финансиски придонеси.

Според извршените анализи на индексот на праведни финансиски придонеси од 59 земји, вертикалната нерамноправност има минорно значење во вкупната несразмерност на финансиските придонеси на домаќинствата опфатени со индексот. Всушност, праведноста во финансиското учество била чувствителна на хоризонталната несразмерност. Редистрибутивниот ефект припаѓа на првата класа мерила (првиот пристап) и главно е загрижен за прогресивноста на плаќањата низ термините на доходот. Додека индексот на праведен финансиски придонес се повинува на вториот пристап, каде што грижата лежи на отстапувањата од принципот на еднаква оптовареност. Сепак, треба да се забележи дека, додека севкупниот систем на здравствено финансирање може да покаже вертикална праведност, одделните извори на финансирање сè уште можат да вклучат значителен степен на вертикална неправедност. И покрај тоа што ваквите ефекти можат да се избалансираат, доколку сите плаќања, јавни и приватни, се разгледуваат истовремено, сепак, определени плаќања можат да влијаат различно на различните домаќинства. На пример, плаќањата директно од џеб се често неочекувани и нивното влијание врз сиромашните домаќинства може да биде различно од влијанието на оданочувањето и осигурителните премии, кои се попредвидливи.

Импликациите на ваквите заклучоци врз политиката се јасни. Во земјите со релативно висок степен на неправедност, основни средства на

подобрување на праведноста на системот на здравствено финансирање е да се воспостават механизми на поделба на ризикот кои ќе помогнат да се избегнат катастрофално високите здравствени плаќања и да се редуира веројатноста дека луѓе со слични капацитети за плаќање придонесуваат во различни пропорции од нивниот доход. Една можна причина за разликите во степенот и видот на хоризонтална несразмерност, посматрана помеѓу земјите, лежи во варијациите во учеството на јавното финансирање во вкупното финансирање на здравствениот систем. Јавните извори на финансирање вообичаено ја вклучуваат грижата за хоризонталната рамноправност преку дизајнот на даночниот систем, така што товарот на хоризонталната нерамноправност произлегува од разликите во плаќањата од џеб и разликите во пристапот кон разновидните приватни осигурителни планови и социјални осигурителни прегледи.

4. Заклучни разгледувања

СЗО изврши повеќекратна анкетна студија во соработка со земјите членки (51 земја и 53.024 испитаници), истражувачки институции и анкетни агенции. Таа разработи бројни модули кои вклучуваат опис на здравствениот статус, вреднување на здравствената состојба, одговорноста, смртноста на возрасните, финансирање на здравството и наклонетоста кон целите на здравствениот систем. Известената тежина (значење) за секој резултат е преразгледувана врз база на персоналните карактеристики на испитаниците, вклучувајќи ја возраста, полот, образовните достигнувања, и самопроценка на здравствениот статус, како и врз база на бројните национални карактеристики, вклучувајќи го просечниот доход по глава на жител, просечните години на едуцирање, доходовната нееднаквост и густината на популацијата. Добиените резултати од испитаниците обезбедуваат одговор на две значајни прашања. Првото се однесува на обемот до кој луѓето даваат поголема тежина на здравјето, крајната цел на здравствените системи, над другите две цели. Второто се однесува на обемот до кој испитаниците се фокусираат на квалитетот наспроти праведноста. Просечните нивоа на здравјето и одговорностите го рефлектираат квалитетот на системот, додека нееднаквостите во здравјето, одговорноста и праведноста во финансиското учество се индикатори на системската неправедност. Сите земји го рангираат здравјето како најзначајно од трите системски цели и ја рангираат одговорноста како позначајна во однос на праведноста во финансиското учество. Сите земји придаваат поголемо значење на праведноста на системот отколку на квалитетот на системот.

Следниот чекор е да се проучи дали постојат определени карактеристики на земјите кои ја објаснуваат ваквата варијација. Во исто време, важно е да се идентификува дали различните групи луѓе во секоја

земја имаат различни вредности. Некои персонални карактеристики укажуваат на предноста на здравјето над нездравствените цели, додека други повеќе се загрижени за квалитетот на системот отколку за неговата праведност. На пример, одделното образование е негативно поврзано со грижата за здравјето споредено со нездравствените цели, додека пак, колку поголема е самопроценката на здравствениот статус, толку повеќе се вреднува одговорноста споредено со здравјето. Грижата за праведноста на системот компарирано со неговиот квалитет се зголемува со староста. Главно, постарите луѓе се повеќе загрижени за здравствените нееднаквости и помалку загрижени за нивото на одговорност отколку помладите. Мажите се исто така повеќе загрижени за квалитетот на системот отколку за праведноста, што значи го рангираат нивото на здравјето повисоко и нееднаквостите во одговорноста пониско отколку жените.

Слични заклучоци можат да бидат извлечени и од системските карактеристики кои што биле тестираны. Интересно, и просечното образовно ниво на старата популација и показателот на зависност се негативно поврзани со грижата за праведноста на системот компарирано со квалитетот. Земјите во кој секој член од работно активната популација издржува поголем број на зависници (издржувани лица), се повеќе загрижени со подобрување на квалитетот на системот, отколку со редуцирање на нееднаквостите. Спротивно, во земјите каде што популацијата има ефективна улога на влијание врз владините акции се смета дека редуцирањето на нееднаквоста е позначајно отколку подобрувањето на просечните нивоа. Густината на населението и процентот на здравствените трошоци обезбедени од јавниот сектор се негативно поврзани со склоноста за нездравствените цели компарирано со здравјето. Од друга страна, земјите со повисоки нивоа на БДП по глава на жител и оние со поголема доходовна нееднаквост е поверојатно дека даваат повисока тежина на нездравствените цели отколку на здравјето.

Значењето кое се дава на просечното ниво и дистрибуција на здравјето апсорбира најголем дел од вкупното значење кај испитаната популација, но целите на одговорноста и праведноста во финансиското учество заедно се сметаат за позначајни. Ова може да се чини изненадувачко за многу здравствени практичари кои традиционално се фокусирани само на здравјето како клучна цел на здравствените системи. Важноста дадена на нездравствените цели е постојана низ различните видови на испитаници и низ сите земји и има значителни импликации не само за развојот на политиката, туку и за собирањето и пресметката на податоците. Тоа е така само доколку постигнувањето на ваквите цели се мери и следи рутински, така што перформансите на здравствените системи во областите кои луѓето ги вреднуваат ќе се подобрат.

Литература

1. Blendon RJ et al: Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs*, 1990.
2. Blumenthal D: Quality of care, what is it? *The New England Journal of Medicine*, 1996.
3. De Silva A: A framework for measuring responsiveness. *World Health Organization*, Geneva, 2000.
4. Harris-Kojetin LD: The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. *Medical Care*, 1999.
5. Murray CJL et al: Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. *World Health Organization*, Geneva, 2002.
6. Murray CJL, Frenk J: A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000.
7. Navarro V: Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 2000.
8. Solomon JA et al: Quantifying individual levels of health: definitions, concepts, and measurement issues. *World Health Organization*, Geneva, 2003.
9. Williams B: Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, 1994.
10. World Health Organization. *Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva, 2000.
11. Xu K et al: Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges. *World Health Organization*, Geneva, 2003.