

**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ**

ISSN: 1857- 7628



**ГОДИШЕН ЗБОРНИК
2010**

YEARBOOK

ГОДИНА 2

VOLUME II

**GOCE DELCEV UNIVERSITY - STIP
FACULTY OF ECONOMICS**



**ГОДИШЕН ЗБОРНИК
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ
YEARBOOK
FACULTY OF ECONOMICS**

За издавачот:
Проф. д-р Ристо Фотов

Издавачки совет Editorial board

| | |
|--------------------------------------|--|
| Проф. д-р Саша Митрев | Prof. Sasa Mitrev, Ph.D |
| Проф. д-р Лилјана Колева - Гудева | Prof. Liljana Koleva - Gudeva, Ph.D |
| Проф. д-р Ристо Фотов | Prof. Risto Fotov, Ph.D |
| Проф. д-р Трајко Мицески | Prof. Trajko Miceski, Ph.D |
| Доц. д-р Круме Николоски | Ass. Prof. Krume Nikoloski, Ph.D |
| Доц. д-р Крсте Шајноски | Ass. Prof. Krste Sajnoski, Ph.D |
| Пом.асс м-р Влатко Пачешкоски | Assist. Vlatko Paceskoski, M.Sc |
| Пом.асс м-р Тамара Јованов Марјанова | Assist. Tamara Jovanov Marjanova, M.Sc |

Редакциски одбор Editorial staff

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| Проф. д-р Ристо Фотов | Prof. Risto Fotov, Ph.D |
| Проф. д-р Трајко Мицески | Prof. Trajko Miceski, Ph.D |
| Доц. д-р Круме Николоски | Ass. Prof. Krume Nikoloski, Ph.D |
| Доц. д-р Крсте Шајноски | Ass. Prof. Krste Sajnoski, Ph.D |

Главен и одговорен уредник Managing & Editor in chief

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| Проф. д-р Трајко Мицески | Prof. Trajko Miceski, Ph.D |
|--------------------------|----------------------------|

Јазично уредување Language editor

| | |
|--|--|
| Даница Гавриловска-Атанасовска (македонски јазик) | Danica Gavrilovska-Atanasovska (Macedonian) |
|--|--|

Техничко уредување Technical editor

| | |
|----------------|----------------|
| Славе Димитров | Slave Dimitrov |
| Благој Михов | Blagoj Mihov |

Печати Printing

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Печатница „2-ри Август“ - Штип | „Vtori Avgust“ - Stip |
| Тираж - 300 примероци | Printing No 300 |

Редакција и администрација Address of editorial office

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип | Goce Delcev University |
| Економски факултет | Faculty of Economics |
| бул „Крсте Мисирков“ бб | Krste Misirkov b.b., PO box 201 |
| п.фах 201, 2000 Штип, Македонија | 2000 Stip, R of Macedonia |

СОДРЖИНА CONTENT

| | |
|--|-----|
| Д-р Ристо Фотов, д-р Еленица Софијанова Интелектуалниот капитал и новата економија | 9 |
| Д-р Ристо Фотов, Катерина Фотова Глобалната финансиска криза и нејзините последици врз светската економија | 17 |
| Доц. д-р Круме Николоски Креирање на економско-социјален модел состојба и перспективи | 27 |
| Петар Клетникоски, проф. д-р Трајко Мицески Членството на Република Македонија во светската трговска организација со посебен осврт на трговската размена со земјоделско-прехранбени производи | 35 |
| Проф. д-р Трајче Мицески Чистата совесност како фактор за вистинско лидерство | 43 |
| Проф. д-р Т. Мицески, м-р К. Чабулева, м-р Д. Јошески Анализирање на зависноста помеѓу бруто-домашниот производ и трговијата на мало во Република Македонија во период од 1990 до 2009 година со примена на економетриски модели | 51 |
| Проф. д-р Трајче Мицески Улогата на лидерството во детерминирањето на културата во организацијата | 63 |
| Доц. д-р Александар Костадиновски Рамка на ефективното здравствено опфаќање framework of effective health care coverage | 77 |
| Доц. д-р Александар Костадиновски Концептот и принципите на националните здравствени сметки The concept and principles of national health accounts | 89 |
| М-р Дарко Лазаров Други инструменти на надворешно-трговската политика | 103 |



| | |
|--|-----|
| М-р Дарко Лазаров Режими на девизен курс | 113 |
| М-р Душко Јошески д-р Трајко Мицески Стапката на смртност на доенчињата како последица на сиромаштијата, пер capita доходот, бројот на доктори и популациониот раст во САД | 123 |
| М-р Емилија Митева-Кацарски Трговските текови во глобализираниот свет..... | 133 |
| М-р Емилија Митева - Кацарски Европска централна банка | 143 |
| Доц. д-р Крсте Шајноски Инвестиционите фондови - недоволно развиен сегмент на пазарот на капитал во Република Македонија | 153 |
| М-р Тамара Јованов-Марјанова Значење на истражувањето на пазарот за креирање на ефективни стратегии на работење | 165 |
| М-р Љупчо Давчев Стратегија на дистрибутивните канали и нивното влијание во вредносната верига | 175 |
| Доц. д-р Маргарита Матлиевска Конститутивните договори на Европската унија и нејзините стратегии низ призма на одржливиот развој | 187 |
| Доц. д-р Маргарита Матлиевска Тековни филозофии на развојот..... | 201 |
| М-р Марина Радосављевиќ - Бојчева Имплементација на средствата од Програмата КАРДС во Република Македонија | 211 |
| М-р Марина Радосављевиќ - Бојчева Имплементација на средствата од Програмата ФАРЕ во Република Македонија..... | 223 |

| | |
|--|-----|
| М-р Оливера Ѓоргиева-Трајковска Анализа на билансот на состојба од аспект на корпоративното управување | 237 |
| М-р Оливера Ѓоргиева-Трајковска Анализа на билансот на успех од аспект на корпоративното управување | 247 |
| М-р Оливера Ѓоргиева-Трајковска Финансиско известување - цели и задачи | 255 |
| М-р Оливера Ѓоргиева-Трајковска Извештај за готовински текови..... | 265 |
| М-р Оливера Ѓоргиева-Трајковска Методи на финансиска анализа | 275 |
| М-р Стеван Габер Оправданост за примена на буџетски дефицит | 285 |
| М-р Стеван Габер, м-р Василка Габер Начини за финансирање на буџетскиот дефицит | 293 |
| М-р Христина Серафимовска Претприемачко однесување - фактор за економски развој | 301 |



ПРЕДГОВОР

Економскиот факултет во Штип, е основан на 27 март 2007 година како дел од Универзитетот “Гоце Делчев”. Почетоците на оваа високообразовна институција ги карактеризира силен елан и ентузијазам, преточени во голема желба да се твори и придонесе во унапредување на високообразовните процеси во Република Македонија. Се разбира, сето ова е во согласност со евроинтегративните процеси на постојана примена на усвоените европски методи и стандарди во научно-образовниот процес за обезбедување на квалитетно образование за нашите студенти.

Пред Вас е второто издание на Годишниот зборник на Економскиот факултет. Тој претставува потврда во остварување на целите на Економскиот факултет кои се состојат во: образување на стручно-научни кадри од областа на меѓународната економија, здравствениот менаџмент, финансискиот менаџмент, банкарство, финансии и осигурување; сметководство, финансии и ревизија и менаџмент и претприемништво на прв циклус на студии и економија на европска унија, здравствен менаџмент и MBA-менаџмент на втор циклус на студии. Се разбира, дека на тој начин придонесуваме во промовирање на научно-истражувачката работа, со што се поттикнува унапредувањето на научната и развојната мисла во функција на нивна примена во секојдневниот живот.

Особено радува фактот што со свои трудови се пројавуваат нашите млади научно истражувачки кадри.

Штип, јуни 2011 година

Проф. д-р Ристо Фотов

РАМКА НА ЕФЕКТИВНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОПФАЌАЊЕ FRAMEWORK OF EFFECTIVE HEALTH CARE COVERAGE

Доц. д-р Александар Костадиновски

Abstract

The distribution of health care interventions to individuals who need them is a crucial step, which should contribute to achieve social goals such as improving the health of the population and reducing health inequalities. This natural focus on delivery of interventions is the reason for the attention paid to measures of utilization and access to health care services in the process of defining health policy. But the delivery of health care services can be valued through a more comprehensive measure of health care coverage. The time gap between the actions of the health system and health care coverage as their semi-product is less than between the actions of the health care system and the final results they achieved on patients.

Key words: *health care coverage, health care interventions, health benefit, efficiency, effectiveness.*

Вовед

Здравствените системи треба да испорачаат онолку здравствена придобивка на населението колку што е остварливо со постојните ресурси и знаења. Концептуалната и аналитичката рамка користена при дефинирање и мерење на опфаќањето на здравствениот систем помага во разбирање и мерење на придонесот што факторите, како географскиот пристап, расположливоста на ресурсите, културната прифатливост, финансиската способност и квалитетот на заштитата го имаат во опфаќањето на здравствениот систем.

Моделите на квантифицирање на придонесот на различните фактори на здравствениот систем кон здравјето на популацијата, една од финалните цели на здравствените системи, се исклучително корисни во идентификување на специфичните ограничувања при испорака на здравствените услуги и можат да бидат силни средства на политиката



за ефективно раководење. Менаџерите на програмите за испорака на интервенциите, како на пример детска имунизација, DOTS за туберкулоза, претпородилна грижа, зрачење на ракот на матката и сл. опсежно ги анализираат ваквите програми и известуваат за нивното опфаќање.¹ Во овие анализи, здравственото опфаќање (C_j) се дефинира како пропорција од населението кое има потреба од одредена здравствена интервенција и поединците кои де факто ја примаат интервенцијата.²Формално тоа може да се покаже на следниов начин:

$$C_j = \frac{N_j}{M_j} \quad [1]$$

каде што N_j е бројот на луѓето кои ја примаат интервенцијата j и M_j е вкупната популација која има потреба од ваква интервенција. Соодветно влијание има содржината и ефективноста на интервенциите, а не само вкупниот волумен на услуги. Се верува дека е корисно да се дефинираат концептите и мерилата на здравственото опфаќање кои се значајни како за поединците, така и за популационите групи. Концептуалната конзистентност помеѓу овие две нивоа ќе овозможи декомпозиција на опфаќањето според одделна интервенција и популациона група, придонесувајќи во сеопфатна оценка на нееднаквостите во здравственото опфаќање.

Податоците за опфаќањето со специфични интервенции, користењето на здравствените услуги или пристапот, вообичаено се известуваат отпосле - *ex post* (по случување на фактот). Додека, пак, заедничката претстава на опфаќањето, сепак има антиципаторен или *ex ante* карактер. Поединците веруваат дека се покриени од здравствениот систем доколку ги примаат соодветните интервенции во моментот кога за тоа ќе имаат потреба. Неусогласеноста помеѓу заедничката претстава на опфаќањето и прикладноста во нејзиното мерење отпосле може да биде фиксирана преку разгледување на опфаќањето низ термините на веројатноста (веројатност за примање на интервенцијата во моментот кога е потребна).

1). www.who.int/gtb/publications/globrep00/index.html

2). Taylor G.D, Aday L.A, Andersen R: A social indicator of access to medical care. Journal of Health & Social Behavior, 1975, стр.39

1. Очекуваната здравствена придобивка и ефективното здравствено опфаќање

Врз основа на претходно споменатото може да се извлече формална дефиниција на здравственото опфаќање (покритие). На ниво на поединец, опфаќањето може да се дефинира као веројатност за примање на неопходната здравствена интервенција, која е условена од потребата за здравствена заштита. Можеме да го сумираме опфаќањето низ целата група на поединци преку земање предвид на веројатноста на секое поединечно барање за интервенција. Во формулата:

$$C_j = \frac{\sum_i C_{ij} d_{ij}}{\sum_i d_{ij}} \quad [2]$$

каде што C_{ij} веројатноста на поединецот i кој прима интервенција j е условена од постоење на здравствена состојба која би имала корист од интервенцијата j и d_{ij} е веројатноста за постоење на здравствена состојба која бара интервенција j за поединецот i .

Со цел да се идентификува ширината до која здравствените системи испорачуваат услуги на ниво на нивниот потенцијал, дефиницијата на здравственото покритие мора да опфати не само едноставно испорачување на интервенција, туку исто така испорачување на потенцијална здравствена придобивка остварлива преку интервенцијата. За да се прошири дефиницијата на опфаќањето, најпрво мора да се формализираат концептите на здравствена придобивка, ефикасност, ефективност.

Здравствена придобивка. Очекуваната здравствена придобивка од интервенцијата j за индивидуата i (HG_{ij}) може да се дефинира како разлика помеѓу очекуваниот здрав живот на индивидуата i која ја прима потребната интервенција j ($HALE_{ij}$) и очекуваниот здрав живот на истата индивидуа i без примање на интервенцијата j ($HALE_i$):

$$HG_{ij} = HALE_{ij} - HALE_i \quad [3]$$

Во случаи кога постојат определени екстерналии поврзани со испораката на интервенцијата на индивидуата i , ваквата дефиниција не е доволна. На пример, третманот на поединецот со белодробна туберкулоза ќе ги намали ризиците на пренесување на туберкулозата на остатокот на популацијата. Здравствената придобивка од испорачување



на интервенцијата j на поединецот i треба да биде воопштена и да ги вклучи сите промени во очекуваниот здрав живот на сите поединци во популацијата. За среќа, ваквата дистинкција е квантитативно значајна за многу ограничен број на интервенции, така што заради поедноставување во понатамошното разгледување претпоставуваме дека не постојат вакви екстерналии.

Ефикасност. Во клиничките расправи за ефикасноста поединците кои имаат повеќе болести или припаѓаат на определени старосни групи се често исклучени. Еден начин на прикажување на замислата за ефикасност е нејзино поврзување со здравствената придобивка каде што давателите постапуваат оптимално, ги имаат сите достапни технологии и пациентите се придржуваат до пропишаниот третман. Тоа се прикажува на следниов начин:

$$Efc_j = \frac{\sum_{i=1}^I HG_{ij} | X_i \neq excl.criteria, P_{ik} = P_{opt}, Y_{ij} = 1, R_{ik} = 1, \forall k = 1, \dots, k}{I} \quad [4]$$

каде што HG_{ij} е здравствената придобивка за индивидуата i од интервенцијата j ; P_{jk} се перформансите на давателот k низ термините на техничкиот квалитет на интервенцијата и имајќи ги предвид расположливите ресурси; P_{opt} се оптималните перформанси на давателот; Y_{ij} и R_{jk} се индикатори на усогласеност и достапност на ресурсите кои се еднакви на 1 во идеална ситуација; X_i е сет на карактеристики на поединецот и I број на поединци надвор од исклучените критериуми (повеќе заболувања, определени старосни групи, изложеност на ризични фактори и сл.).

Треба да се забележи дека здравствената придобивка не е стандардна единица за ефикасност. Традиционално ефикасноста се изразува низ термините на намалување на стапката на морталитет и заболување, преживување во рамки на специфичен временски интервал по клиничкиот третман, редуцирање на интензитетот и фреквенцијата на клиничките симптоми и сл. Тешко е да се компарира ефикасноста на различните видови на интервенции доколку се изразени во различни термини. Ваквиот проблем може да се надмине преку употреба на здравствената придобивка како единица на ефикасност. Ова е оправдано и од практични причини, бидејќи на крајот сите други традиционални единици упатуваат на подобрувања во очекуваниот здрав живот, кој ги опфаќа фаталните и нефаталните здравствени резултати.

Ефективност. Во реалноста, како последица на болестите на

поединецот, неговото однесување и перформансите на давателот, потенцијалната здравствена придобивка претставена со ефикасноста често не се постигнува. Актуелната здравствена придобивка која е дел од ефикасноста е реферирана како ефективност.³ Формално, ефективноста на интервенцијата j на поединечно ниво може да се дефинира како здравствена придобивка на просечен поединец од интервенцијата. Тоа може да се прикаже преку следново:

$$Eft_j = \frac{\sum_{i=1}^N HG_{ij}}{N} \quad [5]$$

каде што HG_{ij} е здравствената придобивка за поединецот i со интервенција j и N големина на популација.

Ефективно опфаќање. Кога просечниот поединец во популацијата ќе каже дека е покриен од здравствениот систем во случај на депресија, тоа најверојатно значи дека доколку индивидуата добие клиничка депресија таа ќе прими соодветен третман. Ваквата вообичаена забелешка е одраз на многуте фактори, вклучувајќи го квалитетот на заштитата и финансискиот, физичкиот, културниот пристап кон давателите. Ефективното опфаќање ја мери очекуваната здравствена придобивка од интервенцијата j во однос на потенцијалната здравствена придобивка можна со оптимални перформанси на давателите во даден здравствен систем. Ефективното опфаќање (EC_{ij}) на поединецот со интервенцијата j може да биде претставено преку следнава равенка:

$$EC_{ij} = \frac{HG_{ij} C_{ij}}{\left(HG_{ij} \mid P_{ik} = P_{opt}, Y_{ij} = 1, R_{jk} = 1, \forall k = 1, \dots \right)} \quad [6]$$

каде што HG_{ij} е очекуваната здравствена придобивка од интервенцијата j за поединецот i ; C_{ij} е веројатноста за примање на ефективна интервенција j за поединецот i условена од присуството на здравствен проблем.

Како и кај опфаќањето, така и ефективното опфаќање може да биде едноставно собрано за поединците преку земање предвид на веројатноста дека ќе имаат потреба од интервенција:

3). Maxwell RJ: Dimensions of quality revisited: from thought to action. Quality of Health Care, 1992, 1:стр.171



$$EC_{ij} = \frac{\sum_{i=1}^n HG_{ij} C_{ij} d_{ij}}{\sum_{i=1}^n (HG_{ij} | P_{ik} = P_{opt}, Y_{ij} = 1, R_{jk} = 1, \forall k = 1, \dots) d_{ij}} \quad [7]$$

Испитувањето на равенката за опфаќањето со интервенција [2] и равенката за ефективното опфаќање [7] открива дека ефективното здравствено опфаќање едноставно е опфаќањето помножено со делот на потенцијалната здравствена придобивка којашто била постигната со интервенцијата. Ова ја прави претставата за опфаќањето поблиска до влијанието на испорачаната здравствена услуга.

2. Детерминанти на ефективното здравствено опфаќање

Би било корисно да се развие мерило на ефективното здравствено опфаќање кое ќе ги опфати повеќекратните фактори поврзани со здравствените системи или поединците.⁴ Опфаќањето на поединецот може да биде одраз на повеќе фактори, како што е трошокот на бараната заштита, физичката близина на давателот, достапноста на медицинската технологија и човечките ресурси и социодемографските карактеристики. Во даден здравствен систем, веројатно е дека поединците со слични карактеристики се соочуваат со слични искуства во барањето на заштита за истиот здравствен проблем. Затоа, преку согледување на ex post опфаќањето на група на поединци со заеднички карактеристики можеме да бидеме оспособени да го предвидиме опфаќањето на сличните поединци кои тековно не се соочуваат со определен здравствен проблем, но може да побараат здравствена интервенција во иднина. Повеќепоследичната природа на ефективното опфаќање за поединецот i со интервенцијата j може да биде претставено со следнава функција:

$$EC_{ijk} = f(B_{jk}, I_j, Y_{ij}, Q_{ijk}, Z_{jik}, R_{jk}, HG_{ij}, P_{ijk}) \quad [8]$$

каде што EC_{ijk} е ефективно опфаќање; B_{jk} е цената на интервенцијата j понудена од давателот k ; I_j е расположливиот доход на поединецот; Y_{ij} е придржување на поединецот i до препорачаниот пропишан третман, Q_{ijk} е физичкиот пристап (изразен преку единица на време на патување) на поединецот i до давателот k кој ја испорачува интервенцијата j ; Z_{jik} е културната прифатливост на интервенцијата j понудена од давателот k на поединецот i ; R_{jk} е достапната технологија потребна за испорака на интервенцијата j од давателот k ; HG_{ij} е здравствената придобивка и P_{ijk} се

4). www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/amro_background.pdf

перформансите на давателот претходно објаснети. Ја користиме ваквата формулација во објаснување на некои важни градбени единки, но таа не е исцрпен каталог на сите детерминанти коишто можат да влијаат на ефективното опфаќање.

Во досегашниот дел ја дискутиравме концептуалната рамка на ефективното опфаќање како среднорочна цел на перформансите на здравствениот систем и мерило на функцијата на испорака на здравствените услуги. Со цел да се направи пресметката на ефективното опфаќање пооперативна, се предлага рамка во која јазот помеѓу актуелното и максималното ефективно опфаќање се расчленува во седум компоненти, кои во продолжение се објаснети.

1. Јаз во расположливост на ресурсите. Ваквиот јаз покажува дали доволно износи на ресурси и технологии се достапни во испорака на интервенцијата. Ова може да го вклучи бројот на здравствените установи, бројот на персоналот и достапноста на технологијата (лековите, опремата, и сл).⁵ За поединецот i јазот на достапноста на интервенцијата j може да се дефинира како веројатност за недобивање на интервенцијата, при што како единствен лимитирачки фактор се зема достапноста на давателот до потребната технологија за испорачување на интервенцијата. Тоа може да биде прикажано на следниов начин:

$$Av_{ij} = 1 - EC_{ijk} \mid (B_{jk} = 0, Z_{ijk} = \theta, Q_{ijk} = 0, P_{ijk} = P_{opt}, Y_{ij} = 1) \forall k, k=1, \dots, n \quad [9]$$

Ваквото условно изразување укажува на тоа дека опфаќањето со достапни ресурси е разлика помеѓу идеалното ефективно опфаќање, кое се изедначува со 1 и ефективното опфаќање на индивидуата i со интервенција j доколку сите даватели ја нудат интервенцијата бесплатно ($B_{jk} = 0$), сите даватели биле лоцирани во непосредна близина на поединецот што значи дека времето на патување е нула ($Q_{ijk} = 0$), културната прифатливост на интервенцијата понудена од сите даватели била еднаква на определена прифатлива вредност θ , давателите ја испорачуваат интервенцијата оптимално, поединците целосно се придржуваат до третманот и од можните избори биле селектирани најефективните интервенции за дадена здравствена состојба. Единственото ограничување би било достапноста на технологијата. Мерењето на јазот во расположливите ресурси ќе бара оценка на поврзаноста помеѓу ефективното опфаќање и варијаблите во равенките [8] и [9].

2. Јаз во физичката достапност. Ваквиот јаз ја мери ширината до која интервенцијата е физички достапна на населението. На пример, добро

5). www.healthsystemsrc.org/Pdfs/HNP_tecnote5a.pdf

познато е дека искористеноста на можностите за здравствена заштита се намалува како што се зголемува оддалеченоста на давателот.⁶ Времето е друг фактор на пристапноста поврзано со растојанието и можностите за транспорт. Всушност, времето на патување до здравствената установа и времето на чекање при прием од здравствен професионалец изгледа дека е сè повеќе поврзано со перцепцијата на потрошувачите за достапноста на услугите отколку со растојанието. Јазот во пристапноста на поединецот *i* за интервенцијата *j* може да се дефинира на начин сличен со јазот во расположливоста на ресурсите: станува збор за разлика помеѓу идеалното ефективно опфаќање на поединецот *i* со интервенцијата *j*, под претпоставка дека не постојат ограничувања од аспект на пристапноста (финансиска), културното прифаќање, расположливоста на ресурсите, квалитетот на давателот, придржувањето до третманот и изборот на вистинската интервенција. Единственото ограничување е физичкиот пристап. Формалното изразување на јазот на физичката пристапност може да биде конструирано на ист начин како и јазот во расположливост на ресурсите.

3. Јаз во финансиската достапност. Финансиската дозволивост зависи од износот на расположливиот доход за здравство на поединецот и исто така од начинот на кој е организирано финансирањето на здравствената заштита во земјата. Според тоа, јазот во финансиската достапност претставува празнина помеѓу идеалното ефективно опфаќање и ефективното опфаќање на поединецот *i* со интервенцијата *j*, под претпоставка дека не постојат други ограничувања освен во цената на интервенцијата.

4. Јаз во културната прифатливост. Ваквиот јаз ја мери ширината до која услугите се културно прифатливи за популацијата. Дури и доколку ресурсите се расположливи и пристапни, тие може да не бидат искористени доколку не се прифатливи од популацијата. Културната прифатливост ги вклучува немонетарните фактори како верување, религија, пол, видот на установа и одговорност за здравствените услуги.⁷ Информацијата за јазот во културната прифатливост е значајна во овозможување на донесувачите на политиките за подобро разбирање на употребата на услугите. Јазот во прифатливоста за поединецот *i* може да се дефинира како разлика помеѓу идеалното ефективно опфаќање и ефективното опфаќање со

6). Haynes R et al: Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. *Social Science & Medicine*, 1999, 49, стр. 425

7). Penchansky R, Thomas J.W: The concepts of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 1981, 19, стр.127

интервенцијата j под претпоставка дека не постојат други ограничувања освен во културната прифатливост.

5. Јаз во квалитетот поврзан со давателот. Под претпоставка на расположливи ресурси можеме да ги испитаме ограничувањата во опфаќањето како последица на подоптималните перформанси на давателите. Важно е да се забележи дека на апсолутната скала, техничкиот квалитет ќе претставува функција на однесувањето на давателот и расположливите ресурси. Формално, јазот во квалитетот поврзан со давателот може да се дефинира како разлика помеѓу идеалното ефективно опфаќање и ефективното опфаќање на поединецот i со интервенцијата j , под претпоставка дека не постојат други ограничувања освен способноста на давателите да ги користат достапните технологии и ресурси во генерирање на здравствената придобивка за поединецот.

6. Јаз во придржување до третманот. Придржувањето до пропишаниот третман за хроничните болести претставува важен услов при реализацијата на потенцијалната здравствена придобивка од испорачаната интервенција. Разликата помеѓу целосниот потенцијал на ефективното опфаќање и ефективното опфаќање кога како единствено ограничување се јавува придржувањето до пропишаниот третман од страна на пациентот може да се дефинира како јаз во придржувањето.

7. Јаз во стратемскиот избор. Вообичаено постојат различни стратегии од кои треба да се изврши избор на една која треба да посочи определена здравствена состојба. Ефективноста на ваквите стратегии може да се разликува, а според тоа и здравствената придобивка која се реализира преку нивна имплементација. Јазот во стратемскиот избор може да се дефинира како разлика помеѓу максималното ефективно опфаќање на интервенциите, односно најдобрата изводлива стратегија за дадена здравствена состојба и максимално ефективното опфаќање со интервенцијата j , интервенција која била тековно избрана.

Идентификацијата на главните фактори кои придонесуваат во ограничување на ефективното опфаќање ќе биде екстремно корисна во анализата на политиките. Доколку поврзаноста помеѓу варијаблите како цени, растојание и сл. во равенката [9] е линеарна, расчленувањето на јазовите во опфаќањето е додатно. Сепак, во реалноста е веројатно дека повеќекратните фактори се меѓузависни еден со друг и на тој начин поврзаноста меѓу ефективното опфаќање и секоја од варијаблите во равенката [9] не е линеарна.



Во досегашната расправа го формализиравме концептот на ефективно опфаќање на поединецот или групите на поединци за специфична интервенција. Важно е да се поврзе ефективното опфаќање со специфична интервенција кон општото опфаќање на здравствениот систем во целина.

Изјавата „јас сум опфатен со здравствениот систем“ може да се протолкува дека значи „доколку се разболам здравствениот систем ќе се погрижи за мене и ќе обезбеди соодветни интервенции“. Во контекст на ефективното опфаќање, ваквото гледање може да биде заземено како очекувана здравствена придобивка од сите потребни интервенции поделена со потенцијалната здравствена придобивка од ваквите интервенции, каде потенцијалната здравствена придобивка базира на систем којшто е пристаплив, достапен финансиски, прифатлив, расположлив и со висок квалитет. Формалното изразување на опфаќањето на здравствениот систем за повеќекратните интервенции се прикажува на следниов начин:

$$EC = \frac{\sum_{j=1}^n HG_j EC_j d_j}{\sum_{j=1}^n (HG_j | P_k = P_{opt}, R_{jk} = 1, \forall k = 1, \dots) d_j} \quad [10]$$

Истата логика која се применува кај поединечната интервенција може да се примени и кај севкупниот здравствен систем. Преку пресметката на опфаќањето на здравствениот систем можеме да ја дефинираме расположливоста, пристапноста, финансиската достапност, прифатливоста и квалитетот на опфаќањето поврзано со давателот на ниво на здравствениот систем. Формализацијата на ваквите факти е со ист формат како и кај поединечната интервенција.

Заклучок

Опфаќањето на здравствениот систем ги мери резултатите кои настанале во рамките на краток период по преземените акции во понудување на здравствените услуги. Ова ќе спречи расудување за перформансите на здравствените системи според резултатите на политиките имплементирани во релативно далечното минато, што ја редуцира политичката чувствителност при проценка на перформансите на здравствените системи. Рамките на испорака на здравствениот систем при мерење на пристапот и искористеноста, главно, се фокусирани на видовите на услуги (примарна заштита, болнички приеми, амбулантски посети, здравствени услуги на родилките и сл.), отколку на специфични интервенции. Ваквите рамки, главно, се загрижени за вкупниот волумен на испорачани услуги на поединците, според возраста, полот

и социокономските групи. Придонесот на факторите на пристап, како што се растојанието до давателите и трошокот на бараната заштита, кон целите на здравствениот систем вообичено е простудиран во квалитативен контекст, а ретко квантифициран. Спротивно, рамката на ефективно опфаќање е загрижена со специфичните интервенции и нивниот придонес во постигнување на здравствена придобивка. Таа ги комбинира перспективата на здравствената интервенција со перспективата на здравствениот систем и овозможува квантификација на влијанието што различните поединечни и системски компоненти ги имаат на целите на здравствениот систем. Рамката претставува новина по тоа што таа овозможува расчленување на јазот помеѓу максималните потенцијални и очекувани здравствени придобивки на неговите причинители за потребите на анализа на политиката. Рамката може да им помогне на менаџерите на здравствениот систем да ги идентификуваат тесните грла во испорака на здравствените услуги и да дизајнираат соодветни стратегии. Ефикасноста треба да измери колку добро функционира здравствениот систем низ изразите на постигнување на неговите цели, вклучувајќи го здравственото опфаќање, споредено со максимумот што може да го постигне со расположливите ресурси.

Користена литература

- Haynes R et al: Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. *Social Science & Medicine*, 1999.
- Maxwell RJ: Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality of Health Care*, 1992.
- Penchansky R, Thomas J.W: The concepts of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 1981.
- Taylor G.D, Aday L.A, Andersen R: A social indicator of access to medical care. *Journal of Health & Social Behavior*, 1975.
- www.who.int/gtb/publications/globrep00/index.html
- www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/amro_background.pdf