

Универзитет “Св.Кирил и Методиј”
Медицински Факултет – Скопје, Република Северна Македонија



ЕДНАКВОСТ ПРИ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ЛИЦА СО ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛУВАЊА

Докторска дисертација

Кандидат:

М-р д-р Светлана Поповска Кљусева

Ментор:

Проф. Д-р Весна Велиќ Стефановска

Скопје, 2026

**Ss. Cyril and Methodius University
Faculty of Medicine – Skopje, Republic of North Macedonia**



EQUALITY IN HEALTH CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

Doctoral Dissertation

**Candidate:
Dr. Svetlana Popovska Kljuseva**

**Mentor:
Prof. Dr. Vesna Velikj Stefanovska**

Skopje, 2026

Докторанд:

СВЕТЛАНА ПОПОВСКА КЉУСЕВА

Тема:

ЕДНАКВОСТ ПРИ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ЛИЦА СО ХРОНИЧНИ
НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛУВАЊА

Ментор:

Проф. Д-р Весна Велиќ Стефановска

Медицински факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Комисија за одбрана:

Проф. д-р Бети Зафирова Ивановска (претседател)

Проф. д-р Весна Велиќ Стефановска (ментор)

Проф. д-р Елена Ќосевска (член)

Проф. д-р Ирина Павловска (член)

Проф. д-р Јане Нетковски (член)

Датум на одбрана:

Посвета

„ На моето семејство, за континуираната поддршка и разбирање во текот на целиот процес на изработка на оваа докторска дисертација. Во вечен спомен на мојата мајка, чија љубов, сила и вера во мене беа неизмерна инспирација, иако не го дочека завршувањето на ова дело.“

СОДРЖИНА

ИЗВАДОК.....	7
ABSTRACT.....	8
1. ВОВЕД.....	9
1.1. Еднаквост и праведност во здравствена заштита	12
1.2. Хронични незаразни заболувања - приоритет во јавното здравје.....	15
1.3. Хронични незаразни заболувања и здравствена нееднаквост	17
2. МОТИВ.....	20
3. ЦЕЛИ.....	21
3.1. Специфични цели.....	21
4. ХИПОТЕЗИ.....	22
5. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ.....	23
5.1. Дизајн на истражувањето.....	23
5.2. Истражувачки целини.....	24
5.3. Примерок на истражувањето	24
5.4. Критериуми за селекција.....	26
5.5. Инструменти на истражувањето.....	27
5.6. Етички аспекти.....	28
6. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА.....	29
7. РЕЗУЛТАТИ.....	30
7.1. Демографски карактеристики.....	31
7.2. Селектирани хронични незаразни заболувања	45
7.2.1. Хронични незаразни заболувања – аспекти од интерес	49
7.2.2. Здравствено осигурување.....	55
7.3. КВАНТИТАТИВНО ИСТРАЖУВАЊЕ	57
7.3.1. Достапност до здравствена заштита.....	58
7.3.2. Пристап до здравствена заштита	83
7.3.3. Дискриминација при здравствена заштита.....	97
7.3.4. Задоволство и доверба при здравствена заштита.....	107
7.4. КВАЛИТАТИВНО ИСТРАЖУВАЊЕ.....	115
7.4.1. Јавно-здравствен товар на селектираните ХНЗ.....	116
7.4.2. Согледувања, размислувања и предлози на здравствени работници.....	121
8. ДИСКУСИЈА.....	128
8.1. КВАНТИТАТИВЕН ДЕЛ.....	128



8.1.1. Достапност до здравствена заштита (финансиски бариери).....	128
8.1.2. Пристап до здравствена заштита	131
8.1.3. Дискриминација при здравствена заштита.....	135
8.1.4. Задоволство и доверба при здравствена заштита.....	136
8.2. КВАЛИТАТИВЕН ДЕЛ	139
9. ЗАКЛУЧОЦИ	142
10. РЕФЕРЕНЦИ.....	146
АНЕКС 1 - АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК	152
АНЕКС 2 - ВОДИЧ НА ИСТРАЖУВАЧОТ ЗА КВАЛИТАТИВНО ИНТЕРВЈУ СО КЛУЧНИ ИНФОРМАТОРИ.....	159



ИЗВАДОК

Вовед: Постигнување еднаквост во здравствената заштита е една од главните цели на јавното здравје и здравствените системи ширум светот. Нееднаквостите во пристапот до здравствена заштита имаат силно влијание врз најранливите групи на население и лицата кои имаат потреба од подолготрајна и покомплексна здравствена заштита како што се лицата со хронични заболувања. **Цел:** Студијата имаше цел да ја истражи поврзаноста на социоекономските детерминанти со хоризонталната еднаквост при остварувањето на здравствената заштита на лицата со хронични незаразни заболувања. **Материјал и методи:** Истражувањето претставува проспективна квалитативно-квантитативна епидемиолошка аналитичка студија на пресек која се спроведуваше 2023/25 година. Имплементацијата на студијата беше поддржана од Институтот за епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика, Медицински факултет, УКИМ – Скопје, и ЈЗУ Центар за јавно здравје Битола. Од интерес за истражувањето беа пациентите со хронични незаразни заболувања како мозочен и срцев удар, малигни заболувања, астма, хронична опструктивна белодробна болест и дијабетес. Истражувањето беше организирано во два дела и тоа: 1) квантитативен дел реализиран преку анкетен прашалник за лица со хронични незаразни заболувања од сите осум статистички региони на земјата; и 2) квалитативен дел на анализа на постоечката документација за утврдување на јавно-здравствениот товар поврзан со хроничните незаразни заболувања од интерес и податоци од полуструктурирани интервјуа со здравствени работници. **Резултати:** Финансискиот пристап до здравствени услуги е сигнификантно ограничен особено во делот за преглед од специјалист во приватна здравствена установа кое секогаш можат да си ги дозволат само 8,55% од пациентите во град и 7,20% од пациентите од село. Достапноста на аптеки е 12,7 пати помала за лицата кои живеат во рурална средина, додека матичните лекари се 5,24 пати подостапни за урбаното население. Лекарите специјалисти се 11,54 пати, а болниците се 11,4 пати подостапни во урбаните подрачја. Пациентите со хронични заболувања од село имаат за 2,00 пати сигнификантно повеќе проблем со растојанието до лекар специјалист споредено со истите во град. Утврдена е сигнификантна разлика меѓу осумте статистички региони во однос на брзината на добивање термин за преглед кај лекар специјалист со сигнификантно најбрзо добивање термин кај специјалист во Источниот регион, а најбавно во Скопскиот регион. Вкупно 44,10% пациенти пријавија несоодветен однос од страна на здравствениот персонал, додека 12,27% наведоа користење на неразбирлив јазик, 7,04% одбивање на третман и 6,55% негирање на правата на пациентите. Најзадоволни во почитувањето на правата на пациентите беа во Вардарскиот регион (72,00%), додека најмало задоволство имаше во Југозападниот регион (32,71%). Пациентите од рурална средина изразуваат поголемо задоволство од здравствените услуги, особено од матичниот лекар, во споредба со пациентите од урбани средини. Довербата во однос на безбедноста на здравствените услуги е поголема кај руралното население каде 70,39% споредено со 59,26% пациенти од град од пациентите се изјаснија позитивно. **Заклучок:** Ова истражување овозможи добивање на квантитативни и квалитативни податоци за хоризонталната еднаквост при остварувањето на здравствена заштита на лицата со селектирани хронични незаразни заболувања (мозочен и срцев удар, малигни заболувања, астма, хронична опструктивна белодробна болест и дијабетес) во нашата земја. Добиените резултати од ова истражувањето ќе бидат искористени за креирање на нови здравствени политики на национално ниво кои ќе бидат од интерес и за корисниците и за давателите на здравствените услуги.

Клучни зборови: еднаквост, здравствена заштита, хронични незаразни заболувања.



ABSTRACT

Introduction: Achieving equity in health care is one of the main goals of public health and health systems around the world. Inequalities in access to health care have a strong impact on the most vulnerable groups of the population and people who need longer-term and more complex health care, such as people with chronic diseases. **Aim:** The study aimed to investigate the relationship between socioeconomic determinants and horizontal equity in achieving health care for people with chronic diseases. **Material and methods:** The research is a prospective qualitative-quantitative epidemiological analytical cross-sectional study conducted in 2023/25. The implementation of the study was supported by the Institute of Epidemiology and Biostatistics with Medical Informatics, Faculty of Medicine, UKIM - Skopje, and the PHI Center for Public Health Bitola. Of interest for the research were patients with chronic diseases such as stroke and heart attack, malignant diseases, asthma, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes. The research was organized in two parts: 1) a quantitative part conducted through a survey questionnaire targeting patients with chronic diseases from all eight statistical regions of the country; and 2) a qualitative part of second data analysis to determine the public health burden associated with the chronic diseases of interest and data from interviews with health professionals. **Results:** Financial access to health services is significantly limited, especially in the area of specialist check up in a private health institution, which is always affordable for only 8.55% of patients in cities and 7.20% of patients from rural areas. The availability of pharmacies is 12.7 times lower for people living in rural areas, while family doctors are 5.24 times more accessible for the urban population. Specialist are 11.54 times more accessible, and hospitals are 11.4 times more accessible in urban areas. Patients with chronic diseases from rural areas have 2.00 times more problems with the distance for visit a specialist compared to those in cities. A significant difference was found between the eight statistical regions in terms of the time for appointment for a check up from specialist, with the significantly faster appointment in the Eastern region, and the slowest in the Skopje region. A total of 44.10% of patients reported inappropriate treatment by healthcare personnel, while 12.27% reported the use of incomprehensible language, 7.04% refusal of treatment and 6.55% denial of patients' rights. The most satisfied with respect for patients' rights were patients from the Vardar region (72.00%), while the least satisfied were patients in the Southwestern region (32.71%). Patients from rural areas express greater satisfaction with healthcare services, especially from their primary care physician, compared to patients from urban areas. Trust in terms of safety of health services is higher among the rural population, where 70.39% expressed a positive opinion, compared to 59.26% of urban patients. **Conclusion:** This research allowed obtaining quantitative and qualitative data on horizontal equality in achieving health care for people with selected non-communicable diseases (stroke and heart attack, malignant diseases, asthma, chronic obstructive pulmonary disease and diabetes) in our country. The results obtained from this research will be used to create new health policies at the national level that will be of interest to both users and providers of health services.

Keywords: equality, healthcare, chronic non-communicable diseases.



1. ВОВЕД

Здравјето е основно човеково право неопходно за уживање на останатите човекови права. Секој поединец има право на здравје и достоинствен живот. Правото на здравје е признато во бројни меѓународни договори како и во Универзалната декларација за човекови права. Тоа е инклузивно право кое опфаќа не само навремена и соодветна здравствена заштита, но исто така ги вклучува и основните детерминанти на здравјето, како што се пристап до безбедна вода за пиење и соодветна санитација, соодветно снабдување со безбедна храна и домување, здрава животна средина, здравствена едукација како и пристап до информации. [1]

Човековите права се универзални права на сите, без разлика на раса, боја, пол, јазик, религија, политичка или друга определба, национално или социјално потекло, имотна состојба, раѓање или друг статус. [2] Секое човек има право на највисок можен стандард на физичко и ментално здравје. Земјите имаат законска обврска да развијат и имплементираат законодавство и политики кои гарантираат универзален пристап до квалитетни здравствени услуги и се справуваат со основните причини за здравствените разлики, вклучувајќи ја сиромаштијата, стигмата и дискриминацијата. [3] Правото на здравје и другите човекови права поврзани со здравјето се правно обврзувачки заложби содржани во меѓународните договори за човекови права. Истовремено, уставот на Светската здравствена организација (СЗО) го признава и правото на здравје. [2]

Тесно поврзано со правото на здравје е пристапот до здравствена заштита. Во Република Северна Македонија, согласно законската регулатива, здравствената заштита, опфаќа систем на општествени и индивидуални мерки, активности и постапки за зачувување и унапредување на здравјето. Ова се однесува и на спречување, рано откривање и сузбивање на болестите, повредите и другите нарушувања на здравјето предизвикани од влијанието на работната и животната средина, како и навремено и ефикасно лекување, здравствена нега и рехабилитација. Секој има право на здравствена заштита, но и лична обврска да се грижи, да го чува и да го унапредува своето здравје. Секој поединец има право на благовремена, соодветна и безбедна здравствената заштита со почитување на највисокиот можен стандард на човекови права и вредности. Во рамките на остварувањето на здравствената заштита, кај секој поединец треба да биде почитувано правото на зачувување на физичкиот и психичкиот интегритет, гаранција за безбедност во постапките/ интервенциите, како и почитување на моралните, културолошките, религиозните и филозофските убедувања. [4]

Системот на здравствена заштита во Република Северна Македонија се заснова на повеќе клучни начела, чија цел е обезбедување на еднаква, квалитетна и ефикасна здравствена услуга за сите граѓани. Начелото на достапност подразбира дека здравствените услуги треба да бидат географски, физички и економски достапни за целото население, особено на примарно ниво, каде што контактот со здравствениот систем е најнепосреден. Ефикасноста како начело се однесува на постигнување на најдобри можни



резултати со рационално користење на расположливите ресурси, односно обезбедување на високо ниво на здравствена услуга со минимални трошоци. Начелото на континуираност обезбедува непрекинат пристап до здравствена заштита преку функционално организиран систем кој ги поврзува сите нивоа на здравствена дејност – од примарна, преку секундарна до терциерна заштита. Во сржта на начелото на правичност лежи забраната за дискриминација по било кој основ – вклучувајќи раса, пол, возраст, религија, националност, инвалидитет, социјален или економски статус – што гарантира еднаков третман за сите. Начелото на сеопфатност ја истакнува важноста секој поединец да биде вклучен во здравствениот систем преку активности што ги опфаќаат сите аспекти на здравствената заштита: од промоција на здравјето и превенција на болести, до рана дијагноза, лекување и рехабилитација. Последно, начелото на квалитетен и сигурен здравствен третман налага применување на современи медицински практики и мерки кои го зголемуваат позитивниот исход кај пациентите и ги минимизираат ризиците и несаканите последици по нивното здравје. Заедно, почитувањето и примената на овие начела претставуваат темел на еден праведен, функционален и модерен здравствен систем кој е насочен кон заштита и унапредување на јавното здравје. [4]

Пристапот до здравствена заштита претставува клучен аспект на остварувањето на правото на здравје, кое подразбира обезбедување еднаков, навремен и квалитетен здравствен третман за сите лица без дискриминација. Правото на здравје ги опфаќа не само условите за физичка и ментална благосостојба, туку и пристапот до услуги и ресурси кои го поддржуваат и промовираат здравјето. Недоволниот или нерамноправниот пристап до здравствена заштита го нарушува ова право и создава системски нееднаквости и ограничувања во остварувањето на здравствените потреби на индивидуално и ниво на заедница. Затоа, обезбедувањето на универзален и квалитетен пристап до здравствени услуги претставува суштинска обврска на државите во рамките на заштитата на човековите права. [5-9]

Пристапот до здравствената заштита претставува сложен концепт тесно испреплетен со концептот и функционирањето на здравствениот систем како целина. Иако глобално во последните децении постојано се укажува на низа интенции за унапредување на здравствените системи во целина, сепак многу од проблемите во остварувањето на здравствената заштита се сеуште присутни.

Постојат повеќе концептуални рамки кои го дефинираат и објаснуваат пристапот до здравствената заштита. Една од најшироко користените рамки за пристап е *Andersens* бихејвиорален модел за користење на здравствени услуги, преку која пристапот се прикажува како predispozicija за користење здравствени услуги и потреба од здравствена заштита. [10,11] Овој модел за користење на здравствени услуги објаснува како и зошто поединците ги користат здравствените услуги, земајќи предвид три главни групи фактори: предиспонирачки, овозможувачки и фактори на потреба. Предиспонирачките фактори се лични карактеристики како што се возраста, полот, образованието и културните ставови кои влијаат на ставот кон здравствената заштита.



Овозможувачките фактори се услови што овозможуваат или ограничуваат пристап до услуги, како што се приходите, здравственото осигурување, достапноста на здравствени установи и транспортот. Потребата за здравствена заштита може да биде субјективна (перципирана од страна на поединецот) или објективна (оценета од здравствен работник), и таа најнепосредно влијае на одлуката да се побара здравствена помош. Моделот е широко применуван за анализа на нееднаквостите во здравството, за развој на политики и за подобрување на пристапот до здравствена заштита во различни социјални и економски контексти. [11]

Рамката на *Penchansky u Thomas* го дефинира пристапот до здравствена заштита како степен на усогласеност помеѓу пациентите и здравствениот систем. Таа опфаќа пет клучни димензии: достапност, пристапливост, финансиска прифатливост, социјална прифатливост и организациска акомодација. Подоцна, како шеста димензија е додадена и информираноста. Оваа рамка се користи за анализа и подобрување на бариерите во пристапот до здравствените услуги. [12]

Рамката *Социјалните детерминанти на здравјето*, воспоставена од Светската здравствена организација во 2008 година, укажува дека здравјето на поединците не е резултат само на биолошки фактори или пристап до здравствена заштита, туку е длабоко условено од социјалните, економските и политичките околности во кои луѓето живеат. Таа ги дели детерминантите на структурни (како социјална класа, образование, пол, вработеност и политики) и посреднички (како услови на живеење, психосоцијален стрес, животен стил и пристап до здравствени услуги), нагласувајќи дека за намалување на здравствените нееднаквости е потребен интересекторски пристап и системско делување. Целта на рамката е унапредување на здравствената еднаквост преку општествени промени кои ги адресираат корените на социјалната нееднаквост. [13]

Моделот објавен од *Cross u соработниците* истакнува дека за да се обезбеди ефективен пристап, здравствените услуги треба да ги почитуваат и да се прилагодуваат на културните, јазичните и социјалните специфики на различните популации. Од друга страна, *Интегрираниот модел на СЗО* од 2016 година промовира координација помеѓу примарната, секундарната и терциерната здравствена заштита, како и поврзаност со социјалните служби, со цел да се подобри пристапот, да се обезбеди континуитет на негата и да се намалат здравствените нееднаквости. [14-17]

Постојат и многу други дефиниции и рамки за дефинирање на пристапот до здравствена заштита, меѓутоа, една од најсеопфатните и најновите е концептуалната рамка на *Levesque* за пристап до здравствена заштита. Оваа рамка е објавена во 2013 година како резултат на сеопфатен преглед на постоечка литература за пристап до здравствена заштита. Рамката на *Levesque* опфаќа повеќе аспекти на здравствена заштита со акцент на пристап, прифатливост, акомодација, достапност и соодветност. Рамката на *Levesque* го дефинира пристапот до здравствена заштита како можност за идентификување, барање, достигнување, добивање и/или користење на здравствена



заштита, а истовремено им овозможува и на истражувачите да ги идентификуваат и бариерите во остварувањето на здравствена заштита. [10] Сите овие рамки заедно нудат сеопфатен пристап кој ја препознава мултидимензионалноста на пристапот до здравствена заштита, со фокус на балансирање на системските услови и индивидуалните капацитети за остварување на правично здравје.

1.1. Еднаквост и праведност во здравствена заштита

Многу често потребата за еднаквост и праведност при остварувањето на здравствената заштита се означува со негација на самите зборови со цел да се укаже на реалната слика од секојдневието. Намалување на нееднаквостите и неправедностите во здравствената заштита е една од главните цели на јавното здравје и здравствените системи ширум светот. [18] Нееднаквостите во здравството се поврзани со распределбата на здравствените ресурси од економски, социјален и политички аспект. Нивното постоење се одразува врз должината на животниот век, квалитетот на животот, стапките на заболувања, инвалидитетот и смртноста, како и пристапот до третман и менаџирањето на расположливите лекови. [19]

Еднаквоста во здравствената заштита е особено важна за одржување и унапредување на здравјето на населението. [20, 21] Разлики во однос на здравјето сеуште постојат меѓу различни групи на лица во една популација, но и меѓу популациите воопшто. Нееднаквостите во пристапот до здравствена заштита влијаат посебно врз најранливите групи на население и лицата кои имаат потреба од подолготрајна и покомплексна здравствена заштита како што се лицата со хронични заболувања. [22, 23]

Запазувајќи ги човековите права, пристап до здравствена заштита треба да имаат сите лица, без оглед на раса, пол, култура, религија, политичко уверување или социоекономска состојба. [24] Поврзано со пристапот на здравствена заштита е праведноста која дава акцент на неговите основни вредности на социјална правда. [25]

Разликата меѓу еднаквоста и праведноста мора да се нагласи. Иако и двата поима промовираат праведност, со еднаквоста тоа се постигнува така што секој се третира исто без оглед на потребата, додека со праведноста тоа се постигнува така што секој се третира различно, во зависност од потребите. [26]

Достапната литература укажува на неколку важни разлики помеѓу здравствена нееднаквост и здравствена неправедност. [27] Терминот здравствена нееднаквост генерички се однесува на разликите во здравјето на поединци или групи. [25] Секој мерлив аспект на здравјето кој варира кај поединци или кај различни групи може да се нарече здравствена нееднаквост. Некои здравствени нееднаквости се неизбежни бидејќи може да се припишат на биолошки разлики или слободен избор (на пр. разлики во мобилноста помеѓу постарата и помладата популација). [27] Во дефиницијата за



здравствена нееднаквост отсуствува било какво морално расудување за тоа дали забележаните разлики се праведни. Спротивно на тоа, здравствените неправедности означуваат неправедна разлика во здравјето. Според една заедничка дефиниција, кога здравствените разлики може да се спречат и се непотребни, неправедно е да им се дозволи да опстојат. Во оваа смисла, здравствените неправедности се систематски разлики во здравјето кои би можеле да се избегнат со разумни средства [25], а се поврзани со социјалните, економските и условите од средината. [27]

Веќе со децении една од главните цели на јавното здравје на глобално ниво е подобрувањето на здравствената заштита. Истата е интегрирана како централна компонента на многу современи здравствени договори и реформи на меѓународно ниво. [28, 29] Сепак постојат многу малку истражувања за нееднаквостите во здравствената заштита на ниво на население во една држава.

Ублажувањето на социјалните нееднаквости во здравството претставува клучен приоритет на Светската здравствена организација уште од нејзиното основање, и останува централна заложба во нејзината тековна работа. Усвојувањето на Агендата за одржлив развој 2030 од страна на Обединетите нации во 2015 година го зацврсти глобалниот ангажман за справување со здравствените нееднаквости, ставајќи акцент на принципот „да не се остави никој зад себе“ во остварувањето на целите за одржлив развој. [30, 31] Како дел од овие напори, следењето и прифаќањето на докази поврзани со здравствената нееднаквост се сметаат за суштински алатки за унапредување на правичноста во рамките на глобалните здравствени иницијативи. Овој приоритет е дополнително нагласен во Четиринаесеттата општа програма за работа на СЗО, одобрена од Светското здравствено собрание во 2024 година. Програмата ја истакнува потребата од „исклучителен фокус на значително подобрување на еднаквоста во здравството, покриеноста со услуги и пристапот до истите“. [32]

Здравствените нееднаквости, иако делумно предизвикани од недостатоци во перформансите на здравствениот систем, исто така се под силно влијание на пошироките услови надвор од медицинскиот сектор кои го определуваат исходот на здравјето. Социјалните детерминанти на здравјето се дефинираат како условите во кои луѓето се раѓаат, растат, работат, живеат и стареат, како и пристапот до моќ, пари и ресурси. Овие детерминанти ги опфаќаат факторите важни за секојдневното здравје, вклучувајќи обезбедување приход и социјална заштита, образование, вработување и сигурност на работното место, услови на работа, безбедност на храната, квалитет на животна средина (вклучувајќи домување и основни удобности), ран детски развој, социјална вклученост и недискриминираност, безбедност од насилство, како и пристап до прифатливи и квалитетни здравствени услуги. [33]

Социјалните детерминанти имаат значајно влијание врз здравјето и претставуваат главни двигатели на здравствените нееднаквости. Разбирањето на варијациите на социјалните детерминанти кај различни популациски групи и механизмите кои стојат зад



нив е суштински елемент во развојот на ефективни стратегии за подобрување на здравјето и намалување на здравствените нееднаквости. [32]

Нееднаквостите во здравството и социјалните детерминанти на здравјето претставуваат сложени и долгорочни предизвици за владите. Намерното и ефективно справување со овие нееднаквости бара координирана акција низ различни сектори, со цел развој на политики и институции кои заемно се зајакнуваат и поддржуваат. Работата помеѓу различни сектори, заснована на заеднички интерес и координирани активности, е суштинска за намалување на здравствените нееднаквости и постигнување на целите за здравје и развој. [34]

Голем број на истражувања потврдуваат дека социјалните фактори како местото на живеење, етничката припадност, образованието, полот, приходот и попреченоста значително влијаат врз должината и квалитетот на животот. Разликите во очекуваниот животен век меѓу земјите достигнуваат и до 33 години, дури и меѓу земји со слично ниво на приходи. Во рамките на самите земји, се забележуваат сериозни нееднаквости според географската локација и социјалната припадност, што укажува на потребата од насочени политики за унапредување на здравствената еднаквост. [35-42]

Во 2025 година објавен е и Светскиот извештај за социјалните детерминанти на здравствената еднаквост. Според него разликите во здравјето кои можат да се избегнат се најчесто резултат на социјалните детерминанти на здравствената еднаквост. И покрај глобалната согласност за нивното значење, напредокот сепак е инсуфициентен. Иако нееднаквостите меѓу земјите се намалени поради општ социоекономски развој, во рамките на самите земји особено во оние земји со пониски приходи здравствените нееднаквости се продлабочуваат. Тоа доведува до ослабување на институционалните капацитети и ја зголемува веројатноста за појава на конфликти и застој во развојот. [42]

Интервенциите дизајнирани да ја подобрат здравствената заштита од аспект на еднаквост посебно за ранливите групи на население најчесто се многу фрагментирани и немаат доволно ресурси. [43,44] Нееднаквостите во здравствената заштита значат незадоволени здравствени потреби, полошо и нееднакво здравје кое што резултира најчесто и со зголемени трошоци за здравствена заштита. [45-47] Истовремено, праведноста на пристапот до здравствена заштита е главна социјална детерминанта на здравјето и се смета како стратегија за утврдување и справување со здравствената нееднаквост. [13] Со цел постигнување на еднаквост во здравствената заштита, потребно е креирање на интервенции кои поддржуваат праведен пристап врз основа на еднаквост до здравствена заштита за сите кои имаат иста потреба. Детерминантите за пристап до здравствена заштита се подложни на промена, и на системско ниво (на пр. трансформирање на начинот на кој функционираат здравствените системи, развојот на нови практики) и на ниво на поединец или население (на пр. овластување на пациентите да учествуваат во процесите на донесување одлуки во врска со здравствената грижа). [48, 49]



1.2. Хронични незаразни заболувања - приоритет во јавното здравје

Хроничните незаразни заболувања (ХНЗ) се глобален јавно-здравствен проблем кој диспропорционално повеќе ги погодува жителите на неразвиените земји и земјите во развој споредено со високо развиените земји. На овие земји им се припишуваат повеќе од 73% од вкупниот број на смртни случаи од хронични болести во светот за една година што изнесува околу 32 милиони. [50]

Хроничните незаразни заболувања се резултат на сложена комбинација од генетски predispozicii, физиолошки состојби, влијанија од животната средина, како и однесувањето на поединецот. Овие болести обично бараат долготрајна и комплексна медицинска нега која вклучува различен пристап и континуирана грижа. Поради нивната природа, тие често предизвикуваат значителна попреченост кај заболениот, влијаејќи на квалитетот на живот и способноста за секојдневни активности. Покрај тоа, лечењето и контролата на овие заболувања носи високи трошоци за здравствениот систем, што претставува сериозен финансиски товар за општеството во целина. [50, 51]

Лицата од сите возрасни групи, од сите региони и земји ширум светот се афектирани од ХНЗ. Овие состојби често се поврзуваат со повозрасната популација, но околу 18 милиони смртни случаи од ХНЗ се случуваат пред возраст од 70 години. ХНЗ предизвикуваат повеќе смртни случаи во оваа возрасна група отколку сите други причини за смрт заедно. Од овие предвремени смртни случаи, се проценува дека 82% се случуваат во земјите со низок и среден приход. Сите возрасни категории се подложни на факторите на ризик кои придонесуваат за ХНЗ, без разлика дали се предизвикани од нездрава исхрана, физичка неактивност, изложеност на чад од тутун, загадување на воздухот или штетната употреба на алкохол. [50]

ХНЗ продолжуваат да се водечка причина за смртност и нарушување на здравјето во Европскиот регион на СЗО, при што значителен број луѓе умираат предвреме и тоа најчесто од срцеви болести, малигни заболувања, хронични респираторни нарушувања и дијабетес. Според СЗО, годишно се евидентираат околу 1,8 милиони смртни случаи кои можеле да се избегнат преку ефективна превенција или навремен пристап до здравствена грижа. Над 60% од овие случаи се резултат на ризик-фактори како што се пушење, алкохол, лоша исхрана, физичка неактивност и зголемен крвен притисок, додека останатите се поврзани со недоволен пристап до квалитетна дијагностика и лекување. Пандемијата со КОВИД-19 го наруши напредокот во справувањето со ХНЗ, поради што многу земји се далеку од остварување на поставените цели до 2025 и 2030 година. Финансиските последици се исто така значителни, со загуби во продуктивноста што надминуваат 514 милијарди долари годишно. И покрај овие предизвици, постојат примери на успешни практики – десет земји веќе ја достигнале целта за намалување на прераната смртност, благодарение на доследна примена на ефективни здравствени политики. [52]



Според податоците од СЗО најчести ХНЗ се кардиоваскуларните заболувања, малигните заболувања, хроничната опструктивна белодробна болест, дијабетес и астма. [50, 53]

Кардиоваскуларните болести (КВБ) се водечка причина за смртност на глобално ниво, со приближно 17,9 милиони животи изгубени секоја година. Овие заболувања опфаќаат различни состојби на срцето и крвните садови, како што се коронарната срцева болест, мозочниот удар, ревматската срцева болест и други пореметувања. Поголемиот дел од смртните случаи (повеќе од 80%) се резултат на акутни настани како срцев удар и мозочен удар, а една третина од овие смртни случаи се случуваат кај лица помлади од 70 години, што ги прави предвремени и во голема мера превентабилни. Факторите на ризик што најмногу придонесуваат за појава на КВБ се поврзани со начинот на живот: нездрава исхрана, недостаток на физичка активност, пушење и прекумерна и штетна употреба на алкохол. Дополнително, загадувањето на воздухот претставува значаен еколошки ризик. Истражувањата покажуваат дека промените во однесувањето, како што се откажување од пушење, намалување на внесот на сол, зголемување на консумацијата на овошје и зеленчук, редовно вежбање и избегнување на алкохол, имаат значајна улога во спречувањето на овие болести. Истовремено, неопходни се здравствени политики што ќе создадат средина во која овие здрави избори ќе бидат пристапни и одржливи за сите, како и политики за подобрување на квалитетот на воздухот. За да се намали бројот на предвремени смртни случаи, особено е важно навремено да се идентификуваат лицата со висок ризик од КВБ и да им се овозможи пристап до соодветна здравствена заштита. Ова вклучува достапност на лекови за хронични незаразни болести и основна медицинска опрема во рамките на примарната здравствена заштита, кои овозможуваат навремена дијагноза, ефективен третман и советување. [54]

Малигните заболувања (рак/ канцер/ неоплазма) се болести кои можат да започнат во речиси секој орган или ткиво на телото кога абнормалните клетки растат неконтролирано, ги надминуваат нивните вообичаени граници, ги напаѓаат соседните делови од телото и/или да се шират на други органи односно метастазираат. Ракот претставува втора водечка причина за смрт на глобално ниво, со околу 9,6 милиони смртни случаи или 1 од 6 смртни случаи во 2018 година. Товарот од канцер продолжува да расте на глобално ниво, нанесувајќи огромен физички, емоционален и финансиски притисок врз поединците, семејствата, заедниците и здравствените системи. Земјите со ниски и средни приходи често немаат доволно ресурси и капацитет за ефикасно справување со оваа болест, што резултира со доцна дијагноза и недостапен третман за многу пациенти. За разлика од тоа, во земјите со развиени здравствени системи, стапките на преживување кај повеќе видови рак се подобруваат благодарение на раната детекција, квалитетниот третман и соодветната грижа за преживеаните. [55]

Хроничната опструктивна белодробна болест (ХОББ) е четврта водечка причина за смрт на глобално ниво, предизвикувајќи 3,5 милиони смртни случаи во 2021 година, односно приближно 5% од сите глобални смртни случаи. Скоро 90% од смртните



случаи на ХОББ кај лицата помлади од 70 години се случуваат во земјите со низок и среден приход. Пушењето е главен фактор кој предизвикува повеќе од 70% од случаите на хронична опструктивна белодробна болест во земјите со високи приходи. Во земјите со низок и среден приход, пушењето тутун е одговорно за 30–40% од случаите на ХОББ, додека загадувањето на воздухот претставува главен фактор на ризик за развој на болеста. [56]

Дијабетес е хронична, метаболна болест која се карактеризира со покачени нивоа на гликоза во крвта, што со текот на времето доведува до сериозно оштетување на срцето, крвните садови, очите, бубрезите и нервите. Најчест е дијабетес тип 2, обично кај возрасни, кој се јавува кога телото станува резистентно на инсулин или не произведува доволно инсулин. Во последните три децении, зачестеноста на дијабетес тип 2 значително порасна во земјите со сите нивоа на економски развој. Дијабетес тип 1, некогаш познат како јувенилен дијабетес или дијабетес зависен од инсулин, е хронична состојба во која панкреасот сам произведува малку или воопшто не произведува инсулин. Пристапот до ефикасен третман, вклучувајќи инсулин, е од клучно значење за опстанокот на лицата кои живеат со дијабетес. Се проценува дека околу 830 милиони лица ширум светот имаат дијабетес, при што најголемиот дел од нив живеат во земји со низок и среден приход. Сепак, повеќе од половина од овие лица не добиваат потребен третман. Во изминатите децении, бројот на лица со дијабетес – без разлика дали се лекувани или не, постојано се зголемува, укажувајќи на глобалниот раст на ова хронично заболување и потребата од подобрен пристап до здравствена заштита. [57]

Астмата е една од најчестите хронични незаразни болести, која ги погодува и децата и возрасните, а претставува најраспространета хронична болест кај децата. Болеста настанува поради воспаление и стеснување на малите дишни патишта во белите дробови, што предизвикува кашлица, отежнато дишење и стегање во градите. Во 2019 година, астмата зафати околу 262 милиони луѓе и предизвика 455.000 смртни случаи. Соодветната терапија овозможува контрола на симптомите и нормален, активен живот, додека избегнувањето на предизвикувачите може дополнително да ги намали симптомите. Најголемиот број на смртни случаи се случуваат во земји со низок и понизок среден приход, каде што недоволната дијагностика и ограничениот пристап до лекови претставуваат значаен предизвик. [53]

1.3. Хронични незаразни заболувања и здравствена нееднаквост

Хроничните незаразни заболувања претставуваат предизвик за социјалното функционирање, а истовремено и сериозен проблем за економијата како на индивидуално ниво така и за национално ниво. Со демографската транзиција која резултираше со значително продолжување на животниот век, бројот на возрасни лица како и на оние од нив кои имаат хронични заболувања бележи растечки тренд. Овие заболувања се долготрајни по природа, често прогресивни и бараат континуирана здравствена грижа и



самоменаџирање од страна на пациентот. Иако традиционално се смета дека се поврзани со индивидуалното однесување (на пр. пушење, физичка неактивност, нездрава исхрана, злоупотреба на алкохол), современите истражувања и јавноздравствени политики сè повеќе го нагласуваат влијанието на социјалните детерминанти на здравјето, како што се приходите, образованието, вработеноста, пристапот до здравствени услуги, социјалната поддршка и животната средина.

Лицата со хронични заболувања претставуваат “вулнерабилна група” посебно од аспект на потенцијалниот ризик за изложеност на нееднаквости и неправедности при остварувањето на здравствената заштита. [58] Здравствената нееднаквост се јавува тогаш кога постојат разлики во здравствената состојба, во пристапот до здравствена заштита и во здравствените исходи помеѓу различни социјални групи. Кај ХНЗ, овие разлики се особено изразени: лицата кои припаѓаат на социјално и економски ранливи групи почесто се изложени на ризик-фактори (на пр: немаат пристап до здрава храна или безбедно место за физичка активност), имаат поограничен пристап до превентивни и дијагностички здравствени услуги, и се соочуваат со повеќе пречки во добивање квалитетен и навремен третман. Дополнително, финансиското оптоварување за третман на ХНЗ често паѓа директно врз пациентите и нивните семејства, особено кога немаат соодветно здравствено осигурување или кога услугите не се целосно покриени, што може да доведе до понатамошна маргинализација, сиромаштија и психосоцијален стрес.

И покрај подобрувањата во здравствениот статус во многу европски држави, остануваат значајни нееднаквости во преваленцата на хроничните незаразни болести, кои се поизразени во пониските социо-економски слоеви. Намалувањето на овие здравствени диспропорции останува приоритетен и долготраен предизвик за јавното здравје. [59]

Здравствените нееднаквости во Европа се предмет на големи студии, фокусирани на нееднаквостите во преваленцијата и смртноста помеѓу источните, западните и централните региони. [60-63] Утврдено е дека многу фактори придонесуваат за овие нееднаквости, како здравствената писменост, пристапот до здравствените услуги, економската состојба во една земја и реалните национални здравствени политики. [64-66] Географските здравствени нееднаквости често ги отсликуваат основните разлики во социо-економските нивоа, каде што побогатите земји имаат тенденција да покажат подобри здравствени резултати. [65]

Хроничните болести, со своето долгорочно влијание врз квалитетот на живот и продуктивноста на работоспособното население, не само што се индивидуален и семеен товар, туку претставуваат и сериозен јавноздравствен и економски предизвик за здравствениот систем и за општеството во целина. Одговорот на овој предизвик не може да биде ограничен само на медицински интервенции, туку бара интегриран пристап кој вклучува здравствени, образовни, социјални и економски политики. Интервенциите треба да се насочат кон промовирање на здрави животни стилови, подобрување на условите на



живеење, достапност на здравствените услуги за сите, особено за маргинализираните групи, како и кон унапредување на здравствената писменост на населението.

Пристапот до здравствена заштита и потешкотиите со кои се соочуваат лицата со хронични заболувања претставува континуиран децениски глобален предизвик за здравствените политики. Сепак, остварувањето на еднаквоста и праведноста при здравствената заштита на лицата со хронични заболувања, за жал, како да се одложи со актуелните нови светски пандемии. Останува верувањето дека здравствените системи и авторитети нема да заборават дека единствениот пат кон заокружување на напорите за продолжување на животниот век на човештвото има логика само со еднаквост и праведност при здравствената заштита на лицата со хронични заболувања. [67]



2. МОТИВ

Примарен јавен интерес на мнозинството здравствени системи на глобално ниво е подобрување на пристапот и квалитетот на здравствена заштита со интенција за достигнување на еднаквост, праведност и недискриминација при нејзиното остварување. Ваквата иницијатива станува се почесто видливо интегрирана во актуелните меѓународни реформи и договори од областа на здравствената и социјалната заштита.

Иако станува збор за актуелен проблем за кој посебно високо развиените земји отворено дебатираат последните децении, сепак бројот на имплементирани како и публикувани истражувања е инсуфициентен споредено со другите теми во здравството. Ова особено се однесува на неразвиените земји и земјите во развој каде темата за еднаквост при остварувањето на здравствената заштита е сеуште табу и од многу авторитети толкувана како напад врз здравствениот систем.

Од друга страна, развиените земји каде за еднаквоста во здравствената заштита се дискутира многу поотворено, самокритично признаваат дека успеваат да постигнат многу мал прогрес во благовремено препознавање и решавање на овој вид на проблеми. Факти кои сигнификатно го успоруваат надминувањето на проблемот на нееднаквост се социодемографските детерминанти на самите лица корисници на здравствените услуги, како и на давателите на здравствени услуги од аспект на позицијата од која ја даваат здравствената услуга (ниво на здравствена заштита и средина на работа – урбана/рурална).

Мотив за изработката на овој докторски труд е да се добијат информации за влијанието на социоекономските детерминанти врз хоризонталната еднаквост при остварувањето на здравствена заштита на лицата со хронични незаразни заболувања во нашата земја. Истовремено мотив е да се согледаат и ставовите на здравствените работници по ова прашање. Од неоспорна важност е добиените резултати од истражувањето да бидат споредени со истите од други земји, како и да бидат искористени за креирање на нови здравствени политики од интерес како за корисниците така и за имплементаторите на здравствените услуги.



3. ЦЕЛИ

Студијата имаше за цел да ја истражи поврзаноста на социоекономските детерминанти со хоризонталната еднаквост (еднаков одговор за еднакви потреби) при остварувањето на здравствената заштита на лицата со хронични незаразни заболувања.

3.1. Специфични цели

- Да се утврди јавно-здравствениот товар од селектираните ХНЗ преку согледување на учеството на нивниот специфичен морталитетот во вкупниот морталитет на населението во земјата во последните 5 години.
- Да се анализира влијанието на социодемографските индикатори врз хоризонталната еднаквост на лицата со ХНЗ од аспект на достапност, пристап, дискриминација, задоволство и доверба при остварувањето на здравствената заштита.
- Да се укаже на ставовите на здравствените работници за прашањата во доменот на еднаквост во достапноста, пристапот, недискриминацијата, задоволството и довербата при остварувањето на здравствената заштита на лицата со ХНЗ;
- Преку сумирање на согледувањата од истражувањето, да се конципираат предлози кои би поддржале иницијативи за хоризонтална еднаквост при здравствената заштита на лицата со ХНЗ.



4. ХИПОТЕЗИ

Во рамките на истражувањето беа поставени следните хипотези:

- Социодемографските индикатори сигнификантно влијаат на изјавите за еднаквост во достапност, пристап, дискриминација и задоволство/ доверба при здравствената заштита кај лицата со ХНЗ;
- Постои сличност во ставовите и размислувањата на здравствените работници од трите нивоа на здравствена заштита во однос на ставовите за еднаквоста во достапност, пристап, дискриминација, задоволство и доверба при здравствената заштита кај лицата со ХНЗ;
- Има зголемување на учество на морталитетот од селектираните ХНЗ во вкупниот морталитет на населението во земјата.



5. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

5.1. Дизајн на истражувањето

Истражувањето претставуваше проспективна квалитативно-квантитативна епидемиолошка аналитичка студија на пресек (cross-sectional study) која беше спроведена во периодот на 2023/25 година. Имплементацијата на студијата беше поддржана од Институтот за епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика, Медицински факултет, УКИМ – Скопје, а истата беше изведена со поддршка на ЈЗУ Центар за Јавно здравје во Битола.

Хронични незаразни заболувања (ХНЗ) од интерес за истражувањето беа:

- кардиоваскуларни и цереброваскуларни заболувања (срцев удар и мозочен удар);
- малигни заболувања;
- хронични респираторни заболувања (хронична опструктивна белодробна болест и астма) и
- дијабетес.

Присуството и видот на ХНЗ беше утврдено базирано на лична изјава (self reporting) на испитаникот. Согласно однапред поставените инклузии и ексклузии критериуми испитаниците можеа да имаат повеќе од едно ХНЗ од интерес за истражувањето. Селекцијата на испитаниците беше направена со примената на методот на случаен избор (Random sampling) со почитување на поставените критериуми за селекција.

Социоекономски индикатори од интерес за утврдување на нивната предиктивна улога за хоризонтална еднаквост при остварувањето на здравствената заштита на лицата со ХНЗ беа: пол, возраст, социоекономски статус, степен на образование, работен статус, место на живеење (село/ град), број на ХНЗ и здравствено осигурување.

***НАПОМЕНА:** во истражувањето под лица со хронични незаразни заболувања (ХНЗ) се подразбираа лица со кардиоваскуларни и цереброваскуларни заболувања (срцев и мозочен удар), малигните заболувања, хроничните респираторни заболувања (хронична опструктивна белодробна болест и астма) и дијабетес.



5.2. Истражувачки целини

Истражувањето обработи повеќе истражувачки целини од интерес и тоа:

I - Квантитативен дел од истражувањето – овој дел од истражувањето се однесуваше на примерок на лица со минимум едно од селектираните ХНЗ, а согласно однапред поставените подолу посочени инклузиони и ексклузиони критериуми. За потребите на примерокот за квантитативниот дел од истражувањето беше направена соработка со здравствени институции и национални/локални НВОи со мисија за работа со лица со ХНЗ од интерес. На примерокот испитаници за овој дел од истражувањето му беше аплициран 5 делен анкетен прашалник чиј детален опис е даден во АНЕКС 1 на овој документ.

II - Квалитативен дел од истражувањето - овој дел од истражувањето беше составен од две одвоени целини и тоа:

IIa - Јавно-здравствен товар на селектираните ХНЗ - Товарот на селектираните ХНЗ од интерес за истражувањето беше анализиран преку учество на смртноста од селектираните ХНЗ во вкупната смртност на населението. Анализата се однесуваше на последните 5 години и беше направена за параметри од интерес за целите на истражувањето. За овој дел беа користени податоците од Државниот завод за статистика на Република Северна Македонија преку неговарата отворена МакСтат база на податоци и Институтот за Епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика, Медицински факултет, УКИМ-Скопје каде се врши шифрирањето на потврдите за смрт.

IIб – Согледувања, размислувања и предлози – Овој дел од квалитативното истражување опфати примерок на здравствени работници (доктори на медицина и медицински сестри) вклучени во работата со лица со ХНЗ во здравствена институција во едно од трите нивоа на здравствена заштита (примарна, секундарна или терциерна) во рурална/ урбана средина. Испитаниците од овој дел од истражувањето имаа улога на клучни информатори со кои беше спроведено интервју базирано на полуструктуриран прашалник (АНЕКС 2 од овој документ).

5.3. Примерок на истражувањето

Примерок за квантитативен дел од истражувањето - големината на примерокот на лица со ХНЗ за квантитативниот дел од истражувањето изнесуваше 800 од кои 617 пациенти во целост ги исполнија условите за обработка на податоците. Направена беше селекција на испитаници преку ПЗУ – матичен лекар како и преку национални/ локални НВОи на лица со ХНЗ.



Селекцијата на испитаници преку ПЗУ-матичен лекар беше направена преку креирање на повеќефазен стратификуван примерок базирано на статистички регион, рурална/урбана област, и имање/ немање на ХНЗ од интерес. Од 8-те статистички региони во државата (Пелагониски, Скопски, Вардарски, Полошки, Североисточен, Источен, Југоисточен и Југозападен) беше направена стратификација на регистрираните ПЗУ-матичен лекар според место (рурално/ урбано) согласно листата од Фондот за здравствено осигурување во Република Северна Македонија. По метод на случаен избор беа селектирани по две ПЗУ од урбаните средини, и по една ПЗУ од руралните средини од секој од 8-те статистички региони. Од регистарот на запишани пациенти во секоја од избраните ПЗУ – матичен лекар, по метод на прост случаен избор, а согласно поставените инклузиони и ексклузиони критериуми, селектирани се пациенти за истражувањето.

Истовремено, во интерес на вклучување на што е можно повеќе пациенти од интерес беше остварен контакт со национални/ локални НВОи на лица со ХНЗ и истите беа поканети за учество во студијата. Базирано на бројноста на членството планирано беше овие НВОи да имаат значајно учество во истражувањето.

Покрај можноста за одговор на прашањата од квантитативниот дел преку директен контакт со истражувачот, беше дадена и можност прашалникот да се одговори преку електронска платформа Google forms. Пристапот до платформата беше споделен со членството преку номинирани лица од НВОите. На електронската платформа, со големи букви беше потенцирано дека лицата кои учествувале во истражувањето преку своите матични лекари да не го пополнуваат прашалникот. Искуствата од работата на терен во рамките на спроведувањето на истражувањето укажаа дека заинтересираноста на пациентите за електронско учество во истражувања сеуште не е на потребно високо ниво.

Примерок за квалитативниот дел од истражувањето - За квалитативниот дел од истражувањето кој се однесуваше на здравствените работници вклучени во лекување на лица со ХНЗ, фазата на стратификација беше направена на трите нивоа на здравствена заштита. Проценката за големината на примерокот на здравствени работници изнесуваше 60 и тоа по 20 од секое ниво на здравствена заштита. Селекцијата на вклучените здравствени работници беше направена по метод на квота (quota sample) добиен преку техника на избор без веројатност (nonprobability sampling). Во квалитативното истражување беше применета и техниката на снежна топка (snow ball) онаму каде за тоа беше утврдена потреба после направено интервју на истражувачот со некој од клучните информатори.

Во квантитативниот како и квалитативниот дел од истражувањето очекуваната позитивна “здрава“ стапка на повратни одговори (healthy response rates) на оние на кои им беше понудено и прифатат да учествуваат во истражувањето изнесуваше консеквентно 86% vs. 99%.



5.4. Критериуми за селекција

Селекцијата на испитаниците за учество во студијата беше направено според однапред утврдени инклузиони и ексклузиони критериуми кои се однесуваа поединечно за лицата со ХНЗ односно за здравствениот персонал вклучен во квантитативниот дел од истражувањето.

Инклузиони критериуми за лица со ХНЗ - инклузиони критериуми на лица со ХНЗ за учество во истражувањето беа:

- лица на возраст ≥ 18 години;
- лична изјава за имање на едно или повеќе од селектираните ХНЗ (кардиоваскуларни и цереброваскуларни заболувања- мозочен удар/ срцев удар, малигни заболувања, хронични респираторни заболувања- астма/ хронична опструктивна белодробна болест и/или дијабетес);
- имање на минимум еден преглед кај доктор специјалист во секундарно/ терциерно ниво во последните 2 години;
- независно од пол, возраст, верска или етничка припадност;
- ориентираност во простор и време;
- спремност и желба за учество во истражувањето.

Ексклузиони критериуми за лица со ХНЗ - ексклузиони критериуми за лица со ХНЗ за учество во истражувањето беа:

- немање на ниедно од селектираните ХНЗ;
- лица помлади од 18 години;
- немање на минимум еден преглед кај доктор специјалист во секундарно/ терциерно ниво во последните 2 години;
- прекумерна вознемиреност и/или отсуство на спремност и желба за учество.



Инклузиони критериуми за здравствени работници (доктори на медицина и медицински сестри) - инклузиони критериуми за учество во истражувањето беа:

- искуство во пружање на здравствена заштита на лица со ХНЗ во здравствена установа во едно од трите нивоа на здравствена заштита;
- работа во здравствена установа во рурална односно урбана средина;
- спремност и желба за учество во студијата.

Ексклузиони критериуми за здравствени работници (доктори на медицина и медицински сестри) - ексклузиони критериуми за учество во истражувањето беа:

- немање на искуство во пружање на здравствена заштита на лица со ХНЗ во здравствена установа;
- прекумерна вознемиреност;
- отсуство на спремност и желба за учество.

5.5. Инструменти на истражувањето

Прашалник за квантитативно истражување - За квантитативниот дел од истражувањето беше користен анкетен прашалник изработен со компилација на делови од меѓународно прифатени стандардизирани прашалници за оваа цел. Меѓународни препораки, стандарди и дефиниции издадени од СЗО беа земени во предвид при дизајнирањето на прашалникот. Првата верзија од прашалникот беше искористена во пилот студија спроведена во 2022 година, со цел за тестирање на самиот прашалник. Прашалникот беше пилот тестиран на 30 испитаници. Во конечната верзија од прашалникот беа инкорпорирани добиените препораки од пилотирањето со што истиот беше прилагоден на потребите, и разбирањата на целната популациона група.

Прашалникот за квантитативниот дел од истражувањето, според поставените цели, беше конципиран во 5 независни дела кои се однесуваа на: 1) социодемографски карактеристики и здравствена историја – 13 прашања; 2) достапност на здравствена заштита (финансиско оптеретување) – 11 прашања; 3) пристап до здравствена заштита (бариери кои исклучуваат финансиски - листи на чекање, далечина, превоз итн. што ги спречуваат пациентите да пристапат до здравствена заштита) – 7 прашања; 4) дискриминација при здравствена заштита – 4 прашања; и 5) задоволство и доверба во здравствената заштита – 9 прашања (Анекс 1).



Прашалник за квалитативно истражување - За овој дел од истражувањето беше користен полуструктуриран прашалник кој обработува аспекти на хоризонтална еднаквост при остварување на здравствена заштита на лицата со ХНЗ и тоа терапија, достапност на здравствени услуги, пристап до здравствени услуги, дискриминација при остварување на здравствена заштита, информираност, лична перцепција за задоволството и довербата на пациентите и препораки за надминување на проблемите (Анекс 2).

5.6. Етички аспекти

Учеството во студијата беше доброволно, неповрзано и анонимно и не подразбираше никаков облик на принуда. На првата страна од анкетниот прашалник со болдирани впечатливи букви на учесниците им беше потенцирано да не го пишуваат своето име на ниедно место на прашалникот. На електронската платформа, со големи букви беше потенцирано дека лицата кои учествуваа во истражувањето преку своите матични лекари да не го пополнуваат прашалникот. На сите учесници и во квантитативниот и во квалитативниот дел на истражувањето детално им беа објаснети причините за спроведување на истражувањето. Сите учесници беа информирани за превземените процедури за максимална доверливост и загарантирана анонимност и од секој од нив беше побарана согласност за учество во истражувањето.



6. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА

Податоците добиени со истражувањето беа обработени во SPSS software package, version 26.0 for Windows, и прикажани табеларно и графички.

Анализата на квалитативните серии беше направена преку одредување на коефициент на односи, пропорции и стапки, а истите беа прикажани како апсолутни и релативни броеви.

Нумеричките (квантитативни) серии беа анализирани со мерките на централна тенденција (просек, медијана, минимални вредности, максимални вредности, интерактивни рангови), како и со мерки на дисперзија (стандардна девијација, и стандардна грешка).

Shapiro-Wilk W тест беше користен за утврдување на правилноста на дистрибуцијата на фреквенцијата на испитуваните нумерички варијабли.

Pearson Chi square test, Fischer exact test и Fisher Feeman Halton exact test беа користени за утврдување на асоцијацијата меѓу одредени атрибутивни дихотомни белези. За споредба на пропорциите беше користен Difference test.

Факторите на ризик беа квантифицирани преку користење на однос на веројатности (Odd ratio – OR) и интервалите на доверба – confidence intervals (CI). За споредба на пропорциите беше користен Difference test.

Два независни примероци беа споредувани, зависно од дистрибуцијата на фреквенциите, со T-test for independent sample и Mann Whitney U тест. Повеќе независни примероци со неправилна дистрибуција на фреквенции беа анализирани со примена на Kruskal - Wallis H test.

Spearman Rank Order Corellation беше користена за утврдување на правецот и јачината на поврзаноста помеѓу две нумерички варијабли со неправилна дистрибуција на фреквенциите.

За утврдување на статистичка значајност користена беше двострана анализа со ниво на сигнификантност од $p < 0,05$.

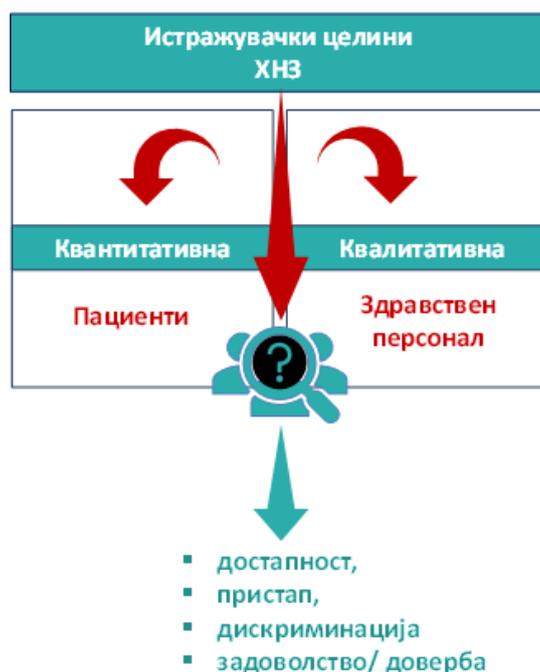


7. РЕЗУЛТАТИ

Истражувањето претставува проспективна квалитативно-квантитативна епидемиолошка аналитичка студија на пресек (cross-sectional study) која беше спроведена во периодот на 2023/25 година. Имплементацијата на студијата беше поддржана од Институтот за епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика, Медицински факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје и ЈЗУ Центар за јавно здравје - Битола.

Истражувањето беше конципирано во квантитативна и квалитативна целина секоја со посебен методолошки приод со цел за согледување на хоризонталната еднаквост и социоекономските детерминанти при остварувањето на здравствената заштита на лицата со хронични незаразни заболувања.

Хронични незаразни заболувања - ХНЗ од интерес за истражувањето беа кардиоваскуларни, цереброваскуларни, малигни, ХОББ, астма и дијабетес мелитус. Со истражувањето беа опфатени лица со минимум едно од наведените ХНЗ. Селекцијата на испитаниците во истражувањето беше направена според однапред поставени инклузиони и ексклузиони критериуми и користење на метод на прост случаен избор (Simple random sampling). Од секој од 8-те статистички региони беа селектирани по два матични лекари од ПЗУ од урбаните средини и по еден матичен лекар од ПЗУ од руралните средини (вкупно 24 ПЗУ – матичен лекар). Од 8-те статистички региони во државата (вардарски, источен, југоисточен, југозападен, пелагониски, полошки, североисточен, и скопски) во студијата беа вклучени вкупно N=617 испитаници.



Слика 1. Шематски приказ на истражувањето



7.1. Демографски карактеристики

Анализата според демографски карактеристики на пациентите од 8-те статистички региони (N=617) се однесуваше на полот, возраста, образованието, брачниот статус, работниот статус, приходот и место на живеење (Табела 1 и График 1).

Табела 1. Анализа на примерокот според пол и возраст (години)

Параметри		Statistic	Стан. Грешка Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
				Lower	Upper
Примерок					
Генерално	Број (N)	617	0,48	61,38	63,28
	%	100%			
	Мажи	296 (47,97%)			
	Жени	318 (51,54%)			
	Мажи : Жени	0,93 : 1			
Возраст (години)	Просек (Mean) ± SD	62,33±11,78			
	Просек (Mean) ± SD мажи	62,93±11,67			
	Просек (Mean) ± SD жени	61,77±11,88			
	Минимум (Min)	22			
	Максимум (Max)	92			
	Median IQR	63 (55-70)			
Статистички региони	Вардарски	50 (8,10%)			
	Источен	60 (9,72%)			
	Југозападен	108 (17,50%)			
	Југоисточен	56 (9,08%)			
	Пелагониски	141 (22,85%)			
	Полошки	67 (10,86%)			
	Североисточен	69 (11,18%)			
	Скопски	66 (10,70%)			
пол / возраст - Mann-Whitney U Test: Z=(-1,562; p=0,1183; *сигнификантно за p<0,05					

Со истражувањето беа опфатени вкупно 617 (100%) пациенти кои согласно однапред поставените инклузии и ексклузии критериуми имаа минимум едно од селектираните ХНЗ. Дистрибуцијата на пациентите од 8-те статистички региони укажа следната застапеност: 1) Вардарски - 50 (8,10%), Источен - 60 (9,72%), Југозападен - 108 (17,50%), Југоисточен - 56 (9,08%), Пелагониски - 141 (22,85%), Полошки 67 (10,86%), Североисточен 69 (11,18%) и Скопски - 66 (10,70%) (Табела 1 и График 1).



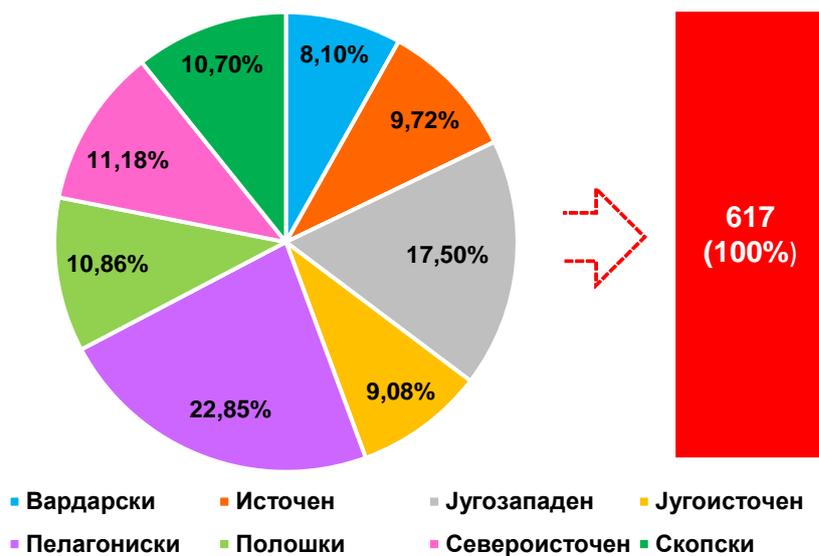


График 1. Дистрибуција на примерокот според статистички региони

ПОЛ - Дистрибуцијата на 617 (100%) пациенти од целиот примерок според пол укажа на присуство на 296 (47,97%) мажи и 318 (51,54%) жени со однос помеѓу половите (мажи/жени) од 0,93 : 1. Не беше утврдена сигнификантна разлика во процентуалната застапеност на половите за Difference test: 3,57% [(-2,01-9,11) CI 95%]; $p=0,2101$ (Табела 1 и График 2).

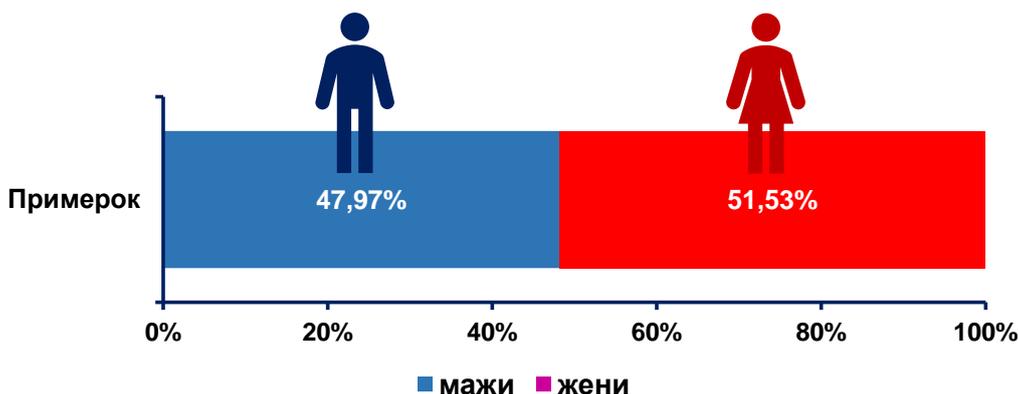


График 2. Дистрибуција на целиот примерок според пол



Односот помеѓу половите (мажи/ жени) поединечно во секој од осумте статистички региони укажа дека само во Југоисточниот регион имаше подеднаква застапеност на двата пола. Пропорцијата на пациенти од машки пол беше поголема од онаа на женски пол само во два региони и тоа во Источниот регион и Југозападниот регион. Во сите останати пет региони (Вардарски, Пелагониски, Полошки, Североисточен и Скопски) пропорцијата на пациенти од женски пол беше поголема споредено со оние од машки пол (Табела 2 и График 3).

Табела 2. Анализа според статистички региони и пол

Параметри	Пол			p	
	Маж	Жени	Однос		
Статистички региони					
Вардарски	N	24	25	0,96 : 1	X ² =4,944; df=7; p=0,6667
	%	48,98%	51,02%		
Источен	N	30	29	1,03 : 1	
	%	50,85%	49,15%		
Југозападен	N	59	48	1,23 : 1	
	%	55,14%	44,86%		
Југоисточен	N	28	28	1 : 1	
	%	50%	50%		
Пелагониски	N	59	82	0,72 : 1	
	%	41,84%	58,16%		
Полошки	N	30	37	0,81 : 1	
	%	44,78%	55,22%		
Североисточен	N	34	35	0,97 : 1	
	%	49,28%	50,72%		
Скопски	N	32	34	0,94 : 1	
	%	48,48%	51,52%		
Вкупно	N	296	318	0,93 : 1	
	%	48,21%	51,79%		
Pearson Chi-square test;			*сигнификантно за p<0,05		

Најголем однос помеѓу машкиот и женскиот пол беше регистриран во Југозападниот регион за 1,23:1 следено со Источниот регион каде овој однос изнесуваше 1,03:1. Најмала застапеност на машкиот пол во однос на женскиот имаше во Пелагонискиот регион за 0,72:1 следено со 0,81:1 во Полошкиот регион (Табела 2).



Согласно направената анализа немаше сигнификантна асоцијација меѓу полот на пациентите вклучени во истражувањето и статистичкиот регион на кој му припаѓаат за Pearson Chi-square test=4,944; df=7; p=0,6667 (Табела 2 и График 3).

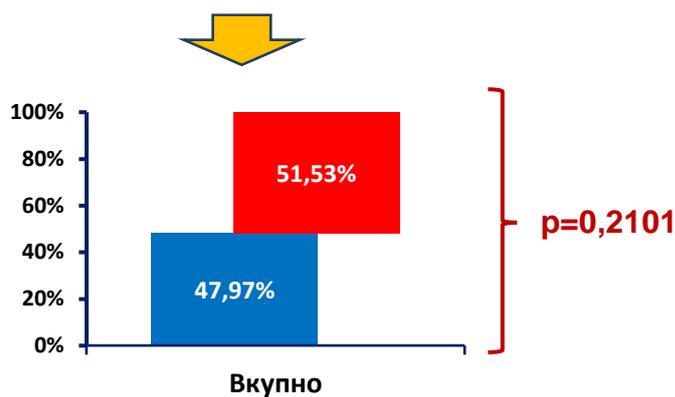
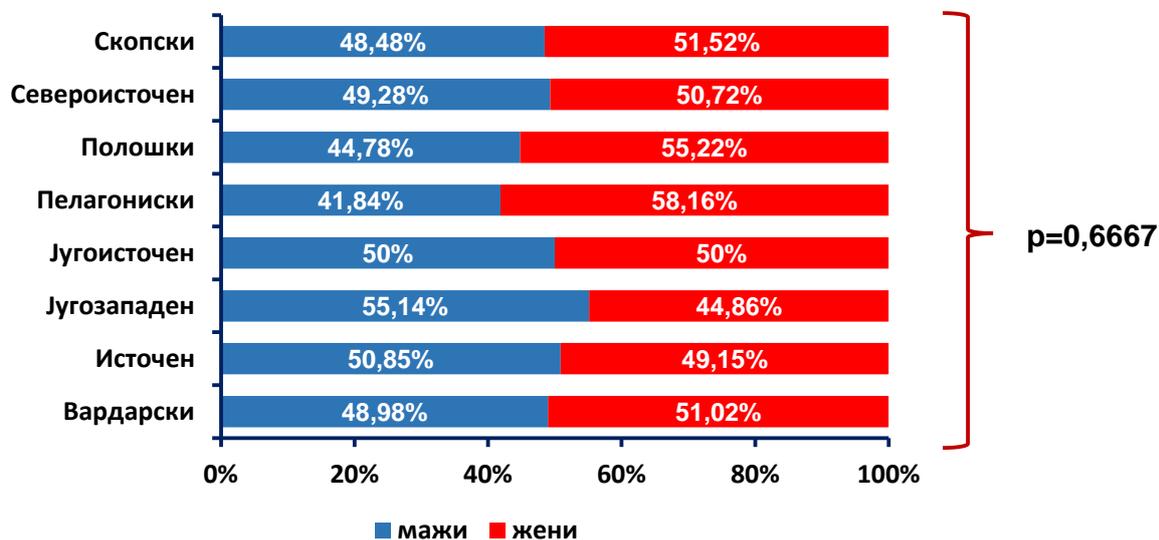


График 3. Анализа на примерокот според статистички региони и пол

ВОЗРАСТ - Анализата на фреквенциите за возраста на пациентите од целиот примерок изразена во години, укажа на неправилна дистрибуција за Shapiro-Wilk $W=0,9887$; $p=0,0001$ (График 4). Согласно добиената дистрибуција, во понатамошната анализа беа користени соодветни статистички тестови.



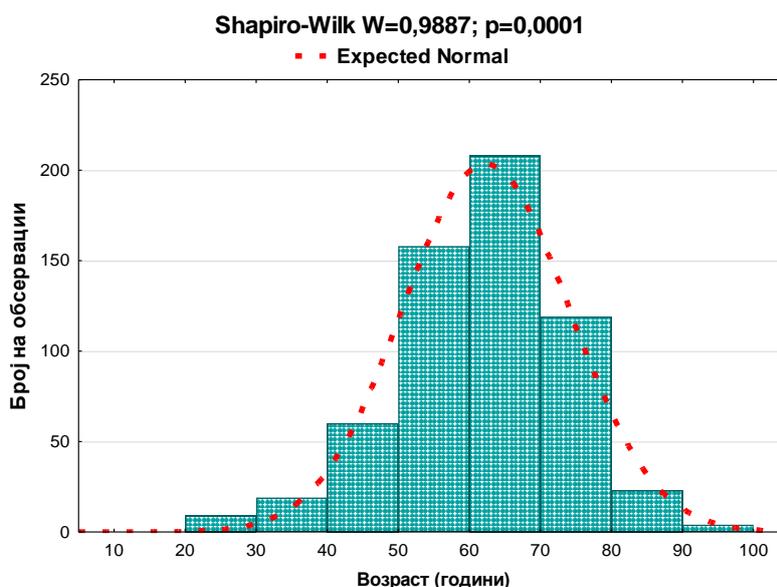


График 4. Дистрибуција на фреквенциите на возраст (години)

Просечната возраст на пациентите од примерокот изнесуваше 62,33 [95% CI (61,38–62,28)] години со мин/мак возраст од 22/92 години. Анализата укажа дека 50% од пациентите во примерокот беа на возраст ≤ 63 година односно 25% од нив беа >70 години за Median (IQR)=63 (55-70) (Табела 1 и 3 и График 2).

Табела 3. Анализа на пациентите од примерокот според возраст и пол

Параметри	Возраст (години)						p
	Број (N)	Mean \pm SD	Мин/Мак (Min/Max)	Median IQR			
				25%	Median	75%	
Примерок							
Мажи	289	62,93 \pm 11,67	26/ 91	56	64	71	Z=(-1,562; p=0,1183)
Жени	309	61,77 \pm 11,88	22/ 92	55	62	70	
Вкупно	598	62,33 \pm 11,78	22/ 92	55	63	70	
IQR = 25 th – 75 th percentiles; Mann-Whitney U Test; *сигнификантна p<0,05							

Кај пациентите од машки односно од женски пол во целиот примерок на истражувањето, просечната возраст изнесуваше консеквентно 62,93 \pm 11,67 vs. 61,77 \pm 11,88 години. Минималната односно максималната возраст кај пациентите од машки пол изнесуваше 26/ 91 година со 50% од нив на возраст ≤ 64 години за Median (IQR)=64 (56-71). Кај пациентите од женски пол, минималната односно максималната возраст



изнесуваше 22/ 92 години со 50% кај кои возраста беше ≤ 62 години за Median (IQR)=62 (55-70). Немаше сигнификантна разлика помеѓу пациентите од двата пола во однос на возраста (Mann-Whitney U Test: $Z=(-1,562; p=0,1183$ (Табела 3 и График 5).

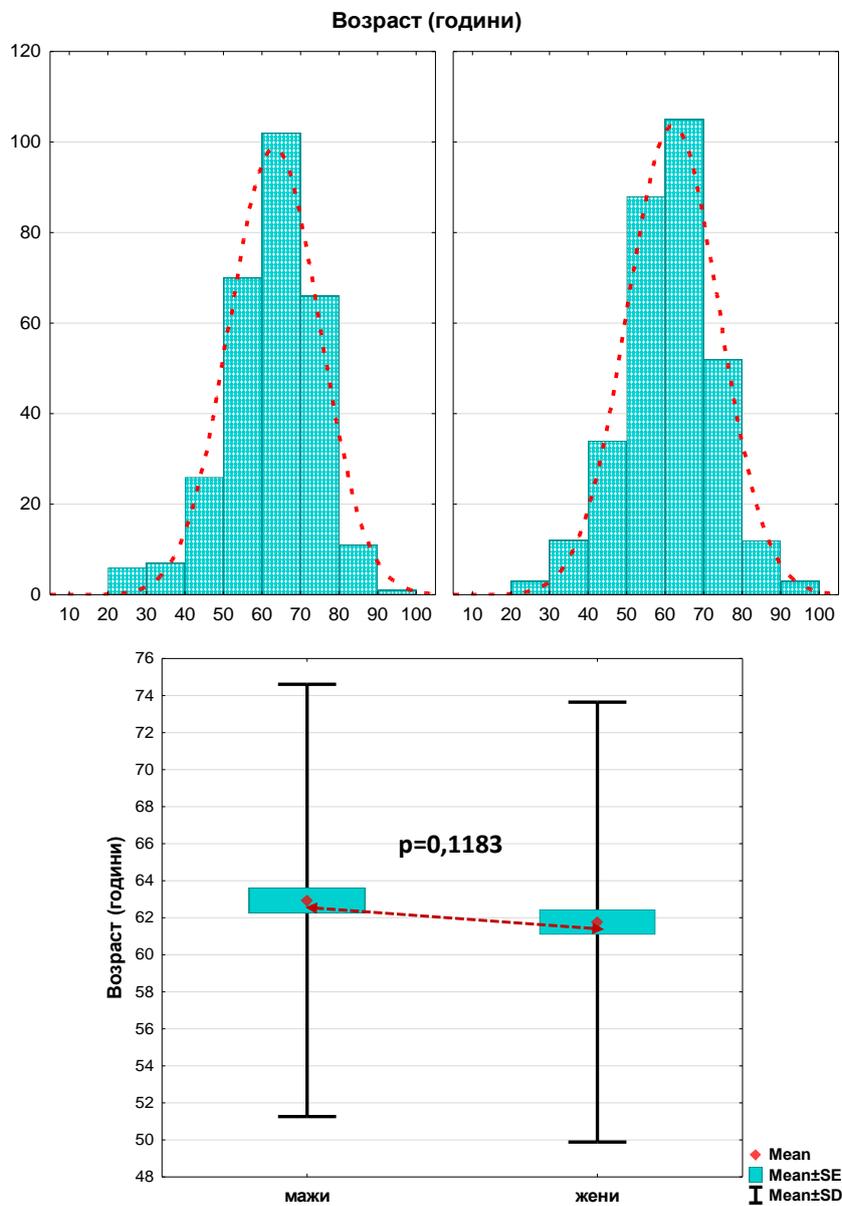


График 5. Анализа на примерокот според возраст (години) и пол



МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ – Испитаниците од целиот примерок на истражувањето беа анализирани во однос на местото на живеење (село/ град) (Табела 4 и График 6).

Табела 4. Анализа според статистички региони и место на живеење

Параметри	Место на живеење			p	
	Село	Град	Однос		
Место на живеење					
Вардарски	N	5	44	0,11 : 1	$X^2=62,662$; $df=7$; $p=0,00001^*$
	%	10,20%	89,80%		
Источен	N	14	45	0,31 : 1	
	%	23,73%	76,27%		
Југозападен	N	44	64	0,69 : 1	
	%	40,74%	59,26%		
Југоисточен	N	34	22	1,54 : 1	
	%	60,71%	39,29%		
Пелагониски	N	76	65	1,17 : 1	
	%	53,90%	46,10%		
Полошки	N	16	51	0,31 : 1	
	%	23,88%	76,12%		
Североисточен	N	20	49	0,41 : 1	
	%	28,99%	71,01%		
Скопски	N	36	30	1,2 : 1	
	%	54,55%	45,45%		
Вкупно	N	245	370	0,66 : 1	
	%	39,84%	60,16%		
Pearson Chi-square test; *сигнификантно за $p<0,05$					

Пропорцијата на испитаници од село/ град за целиот примерок на истражувањето со достапен ваков вид на податоци (N=615) изнесуваше консеквентно 245 (39,84%) vs 370 (60,16%) со однос 0,66:1. Утврдена беше сигнификантна разлика во процентуалната застапеност на пациентите според местото на живеење во прилог на сигнификантно поголема застапеност на пациентите од град за Difference test: 20,32% [(14,77-25,69) CI 95%]; $p=0,0001$.

Најголема пропорција на пациенти од село беше регистрирана во Југоисточниот регион – 34 (60,71%) и Пелагонискиот регион – 76 (53,90%) и Скопскиот регион – 36 (54,55%) (Табела 4 и График 6).



Од градската средина најголема беше пропорцијата на пациенти од Вардарскиот регион – 44 (89,80%) следено со Полошкиот регион - 45 (76,12%), Источниот регион –51 (76,27%) и Североисточниот регион – 49 (71,01%) (Табела 4 и График 6).

Најголем однос помеѓу место на живеење село/ град имаше во Вардарскиот регион од 0,11 : 1 во прилог на пациенти од градска средина односно Југоисточниот регион од 1,54:1 во прилог на пациенти кои живеат во селска средина (Табела 4).

Утврдена беше сигнификантна асоцијација на местото на живеење (село/град) и групата на која и припаѓаат пациентите за Pearson Chi-square test: $X^2=62,662$; $df=7$; $p=0,00001$. Сигнификантноста беше во прилог на најмала пропорција на пациенти од селска средина во Вардарскиот регион и Источниот регион (Табела 4 и График 6).

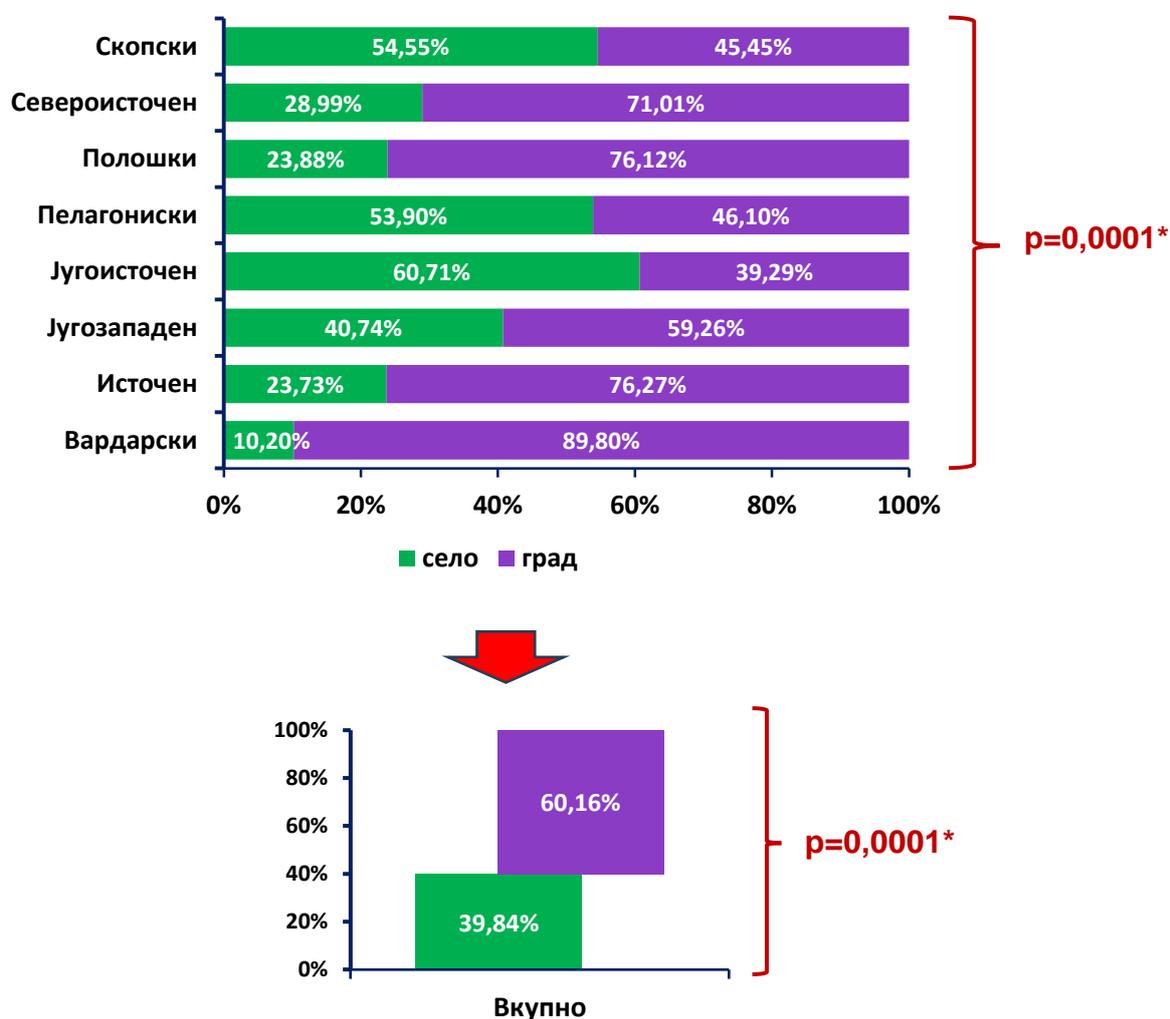


График 6. Анализа на примерокот според статистички региони и место на живеење



БРАЧЕН СТАТУС – испитаниците од примерокот беа анализирани во однос на две категории на брачен статус и тоа: а) со партнер во брачна/ вонбрачна заедница и б) самец (Табела 5 и График 7).

Табела 5. Анализа според статистички региони и брачен статус

Параметри	Брачен статус			p	
	Со партнер†	Самец	Вкупно		
Брачен статус					
Вардарски	N	37	12	49	X ² =7,015; df=7; p=0,4273
	%	75,51%	24,49%	8,02%	
Источен	N	45	15	60	
	%	75,00%	25,00%	9,82%	
Југозападен	N	89	18	107	
	%	83,18%	16,82%	17,51%	
Југоисточен	N	45	11	56	
	%	80,36%	19,64%	9,17%	
Пелагониски	N	119	20	139	
	%	85,61%	14,39%	22,75%	
Полошки	N	55	11	66	
	%	83,33%	16,67%	10,80%	
Североисточен	N	52	16	68	
	%	76,47%	23,53%	11,13%	
Скопски	N	57	9	66	
	%	86,36%	13,64%	10,80%	
Вкупно	N	499	112	611	
	%	81,67%	18,33%	100%	
† со партнер во брачна/ вонбрачна заедница Pearson Chi-square test; *сигнификантно за p<0,05					

Најголемиот дел од испитаниците во целиот примерок изјавија дека живеат со постојан партнер во брачна/ вонбрачна заедница и тоа 499 (81,67%) додека дека живеат како самци се изјасниле 112 (18,33%). Односот помеѓу пациентите со различен брачен статус изнесуваше 4,45:1 во прилог на пациентите кои се изјаснија дека живеат во брачна/вонбрачна заедница. Утврдена беше сигнификантна разлика во процентуалната застапеност на пациентите според брачен статус во прилог на сигнификантно поголема застапеност на пациентите кои живеат во брачна/вонбрачна заедница за Difference test: 63,34% [(58,73-67,39) CI 95%]; p=0,0001 (Табела 5 и График 7).



Во секој од осумте статистички региони впечатливо поголема беше пропорцијата на пациенти кои изјавиле дека живеат со брачен или постојан партнер. Најголема ваква пропорција имаше во Скопскиот регион - 57 (86,36%) следено со Пелагонискиот регион – 119 (85,61%), а најмала во Источниот регион 45 (75%), Вардарскиот регион – 37 (75,51%) и Североисточниот регион – 52 (76,47%) (Табела 5 и График 7).

Најмала пропорцијата на пациенти кои изјавија дека живеат сами имаше во Скопскиот регион – 9 (13,64%) следено со Пелагонискиот регион – 20 (14,39%) како и Полошкиот и Југозападниот кои беа со слична пропорција за консеквентно 11 (16,67%) vs. 18 (16,82%). Најголема пропорција на самци имаше во Источниот регион – 15 (25%), Вардарскиот регион – 12 (24,49%) и Североисточниот регион – 16 (23,53%) (Табела 5 и График 7).

Немаше сигнификантна асоцијација на брачниот статус на пациентите со статистичкиот регион каде што живеат за Pearson Chi-square test: $X^2=7,015$; $df=7$; $p=0,4273$ (Табела 5 и График 7).

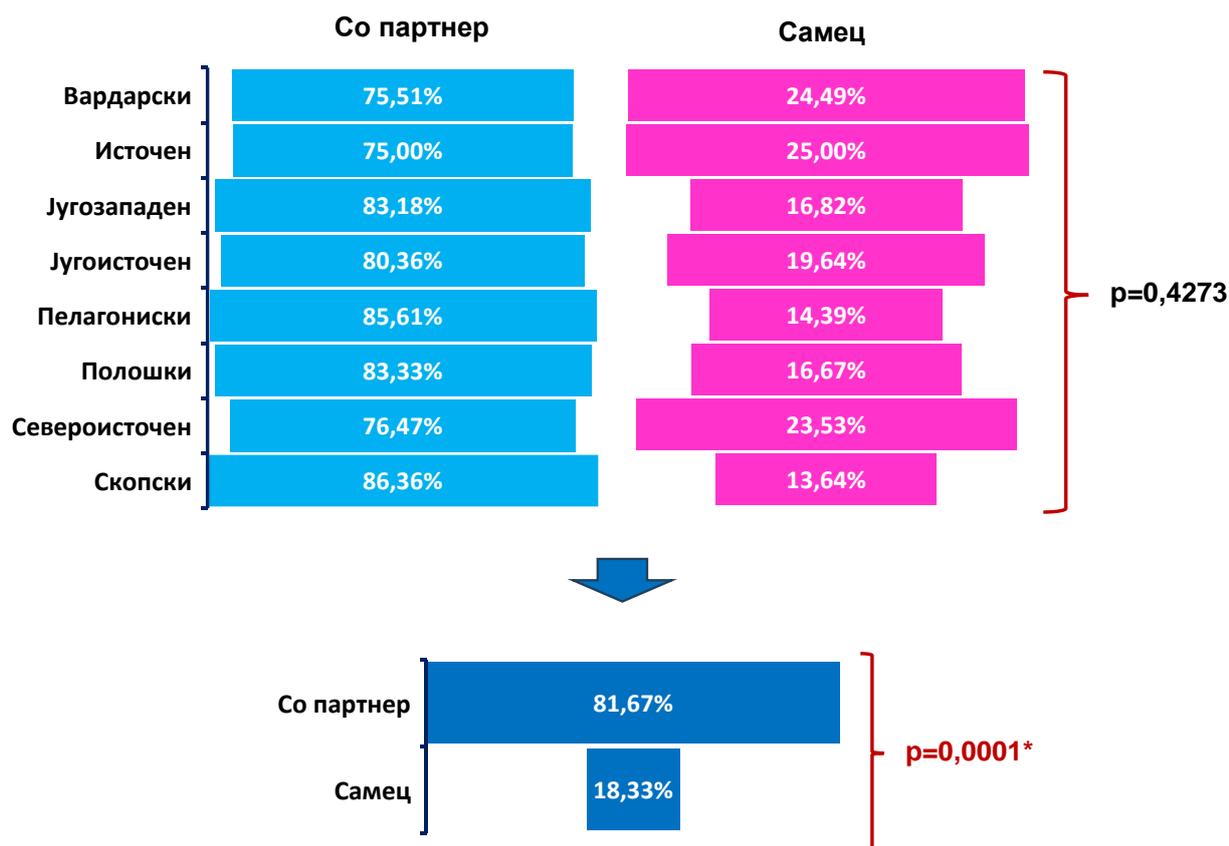


График 7. Анализа на примерокот според статистички региони и брачен статус



СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ – испитаниците од примерокот на истражувањето беа анализирани според степенот на образование при што беше овозможен избор за една од четири категории и тоа: а) без образование; б) основно; в) средно и г) више/ високо образование (Табела 6 и График 8).

Табела 6. Анализа на примерокот според пол и степен на образование

Параметри	Групи			p	
	Мажи	Жени	Вкупно		
Степен на образование					
Без образование	N	9	16	25	$\chi^2=8,169; df=3;$ $p=0,0426^*$
	%	3,05%	5,14%	4,13%	
Основно	N	49	75	124	
	%	16,61%	24,12%	20,46%	
Средно	N	167	148	315	
	%	56,61%	47,59%	51,98%	
Више/ високо	N	70	72	142	
	%	23,73%	23,15%	23,43%	
Вкупно	N	295	311	606	
	%	48,68%	51,32%	100%	
Pearson Chi-square test;			*сигнификантно за $p<0,05$		

Направената анализа укажа дека најголемиот дел од пациентите во целиот примерок имаа средно образование и тоа 315 (51,98%) следено со приближно еднаква застапеност на основно и више/високо образование за консеквентно кај 124 (20,46%) vs. 142 (23,43%) (Табела 6 и График 8).

Кај пациентите и од машки и од женски пол најмногубројни беа оние со средно образование за консеквентно 167 (56,61%) vs. 148 (47,59%). И кај двата пола најмалку застапени беа лицата без образование за 9 (3,05%) кај мажите и 16 (5,14%) кај жените. Више/високо образование имаа слична пропорција на пациенти и кај двата пола и тоа 70 (23,73%) кај мажите и 72 (23,15%) кај жените (Табела 6 и График 8).

Имаше сигнификантна асоцијација помеѓу степенот на образование и полот на пациентите во прилог на сигнификантно присуство на пониско образование кај жените за Pearson Chi-square test=8,169; df=3; p=0,0426 (Табела 6 и График 8).



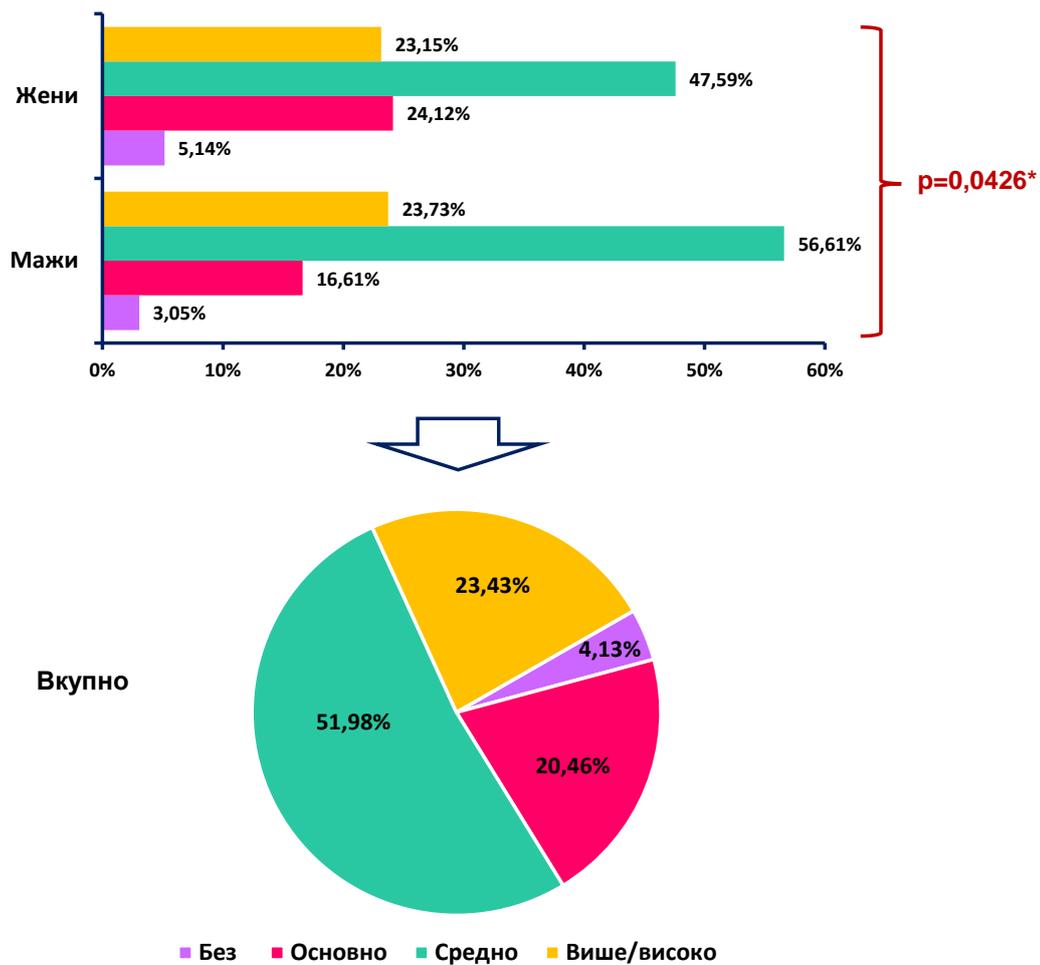


График 8. Анализа на примерокот според пол и степен на образование



РАБОТЕН СТАТУС – испитаниците од целиот примерок на истражувањето беа анализирани според работниот статус при што беа поделени три категории и тоа: а) вработен; б) невработен и в) пензионер (Табела 7 и График 9).

Табела 7. Анализа според статистички региони и работен статус

Параметри	Работен статус			p	
	Вработен†	Невработен	Пензионер		
Работен статус					
Вардарски	N	19	6	24	p=0,1279
	%	38,78%	12,24%	48,98%	
Источен	N	13	4	43	
	%	21,67%	6,67%	71,67%	
Југозападен	N	27	22	59	
	%	25,00%	20,37%	54,63%	
Југоисточен	N	21	7	27	
	%	38,18%	12,73%	49,09%	
Пелагониски	N	36	18	85	
	%	25,90%	12,95%	61,15%	
Полошки	N	17	14	36	
	%	25,37%	20,90%	53,73%	
Североисточен	N	19	11	39	
	%	27,54%	15,94%	56,52%	
Скопски	N	25	10	31	
	%	37,88%	15,15%	46,97%	
Вкупно	N	177	92	344	
	%	28,87%	15,01%	56,12%	
† вработени на определено/ неопределено време Fisher Freeman Halton exact test; *сигнификантно за p<0,05					

Најголемиот дел од испитаниците во целиот примерок на истражувањето беа пензионери и тоа 344 (56,12%) следено со вработени 177 (28,87%) и невработени 92 (15,01%) (Табела 7 и График 9).

Анализата според статистички региони укажа дека пропорцијата на вработени беше најголема во Вардарскиот регион за 19 (38,78%) следено со Југоисточниот регион за 21 (38,18%) и Скопскиот регион за 25 (37,88%). Дополнително, пропорцијата на невработени беше најголема во Полошкиот регион за 14 (20,90%) следено со Југозападниот регион за 22 (20,37%), а пензионерите беа најмногубројни во Источниот регион за 43 (71,67%) и Пелагонискиот регион за 85 (61,15%) (Табела 7 и График 9).



Немаше сигнификантна асоцијација на работниот статус на пациентите со статистичкиот регион каде што живеат за Fisher Freeman Halton exact test: $p=0,1279$ (Табела 7 и График 9).

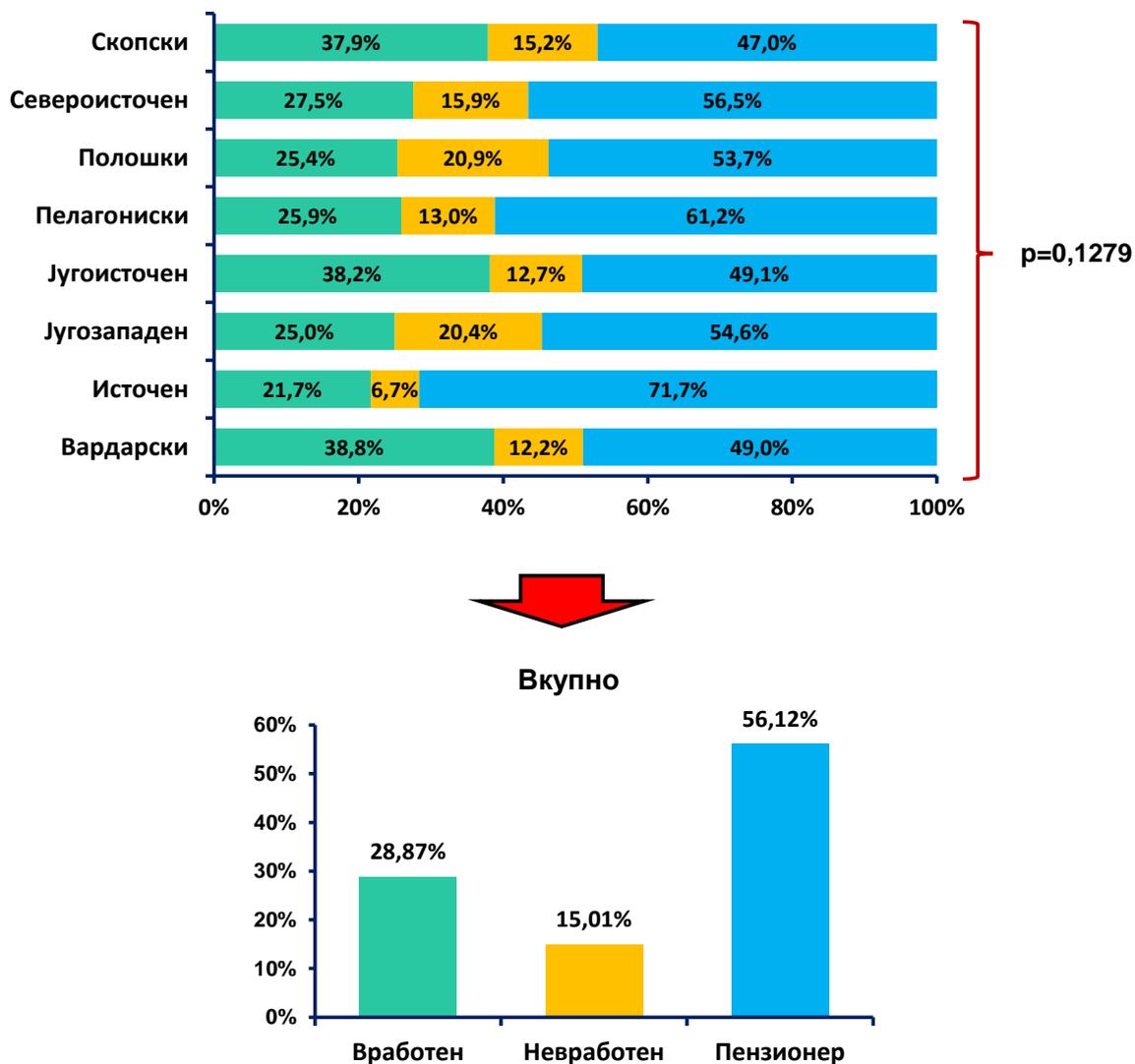


График 9. Анализа според статистички региони и работен статус



7.2. Селектирани хронични незаразни заболувања

Во овој дел од истражувањето беа опфатени анамнестичките податоци на испитаниците од аспект на постоење на 6 селектирани хронични незаразни заболувања (ХНЗ) и тоа кардиоваскуларно, цереброваскуларно, малигно, ХОББ, астма и дијабетес мелитус. Истовремено испитаниците беа прашани за времетраење на заболувањата како и вкупен број на хронични заболувања (Табела 8 и График 10).

Табела 8. Анализа според статистички региони и селектирани ХНЗ

Параметри	Селектирани хронично незаразни заболувања - ХНЗ						
	КВЗ	ЦВЗ	Малигни	ХОББ	Астма	ДМ†	
Хронични заболувања							
Вардарски	N	11	7	11	6	6	17
	%	22,00%	14,00%	22,00%	12,00%	12,00%	34,00%
Источен	N	17	12	10	4	7	26
	%	28,33%	20,00%	16,67%	6,67%	11,67%	43,33%
Југозападен	N	23	14	24	18	9	42
	%	21,30%	12,96%	22,22%	16,67%	8,33%	38,89%
Југоисточен	N	14	9	7	10	3	13
	%	25,00%	16,07%	12,50%	17,86%	5,36%	23,21%
Пелагониски	N	31	14	25	23	4	74
	%	21,99%	9,93%	17,73%	16,31%	2,84%	52,48%
Полошки	N	21	8	14	11	1	40
	%	31,34%	11,94%	20,90%	16,42%	1,49%	59,70%
Североисточен	N	15	4	15	9	6	29
	%	21,74%	5,80%	21,74%	13,04%	8,70%	42,03%
Скопски	N	17	6	14	6	3	27
	%	25,76%	9,09%	21,21%	9,09%	4,55%	40,91%
Вкупно	N	149	74	120	87	39	268
	%	24,15%	11,99%	19,45%	14,10%	6,32%	43,44%
p		X ² =3,767; df=7; p=0,8062	p=0,2971	X ² =3,478; df=7; p=0,8376	X ² =6,457; df=7; p=0,4872	p=0,0725	X ² =24,179; df=7; p=0,0011
†ДМ – дијабетес мелитус тип 2							
Pearson Chi-square test;				Fisher Freeman Halton exact test;			
*сигнификантно за p<0,05							



Кадиваскуларно заболување (КВЗ) – Во примерокот на истражувањето КВЗ беа застапени кај вкупно 149 (24,15%) пациенти и беа второ по застапеност селектирано заболување. Од осумте статистички региони, пропорцијата на лица со КВЗ беше најголема во Полошкиот регион – 21 (31,34%) следено со Источниот регион – 17 (28,33%) и Скопскиот регион - 17 (25,76%). Најмала пропорција на пациенти кои пријавиле КВЗ имаше во Југозападниот регион – 23 (21,30%). Немаше сигнификантна асоцијација на имање / немање на КВЗ и статистичкиот регион каде живеат пациентите за Pearson Chi-square test=3,767; df=7; p=0,8062 (Табела 8 и График 10).

Цереброваскуларно заболување (ЦВЗ) – Во целиот примерок на истражувањето ЦВЗ беа застапени кај вкупно 74 (11,99%) пациенти. Од осумте статистички региони, пропорцијата на лица со ЦВЗ беше најголема во Источниот регион – 12 (20%) следено со Југоисточниот регион – 9 (16,07%). Најмала пропорција на пациенти кои пријавиле присуство на ЦВЗ имаше во Североисточниот регион – 4 (5,80%) следено со слична застапеност во Пелагонискиот регион и Скопскиот регион за консеквентно 14 (9,93%) vs. 6 (9,09%). Немаше сигнификантна асоцијација на имање / немање на ЦВЗ и статистичкиот регион каде живеат пациентите за Fisher Freeman Halton exact test: p=0,2971 (Табела 8 и График 10).

Малигни заболување – Во примерокот на истражувањето потврдено присуство на малигно заболување имаше од вкупно 120 (19,45%) пациенти. Малигните заболувања беа трети по застапеност од селектираните заболувања после ДМ и КВЗ. Од осумте статистички региони, пропорцијата на лица со малигно заболување беше најголема во Југозападниот регион – 24 (22,22%) следено со Вардарскиот регион 11 (22%) и Североисточниот регион – 15 (21,74%). Најмала пропорција на пациенти кои пријавиле присуство на малигно заболување имаше во Источниот регион – 10 (16,67%) следено со Пелагонискиот регион - 7 (12,50%). Немаше сигнификантна асоцијација на имање / немање на малигно заболување и статистичкиот регион каде живеат пациентите за Pearson Chi-square test=3,478; df=7; p=0,8376 (Табела 8 и График 10).

Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) – Во целиот примерок на истражувањето пропорцијата на пациенти со ХОББ изнесуваше 87 (14,10%). Од осумте статистички региони, пропорцијата на лица со ХОББ беше најголема во Југозападниот регион – 10 (17,86%) следено со Југозападниот регион – 18 (16,67%), Полошкиот регион со 11 (16,42%) и Пелагонискиот регион – 23 (16,31%). Најмала пропорција на пациенти кои пријавиле присуство на ХОББ имаше во Источниот регион – 4 (6,67%) следено со Скопскиот регион - 6 (9,09%). Немаше сигнификантна асоцијација на имање / немање на ХОББ и статистичкиот регион каде живеат пациентите за Pearson Chi-square test=6,457; df=7; p=0,4872 (Табела 8 и График 10).



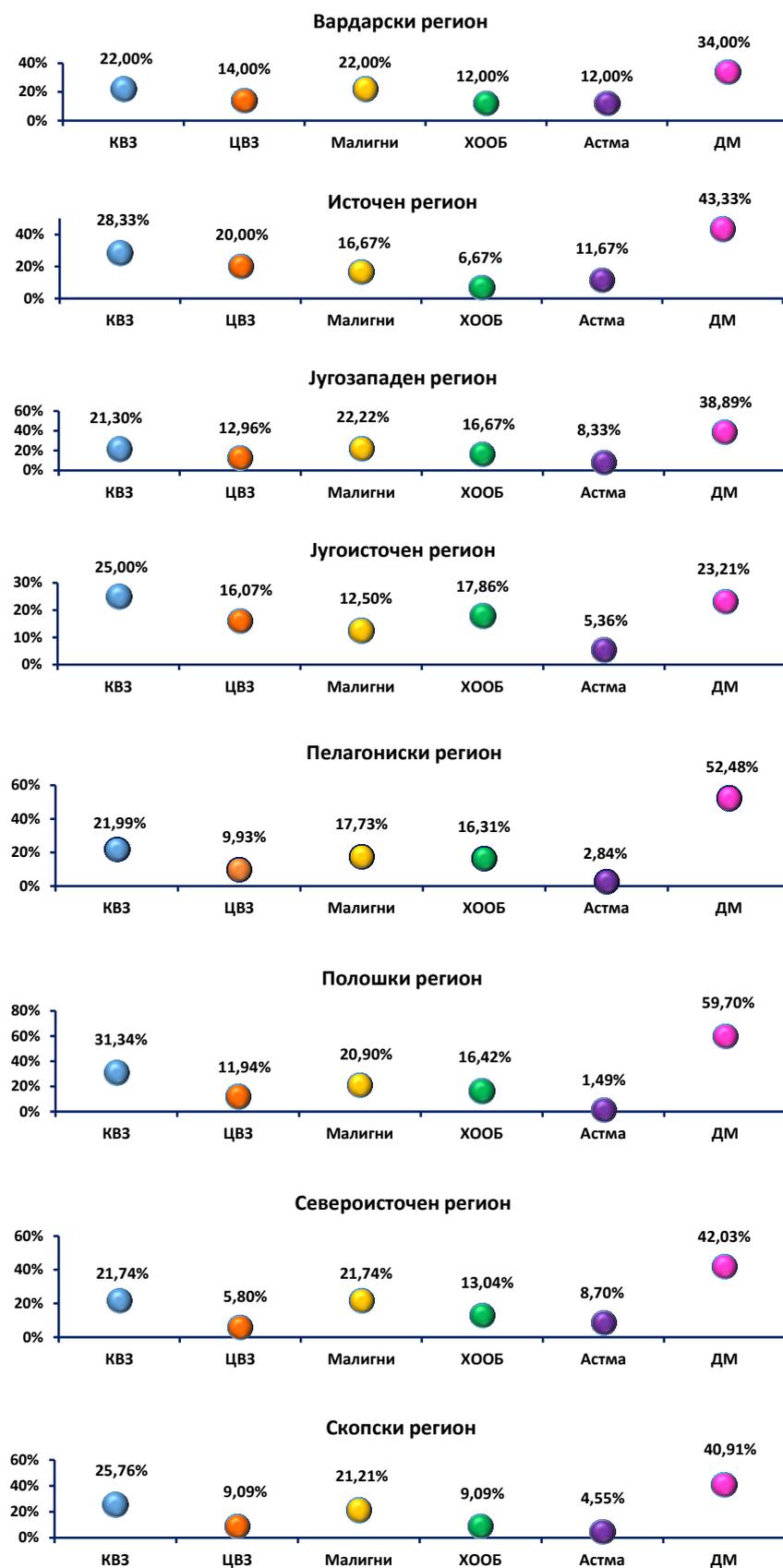


График 10. Дистрибуција на селектирани хронични заболувања според статистички региони



Астма – Пациентите со астма беа најмалку застапени – 39 (6,32%) споредено со останатите селектирани хронични заболувања од интерес за истражувањето. Од осумте статистички региони, пропорцијата на лица со астма беше најголема во Вардарскиот и Источниот регион за консеквентно 6 (12%) vs 7 (11,67%). Најмала пропорција на пациенти кои пријавиле присуство на астма имаше во Полошкиот регион – 1 (1,49%), Пелагонискиот регион - 4 (2,84%) и Скопскиот регион – 3 (4,55%). Немаше сигнификантна асоцијација на имање / немање на астма и статистичкиот регион каде живеат пациентите за Fisher Freeman Halton exact test: $p=0,0725$ (Табела 8 и График 10).

Дијабетес мелитус (ДМ) – Во целиот примерок на истражувањето со ДМ беа регистрирани најмногу односно 268 (43,44%) пациенти. Од осумте статистички региони, пропорцијата на лица со ДМ беше најголема во Полошкиот регион – 40 (59,70%) следено со Пелагонискиот регион – 74 (52,48%). Најмала пропорција на пациенти кои пријавиле присуство на ДМ имаше во Југоисточниот регион – 13 (23,21%) следено со Вардарскиот регион – 17 (34%). Утврдена беше сигнификантна асоцијација на имање / немање на ДМ и статистичкиот регион каде живеат пациентите за Pearson Chi-square test= $24,179$; $df=7$; $p=0,0011$ во прилог на сигнификантно најмалку пациенти со ДМ во Југоисточниот регион и Вардарскиот регион (Табела 8 и График 10).



7.2.1. Хронични незаразни заболувања – аспекти од интерес

Аспекти од интерес за хроничните незаразни заболувања – ХНЗ беа нивниот број, времетраење (време од поставувањето на дијагнозата) и број на специјалистички прегледи во последните 2 години. Анализата беше направена за испитаниците од целиот примерок според пол (Табела 9 и График 11).

Табела 9. Анализа на примерокот според карактеристики на ХНЗ и пол

Параметри	Пол			p	
	Мажи	Жени	Вкупно		
Вкупно ХНЗ[†]					
Едно	N	248	262	510	X ² =0,477; df=2; p=0,7876
	%	83,78%	82,39%	83,06%	
Две	N	42	47	89	
	%	14,19%	14,78%	14,50%	
Три	N	6	9	15	
	%	2,03%	2,83%	2,44%	
Време од поставување на дијагноза за ХНЗ					
< 1 година	N	46	38	84	X ² =2,986; df=2; p=0,2247
	%	15,59%	12,06%	13,77%	
1-3 години	N	61	56	117	
	%	20,68%	17,78%	19,18%	
> 3 години	N	188	221	409	
	%	63,73%	70,16%	67,05%	
[†] Лица со едно/ повеќе хронични заболувања Pearson Chi-square test; Fisher Freeman Halton exact test; *сигнификантно за p<0,05					

Вкупно ХНЗ – мнозинството на испитаници од двата пола и тоа 510 (83%) изјавија дека имаат едно ХНЗ, следено со 89 (14,50%) кои имаат две ХНЗ и најмал дел или 15 (2,44%) со по три ХНЗ. Во однос на полот во целиот примерок со: а) едно хронично заболување беа 248 (83,78%) од мажите односно 262 (82,39%) од жените; б) две хронични заболувања беа 42 (14,19%) од мажите и 47 (14,78%) од жените; и в) со три хронични заболувања беа најмалку односно 6 (2,03%) од мажите и 9 (2,83%) од жените (Табела 9).

Немаше сигнификантна асоцијација на бројот на хроничните незаразни заболувања кај секој испитаник – ХНЗ и полот на испитаниците во истражувањето за Pearson Chi-square test=0,477; df=2; p=0,7876 (Табела 9 и График 11).



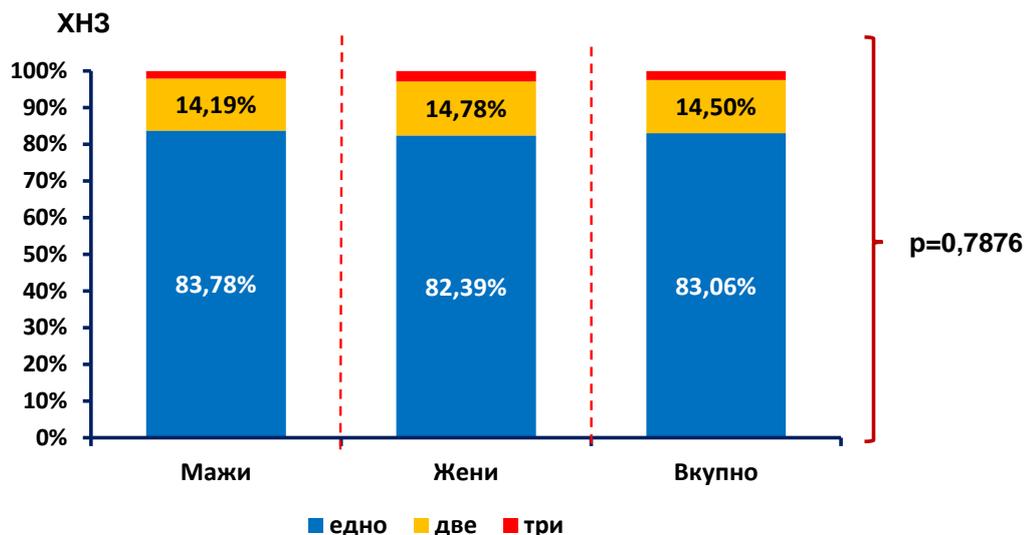


График 11. Број на хронични заболувања според пол

Мнозинството на пациенти во сите статистички региони имаа по едно ХНЗ. Дополнителната анализа укажа дека во Полошкиот регион имаше најголема пропорција на пациенти со 2 односно со 3 ХНЗ за консеквентно 21 (31,34%) vs. 3 (4,48%) следено со Источниот регион за консеквентно 12 (20%) vs. 2 (3,33%). Само во Југоисточниот регион сите регистрирани пациенти односно 56 (100%) имаа по едно ХНЗ (Табела 10).

Табела 10. Анализа според вкупен број на ХНЗ и статистички региони

Параметри	Вкупно ХНЗ			N	
	Едно	Две	Три		
Вкупно ХНЗ[†]					
Вардарски	%	86,00%	12,00%	2,00%	50
Источен	%	76,67%	20,00%	3,33%	60
Југозападен	%	81,48%	16,67%	1,85%	108
Југоисточен	%	100%	0,00%	0,00%	56
Пелагониски	%	80,85%	16,31%	2,84%	141
Полошки	%	64,18%	31,34%	4,48%	67
Североисточен	%	89,86%	7,25%	2,90%	69
Скопски	%	90,91%	7,58%	1,52%	66
Вкупно	%	82,98%	14,59%	2,43%	617

[†]Лица со едно/ повеќе хронични заболувања



Време од поставување на дијагноза за ХНЗ – Испитаниците во истражувањето беа прашани за времето на поставувањето на дијагнозата за примарното ХНЗ. При тоа имаа можност за избор на еден од три понудени одговори : а) <1 година; б) 1-3 години; и в) > 3 години (Табела 9 и График 12).

Кај најголемиот дел од испитаниците дијагнозата за ХНЗ беше поставена > 3 години и тоа кај 409 (67,05%) од целиот примерок односно кај 188 (63,73%) од испитаниците од машки пол и 221 (70,16%) од оние од женски пол. Со поставена дијагноза во период од 1-3 години беа 117 (19,18%) од пациентите и тоа 61 (20,68%) од мажите и 56 (17,78%) од жените. Најмала беше пропорцијата на пациенти со поставена дијагноза во период <1 година и тоа кај 84 (13,77%) вкупно во целиот примерок односно 46 (15,59%) од оние од машки пол и 38 (12,06%) од оние од женски пол (Табела 9 и График 12).

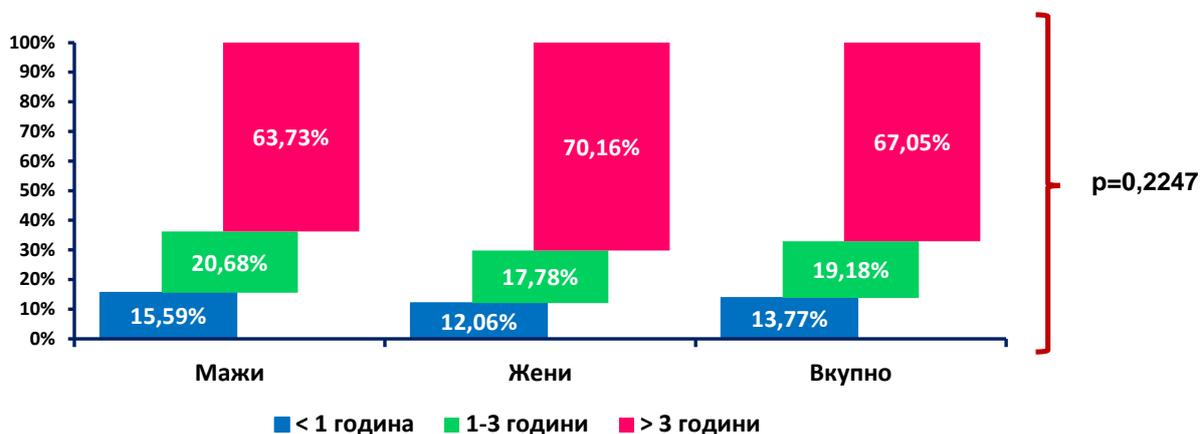


График 12. Време од дијагностицирање на болеста според пол

Немаше сигнификантна асоцијација на времето од поставувањето на дијагнозата на хроничните незаразни заболувања – ХНЗ и полот на испитаниците во истражувањето за Pearson Chi-square test=2,986; df=2; p=0,2247 (Табела 9 и График 12).



Специјалистички прегледи во последните 2 години – Испитаниците во истражувањето беа прашани за бројот на специјалистички прегледни за примарното ХНЗ во последните 2 години. Анализата беше направена во однос на полот, местото на живеење и работниот статус (Табела 11 и График 13).

Табела 11. Анализа на примерокот според број на специјалистички прегледи во последните 2 години

Параметри	Број на специјалистички прегледи				
	Mean± SD	Min/Max (Мин/Мак)	Median (IQR)	p	
Специјалистички прегледи во последни 2 години					
Пол	Маж	4,77±3,82	1/22	4 (2-6)	Z=0,706; p=0,4029
	Жени	5,77±6,51	1/50	4 (2-6)	
	Вкупно	5,28±5,39	1/50	4 (2-6)	
Место	Село	5,49±6,23	0/50	4 (2-6)	Z=0,409; p=0,6819
	Град	5,16±4,77	0/30	4 (2-6)	
	Вкупно	5,29±5,39	1/50	4 (2-6)	
Работен статус	Вработен	4,55±4,20	0/36	4 (2-5)	Z=(-0,869; p=0,3848)
	Невработен	6,89±7,46	0/50	5 (2-8)	
	Пензионер	5,23±5,24	1/50	4 (2-6)	
		Mann -Whitney U test;		сигнификантно за p<0,05	

Специјалистички прегледи/ пол - Просечниот број на специјалистички прегледи кои ги направиле испитаниците во последните 2 години во целиот примерок на истражувањето изнесуваше 5,28±5,39 пати со мин/мак од 1/50 пати односно 50% испитаници кај кои бројот на специјалистички прегледи беше ≥4 пати. Кај пациентите од машки односно од женски пол просечниот број на специјалистички прегледи во последните две години изнесувал консеквентно 4,77±3,82 vs. 5,77±6,51 пати со мин/мак од 1/22 пати за пациентите од машки пол и 1/50 пати кај оние од женски пол. Кај 50% од пациентите од двата пола бројот на прегледи кај специјалист во последните 2 години бил ≥4 пати односно кај 25% беше >6 пати за Median IQR=4 (2-6). Немаше сигнификантна разлика помеѓу пациентите од двата пола во примерокот и бројот на специјалистички прегледи во последните 2 години за Mann-Whitney U Test: Z=0,706; p=0,4029 (Табела 11 и График 13).



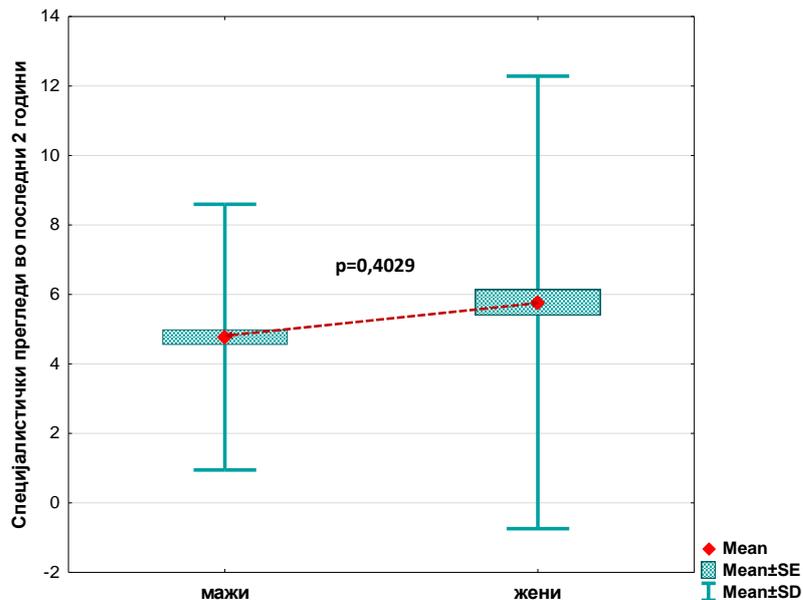


График 13. Број на специјалистички прегледи во последните 2 години според пол

Специјалистички прегледи/ место - Просечниот број на специјалистички прегледи во последните 2 години кај испитаниците од село изнесуваше $5,49 \pm 6,23$ пати со мин/мак од 1/50 пати, а кај оние од град изнесуваше $5,16 \pm 4,77$ пати со мин/мак од 0/30. Кај 50% испитаници од село односно град бројот на специјалистички прегледи беше ≥ 4 пати, а кај 25% од нив тој беше >6 пати за Median IQR=4 (2-6). Немаше сигнификантна разлика помеѓу пациентите со живеалиште во село/град во однос на бројот на специјалистички прегледи во последните 2 години за Mann-Whitney U Test: $Z=0,409$; $p=0,6819$. Пациентите од село имаа несигнификантно поголем број на специјалистички прегледи во последните 2 години споредено со оние од град (Табела 11 и График 14).

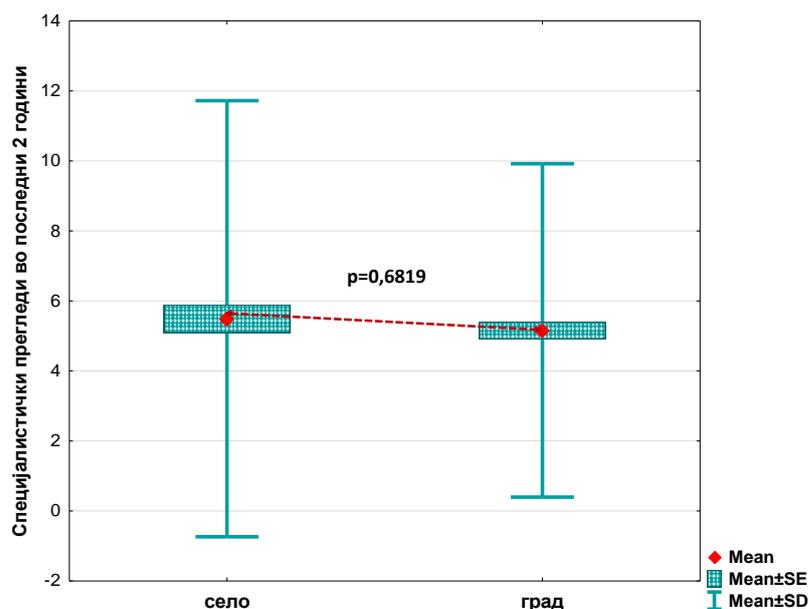


График 14. Број на специјалистички прегледи во последните 2 години според место на живеење



Специјалистички прегледи/ работен статус - Просечниот број на специјалистички прегледи во последните 2 години кај вработените испитаниците од целиот примерок на истражувањето беше најнизок и изнесуваше $4,55 \pm 4,20$ пати со мин/мак од 1/36 пати и 50% со ≥ 2 прегледи за Median IQR=4 (2-5). Кај невработените испитаници просечниот број на специјалистички прегледи во последните 2 години беше најголем и изнесуваше $6,89 \pm 7,46$ пати со мин/мак од 0/50 пати, а кај пензионерите тој изнесуваше $5,23 \pm 5,24$ со мин/мак 1/50 пати. Кај 50% од невработените во испитуваниот период имаше ≥ 5 прегледи за Median IQR=4 (2-8) додека кај 50% од пензионерите имаше ≥ 4 прегледи за Median IQR=4 (2-6). Кај 25% од вработените, невработените односно пензионерите бројот на специјалистички прегледи за примерното заболување беше консеквентно >5 пати vs. >8 пати vs. >6 пати. Анализата не укажа на сигнификантна разлика помеѓу пациентите со различен работен статус и бројот на специјалистички прегледи во последните 2 години за Mann-Whitney U Test: $Z=(-0,869; p=0,3848$ (Табела 11 и График 15).

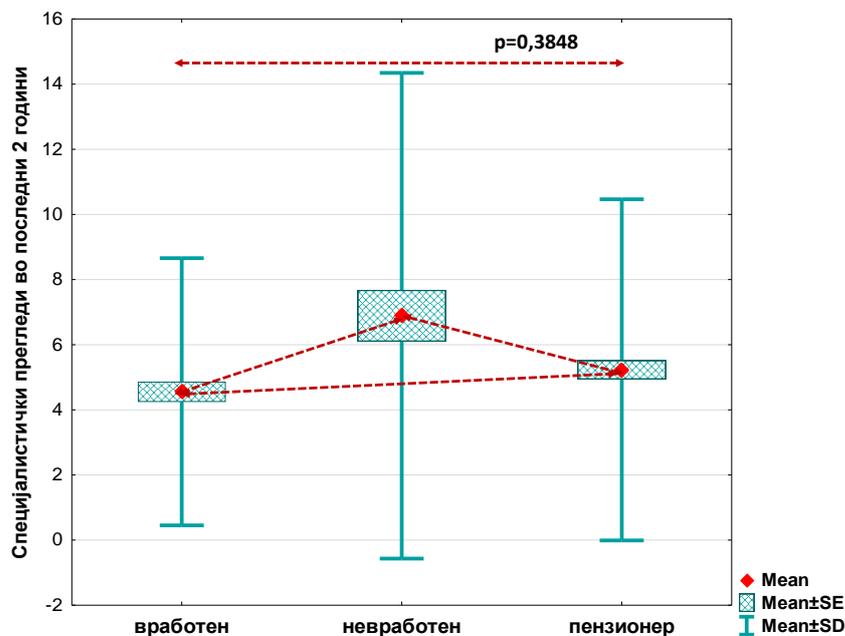


График 15. Број на специјалистички прегледи во последните 2 години според работен статус



7.2.2. Здравствено осигурување

Испитаниците во истражувањето беа анализирани според вид на користено здравствено осигурување и статистички региони. Дадена беше можност за избор на еден од четири понудени опции на здравствено осигурување и тоа; а) ФЗОМ; б) приватно; в) двојно; и г) нема (Табела 12 и График 16).

Табела 12. Анализа според вид на здравствено осигурување и статистички региони

Параметри	Здравствено осигурување†				
	ФЗОМ	Приватно	Двојно	Нема	
Здравствено осигурување					
Вардарски	%	95,92%	4,08%	0,00%	0,00%
Источен	%	95,00%	3,33%	1,67%	0,00%
Југозападен	%	96,30%	3,70%	0,00%	0,00%
Југоисточен	%	100%	0,00%	0,00%	0,00%
Пелагониски	%	98,57%	1,43%	0,00%	0,00%
Полошки	%	100%	0,00%	0,00%	0,00%
Североисточен	%	94,20%	2,90%	0,00%	2,90%
Скопски	%	96,97%	1,52%	1,52%	0,00%
Вкупно	N	597	13	2	2
	%	97,23%	2,12%	0,33%	0,33%
† можност за избор на еден од четири можни одговори					

Мнозинството од пациентите од сите статистички региони 597 (97,23%) беа со здравствено осигурување на ФЗОМ и тоа помеѓу 100% во Полошкиот регион и 94,20% во Североисточниот регион (Табела 12 и График 16).

Приватно здравствено осигурување имаа само 13 (2,12%) од пациентите од целиот примерок на истражувањето. Најголема пропорција на пациенти со приватно здравствено осигурување имаше во Вардарскиот регион – 4,08%, следено со Југозападниот регион – 3,70%, Источниот регион - 3,33%, Североисточниот регион – 2,90% Скопскиот – 1,52% и Пелагонискиот – 1,43%. Во два од осумте статистички региони и тоа Југоисточниот и Полошкиот регион немаше регистрирано пациент со приватно здравствено осигурување (Табела 12 и График 16).



Со двојно осигурување (ФЗОМ & приватно) беа само 2 (0,33%) пациенти од целиот примерок. По еден од овие пациенти беше регистриран во Источниот регион – 1,67% и Скопскиот регион – 1,52% (Табела 12 и График 16).

Без осигурување беа регистрирани 2 (0,33%) пациенти во целиот примерок од кои двајцата од Североисточниот регион – 2,90% (Табела 12 и График 16).

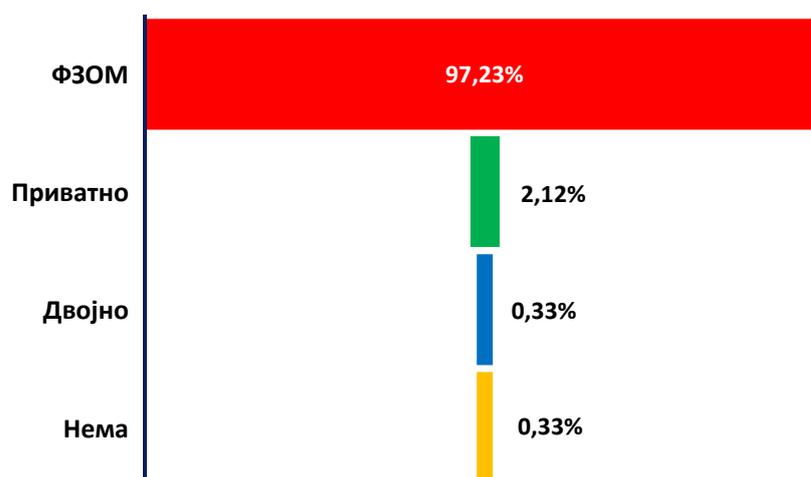


График 16. Дистрибуција на примерокот според вид на здравствено осигурување



7.3. КВАНТИТАТИВНО ИСТРАЖУВАЊЕ

Во квантитативниот дел од истражувањето обработен беше примерок на лица со минимум едно од селектираните ХНЗ согласно однапред поставени инклузиони и ексклузиони критериуми.

За потребите на примерокот за квантитативниот дел од истражувањето беше направена соработка со здравствени институции и национални/локални НВОи со мисија за работа со лица со ХНЗ од интерес. Како инструмент во квантитативниот дел од истражувањето беа применети 4 од 5 дела на анкетен прашалник (АНЕКС 1) кој обработуваше:

- Достапност до здравствена заштита (финансиски можности за преглед во јзу/ пзу; финансиски можности за физикална терапија во јзу/ пзу; финансиски можности за купување лекови/ суплементи; финансиски можности за лабораторија/ радиографски иследувања; финансиски потешкотии поради потреба од лекување; одложени здравствени услуги поради цената на чинење; ставови за здравственото осигурување);
- Пристап до здравствена заштита (информираност за здравствените служби и услуги; близина на селектирани јзу до домот; проблеми при потреба од здравствени услуги; патување за преглед кај лекар специјалист; брзина на добивање на термин кај специјалист);
- Дискриминација при здравствена заштита (искуства со дискриминација при здравствена заштита; однесување на здравствен персонал; почитување на правата на пациентите);
- Задоволство и доверба при здравствена заштита (информираност, тајност и согласност при здравствена заштита; увид во документација, квалитет и безбедност при здравствена заштита; задоволство од матичен лекар, специјалист, здравствени услуги).



7.3.1. Достапност до здравствена заштита

Во делот на истражувањето за достапност до здравствената заштита обработен беше серија на прашања за различни аспекти на евентуално потенцијално финансиско оптеретување при оставрувањето на здравствената заштита. Истите се презентирани од поглавје 7.3.1.1. до поглавје 7.3.1.7.

7.3.1.1. Финансиски можности за преглед во ЈЗУ/ ПЗУ

Со овој блок од 2 прашања обработени беа финансиските можности за здравствена заштита во ЈЗУ/ ПЗУ. Пациентите имаа можност за одговор на 5 степенa ликертова скала (Likert scale) со категориите од секогаш → многу често → понекогаш → ретко → никогаш (Табела 13 а-в и График 17-20)

Табела 13а. Финансиска можност за селектирани здравствени услуги според место на живеење

Услуга	Дали можете (финансиски) да си ги дозволите овие услуги:						
	Место	Секогаш	Многу често	Понекогаш	Ретко	Никогаш	
Преглед од специјалист во ЈЗУ	село	N	146	48	37	8	1
		%	60,83%	20,00%	15,42%	3,33%	0,42%
	град	N	225	76	43	16	3
		%	61,98%	20,94%	11,85%	4,41%	0,83%
	Вкупно	N	371	124	80	24	4
		%	61,53%	20,56%	13,27%	3,98%	0,66%
p		p=0,6869					
Преглед од специјалист во ПЗУ	село	N	17	13	61	92	53
		%	7,20%	5,51%	25,85%	38,98%	22,46%
	град	N	30	36	111	104	70
		%	8,55%	10,26%	31,62%	29,63%	19,94%
	Вкупно	N	47	49	172	196	123
		%	8,01%	8,35%	29,30%	33,39%	20,95%
p		X ² =9,859; df=4; p=0,0429*					
Fisher Freeman Halton exact test;		Pearson Chi-square test;		*сигнификантно за p<0,05			



Преглед од специјалист во ЈЗУ – Во целиот примерок на испитаници за истражувањето мнозинството од 371 (61,53%) одговориле дека прегледот кај специјалист во ЈЗУ можат од финансиски аспект да си го дозволат “секогаш” односно 124 (20,56%) изјавиле дека за нив тоа е можно “многу често”. Сепак за 80 (13,27%) прегледот кај специјалист во ЈЗУ е можен “понекогаш”, кај 24 (3,98%) тоа е можно “ретко”. Вкупно за 4 (0,66%) пациенти во истражувањето изјавиле дека “никогаш” не се во финансиска можност да си го обезбедат прегледот кај специјалист во ЈЗУ (Табела 13а и График 17).

Немаше сигнификантна асоцијација на финансиската можност за преглед кај лекар специјалист во ЈЗУ и местото каде живеат пациентите (село/ град) за Fisher Freeman Halton exact test: $p=0,6869$ (Табела 13а и График 17).

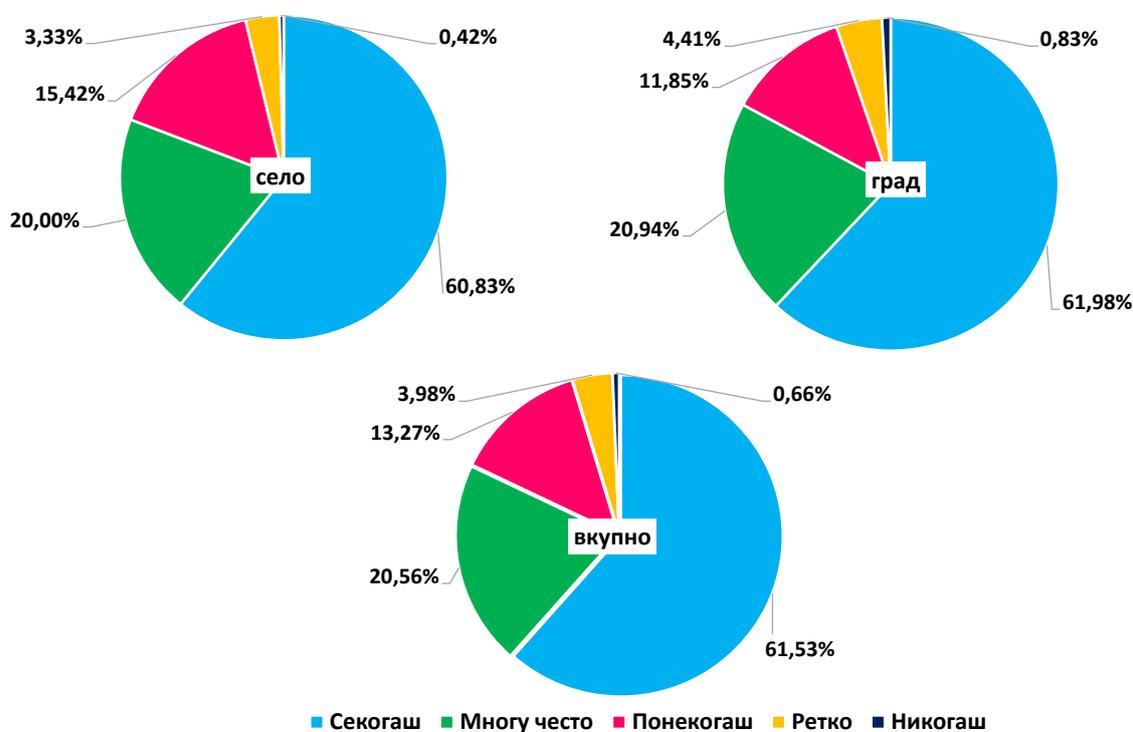


График 17. Финансиска можност за преглед кај специјалист во ЈЗУ според место на живеење



Преглед од специјалист во ПЗУ – Во примерок на испитаници за истражувањето вкупно 47 (8,01%) одговориле дека прегледот кај специјалист во ПЗУ можат од финансиски аспект да си го дозволат “секогаш“ односно 49 (8,35%) изјавиле дека за нив тоа е можно “многу често“. Сепак за 172 (29,30%) пациенти прегледот кај специјалист во ПЗУ е можен “понекогаш“, кај 196 (33,39%) тоа е можно “ретко“, а вкупно 123 (20,95%) пациенти изјавиле дека “никогаш“ не се во финансиска можност да си обезбедат преглед кај специјалист во ПЗУ (Табела 13а и График 18).

Утврдена беше сигнификантна асоцијација на финансиската можност за преглед кај лекар специјалист во ПЗУ и местото каде живеат пациентите (село/ град) за Pearson Chi-square test: $X^2=9,859$; $df=4$; $p=0,0429$ во прилог на сигнификантно поголема финансиска можност за преглед кај лекар специјалист во ПЗУ кај пациентите од град (Табела 13а и График 18).

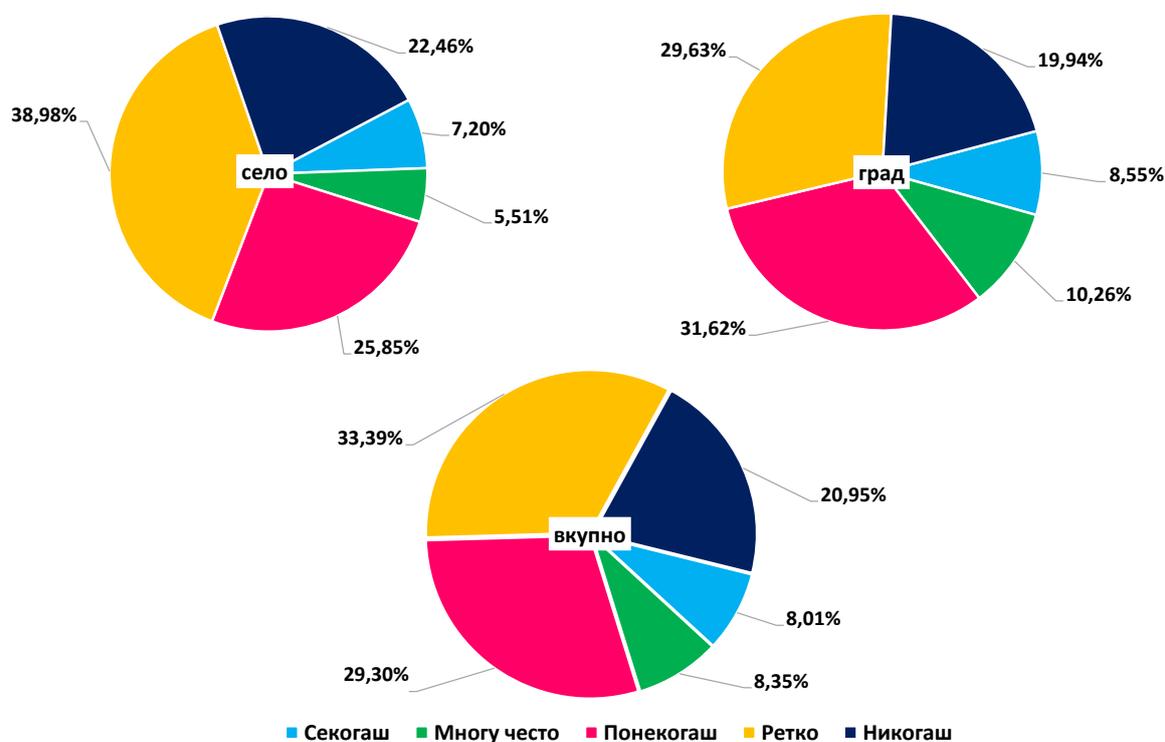


График 18. Финансиска можност за преглед кај специјалист во ПЗУ според место на живеење



7.3.1.2. Финансиски можности за физикална терапија во ЈЗУ/ ПЗУ

Со овој блок од 2 прашања беа обработени финансиските можности за физикална терапија во ЈЗУ/ ПЗУ. Пациентите имаа избор за одговор на 5 степенa ликертова скала (Likert scale) со категории од секогаш → многу често → понекогаш → ретко → никогаш (Табела 13 а-в и График 17-20)

Од финансиски аспект вкупно 290 (48,99%) пациенти од целиот примерок на истражувањето изјавиле дека “секогаш“ имаат можност да си дозволат физикална терапија во ЈЗУ споредено со само 39 (6,83%) кои одговориле дека истата “секогаш“ можат да ја направат во ПЗУ. Физикална терапија во ЈЗУ односно ПЗУ “никогаш“ финансиски неможе да си ја дозволат консеквентно 31 (5,24%) vs. 324 (56,74%) од пациентите (Табела 13б и График 19).

Табела 13б. Финансиска можност за селектирани здравствени услуги според место на живеење

Услуга	Дали можете (финансиски) да си ги дозволите овие услуги:						
	Место	Секогаш	Многу често	Понекогаш	Ретко	Никогаш	
Физикална терапија во ЈЗУ	село	N	119	37	46	24	11
		%	50,21%	15,61%	19,41%	10,13%	4,64%
	град	N	171	40	86	38	20
		%	48,17%	11,27%	24,23%	10,70%	5,63%
	Вкупно	N	290	77	132	62	31
		%	48,99%	13,01%	22,30%	10,47%	5,24%
p		X ² =3,974; df=4; p=0,4095					
Физикална терапија во ПЗУ	село	N	15	1	20	43	150
		%	6,55%	0,44%	8,73%	18,78%	65,50%
	град	N	24	18	59	67	174
		%	7,02%	5,26%	17,25%	19,59%	50,88%
	Вкупно	N	39	19	79	110	324
		%	6,83%	3,33%	13,84%	19,26%	56,74%
p		p=0,0002*					
Pearson Chi-square test;		Fisher Freeman Halton exact test;		*сигнификантно за p<0,05			

Впечатливо е дека најголемата пропорција на пациенти во однос на физикална терапија во ЈЗУ е онаа која укажува дека истата може да си ја дозволат “секогаш“ вкупно 290 (48,99%) пациенти, а за ПЗУ најголемата пропорција е на оние кои одговориле “никогаш“ и тоа вкупно 324 (56,74%) пациенти (Табела 13б и График 19).



Анализата не укажа на сигнификантна асоцијација на финансиската можност на пациентите за физикална терапија во ЈЗУ со местото на живеење (село/ град) за Pearson Chi-square test= 3,974; df=4; p=0,40959 (Табела 13б и График 19).

Дополнително, анализата укажа на сигнификантна асоцијација на финансиската можност на пациентите за физикална терапија во ПЗУ и местото на живеење (село/ град) во прилог на сигнификантно помали финансиски можности за остварување на овој вид на здравствена заштита на лицата кои живеат во селска средина за Fisher Freeman Halton exact test: p=0,0002. Можности за приватно покривање на трошоците за физикална терапија во ПЗУ сигнификантно повеќе асоцира со пациентите од град (Табела 13б и График 19).

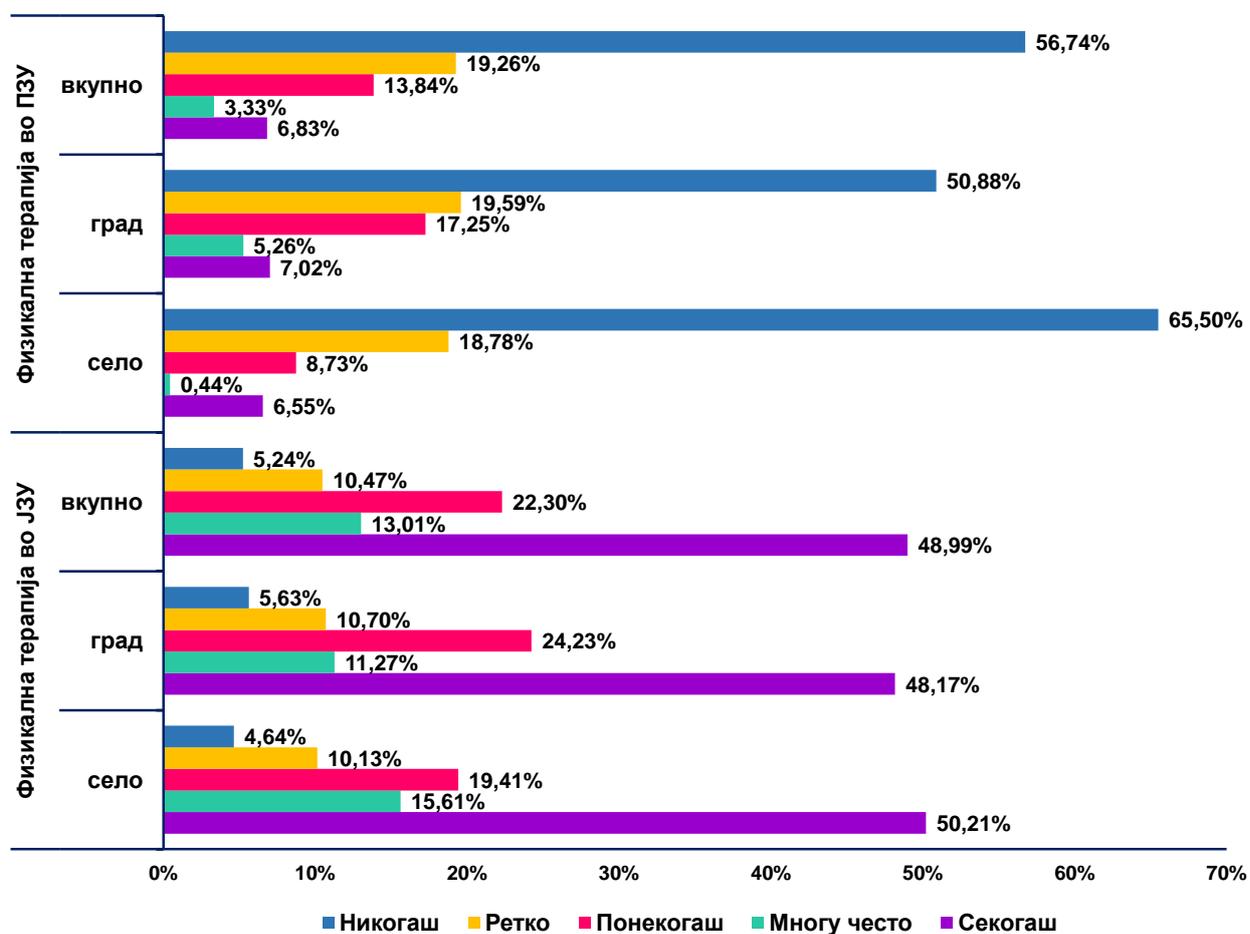


График 19. Финансиска можност за физикална терапија во ЈЗУ/ ПЗУ според место на живеење



7.3.1.3. Финансиски можности за купување лекови/ суплементи

Со овој блок беа обработени финансиските можности за приватно купување на лековите и суплементите потребни за третман на примарното заболување. Пациентите имаа избор за одговор на 5 степенa ликертова скала (Likert scale) со категориите од секогаш → многу често → понекогаш → ретко → никогаш (Табела 13 а-в и График 17-20)

Лекови за примарното заболување приватно – Согласно добиените одговори од пациентите во примерокот на истражувањето, во случај на потреба, купувањето на лекови приватно “секогаш“ може да си го дозволат 372 (62,52%) од нив, а “ретко“ односно “никогаш“ косеквентно 12 (2,02%) vs. 3 (0,84%) од истите.

Не беше утврдена сигнификантна асоцијација на местото каде живеат пациентите (село/ град) и можноста приватно да ги покријат трошоците за потребните лекови за Fisher Freeman Halton exact test: $p=0,3623$ (Табела 13в и График 20).

Табела 13в. Финансиска можност за здравствени услуги според место на живеење

Услуга	Дали можете (финансиски) да си ги дозволите овие услуги:						
	Место	Секогаш	Многу често	Понекогаш	Ретко	Никогаш	
Лекови - приватно	село	N	150	58	20	7	3
		%	63,03%	24,37%	8,40%	2,94%	1,26%
	град	N	222	85	43	5	2
		%	62,18%	23,81%	12,04%	1,40%	0,56%
	Вкупно	N	372	143	63	12	5
		%	62,52%	24,03%	10,59%	2,02%	0,84%
p			p=0,3623				
Суплементи - приватно	село	N	34	59	85	45	18
		%	14,11%	24,48%	35,27%	18,67%	7,47%
	град	N	61	79	138	65	16
		%	16,99%	22,01%	38,44%	18,11%	4,46%
	Вкупно	N	95	138	223	110	34
		%	15,83%	23,00%	37,17%	18,33%	5,67%
p			X ² =3,865; df=4; p=0,4245				
Pearson Chi-square test;		Fisher Freeman Halton exact test;		*сигнификантно за p<0,05			



Суплементи за примарното заболување приватно – Испитаниците беа прашани дали може да си ги дозволат препорачаните суплемети од лекар (пр. витамини и др.) кои се купуваат приватно, а се важни за примарното заболување. Најголема пропорција од пациентите одговорија дека приватното покривање на трошоците за пропишаните суплементи може да си го овозможат само “понекогаш“ и тоа 223 (37,17%). Вкупно 95 (15,83%) од пациентите одговорија дека купувањето на препорачаните суплементи може да си го дозволат “секогаш“, а “ретко“ односно “никогаш“ тоа беше можно за консеквентно 110 (18,33%) vs. 34 (5,67%).

Немаше сигнификантна асоцијација на местото на живеење (село/ град) и можноста приватно да се платат пропишаните суплементи важни за примарното заболување за Pearson Chi-square test= 3,865; df=4; p=0,4245 (Табела 13в и График 20).

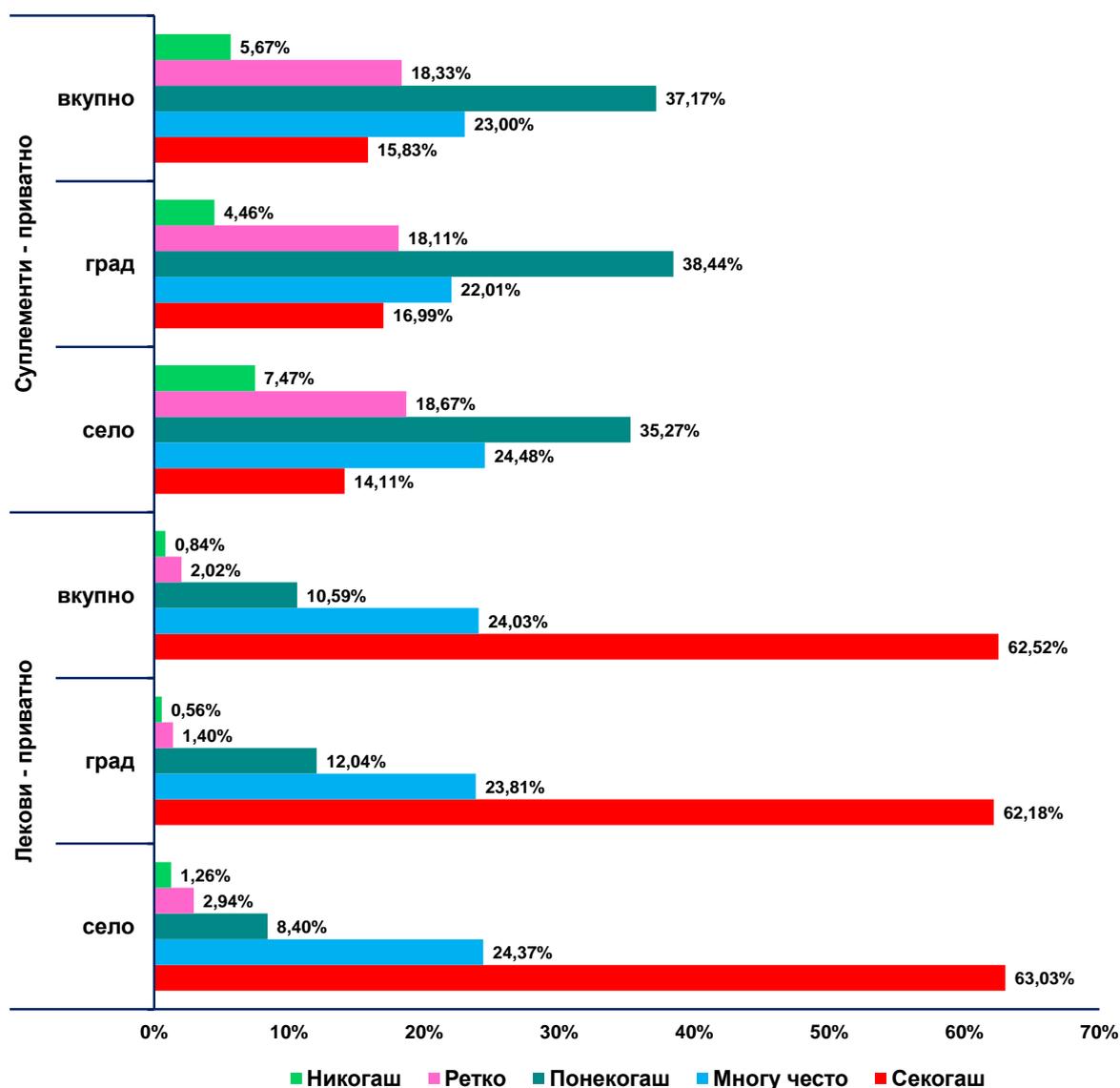


График 20. Финансиска можност за купување лекови/ суплементи според место на живеење



7.3.1.4. Финансиски можности за лабораторија/ радиографски иследувања

Со овој блок прашања беа обработени финансиските можности за приватно плаќање на лабораториски услуги/ радиографски иследувања. Пациентите имаа избор за одговор на 5 степен ликертова скала (Likert scale) со категории од секогаш → многу често → понекогаш → ретко → никогаш (Табела 13 а-г и График 17-20).

Лабораторија приватно – Најголемиот дел од пациентите во целиот примерок изјавија дека “ретко” односно „понекогаш“ имаат финансиска можност приватно да ги покријат трошоците за лабораториски анализи за консеквентно 171 (28,69%) vs. 165 (27,68%). Согласно изјавата на пациентите, лабораториските анализи на приватен трошок “секогаш” може да ги направат само 97 (16,28%) од пациентите во примерокот. Немаше сигнификантна асоцијација на местото каде живеат пациентите (село/ град) и можноста за приватно покривање на лабораториските трошоци за Pearson Chi-square test= 5,420; df=4; p=0,2468 (Табела 13г и График 21).

Табела 13г. Финансиска можност за здравствени услуги според место на живеење

Услуга	Дали можете (финансиски) да си ги дозволите овие услуги						
	Место	Секогаш	Многу често	Понекогаш	Ретко	Никогаш	
Лабораторија - приватно	село	N	30	28	68	68	46
		%	12,50%	11,67%	28,33%	28,33%	19,17%
	град	N	67	35	97	103	54
		%	18,82%	9,83%	27,25%	28,93%	15,17%
	Вкупно	N	97	63	165	171	100
		%	16,28%	10,57%	27,68%	28,69%	16,78%
p			X ² =5,420; df=4; p=0,2468				
Рентген, магнет, ехо - приватно	село	N	20	13	52	82	71
		%	8,40%	5,46%	21,85%	34,45%	29,83%
	град	N	45	19	84	87	122
		%	12,61%	5,32%	23,53%	24,37%	34,17%
	Вкупно	N	65	32	136	169	193
		%	10,92%	5,38%	22,86%	28,40%	32,44%
p			X ² =8,432; df=4; p=0,0769				
Pearson Chi-square test;		Fisher Freeman Halton exact test;		*сигнификантно за p<0,05			



Рентген/ магнет/ ехо приватно – Само 65 (10,92%) од пациентите изјавија дека “секогаш“ имаат можност приватно да ги покријат трошоците за рентген/ магнет/ ехо. Најголемиот дел од пациентите изјавија дека “ретко“ – 169 (28,40%) односно „понекогаш“ – 136 (22,86%) имаат финансиска можност за покривање на трошоците на овие радиолошки иследувања. Можност “секогаш“ односно “многу често“ приватно да ги платат радиолошките иследувања имаа само консеквентно 65 (10,92%) vs. 32 (5,38%) од пациентите. Немаше сигнификантна асоцијација на местото каде живеат пациентите (село/ град) и можноста приватно да ги покријат трошоците радиолошки иследувања (рентген/ магнет/ ехо) за Pearson Chi-square test= 8,412; df=4; p=0,0769 (Табела 13г и График 21).

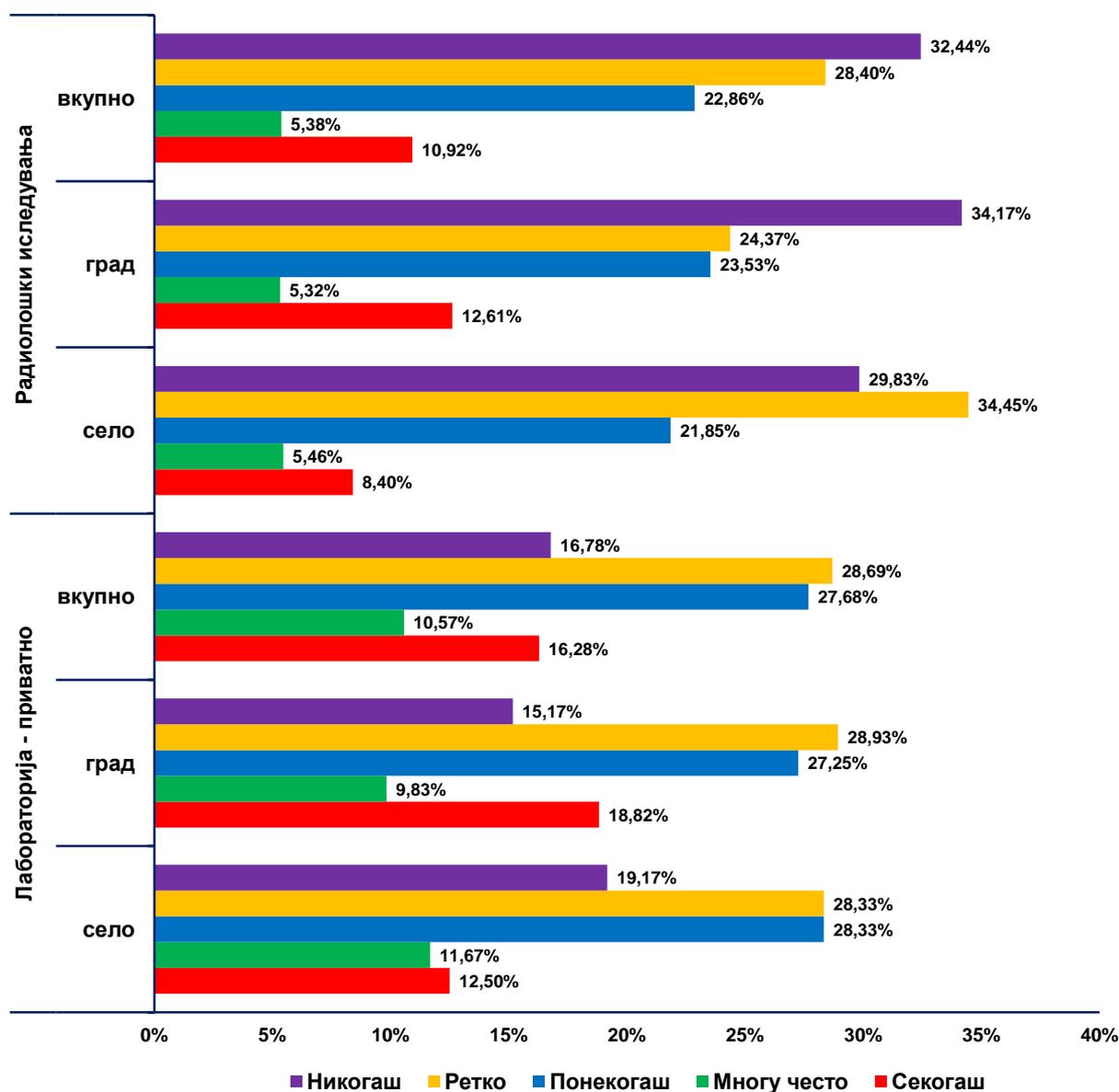


График 21. Финансиска можност за селектирани приватни иследувања според место на живеење



7.3.1.5. Финансиски потешкотии поради потреба од лекување

Со овој дел од истражувањето беа обработени одговорите на прашања кои се однесуваат на: а) финансиски потешкотии поради потреба од лекување; и б) намалени генерални трошоци (храна или облека) поради потреба од лекување.

Финансиски потешкотии поради лекување – На прашањето за финансиски потешкотии поради потреба од лекување пациентите имаа можност за избор на одговор на 4 степена Ликертова скала (Likert scale) со категории од 1=никогаш → 2=ретко → 3=понекогаш → 4=често. Повисокиот скор укажува на полоша состојба односно почесто чувство за финансиски потешкотии поради потребата од лекување.

Анализата на скорот за чувството на финансиски потешкотии поради лекување беше направена во однос на осумте статистички региони поединечно како и според местото на живеење (село/ град).

Согледано беше дека во целиот примерок на истражувањето просечниот скор за финансиски потешкотии поради лекување изнесуваше $2,94 \pm 0,92$ што укажува дека чувството за вакви потешкотии било ретко / понекогаш. Сепак кај 50% од пациентите во целиот примерок финансиските потешкотии поради лекување биле со скор ≥ 3 односно се чувствувале понекогаш / често (Табела 14 и График 22-23).

Просечниот скор за финансиски потешкотии поради лекување кај пациентите во селската средина изнесуваше $2,97 \pm 0,94$, а во градска средина $2,92 \pm 0,90$. Немаше сигнификантна разлика помеѓу пациентите со различно место на живеење (село/ град) и чувството за финансиски потешкотии поради лекување (Mann-Whitney U Test: $Z=0,917$; $p=0,359$) (Табела 14 и График 22-23).

Според статистички региони и место на живеење (село/град) утврдено беше дека просечниот скор на чувството за финансиски потешкотии поради лекување беше повисок (полоша состојба) кај пациентите од село во 5 региони и тоа за: Вардарскиот регион - $3,40 \pm 0,55$, Југоисточниот регион - $3,15 \pm 0,82$, Пелагонискиот - $3,15 \pm 0,92$, Полошкиот регион - $3,06 \pm 0,68$ и Североисточниот регион - $3,55 \pm 0,51$. Во останатите 3 региони просечниот скор беше повисок (полоша состојба) кај пациентите од град и изнесуваше за: Источниот регион - $2,51 \pm 1,16$, Југозападниот регион - $3,03 \pm 0,83$ и Скопскиот регион - $2,86 \pm 0,99$ (Табела 14 и График 22-23).



Табела 14. Финансиски потешкотии поради лекување според место на живеење и статистички региони

Параметри	Финансиски потешкотии поради потреба од лекување				
	Mean± SD	Min/Max (Мин/Мак)	Median (IQR)	p	
Финансиски потешкотии поради потреба од лекување					
Вардарски	село	3,40±0,55	3/ 4	3	Z=(-1,418; p=0,156
	град	2,86±0,83	1/ 4	3	
	вкупно	2,91±0,82	1/ 4	3 (3-3)	
Источен	село	1,57±1,02	1/ 4	1	Z=(-2,615; p=0,009*
	град	2,51±1,16	1/ 4	3	
	вкупно	2,27±1,19	1/ 4	2 (1-3)	
Југозападен	село	2,77±0,83	1/ 4	3	Z=(-1,721; p=0,085
	град	3,03±0,83	1/ 4	3	
	вкупно	2,92±0,84	1/ 4	3 (2-3,5)	
Југоисточен	село	3,15±0,82	1/4	3	Z=(-2,032; p=0,042*
	град	2,68±0,89	1/4	3	
	вкупно	2,96±0,87	1/ 4	3 (3-4)	
Пелагониски	село	3,15±0,92	1/ 4	3	Z=(-1,289; p=0,197
	град	3,00±0,84	1/ 4	3	
	вкупно	3,08±0,88	1/ 4	3 (3-4)	
Полошки	село	3,06±0,68	2/ 4	3	Z=(-0,098; p=0,922
	град	2,98±0,87	1/ 4	3	
	вкупно	3,00±0,82	1/ 4	3 (3-4)	
Североисточен	село	3,55±0,51	3/ 4	4	Z=(-1,976; p=0,048*
	град	3,16±0,74	1/ 4	3	
	вкупно	3,27±0,70	1/ 4	3 (3-4)	
Скопски	село	2,83±1,00	1/ 4	3	Z=(-0,163; p=0,871
	град	2,86±0,99	1/ 4	3	
	вкупно	2,85±0,99	1/ 4	3 (2-4)	
Вкупно	село	2,97±0,94	1/ 4	3	Z=0,917; p=0,359
	град	2,92±0,90	1/ 4	3	
	вкупно	2,94±0,92	1/ 4	3 (3-4)	
Likert Scale= никогаш → ретко → понекогаш → често Mann -Whitney U test; Kruskal - Wallis H test; сигнификантно за p<0,05					



Споредбата на скор за чувството за финансиски потешкотии поради лекување на пациентите од градската и селската средина во секој од осумте статистички региони поединечно за Mann-Whitney U Test укажа на (Табела 14 и График 22-23):

- сигнификантно повисок скор (полоша состојба) во градската средина споредено со селската во Источниот регион ($Z=(-2,615; p=0,009)$);
- сигнификантно повисок скор (полоша состојба) во селската средина споредено со градската во Југоисточен регион ($Z=(-2,032; p=0,042)$);
- сигнификантно повисок скор (полоша состојба) во селската средина споредено со градската во Североисточниот регион ($Z=(-1,976; p=0,048)$);
- во секој од останатите региони поединечно и тоа Вардарски ($p=0,156$), Југозападен ($p=0,085$), Пелагониски ($p=0,197$), Полошки ($p=0,922$) и Скопски ($p=0,871$) немаше сигнификантна разлика во финансиските потешкотии поради лекување помеѓу град/ село;

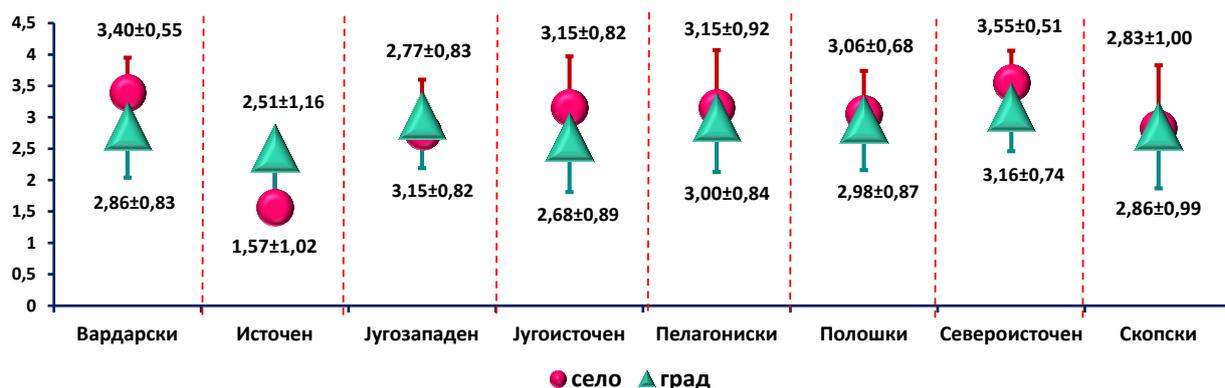


График 22. Финансиски потешкотии поради лекување според место на живеење и статистички региони

Дополнително беше утврдена сигнификантна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на висината на скорот за чувството за финансиски потешкотии поради лекување на пациентите за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=611)}=32,839; df=7; p=0,00001$. Оваа сигнификантност се должеше на сигнификантно понискиот вкупен скор (подобра ситуација) за чувството за финансиски потешкотии поради лекување во Источниот регион споредено со Пелагонискиот, Полошкиот и Североисточниот регион. Во однос на останатите региони споредбата со вкупниот скор во Источниот регион не укажа на сигнификантна разлика односно истиот беше несигнификантно понизок во секој од тие региони (Табела 14 и График 22 - 23)



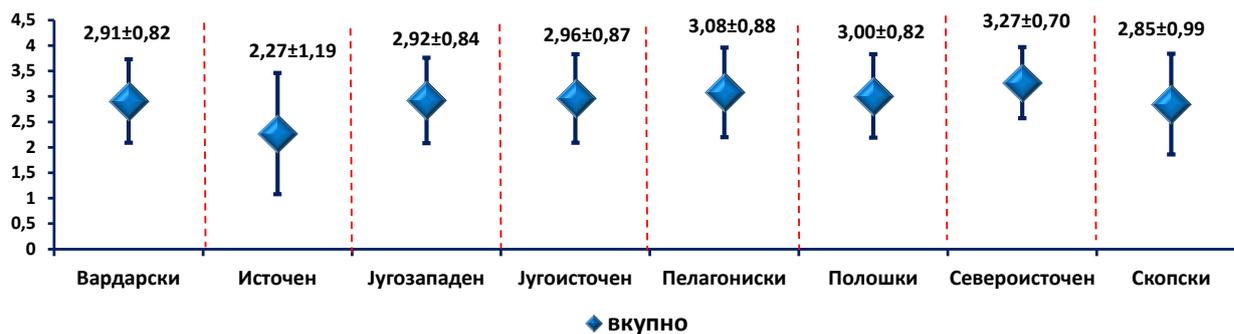


График 23. Финансиски потешкотии поради лекување според статистички региони

Намалени генерални трошоци (храна/ облека) поради лекување – На прашањето дали во изминатите 12 месеци ги намаливте трошоците за основни потреби, како што се храна или облека, за да може да се покријат трошоците за здравствена заштита, пациентите имаа можност да одговорат со Да/ Не (Табела 15).

Повеќе од половината или вкупно 323 (53,21%) од пациентите во истражувањето одговорија дека биле принудени да ги намалат трошоците за основните потреби (храна/ облека) заради остварување на здравствената заштита/лекување. Трошоците за лекувањето не биле причина за намалување или за откажување од основните потреби кај вкупно 284 (46,79%) од пациентите опфатени со истражувањето (Табела 15 и График 24).

Табела 15. Намалени генерални трошоци (храна/ облека) поради лекување според место на живеење

Параметри	Одговор			p	
	Не	Да	Вкупно		
Намалени генерални трошоци поради лекување					
Село	N	108	135	243	X ² =0,893; df=1; p=0,3445
	%	44,44%	55,56%	40,03%	
Град	N	176	188	364	
	%	48,35%	51,65%	59,97%	
Вкупно	N	284	323	607	
	%	46,79%	53,21%	100%	
Pearson Chi-square test;		*сигнификантно за p<0,05			



Во однос на дистрибуцијата село/град согледано беше дека 135 (55,56%) од пациентите кои живеат на село и 188 (51,65%) на оние од градска средина одговориле дека морале да ги намалат основните трошоци поради лекувањето. Анализата не укажа на сигнификатна асоцијација на местото на живеење на пациентите (село/ град) и намалувањето на трошоците за основните потреби (храна/ облека) поради лекување (Табела 15 и График 24).

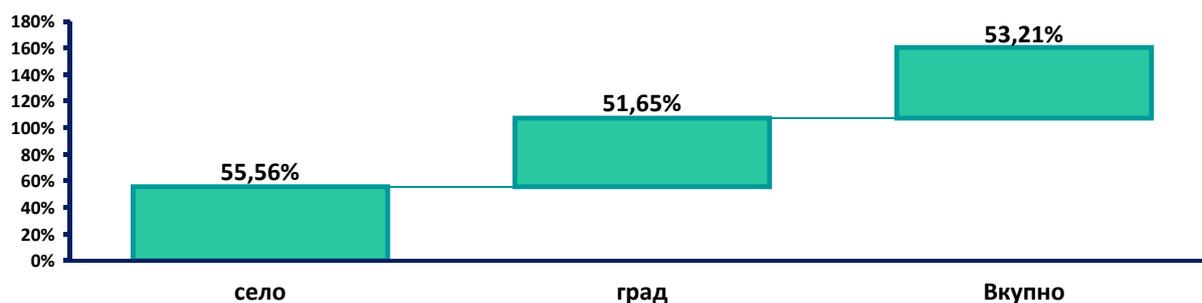


График 24. Намалени генерални трошоци поради лекување според место на живеење

Поврзаност на возраста со селектирани финансиски потешкотии поради лекување – дополнително за погоре анализирани параметри, направена беше анализа со непараметарска корелација - Spearman Rank order correlations (R) за утврдување на правецот и јачината на поврзаноста на возраста на пациентите со “Финансиски потешкотии поради лекување“ и “Намалени генерални трошоци (храна/ облека) поради лекување (Табела 16 и График 25).

Табела 16. Корелација помеѓу селектирани финансиски потешкотии поради лекување и возраста

Параметри	Spearman Rank order correlations (R)
	Возраст
Финансиски потешкотии поради лекување†	$R_{(595)} = (-0,052; p=0,2066)$
Намалени генерални трошоци (храна/ облека) поради лекување	$R_{(593)} = (-0,017; p=0,6750)$

†никогаш → ретко → понекогаш → често
*сигнификантно за $p < 0,05$



- **Финансиски потешкотии поради лекување и возраст** – анализата укажа дека помеѓу возраста на пациентите (години) и финансиските потешкотии поради потребата од лекување постои несигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(595)} = (-0,052; p=0,2066$ – финансиските потешкотии поради потребата од лекување несигнификантно растеше кај помладите пациенти;
- **Намалени генерални трошоци поради лекување и возраст** – анализата укажа дека помеѓу возраста на пациентите (години) и намалените генерални трошоци (храна/облека) поради лекување постои несигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(593)} = (-0,017; p=0,6750$ – намалените генерални трошоци (храна/облека) поради лекување несигнификантно растеше кај помладите пациенти.

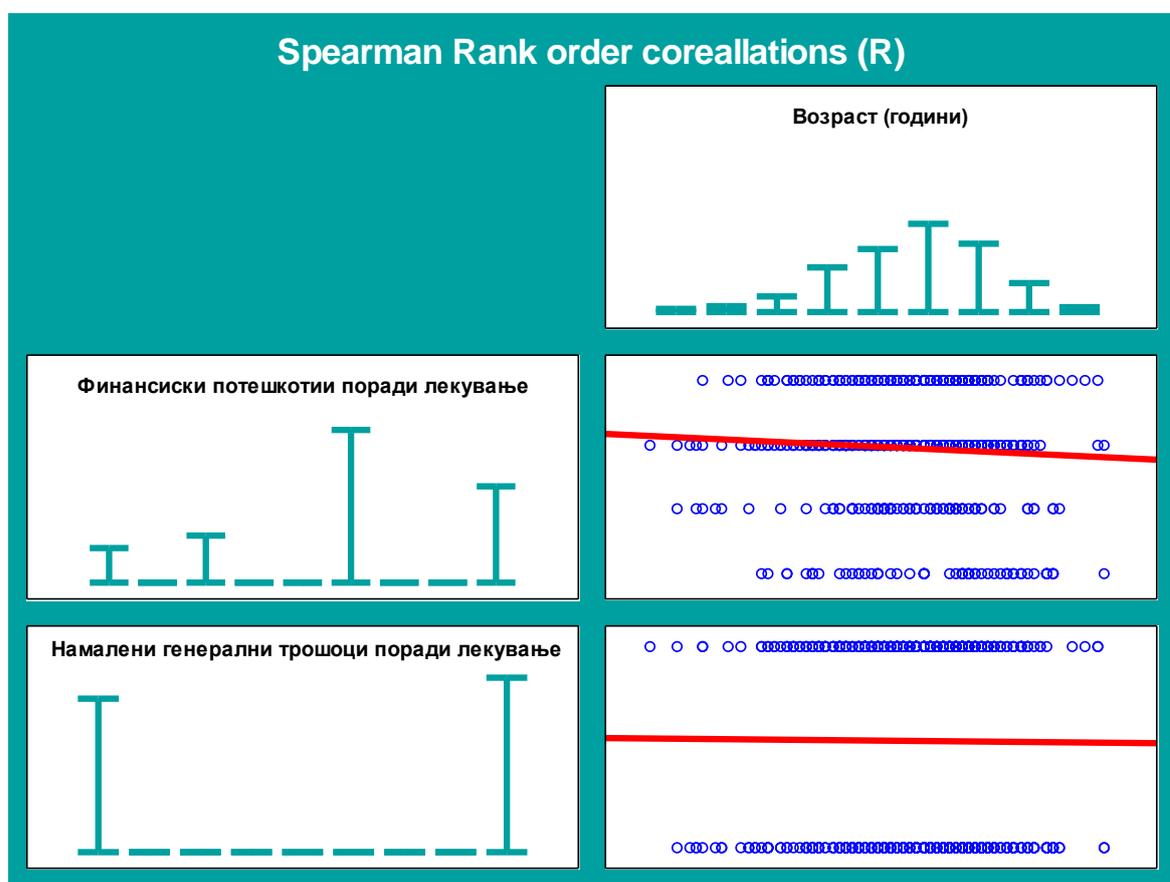


График 25. Корелација на финансиски потешкотии поради лекување и возраст



7.3.1.6. Одложени здравствени услуги поради цената на чинење

Во делот на достапност до здравствени услуги беше поставено прашањето за одложување на селектирани здравствени услуги (лекови, операција/други процедури/ радиолошки иследувања, лабораториски тестови, преглед од доктор специјалист). Беше поставено прашањето и за тоа колку пати било направено такво одложување во последните 12 месеци (Табела 17-18 и График 26-27).

Табела 17. Одложени здравствени услуги од финансиски причини според место на живеење

Параметри		Да	Не	р	
Во изминатите 12 месеци, дали поради финансии одложивте:					
Лек / лекови	село	N	28	211	X ² =1,282; df=1; p=0,2576
		%	11,72%	88,28%	
	град	N	54	307	
		%	14,96%	85,04%	
	вкупно	N	82	518	
		%	13,67%	86,33%	
Операција/ друга процедура	село	N	27	209	X ² =0,603; df=1; p=0,4375
		%	11,44%	88,56%	
	град	N	33	316	
		%	9,46%	90,54%	
	вкупно	N	60	525	
		%	10,26%	89,74%	
Рентген, магнет, ехо, други снимања	село	N	43	195	X ² =0,078; df=1 p=0,7797
		%	18,07%	81,93%	
	град	N	67	286	
		%	18,98%	81,02%	
	вкупно	N	110	481	
		%	18,61%	81,39%	
Лабораториски тест	село	N	26	212	X ² =0,080; df=1 p=0,7766
		%	10,92%	89,08%	
	град	N	41	310	
		%	11,68%	88,32%	
	вкупно	N	67	522	
		%	11,38%	88,62%	
Преглед од доктор специјалист	село	N	31	207	X ² =0,312; df=1 p=0,5667
		%	13,03%	86,97%	
	град	N	52	303	
		%	14,65%	85,35%	
	вкупно	N	83	510	
		%	14,00%	86,00%	
X ² =Pearson Chi-square test			*сигнификантно за p<0,05		



Одложени здравствени услуги поради лекување – На прашањето дали во изминатите 12 месеци одложиле здравствени услуги поради цената на чинење, пациентите имаа можност да одговорат со Да/ Не (Табела 17).

Во целиот примерок на испитаници наголема беше пропорцијата на пациенти кои поради цената на чинење ги одложиле радиолошките иследувања (рентген, магнет, ехо, или други снимања) и тоа 110 (18,61%). Одложување на купување на лекови пријавиле вкупно 82 (13,67%) од испитаниците, одложена операција/ друга интервенција имало кај 60 (10,26%), одложени лабораториски анализи кај 67 (11,38%), а преглед од доктор специјалист одложиле 883 (14%) пациенти.

За ниедно од анализираните одложувања на здравствени интервенции не беше утврдена сигнификантна асоцијација со местото на живеење на пациентите (село/ град) (Табела 17).

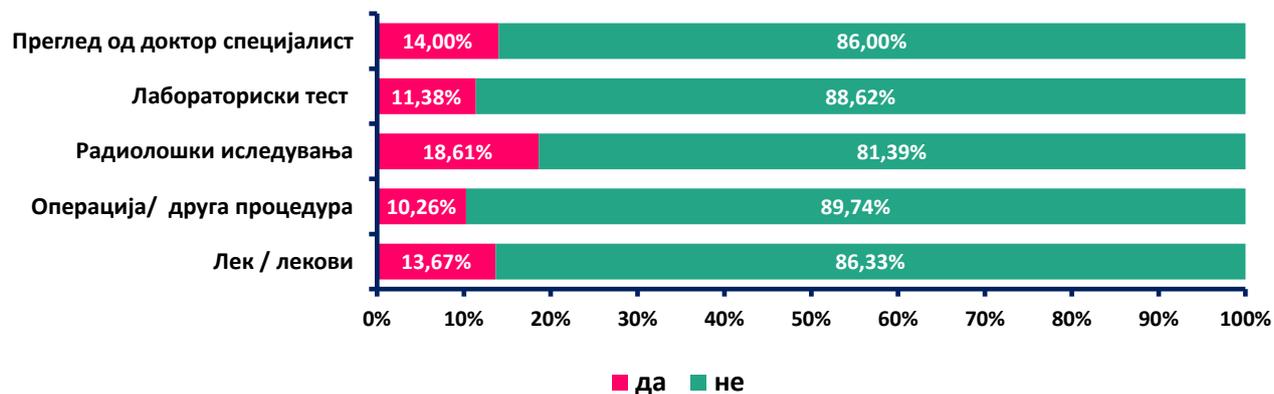


График 26. Вид на одложени здравствени услуги од финансиски причини

Број на одложени здравствени услуги поради лекување – Во рамките на истражувањето бројот на одложени здравствени услуги поради цената на чинење во последните 12 месеци пациентите можеа да ги посочена со избор на една од 4 предложени категории и тоа: а) никогаш; б) еднаш; в) два пати и г) ≥ 3 пати (Табела 18).

Утврдено беше дека околу половина од пациентите во примерокот и тоа 336 (55,26%) не одложиле здравствени услуги поради цената на чинење во последните 12 месеци. Вкупно 160 (26,32%) од пациентите тоа го направиле еднаш, а 58 (9,54%) изјавиле дека имале два пати одложување на здравствена услуга во последните 12 месеци. Вкупно 54 (8,88%) од испитаните биле во ситуација ≥ 3 пати да одложат здравствена услуга поради финансиски причини (Табела 18 и График 27).



Табела 18. Дистрибуција на одложени здравствени услуги од финансиски причини

Параметри	Да	р
Во последните 12 месеци, колку пати откажавте/ одложивте преглед поради цена		
Никогаш	N	336
	%	55,26%
Еднаш	N	160
	%	26,32%
2 пати	N	58
	%	9,54%
≥3 пати	N	54
	%	8,88%
X ² -Pearson Chi-square test		село → град X ² =1,159; df=3 p=0,7629 *сигнификантно за p<0,05

Дополнителната анализа укажа дека нема сигнификантна асоцијација на местото каде живеат пациентите (село/ град) со фреквенцијата на одложување на здравствените услуги поради финансиски трошоци за Pearson Chi-square test=1,159; df=3; p=0,7629 (Табела 18 и График 27).

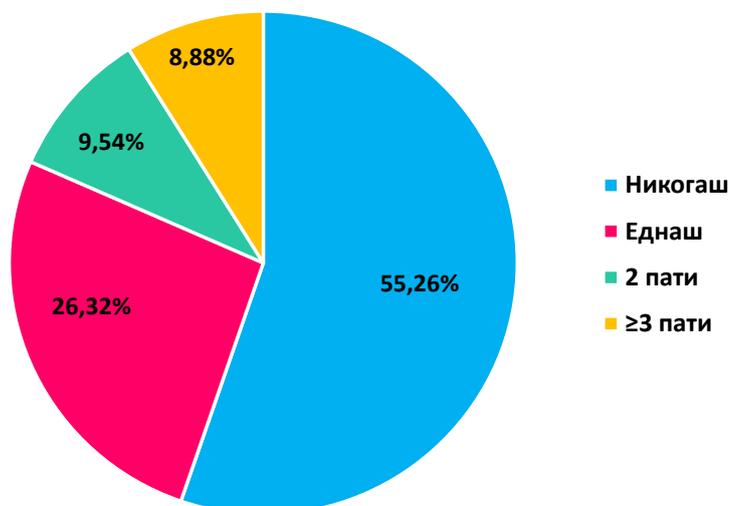


График 27. Дистрибуција на одложени здравствени услуги од финансиски причини



7.3.1.7. Ставови за здравственото осигурување

Истражувањето во овој дел се однесува на ставовите на испитаниците во однос на здравственото осигурување во смисол на потреба од дополнително здравствено осигурување, како и покриеност на услугите и пропишаната терапија со здравственото осигурување (Табела 19-21).

Ставови за “Моите трошоци за здравствена заштита се доволно покриени од здравственото осигурување” – На прашањето пациентите имаа можност за избор на оцена од 5 степенa Ликертова скала (Likert scale) со категории од 1=сосема се согласувам → 2=се согласувам → 3=средина → 4=не се согласувам → 5=воопшто не се согласувам. Повисокиот скор укажува на полоша состојба односно став за помало покриеност на лекувањето од здравственото осигурување.

Табела 19. Анализа според вид на здравствено осигурување и статистички региони

Параметри	Ставови за покриеност на здравствената заштита со здравствено осигурување			
	Mean± SD	Мин/Мак (Min/Max)	Median IQR	p
Моите трошоци за здравствена заштита се доволно покриени од здравственото осигурување!				
Вардарски	3,24±1,09	1/ 5	3 (3-4)	H (N=608)=51,735; df=7; p=0,00001*
Источен	2,58±1,49	1/ 5	3 (1-4)	
Југозападен	3,40±1,27	1/ 5	3 (2-5)	
Југоисточен	3,00±1,03	1/ 5	3 (2-4)	
Пелагониски	3,72±1,19	1/ 5	4 (3-5)	
Полошки	3,15±1,03	1/ 5	3 (2-4)	
Североисточен	3,81±1,14	1/ 5	4 (3-5)	
Скопски	3,77±1,20	1/ 5	4 (3-5)	
Вкупно	3,40±1,25	1/ 5	3 (3-5)	
Според место на живеење				
Село	3,43±1,28	1/ 5	3 (3-5)	Z=0,546; p=0,5851
Град	3,84±1,22	1/ 5	3 (3-4)	
IQR = 25 th – 75 th percentiles; Likert Scale: 1 сосема се согласувам → 5=воопшто не се согласувам Kruskal - Wallis H test; Mann -Whitney U test *сигнификантна p<0,05				



Просечниот став на пациентите од целиот примерок во истражувањето изнесуваше $3,40 \pm 1,25$ со мин/мак од 1/5 каде повисоката оценка укажува на помало задоволство од покриеноста преку здравственото осигурување. Анализата укажа дека 50% од пациентите дале оценка ≥ 3 што укажува дека се на средина односно се стремат со ставот кон незадоволство за покриеноста на трошоците од здравствената заштита со здравственото осигурување (Табела 19 и График 28).

Кај 25% од пациентите ставот беше 5 односно укажа дека воопшто не се согласуваат со тоа дека здравствената заштита е доволно покриена со здравственото осигурување за Median (IQR)=3 (3-5) (Табела 19 и График 28).

Задоволството од покриеноста на трошоците за лекување од страна на здравственото осигурување беше најголемо односно скорот беше најнизок во Источниот регион - $2,58 \pm 1,49$ следено со Југоисточниот регион - $3,00 \pm 1,03$ и Полошкиот регион - $3,15 \pm 1,03$. Во овие региони кај 50% пациенти ставот за покриеноста на трошоците од здравственото осигурување беше на ≤ 3 што укажуваше на неутрален став односно согласување дека осигурувањето ги покрива трошоците (Табела 19 и График 28).

Најголемо незадоволство на пациентите или став за најмала покриеност на трошоците од лекување преку здравственото осигурување имаше во Североисточниот регион - $3,81 \pm 1,14$, Скопскиот регион - $3,77 \pm 1,20$ и Пелагонискиот регион - $3,72 \pm 1,19$. Кај 50% на пациенти од овие региони ставот беше ≥ 4 односно дека не се согласуваат/ воопшто не се согласуваат со тоа дека осигурувањето е доволно за покривање на трошоците (Табела 19 и График 28 - 29)

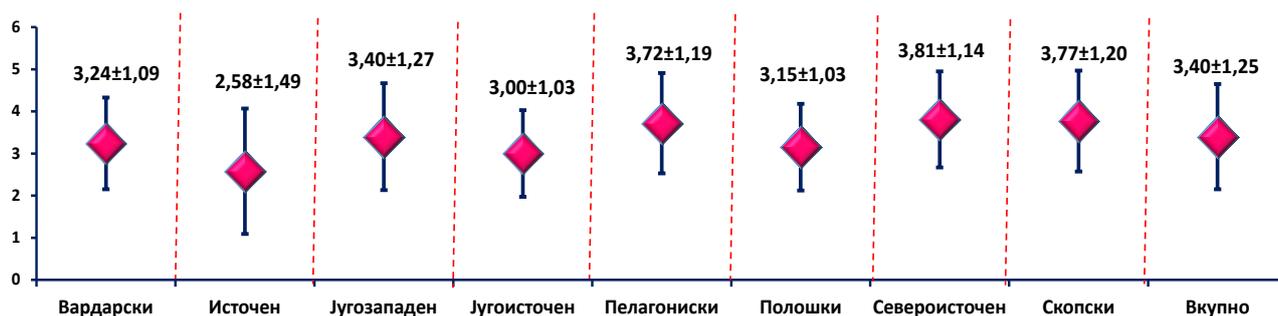


График 28. Просечен став за покривање на здравствена заштита од здравствено осигурување според статистички региони



Дополнително беше утврдена сигнификатна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на ставот на пациентите за покриеност на трошоците од лекување преку здравственото осигурување за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=608)}=51,735$; $df=7$; $p=0,00001$. Оваа сигнификантност се должеше на сигнификантно подобриот став на пациентите за покриеноста на здравствениот третман во Источниот регион споредено со Пелагонискиот, Североисточниот и Скопскиот регион. Во однос на останатите региони споредбата со ставот за задоволството во Источниот регион немаше сигнификатна разлика односно истиот беше несигнификантно повисок во секој од тие региони (Табела 19 и График 28).

Во однос на местото на живеење (село/ град) анализата не укажа на сигнификантна разлика во ставот на пациентите за покриеност на трошоците од лекување преку здравственото осигурување за Mann-Whitney U Test: $Z=0,546$; $p=0,5851$. Утврдено беше несигнификантно подобар став по ова прашање од пациентите со живеалиште на село споредено со оние со живеалиште во град (Табела 19 и График 29).

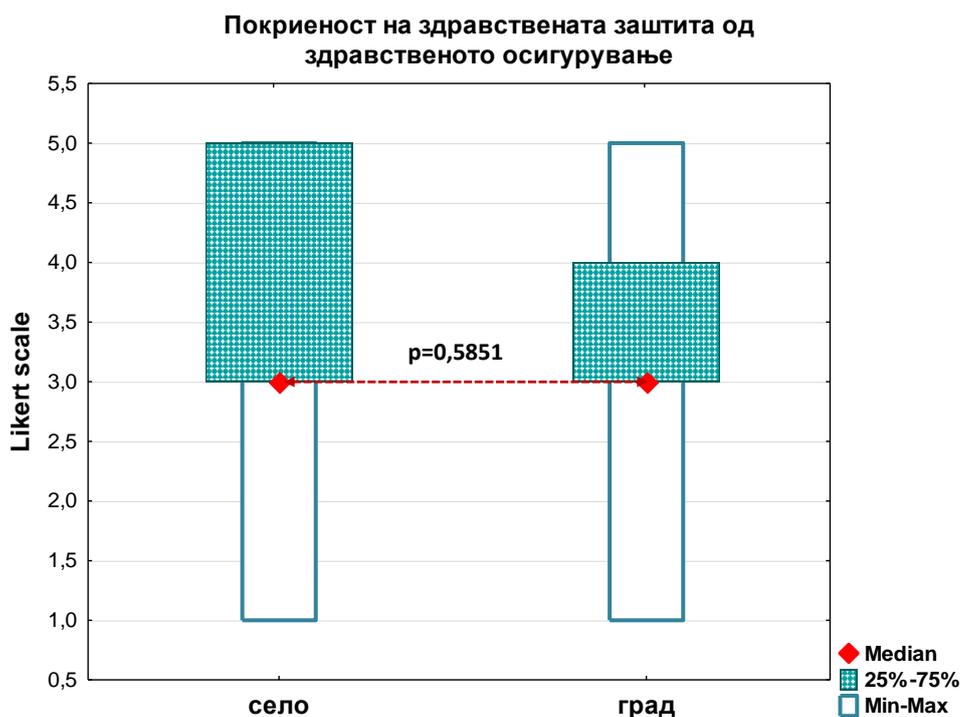


График 29. Просечен став за покривање на здравствена заштита од здравствено осигурување според место на живеење (село / град)



Покриеност на трошок за лекови преку здравствено осигурување – кај мнозинството од пациентите во целиот примерок - 488 (80,26%) со здравственото осигурување беа покриени само некои од пропишаните лекови. Дека трошокот за сите пропишани лекови им се покриен со здравственото осигурување изјавиле 101 (16,61%) од пациентите. Сепак 19 (3,13%) пациенти изјавија дека трошокот за ниеден од лековите не им е покриен со здравственото осигурување односно се принудени приватно да купуваат (Табела 20 и График 30).

Табела 20. Дистрибуција на покриени лекови од здравствено осигурување според место на живеење

Параметри		Село	Град	Вкупно	р
Покриеност на трошокот за лекови преку здравствено осигурување					
Сите лекови	N	31	70	101	село → град $X^2=9,691$; $df=2$ $p=0,0079^*$
	%	12,81%	19,13%	16,61%	
Некои од лековите	N	208	280	488	
	%	85,95%	76,50%	80,26%	
Ниеден лек	N	3	16	19	
	%	1,24%	4,37%	3,13%	
X ² -Pearson Chi-square test			*сигнификантно за $p<0,05$		

Утврдена беше сигнификантна асоцијација на местото каде живеат пациентите (село/ град) со покриеноста на трошокот за лекови преку здравственото осигурување во правец на сигнификантно повеќе покриени трошоци за лекови кај пациентите кои живеат во град за Pearson Chi-square test=9,691; $df=2$; $p=0,0079$ (Табела 20 и График 30).

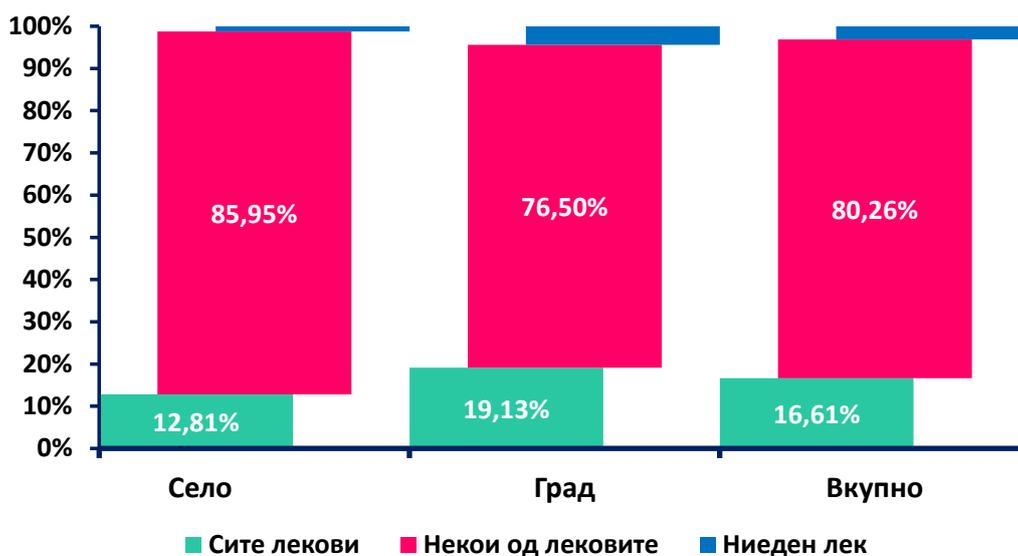


График 30. Дистрибуција на лекови покриени со осигурување според место на живеење



Потреба од дополнително здравствено осигурување – мнозинството од пациентите во целиот примерок - 211 (34,70%) сметаат дека дополнителното здравствено осигурување би помогнало во покривање на трошоците за здравствена заштита. Сепак 95 (15,63%) не сметаат дека приватното здравствено осигурување би ги решило финансиските потешкотии во лекувањето, а голема пропорција од 302 (49,67%) не се сигурни дали дополнително здравствено осигурување би помогнало за покривање на трошоците (Табела 21 и График 31).

Табела 21. Потреба од дополнително здравствено осигурување според место на живеење

Параметри		Село	Град	Вкупно	р
Дали дополнително здравствено осигурување би помогнало за покривање трошоци					
Не	N	29	66	95	село → град $X^2=4,314$; $df=2$ $p=0,1157$
	%	11,93%	18,08%	15,63%	
Не знам	N	124	178	302	
	%	51,03%	48,77%	49,67%	
Да	N	90	121	211	
	%	37,04%	33,15%	34,70%	
X ² -Pearson Chi-square test			*сигнификантно за $p<0,05$		

Немаше сигнификантна асоцијација на местото каде живеат пациентите (село/град) со ставот за дополнителното здравствено осигурување како решение за покривање на финансиските трошоци при здравствената заштита $Pearson\ Chi-square\ test=4,314$; $df=2$; $p=0,1157$ (Табела 22 и График 31).

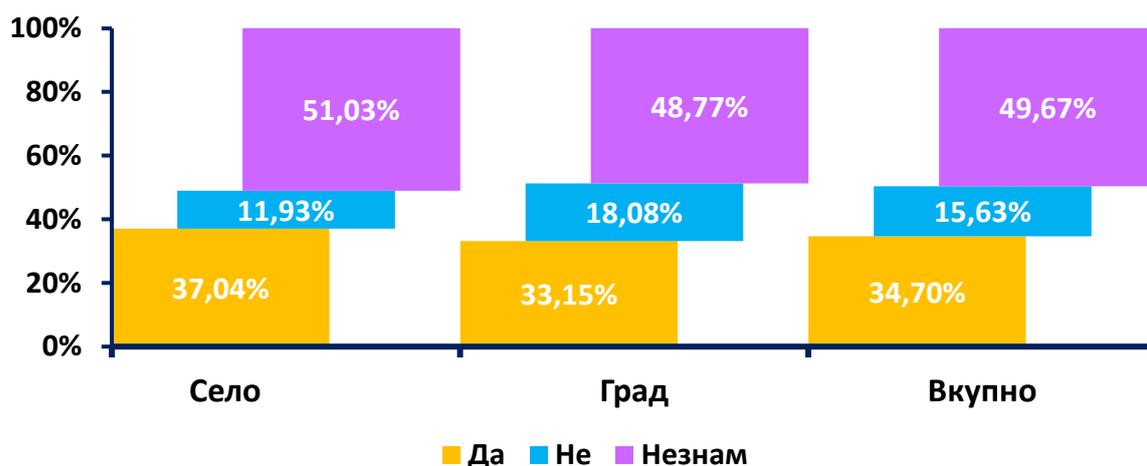


График 31. Став за дополнително здравствено осигурување според место на живеење



Поврзаност на селектирани демографски параметри со дополнително здравствено осигурување – дополнително направена беше анализа со непараметарска корелација - Spearman Rank order coreallations (R) за утврдување на правецот и јачината на поврзаноста на ставот за дополнително здравствено осигурување во смисол на поголемо покривање на трошоците за лекување и селектирани демографски параметри како возраст, пол и место на живеење (Табела 22 и График 32).

Табела 22. Корелација помеѓу дополнително здравствено осигурување и селектирани параметри

Параметри	Spearman Rank order coreallations (R)
	Дополнително здравствено осигурување
Возраст (години)	$R_{(594)}=(-0,001; p=0,9738$
Пол	$R_{(607)}=(-0,051; p=0,2026$
Место на живеење	$R_{(608)}=(-0,068; p=0,0946$

Пол (мажи/жени); Место (село/ град);
Дополнително осигурување (не/ не знам /да)
*сигнификантно за $p<0,05$

- **Приватно здравствено осигурување и возраст** – анализата укажа дека помеѓу возраста на пациентите (години) и ставот за потребата од дополнително здравствено осигурување постои несигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(594)}=(-0,001; p=0,9738$ – ставот за потреба од приватно здравствено осигурување несигнификантно растеше кај помладите пациенти;
- **Приватно здравствено осигурување и пол** – анализата укажа дека помеѓу полот на пациентите и ставот за потребата од дополнително здравствено осигурување постои несигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(607)}=(-0,051; p=0,2026$ – ставот за потреба од приватно здравствено осигурување несигнификантно растеше кај пациентите од машки пол;
- **Приватно здравствено осигурување и место на живеење** – анализата укажа дека помеѓу местото на живеење на пациентите и ставот за потребата од дополнително здравствено осигурување постои несигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(608)}=(-0,068; p=0,0946$ – ставот за потреба од приватно здравствено осигурување несигнификантно растеше кај пациентите од село;



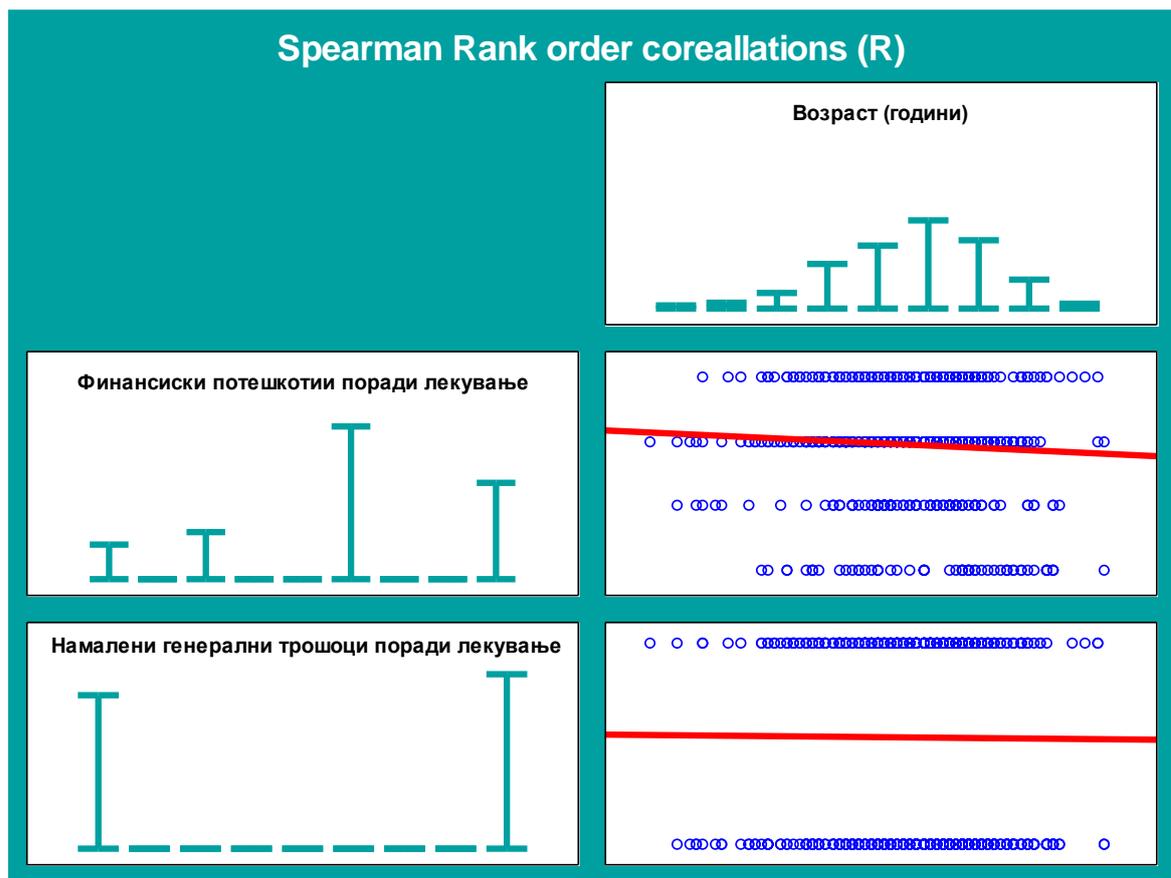


График 32. Корелација помеѓу дополнително здравствено осигурување и селектирани параметри



7.3.2. Пристап до здравствена заштита

Овој дел од истражувањето се однесуваше на пристапот до здравствената заштита и со него беа опфатени повеќе аспекти како информираност за здравствените служби, близината на одредени ЈЗУ, листи на чекање, превоз итн. време на патување (Табела 23 и График 33-34) .

7.3.2.1. Информираниост за здравствените служби и услуги

Во однос на прашањето за информираноста на здравствените служби и услуги за потребите на заболувањето пациентите имаа можност за избор од 5 степенa ликертова скала (Likert scale) со категории од 1=воопшто не → 2=не → 3=средина → 4=делумно → 5=целосно. Повисокиот скор укажува на подобра состојба односно подобра информираност.

Табела 23. Информираниост за здравствени служби и услуги според статистички региони

Параметри	Информираниост за здравствени служби и услуги			
	Mean± SD	Мин/Мак (Min/Max)	Median IQR	p
Информираниост за здравствени служби и услуги				
Вардарски	3,67±0,97	1/ 5	4 (3-4)	H (N=608)=49,654; df=7; p=0,00001*
Источен	4,47±0,88	2/ 5	5 (4-5)	
Југозападен	3,67±0,91	1/ 5	4 (3-4)	
Југоисточен	4,36±0,92	1/ 5	5 (4-5)	
Пелагониски	3,78±1,25	1/ 5	4 (3-5)	
Полошки	3,77±1,08	1/ 5	4 (3-5)	
Североисточен	3,97±0,92	2/ 5	4 (3-5)	
Скопски	3,64±1,06	1/ 5	4 (3-5)	
Вкупно	3,88±1,06	1/ 5	4 (3-4)	
Според место на живеење				
Село	3,90±1,09	1/ 5	4 (3-5)	Z=0,583; p=0,5595
Град	3,86±1,05	1/ 5	4 (3-5)	
IQR = 25 th – 75 th percentiles; Likert Scale: 1=воопшто не → 5=целосно да Kruskal - Wallis H test; Mann -Whitney U test *сигнификантна p<0,05				



Просечната информираност на пациентите за здравствените служби поврзани со нивното заболување во целиот примерок изнесуваше $3,88 \pm 1,06$ со мин/мак од 1/5 каде повисоката оценка укажува на поголема информираност. Анализата укажа дека 50% од пациентите дале оценка ≥ 4 што укажува на нивна делумна односно целосна информираност. Сепак кај 25% од пациентите информираноста беше ≤ 3 односно укажа дека оваа пропорција на пациенти смета дека е средно односно не е или воопшто не е информирана за здравствените служби и услуги за Median (IQR)=4 (3-4) (Табела 23 и График 33).

Информираноста за здравствените служби и услуги беше најголема односно скорот беше највисок во Источниот регион - $4,47 \pm 0,88$ следено со Југоисточниот регион - $4,36 \pm 0,92$ и Североисточниот регион - $3,97 \pm 0,92$. Впечатливо е дека во Источниот и во Југоисточниот регион кај 50% пациенти информираноста беше целосна со скор 5 за Median (IQR)=5 (4-5). Во Североисточниот регион 50% од пациентите имаа скор ≥ 4 што укажуваше на делумна/ целосна информираност за Median (IQR)=4 (3-5) (Табела 23 и График 33).

Најмала информираност на пациентите за здравствените служби и услуги (најнизок скор) имаше во Скопскиот регион - $3,64 \pm 1,06$, Вардарскиот регион - $3,67 \pm 0,97$ и Југозападниот регион - $3,67 \pm 0,91$. Кај 50% на пациенти од овие региони ставот беше ≥ 4 односно укажуваше на изјава за делумна информираност за здравствените служби и услуги (Табела 23 и График 33)

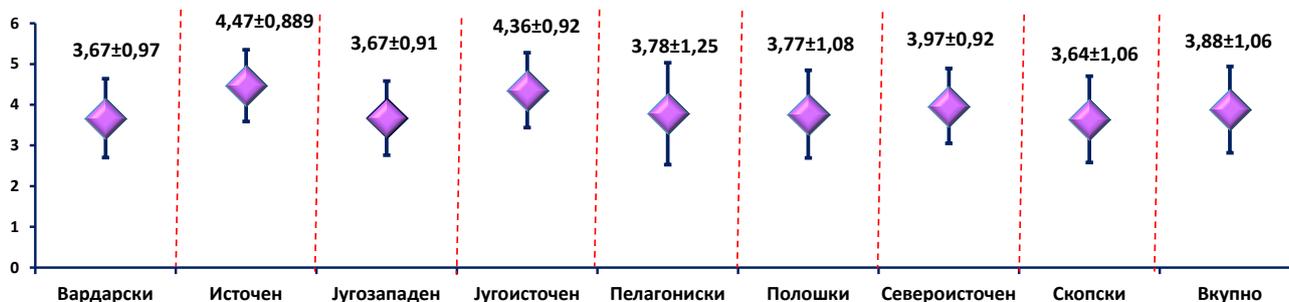


График 33. Информационност за здравствени служби и услуги според статистички региони



Дополнително беше утврдена сигнификатна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на информираност за здравствените служби и услуги за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=608)}=49,654$; $df=7$; $p=0,00001$. Оваа сигнификантност се должеше на сигнификантно поголемата информираност за здравствените служби и услуги во Источниот регион споредено со Југозападниот, Пелагонискиот, Полошкиот и Скопскиот регион. Во однос на останатите 2 региони (Југоисточниот и Североисточниот регион) информираноста на пациентите во Источниот регион беше поголема, но истата не беше сигнификантно различна споредено со секој од тие региони (Табела 23 и График 33).

Во однос на местото на живеење (село/ град) анализата не укажа на сигнификантна разлика за информираноста на пациентите за здравствените служби и услуги во близина на домот за Mann-Whitney U Test: $Z=0,583$; $p=0,5595$. Утврдена беше несигнификантно поголема информираност на пациентите од село споредено со оние со живеалиште во град (Табела 23 и График 34).

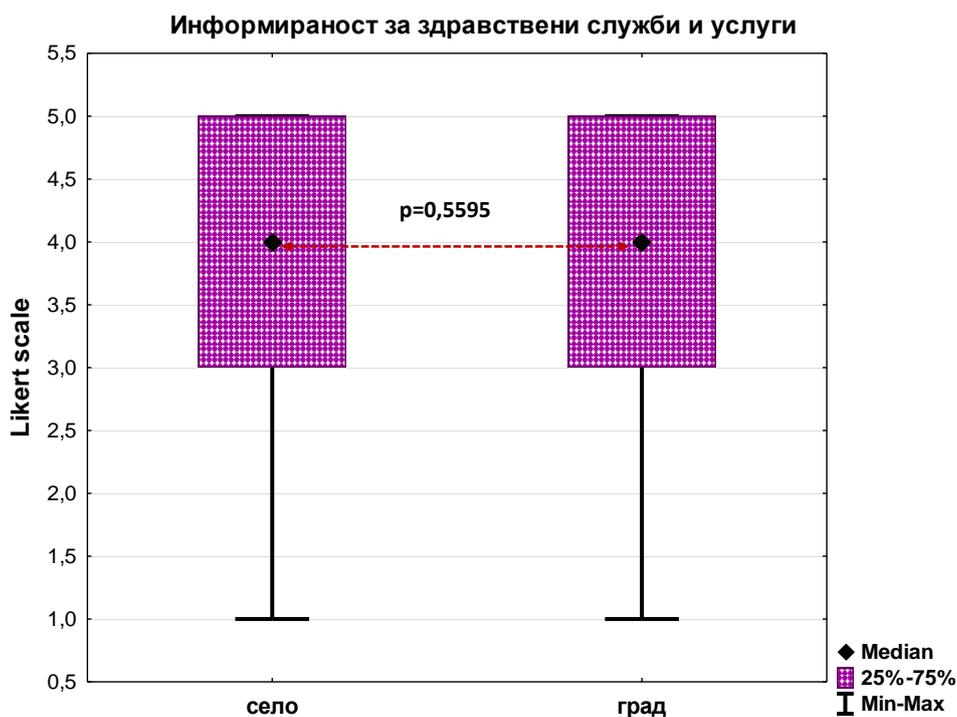


График 34. Информираност за здравствени служби и услуги според место на живеење (село / град)



7.3.2.2. Близина на селектирани ЈЗУ до домот

Во однос на прашањето за близината на селектирани ЈЗУ до домот, пациентите имаат можност да се изјаснат со Да/ Не. Опфатени беа аптека, матичен лекар, лекар специјалист и болница (Табела 24).

Табела 24. Близина на јавно здравствени установи до домот според место на живеење и вкупно

Параметри		Не	Да	р	
Дали следните ЈЗУ услуги се доволно блиску до вашиот дом?					
Аптека	село	N	95	144	X ² =115,484; df=1; p=0,00001*
		%	39,75%	60,25%	
	град	N	18	348	
		%	4,92%	95,08%	
	вкупно	N	113	492	
		%	18,68%	81,32%	
Матичен лекар	село	N	84	155	X ² =59,369; df=1; p=0,00001*
		%	35,15%	64,85%	
	град	N	34	329	
		%	9,34%	90,38%	
	вкупно	N	118	484	
		%	19,57%	80,27%	
Лекар специјалист	село	N	194	44	X ² =164,860; df=1; p=0,00001*
		%	81,51%	18,49%	
	град	N	99	259	
		%	27,58%	72,14%	
	вкупно	N	293	303	
		%	49,08%	50,75%	
Болница	село	N	195	43	X ² =164,249; df=1; p=0,00001*
		%	81,93%	18,07%	
	град	N	103	259	
		%	28,37%	71,35%	
	вкупно	N	298	302	
		%	49,58%	50,25%	
X ² -Pearson Chi-square test			*сигнификантно за p<0,05		

Најголемото мнозинство на пациенти од истражувањето изјави дека блиску до домот имаат аптека – 492 (81,32%) следено со матичен лекар – 484 (80,27%). Дека во близина на домот имаат достапен лекат специјалист односно болница изјави слична пропорција на пациенти и тоа консеквентно 303 (50,75%) vs. 302 (50,25%) (Табела 24 и График 35-36)



Аптека - Лицата со хронични болести кои живеат во селските средини се соочуваат со недоволна достапност до аптеките за 12,755 пати сигнификантно повеќе споредено со оние од градска средина за $OR=12,75$ [95% CI (7,43-21,89)]. Аптеки во близина на домот изјавија дека имаат 144 (60,25%) од пациентите во село и 348 (95,08%) од оние во град (Табела 24 и График 35)

Матичен лекар - Матичните лекари се за 5,24 пати сигнификантно повеќе достапни за лицата со ХНЗ кои живеат на град споредено со оние од село за $OR=5,24$ [95% CI (3,34-8,16)]. Вкупно 155 (64,85%) од лицата во село и 329 (90,38%) од оние во град имале матичен лекар во бизина на домот каде живеат (Табела 24 и График 35).

Лекар специјалист - Лекарите специјалисти се за 11,54 пати сигнификантно повеќе достапни за лицата со хронични болести кои живеат на град споредено со оние од село за $OR=11,54$ [95% CI (7,72-17,22)]. Само 44 (18,49%) од пациентите од село имале достапен лекар специјалист во близината на домот (Табела 24 и График 35).

Болница - Болниците се за 11,40 пати сигнификантно повеќе достапни за лицата со хронични болести кои живеат на град споредено со оние од село за $OR=11,40$ [95% CI (7,63-17,03)]. Само 43 (18,07%) од пациентите од село во однос на 259 (71,35%) од град изјавиле дека имаат болница во близината на домот (Табела 24 и График 35).

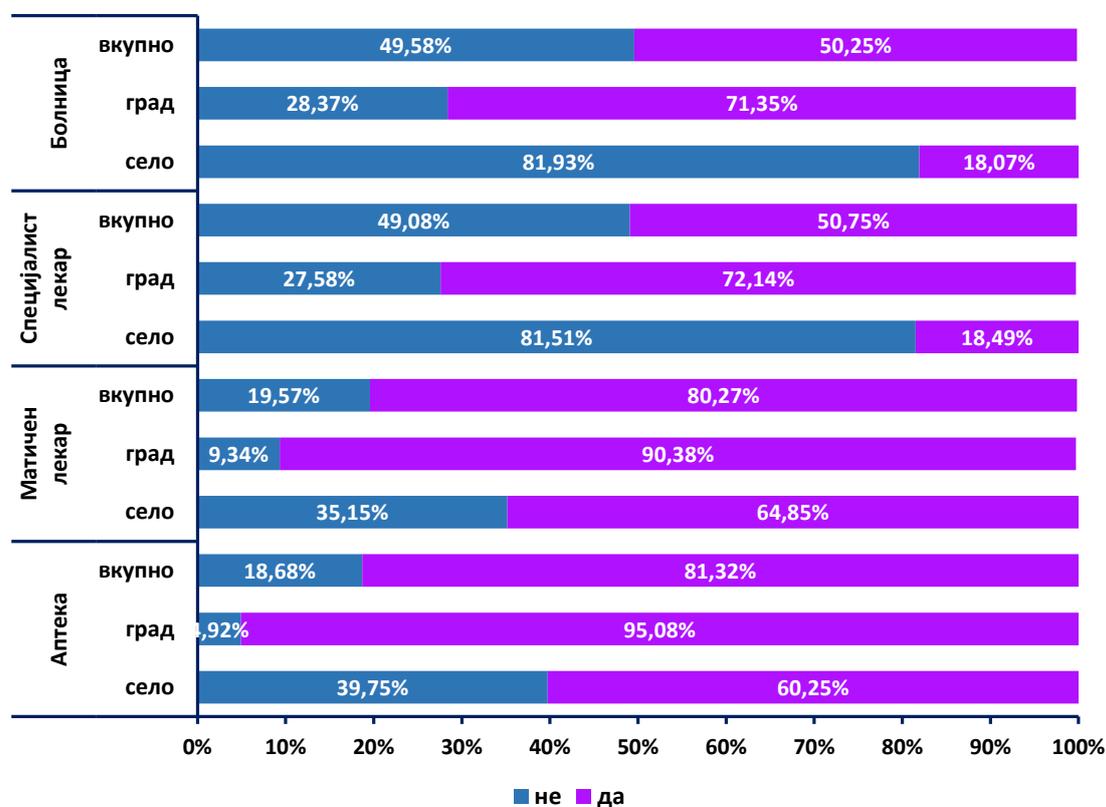


График 35. Близина на јавно здравствени установи до домот според место на живеење и вкупно



7.3.2.3. Проблеми при потреба од здравствени услуги

На прашањето за проблеми при потреба од здравствена услуга, пациентите имаа можност да се изјаснат со Да/ Не во однос на дадени категории како: одење во ПЗУ, одење во друг град, одење во друга земја и немање на никаква потреба (Табела 25).

Табела 25. Проблеми при потреба од здравствена услуга според место на живеење

Параметри		Не	Да	p	
Соочување со проблем при потреба од здравствена услуга!					
Одење во ПЗУ	село	N	182	59	X ² =6,556; df=1; p=0,0104*
		%	75,52%	24,48%	
	град	N	242	126	
		%	65,76%	34,24%	
	вкупно	N	424	185	
		%	69,62%	30,38%	
Одење во друг град	село	N	135	106	X ² =2,7227; df=1; p=0,0989
		%	56,02%	43,98%	
	град	N	181	187	
		%	49,18%	50,82%	
	вкупно	N	316	293	
		%	51,89%	48,11%	
Одење во друга земја	село	N	241	0	-
		%	100%	0,00%	
	град	N	361	7	
		%	98,10%	1,90%	
	вкупно	N	602	7	
		%	98,85%	1,15%	
Нема никаков проблем/ потреба	село	N	149	92	X ² =3,369; df=1; p=0,0664
		%	61,83%	38,17%	
	град	N	254	114	
		%	69,02%	30,98%	
	вкупно	N	403	206	
		%	66,17%	33,83%	
X ² =Pearson Chi-square test			*сигнификантно за p<0,05		

Од целиот примерок на пациенти со хронични заболувања, најголемиот дел односно 293 (48,11%) изјавиле дека соочени со потреба за здравствена заштита биле принудени да одат во друг град, 185 (30,38%) побарале помош во ПЗУ, а 7 (1,15%) потребата од здравствена заштита ја побарале во друга земја. Ниеден од пациентите од село не изјавил дека поради потреба од здравствена услуга отпатувал во друга земја (Табела 25 и График 36).



При потреба за здравствена услуга, пациентите со хронични заболувања од град за 1,61 пати сигнификантно повеќе ги користеле услугите во ПЗУ во однос на оние со живеалиште на село за $OR=1,61$ [95% CI (1,11-2,31)]. Вкупно 126 (34,24%) од лицата во град и 59 (24,48%) од оние во село при потреба од здравствена услуга се обрatile во ПЗУ (Табела 25 и График 36).

Дополнителната анализа не укажа на сигнификантна асоцијација на барање на здравствена услуга во друг град и местото на живеење на пациентот (село/град) за Pearson Chi-square test=2,723; df=1; p=0,0989 (Табела 25 и График 36).

Вкупно 206 (33,83%) од испитаниците во истражувањето и тоа 92 (38,17%) од село и 114 (30,98%) од град изјавиле дека при остварувањето на здравствена заштита немале проблем во смисол на потреба од промена на здравствената институција каде би ја добиле здравствената услуга (Табела 25 и График 36).

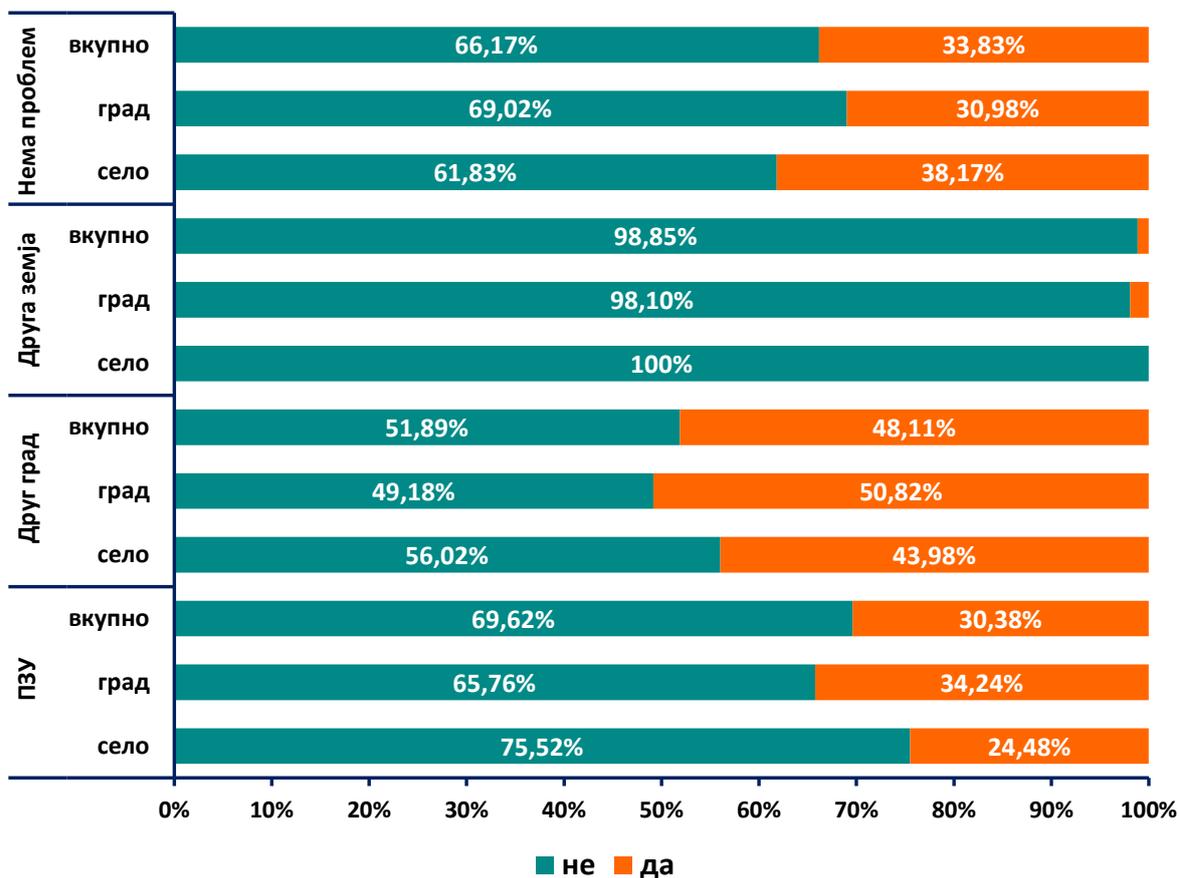


График 36. Проблеми при потреба од здравствена услуга според место на живеење



7.3.2.4. Патување за преглед кај лекар специјалист

Времетраење на патување за преглед кај лекар специјалист – Пациентите во истражувањето имаа можност да укажат на должината на патувањето (минути) со автомобил/ автобус до местото за преглед од лекар специјалист во врска со нивното хронично заболување (Табела 26 и График 37).

Табела 26. Должина на патување за преглед кај лекар специјалист според место на живеење

Услуга	Времетраење на патување за преглед кај специјалист						
	Место		≤15 мин	>15 - ≤30	>30 - ≤60	>60 - ≤120	>120 мин
Автомобил (N=578)	село	N	16	77	91	29	16
		%	6,99%	33,62%	39,74%	12,66%	6,99%
	град	N	134	85	37	69	24
		%	38,40%	24,36%	10,60%	19,77%	6,88%
	Вкупно	N	150	162	128	98	40
		%	25,95%	28,03%	22,15%	16,96%	6,92%
p			X ² =113,927; df=4; p=0,00001*				
Автобус (N=430)	село	N	7	39	57	68	17
		%	3,72%	20,74%	30,32%	36,17%	9,04%
	град	N	46	53	36	55	52
		%	19,01%	21,90%	14,88%	22,73%	21,49%
	Вкупно	N	53	92	93	123	69
		%	12,33%	21,40%	21,63%	28,60%	16,05%
p			X ² =48,684; df=4; p=0,00001*				
Pearson Chi-square test;			*сигнификантно за p<0,05				

Патување со автомобил за специјалистички преглед - Околу четвртина односно 150 (25,95%) од пациентите кои се движеле со автомобил, до местото за преглед од специјалист, стигнувале за ≤15 минути. Сепак на мнозинството на пациенти и тоа 62 (28,03%) за преглед од лекар специјалист им било потребно патување со автомобил со времетраење >15 - ≤30 минути. Патување со автомобил >60 - ≤120 минути односно >120 минути за ваков вид на преглед пријавиле консеквентно 98 (16,96%) vs. 40 (6,92%) (Табела 26 и График 37).



Дистрибуцијата според место на живеење (село/ град) укажа дека на мнозинството на пациенти од село за преглед од лекар специјалист им било потребно да патуваат >15 - ≤30 минути односно >30 - ≤60 минути и тоа консеквентно 77 (33,62%) vs. 91 (39,74%). Пропорција од 29 (12,66%) односно 16 (6,99%) пациенти од село пријавиле патување до лекар специјалист консеквентно >60 - ≤120 vs. >120 минути (Табела 26 и График 37).

Најголемиот дел од пациентите од град кои кај лекар специјалист патувале со автомобил и тоа 134 (38,40%) изјавиле дека за тоа им е потребно ≤15 минути следено со 85 (24,36%) на кои им било потребно >15 - ≤30 минути. Сепак 69 (19,77%) односно 24 (6,88%) пациенти изјавиле дека за патување со автомобил до лекар специјалист им е потребно консеквентно >60 - ≤120 vs. >120 минути (Табела 26 и График 37).

Утврдена беше сигнификантна асоцијација на должината на патување со автомобил до лекар специјалист и местото на живеење на пациентот (село/град) за Pearson Chi-square test= $X^2=113,927$; $df=4$; $p=0,00001$ во прилог на сигнификатно пократко патување на пациентите кои живеат во град (Табела 26 и График 37).

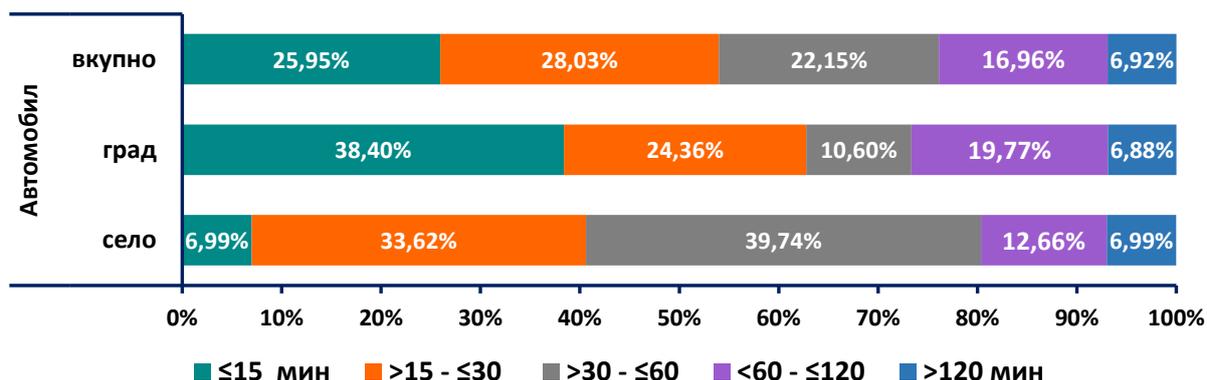


График 37. Должина на патување со автомобил за преглед кај лекар специјалист според место на живеење

Патување со автобус за специјалистички преглед – За најголемиот дел од пациентите и тоа 123 (28,60%) кои користат автобус, за преглед од лекар специјалист, потребно им е да патуваат >60 - ≤120 минути. Слична пропорција на пациенти кои се движеле со автобус и тоа 92 (21,40%) односно 93 (21,63%) изјавиле дека до местото за преглед од специјалист им е потребно консеквентно >15 - ≤30 односно >30 - ≤60 минути. Сепак на 69 (16,05%) за специјалистички преглед им е потребно да патуваат со автобус >120 минути (Табела 26 и График 38).



Според место на живеење (село/ град) на мнозинството пациенти од село за преглед од лекар специјалист им било потребно да патуваат со автобус >30 - ≤60 минути односно >60 - ≤120 минути и тоа консеквентно 57 (30,32%) vs. 68 (36,17%). Пропорција од 17 (9,04%) пациенти од село пријавиле патувањето со автобус до лекар специјалист им трае >120 минути (Табела 26 и График 38).

Дополнително, најголем дел од пациентите од град кои кај лекар специјалист патувале со автобус и тоа 55 (22,73%) на кои им било потребно >60 - ≤120 минути. Слична пропорција на пациенти од град и тоа 52 (21,49%) изјавиле дека за патување со автобус до лекар специјалист им е потребно >120 минути (Табела 26 и График 38).

Патување со автобус ≤15 минути за преглед кај лекар специјалист имало кај 7 (3,72%) пациенти од село и 46 (19,01%) пациенти од град. Утврдена беше сигнификантна асоцијација на должината на патување со автобус до лекар специјалист и местото на живеење на пациентот (село/град) за Pearson Chi-square test= $X^2=48,684$; $df=4$; $p=0,00001$ (Табела 26 и График 38).

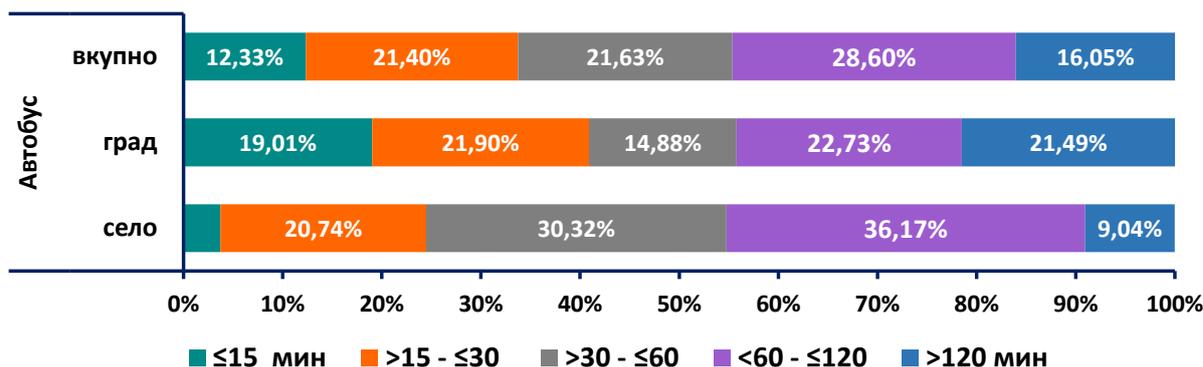


График 38. Должина на патување со автобус за преглед кај лекар специјалист според место на живеење



Растојанието како проблем за достапност до преглед кај лекар специјалист – За вкупно 262 (43,45%) од пациентите во истражувањето растојанието претставува проблем за преглед кај лекар специјалист. Според местото на живеење растојанието е проблем во достапноста до лекар специјалист кај 127 (53,81%) пациенти од селската средина и 135 (36,78%) од оние од градска средина (Табела 27 и График 39).

Табела 27. Растојание како проблем за достапност до специјалистички преглед

Параметри	Место на живеење			p	
	Село	Град	Вкупно		
Растојание како проблем за достапност до специјалистички преглед					
Не	N	109	232	341	X ² =16,951; df=1; p=0,00004*
	%	46,19%	63,22%	56,55%	
Да	N	127	135	262	
	%	53,81%	36,78%	43,45%	
Pearson Chi-square test; *сигнификантно за p<0,05					

Пациентите со хронични заболувања од село имаат за 2,00 пати сигнификантно повеќе проблем со растојанието до лекар специјалист во однос на оние со живеалиште во град за OR=2,00 [95% CI (1,44-2,79)] (Табела 27 и График 39).

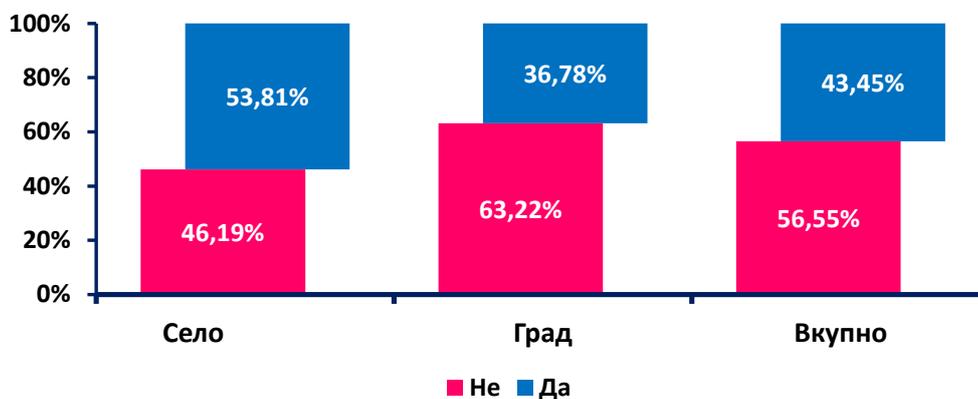


График 39. Растојание како проблем за достапност до специјалистички преглед



7.3.2.5. Брзина на добивање на термин кај специјалист

Во однос на прашањето за брзината на добивање на термин кај лекар специјалист пациентите имаа можност за избор од 5 степенa ликертова скала (Likert scale) со категориите од 1=многу брзо → 2=брзо → 3=средно → 4=бавно → 5=многу бавно. Понискиот скор укажува на подобра состојба во однос на добивањето на терминот.

Табела 28. Брзина на добивање на термин за преглед кај специјалист според статистички региони

Параметри	Брзина на добивање термин за преглед кај лекар специјалист			
	Mean± SD	Мин/Мак (Min/Max)	Median IQR	p
Брзина на добивање термин за преглед кај лекар специјалист				
Вардарски	3,32±1,11	1/ 5	3 (3-4)	H _(N=611) =43,597; df=7; p=0,00001*
Источен	3,08±1,52	1/ 5	3 (2-4,5)	
Југозападен	3,44±1,15	1/ 5	3 (3-4)	
Југоисточен	3,27±0,98	1/ 5	3 (3-4)	
Пелагониски	3,73±1,25	1/ 5	4 (3-5)	
Полошки	3,21±1,12	1/ 5	3 (3-4)	
Североисточен	3,65±0,92	1/ 5	4 (3-4)	
Скопски	4,23±1,26	2/ 5	5 (3-5)	
Вкупно	3,53±1,23	1/ 5	3 (3-5)	
Според место на живеење				
Село	3,59±1,23	1/ 5	4 (3-5)	Z=1,004; p=0,3154
Град	3,48±1,20	1/ 5	3 (3-5)	
IQR = 25 th – 75 th percentiles; Likert Scale: 1=многу брзо → 5=многу бавно Kruskal - Wallis H test; Mann -Whitney U test *сигнификантна p<0,05				

Просечната брзина на добивање на термина кај лекар специјалист во целиот примерок изнесуваше 3,53±1,23 (средно до бавно) со мин/мак од 1/5 каде понискиот скор означува поголема брзина. Анализата укажа дека 50% од пациентите дале скор ≥3 што укажува на средна до бавна брзина на закажување. Сепак кај 25% од пациентите скорот за брзината на закажување кај специјалист беше 5 што укажува “многу бавна“ за Median (IQR)= 3 (3-5) (Табела 28 и График 40).



Добивање на термина кај лекар специјалист беше најбрзо односно скорот беше најнизок во Источниот регион - $3,08 \pm 1,52$ следено со Полошкиот регион - $3,21 \pm 1,12$. Најбавно беше закажувањето кај лекар специјалист во Скопскиот регион - $4,23 \pm 1,26$. Впечатливо е дека кај 50% пациенти од Скопскиот регион брзината на закажување имаше скор 5 односно “многу бавно“ за Median (IQR)=5 (3-5). Во останатите региони 50% од пациентите брзината на добивање на термина кај лекар специјалист ја оценија како “средна“ односно “бавна“ (Табела 28 и График 40).

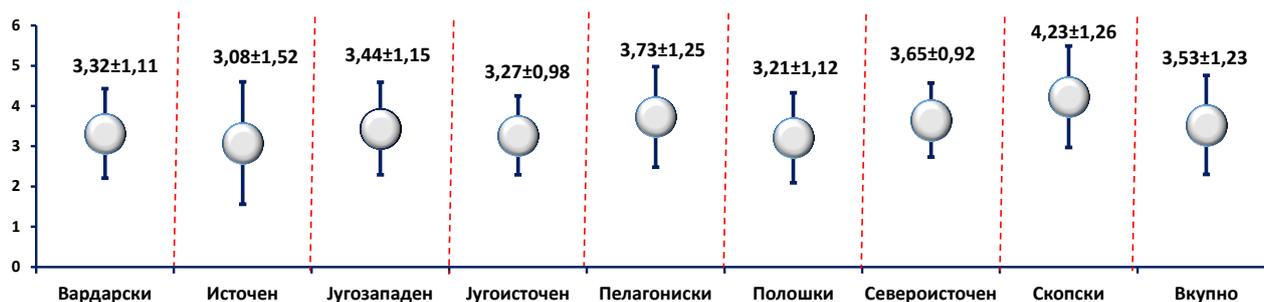


График 40. Брзина на закажување на термин за преглед кај специјалист според статистички региони

Дополнително беше утврдена сигнификатна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на брзината на добивање на термин за преглед кај лекар специјалист за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=611)}=43,597$; $df=7$; $p=0,00001$.

Оваа сигнификантност се должеше на сигнификантно многу побавното добивање на термин за преглед кај лекар специјалист во Скопскиот регион споредено со 5 региони и тоа Вардарскиот ($p=0,0011$), Источен ($p=0,00003$), Југозападен ($p=0,0004$), Југоисточен ($p=0,0002$) и Полошки ($p=0,00003$). Исклучок беа Североисточниот регион ($p=0,1160$) и Пелагонискиот регион ($p=0,0713$) каде разликата во брзината на закажување на преглед кај специјалист беше несигнификантна побрза споредено со Скопскиот регион (Табела 28 и График 40).

Во целиот примерок на пациенти во однос на местото на живеење (село/ град) анализата не укажа на сигнификантна разлика во брзината на добивање на термина за преглед кај лекар специјалист за Mann-Whitney U Test: $Z=1,004$; $p=0,3154$. Утврдено беше несигнификантно побрзо закажување на преглед кај лекар специјалист на пациентите со хронично заболување од град споредено со оние со живеалиште во село (Табела 28 и График 41).



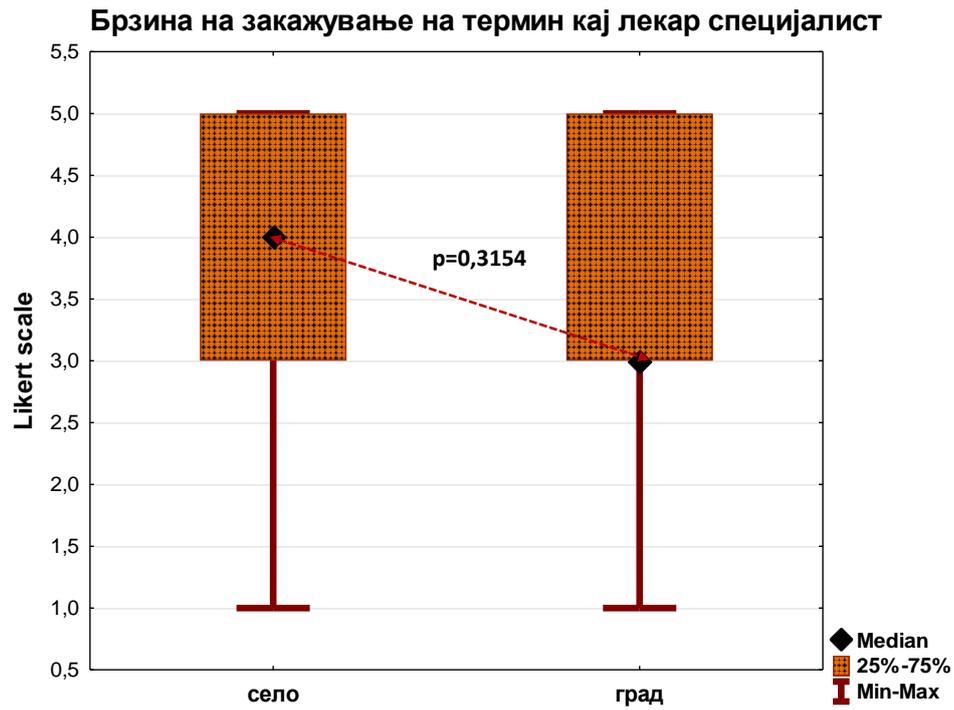


График 41. Брзина на закажување на термин за преглед кај специјалист според место на живеење (село / град)



7.3.3. Дискриминација при здравствена заштита

Овој дел од истражувањето се однесуваше на евентуалните искуства од дискриминација при остварувањето на здравствената заштита на пациентите со хронични заболувања вклучени во истражувањето (Табела 29а-б и График 42).

7.3.3.1. Искуства со дискриминација при здравствена заштита

Во однос на прашањето за искуства со дискриминација при здравствената заштита беа обработени 14 аспекти и тоа: младост, старост, физичка попреченост, интелектуална попреченост, ментално здравје, ХНЗ, етничка припадност, пол, полова определба, социјален статус, религија, сексуална ориентација и политичка определба. Прелиминарната анализа на добиените одговори укажа дека во рамките на примерокот на истражувањето немаше ниеден случај на искуство со дискриминација во однос на пол (маж/жена), полова определба и сексуална ориентација поради што истите не беа инкорпорирани во табеларниот приказ (Табела 29а-б и График 42).

Младост – вкупно 8 (1,33%) од пациентите изјавиле дека се соочиле со дискриминација при здравствената заштита базирано на нивната младост. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата базирана на младост и местото на живеење на пациентите за Fisher exact test: $p=0,3873$ (Табела 29а и График 42).

Старост – Вкупно 56 (9,32%) од пациентите во целиот примерок изјавиле дека се соочиле со дискриминација согласно нивната старост. Со овој вид на дискриминација се соочиле 13 (5,44%) од пациентите на село и 43 (11,88%) од пациентите во град. При здравствената заштита, пациентите со ХНЗ од град се соочуваат со дискриминација поради нивната старост за 2,43 пати сигнификантно повеќе споредено со оние од село за $OR=2,434$ [95% CI (1,23-4,46)] (Табела 29а и График 42).

Физичка попреченост – вкупно 13 (2,16%) лица изјавиле дека се соочиле со дискриминација при здравствената заштита поради физичка попреченост. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата базирана на физичка попреченост и местото на живеење на пациентите (село/град) за Pearson Chi-square test= $X^2=0,009$; $df=1$; $p=0,9225$ (Табела 29а и График 42).



Табела 29а. Дискриминација при здравствена заштита според место на живеење

Параметри	Место на живеење			p	
	Село	Град	Вкупно		
Дискриминирани поради младост					
Да	N	2	6	8	p=0,3873
	%	0,83%	1,66%	1,33%	
Не	N	238	356	594	
	%	99,17%	98,34%	98,67%	
Дискриминирани поради тоа старост					
Да	N	13	43	56	
	%	5,44%	11,88%	9,32%	
Не	N	226	319	545	
	%	94,56%	88,12%	90,68%	
Дискриминирани поради физичка попреченост					
Да	N	5	8	13	X ² =0,009; df=1; p=0,9225
	%	2,09%	2,21%	2,16%	
Не	N	234	354	588	
	%	97,91%	97,79%	97,84%	
Дискриминирани поради интелектуална попреченост					
Да	N	2	1	3	
	%	0,84%	0,28%	0,50%	
Не	N	237	361	598	
	%	99,16%	99,72%	99,50%	
Дискриминирани поради ментално здравје					
Да	N	1	1	2	p=0,7671
	%	0,42%	0,28%	0,33%	
Не	N	238	361	599	
	%	99,58%	99,72%	99,67%	
Дискриминирани поради хронична болест					
Да	N	13	28	41	
	%	5,44%	7,73%	6,82%	
Не	N	226	334	560	
	%	94,56%	92,27%	93,18%	
Нема случаи на дискриминација во однос на пол (маж/жена), полова определба и сексуална оријентација Pearson Chi-square test; Fisher exact test; *сигнификантно за p<0,05					



Интелектуална попреченост – вкупно 3 (0,50%) од пациентите изјавиле дека при здравствената заштита се соочиле со дискриминација поради интелектуална попреченост. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата поради интелектуалната попреченост и местото на живеење на пациентите за Fisher exact test: $p=0,3399$ (Табела 29а и График 42).

Ментално здравје – само 2 (0,33%) од пациентите изјавиле дека биле соочени со дискриминација при здравствената заштита поради менталното здравје. Анализата на укажа на сигнификантна асоцијација на дискриминацијата поради проблеми со менталното здравје и местото на живеење на пациентите за Fisher exact test: $p=0,7671$ (Табела 29а и График 42).

Хронична болест – во целиот примерок на испитаници вкупно 41 (6,82%) изјавиле дека се соочиле со дискриминација при здравствената заштита поради ХНЗ кое го имаат. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата базирана на имањето на ХНЗ и местото на живеење на пациентите (село/град) за Pearson Chi-square test= $X^2=1,193$; $df=1$; $p=0,2747$ (Табела 29а и График 42).



График 42. Присутна дискриминација при здравствена заштита



Табела 29б. Дискриминација при здравствена заштита според место на живеење

Параметри	Место на живеење			p	
	Село	Град	Вкупно		
Дискриминирани поради етничка припадност					
Да	N	10	14	24	X ² =0,038; df=1; p=0,8461
	%	4,18%	3,87%	3,99%	
Не	N	229	348	577	
	%	95,82%	96,13%	96,01%	
Дискриминирани поради социјален статус					
Да	N	15	22	37	
	%	6,28%	6,08%	6,16%	
Не	N	224	340	564	
	%	93,72%	93,92%	93,84%	
Дискриминирани поради религија					
Да	N	0	1	1	-
	%	0,00%	0,28%	0,17%	
Не	N	239	361	600	
	%	100,00%	99,72%	99,83%	
Дискриминирани поради политичка определба					
Да	N	5	7	12	
	%	2,09%	1,93%	2,00%	
Не	N	234	355	589	
	%	97,91%	98,07%	98,00%	
Нема случаи на дискриминација во однос на пол (маж/жена), полова определба и сексуална оријентација Pearson Chi-square test; *сигнификантно за p<0,05					

Етничка припадност – вкупно 24 (3,99%) од пациентите во целиот примерок изјавиле дека се соочиле со дискриминација при здравствената заштита поради етничката припадност. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата базирана на етничка припадност и местото на живеење на пациентите (село/град) за Pearson Chi-square test= X²=0,038; df=1; p=0,8461 (Табела 29б и График 42).

Социјален статус – со дискриминација при здравствената заштита поради социјален статус се соочиле вкупно 37 (6,16%) од пациентите во примерокот. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата базирана поради социјален статус и местото на живеење на пациентите (село/град) за Pearson Chi-square test= X²=0,009; df=1; p=0,9209 (Табела 29б и График 42).



Религија – со дискриминација поради религија се соочил само 1 (0,17%) пациентите во примерокот (Табела 29б и График 42).

Политичка определба – во целиот примерок на испитаници вкупно 12 (2,00%) изјавиле дека се соочиле со дискриминација при здравствената заштита поради политичка определба. Немаше сигнификантна асоцијација на дискриминацијата базирана на политичка определба и местото на живеење на пациентите (село/град) за Pearson Chi-square test: $X^2=0,018$; $df=1$; $p=0,8919$ (Табела 29б и График 42).

7.3.3.2 Однесување на здравствен персонал

На пациентите во истражувањето им беа поставени 4 прашања во врска со нивните искуства за некаков вид на дискриминаторно однесување на медицинскиот персонал (Табела 30).

Несоодветен третман од страна на здравствениот персонал - Беше согледано дека вкупно 269 (44,10%) од испитаниците во истражувањето имале искуство на несоодветен третман од страна на здравствениот персонал. Во селската средина вакво искуство имале 107 (44,03%), а во градска 162 (44,14%). Немаше сигнификантна асоцијација на несоодветниот третман од медицински персонал и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: $X^2=0,001$; $df=1$; $p=0,9789$ (Табела 30 и График 43).

Негирање на права како пациент – Вкупно 40 (6,55%) од испитаниците имале искуство на негирање на нивните права пациент односно 10 (4,12%) од испитаниците од село и 30 (8,15%) од оние од град. При здравствената заштита, пациентите од град се соочуваат со негирање на нивните права како пациент за 2,07 пати сигнификантно повеќе споредено со оние од село за $OR=2,068$ [95% CI (0,99-4,31)] (Табела 30 и График 43).

Говорење на неразбирлив јазик – Со искуство на говорење на неразбирлив јазик на здравствениот персонал биле соочени 75 (12,27%) од пациентите. Во селската средина вакво искуство имале 23 (9,47%), а во градска 52 (14,13%). Немаше сигнификантна асоцијација на говорење на неразбирлив јазик од медицински персонал и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: $X^2=2,958$; $df=1$; $p=0,0854$ (Табела 30 и График 43).



Табела 30. Однесување на здравствениот персонал според место на живеење

Параметри	Место на живеење			p	
	Село	Град	Вкупно		
Несоодветен став/ однесување на персонал					
Да	N	107	162	269	X ² =0,001; df=1; p=0,9789
	%	44,03%	44,14%	44,10%	
Не	N	136	205	341	
	%	55,97%	55,86%	55,90%	
Негирање на вашите права како пациент					
Да	N	10	30	40	X ² =3,898; df=1; p=0,0483*
	%	4,12%	8,15%	6,55%	
Не	N	233	338	571	
	%	95,88%	91,85%	93,45%	
Говорење на неразбирлив јазик					
Да	N	23	52	75	X ² =2,958; df=1; p=0,0854
	%	9,47%	14,13%	12,27%	
Не	N	220	316	536	
	%	90,53%	85,87%	87,73%	
Одбивање на третман					
Да	N	17	26	43	X ² =0,001; df=1; p=0,9738
	%	7,00%	7,07%	7,04%	
Не	N	226	342	568	
	%	93,00%	92,93%	92,96%	
Pearson Chi-square test;			*сигнификантно за p<0,05		

Одбивање на третман – Вкупно 43 (7,04%) од испитаниците изјавиле дека имаат искуство да им биде одбиен здравствениот третман односно 17 (7%) од испитаниците од село и 26 (7,07%) од оние од град. Не беше утврдена сигнификантна асоцијација на одбивање на третман од медицински персонал и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: X²=0,001; df=1; p=0,9738 (Табела 30 и График 43).

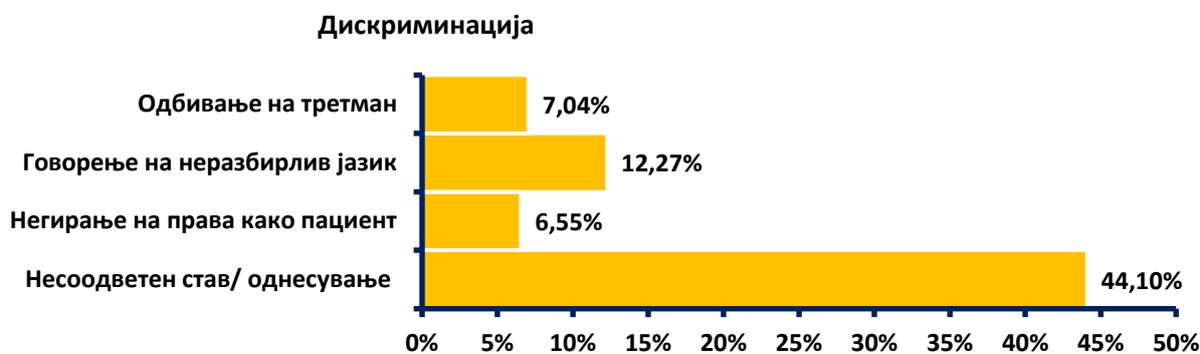


График 43. Дискриминаторно однесување на здравствениот персонал



7.3.3.3. Почитување на правата на пациентите

Пациентите во истражувањето беа прашани каков е нивниот став во однос на можноста за исполнување на нивните права како пациенти и дали сметаат дека здравствениот персонал ги почитува правата на пациентите. При тоа на пациентите им беше дадена можност на избор на еден од 4 понудени одговори и тоа: а) да; б) не; в) делумно; и д) не знаам (Табела 31).

Табела 31. Почитување на правата на пациентите според статистички региони

Параметри	Почитување на правата на пациентите			
	Да	Делумно	Не	Не знам
Можност за остварување на права како пациент				
Вардарски	36,00%	60,00%	2,00%	2,00%
Источен	63,33%	33,33%	1,67%	1,67%
Југозападен	23,58%	64,15%	8,49%	3,77%
Југоисточен	57,14%	30,36%	1,79%	10,71%
Пелагониски	25,36%	53,62%	5,80%	15,22%
Полошки	26,87%	59,70%	4,48%	8,96%
Североисточен	29,41%	60,29%	4,41%	5,88%
Скопски	46,97%	43,94%	1,52%	7,58%
Вкупно	35,52%	52,21%	4,42%	7,86%
Почитување на правата на пациентите од здравствен персонал				
Вардарски	72,00%	26,00%	2,00%	0,00%
Источен	68,33%	31,67%	0,00%	0,00%
Југозападен	32,71%	57,01%	7,48%	2,80%
Југоисточен	63,64%	20,00%	1,82%	14,55%
Пелагониски	35,97%	46,04%	7,19%	10,79%
Полошки	51,52%	42,42%	4,55%	1,52%
Североисточен	47,83%	40,58%	5,80%	5,80%
Скопски	58,46%	29,23%	6,15%	6,15%
Вкупно	49,43%	39,77%	5,07%	5,73%
*сигнификантна $p < 0,05$				

Можност за остварување на права како пациент - Во однос на можноста за остварување на правата на пациентите пропорцијата на пациентите од Источниот регион беше најголема и изнесуваше 63,33% следено со Југоисточниот регион – 57,14%. Во Југозападниот и Пелагонискиот регион пропорцијата на пациенти кои веруваа во можноста за остварување на правата на пациентите беше скоро двојно помала и изнесуваше консеквентно 23,58% vs. 25,36%. (Табела 31).



Почитување на правата на пациентите од здравствен персонал - Најзадоволни во однос на почитување на правата на пациентите од страна на здравствениот имаа пациентите од Вардарскиот регион – 72%, следено со Југоисточниот регион – 63,64% и Источниот регион – 68,33%. Најмалку задоволни од здравствениот персонал во однос на почитувањето на правата на пациентите имаше во Југозападниот регион – 32,71% и Пелагонискиот регион – 35,97%.

Поврзаност на можност за почитување на правата на пациентите со селектирани демографски параметри – дополнително направена беше анализа со непараметарска корелација - Spearman Rank order coreallations (R) за утврдување на правецот и јачината на поврзаноста на ставот за можноста за почитување на правата на пациентите и почитувањето на овие права од здравствениот персонал и селектирани демографски параметри како возраст, пол и место на живеење. Во анализата беа исклучени пациентите со изјава “не знам“ (Табела 32 и График 44).

Табела 32. Корелација помеѓу почитување на правата на пациентите и селектирани параметри

Параметри	Spearman Rank order coreallations (R)	
	Можност за остварување на права на пациенти	Почитување на права на пациенти од здравствен персонал
Возраст (години)	$R_{(548)}=(-0,117; p=0,0061^*$	$R_{(560)}=(-0,122; p=0,0038^*$
Пол	$R_{(561)}=0,047; p=0,2704$	$R_{(607)}=0,061; p=0,1529$
Место на живеење	$R_{(561)}=0,061; p=0,1513$	$R_{(608)}=(-0,042; p=0,3103$

Пол (мажи/жени); Место (село/ град); права на пациенти: да → делумно → не
*сигнификантно за $p<0,05$

- **Можност за почитување права на пациенти и возраст** – анализата укажа дека помеѓу возраста на пациентите (години) и ставот за можноста за остварување на правата на пациентите постои сигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(548)}=(-0,117; p=0,0061$ – ставот за можноста за остварување на правата на пациентите сигнификантно растеше кај постарите пациенти;



- **Можност за почитување на права на пациенти и пол** – анализата укажа дека помеѓу полот на пациентите и ставот за можноста за остварување на правата на пациентите постои несигнификантна линеарна позитивна корелација $R_{(561)}=0,047$; $p=0,2704$ – ставот за можноста за остварување на правата на пациентите несигнификантно растеше кај пациентите од машки пол;
- **Можност за почитување на права на пациенти и место на живеење** – анализата укажа дека помеѓу местото на живеење на пациентите и ставот за можноста за остварување на правата на пациентите постои несигнификантна линеарна позитивна корелација $R_{(561)}=0,061$; $p=0,1513$ – ставот за можноста за остварување на правата на пациентите несигнификантно растеше кај пациентите од село;

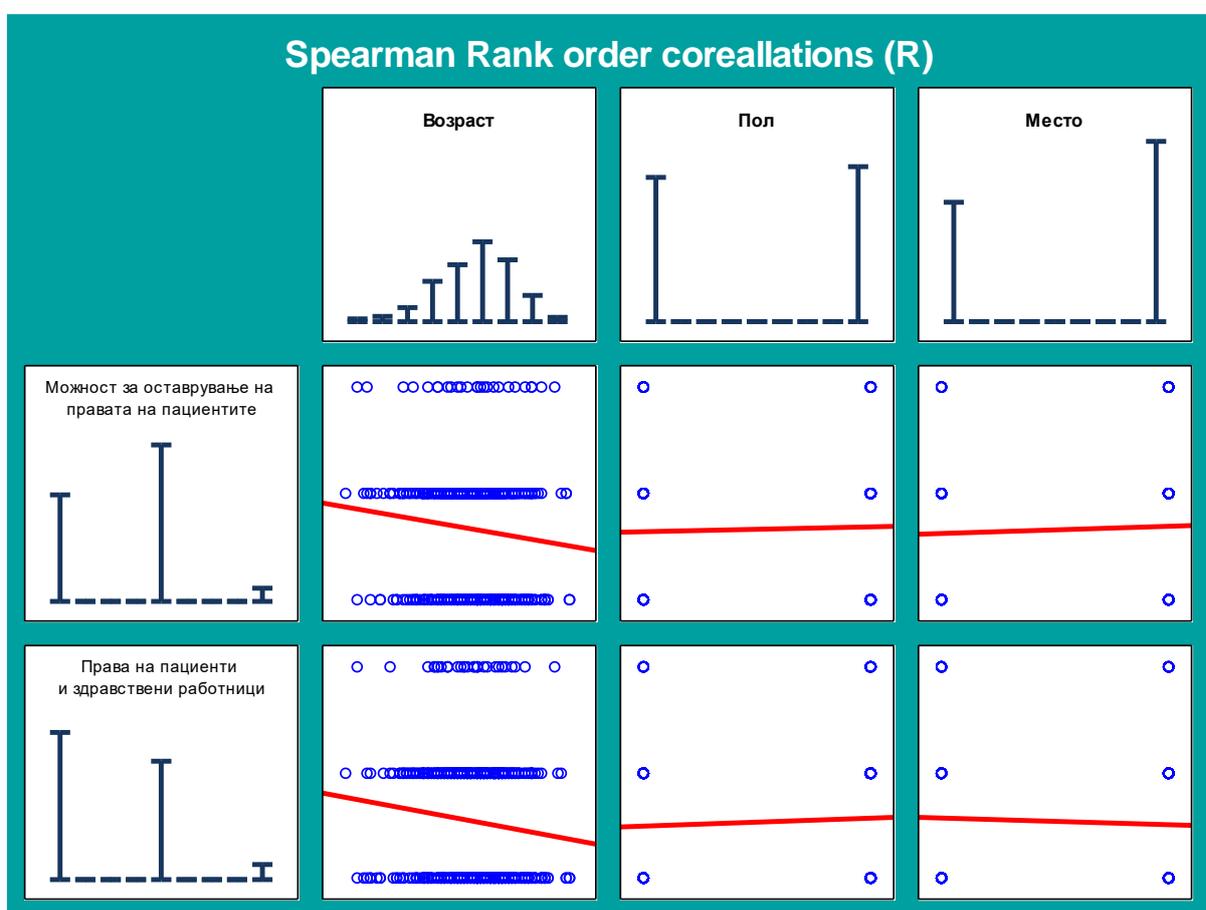


График 44. Корелација помеѓу почитување на правата на пациентите и селектирани параметри



Поврзаност на почитување на правата на пациентите од здравствениот персонал со селектирани демографски параметри – дополнително направена беше анализа со непараметарска корелација - Spearman Rank order correlations (R) за утврдување на правецот и јачината на поврзаноста на ставот за можноста за почитување на правата на пациентите и почитувањето на овие права од здравствениот персонал и селектирани демографски параметри како возраст, пол и место на живеење. Во анализата беа исклучени пациентите со изјава “не знам“ (Табела 32 и График 44).

- **Почитување на права на пациенти од здравствен персонал и возраст** – анализата укажа дека помеѓу возраста на пациентите (години) и ставот за почитување на правата на пациентите од здравствен персонал постои сигнификантна линеарна негативна корелација $R_{(560)} = (-0,122; p=0,0038$ – ставот за остварување на правата на пациентите од здравствен персонал сигнификантно растеше кај постарите пациенти;
- **Почитување на права на пациенти од здравствен персонал и пол** – анализата укажа дека помеѓу полот на пациентите и ставот за почитување на правата на пациентите од здравствен персонал постои несигнификантна линеарна позитивна корелација $R_{(607)} = 0,061; p=0,1529$ – ставот за остварување на правата на пациентите од здравствен персонал несигнификантно растеше кај пациентите од машки пол;
- **Почитување на права на пациенти од здравствен персонал и место на живеење** – анализата укажа дека помеѓу местото на живеење на пациентите и ставот за почитување на правата на пациентите од здравствен персонал постои несигнификантна линеарна позитивна корелација $R_{(608)} = (-0,042; p=0,3103$ – ставот за остварување на правата на пациентите од здравствен персонал несигнификантно растеше кај пациентите од село;



7.3.4. Задоволство и доверба при здравствена заштита

Овој дел од анализата се однесува на ставовите на пациентите со ХНЗ во однос на нивното задоволство и довербата во здравствената заштита во земјата. На пациентите им беа поставени прашања во однос на секој од аспектите од интерес (Табела 33-34).

7.3.4.1. Информираност, тајност и согласност при здравствена заштита

Информираност за личниот здравствен статус – вкупно 482 (78,89%) од пациентите со ХНЗ се изјасниле дека се секогаш информирани за нивниот здравствен статус. Информација за личниот здравствен изјавиле дека добиле понекогаш односно никогаш консеквентно 125 (20,46%) vs. 4 (0,65%) од пациентите. Немаше сигнификантна асоцијација на информираноста на пациентите за нивниот здравствен статус и местото на живеење (село/град) за Fisher exact test: $p=0,6128$ (Табела 33 и График 45).

Табела 33. Информираност, тајност, согласност при здравствена заштита според место на живеење

Услуга	Информираност, тајност и согласност при здравствена заштита					
	Место	Секогаш	Понекогаш	Никогаш	p	
Информираност за личниот здравствен статус	Село	N	187	54	2	p=0,6128
		%	76,95%	22,22%	0,82%	
	Град	N	295	71	2	
		%	80,16%	19,29%	0,54%	
	Вкупно	N	482	125	4	
		%	78,89%	20,46%	0,65%	
Тајност на информациите за здравствениот статус	Село	N	179	56	8	X ² =18,606; df=2; p=0,00009*
		%	73,66%	23,05%	3,29%	
	Град	N	209	129	29	
		%	56,95%	35,15%	7,90%	
	Вкупно	N	388	185	37	
		%	63,61%	30,33%	6,07%	
Согласност пред медицинска интервенција	Село	N	186	46	7	X ² =0,733; df=2; p=0,6929
		%	77,82%	19,25%	2,93%	
	Град	N	289	65	15	
		%	78,32%	17,62%	4,07%	
	Вкупно	N	475	111	22	
		%	78,13%	18,26%	3,62%	

Pearson Chi-square test; Fisher exact test; *сигнификантно за $p<0,05$



Тајност на информациите за здравствен статус – за вкупно 388 (63,61%) од пациентите тајноста за нивниот здравствен статус се чува секогаш, а 185 (30,33%) веруваат дека тоа се случува само понекогаш. Вкупно 37 (6,07%) од пациентите сметаат дека информацијата за здравствениот статус никогаш не се чува во тајност. Утврдена беше сигнификантна асоцијација на ставот за чување во тајност на информацијата за здравствениот статус и местото на живеење (село / град) во прилог на сигнификантно поголема верба на пациентите од село во однос на оние од град за Pearson Chi-square test: $X^2=18,606$; $df=2$; $p=0,00009$ (Табела 33 и График 45).

Согласност пред медицинска интервенција – вкупно 475 (78,13%) од пациентите изјавиле дека им била побарана согласност пред медицинска интервенција, а 111 (18,26%) рекле дека од нив тоа се барало само понекогаш. Со негативен став по ова прашање беа 22 (3,62%) од пациентите. Немаше сигнификантна асоцијација на ставот за побарана согласност пред медицинска интервенција и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: $X^2=0,733$; $df=2$; $p=0,6929$ (Табела 33 и График 45).

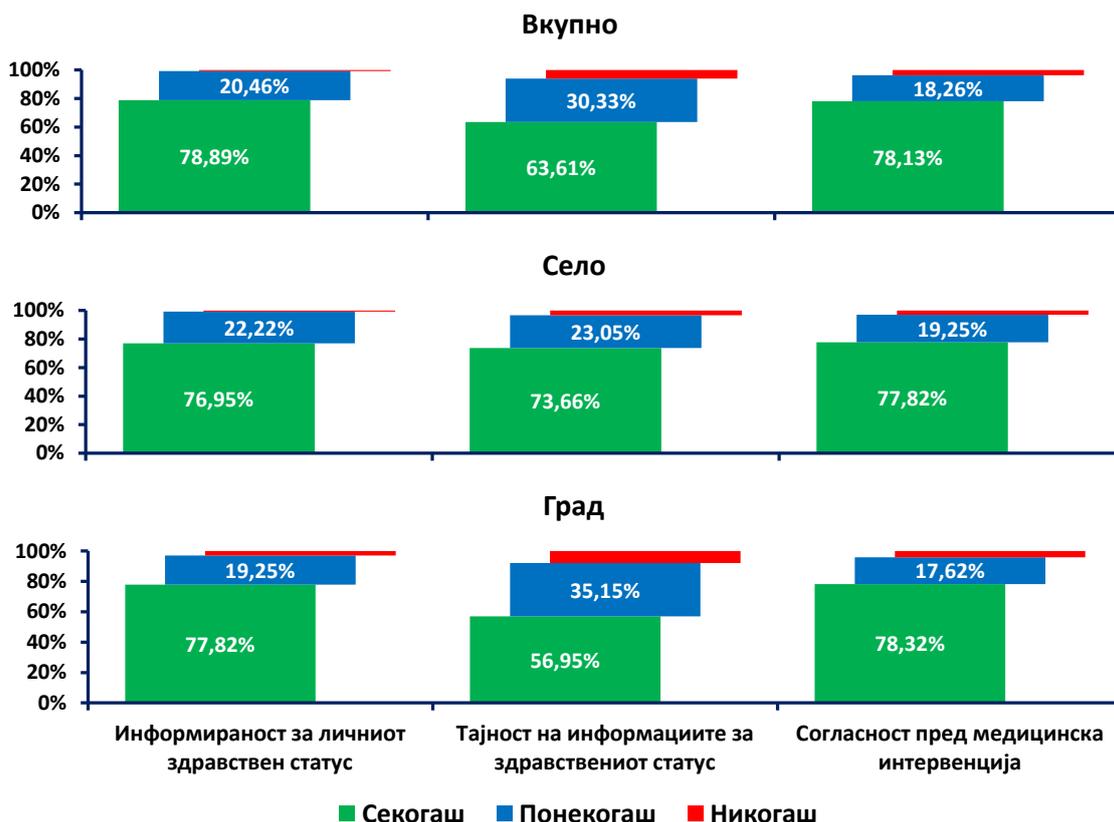


График 45. Информационност, тајност, согласност при здравствена заштита според место на живеење



7.3.4.2. Увид во документација, квалитет и безбедност при здравствена заштита

Увид во лична медицинска документација – вкупно 377 (62,21%) од пациентите имале секогаш увид во личната медицинска документација, додека 192 (31,68%) вакво искуство имале само понекогаш. Вкупно 37 (6,11%) од пациентите никогаш немале увид во својата медицинска документација. Немаше сигнификантна асоцијација на искуството за увид во медицинската документација и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: $X^2=5,346$; $df=2$; $p=0,0690$ (Табела 34 и График 46).

Табела 34. Увид, квалитет и безбедност при здравствена заштита според место на живеење

Услуга	Увид, квалитет и безбедност при здравствената заштита					
	Место	Секогаш	Понекогаш	Никогаш	p	
Увид во личната медицинска документација	Село	N	149	70	21	$X^2=5,346$; $df=2$; $p=0,0690$
		%	62,08%	29,17%	8,75%	
	Град	N	228	122	16	
		%	62,30%	33,33%	4,37%	
	Вкупно	N	377	192	37	
		%	62,21%	31,68%	6,11%	
Задоволителен квалитет на здравствена услуга	Село	N	162	69	6	$X^2=2,433$; $df=2$; $p=0,2962$
		%	68,35%	29,11%	2,53%	
	Град	N	224	123	6	
		%	63,46%	34,84%	1,70%	
	Вкупно	N	386	192	12	
		%	65,43%	32,54%	2,03%	
Безбедност на здравствена услуга	Село	N	164	61	8	$X^2=11,279$; $df=2$; $p=0,0035^*$
		%	70,39%	26,18%	3,43%	
	Град	N	208	137	6	
		%	59,26%	39,03%	1,71%	
	Вкупно	N	372	198	14	
		%	63,70%	33,90%	2,40%	
Pearson Chi-square test;		*сигнификантно за $p<0,05$				

Задоволство од квалитет на здравствени услуги – секогаш задоволни од квалитетот на здравствени услуги беа 386 (65,43%) од пациентите, а задоволни биле само понекогаш вкупно 192 (32,54%). Вкупно 12 (2,03%) од пациентите никогаш не биле задоволни од здравствените услуги. Немаше сигнификантна асоцијација на задоволството од квалитетот на здравствените услуги и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: $X^2=2,433$; $df=2$; $p=0,2962$ (Табела 34 и График 46).



Безбедност на здравствена услуга – вкупно 372 (63,70%) од пациентите сметале дека здравствените услуги се секогаш безбедни, додека 198 (33,90%) сметале дека истите се безбедни само понекогаш. Вкупно 14 (2,40%) од пациентите сметаат дека здравствените услуги не се никогаш безбедни. Утврдена беше сигнификантна асоцијација на ставот за безбедноста на здравствените услуги и местото на живеење (село / град) за Pearson Chi-square test: $X^2=5,346$; $df=2$; $p=0,0690$. Пациентите со живеалиште во село во однос на оние од град имаа сигнификантно повеќе верба во безбедноста на здравствените услуги (Табела 34 и График 46).

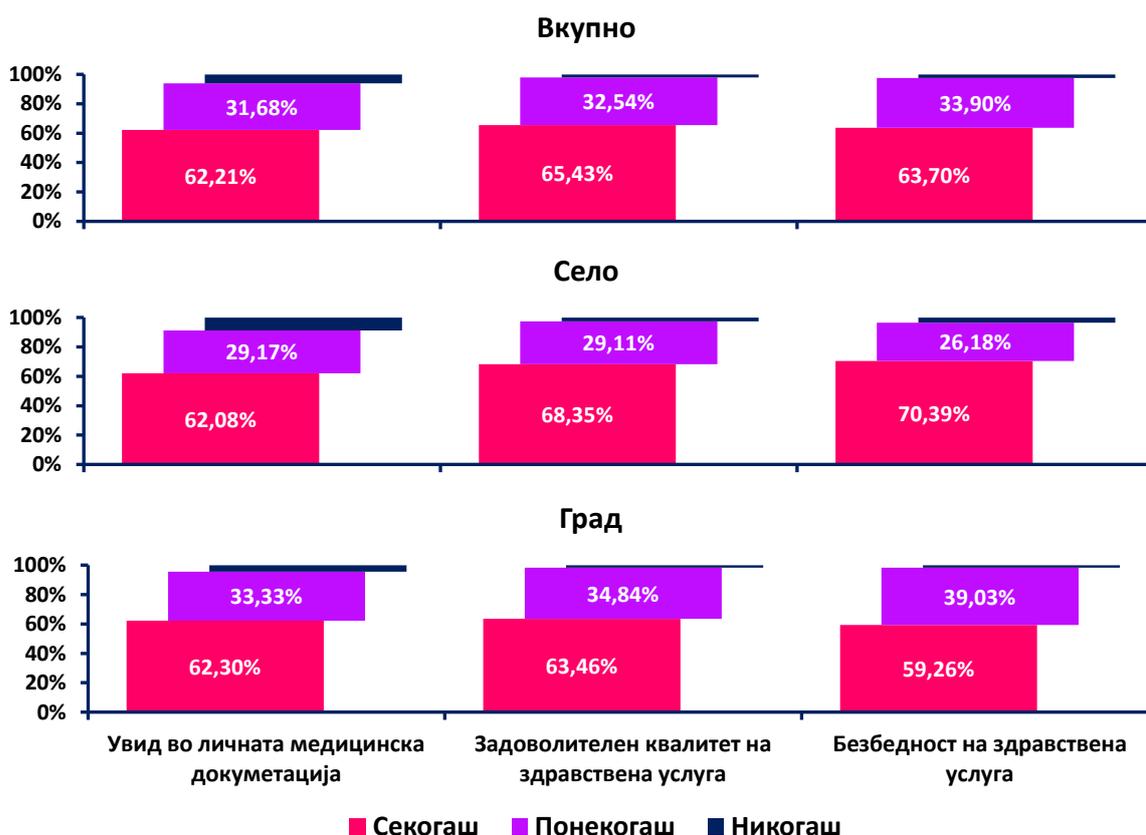


График 46. Увид, квалитет и безбедност при здравствена заштита според место на живеење



7.3.4.3. Задоволство од матичен лекар, специјалист, здравствени услуги

Во однос на задоволството на пациентите со ХНЗ од матичниот лекар, лекар специјалист и здравствените услуги во последните 12 месеци на пациентите им беше дадена можност за избор од 5 степенa Ликертова скала (Likert scale) со категории од 1 (најниска оценка - незадоволително) → 5 (највисока оценка - одлично). Повисокиот скор укажуваше на поголемо задоволство (Табела 35).

Табела 35. Задоволство од аспекти на здравството според статистички региони и место на живеење

Параметри	Задоволство од матичен лекар, лекар специјалист и здравствени услуги					
	Mean± SD	Median IQR	Mean± SD	Median IQR	Mean± SD	Median IQR
	Матичен лекар		Лекар специјалист		Здравствени услуги	
Вардарски	4,75±0,48	5 (5-5)	4,17±1,14	5 (4-5)	3,66±0,80	4 (3-4)
Источен	4,65±0,78	5 (5-5)	4,08±0,83	4 (4-5)	4,03±1,13	4 (3-5)
Југозападен	4,26±0,84	4 (4-5)	3,58±0,93	4 (3-5)	3,31±0,82	3 (3-4)
Југоисточен	4,54±0,69	5 (4-5)	3,98±0,80	4 (4-4,5)	3,32±0,81	3 (3-4)
Пелагониски	4,51±0,92	5 (4-5)	3,52±1,13	3 (3-5)	3,22±1,05	3 (2-4)
Полошки	4,41±0,88	5 (4-5)	3,56±1,04	4 (3-4)	3,43±0,66	3 (3-4)
Североисточен	4,57±0,85	5 (4-5)	3,90±0,83	4 (3-4,5)	3,19±0,83	3 (3-4)
Скопски	4,61±0,82	5 (5-5)	3,79±1,09	4 (3-5)	2,86±1,02	3 (2-3)
Вкупно	4,51±0,83	5 (4-5)	3,75±1,02	4 (3-5)	3,34±0,96	3 (3-4)
p	H _(N=613) =28,518; df=7; p=0,0002*		H _(N=612) =33,346; df=7; p=0,00001*		H _(N=610) =56,140; df=7; p=0,00001*	
Според место на живеење						
Село	4,53±0,84	5 (4-5)	3,66±0,98	4 (3-4)	3,23±0,97	3 (3-4)
Град	4,49±0,82	5 (4-5)	3,81±1,04	4 (3-5)	3,41±0,94	3 (3-4)
p	Z=1,064; p=0,2870		Z=(-1,965; p=0,0494*		Z=(-2,213; p=0,0269*	
IQR = 25 th – 75 th percentiles; Likert Scale: 1=незадоволително → 5=одлично Kruskal - Wallis H test; Mann -Whitney U test *сигнификантна p<0,05						

Задоволство од матичен лекар – Просечноста задоволство од матичниот лекар од 1 (најниска оценка – незадоволително) до 5 (највисока оценка - одлично) изнесуваше 4,51±0,83. Анализата укажа дека кај 50% од пациентите задоволството од матичниот лекар им било 5. Сепак кај 25% од пациентите оценката за задоволство од матичниот лекар била <4 за Median (IQR)= 5 (4-5) (Табела 35 и График 47).



Оценката за задоволство од матичниот лекар беше највисока во Вардарскиот регион - $4,75 \pm 0,48$ следено со Источниот регион - $4,65 \pm 0,78$ и Скопскиот регион - $4,61 \pm 0,82$. Најслабо беше оценето задоволството од матичниот лекар во Југозападниот регион - $4,26 \pm 0,84$. Впечатливо е дека кај 50% пациенти од Вардарскиот регион оценката на задоволството од матичниот лекар беше 5 односно “одлично“ за Median (IQR)=5 (5-5), а во Југозападниот регион таа изнесува ≥ 4 за Median (IQR)=4 (4-5). Во голем дел од останатите региони 50% од пациентите се изјасниле дека задоволството од матичните лекари го оценуваат со 5 (одлично) (Табела 35 и График 47).

Утврдена беше сигнификатна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на задоволството од матичниот лекар за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=611)}=33,346$; $df=7$; $p=0,00001$ (Табела 35 и График 47).

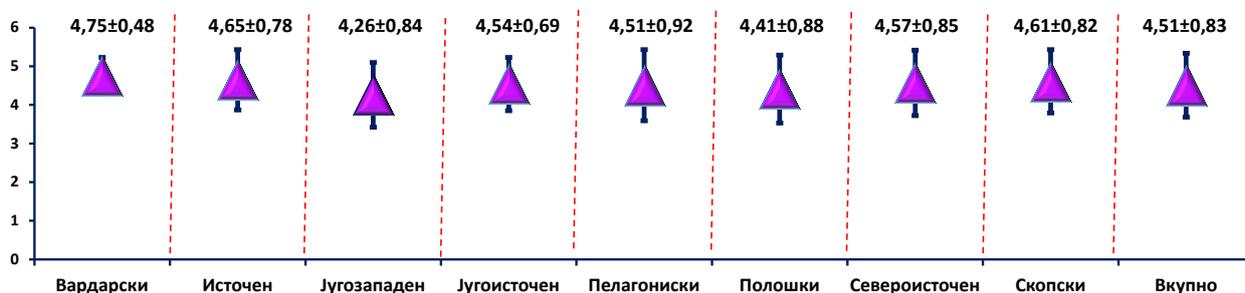


График 47. Задоволство од матичниот лекар според статистички региони

Во целиот примерок на пациенти во однос на местото на живеење (село/ град) анализата не укажа на сигнификатна разлика во оцената за задоволството од матичниот лекар за Mann-Whitney U Test: $Z=1,064$; $p=0,2870$. Утврдено беше несигнификатно поголемо задоволство од матичниот лекар кај пациентите со ХНЗ од село споредено со оние со живеалиште во град (Табела 35 и График 48).

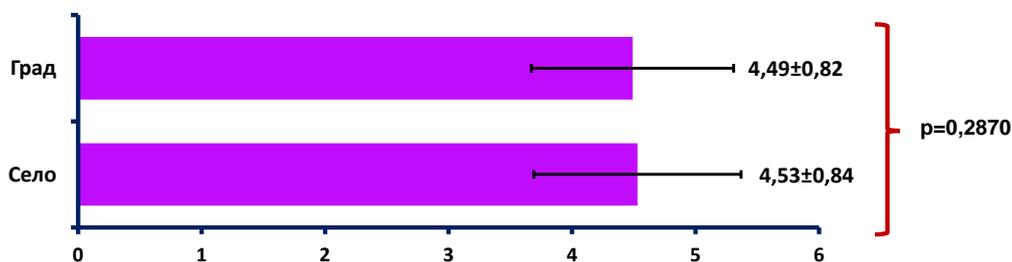


График 48. Задоволство од матичниот лекар според место на живеење (село / град)



Задоволство од лекар специјалист – Просечно задоволство од лекар специјалист од 1 (најниска оценка – незадоволително) до 5 (највисока оценка - одлично) изнесуваше $3,75 \pm 1,02$. Анализата укажа дека кај 50% од пациентите задоволството од лекар специјалист им било 4. Сепак кај 25% од пациентите во истражувањето оценката за задоволство од специјалист беше <3 за Median (IQR)= 4 (3-5) (Табела 35 и График 49).

Оценката за задоволство од лекар специјалист беше највисока во Вардарскиот регион - $4,17 \pm 1,14$ следено со Источниот регион - $4,08 \pm 0,83$ и Југоисточниот регион - $3,98 \pm 0,80$. Најслабо беше оценето задоволството од лекар специјалист во Пелагонискиот регион - $3,52 \pm 1,13$. Впечатливо е дека кај 50% пациенти од Вардарскиот регион оцената на задоволството од лекар специјалист беше 5 односно “одлично“ за Median (IQR)= 5 (4-5), а во Пелагонискиот регион таа изнесува ≥ 3 за Median (IQR)= 3 (3-5). Во повеќето останати региони 50% од пациентите се изјасниле дека задоволството од лекар специјалист го оценуваат со 4 (многу добро). Утврдена беше сигнификатна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на задоволството од лекар специјалист за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=611)}=28,518$; $df=7$; $p=0,0002$ (Табела 35 и График 49).

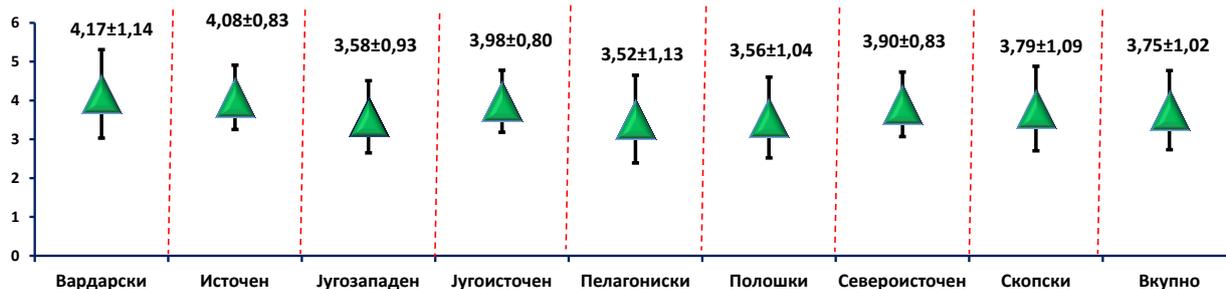


График 49. Задоволство од лекар специјалист според статистички региони

Во целиот примерок на пациенти во однос на местото на живеење (село/ град) анализата укажа на сигнификантна разлика во оценката за задоволството од лекар специјалист за Mann-Whitney U Test: $Z=(-1,965)$; $p=0,0494$. Утврдено беше сигнификантно поголемо задоволство од лекар специјалист кај пациентите со ХНЗ од град споредено со оние од село (Табела 35 и График 50).

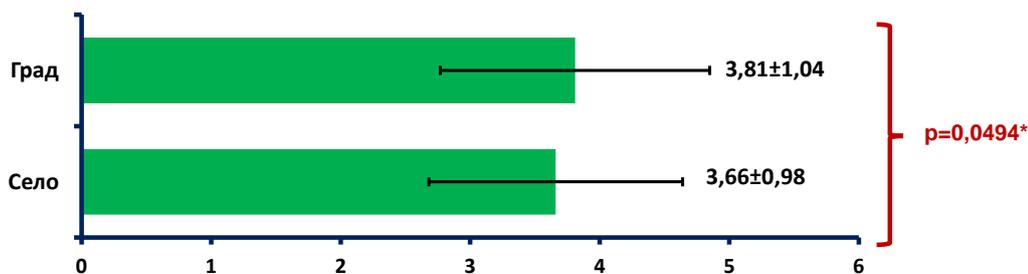


График 50. Задоволство од лекар специјалист според место на живеење (село / град)



Задоволство од здравствени услуги во последните 12 месеци – Просечноста задоволство од здравствените услуги од 1 (најниска оценка – незадоволително) до 5 (највисока оценка - одлично) изнесуваше $3,34 \pm 0,96$. Анализата укажа дека кај 50% од пациентите задоволството од здравствени услуги беше 3. Сепак кај 25% од пациентите во истражувањето оценката за задоволство од здравствените услуги беше <3 за Median (IQR)= 3 (3-4) (Табела 35 и График 51).

Оценката за задоволство од здравствени услуги беше највисока во Источниот регион - $4,03 \pm 1,13$ следено со Вардарскиот регион - $3,66 \pm 0,80$. Најслабо беше оценето задоволството од здравствени услуги во Скопскиот регион - $2,86 \pm 1,02$. Впечатливо е дека кај 50% пациенти од Источниот регион оценката на задоволството од здравствените услуги беше 4 за Median (IQR)= 4 (3-5), а во Скопскиот регион таа беше ≥ 3 за Median (IQR)= 3 (2-5). Во повеќето останати региони, 50% од пациентите задоволството од здравствени услуги го оценија со 3 (доволно). Утврдена беше сигнификатна разлика помеѓу осумте статистички региони во однос на задоволството од лекар специјалист за Kruskal - Wallis test: $H_{(N=611)}=56,140$; $df=7$; $p=0,0001$ (Табела 35 и График 51).

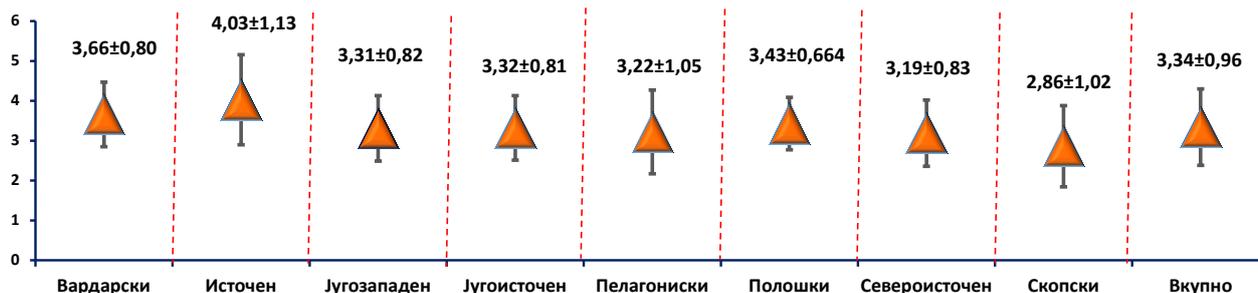


График 51. Задоволство од здравствени услуги според статистички региони

Во целиот примерок на пациенти во однос на местото на живеење (село/ град) анализата укажа на сигнификантна разлика во оценката за задоволството од здравствени услуги за Mann-Whitney U Test: $Z=(-2,213)$; $p=0,0269$. Утврдено беше сигнификантно поголемо задоволство од здравствени услуги кај пациентите со ХНЗ од град споредено со оние со живеалиште во село (Табела 35 и График 52).

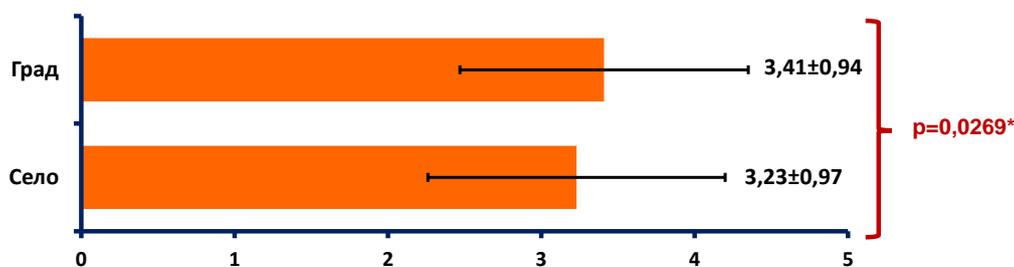


График 52. Задоволство од здравствени услуги според место на живеење (село / град)



7.4. КВАЛИТАТИВНО ИСТРАЖУВАЊЕ

Во квалитативниот дел од истражувањето беа обработени два аспекти од интерес. Првиот аспект се однесуваше на укажување на јавно-здравствениот товар на селектираните ХНЗ, а вториот аспект се однесуваше на согледувања, размислувања и предлози на здравствени работници (доктори и медицински сестри) вклучени во дијагностицирањето и третманот на пациентите со овие заболувања.

- **Јавно-здравствен товар на селектираните ХНЗ** - Товарот на селектираните ХНЗ од интерес за истражувањето беше анализиран преку учество на морталитетот од селектираните ХНЗ (малигни неоплазми, дијабетес мелитус, исхемична болест на срцето, цереброваскуларни болести, хронични долно респираторни болести) во вкупната смртност на населението. Анализата се однесуваше на последните 5 години и беше направена за параметри од интерес за целите на истражувањето. За овој дел беа користени податоците од Државниот завод за статистика на Република Северна Македонија преку неговата отворена МакСтат база на податоци и Институтот за Епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика, Медицински факултет, УКИМ-Скопје каде се врши шифрирањето на потврдите за смрт.
- **Согледувања, размислувања и предлози** – Овој дел од квалитативното истражување опфати примерок на здравствени работници (доктори на медицина и медицински сестри) вклучени во работата со лица со ХНЗ во здравствена институција во едно од трите нивоа на здравствена заштита (примарна, секундарна или терциерна) во рурална/ урбана средина. Испитаниците од овој дел од истражувањето имаа улога на клучни информатори со кои беше спроведено интервју базирано на полуструктуриран прашалник (АНЕКС 2 од овој документ).



7.4.1. Јавно-здравствен товар на селектираните ХНЗ

Јавно-здравствениот товар на селектираните ХНЗ се однесуваше на анализата на достапните МакСтат податоци на Државниот Завод за Статистика на Република Северна Македонија за смртноста од селектирани болести од интерес за истражувањето како и нивното учество во вкупната смртност во земјата. Со истражувањето беа опфатени следните заболувања: а) малигни неоплазми (С00-С97); б) дијабетес мелитус (Е10-Е13); в) исхемична болест на срцето (I20-I25); г) цереброваскуларни болести (I60-I69); и д) хронични долнореспираторни болести (J40-J47).

Направена беше поединечна анализа по години според бројот на смртни случаи и учеството во вкупната смртност на РСМ на секоја од петте болести поединечно како и нивното вкупно учество во смртноста на РСМ. За истите аспекти обработен беше и петогодишниот период (2020-2024) како целина.

2020 година – Од петте заболувања селектирани за истражувањето најголем број на смртни случаи во 2020 година имало од малигни неоплазми (С00-С97) и тоа вкупно 3864 со што истите претставувале 15% во вкупната смртност истата година. Втори според смртност беа цереброваскуларните болести (I60-I69) застапени со 2960 смртни случаи или 11,49% од вкупната смртност во државата. Во 2020 година најмала смртност во однос на петте селектирани заболувања имаа хроничните долнореспираторни болести (J40-J47) со вкупен број на 722 смртни случаи односно 2,80% од вкупната смртност следено со исхемична болест на срцето (I20-I25) со 1138 случаи и застапеност со 4,42% од вкупниот број на умрени во РСМ. Сите 5 селектирани заболувања заедно претставувале 39,02% од вкупно умрените лица во РСМ во 2020 година (Табела 36 и График 53).

2021 година – Во 2021 година од петте заболувања селектирани за истражувањето најголем број на смртни случаи имало од малигни неоплазми (С00-С97) и тоа вкупно 3836 со што истите претставувале 13,45% во вкупната смртност истата година. Втори според смртност беа цереброваскуларните болести (I60-I69) застапени со 2417 смртни случаи или 8,48% од вкупната смртност во државата. Во 2021 година најмала смртност во однос на петте селектирани заболувања имаа хроничните долнореспираторни болести (J40-J47) со вкупен број на 594 случаи односно 2,08% од вкупната смртност следено со исхемична болест на срцето (I20-I25) со вкупен број на 938 случаи или 3,29% од вкупниот број на умрени во РСМ. Сите 5 селектирани заболувања заедно претставувале 32,77% од вкупно умрените лица во РСМ во 2021 година (Табела 36 и График 53).



Табела 36. Смртност од селектирани заболувања и учество во вкупна смртност на РСМ (2020-2024)

Умрени	C00-C97	E10-E14	I20-I25	I60-I69	J40-J47	Вкупно
2020 (Умрени РСМ – 25755)						
Умрени (N)	3864	1365	1138	2960	722	10049
% од вкупно умрени	15,00%	5,30%	4,42%	11,49%	2,80%	39,02%
2021 (Умрени РСМ – 28516)						
Умрени (N)	3836	1561	938	2417	594	9346
% од вкупно умрени	13,45%	5,47%	3,29%	8,48%	2,08%	32,77%
2022 (Умрени РСМ – 22459)						
Умрени (N)	3791	1502	752	2102	665	8812
% од вкупно умрени	16,88%	6,69%	3,35%	9,36%	2,96%	39,24%
2023 (Умрени РСМ – 20187)						
Умрени (N)	3737	1447	822	2101	568	8675
% од вкупно умрени	18,51%	7,17%	4,07%	10,41%	2,81%	42,97%
2024 (Умрени РСМ – 20201)						
Умрени (N)	3949	1557	757	2218	568	9049
% од вкупно умрени	19,55%	7,71%	3,75%	10,98%	2,81%	44,79%
Вкупно 2020-2024 (Умрени РСМ – 117118)						
Умрени (N)	19177	7432	4407	11798	3117	45931
% од вкупно умрени	16,37%	6,35%	3,76%	10,07%	2,66%	39,22%
<p>а) малигни неоплазми (C00-C97); б) дијабетес мелитус (E10-E13); в) исхемична болест на срцето (I20-I25); в) цереброваскуларни болести (I60-I69); и г) хронични долнореспираторни болести (J40-J47)</p> <p>Умрени = број на смртни случаи</p>						



2022 година – Од петте заболувања селектирани за истражувањето најголем број на смртни случаи во 2022 година имало од малигни неоплазми (C00-C97) и тоа вкупно 3737 со што истите претставувале 16,88% во вкупната смртност истата година. Втори според смртност беа цереброваскуларните болести (I60-I69) застапени со 2102 смртни случаи или 9,36% од вкупната смртност во државата. Во 2022 година најмала смртност во однос на петте селектирани заболувања имаа хроничните долгореспираторни болести (J40-J47) со вкупен број на 665 смртни случаи односно 2,96% од вкупната смртност следено со исхемична болест на срцето (I20-I25) со вкупен број на 752 случаи или 3,35% од вкупниот број на умрени во РСМ. Сите 5 селектирани заболувања заедно претставувале 39,24% од вкупно умрените лица во РСМ во 2022 година (Табела 36 и График 53).

2023 година – Во 2023 година од петте заболувања селектирани за истражувањето најголем број на смртни случаи имало од малигни неоплазми (C00-C97) и тоа вкупно 3737 со што истите претставувале 18,51% во вкупната смртност истата година. Втори според смртност беа цереброваскуларните болести (I60-I69) застапени со 2101 смртни случаи или 10,41% од вкупната смртност во државата. Во 2023 година најмала смртност во однос на петте селектирани заболувања имаа хроничните долгореспираторни болести (J40-J47) со вкупен број на 568 случаи односно 2,81% од вкупната смртност следено со исхемична болест на срцето (I20-I25) со вкупен број на 822 случаи или 4,07% од вкупниот број на умрени во РСМ. Сите 5 селектирани заболувања заедно претставувале 42,97% од вкупно умрените лица во РСМ во 2023 година (Табела 36 и График 53).

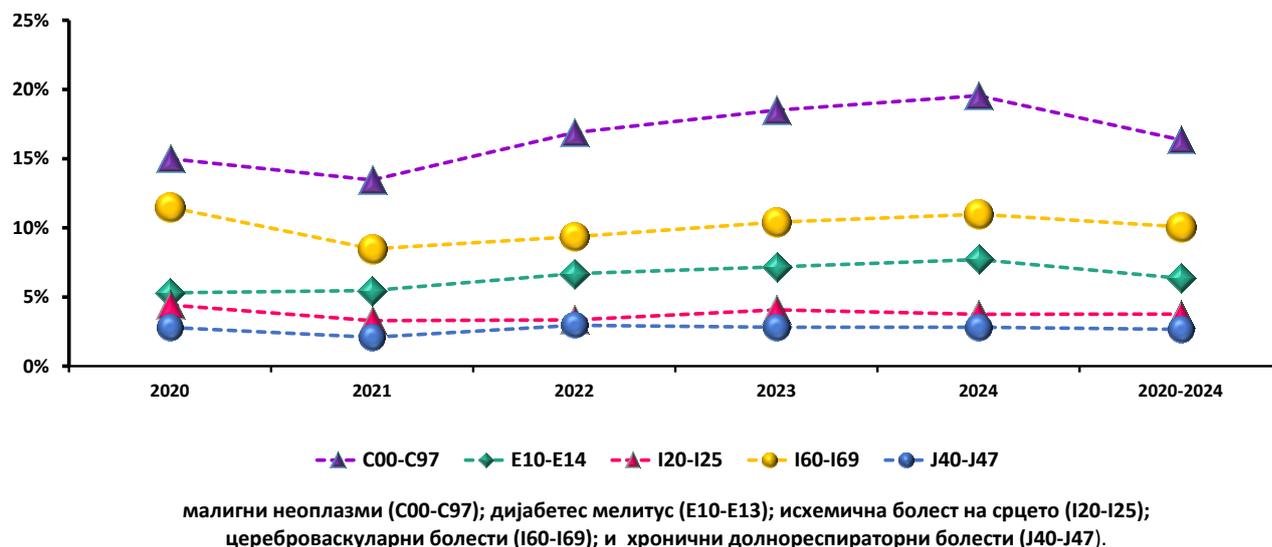
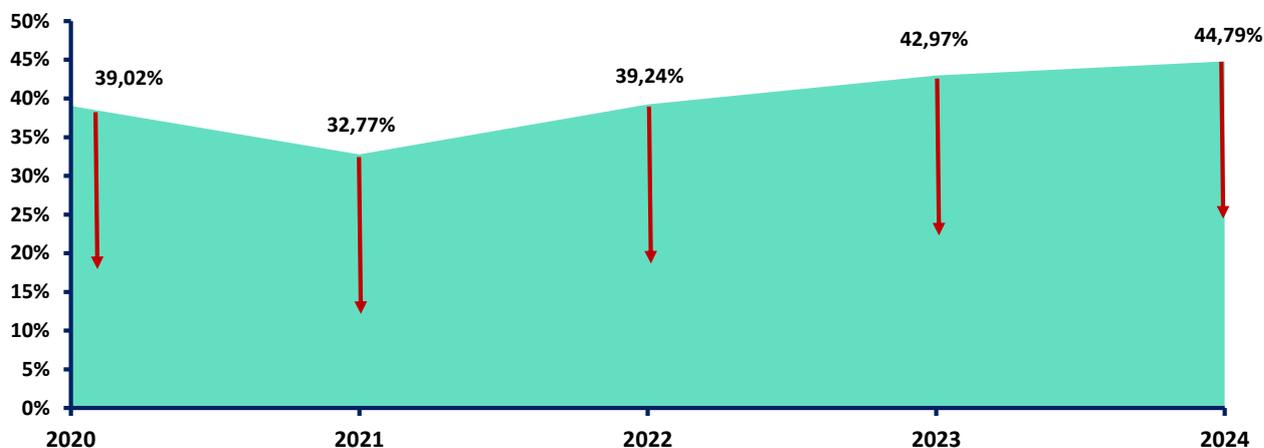


График 53. Учество на селектирани заболувања во вкупна смртност на РСМ според години



2024 година – Од петте заболувања селектирани за истражувањето најголем број на смртни случаи во 2024 година имало од малигни неоплазми (C00-C97) и тоа вкупно 3949 со што истите претставувале 19,55% во вкупната смртност истата година. Втори според смртност беа цереброваскуларните болести (I60-I69) застапени со 2218 смртни случаи или 10,98% од вкупната смртност во државата. Во 2024 година најмала смртност во однос на петте селектирани заболувања имаа хроничните долгореспираторни болести (J40-J47) со вкупен број на 568 смртни случаи односно 2,81% од вкупната смртност следено со исхемична болест на срцето (I20-I25) со вкупен број на 757 случаи или 3,75% од вкупниот број на умрени во РСМ. Сите 5 селектирани заболувања заедно претставувале 44,79% од вкупно умрените лица во РСМ во 2024 година (Табела 36 и График 53).

2020-2024 година – Во испитуваниот петгодишен период (2020-2024) од петте заболувања селектирани за истражувањето најголемо учество во вкупната смртност на РСМ имале малигните неоплазми (C00-C97) и тоа вкупно 19177 со што истите претставувале 16,37% во вкупната смртност во петгодишниот период, а најмала смртност имаа хроничните долгореспираторни болести (J40-J47) со вкупен број на 3117 смртни случаи односно 2,66% од вкупната смртност во петгодишниот период (Табела 36 и График 54).



малигни неоплазми (C00-C97); дијабетес мелитус (E10-E13); исхемична болест на срцето (I20-I25); цереброваскуларни болести (I60-I69); и хронични долгореспираторни болести (J40-J47).

График 54. Групно учество на сите селектирани заболувања во вкупна смртност на РСМ според години (2020-2024)



Дополнително беше утврдено групното учество на сите 5 селектирани заболувања и тоа: а) малигни неоплазми (C00-C97); б) дијабетес мелитус (E10-E13); в) исхемична болест на срцето (I20-I25); г) цереброваскуларни болести (I60-I69); и д) хронични долнореспираторни болести (J40-J47) во годишната смртност на РСМ поединечно по години. Беше согледано дека во 2024 година процентуална застапеност на овие заболувања во смртноста на РСМ е највисока и изнесува 44,79% со што истата бележи континуиран пораст односно е највисока во целиот испитуван петгодишен период (2020-2024). Падот на процентуалната застапеност на сите 5 селектирани заболувања во вкупната смртност во РСМ во 2021 година (32,77%) се должи на КОВИД 19 пандемијата и големата смртност од ова заболување (Табела 36 и График 54).

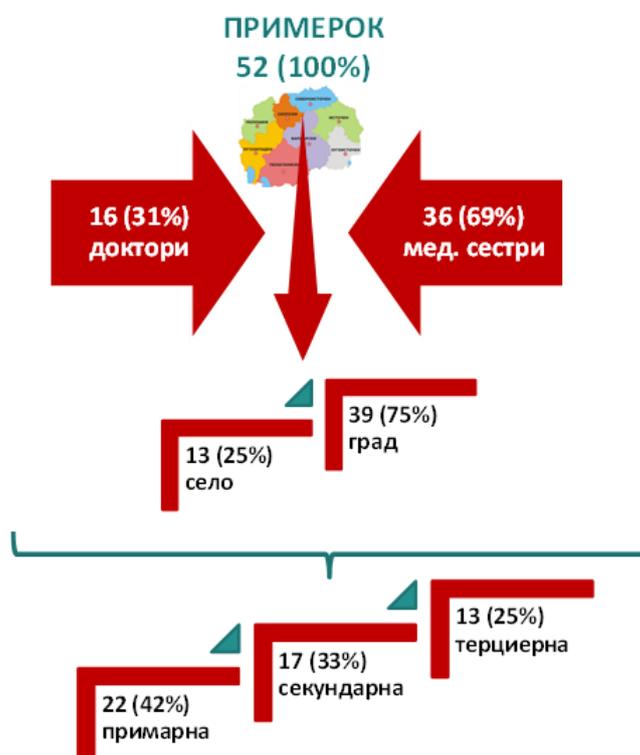


7.4.2. Согледувања, размислувања и предлози на здравствени работници

Овој дел од квалитативното истражување опфати примерок на 52 (100%) здравствени работници (доктори на медицина и медицински сестри) вклучени во работата со лица со ХНЗ во здравствена институција во едно од трите нивоа на здравствена заштита (примарна, секундарна или терциерна) во рурална/ урбана средина. За овој дел од истражувањето беше користен полуструктуриран прашалник кој обработува повеќе аспекти на хоризонтална еднаквост при остварување на здравствена заштита на лицата со ХНЗ меѓу кои терапија, достапност на здравствени услуги, пристап до здравствени услуги, дискриминација при остварување на здравствена заштита, информираност, лична перцепција за задоволството и довербата на пациентите кон нив и препораки за надминување на проблемите (Анекс 2).

7.4.2.1. Карактеристики на примерок – квалитативно истражување

Од 52 (100%) опфатени здравствени работници вкупно 11 (21%) беа од машки, а 41 (79%) од женски пол со однос помеѓу половите од 0,27:1. Просечна возраст на испитаниците изнесуваше 47,66 години (25 → 64 години).



Слика 2. Карактеристики на примерок на квалитативно истражување



Од примерокот на здравствени работници 16 (31%) беа доктори на медицина, а 36 (69%) беа медицински сестри. Согласно нивото на здравствена заштита каде ја обавуваат својата дејност 22 (42%) беа од примарна, 17 (33%) од секундарна и 13 (25%) на терциерна здравствена заштита. Со работно искуство во рурална односно урбана средина беа консеквентно 13 (25%) vs. 39 (75%) од здравствените работници.

Вклучените здравствени работници имаа просечната должина на работно искуство со пациенти со ХНЗ од 16,3 години со минимум 2 години и максимум 40 години.

7.4.2.2. Спременост на здравствените работници за разговор за ХНЗ

Утврдена беше здрава стапка на одговор за учество во студијата (healthy response rate – 99%). Здравствените работници кои одбија учество тоа го направија со образложение дека имаат недостаток на време и/ или расположение да учествуваат. Доминира песимистичка атмосфера за неможност да се направат поголеми промени на состојбата во која се наоѓа здравството најчесто со пропратно толкување дека тоа долги години во континуитет станува сè полошо. Без исклучок, разговорите беа отворени, спонтани и искрени и течеа во позитивна атмосфера.

Здравствените работници генерално сочувствуваат со пациентите кои се во ситуација да бараат здравствени услуги посебно за оние кои имаат ХНЗ и се принудени почесто да се советуваат со лекари од различни специјалности. Во изјавите за проблемите при користење на здравствените услуги се чувствува дека мнозинството од здравствените работници презентираат размислувања од аспект на потенцијални корисници на здравствени услуги и/или и самите имаат лични непријатни искуства лично или при лекување на некој свој близок.

Генерални се размислувањата на медицинскиот персонал дека патувањето низ лавиринтот на здравствениот систем како во процесот на поставување на дијагноза за некое ХНЗ така и во процесот на лекување претставува тешка голгота како за пациентот така и за неговото семејство. За преглед/лекување на еден пациентите со ХНЗ од внатрешноста потребна е придружба на минимум еден помлад човек кој најчесто за потребата да придружува болен мора да отсутствува од работа.



7.4.2.3. Проблеми во пракса при лекување на ХНЗ

Повеќето здравствени работници посочуваа актуелни професионални проблеми од терен поради што во најголем дел не се во состојба да им излезат во пресрет на барањата на пациентите. Лекарите од секундарна и терциерна здравствена заштита сметаат дека подршката од примарната здравствената заштита во целиот здравствен систем, а посебно за пациентите со ХНЗ е инсуфициентно поради што континуирано има неправилна распределба на товарот на пациенти. Според нив ова резултира со одреден број на случаи, кој не е за потценување, каде постои објективна неможност секундарното и терциерното здравство да се излезе во пресрет иако за тоа постои неприкосновена потреба. За жал, ваквите случаи најчесто остануваат на милост на системот односно на листите на чекање.

Проблемите со достапните термини за лекари специјалисти, здравствените работници го објаснуваат со нивното предвременно блокирање од страна на самите лекари или со неконтролираното фаќање на термини за несоодветни пациенти. Во одредени ситуации самите лекари специјалисти ги информираат матичните лекари кога ќе ги пуштаат термините за да овозможат за дадени пациенти со ХНЗ да се закаже термин.

Лекарите специјалисти и медицинските сестри од терциерната здравствена заштита, посебно оние од болниците во Скопје, укажуваат на исцрпувачката работа поради прекумерниот број на пациенти дневно од кои најмногу со ХНЗ. Тие укажуваат на големиот психолошки притисок правилно да одговорат на професионалните потреби. Истакнуваат дека поради тоа што тие се оние кои се соочуваат со пациентите истовремено се и “дежурни виновници“ за сите “несовршености“ и “неправедности“ на здравствениот систем кои ги искусуваат пациентите со ХНЗ како и нивните блиски.

Од страна на анкетираниите здравствени работници вклученоста на лекарите на специјализација во спроведувањето на здравствената заштита на пациентите со ХНЗ е поддржано само во присуство на лекар специјалист односно под негов директен надзор. Истакнуваат дека многу често пациентите со ХНЗ не се ни свесни дека прегледот не е извршен од лекар специјалист туку од лекар на специјализација.

За одредени лекари специјалисти во внатрешноста се смета дека со текот на годините ја изгубиле рутината за одредени медицински интервенции и истите престанале да ги работат. Посебно поради се почестите јавни објави за лекарски грешки дел од овие лекари преферираат препраќање на пациентите со ХНЗ во некоја од поголемите болници во околните градови или директно во болниците во Скопје. Ваквото постапување иницира дополнителни временски и финансиски оптеретувања на пациентите со ХНЗ, а истовремено создава и голем притисок на пациенти за лекарите специјалисти во Скопје.



7.4.2.4. Услови за здравствена грижа и транспорт на пациенти со ХНЗ

Здравствените работници се согласуваат дека не постои утврден почитуван стандард за условите кои се потребни да бидат исполнети во просторен и кадровски смисол при спроведување на секое од трите нивоа на здравствена заштита (примарно, секундарно, терциерно). Примарната здравствена заштита генерално има најдобри услови за работа и иако на индивидуално ниво покрива голем број на пациенти во пракса има контакт само со многу мал дел од нив. Веројатно можноста самостојно да се избере/ смени матичен лекар резултира со крајно добра соработка задоволни пациенти.

Иако лекарите од примарната здравствена заштита се во првата линија на контакт со лицата со ХНЗ сепак во занемарливо мал процент имаат електронски записи за пациентот во врска со самото заболување или за практикување/ експозиција на ризик фактори кои се од важност за појавата на ХНЗ. Исто така не располагаат со записи од важност како што се дополнителни состојби (фамилијарна генеза, БМИ, централна дебелина, пушење, алкохол итн.).

Разликите во условите за дијагностицирање и третман на лицата со ХНЗ се најмногу присутни меѓу установите од секундарна здравствена заштита во различни градови и тоа не само од аспект на простор и опрема туку и во однос на присуство на медицински кадар од различни потребни профили како и негова обученост. Инсуфициентноста во профилот и обемот на кадарот во голем дел го отежнува благовременото и правилно давање на специјалистички услуги кај пациентите со ХНЗ. Лекувањето во друг град или патувањето за преглед/ лекување во Скопје станува секојдневие.

Условите за здравствена заштита се очекувано различни помеѓу руралните и урбаните средини, но сепак според мнозинството на здравствени работници впечатокот е дека руралните средини се целосно запоставени. За жал, на нефункционирањето започнуваат да се приклучуваат и одредени градови кои имале со години свои функционални болници кои веќе немаат или кадар или услови или и едно и друго за да функционираат. Здравствените работници изразуваат голема загриженост/ сочувство за лицата од руралните средини во однос на нивната можност за остварување на здравствена заштита при ХНЗ. Сметаат дека потребата од патување за преглед/ лекување е истоштувачка и финансиски и психички поради што сè почесто се сведоци на револт од самите пациенти или од нивен придружник.

Дополнително, беше истакнат проблемот со субстандардните услови за транспорт на пациенти со ХНЗ со возила за брза помош како и стресот со кој се соочува здравствениот персонал кој го придружува поради неможноста да интервенира согласно потребните стандарди.



7.4.2.5. Терапија при ХНЗ – потреба и реалност

Според мнозинството на здравствени работници пациентите ги преферираат лековите за терапијата кои се на рецепт од аспект на проблемот со финансии. Впечатокот е дека независно од финансиските можности пациентите се трудат да ги следат тераписките препораки на лекарот посебно на лекарот специјалист и наоѓаат начин како да дојдат до бараниот лек.

Во најголем дел лековите кои се тераписки избор за одредена состојба/ болест зависат од личната одлука на лекарот. Сепак, не секогаш ставот на професионалците за овие лекови е еднаков согласно што и тераписките пропишувања се различни. Отворени и јавни се дискусиите за “мода“ во пропишувањето на поедини лекови во дадени временски периоди. Сепак, искуството од пракса укажува дека пациентите знаат да кажат дека одредена терапија е прескапа за нив и бараат доколку е можно да им биде препорачано нешто поевтино. Во пресрет на ваквите барања не ретко лекарите се во ситуација да им пропишат помалку ефикасна терапија.

Постои свесност во здравствената фела дека не сите лекови е возможно да бидат ставени на позитивната листа и покрај инсистирањето на пациентите со ХНЗ тоа да се случи. Го сметаат за позитивен чекор последното надополнување на позитивната листа на лекови што за одредени пациенти со ХНЗ е од есенцијална важност. Поради генералните случувања во светот посочуваат дека дел од лековите за пациентите со ХНЗ преставуваат да се произведуваат поради што истите е потребно да заменат со нови кои не им се доволно познати или едноставно се недостапни и останува до самите пациенти со ХНЗ да најдат начин да дојдат до потребната терапија.

7.4.2.6. Суплементи при ХНЗ

Користењето на суплементарната терапија по совет на лекар или самостојно е сè почесто. Генерални се согледувањата на медицинскиот персонал за неконтролираната промоција на суплементи преку јавните медиуми. Сметаат дека жртви на оваа промоција се лицата од сите возрасти. Истовремено, лекарите се соочуваат со инсуфициентна информираност за листата на суплементи кои ги користат пациентите согласно што не секогаш може да превенираат некомпатибилност/ несакани ефекти од нивното користење заедно со пропишаната терапија.



7.4.2.7. Иследувања при ХНЗ – можности и бариери

Радиолошки иследувања – Здравствените работници се сметаат себе си за колатерална штета на здравствениот систем кој не може да обезбеди благовремено закажување на радиолошки иследувања (компјутер, магнет, ехо, рентген). Истовремено поради превиди во системите на закажување за некои пациенти има двојно, а за некои нема закажување поради што револтот на пациентите најчесто се излева на здравствениот персонал. И лекарите и медицинските сестри од различни градови сметаат дека во дел од здравствените институции постојат апарати кои од различни причини не се ставени во употреба. Истовремено во дел од здравствените установи низ државата нема доволно обучени радиолози односно радиотехнолози поради што одредени радиолошки иследувања е неможно да бидат направени. Здравствените работници укажуваат дека впечатлива пропорција од пациентите се приморани решавањето на радиолошките иследувања да го бараат во ПЗУ каде цените се многу високи.

Лабораториски иследувања – Мнозинството на здравствените работници сметаат дека листата на лабораториските анализи кои следуваат преку ФЗО е добра, но сепак доста од параметрите кои се важни при одредени ХНЗ се на трошок на пациентот. Постои задоволство во однос на континуираното информирање на матичниот лекар за резултатите од лабораториските анализи што влегува во досието на пациентот иако истото е во PDF формат и неупотребливо за дополнителни научни анализи. Лекарите специјалисти се задоволни со брзината на добиените резултати од лабораториските анализи кои ги побарале. Во примарната здравствена заштита, медицинските сестри се оние кои во најголем дел административно ги процедурираат барањата за лабораториските анализи од лекарите специјалисти. Освен во ситуации на закажан преглед, пациентите бараат објаснување за значењето на лабораториските резултати.

Патохистолошки иследувања – Лекарите од терциерна здравствена заштита укажуваат на фатот дека резултатите од патолошките иследувања се чекаат подолго време пред се поради пандемиските размери на случаи со малигни заболувања и потребата од овој вид на иследувања. Истовремено недостатокот од лекари специјалисти патолози е голема. Посочуваат дека дел од овие анализи се прават и во ПЗУ каде цената е висока и каде времето на чекање е подолго од било кога порано. За квалитетот на ПЗУ кои вршат патохистолошки иследувања анкетираниите здравствени работници имаат поделени мислења. Посочуваат дека патохистолошките анализи од ПЗУ не се ставаат во досието на пациентот во Мој Термин поради што увид во нив има само тогаш кога пациентот ќе ги донесе во хард копија.



Специфични иследувања – Лекарите од терциерната здравствена заштита укажаа на потребата од специфични иследувања како на пример молекуларни и генетски тестирања, тестирања за ретки болести и други потребни при дијагностицирањето и лекувањето. Истакнаа дека се соочуваат со проблем за практикување на нови приоди во дијагностиката и третманот поради тоа што дел од нив не се прават во нашата земја или доколку се достапни нивната цена е висока и пациентите најчесто не можат да си ја дозволат.

7.4.2.8. Дискриминација при услуги за ХНЗ

Здравствените работници отворено разговараат за присуството на различни облици на дискриминација при давањето на здравствени услуги иако нагласуваат дека таа во најголем дел е несвесна/ ненамерна. Истовремено укажуваат дека кога се говори за дискриминација во здравството треба да се земе во предвид дека таа генерално е обострана односно дека и тие самите се чувствуваат за многу аспекти дискриминирани од страна на пациентите.

Говорејќи на оваа тема, здравствените работници истакнуваат дека во многу ситуации поради оптовареност со работа и/или технички проблеми се соочуваат со недостаток на време поради што љубезноста со пациентите не е во очекуваните рамки. Ова често се толкува како нивна неодговорност па дури и дискриминација. Сметаат дека намалувањето на обемот на работа по здравствен професионалец со вработување на повеќе кадар ќе помогне во надминување на овој проблем. Самите потенцираат дека можноста за разговор со пациентот и посветувањето на доволно внимание ја зголемува довербата во лекувањето и генерално во здравствената заштита.



8. ДИСКУСИЈА

Еднаквоста во пристапот до здравствена заштита претставува тема на обемни истражувања, како на европско така и на глобално ниво. Главната причина за тоа е сè поголемото признание на значењето на социјалните детерминанти кои влијаат врз здравјето, како и зголемената свест за постоењето на здравствени нееднаквости. Покрај тоа, со стареењето на населението и тековната демографска транзиција, зголемувањето на хроничните незаразни заболувања истовремено ја потенцира проблематиката на нееднаквостите во здравствената заштита. Пандемијата на COVID-19 дополнително го истакна значењето на еднаков пристап до здравствени услуги и ја откри сложеноста и слабостите во системите за здравствена заштита. Се ова резултираше со зголемено внимание на оваа проблематика и зголемување на истражувањата во оваа област.

Во рамките на Европа, научниот интерес на оваа проблематика главно е насочен кон анализата на преваленцијата на болести и нееднаквостите во морталитетот помеѓу источните, западните и централните региони. [61-63,68] Повеќе истражувања укажуваат на значајни разлики, при што здравствените индикатори, вклучително и стапките на смртност, се понеповолни во источните земји во споредба со западните. [69,70]

Нашето истражување беше спроведено преку квантитативен и квалитативен пристап, со посебна методологија за секој дел, со цел да се испита хоризонталната еднаквост и социоекономските фактори што влијаат врз пристапот до здравствена заштита кај лицата со хронични незаразни заболувања во Република Северна Македонија.

8.1. КВАНТИТАТИВЕН ДЕЛ

Во квантитативниот дел од нашето истражување беа вклучени 617 пациенти од сите осум статистички региони во државата. Од вкупниот број испитаници, 52% беа жени, а 48% мажи. Во однос на местото на живеење, околу 60% од испитаниците живеат во градска средина, додека околу 40% живеат во село. Просечната возраст на испитаниците изнесуваше 62 години. Според нивото на образование, доминираа пациенти со средно образование, додека според работниот статус, најголем дел беа пензионери. Според методологијата на селекција на испитаниците, најбројни беа пациентите со дијабетес мелитус -43,4%, и најголем дел од пациентите -86% пријавија дека имаат само едно заболување.

8.1.1. Достапност до здравствена заштита (финансиски бариери)

Финансиската достапност до здравствена заштита игра суштинска улога во овозможувањето на ефективно користење на здравствените услуги. Финансиските



бариири претставуваат значајна пречка, особено за поединците и заедниците кои припаѓаат на социоекономски ранливите слоеви од општеството.

Во делот на достапност на услуги во приватни односно јавни здравствени установи, според резултатите од нашето истражување пациентите генерално полесно можат финансиски да си дозволат преглед кај специјалист во јавно здравствени установи отколку во приватни. Кога станува збор за физикална терапија, повторно јавниот здравствен сектор е подостапен, додека терапијата во приватните установи често претставува финансиски товар за најголем дел од испитаниците. Купувањето на лекови што не се покриени од здравственото осигурување е нешто што повеќето пациенти можат да си го дозволат, додека суплементите се поретко финансиски достапни. Лабораториските и радиографските испитувања во приватниот сектор најчесто се тешко достапни од финансиски аспект за значителен дел од испитаниците. Дополнително, нашето истражување покажа дека голем број пациенти (53,21%) се принудени да ги намалат своите секојдневни трошоци, како што се оние за храна и облека, поради потребата од покривање на трошоците за лекување.

Во голем број на студии е утврдено дека високите трошоци за здравствена заштита можат сериозно да го нарушат буџетот на домаќинствата, особено кога граѓаните мораат да плаќаат значителни суми од сопствен џеб. Ова финансиско оптоварување често ги принудува семејствата да ги намалат трошоците за други основни потреби, како што се храна, облека, домување или образование. Таквата состојба не само што ја влошува нивната економска сигурност, туку и го зголемува ризикот од сиромаштија и социјална исклученост. [71,72]

Истражување спроведено од Европскиот форум на пациенти укажува дека значителен број испитаници (50,6%) се соочуваат со финансиски потешкотии поради здравствени трошоци, при што многумина мора да се откажат од основни животни потреби за да си дозволат здравствена грижа, особено за специјализирани услуги и стоматолошка нега. [58]

Нашето истражување покажа дека најчесто одложувани здравствени услуги поради високи трошоци се радиолошките иследувања, како што се рентген, магнетна резонанца, ехо и слични снимања (околу 18% од испитаниците). Потоа следуваат одложувања на купување лекови, закажани операции или други интервенции, лабораториски анализи, како и прегледи кај доктори специјалисти. Значителен дел од испитаниците (повеќе од 40%) во изминатата година одложиле здравствена услуга поради нејзината цена, некои од нив тоа го направиле еднаш, други два пати, а има и такви кои повеќепати биле принудени да одложат потребна здравствена услуга поради финансиски причини.

Слични резултати се добиени во студијата на Европскиот форум на пациенти, каде 40% од испитаниците изјавиле дека барем еднаш одложиле или откажале здравствен



преглед или лекување поради финансиски причини, а кај некои од нив тоа се случувало повеќепати. Иако мнозинството не се соочиле со вакви пречки, значителен број пријавиле незадоволени здравствени потреби, особено во однос на услуги како стоматолошка нега, физикална терапија, купување потребни додатоци во исхраната и лекови што не се достапни во нивната земја. [58]

Во студија спроведена во 2022 година која вклучила над 2000 лица на возраст над 65 години, околу петтина од испитаниците пријавиле дека се соочиле со проблеми при земање лекови поради нивната цена. [73]

Студијата публикувана од *Harrington* и сор. објави дека околу 4% од лицата на возраст над 65 години не можат да си ги дозволат препишаните лекови за нивната болест. Дополнително, повеќе од 3% од нив прескокнале доза, или зеле помала доза од препишаната со цел да ги намалат трошоците. [74]

Во истражување спроведено во Р. С. Македонија, лицата со хронични заболувања скоро двојно почесто ја наведувале високата цена на лековите и медицинските производи како значајна пречка за пристап до здравствени услуги, во споредба со лицата без хронични заболувања (63,4% vs 35,9%). [75]

Во однос на задоволството со покриеноста на трошоците од страна на здравственото осигурување, во нашето истражување, околу половина од испитаниците изразиле неутрален став, што укажува на одредено ниво на несигурност или незадоволство. Дополнително, мал дел (16,61%) од пациентите изјавиле дека сите потребни лекови им се покриени од осигурувањето, што упатува дека значаен товар паѓа врз самите пациенти при обезбедување на терапија.

Студијата на Европскиот форум на пациенти покажува поделени ставови за финансиската покриеност од здравствениот систем, дел сметаат дека таа е доволна (околу 50%), други се неутрални, а многумина укажуваат на недоволна поддршка. Значителен број пациенти (36,5%) се принудени да користат приватно или дополнително осигурување, најчесто поради долгите листи на чекање во јавниот систем. [58]

Во студијата спроведена во Грција, речиси две третини од испитаниците пријавиле дека се соочуваат со финансиски бариери при пристапот до здравствена заштита. Со ваков проблем значително почесто се соочувале невработените лица, додека пак испитаниците со повисоко образование и повисоки приходи покажале помала веројатност да имаат финансиски ограничувања при користење на здравствените услуги. [67]

Во повеќе студии е утврдено дека социоекономскиот статус (приходи, образование и професија) влијае на преваленцијата на хроничните болести. Имено, хроничните болести се позастапени меѓу лицата со понизок социоекономски статус, а исто така



утврдено е дека социо-економски статусот е поврзан и со разликите во здравствената состојба и разликите во пристапот до здравствени услуги. [60,76,77]

Разликите во достапноста до здравствена заштита од финансиски аспект претставуваат сериозен и сè уште присутен предизвик, особено за лицата со пониски приходи. Често пациентите тешко можат да си дозволат лекови, медицински прегледи и други здравствени услуги поради високите трошоци кои се покриваат од сопствен џеб. Ваквите финансиски бариери доведуваат до одложување или целосно избегнување на потребната здравствена нега, што резултира со влошување на здравствената состојба и понатаму поголеми долгорочни трошоци. За разлика од нив, лицата со повисоки приходи имаат подобар пристап до здравствени услуги, можат навремено да ги покријат трошоците и затоа често имаат подобри здравствени исходи. Намалувањето на овие финансиски разлики е од суштинско значење за обезбедување еднаков пристап до здравствена заштита за сите граѓани, независно од нивната економска положба. Во таа насока, неопходни се мерки кои вклучуваат: намалување на трошоците што граѓаните ги плаќаат од сопствен џеб, особено за оние со ниски приходи, одвојување на правото на здравствена заштита од способноста за плаќање, ослободување од партиципација за ранливите категории, како и активно следење и елиминирање на неформалните плаќања. Дополнително, ажурирањето на позитивната листа на лекови и воспоставување соодветни, фер референтни цени се важни чекори за подобрување на здравствената правичност и намалување на финансиските бариери за населението. [78-81]

8.1.2. Пристап до здравствена заштита

Пристапот до здравствена заштита претставува сложен концепт кој е условен од повеќе меѓусебно поврзани фактори, меѓу кои географската оддалеченост, организациските бариери, нивото на информираност на населението. Лицата што живеат во рурални, планински или инфраструктурно недоволно развиени подрачја често се соочуваат со ограничен број здравствени установи и достапност на специјализирана нега, што значително го отежнува физичкиот пристап до здравствени услуги. Дополнително, долготрајните листи на чекање, особено во јавниот здравствен сектор, претставуваат сериозна организациска пречка која доведува до одложено дијагностицирање, лекување и рехабилитација, со потенцијално влошување на здравствената состојба на пациентите. На тоа се надоврзува и ниското ниво на информираност кај дел од населението за тоа кои здравствени услуги им се достапни, под кои услови и како да ги остварат. Недостатокот на навремени и јасни информации, често проследен со ниска здравствена писменост, го ограничува искористувањето на достапните ресурси, што дополнително ја продлабочува нееднаквоста во здравствениот пристап.

Според голем број на истражувања, географскиот пристап до здравствена заштита е поврзан со поголема употреба на превентивни услуги и подобри здравствени резултати кај лица со хронични болести. Иако близината е само еден од факторите кои влијаат на



пристапот до здравствена заштита, истражувањата покажуваат дека подобриот географски пристап го зголемува користењето на услугите и ги подобрува здравствените исходи. Анализите покажуваат дека заедниците каде живеат лица со понизок социоекономски статус, малцинства и големо движење на населението имаат помал пристап до есенцијални здравствени услуги. [82-88]

Според резултатите од нашето истражување, пациентите кои живеат во рурални средини се соочуваат со значително пониска достапност до здравствени услуги во споредба со оние од урбаните подрачја. Достапноста до аптеки е 12,7 пати пониска за лицата од рурална средина. Исто така, матичните лекари се 5,24 пати подостапни за урбаните пациенти. Разликата е уште поизразена кога станува збор за специјалистичка здравствена заштита – лекарите специјалисти се 11,54 пати повеќе достапни за урбаното население, а болниците се 11,4 пати подостапни за жителите на урбани подрачја. Овие податоци укажуваат на значаен јаз во просторната распределба на здравствени ресурси, што може директно да влијае на квалитетот и навременоста на здравствената заштита за населението во руралните региони.

Истражувањето на Европскиот форум на пациенти покажува дека жителите на рурални подрачја генерално ја сметаат основната здравствена заштита за достапна, но имаат поголеми тешкотии со пристапот до специјализирани услуги и болници, во споредба со урбаното население. [58]

Според нашето истражување речиси половина од испитаниците морале да патуваат во друг град за да добијат потребна здравствена услуга, додека околу третина се обратиле на приватни здравствени установи, а мал број (околу 1%) дури и патувале во друга земја за лекување. Кога станува збор за специјалистички прегледи, околу 16% од пациентите морале да патуваат повеќе од два часа со автобус, а речиси 7% патувале повеќе од два часа со автомобил. Студијата исто така покажа дека времето на патување е значително пократко за пациентите што живеат во урбани средини. Овие податоци укажуваат на значителна географска нееднаквост во пристапот до здравствени услуги, при што лицата од руралните области се принудени да патуваат значително повеќе за да дојдат до соодветна здравствена заштита.

Според истражувањето на Европскиот форум на пациенти, речиси 40% од испитаниците морале да патуваат во друг град, околу 18% во друг регион, а приближно 9% во друга земја за да добијат потребна здравствена услуга. Во истата студија лицата од руралните подрачја почесто мораат да патуваат до друг град (68,4%) или регион (32,6%) за здравствена услуга, во споредба со оние од урбаните средини (29,5% и 13,0%). [58]

Слични истражувања покажуваат дека лицата кои живеат во рурални средини имаат ограничен пристап до специјалистичка здравствена заштита. Ова се должи на помала покриеност со специјалисти, како и на тешкотиите поврзани со обезбедување превоз. Истражувањата исто така докажуваат дека пациентите од руралните подрачја



патуваат два до три пати подалеку за да добијат специјалистички преглед во споредба со жителите на урбаните средини. [89-91]

Истражување во Грција спроведено меѓу пациенти со хронични незаразни болести покажува дека околу четвртина од испитаниците се соочуваат со географски бариери при пристап до здравствени услуги. Најзагрозени се пациентите со понизок приход, жените, лицата со полоша здравствена состојба и студентите, додека вработените со договор на дело имаат помали, но сè уште присутни бариери. [67]

Студија спроведена меѓу пациенти со малигни заболувања потврдува дека лицата од руралните средини се соочуваат со поголеми социоекономски и здравствени тешкотии во споредба со урбаните, вклучувајќи поголема сиромаштија, недостаток на здравствено осигурување и откажување од потребна медицинска нега. [92] Преживеаните од малигно заболување во руралните подрачја почесто се соочуваат со полошо психофизичко здравје, вклучувајќи психичка вознемиреност, хронични заболувања и невработеност предизвикана од некое заболување. Пристапот до континуирана примарна и дополнителна нега е тешко остварлив поради оддалеченоста, високите трошоци и времето потребно за патување. [93-95]

Во нашето истражување во однос на делот на брзина за добивање на термин за преглед, просечната брзина беше одредена средно до бавно, со сигнификантна разлика меѓу осумте статистички региони, односно сигнификантно побавно добивање на термин во Скопскиот регион споредено со 5 останати региони - Вардарски, Источен, Југозападен, Југоисточен и Полошки.

Во студијата на Европскиот форум на пациенти, пациентите пријавиле различни видови одложувања во пристапот до здравствени услуги: 20% од нив имале доцнења при добивањето лекови, 24% за изведување медицински интервенции, 17% за обезбедување медицински помагала, 37% за дијагностички тестови, 24% за прегледи кај матичен лекар, половина од нив за преглед кај специјалист и 20% за користење социјални услуги. [58]

Во слично истражување спроведено во Грција кај пациенти со хронични незаразни болести, повеќе од половина од испитаниците (55,1%) навеле дека се соочуваат со тешкотии во пристапот до здравствена заштита поради долгите листи на чекање. Во оваа студија, пациентите со повисоки приходи поретко се соочувале со вакви бариери, додека невработените имале поголема веројатност за ограничен пристап поради чекањето во споредба со вработените. [67]

Во нашето истражување во делот на информираноста за здравствените служби и услуги, над половина од испитаниците изјавија дека се делумно или целосно информирани. Не беше утврдена сигнификантна разлика во однос на рурално или урбано население и информираноста за здравствените услуги.



За разлика од нашето истражување во истражувањето спроведено од Хуеви и соработниците, за разликите во пристапот на здравствена заштита меѓу рурално и урбанно население, утврдено е дека жителите од рурална средина имаа помал пристап до неколку извори на здравствени информации и тоа од матичните лекари, специјалистите, стоматолозите, верски организации, јавни организации, научници, блогови или веб-страници на познати личности, списанија и радио. Исто така, руралното население помалку употребува интернет за информации од здравствен аспект. [96] Истражувањето на Европскиот форум на пациенти покажува дека интернет-страниците и информациите добиени од здруженијата на пациенти се сметаат за најквалитетни извори на информации за здравствени услуги, додека јавните здравствени власти и осигурителните компании се оценети послабо. [58]

Истражувањата укажуваат дека пациентите со повисоко ниво на образование располагаат со подобри информации за алтернативните третмани на нивната болест и се посвесни за значењето на унапредувањето и превенцијата на здравјето. Овие лица полесно ги надминуваат потенцијалните бариери во пристапот до здравствени услуги преку самоследење и повисоко ниво на информираност за достапните третмани. Дополнително, утврдено е дека и социјалните мрежи имаат значајно влијание врз пристапот до здравствените услуги. Пациентите со повисоко образование почесто располагаат со побројни и повлијателни социјални врски, што може да придонесе за намалување на бариерите и олеснување на пристапот до здравствена заштита. [97,98]

Разликите во географскиот пристап до здравствена заштита се реалност со која се соочуваат многу земји, вклучително и Република Северна Македонија, поради специфичните територијални и демографски услови. Сепак, и покрај оваа неизбежност, степенот до кој овие разлики се толерираат не треба да ја наруши правичноста и квалитетот на здравствената заштита што ја добиваат сите граѓани. Во таа смисла, природните и инфраструктурните пречки мора да се препознаат и да се земат предвид, но тие не смеат да претставуваат оправдување за недостапност или значително намален квалитет на здравствените услуги во одредени региони. Современите технологии и иновации, како што се телемедицината и мобилните здравствени тимови, како и инвестирањето во здравствената инфраструктура и транспортната логистика, претставуваат клучни алатки за намалување на овие разлики. Стратегиите за здравствена заштита треба да бидат насочени кон обезбедување еднаков пристап до основни здравствени услуги, независно од географската локација, со посебен фокус на поддршка на ранливите и руралните средини. Толеранцијата кон географските разлики во пристапот до здравствена заштита треба да биде ограничена и јасно дефинирана, со цел да се осигура дека не се нарушуваат основните права на граѓаните за квалитетна и навремена здравствена грижа. Секоја разлика што доведува до нееднаквости во здравствените исходи или пристапот кон услугите е неприфатлива и бара итни интервенции. Овој пристап е во согласност со принципите на универзална здравствена покриеност и праведност, како и со националните и меѓународните стандарди за човекови права и здравје. Во таа насока, потребна е континуирана посветеност и координација помеѓу



здравствениот сектор и другите релевантни институции, како и поддршка од политичката и општествената заедница, со цел да се минимизираат географските разлики и да се обезбеди фер и инклузивен пристап до здравствена заштита за сите граѓани на Република Северна Македонија. [99-101]

8.1.3. Дискриминација при здравствена заштита

Стигмата и дискриминацијата во здравствените установи имаат негативно влијание врз пациентите, што може да резултира со одложување или избегнување на потребната медицинска нега и следствено влошување на здравствената состојба. Овие негативни искуства произлегуваат од стереотипи, предрасуди и дискриминаторски практики насочени кон лицата врз основа на нивната здравствена состојба, социоекономски статус или други перципирани карактеристики. Таквите бариери не само што ја намалуваат довербата на пациентите во здравствениот систем, туку и го отежнуваат пристапот до квалитетна и навремена здравствена заштита. [49,102,103]

Во однос на дискриминираноста во нашето истражување, најголем дел од пациентите не се почувствувале дискриминирани. Дел е пациентите почувствувале одреден вид на дискриминација и тоа најчесто поради нивната возраст односно тоа што се стари - 9,32%, поради нивната хронична болест - 6,82% од испитаниците и поради нивниот социјален статус - 6,16% од испитаниците.

Во истражувањето на Европскиот форум на пациенти, околу половина од испитаниците се изјаснале дека никогаш не почувствувале стигматизација при користење здравствени услуги. Меѓу оние што се чувствувале стигматизирани, најчесто тоа било поврзано со хронични болести, возраст, попреченост и ментално здравје. Дополнително, стигмата била присутна и поради пол, приход, социјален статус, сексуална ориентација, етничка припадност, религија, националност, телесна тежина или перцепција за компетентност. [58]

Во нашето истражување, голем дел од испитаниците (44,1%) пријавиле несоодветен однос од страна на здравствениот персонал, користење на неразбирлив јазик (12,27%), одбивање на третман (7,04%) и негирање на правата на пациентите (6,55%). Слични резултати биле добиени и во истражувањето на Европскиот форум на пациенти, каде испитаниците често го истакнувале односот на здравствениот персонал како главен проблем (64,3%), а исто така се соочувале и со негирање на права (20%), недостаток на здравствени услуги, користење несоодветен јазик и одбивање на третман. [58]

Нашето истражување покажа дека значителен дел од пациентите сметаат дека само делумно успеваат да ги остварат своите права во здравствениот систем. Перцепцијата за почитување на правата од страна на здравствениот персонал е поделена – додека едни



сметаат дека нивните права се почитуваат, други имаат спротивно искуство. Анализата дополнително покажува дека повозрасните пациенти почесто имаат позитивна перцепција за односот на здравствените работници кон нивните права, што укажува на можеен генерациски или искуствен фактор во начинот на кој се доживува здравствената грижа.

8.1.4. Задоволство и доверба при здравствена заштита

Задоволството и довербата на пациентите се клучни елементи за успешна здравствена заштита. Квалитетната комуникација, почитувањето на пациентот и ефективната грижа придонесуваат за повисоко ниво на задоволство, што пак ја зголемува довербата кон здравствениот систем и лекарите. Довербата е важна за подобра соработка, следење на терапијата и редовни контроли, што директно влијае на подобрување на здравствената состојба.

Точната информација за здравствениот статус на пациентот, согласноста за испитувања и третман се смета за камен-темелник во односот лекар-пациент. Во нашето истражување, голем дел од пациентите (78,89%) изјавиле дека секогаш се информирани за својот здравствен статус. Истовремено, повеќето од нив (63,61%) сметаат дека информациите за нивниот здравствен статус секогаш се чуваат во тајност. Дополнително, најголем број пациенти тврдат дека здравствениот персонал (78,13%) секогаш бара согласност пред да изврши било каква медицинска интервенција.

Истражувањето на Европскиот форум на пациенти покажува дека пациентите различно ја оценуваат информираноста и вклученоста во одлуките на здравствениот персонал за нивната здравствена грижа, при што дел од нив (околу 20%) ретко добиваат доволно информации или учествуваат во процесот. Пациентите од руралните средини се позадоволни од комуникацијата и прилагодувањето на услугите според нивните потреби во споредба со урбаните. [58]

Во други истражувања утврдено е дека лицата со пониски примања, со помало образование и од друга расна/етничка припадност од мнозинството имаат помал пристап до здравствени информации, кој на крајот може да придонесе за нарушување на здравјето. [104-106]

Во нашето истражување, повеќе од половина од пациентите (62,21%) секогаш имаат пристап до својата медицинска документација. Исто така, повеќето од нив (65,43%) се задоволни од квалитетот на здравствените услуги што ги примаат и сметаат дека тие услуги се безбедни (63,70% од испитаниците).

Истражувањето на Европскиот форум на пациенти покажува дека голем дел од испитаниците (46,13%) се задоволни од континуитетот и квалитетот на здравствената



грижа, при што повеќето сметаат дека добиваат грижа согласно професионалните стандарди. Сепак, некои пациенти доживуваат чувство на несигурност во безбедноста на грижата, за разлика од други се уверени дека се безбедни при користењето на здравствените услуги. [58]

Задоволството на пациентите е еден од клучните индикатори за оценување на квалитетот на здравствената грижа. Тоа има двоен ефект – од една страна може да влијае врз здравјето на пациентите, а од друга страна врз економските аспекти на здравствениот систем, вклучително и медицинските трошоци. Поради ова, задоволството се смета за неопходен елемент при проценка на здравствените услуги. Бројни истражувања го анализираат токму задоволството на пациентите во однос на квалитетот на комуникација со здравствените работници. Резултатите покажуваат дека и вербалната и невербалната комуникација играат значајна улога во градењето позитивно искуство кај пациентите. Дополнително, добра комуникација го поттикнува придржувањето кон медицинските совети и ја зголемува веројатноста пациентите повторно да се обратат кај својот матичен лекар. [107-111]

Истражувањата покажуваат дека задоволството на пациентите од матичните лекари зависи од повеќе аспекти, меѓу кои најзначајни се достапноста на термините за преглед, односот меѓу лекарот и пациентот, како и општото ниво на здравствена нега. Пациентите посебно го ценат личниот контакт при прегледите и континуирираниот однос со својот матичен лекар. Високото ниво на задоволство најчесто се поврзува со довербата, начинот на комуникација и човечкиот пристап што лекарот го покажува кон пациентот. [112-114]

Во рамки на нашето истражување, половина од испитаниците изразиле максимално задоволство од својот матичен лекар. Највисоко ниво на задоволство било забележано во Вардарскиот регион, додека најниско задоволство било евидентирано во Југозападниот регион. Дополнително, анализата покажала дека пациентите од рурални средини имаат значително повисоко задоволство од матичниот лекар во споредба со оние од урбаните подрачја. Ова е утврдено и во други слични истражувања кои покажуваат дека пациентите во руралните средини почесто се задоволни од матичните лекари поради подлабоката лична врска лекар-пациент, помалиот број пациенти и побавниот ритам на работа, што овозможува повеќе време и внимание кое лекарот го посветува на своите пациенти. Ограничениот избор на здравствени услуги во руралните подрачја ја зголемува лојалноста и благодарноста кон матичниот лекар, додека пониските очекувања за брзина и опфат на услуги дополнително ја подобруваат нивната задоволност. [115-118]

Кога станува збор за задоволството од лекарите специјалисти, резултатите во нашето истражување се различни. Повеќе од половина од испитаниците ја оценија својата искуствена взаемна соработка со специјалистите со оценка 4 (на скала од 1 – најниска, до 5 – највисока оценка), додека четвртина од испитаниците дадоа оценка пониска од 3. Во овој сегмент, повисоко ниво на задоволство беше забележано кај пациентите од урбаните



средини. Во однос на генерално задоволство од здравствените услуги во последните 12 месеци, просечната оценка изнесуваше 3,34 (на скала од 1 – најниска, до 5 – највисока оценка). Кај 50% од испитаниците оценката беше 3, додека кај четвртина од пациентите оценката беше помала од 3. Највисоко задоволство имаше меѓу пациентите во Источниот регион, додека најниско во Скопскиот регион. Според статистичките анализи, пациентите од урбани средини покажале значително поголемо задоволство во споредба со оние од руралните подрачја.

Нашите резултати се поклопуваат со резултатите на други истражувања од ваков тип. Овие наоди во голема мера се препишуваат на полесниот и побрз пристап до специјализирана здравствена нега, поголемата понуда и избор на специјалисти, како и подобрите услови и инфраструктура во урбаните болници и клиници. Исто така, урбаните пациенти почесто имаат можност за поголема флексибилност при закажување прегледи и користење на современи медицински технологии, што придонесува за повисоко ниво на задоволство од услугите што пациентите ги добиваат. [115,119,120,121]

Во истражување спроведено од *Katsaliaki*, укажана е на разлика во перцепцијата на задоволството од комуникацијата кај лекарите и кај пациентите: 67,3% од пациентите изразиле задоволство од начинот на комуникација со лекарите, додека кај лекарите тој процент бил повисок - 83,7%. Ова укажува на потреба од унапредување на комуникацијата меѓу здравствениот персонал и пациентите, особено во однос на објаснувањето на алтернативните третмани и времето кое се посветува на разговор. Сите испитаници се согласиле дека недостигот на медицински персонал претставува пречка за квалитетна и ефективна комуникација. Како главни фактори што влијаат на нивото на задоволство се издвоиле: должината на разговорот, можноста за поставување прашања и интересот што персоналот го покажува за индивидуалната состојба на пациентот. [114]

Резултатите од истражувањето на *Sebo* и соработниците укажуваат на релативно високо ниво на задоволство кај пациентите во однос на организациските аспекти на грижата што ја обезбедуваат матичните лекари, особено кога станува збор за нивната достапност и пристап. [111] Друго истражување спроведено во Кипар, укажува на повеќе од 80% задоволство на пациентите од примарната здравствена заштита. [122]

Довербата во здравствениот систем претставува основа за функционално и ефикасно здравство. Кога граѓаните веруваат дека ќе добијат квалитетна, безбедна и правична здравствена услуга, тие се подготвени навремено да побараат медицинска помош, да учествуваат во превентивни програми и да ги следат терапевтските препораки. Наспроти тоа, недовербата доведува до избегнување на самиот здравствен систем, одложена здравствена интервенција и зголемени здравствени и социјални трошоци. За зајакнување на довербата, покрај етичкиот и професионален однос на здравствените работници, клучно е да се подобри и самата структура на системот. Тоа вклучува континуирано унапредување на здравствената инфраструктура, особено во руралните подрачја, се со цел создавање пристојни и функционални услови за третман.



Дополнително, потребна е постојана едукација и професионален развој на здравствените работници, со акцент на комуникациски вештини, етика и работа со ранливи групи. Истовремено, зголемувањето на бројот на здравствени работници и нивната правична распределба низ сите региони е неопходно за навремено и квалитетно обезбедување на услуги. Само преку овие зајакнувања- инфраструктурни, кадровски, може да се создаде здравствен систем кој граѓаните го доживуваат како достапен, сигурен и вреден за доверба. [123-127]

8.2. КВАЛИТАТИВЕН ДЕЛ

Нашето истражување покрај квантитативниот дел (анализа на еднаквоста на здравствена заштита од аспект на пациент и нивната болест/и), вклучуваше и квалитативен дел каде покрај јавно-здравствениот товар од селектираните ХНЗ, анализирани беа размислањата и гледиштата на здравствените работници - доктори и медицински сестри во однос на здравствената заштита кај пациентите со хронични незаразни заболувања во нашата држава. Опфатени беа 52 здравствени работници, 21% од машки и 79% од женски пол, од трите нивоа на здравствена заштита во државата.

Според општите согледувања на здравствените работници, навигацијата низ здравствениот систем – како при поставување дијагноза, така и во текот на лекувањето на хронични незаразни заболувања претставува исклучително тежок и исцрпувачки процес, и за пациентите и за нивните семејства. Многу здравствени работници посочуваат дека, поради тековни работни и организациски предизвици, не се во можност секогаш да одговорат на барањата на пациентите. Лекарите од примарна здравствена заштита укажуваат на тешкотиите со кои се соочуваат при закажување на потребни термини за преглед кај специјалистите. Лекарите од секундарната и терциерната здравствена заштита укажуваат дека поддршката од примарното ниво е недоволна, што резултира со неправилна и нерамномерна распределба на товарот меѓу различните нивоа на системот. Ова доведува до ситуација во која одреден број случаи остануваат без навремена здравствена грижа, и покрај реалната и итна потреба – најчесто завршувајќи на листите за чекање. Дополнително, здравствените работници се согласуваат дека не постои унифициран и спроведуван стандард во однос на кадровските и просторните услови што треба да се исполнат на сите три нивоа на здравствена заштита – примарно, секундарно и терциерно.

Во нашето истражување, здравствените работници се чувствуваат како колатерална штета на еден преоптоварен систем, кој не може да обезбеди навремено закажување на дијагностички процедури (како што се компјутерска томографија, магнетна резонанца, ехографија, рентген и др.). Како дополнителен проблем го посочуваат недостигот на време, поради зголемен обем на работа или технички проблеми, што влијае на нивната можност за комуникација со пациентите и одржување на



професионален однос. Ова, во очите на пациентите, често се перцепира како негрижа или дури и дискриминација. Медицинскиот персонал верува дека намалување на бројот на пациенти по здравствен работник и зголемување на кадарот би можело значително да го подобри овој аспект. Тие истакнуваат дека квалитетната комуникација и доволното внимание посветено на пациентот ја зајакнува довербата и го подобрува целокупното искуство со здравствениот систем.

Овие анализи активно се спроведуваат и во светски рамки. Истражувањата посочуваат дека здравствените работници сè повеќе ја препознаваат важноста на еднаквоста и правичноста во здравствената заштита, насочувајќи се кон фер и недискриминаторски пристап до здравствени услуги за сите поединци, без оглед на нивното потекло, социјален статус или животни околности. Ова подразбира справување со системските бариери и активно обезбедување на услови секој да има еднаква можност да го достигне својот целосен здравствен потенцијал. Во својата основа, современата здравствена заштита сè повеќе ја препознава вистинската вредност на еднаквоста и правичноста. Здравствениот персонал разбира дека вистинската извонредност не се мери само преку клинички резултати, туку и преку способноста системот праведно да одговори на потребите на секој поединец – обезбедувајќи им на сите реална можност за здрав, достоин и исполнет живот. [128-130]

Во истражувањето на Европскиот форум на пациенти, испитаниците- пациентите истакнале неколку клучни прашања за подобрување на еднаквоста во пристапот до здравствена заштита. Тие нагласиле потреба од подобро образование на здравствените работници, како и изнаоѓање на решенија за нееднаквостите во пристап до квалитетна здравствена заштита во зависност од географската локација, со посебен фокус на проблемите во руралните средини. Исто така, биле потенцирани ограничувањата поврзани со недостаток на финансиски средства и ресурси за здравствена заштита, потешкотии при пристап до одредени услуги, особено стоматолошка нега, како и проблемите на пациентите со ретки болести. Дополнително, биле наведени проблемите со недостигот и високите цени на лековите. [58]

Во светски рамки се спроведени бројни истражувања за гледиштата на здравствениот персонал во однос на проблемите со кои се соочуваат пациентите при здравствената заштита, и здравствениот персонал идентификува бројни бариери кои влијаат врз пристапот на пациентите до здравствена заштита. [131] Меѓу најчестите бариери се проблемите со пристапот на здравствените услуги, особено во руралните оддалечени области, каде што пациентите често се соочуваат со ограничен број здравствени установи и долг период на чекање за преглед. Транспортот претставува значаен проблем, бидејќи многу пациенти немаат лесен пристап до јавен превоз или финансиски средства за патување до здравствените центри, што дополнително ги отежнува посетите кај лекар. [132] Физичката достапност, како што се неприлагодени простории и недостаток на инфраструктура за лица со попреченост, исто така претставува голема бариера. [133] Дополнително, комуникациските предизвици, вклучувајќи јазични



бариири и недостаток на јасни и разбирливи информации, го отежуваат разбирањето на здравствените препораки и третмани. [134] Многу пациенти исто така имаат недоволно познавање за опсегот на здравствено осигурување и опциите за лекување што им стојат на располагање, што може да предизвика конфузија и неизвесност при донесувањето одлуки. [135] Сите овие фактори водат кон одложување или во некои случаи целосно откажување од потребната здравствена грижа, што значително ја намалува ефикасноста на третманот и резултира со полоши здравствени исходи, зголемување на оптовареноста со хронични болести и компликации. Оваа комплексна мрежа на пречки ја зголемува нееднаквоста во здравството и ја нагласува потребата од системски решенија за подобрување на пристапот до квалитетна здравствена заштита за сите категории пациенти.



9. ЗАКЛУЧОЦИ

Зајакнувањето на здравствениот систем и намалувањето на здравствените нееднаквости се од клучно значење за обезбедување универзална и правична здравствена заштита во Република Северна Македонија. И покрај значителниот напредок во подобрувањето на здравствените индикатори како што се зголемување на животниот век и намалување на предвремената смртност, нееднаквостите во пристапот и квалитетот на здравствените услуги остануваат сериозен предизвик, особено за ранливите групи во општеството. Овие нееднаквости не само што претставуваат морален и етички проблем, туку носат и големи економски и социјални последици, делувајќи негативно врз социјалната кохезија и општата добросостојба. За да се изградат поефикасни и одржливи здравствени системи неопходно е да се идентификуваат конкретните бариери што ги спречуваат ранливите категории, како што се лицата со хронични заболувања, да добијат системски регулирана квалитетна здравствена заштита. Според нашето истражување чија основна цел беше да се истражи поврзаноста меѓу социоекономските детерминанти и хоризонталната еднаквост при остварувањето на здравствената заштита на лицата со хронични незаразни заболувања, може да се заклучи:

- Заедничкото учество на малигни неоплазми, дијабетес мелитус, исхемична болест на срце, цереброваскуларни и хронични долгореспираторни проблеми, во вкупната годишна смртност (2020-2024) е највисоко во 2024 година (44,79%), што укажува на континуиран пораст во текот на петгодишниот период. Единствен пад во процентуалната застапеност е забележан во 2021 година (32,77%), што се должи на зголемената смртност од КОВИД-19 за време на пандемијата. Во периодот 2020–2024 година, анализата на смртноста во Република Северна Македонија покажува дека малигните неоплазми имаат највисок морталитет споредено со останатите селектирани заболувања од истражувањето;
- Финансискиот пристап до здравствени услуги е значително ограничен особено во делот за пристап до преглед од специјалист во приватна здравствена установа. Само 8,55% од пациентите во град и 7,20% од пациентите од село можат секогаш да си ги дозволат овие здравствени услуги. Пристапот е ограничен посебно кај руралното население каде нашите резултати одат во прилог на сигнификантно поголема финансиска можност за овие здравствени услуги за пациентите од урбана средина. Овој тренд укажува на социоекономски нееднаквости кои бараат таргетираны интервенции;
- Географската достапност на здравствените установи е значително пониска во руралните средини, каде што пристапот до аптеки, матични лекари, специјалисти и болници е статистички значајно помал во споредба со урбаните подрачја. Достапноста на аптеки е 12,7 пати пониска за лицата кои живеат во рурална средина, додека матичните лекари се 5,24 пати подостапни за урбаното население. Разликата е уште поизразена кај специјалистичката здравствена заштита, при што



лекарите специјалисти се 11,54 пати, а болниците се 11,4 пати подостапни во урбаните подрачја. Географскиот пристап до здравствена заштита кај руралното население е понизок во однос на урбаното, што е резултат на структурни и логистички фактори. Оваа разлика може да се смета за толерантна сè додека не доведува до здравствена нееднаквост, односно до полоши и неостварливи здравствени услуги. Критериумот за прифатливост не е еднаквоста на услугите, туку еднаквоста на шансите за здравје, при што здравствениот систем има обврска да ги компензира географските ограничувања;

- Пациентите со хронични заболувања од село имаат за 2,00 пати сигнификантно повеќе проблем со растојанието до лекар специјалист во однос на оние со живеалиште во град;
- Во истражувањето беше утврдена статистички сигнификантна разлика меѓу осумте статистички региони во однос на брзината на добивање термин за преглед кај лекар специјалист. Оваа разлика произлегува од сигнификантно побавното закажување термин во Скопскиот регион во споредба со пет региони: Вардарскиот, Источниот, Југозападниот, Југоисточниот и Полошкиот регион. Исклучок претставуваат Североисточниот и Пелагонискиот регион, каде што разликата во брзината на закажување беше несигнификантно побрза во однос на Скопскиот регион. Најбрзо добивање термин кај лекар специјалист беше забележано во Источниот регион, додека најбавно беше во Скопскиот регион. Особено е изразено што кај 50% од пациентите од Скопскиот регион брзината на закажување беше оценета како „многу бавна“, додека во останатите региони 50% од пациентите ја оценија брзината на добивање термин како „средна“ или „бавна“. И покрај тоа што Скопскиот регион има најголема концентрација на здравствени установи, беше утврдено дека пациентите во овој регион се соочуваат со подолго време на чекање за термини кај специјалисти, што укажува на преоптовареност на системот и потреба за подобра организација на здравствените ресурси;
- Значителен дел од испитаниците (44,10%) пријавија несоодветен однос од страна на здравствениот персонал, додека 12,27% наведоа користење на неразбирлив јазик, 7,04% одбивање на третман и 6,55% негирање на правата на пациентите. Овие податоци укажуваат на присуство на значајни проблеми во комуникацијата и практикувањето на правата на пациентите, што ја потенцира потребата од подобрување на професионалниот однос и едукација на здравствениот персонал;
- Ставовите за почитување на правата на пациентите од страна на здравствениот персонал сигнификантно растеше кај повозрасните пациенти, несигнификантно растеше кај пациентите од машки пол и пациентите од рурална средина. Овие наоди може да укажуваат на пониски очекувања или различни перцепции за функционирањето на здравствениот систем кај одделни групи на население. Најзадоволни во однос на почитувањето на правата на пациентите од страна на



здравствениот персонал имаа пациентите од Вардарскиот регион (72,00%), додека најмалку задоволни имаше меѓу пациентите од Југозападниот регион (32,71%);

- Довербата во здравствениот систем во однос на заштита на личните податоци е поголема кај руралното население каде 73,66% од испитаниците се изјаснија позитивно, за разлика од 56,95% од пациентите од град. Истовремено и довербата во однос на безбедноста на услугите е поголема кај руралното население каде 70,39% од испитаниците се изјаснија позитивно во споредба со 59,26% од пациентите од град. Овие резултати може да се поврзат со поблискиот однос со здравствените работници и помалиот број на здравствени установи во рурална средина;
- Пациентите од рурална средина изразуваат поголемо задоволство од здравствените услуги, особено од матичниот лекар, во споредба со пациентите од урбани средини. Ова укажува на важноста на персонализираниот пристап и довербата во примарната здравствена заштита.

Согласно резултатите од квалитативниот дел на нашето истражување односно од спроведените интервјуа со здравствените работници, може да се заклучи дека:

- Достапноста на термини за преглед кај лекари специјалисти е сериозно ограничена, како резултат на предвременно резервирање на истите од самите здравствени работници, како и појава на несоодветно закажување за пациенти кои не се приоритетни. Овој феномен директно го нарушува принципот на еднаков пристап до здравствени услуги;
- Во некои здравствени установи, особено во помалите градови, се забележува намалување на практичната стручност кај дел од специјалистите, како и недоволна распределеност на медицински кадар од клучни профили, што влијае врз квалитетот и достапноста на здравствената грижа;
- Постојат значајни разлики меѓу здравствените установи во различни градови, како во однос на инфраструктурната опременост, така и во однос на човечките ресурси. Овие нееднаквости особено се изразени во секундарната здравствена заштита и се одразуваат врз ефективноста на дијагностиката и терапијата. Истовремено загрижувачки е трендот на опаѓање на функционалноста и капацитетите на болници во одредени градови, кои, иако во минатото биле функционални, сега се соочуваат со недостиг на кадар и технички услови за работа;
- Руралните средини се системски запоставени во однос на здравствената инфраструктура, достапноста на кадар и организираниите здравствени услуги. Последиците од оваа состојба се видливи преку зголемена потреба за патување во



урбани центри, што претставува дополнителен финансиски и психолошки товар за пациентите. Потребата за чест и скап транспорт до здравствени центри претставува сериозен предизвик за пациентите, особено оние од социјално ранливи категории. Овој товар резултира со зголемено незадоволство и недоверба кон здравствениот систем;

- Пропишувањето на медикаментозна терапија често се базира на субјективна проценка на лекарот, што води до значителни разлики во третманот на пациенти со слични состојби. Дополнително, пациентите често бараат финансиски подостапни терапии, што понекогаш резултира со компромитирање на терапевтската ефикасност. Истовремено се забележува тренд на сè почеста употреба на суплементи, поттикната од медиумската промоција. Здравствените работници укажуваат на недоволна информираност за суплементите што ги користат пациентите, што носи ризик од можни интеракции и несакани ефекти со редовната терапија;
- Иако здравствените работници признаваат присуство на несвесна и ненамерна дискриминација кон одредени пациенти, истовремено укажуваат дека и тие самите често се предмет на дискриминаторски однос од страна на пациентите, особено во контекст на преоптовареност и недоверба. Недостигот на време, високото работно оптоварување и техничките ограничувања негативно влијаат врз квалитетот на здравствената услуга и комуникацијата со пациентите. Медицинскиот персонал смета дека зголемувањето на бројот на здравствени работници би овозможило поквалитетна и поперсонализирана грижа, што е клучен предуслов за квалитет и зголемена довербата во здравствениот систем.

Резултатите од нашето истражување покрај директната примена во здравствениот сектор, може да бидат корисни и за другите сектори и институции со влијание врз социјалните и економските детерминанти на здравјето. Со координирано дејствување, овие сектори ќе можат да ги искористат нашите согледувања за надминување на причините за здравствените нееднаквости. Иницијативите и инвестициите насочени кон отстранување на нееднаквостите во пристапот до здравствена заштита, како и подобрување на условите што влијаат на здравјето на населението, ќе придонесат за создавање на поодржливо и правично општество. Така, здравствената правичност нема да биде само теоретска цел, туку ќе стане практична реалност која ќе овозможи подобар квалитет на живот за сите граѓани и ќе ја поддржи економската стабилност и социјалната кохезија во земјата.



10. РЕФЕРЕНЦИ

1. Косевска Е, Велиќ-Стефановска В, Најчевска М, и др. Културешки и структурни компетенции на здравствените работници. Учебник за студентите по медицински науки и здравство. Скопје: Фондација Отворено општество – Македонија; 2018. p. 6–18.
2. World Health Organization. Right to health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
3. World Health Organization. Human rights and health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Dec 1 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
4. Службен весник на РМ. Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ. 2012; бр. 43/2012.
5. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). UN Doc. E/C.12/2000/4; 2000.
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
7. Gostin LO, Sridhar D. Global health and the law. N Engl J Med. 2014 May 1;370(18):1732-40. doi:10.1056/NEJMr1314094.
8. Powers M, Faden R. Social justice: The moral foundations of public health and health policy. Oxford: Oxford University Press; 2006.
9. Frenk J. The health system: improving performance. In: Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM, editors. Challenges in health systems. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2012. p. 15-36.
10. Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. Int J Equity Health. 2021;20(1):14163. doi:10.1186/s12939-021-01416-3.
11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995 Mar;36(1):1-10. PMID:7738325.
12. Paköz MZ, Yüzer MA. Access to healthcare: A field survey in Istanbul. A|Z ITU J Faculty Architecture. 2014;11(2):271–90.
13. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
14. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
15. Cross TL, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR. Towards a culturally competent system of care. Volume I. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989.
16. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Rep. 2003;118(4):293-302.
17. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016.
18. Strategies for reducing health disparities 2016 – minority health – CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2016 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/minorityhealth/strategies2016/>
19. Advancing Health Equity in chronic disease prevention and management [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2022 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/healthequity/index.htm>
20. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.
22. Meyer BS, Luong TCN, Mamerow L, Ward PR. Inequities in access to healthcare: analysis of national survey data across six Asia-Pacific countries. Health Serv Res. 2013;13:238.
23. Comino EJ, Davies GP, Krastev Y, Haas M, Christl B, Furler J, Raymont A, Harris MF. A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care. BMC Health Serv Res. 2012;12:415.
24. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. New York: WHO; 1946.



25. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106.
26. Еднаквост и праведност [Internet]. *Case Management*; 2021 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <http://casemanagement.mk/еднаквост-и-праведност/>
27. Gómez CA, Kleinman DV, Pronk N, Wrenn GL, Ochiai E, Blakey C, Johnson A, Brewer KH. Addressing Health Equity and Social Determinants of Health Through Healthy People 2030. *J Public Health Manag Pract*. 2021 Nov-Dec;27(Suppl 6):S249-S257. doi:10.1097/PHH.0000000000001297.
28. World Health Organization. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva: WHO; 1997.
29. World Health Organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva: WHO; 2005.
30. United Nations General Assembly. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations; 2015.
31. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kirkby K, et al. Strengthening and expanding health inequality monitoring for the advancement of health equity: a review of WHO resources and contributions. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):49. doi: 10.1186/s12939-022-01811-4.
32. World Health Organization. *Health inequality monitoring: Harnessing data to advance health equity*. Geneva: WHO; 2013.
33. Social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/socialdeterminants-of-health>
34. Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on Health in All Policies approaches. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Sep 23]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/372714>.
35. Norheim OF, Chang AY, Bolongaita S, Barraza-Lloréns M, Fawole A, Gebremedhin LT, et al. Halving premature death and improving quality of life at all ages: cross-country analyses of past trends and future directions. *Lancet*. 2024. doi:10.1016/S0140-6736(24)02417-6.
36. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016;388:131-57.
37. Kataoka A, Fukui K, Sato T, Kikuchi H, Inoue S, Kondo N, et al. Geographical socioeconomic inequalities in healthy life expectancy in Japan, 2010-2014: An ecological study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2021;14:100204.
38. Dwyer-Lindgren L, Baumann MM, Li Z, Kelly YO, Schmidt C, Searchinger C, et al. Ten Americas: a systematic analysis of life expectancy disparities in the USA. *Lancet*. 2024;404:2299-2313.
39. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. *Marmot review 10 years on*. Institute of Health Equity; 2020 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/marmot-review-10-yearson>
40. European Public Health Association. *Closing the life expectancy gap of Roma in Europe*. Brussels: EPHA; 2018 [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://epha.org/closing-the-life-expectancy-gap-of-roma-in-europe/>
41. Mokhayeri Y, Mahmoudi M, Haghdoost AA, Amini H, Asadi-Lari M, Naieni KH. How within-city socioeconomic disparities affect life expectancy? Results of Urban HEART in Tehran, Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:80.
42. World Health Organization. *World report on social determinants of health equity* [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
43. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Ann Intern Med*. 2003 Feb 4;138(3):244-7.
44. Haggerty JL, Pinneault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008;6(2):116-23.
45. Levesque J-F, Pineault R, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Prud'homme A. Primary care affiliation and unmet needs for healthcare services for vulnerable populations: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Fam Pract*. 2012;13:63.
46. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R, Strumpf E. Equity in health care across five nations: summary findings from an international health policy survey. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2000;(388):1-7.
47. Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(6):424-8.
48. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.



49. Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127–40.
50. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
51. Xiang YZ, Li ML. Prevention and treatment of modern chronic non-communicable diseases. Shandong Science and Technology Press; 2004.
52. World Health Organization. New data: noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year, reveals new WHO/Europe report. 2025 Jun 27 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data--noncommunicable-diseases-cause-1-8-million-avoidable-deaths-and-cost-us-514-billion-USD-every-year--reveals-new-who-europe-report>
53. World Health Organization. Asthma [Internet]. Geneva: WHO; 2024 May 6 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
54. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
55. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; updated 2025 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
56. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 Nov 6 [cited 2025 Aug 22]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
57. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; [updated 2025; cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
58. EPF's survey – Final report [Internet]. EU Patient; [cited 2023 Feb 8]. Available from: https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/access/final-access-survey-report_16-dec.pdf
59. Andrade CAS, Mahrouseh N, Gabrani J, et al. Inequalities in the burden of non-communicable diseases across European countries: a systematic analysis of the Global Burden of Disease 2019 study. *Int J Equity Health*. 2023;22:140. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01958-8>
60. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018;115(26):6440-5.
61. Jutz R. Health inequalities in Eastern Europe. Does the role of the welfare regime differ from Western Europe? *Soc Sci Med*. 2020;267:113357.
62. Thomson KH, Renneberg AC, McNamara CL, Akhter N, Reibling N, Bambra C. Regional inequalities in self-reported conditions and non-communicable diseases in European countries: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(1):14-21.
63. Zatonski W. The east-west health gap in Europe—what are the causes? *Eur J Public Health*. 2007;17(2):121-121.
64. Richardson EA, Pearce J, Mitchell R, Shortt NK, Tunstall H. Have regional inequalities in life expectancy widened within the European Union between 1991 and 2008? *Eur J Public Health*. 2014;24(3):357-63.
65. Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet*. 2018;391(10134):2036-46.
66. Freisling H, Viallon V, Lennon H, Bagnardi V, Ricci C, Butterworth AS, et al. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. *BMC Med*. 2020;18(1):1-11.
67. Kyriopoulos II, Zavras D, Skroumpelos A, Mylona K, Athanasakis K, Kyriopoulos J. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int J Equity Health*. 2014 Jul 25;13:54. doi: 10.1186/1475-9276-13-54.
68. Haagsma JA, Charalampous P, Ariani F, Galloway A, Moesgaard Iburg K, Nena E, et al. The burden of injury in Central, Eastern, and Western European sub-region: a systematic analysis from the Global Burden of Disease 2019 Study. *Arch Public Health*. 2022;80(1):142.
69. Weziak-Bialowolska D. Health conditions in regions of Eastern and Western Europe. *Int J Public Health*. 2014;59(4):529-39.
70. Chen X, Orom H, Hay JL, Waters EA, Schofield E, Li Y, Kiviniemi MT. Differences in rural and urban health information access and use. *J Rural Health*. 2019;35(3):405-17.
71. Houeninvo H, Quenum VCC, Senou MM. Out- Of- Pocket health expenditure and household consumption patterns in Benin: Is there a crowding out effect? *Health Econ Rev*. 2023;13:19. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00429-8>
72. Dusetzina SB, Besaw RJ, Whitmore CC, Mattingly TJ 2nd, Sinaiko AD, Keating NL, Everson J. Cost-Related Medication Nonadherence and Desire for Medication Cost Information Among Adults Aged 65



- Years and Older in the US in 2022. *JAMA Netw Open*. 2023 May 1;6(5):e2314211. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.14211.
73. Cohen RA, Mykyta L. Prescription Medication Use, Coverage, and Nonadherence Among Adults Age 65 and Older: United States, 2021-2022. *Natl Health Stat Report*. 2024 Sep 5;(209). doi:10.15620/cdc/160016.
 74. Harrington DW, Wilson K, Bell S, Muhajarine N, Ruthart J. Realizing neighbourhood potential? The role of the availability of health care services on contact with a primary care physician. *Health Place*. 2012;18(4):814-23. doi:10.1016/j.healthplace.2012.03.011.
 75. World Health Organization. Regional Office for Europe. Towards health equity, cohesion and resilience in inner North Macedonia: findings from an assessment of barriers to health services. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2024. ISBN: 9789289060950.
 76. Fiscella K, Williams DR. Health disparities based on socioeconomic inequities: implications for urban health care. *Acad Med*. 2004;79(12):1139-47.
 77. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001;53(9):1149-62.
 78. Zandian H, Esfandiari A, Sakha M, Takian A. Strategies to reduce informal payments in health systems: a systematic review. *East Mediterr Health J*. 2019;25(12):914-22.
 79. Habibi Nodeh F, Jafari Pooyan I, Harirchi I, Arab M. Reduction and elimination solutions of informal payment in Iran's health system. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31(1):915-22.
 80. OECD. Financial hardship and out of pocket expenditure: Health at a Glance 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
 81. WHO Europe. Out of pocket payments for primary health care unaffordable for millions in Europe, new WHO report shows. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
 82. Goh CE, Mooney SJ, Siscovick DS, et al. Medical facilities in the neighborhood and incidence of sudden cardiac arrest. *Resuscitation*. 2018;130:118-23. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.07.005.
 83. Daly MR, Mellor JM, Millones M. Do avoidable hospitalization rates among older adults differ by geographic access to primary care physicians? *Health Serv Res*. 2018;53(suppl 1):3245-64. doi:10.1111/1475-6773.12736.
 84. Ambroggi M, Biasini C, Del Giovane C, Fornari F, Cavanna L. Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: review of the literature. *Oncologist*. 2015;20(12):1378-85. doi:10.1634/theoncologist.2015-0110.
 85. Cote CL, Singh S, Yip AM, et al. Increased distance from the tertiary cardiac center is associated with worse 30-day outcomes after cardiac operations. *Ann Thorac Surg*. 2015;100(6):2213-8. doi:10.1016/j.athoracsur.2015.05.058.
 86. Deaton A, Lubotsky D. Income inequality and mortality in U.S. cities: weighing the evidence: a response to Ash. *Soc Sci Med*. 2009;68(11):1914-7. doi:10.1016/j.socscimed.2009.02.039.
 87. Kirby JBK, Kaneda T. Access to health care: does neighborhood residential instability matter? *J Health Soc Behav*. 2006;47(2):142-55. doi:10.1177/002214650604700204.
 88. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*. 2002 Jul;55(2):283-99. doi:10.1016/s0277-9536(01)00171-x.
 89. Anderson TJ, Saman DM, Lipsky MS, Lutfiyya MN. A cross-sectional study on health differences between rural and non-rural US counties using the County Health Rankings. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:4.
 90. Chan L, Hart LG, Goodman DC. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. *J Rural Health*. 2006;22(2):140-6.
 91. Manierre M. Examining the relationship between flexible resources and health information channel selection. *Health Commun*. 2016;31(1):22-34.
 92. Olson AL, Boyle WE, Evans MW, et al. Overall function in rural childhood cancer survivors. The role of social competence and emotional health. *Clin Pediatr (Phila)*. 1993;32(6):334-42.
 93. Weaver KE, Geiger AM, Lu L, et al. Rural-urban disparities in health status among US cancer survivors. *Cancer*. 2013;119(5):1050-7.
 94. Burris JL, Andrykowski M. Disparities in mental health between rural and nonrural cancer survivors: a preliminary study. *Psychooncology*. 2010;19(6):637-45.
 95. Horton R. Equality, discrimination and exceptionality in access to healthcare. *Northern Ireland Legal Q*. 2025;76(1):26-50.
 96. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*. 2015;129(6):611-20.
 97. Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med*. 1995;57(3):245-54.
 98. Kington RS, Smith JP. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. *Am J Public Health*. 1997;87(5):805-10.



99. World Health Organization. Towards leaving no one behind in North Macedonia: a mixed methods assessment of barriers to effective coverage with health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
100. UNICEF North Macedonia; USAID; Ministry of Health. Telemedicine pilot put into practice with new remote health monitoring devices. Skopje: UNICEF; 2023.
101. UNICEF North Macedonia. Cost benefit analysis of home visiting services in North Macedonia. Skopje: UNICEF; 2025.
102. Phelan SM, Salinas M, Pankey T, et al. Patient and Health Care Professional Perspectives on Stigma in Integrated Behavioral Health: Barriers and Recommendations. *Ann Fam Med*. 2023 Feb;21(Suppl 2):S56-S60. doi:10.1370/afm.2924.
103. Singh P, Jagnoor J, Khurram MF, Mishra B, Keshri VR. Stigma and discrimination in healthcare: Challenges faced by burn patients in India. *Burns*. 2025 Aug;51(6):107566. doi:10.1016/j.burns.2025.107566.
104. Viswanath K, Ackerson LK. Race, ethnicity, language, social class, and health communication inequalities: a nationally-representative cross-sectional study. *PLoS One*. 2011;6(1):e14550.
105. Ramirez AS, Estrada E, Ruiz A. Mapping the health information landscape in a rural, culturally diverse region: implications for interventions to reduce information inequality. *J Prim Prev*. 2017;38(4):345-62.
106. Yabroff KR, Lawrence WF, King JC, et al. Geographic disparities in cervical cancer mortality: what are the roles of risk factor prevalence, screening, and use of recommended treatment? *J Rural Health*. 2005;21(2):149-57.
107. Bovier P, Künzi B, Stalder H. Qualité des soins en médecine de premier recours: “à l’écoute de nos patients.” *Rev Med Suisse*. 2006;80:2176–82.
108. Safran DG, Montgomery JE, Chang H, Murphy J, Rogers WH. Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician’s practice. *J Fam Pract*. 2001;50:130–6.
109. Weisman CS. Communication between women and their health care providers: research findings and unanswered questions. *Public Health Rep*. 1987;102:147–51.
110. Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care*. 1985;23:521–38.
111. Sebo P, Herrmann FR, Haller DM. Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender? An observational study. *BMC Fam Pract*. 2016 Aug 27;17(1):120. doi:10.1186/s12875-016-0513-0.
112. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract*. 1995 Dec;45(401):654-9.
113. Bawakid K, Rashid OA, Mandoura N, et al. Patients' satisfaction regarding family physician's consultation in primary healthcare centers of Ministry of Health, Jeddah. *J Family Med Prim Care*. 2017 Oct-Dec;6(4):819-23. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_170_17.
114. Katsaliaki K. Evaluating patient and medical staff satisfaction from doctor–patient communication. *Int J Health Care Qual Assur*. 2022;35(1):38-55. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2022-0033>.
115. Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of rural residents and their access to health care services. *J Rural Health*. 2001;17(3):227-34. doi:10.1111/j.1748-0361.2001.tb00045.x.
116. Schootman M, Jeffe DB, et al. Perceptions of rural and urban cancer survivors regarding quality of care. *Cancer*. 2003 Jun 1;98(11):2686-95. doi:10.1002/cncr.11333.
117. Ricketts TC. The changing nature of rural health care. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:639-57. doi:10.1146/annurev.publhealth.21.1.639.
118. Mohan D, Rathi P. Access to healthcare in rural and urban areas: A comparative study. *Int J Health Sci Res*. 2020;10(5):229-37.
119. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among rural elderly residents. *Health Serv Res*. 2005;40(1):135-55.
120. Togioka BM, Young E. Diversity and Discrimination in Health Care. *StatPearls [Internet]*. 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568721/>
121. Richards T. Patients’ priorities. *BMJ*. 1999;318:277.
122. Samoutis G, Samoutis A, Stylianou N. Patient satisfaction in Cyprus’s Primary Care: a pilot study. *Authorea*. 2022 Mar 30. DOI:10.22541/au.164864578.87192495/v1
123. Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness [Internet]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
124. Level of confidence in and endorsement of the health system among internet users in 12 low income and middle income countries. *BMJ Glob Health*. 2020;5(12):e003762. doi:10.1136/bmjgh-2020-003762. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32859647/>
125. Zhang L, Wang X. Confidence in China’s healthcare system: a focus on lower middle class. *China Gen Soc Surv*. 2025;[Article in press]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40097888/>



126. Jovicic-Bata A, Dimitrijevic M, Kostic M. Women's trust in the healthcare system in Serbia: Validation of the Women's Trust and Confidence in Healthcare System scale. *Women's Health*. 2024;[Epub ahead of print]. doi:10.1177/17455057241249864. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17455057241249864>
127. World Health Organization. Towards health equity, cohesion and resilience in inner North Macedonia: findings from an assessment of barriers to health services. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2023.
128. Ni Luasa S, Ryan N, Lynch R. A systematic review protocol on workplace equality and inclusion practices in the healthcare sector. *BMJ Open*. 2023;13(5):e064939.
129. Umotong E. Consideration of equality, diversity, and inclusivity as a higher function. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2021;59(9):1040-2.
130. Getachew N, Shigut H, Jeldu Edessa G, et al. Catastrophic health expenditure and associated factors among households of non community based health insurance districts, Ilubabor zone, Oromia regional state, southwest Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2023;22:40. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01847-0>
131. Francis I, Omusi L. Equity, Equality, and Health Care [Internet]. *My American Nurse*; 2024 Dec 18 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.myamericannurse.com/equity-equality-and-health-care/>
132. Jezzoni LI, Rao SR, Ressalam J, Bolcic-Jankovic D, Agaronnik ND, Donelan K, Lagu T, Campbell EG. Physicians' Perceptions Of People With Disability And Their Health Care. *Health Aff (Millwood)*. 2021 Feb;40(2):297-306. doi:10.1377/hlthaff.2020.01452.
133. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J*. 2020 Apr 30;35(2):e122. doi:10.5001/omj.2020.40.
134. Tucker JL 3rd. Patients' knowledge of health plan coverage and satisfaction with care. *Am J Manag Care*. 2001 May;7(5):453-9. PMID: 11388125.
135. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1946 Jul 22 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>



АНЕКС 1 - АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК

Овој прашалник е дел од истражување во рамките на докторска теза која се однесува на еднаквостите во здравствена заштита. Неговото правилно пополнување е од големо значење за согледување на реалната ситуација и правилна интервенција. Прашалникот е анонимен, што значи дека нема можност за откривање на идентитетот на лицето кое го пополнило. Добиените податоци ќе бидат искористени само во научни цели. За негово пополнување ќе Ви бидат потребни максимум 15-20 минути.

Ве молиме НЕ ГО ПИШУВАЈТЕ ВАШЕТО ИМЕ

Ви благодариме на Вашата соработка!

1. Дали имате некое од следните хронични заболувања: кардиоваскуларно или цереброваскуларно заболување (срцев удар или мозочен удар), малигно заболување, хроничнореспираторно заболување (хронична опструктивна белодробна болест / астма) или дијабетес?

- Да
 Не

2. Означете кои од следните заболувања ги имате:

- срцево заболување (срцев удар)
 мозочен удар
 малигно заболување
 ХОББ (хронична опструктивна белодробна болест)
 астма
 дијабетес (шеќерна болест)
 друго (специфицирај) _____

3. Пред колку најмногу време Ви е дијагностицирана хроничната болест/и?

- околу 1 година
 1-3 години
 повеќе од 3 години

4. Колку пати во последните 2 години сте имале преглед за Вашата болест/и кај доктор специјалист во болница?

Број: _____

5. Напишете ја вашата возраст: _____

6. Пол: машки женски

7. Место на живеење: град село

8. Наведете во кој град/село живеете: _____



9. Работен статус:

- вработен со договор на неопределено време
- вработен со договор на дело
- невработен
- студент
- пензионер

10. Етничка припадност:

- Македонец Албанец Турчин Влав Бошњак Ром
- Друго (специфицирај) _____

11. Брачен статус:

- Во брак Со постојан партнер Семец/а без постојан партнер

12. Највисоко ниво на образование кое го имате:

- Без школо Основно Средно Вишо Високо
- Друго (специфицирајте) _____

13. Размислувајќи за вкупниот месечен приход и расходите кои ги имате во Вашето семејство, како би го оцениле приходот во семејството ?

- приходот многукратно ги надминува вообичаените месечни трошоци
- приходот ги надминува вообичаените месечни трошоци
- приходот целосно ги покрива вообичаените месечни трошоци, но има проблем при непредвидени трошоци
- приходот делумно ги покрива вообичаените месечни трошоци, но има можност за покривање на дополнителни трошоци
- приходот делумно ги покрива вообичаените месечни трошоци, и нема можност за покривање на дополнителни трошоци
- приходот не ги покрива вообичаените месечни трошоци, но има можност за покривање на дополнителни трошоци
- приходот не ги покрива вообичаените месечни трошоци, и нема можност за покривање на дополнителни трошоци

14. Дали сте корисник на здравствено осигурување (штиклирајте го соодветниот одговор):

- Да, преку фонд за здравствено осигурување на Р.С. Македонија
- Да, имам дополнително (приватно) здравствено осигурување
- Да, имам двојно здравствено осигурување
- Немам здравствено осигурување



15. Доколку би Ви биле потребни, дали можете (финансиски) да си ги дозволите следниве услуги (штиклирајте го соодветниот одговор):

Услуга	секогаш	многу често	понекогаш	ретко	никогаш
Преглед од специјалист во јавна здравствена установа					
Преглед од специјалист во приватна здравствена установа					
Физикална терапија во јавна здравствена установа					
Физикална терапија во приватна здравствена установа					
Лекови					
Лабораториски анализи кои не се покриени со осигурувањето					
Ренген, магнет, ехо или други снимања кои не се покриени со осигурување					

16. Дали чувствувате финансиски потешкотии поради потребата од лекување?

- Никогаш Ретко Понекогаш Често

17. Дали во изминатите 12 месеци ги намаливте трошоците за основни потреби, како што се храна или облека, за да може да ги покриете трошоците за здравствена заштита?

- Да Не

18. Дали во изминатите 12 месеци откажавте или одложивте здравствени прегледи поради цената на чинење?

- Никогаш Еднаш 2 пати 3 или повеќе пати

19. Дали сметате дека дополнително (приватно) здравствено осигурување би помогнало за полесно покривање на трошоците за здравствена заштита?

- Да Не Не знам



20. Во изминатите 12 месеци, дали поради финансии одложивте некои од подолу посочените работи (штикклирајте го соодветниот одговор):

Пристап до:	да	не	не е применливо за мене
Лек/лекови			
Интервенција, како операција или друга процедура			
Ренген, магнет, ехо или други снимања			
Лабораториски тест			
Преглед од доктор специјалист			

21. Како би ја оцениле изјавата: “Моите трошоци за здравствена заштита се доволно покриени од здравственото осигурување!” (означето го бројот кој најмногу одговара на Вашето мислење)

1 2 3 4 5

Сосема се согласувам Воопшто не се согласувам

22. Дали лековите кои Ви се препишани за Вашата болест/и се покриени односно паѓаат на товар на здравственото осигурување?

- сите лекови се покриени од здравственото осигурување
 некои од лековите се покриени од здравственото осигурување
 ниеден лек не е покриен од здравственото осигурување

23. Колку суплементи (пр. витамини и др.) Ви се препорачани за Вашата болест/и од лекар, а се купуваат на приватно?

Број на суплементи: _____

24. Дали може да си ги дозволите препорачаните суплемети (пр. витамини и др.) за Вашата болест/и препорачани од лекар кои се купуваат на приватно?

- секогаш често понекогаш ретко никогаш

25. Колку сте информирани за здравствените служби и услуги во врска со Вашето заболување (означето го бројот кој најмногу одговара на вашето мислење)

1 2 3 4 5

Воопшто не Целосно



32. Дали некогаш при барање односно добивање на здравствена заштита/услуги сте се почувствувале: (означете ги сите одговори кои што сметате дека одговараат)

- дискриминирани поради тоа што сте млади
- дискриминирани поради тоа што сте возрасни
- дискриминирани поради Вашата физичка попреченост
- дискриминирани поради Вашата интелектуална попреченост
- дискриминирани поради Вашето ментално здравје
- дискриминирани поради Вашата хронична/долгорочна состојба односно болест
- дискриминирани поради Вашата етничка припадност
- дискриминирани поради тоа што сте жена
- дискриминирани поради тоа што сте маж
- дискриминирани поради Вашата полова определба
- дискриминирани поради Вашиот приход/социјален статус
- дискриминирани поради Вашата религија
- дискриминирани поради Вашата сексуална ориентација
- дискриминирани поради Вашата политичка определба
- дискриминирани поради друга причина (наведете) _____
- не сум се почувствувал дискриминиран

33. Дали сте се соочиле со некое од следниве однесувања на здравствениот персонал? (означете ги сите одговори кои што сметате дека одговараат)

- несоодветен став/ однесување на здравствениот персонал
- негирање на Вашите права
- говорење на неразбирлив јазик
- одбивање да Ви се обезбеди третман
- друго (наведете) _____

34. Дали, како пациент во нашата земја може да ги остварите Вашите права?

- да не делумно не знам

35. Дали сметате дека здравствениот персонал ги почитува Вашите права како пациент?

- да не делумно не знам

36. Како би го опишале добивањето на здравствената заштита / услуги што Ви беа потребни во изминатите 12 месеци? (означето го бројот кој најмногу одговара на Вашето мислење)

1 2 3 4 5

Многу тешко Многу лесно

37. Колку, според Вас, сметате дека сте информирани за личниот здравствен статус, медицинските постапки и третманот?

- целосно доволно недоволно воопшто не

38. Колку, според вас, информациите за Вашиот здравствениот статус се чуваат во тајност?

- целосно недоволно воопшто не



39. Дали се бара Ваша согласност како пациент пред било која медицинска интервенција?

- секогаш понекогаш никогаш

40. Колку, како пациент, Ви е овозможено правото на пристап до личните медицински информации?

- секогаш понекогаш никогаш

41. Дали сметате дека пациентите со други хронични болести се подобро третирани отколку Виe со болест како Вашата?

- да не не знам

42. Колку сте задоволни од времето кое матичниот лекар го одвојува за преглед/консултација во врска со Вашата болест? (означето го бројот кој најмногу одговара на Вашето мислење)

1 2 3 4 5

Воопшто не

Целосно

43. Колку сте задоволни од времето кое лекарот специјалист го одвојува за преглед/консултација во врска со Вашата болест? (означето го бројот кој најмногу одговара на Вашето мислење)

1 2 3 4 5

Воопшто не

Целосно

44. Како би се изјасниле за следниве изјави за здравствените услуги што ги добивате?

Штиклирајте го соодветниот одговор.

Изјава:	секогаш	често	понекогаш	ретко	никогаш	Не знам
Добивам квалитетна здравствена услуга според стандардот/насоките или најдобрите практики достапни за мојата состојба/болест						
Задоволен сум во однос на безбедноста на здравствените услуги						
Задоволен сум од можноста за континуирана контрола на мојата здравствена состојба						

Анкетата е завршена. Ви благодариме за учеството!



АНЕКС 2 - ВОДИЧ НА ИСТРАЖУВАЧОТ ЗА КВАЛИТАТИВНО ИНТЕРВЈУ СО КЛУЧНИ ИНФОРМАТОРИ

Планирана должина на интервјуто е 45 – 60 минути

1. Пол: машки женски
2. Возраст (години): _____
3. Професија: _____
4. Место каде работи испитаникот:
 рурално урбано
5. Ниво на здравствена заштита каде работи испитаникот:
 примарна секундарна терциерна
6. Години искуство на испитаникот во третирање на пациенти со ХНЗ (хронични незаразни заболувања)? _____
7. Ставови во врска со достапноста на здравствена заштита кај лицата со ХНЗ?
8. Ставови во врска со пристапот на здравствена заштита кај лицата со ХНЗ?
9. Ставови во врска со дискриминацијата при здравствена заштита кај лицата со ХНЗ?
10. Ставови во врска со задоволството/ довербата на лицата со ХНЗ во однос на здравствената заштита?
11. Услови за работа со пациенти со ХНЗ?
12. Проблеми од пракса при лекување на пациенти со ХНЗ?
13. Препораки и сугестии во врска со еднаквоста при здравствена заштита кај лицата со ХНЗ?

