

SEKUNDARNA ANALIZA PODATAKA DOBIJENIH IZ ANKETE O PRIHODIMA I USLOVIMA ŽIVOTA – 2013. I 2014. GODINE

SEKUNDARNA ANALIZA PODATAKA DOBIJENIH IZ ANKETE O PRIHODIMA I USLOVIMA ŽIVOTA – 2013. I 2014. GODINE



Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom stanovnika Republike Srbije

Sekundarna analiza podataka dobijenih iz Ankete o
prihodima i uslovima života – 2013. i 2014. godine

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom stanovnika Republike Srbije

Sekundarna analiza podataka dobijenih iz Ankete o prihodima i uslovima života – 2013. i 2014. godine

Izdavač:

Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva
Vlada Republike Srbije

Urednica:

Biljana Mladenović

Autorke:

Nataša Popović
Zorica Terzić Šupić
Snežana Simić

Dizajn i priprema:

Dalibor Jovanović



Vlada
Republike
Srbija



TIM
ZA SOCIJALNO UKLJUČIVANJE I
SMANJENJE SIROMAŠTVA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC

PODRŠKA: Izrada publikacije omogućena je sredstvima Švajcarske agencije za razvoj i saradnju u okviru projekta „Podrška unapređenju procesa socijalnog uključivanja u Republici Srbiji”.

NAPOMENA: Ova publikacija ne predstavlja zvaničan stav Vlade Republike Srbije. Svi pojmovi upotrebljeni u publikaciji u muškom gramatičkom rodu obuhvataju muški i ženski rod lica na koja se odnose.

SADRŽAJ

1. UVOD I REZIME.....	2
Osnovni koncepti za razumevanje zdravstvenih potreba.....	10
Potrebe, zahtevi i korišćenje zdravstvene zaštite	13
Korišćenje zdravstvene zaštite	16
Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom.....	17
Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom u Srbiji	19
2. METOD RADA	21
Instrument istraživanja.....	21
Statističke metode obrade podataka	23
3. NALAZI ISTRAŽIVANJA O NEZADOVOLJENIM ZDRAVSTVENIM POTREBAMA	
U SRBIJI.....	24
Poređenje nezadovoljenih potreba za uslugama lekara stanovnika Srbije u 2013. i 2014. godini	25
Socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama..	30
Zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama	36
Nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama	40
4. ZAKLJUČCI	47
5. PREPORUKE ZA UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE POLITIKE	49
PRILOZI.....	53

1. UVOD I REZIME

Pravo na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i pravo na socijalno i zdravstveno osiguranje predstavlja jedno od fundamentalnih ljudskih prava i temeljnih vrednosti društva. Opšta deklaracija Ujedinjenih nacija o ljudskim pravima predviđa da svaki čovek ima pravo na standard života koji podrazumeva hranu, stan, odeću, medicinsku pomoć i odgovarajuće socijalne usluge neophodne za održavanje zdravlja i blagostanja za sebe i svoju porodicu ¹. Zdravlje kao univerzalno ljudsko pravo navedeno je u brojnim konvencijama i poveljama, među kojima je i Revidirana evropska socijalna povelja Saveta Evrope iz 1996. godine ² kao i član 68 Ustava Republike Srbije³.

Poštovanje prava na zdravlje je posebno važno u uslovima ograničenih resursa za zdravstvenu zaštitu koje je potrebno odgovorno koristiti kako bi bili postignuti najbolji efekti po zdravlje ljudi. Ako je cilj postići „optimalno zdravlje“ za pojedinca, porodicu i zajednicu, osnovni preduslov uspeha je prepoznavanje njihovih potreba za zdravstvenom zaštitom i sledstveno organizovanje zdravstvene službe na način da tim potrebama izađe u susret. Shodno tome, definicija i razumevanje ljudskih potreba uopšte i zdravstvenih potreba posebno, ima važne implikacije na obezbeđivanje zdravstvene zaštite stanovništvu.

Zdravstveni radnici, saradnici i donosioci odluka često ističu da bi jednostavan, ali praktičan princip u obezbeđivanju zdravstvene zaštite morao da bude da je ona zasnovana na potrebama stanovnika, te da je stoga neophodno omogućiti jednak pristup zdravstvenim uslugama svima, bez obzira na personalne i socijalno ekonomske karakteristike pojedinaca ili grupa. Taj princip bi trebalo da predstavlja srž odgovorne zdravstvene politike jedne zemlje. Iako je on danas široko deklarativno prihvaćen bez obzira na ideološku orijentaciju političara i donosioca odluka u sistemu zdravstvene zaštite, u praksi se nismo izborili sa nejednakostima u zdravlju kao posledicom nejednake pristupačnosti zdravstvene zaštite stanovništvu.

Odgovornost zdravstvenog sistema za smanjivanje nejednakosti u zdravlju se ogleda u rešavanju problema koji se odnose na neadekvatnu dostupnost, odnosno nepotpun obuhvat stanovništva delotvornim, kvalitetnim, bezbednim i prihvatljivim zdravstvenim uslugama, koje su pri tom isplative i opravdavaju uložena sredstva u njihovo obezbeđivanje. Posebno je važna zaštita pojedinaca i njihovih porodica od katastrofičnih troškova za zdravstvenu zaštitu, koji nastaju kao posledica složenih medicinskih intervencija. U terminologiji zdravstvene politike, dostupnost specifičnog paketa zdravstvenih usluga, takozvanog paketa osnovnih zdravstvenih usluga, označava se kao obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, a društvena zaštita od finansijskog

¹ UN. (1948). Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima. Dostupno na www.poverenik.rs (Pristupljeno januara 2016.)

² Revidirana Evropska socijalna povelja Saveta Evrope iz 1996. godine u delu I, tački 11 navodi: Svako ima pravo da koristi pogodnosti svih mera koje mu omogućavaju da uživa najviši mogući dostupni standard zdravlja. Dostupno na <https://rm.coe.int/> (Pristupljeno marta 2016.)

³ Ustav Republike Srbije, član 68: Svako ima pravo na zaštitu svog fizičkog i psihičkog zdravlja. Deca, trudnice, majke tokom porodijskog odsustva, samohrani roditelji sa decom do sedme godine i stari ostvaruju zdravstvenu zaštitu iz javnih prihoda ako je ne ostvaruju na drugi način, u skladu sa zakonom... Službeni glasnik RS, broj 98/2006.

rizika postiže se obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili finansiranjem zdravstvene zaštite stanovnika iz budžeta države. Mreža davalaca zdravstvenih usluga obezbeđuje da zdravstvena zaštita bude što bliže korisnicima, da promoviše kontinuitet zdravstvene zaštite po nivoima i da spreči nepotrebno dupliranje i fragmentaciju zdravstvenih usluga. Veoma značajan pokazatelj ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja su liste čekanja koje se formiraju za one dijagnostičke procedure i terapijske intervencije za čijim pružanjem postoje veće potrebe od raspoloživih resursa. One predstavljaju odgovor zdravstvenog sistema na uslove u kojima se nalazi. Formiranjem liste čekanja obezbeđuje se pravičnost u pružanju zdravstvenih usluga u uslovima rada sa ograničenim resursima. Organizacija zdravstvene službe i sistem zakazivanja zdravstvenih pregleda, kao i sistem upućivanja na specijalističke preglede, kvalitet pruženih usluga kao i način na koji se pacijenti tretiraju u okviru zdravstvenog sistema takodje predstavljaju faktore pristupačnosti zdravstvenoj službi za koje je odgovoran sistem zdravstvene zaštite.

Skorašnje izmene sistemskih zakona i novousvojeni zakoni i podzakonska akta u Republici Srbiji bolje regulišu prava korisnika i pacijenata na zdravstvenu zaštitu i šire obuhvat lica pravima iz zdravstvenog osiguranja na posebne kategorije neosiguranih lica (deca do 18 godina, trudnice, porodilje i samohrani roditelji dece do sedam godina). Širenje obuhvata obaveznim zdravstvenim osiguranjem, iako opravdano sa aspekta dostupnosti i pravičnosti, zahteva ozbiljnu procenu finansijskih implikacija na budžet države i organizaciju zdravstvene službe. I pored adekvatnog institucionalnog okvira i normativno regulisanog širokog obuhvata zdravstvenom zaštitom u Srbiji su prisutne nejednakosti u zdravlju za ranjive populacione grupe koje se ispoljavaju u nejednakom pristupu i korišćenju zdravstvenih usluga što ako polsedicu ima nejednakosti u zdravstvenom stanju, zadovoljstvu pruženim uslugama i plaćanju iz džepa za određeni broj zdravstvenih usluga.

Jedan od važnih pokazatelja za procenu nejednakosti u zdravlju u svakoj zemlji, pa i u Srbiji, su nezadovoljene zdravstvene potrebe te se one mogu koristiti kao dopuna konvencionalnim metodama u merenju postojećih nejednakosti. Pod nezadovoljenim zdravstvenim potrebama podrazumevamo razliku između zdravstvenih usluga koje se smatraju potrebnim za rešavanje određenog zdravstvenog problema i stvarno dobijenih usluga. Vrlo su bliske nerealizovanim zahtevima za zdravstvenim uslugama, pošto je jedan deo njih upućen kao zahtev zdravstvenom sistemu ali korisnici nisu uspeali da ga realizuju korišćenjem usluga. Stoga nezadovoljene ili neostvarene zdravstvene potrebe stanovništva daju sliku o specifičnim preprekama sa kojima se korisnici zdravstvenih usluga suočavaju, a prepreke koje se na tom putu mogu javiti možemo možemo podeliti na faktore za koje je odgovoran zdravstveni sistem i na faktore koji predstavljaju individualne preferencije korisnika.

Najčešći razlozi nezadovoljenih zdravstvenih potreba navedeni u brojnim radovima koji su se bavili ovom temom su nemogućnost da se finansira korišćenje zdravstvenih usluga, duge liste čekanja na medicinske intervencije, nedostatak vremena i odlaganje korišćenja zdravstvenih usluga zbog opreza ili straha. Nezadovoljene potrebe su češće među ljudima sa niskim prihodima, nižeg nivoa obrazovanja, a u manjem stepenu se mogu objasniti urbanizacijom ili poreklom

(imigranti ili starosedeoci). Ove prepreke u pristupu zdravstvenoj zaštiti imaju negativne posledice po zdravlje najčešće siromašnih osoba sa hroničnim oboljenjima i stanjima.

U Republici Srbiji nema publikovanih radova koji se bave nezadovoljenim zdravstvenim potrebama iako je od 2000. godine do sada bilo nekoliko nacionalnih istraživanja koja su u svojim izveštajima omogućavala sagledavanje razmera ovog generatora nejednakosti u sistemu zdravstvene zaštite. Jedno od prvih je nacionalno ispitivanje zdravlja iz 2000. godine, potom ista vrsta istraživanja u 2006, i u 2013. godini kada su pokazatelji bili usklađeni sa zahtevima EUROSTAT baze podataka. Svetska banka je zajedno sa drugim donatorima omogućila sprovođenje tri ankete o životnom standardu (*Living Standard Measurement Survey – LSMS, 2002, 2003 i 2007. godine*) u Srbiji koje su takođe imale pitanja o potrebama i korišćenju zdravstvenih usluga. Iako su podaci iz ovih anketa korišćeni za identifikovanje najosetljivijih populacionih grupa i faktore rizika siromaštva u Srbiji, u ovim istraživanjima su analizirane i nerealizovane zdravstvene potrebe obolelih prema samoproceni zdravlja i prisustva hroničnih oboljenja i stanja.

Ako se uzme u obzir nedovoljno znanje o faktorima koji dovode do velike učestalosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba među stanovnicima Srbije i činjenica da ograničenja finansijskih i drugih resursa u javno-zdravstvenom sektoru mogu dovesti do njihovog povećanja ako se ne preduzmu odgovarajuće mere zdravstvene politike, **cilj ove sekundarne analize podataka dobijenih iz Ankete o prihodima i uslovima života (SILC) je da se analiziraju: demografske, socijalno-ekonomske i regionalne karakteristike osoba sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama u Srbiji; njihova percepcija zdravstvenog stanja i prisustvo hroničnih bolesti i invaliditeta, identifikuju prediktori nastanka i doživljaj samoprocenjenih nezadovoljenih zdravstvenih potreba i sledstveno, ustanove razmere nejednakosti u dostupnosti i pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite.**

Istraživanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom predstavlja sekundarnu analizu podataka dobijenih iz Istraživanja o prihodima i uslovima života (*Survey on Income and Living Conditions - SILC*) sprovedenom na teritoriji Republike Srbije bez Kosova i Metohije, 2013. i 2014⁴. godine. Jedinice posmatranja bila su domaćinstva i članovi domaćinstava a uzorkovanje je sproveo Republički zavod za statistiku. Iz dva upitnika Ankete o uslovima i prihodima života je u ovom istraživanju korišćeno ukupno 15 pitanja (8 iz upitnika za domaćinstvo i 7 iz upitnika za lica – modul o kvalitetu života). Pitanja su se odnosila na socijalno-demografske karakteristike ispitanika i na samoprocenu zdravstvenog stanja, postojanje hroničnih bolesti, sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga, posete lekaru u poslednjih 12 meseci i glavni razlozi zbog kojih lekar nije posećen, posete stomatologu u prethodnih 12 meseci i razlozi zbog kojih nije on posećen. Pitanje o posedovanju zdravstvene knjižice je bilo samo u upitniku iz 2013. godine.

⁴ Republički zavod za statistiku (2015). Prihodi i uslovi života u Republici Srbiji - 2013. Finalni izveštaj

Na osnovu pitanja „**Da li se u prethodnih 12 meseci dogodilo da niste posetili lekara (drugo pitanje se odnosilo na stomatologa) a trebalo je?**“, svi ispitanici su podeljeni u dve grupe: na one sa zadovoljenim zdravstvenim potrebama i one sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama. Razlozi zbog koga ispitanici nisu posetili lekara ili stomatologa su svrstani u tri grupe:

- **dostupnost zdravstvenih usluga** (postoji lista čekanja na intervencije),
- **pristupačnost zdravstvenih usluga** (finansijski razlozi, udaljenost zdravstvene ustanove) i
- **prihvatljivost zdravstvenih usluga** (nema vremena zbog posla ili brige o deci, strah od lekara, želeo je da sačeka da vidi da li će se stanje popraviti, nije znao ni jednog dobrog lekara ili specijalistu i drugi razlozi).

Ovi razlozi su potom grupisani (prema načinu obrade u EUROSTAT bazi podataka)⁵ na razloge koji predstavljaju **odgovornost zdravstvenog sistema (dostupnost i pristupačnost)** i razloge koji predstavljaju **lične preferencije ispitanika (prihvatljivost zdravstvenih usluga)**.

Važna ograničenja ovog istraživanja su da je Anketa o uslovima i prihodima života iz 2013 obuhvatila stanovnike starije od 15 godina (u 2014. godini starije od 16 godina) i da je imala 4685 nedostajućih podataka (u 2014. godini samo jedan)⁶ kao i pitanje o posedovanju zdravstvene knjižice kojeg nije bilo u 2014. godini. Stoga su u ovom istraživanju podaci za 2013. godinu preračinati na starije od 16 godina (što su zahtevi EUROSTAT baze podataka), dok veliki broj nedostajućih podataka ukazuje na podcenjenu učestalost nezadovoljenih zdravstvenih potreba u 2013. godini koja bi bila veća da su ispitanici odgovorili na ovo pitanje. Zbog uporedivosti podataka analiza je u 2013. godini rađena za ispitanike starije od 16 godine.

Prema nalazima ovog istraživanja u Srbiji je skoro svaki peti stanovnik u 2013. godini stariji od 16 godina, imao **nezadovoljene potrebe za uslugama lekara** (19,6%) dok je u 2014. godini to bio svaki sedmi stanovnik (14,9%), što je mnogo više od prosečne učestalosti nezadovoljenih potreba stanovnika 28 zemalja Evrope (6,9%). Skoro da nije bilo razlike po polu u učestalosti nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u obe godine istraživanja, najčešće su bile u starosnoj grupi od 45 do 64 godina (starije radno aktivno stanovništvo), kod stanovnika sa osnovnim obrazovanjem, kod nezaposlenih i kod stanovnika koji su živeli u domaćinstvima u prvom, najsiromašnijem kvintilu. Stanovnici bez overene zdravstvene knjižice (odnosno oni bez zdravstvenog osiguranja) u 2013. godini su dva puta češće procenjivali postojanje nezadovoljenih potreba (35,6%) od onih koji su bili osigurani. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su bile najčešće među stanovnicima koji svoje zdravstveno stanje procenjuju kao veoma loše pri čemu je postojanje hroničnih oboljenja značajno povezano sa češćim nezadovoljenim potrebama kao i

⁵ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. (2014) Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics Pristupljeno u februaru 2016].

⁶ To verovatno razlog što su podaci u publikaciji za Srbiju u EUROSTAT bazi podataka označeni kao “podaci sa malom pouzdanošću” (*data with low reliability*). Eurostat Statistic Explained (2014)

postojanje funkcionalne sprečenosti za obavljanje uobičajenih aktivnosti zbog zdravstvenih problema.

Najčešći razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara su bili finansijski i povećali su se 2014. godine na 36,6% u odnosu na 2013. kada su bili 29,2%; potom čekanje da se vidi da li će se zdravstveno stanje samo popraviti (nepromenjena učestalost u obe godine istraživanja koja je iznosila oko 20%); nedostatak vremena (takođe nepromenjena učestalost od oko 16%); liste čekanja čija se učestalost povećala sa 10,7% u 2013. godini na 17,7% u 2014.; udaljenost ili nedostatak adekvatnog prevoza i strah od lekara/bolnice i ispitivanja, su kao razlozi imali sličnu učestalost u obe godine istraživanja od oko 5%; i najređi razlog je bio nepoznavanje dobrog lekara ili specijaliste (oko 2%). Kada se ovi razlozi grupišu kao oni za koje je odgovoran sistem zdravstvene zaštite a odnose se na dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite (finansijski, liste čekanja i udaljenost), oni su u 2013. godini činili 44,4% i povećali su se u 2014. godini na 58,2%, dok su razlozi koji su se odnosili na lične preferencije ispitanika odnosno prihvatljivost usluga lekara (nedostatak vremena, strah od lekara, čekanje da tegobe prođu ili nepoznavanje dobrog lekara ili specijaliste) opali sa 55,4% na 41,7% u 2014. godini.

Najveći procenat nezadovoljenih potreba za uslugama lekara je imao Region Vojvodine i potom Region Šumadije i Zapadne Srbije i na kraju Beogradski region. Finansijski razlozi za nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su bili najučestaliji u Regionu Vojvodine u obe godine istraživanja; nezadovoljene potrebe zbog lista čekanja su porasle u svim regionima ali su bile najveće u Beogradskom regionu. Najmanje zastupljen razlog je bila udaljenost zdravstvenih ustanova u svim regionima, najređi u Beogradskom regionu i Vojvodini, a najčešći u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije i Istočne i Južne Srbije. Kao što se i očekivalo, nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su bile najčešće u retko naseljenim područjima i iznosile su 22,3% u 2013. godini i nešto manje u 2014. godini (16,2%).

Kada su u pitanju **nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa**, njihova učestalost je smanjena sa 21,4% u 2013. godini na 16,1% u 2014. godini. Osobe muškog pola su češće imale nezadovoljene potrebe za ovim uslugama (nešto više u 2013. godini nego 2014.), starije radno aktivno stanovništvo uzrasta od 45 do 64 godine (slična učestalost u obe godine), osobe sa osnovnim obrazovanjem, nezaposleni i oni koji pripadaju prvom, najsiromašnijem kvintilu dohotka domaćinstva, što se neznatno razlikuje od profila osoba sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara. Ispitanici koji nisu imali overenu zdravstvenu knjižicu su i za ove usluge značajno češće procenjivali postojanje nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa su u 2013. godini bile prisutne kod trećine ispitanika koji svoje zdravstveno stanje procenjuju kao solidno i veoma loše, dok je u 2014. godini četvrtina ispitanika koja je svoje zdravlje procenila kao veoma loše imala nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama. Postojanje hroničnih bolesti i funkcionalne sprečenosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti doprinela češćem izveštavanju o nezadovoljenim potrebama za ovim uslugama.

Među **razlozima za nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama** dominira finansijski koji je u 2013. godini iznosio 54,2%, a u 2014. godini čak 66,6%, potom strah od lekara (17,4% i 15,1% sledstveno); dok se učestalost razloga koji se odnose na udaljenost, nedostatak vremena i čekanje da tegobe prođu nije menjala u obe godine istraživanja. Najređi razlog su bile liste čekanja (1% u 2013 i 2,8%). Razlozi koji ukazuju na odgovornost sistema (pristupačnost i dostupnost stomatološke zdravstvene zaštite su u 2013. godini učestvovali sa 56,9% da bi u 2014. godini porasli na 71,0%, dok su razlozi povezani sa ličnim preferencijama ispitanika opali sa 43,1% u 2013. godini na 29,2% u 2014. godini.

Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa zbog **ugrožene pristupačnosti** (finansijski razlozi i udaljenost lekara i ustanove) su bile najveće u Beogradskom Regionu a najmanje u Regionu Istočne i Južne Srbije, verovatno zbog neprepoznate potrebe stanovnika za očuvanjem zdravlja zuba i njihovim lečenjem. Nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama su češće u retko naseljenim područjima i iznose oko 20%, ili približno svaki peti stanovnik ovih područja izveštva o ovim nezadovoljenim potrebama

U **zaključku** se može istaći da su ovim istraživanjem definisane **ranjive društvene grupe za nezadovoljene zdravstvene potrebe u Srbiji**. Za nezadovoljene potrebe za uslugama lekara to je starije radno aktivno stanovništvo, oni sa osnovnim obrazovanjem, nezaposleni i oni koji pripadaju najsiromašnijem sloju stanovnika. Za stomatološke usluge su to osobe muškog pola, starije radno aktivno stanovništvo osnovnog obrazovanja, nezaposleni i takođe oni koji pripadaju najsiromašnijima prema kvartilima dohotka domaćinstva. Za obe vrste nezadovoljenih zdravstvenih potreba dominiraju finansijski razlozi, dok je prihvatljivost usluga takođe jedan od važnih razloga koji zahteva intervencije zdravstvene službe. **Odgovornost zdravstvenog sistema koja uključuje dostupnost i pristupačnost zdravstvenih usluga stanovništvu** se tako nameće kao bitan uslov za smanjivanje učestalosti nezadovoljenih potreba, kako za uslugama lekara, tako i usluga stomatologa i zahteva neodložne intervencije na svim nivoima i svih ključnih aktera koji učestvuju u obezbeđivanju zdravstvenih usluga stanovništvu.

Preporuke za unapređenje zdravstvene politike koja se odnosi na smanjenje ranjivosti po osnovu nezadovoljenih zdravstvenih potreba obuhvatile bi sledeće mere:

1. **Bolje definisati ranjivost.** Njihov relativno veliki broj (prema članu 22 Zakona o zdravstvenoj zaštiti i članu 11 Zakona o zdravstvenom osigurnaju) bi trebalo suziti na one koji su stvarno u stanju zdravstvene potrebe (uzimajući u obzir zdravstveno stanje i socijalno-ekonomski status pojedinca i njegove porodice). Posebno bi trebalo izdvojiti grupe sa kumulativnom ranjivošću (siromaštvo, etnička pripadnost – Romi i invaliditet), kao najugroženije u zadovoljavanju zdravstvenih potreba. Ova mera se može realizovati izmenom navedenih zakona što je zadatak Vlade RS i Skupštine na inicijativu Ministarstva zdravlja. Imajući u vidu da povećanje pravednosti u zdravstvenom sistemu nije prepoznato kao prioritet ni u jednom

programu ili strategiji, realno je očekivati da se ove izmene mogu realizovati u periodu od tri do četiri godine, odnosno do 2020. godine.

2. **Obezbediti bolju informisanost ranjivih grupa o njihovim pravima i olakšati administrativne procedure za ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite.** Ovo je zadatak Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje koji je odgovoran za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja. Pisana uputstva sa lifletima i plakatima dostupnim u filijalama RFZO, zdravstvenim ustanovama, opštinama, zaštitnika prava građana i zaštitnika prava pacijenata praćeni medijskim kampanjama omogućavaju realizaciju ove mere uz dobru organizaciju u relativno kratkom vremenskom roku, od godine do dve godine dana.
3. **Obezbediti da zdravstvene usluge budu dostupnije i pristupačnije stanovništvu,** posebno ranjivim društvenim grupama. Ovo je veoma kompleksna mera posebno u uslovima finansijskih ograničenja u kojima se sistem zdravstvene zaštite nalazi te zahteva uspostavljanje prioriteta koji podrazumevaju pre svega povećanje dostupnosti i pristupačnosti za siromašno starije stanovništvo u udaljenim ruralnim područjima (formiranje mobilnih zdravstvenih timova koji bi obilazili ove stanovnike), zatim za siromašno starije i radno aktivno stanovništvo u urbanim područjima, što zahteva saradnju sa centrima za socijalni rad, angažovanje lokalnih zajednica, volontera u nevladinom sektoru, bolju organizaciju rada zdravstvene službe i bolju kontrolu u sistemu zdravstvene zaštite. Iako nešto bolja, poboljšanje fizičke pristupačnosti zdravstvenih usluga osobama sa invaliditetom je još uvek aktuelna (uklanjanje fizičkih barijera za ove osobe, stomatološke stolice za decu sa invaliditetom i ginekološki stolovi za žene sa invaliditetom i obučeni zdravstveni radnici za rad sa njima). Zadatak je celokupne Vlade na inicijativu Ministarstva zdravlja uz razumevanje Ministarstva finansija pošto zahteva dodatna finansijska sredstva u budžetu Ministarstva zdravlja. U celini gledano to je dugoročni zadatak za narednih pet do deset godina.
4. Unaprediti **kvalitet zdravstvene zaštite koji posebno insistira na komunikacionim veštinama** zdravstvenih radnika koje se u poslednje vreme smatraju jednom od značajnijih barijera u ostvarivanju zdravstvene zaštite. Preopterećenost zdravstvenih radnika i nerazvijene komunikacione veštine razlog su značajnom broju nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Ova mera podrazumeva bolju obezbeđenost stanovnika zdravstvenim kadrom koja se postiže zapošljavanjem nedostajućeg (potrebnog) broja zdravstvenih radnika i posebnom obukom svih zaposlenih u komunikacionim veštinama i rešavanjem konfliktnih situacija između zdravstvenih radnika i pacijenata koji se često završavaju nasiljem. Dok je zapošljavanje zdravstvenih radnika mera za koju je odgovorno Ministarstvo zdravlja koje bi moralo da bolje planira potreban broj zdravstvenih radnika i njihovo usavršavanje što je zadatak koji se može realizovati srednjeročno (pet do sedam godina), razvoj komunikacionih veština je kratkoročna mera koju bi trebalo što pre realizovati.

5. Poboljšati **koherentnost politika koje bi se oslanjale na podršku menadžmenta**, kako na nacionalnom, tako i na lokalnom nivou i ustanovljavanjem instrumenata za pozivanje na odgovornost za (ne)učinjeno. Ova mera se odnosi na razvoj menadžerskih veština rukovodioca na svim administrativnim i institucionalnim nivoima i ustanovljavanje odgovornosti za neuspehe u realizaciji postavljenih zadataka. Podrazumeva obaveznu edukaciju iz menadžmenta svih rukovodećih kadrova (predviđenu odgovarajućim zakonodavstvom) i profesionalni razvoj i kulturu rada koji podrazumevaju odgovornost za neuspehe ili nemar u radu. Dugoročna mera koja se odnosi na sve društvene podsisteme, ne samo na sistem zdravstvene zaštite koja bi uz dobru pripremu mogla da se realizuje u periodu od narednih pet do deset godina.
6. Jačati **participatorni pristup** koji podrazumeva osnaživanje ranjivih društvenih grupa i njihovo učešće u razvoju strategija i politika namenjenih smanjivanju njihove ranjivosti. Ova mera se odnosi na jačanje nevladinih organizacija koje se bave problemima ranjivih grupa putem finansiranja posebnih (ciljanih) projekata iz budžeta i njihovo obavezno učešće u savetodavnim telima i radnim grupama koje formulišu posebne programe, strategije i politike namenjene poboljšanju zdravstvene zaštite i unapređenju zdravlja i kvaliteta života. Iako je ovaj pristup i danas prisutan, nedovoljno je razvijen te bi ga trebalo kontinuirano razvijati.
7. Istražiti nejednakosti **koje su neposredno povezane sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama** što bi moglo da se postigne organizovanjem koalicije lidera i ključnih aktera kako na nacionalnom nivou, tako i na lokalnom nivou, koja bi predložila program za rešavanje ovih nejednakosti. Ovo je zadatak Zdravstvenog saveta na nacionalnom nivou i novoustanovljenih Saveta za zdravlje na lokalnom nivou koji bi među svoje prioritete trebalo da postave smanjivanje nejednakosti u zdravlju i razvoj posebnih programa za unapređenje i očuvanje zdravlja za ranjive društvene grupe. Imajući u vidu značaj, razmere i aktuelnost ovog problema morao bi se rešavati što hitnije kao ultimativni prioritet društva i zdravstvenog sistema.
8. **Jačati svest o značaju zdravlja i povećanju odgovornosti građana za sopstveno zdravlje**, posebno kada su u pitanju faktori rizika za nastanak hroničnih oboljenja (pušenje, nepravilna ishrana, stres, nedovoljna fizička aktivnost), odnosno pomeranje pristupa od „popravi me“ ka „ličnom menadžmentu“ kada je u pitanju zdravlje. Ova mera se realizuje tzv. „socijalnim marketingom“ promocije zdravlja i prevencije bolesti i fokusiranjem na prevenciju nastanka bolesti umesto na tretman i lečenje već nastalih oštećenja zdravlja. Zahteva preraspodelu sredstava te zavisi od razumevanja donosioca odluka o značaju prevencije (koje je danas nerazvijeno) i promenu životnih stilova stanovništva pod rizikom za nastanak, posebno hroničnih masovnih nezaraznih, bolesti, što je dugotrajan, kontinuiran zadatak

zdravstvenih radnika koji mora biti prepoznat i u njihovom shvatanju zdravlja i u njihovim svakodnevnim radnim aktivnostima.

Osnovni koncepti za razumevanje zdravstvenih potreba

Zdravlje i zdravstvena zaštita u dokumentima Evropske unije, Svetske zdravstvene organizacije i zdravstvenom zakonodastvu Srbije

Evropska unija (u daljem tekstu: EU) ima zakonsku obavezu na osnovu svojih osnivačkih dokumenata da zaštiti zdravlje svojih građana i da obezbedi saradnju među državama članicama u unapređenju javnog zdravlja i prevenciji nastanka bolesti. Za period 2014 – 2020. u Evropskom parlamentu je postignuta saglasnost zemalja članica o Programu „Zdravlje za razvoj“ koji predstavlja nadogradnju dva prethodna programa akcija u zajednici u oblasti javnog zdravlja, prvog za period od 2003 – 2008. godine i drugog za period 2008 – 2013. godine. Program „Zdravlje za razvoj“ ima četiri osnovna cilja, koje bi zemlje trebalo da uključe u svoje zdravstvene politike među kojima je sa aspekta ovog rada značajan treći cilj koji se odnosi na povećanje dostupnosti boljoj i bezbednijoj zdravstvenoj zaštiti⁷.

Pored navedenih programa, Evropska zdravstvena strategija „Zajedno za zdravlje“ usvojena još 2007. godine predstavlja odgovor na izazove sa kojima se zemlje članice suočavaju u jačanju saradnje i koordinacije širom EU, razmeni informacija i znanja zasnovanih na dokazima, obezbeđivanju finansijske podrške i pomoći u razvoju politika i zakonodavstva⁸. Principi i ciljevi ove strategije podržavaju ciljeve Strategije „Evropa 2020“, kao osnove za podsticanje ekonomskog rasta uz promovisanje održivosti i socijalne kohezije. Strategija promoviše novi sistem evropskog ekonomskog upravljanja i čvršće instrumente praćenja ostvarivanja strategije. Ciljevi koji su povezani sa zdravljem se odnose na odrednice zdravlja kao što su: nezaposlenost, klimatsko i energetska okruženje, nizak nivo obrazovanja i siromaštvo, odnosno oni faktori koji su osnov za razvoj ranjivosti pojedinih populacionih grupa. Ova strategija jeste izuzetno važna za zemlje koje žele da postanu članice EU.

U februaru 2013. godine Evropska komisija je predstavila radni dokument „Investiranje u zdravlje“ kao deo paketa društvenog investiranja u razvoj i koheziju⁹. U ovom dokumentu je naglašeno da je zdravlje integralni deo strategije „Evropa 2020“. Zdravlje je samo po sebi vrednost i preduslov za ekonomski napredak i razvoj. Ono zahteva pametno investiranje kako bi se stvorili održivi zdravstveni sistemi koji podrazumevaju da se troši pametnije, mada ne nužno i više,

⁷ Regulation (EU) No 282/2014 of the European Parliament and the Council of 11 March 2014 on the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014.2020) and repealing Decision No 1350/2007/EC text with EEA relevance. http://ec.europa.eu/health/index_en.htm.

⁸ EU Health Strategy homepage of the European Commission Directorate-General for Health and Consumers. http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_en.htm.

⁹ Investing in Health. Commission Staff Working Document. Social Investment Package. Brussels, 20.02.2013.

investiranje u zdravlje stanovnika putem programa promocije zdravlja i investiranje u veći obuhvat stanovnika zdravstvenom zaštitom kao načina za smanjenje nejednakosti u zdravlju i socijalne isključenosti.

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je za evropski region usvojila svoju strategiju „Zdravlje 2020“ i Evropski akcioni plan kako bi obezbedila da javnozdravstvene usluge budu usklađene sa društvenim promenama i pomogla zemljama članicama da adekvatno odgovore na buduće pretnje po javno zdravlje¹⁰. Strategija „Zdravlje 2020“ predstavlja evropski okvir politika i strategija za 21. vek. Zajednički cilj ovog političkog okvira je da „značajno unapredi zdravlje i blagostanje stanovnika, smanji nejednakosti u zdravlju, ojača javno zdravlje i obezbedi pravedan i održiv sistem zdravstvene zaštite usmeren ka ljudima, sa pacijentom/korisnikom u centru sistema, koji obezbeđuje potpuni (univerzalni) obuhvat stanovnika zdravstvenom zaštitom i pruža kvalitetne usluge stanovništvu. Strateški ciljevi „Zdravlja 2020“ su veća jednakost i pravednost u zdravlju i bolje upravljanje za zdravlje.

Republika Srbija je kao kandidat za članstvo u EU od 1. marta 2012. godine, stupanjem na snagu Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju prvog septembra 2013. godine, i konačno, otpočinjanjem pristupnih pregovora 21. januara 2014. godine, potvrdila svoju stratešku orijentaciju na ubrzanju procesa evropskih integracija. U tom periodu sistemski zakoni RS usklađivani su sa reformom zdravstvenog sistema i sa međunarodnim obavezama, pre svega pravnim tekovinama EU. Tako su usvojene izmene Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o lekovima i medicinskim sredstvima, ali su i doneseni neki novi zakoni kao što su Zakon o pravima pacijenata, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama kao i Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva. Usaglašavanje sa novim EU programom za zdravlje od 2014. do 2020. godine, čiji prioriteti proističu iz Strategije „Evropa 2020“ je započelo radom na novoj nacionalnoj strategiji javnog zdravlja i usvajanjem Zakona o javnom zdravlju¹¹. U svom izveštaju o napretku Srbije u procesu evrointegracija¹², Evropska komisija je naglasila kako su potrebni kontinuirani naponi kako bi se olakšalo sprovođenje novousvojenih zakona i da loša finansijska situacija Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje dovodi u pitanje finansijsku održivost javnozdravstvenog sistema koju bi trebalo ojačati. U ranijim izveštajima Evropske komisije o napretku Srbije u procesu pristupanja kao najvažnija primedba se posebno ističe da je u oblasti zaštite zdravlja i potrošača neophodno ojačati kapacitete za bolju primenu zakonodavnog okvira, pri čemu se posebno navodi i potreba za delotvornijom institucionalnom koordinacijom relevantnih ključnih aktera.

¹⁰ Health 2020: the European policy for health and well-being. www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being.

¹¹ Zakon o javnom zdravlju. Službeni glasnik RS, broj 15/2016.

¹² EU. Republika Srbija, 2015 Izveštaj o napretku koji prati Saopštenje komisije upućeno Evropskom parlamentu, Savetu, Evropskom ekonomskim i socijalnom savetu i Komitetu regiona. Brisel 10.11.2015.

Izveštaj o eksplanatornom skriningu za Poglavlje 28 koje se odnosi na zdravlje, odnosno preciznije rečeno, zdravstvenu zaštitu i zaštitu potrošača još uvek nije dostupan¹³.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti¹⁴ kao jedan od sistemskih zakona, pored toga što uređuje sistem zdravstvene zaštite, društvenu brigu za zdravlje stanovnika i opšti interes u zdravstvenoj zaštiti, uređuje i prava i obaveze pojedinaca (član 1) i na taj način ustanovljava i njihove (profesionalno) prepoznate zdravstvene potrebe koje se odnose na očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, pravovremenu dijagnostiku, blagovremeno lečenje, rehabilitaciju obolelih i povređenih i informacije potrebne za ostvarivanje ovih prava (član 8).

Društvena briga za zdravlje pod jednakim uslovima se ostvaruje obezbeđivanjem zdravstvene zaštite grupacijama stanovnika koji su izloženi povećanom riziku obolevanja, za bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja i socijalno ugroženom stanovništvu (član 11), u terminologiji javnog zdravlja poznatim kao „ranjive“ ili „osetljive (vulnerabilne) populacione grupe. Društvena briga za zdravlje obuhvata i mere za obezbeđivanje i sprovođenje zdravstvene zaštite kojom se stvaraju uslovi za bolju dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite (član 13 i 13a). Za realizaciju društvene brige Narodna skupština RS donosi Plan razvoja zdravstvene zaštite koji između ostalih elemenata sadrži i definisane zdravstvene potrebe grupacija stanovnika izloženih posebnom riziku obolevanja i specifične potrebe za zdravstvenom zaštitom stanovništva (član 16 i 17).

Među načelima zdravstvene zaštite u navedenom Zakonu, na prvom mestu je istaknuto načelo pristupačnosti (fizička, geografska, ekonomska i kulturalna) (član 19), potom načelo pravičnosti (član 20) koje se ostvaruje zabranom diskriminacije (po osnovu rase, pola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porekla, veroispovesti, političkog i drugog ubeđenja, imovinskog stanja, kulture, jezika, vrste bolesti, psihičkog i telesnog invaliditeta).

Zdravstvena zaštita normativno je dostupna celokupnom stanovništvu Srbije uključujući i sve ranjive populacione grupa definisane članom 11 Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Pripadnici ovih grupa stiču status osiguranika prema prema članu 22 Zakona o zdravstvenom osiguranju¹⁵. Svaki peti stanovnik Srbije (19%) stiče status osiguranika po ovom Zakonu i za njih se sredstva za zdravstvenu zaštitu izdvajaju iz budžeta RS. Počev od 2007. godine transferi iz budžeta za ovu namenu značajno su smanjeni pa su sada 12,4 put manji od onih koje bi bilo potrebno izdvojiti prema Zakonu o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, dok je 2012. godine on bio i 21,5 puta manji. To je ugrožavalo pristupačnost zdravstvene zaštite ne samo ranjivim populacionim grupama nego i celokupnom stanovništvu pošto je i to bio iznos nedostajućih sredstava u republičkom fondu zdravstvenog osiguranja za finansiranje zdravstvene zaštite stanovnika Srbije,

¹³ Vlada Republike Srbije. Kancelarija za evropske integracije. www.seio.gov.

¹⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Službeni glasnik RS broj 107/2005, 72/2009 – dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.

¹⁵ Članom 22, stav 1 i 4 Zakona o zdravstvenom osiguranju (službeni glasnik RS broj 107/2005, 109/2005 – ispr. 27/2011, 110/2012 – odluka US i 119/2012) definisano je 17 populacionih grupa osiguranih po ovom osnovu.

što je generisalo nejednakosti među pojedincima i grupama i ugrožavalo pravednost celokupnog zdravstvenog sistema¹⁶.

Skorašnje izmene sistemskih zakona i novousvojeni zakoni i podzakonska akta u Republici Srbiji bolje regulišu prava korisnika i pacijenata na zdravstvenu zaštitu i šire obuhvat lica pravima iz zdravstvenog osiguranja na posebne kategorije neosiguranih lica (deca do 18 godina, trudnice, porodilje i samohrani roditelji dece do sedam godina). Širenje obuhvata obaveznim zdravstvenim osiguranjem iako opravdano sa aspekta dostupnosti i pravičnosti, zahteva ozbiljnu procenu finansijskih implikacija na budžet države i organizaciju zdravstvene službe. Međutim, i pored adekvatnog zakonodavnog okvira u Republici Srbiji su prisutne nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti između ranjivih populacionih grupa i ostalog stanovništva. Razlike se uočavaju u nepravednosti u pristupu i korišćenju zdravstvene zaštite a kao posledicu imaju nejednakosti u zdravstvenom stanju, zadovoljstvu pruženim uslugama i plaćanju iz džepa za određeni broj usluga i intervencija.

Potrebe, zahtevi i korišćenje zdravstvene zaštite

Potrebe su danas postale integralni i univerzalno prihvaćeni deo terminologije zdravstvene zaštite. Definicija ljudskih potreba je teška zbog kompleksnosti samog koncepta, a zdravlje kao multidimenzionalan fenomen dodatno usložnjava pokušaj objašnjavanja i definicije zdravstvenih potreba. U najširem smislu, zdravstvene potrebe bi bile one čije zadovoljavanje omogućava da se zdravlje održava na nivou fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja u skladu sa poznatom definicijom Svetske zdravstvene organizacije. Tako posmatrano, potrebe za zdravljem bi bile sve ljudske potrebe. Ipak, zdravstvene potrebe se najčešće posmatraju redukovano, u smislu nedostatka zdravlja kada su neophodne intervencije zdravstvene službe da bi se problemi sa zdravljem sanirali, pa se na taj način one najčešće dovode u vezu sa mogućnostima zdravstvene službe za njihovo zadovoljavanje.

Različite perspektive istraživača i analitičara su dovodile do različitih definicija zdravstvenih potreba. Jedna od najjednostavnijih ističe da je zdravstvena potreba stanje subjektivnog osećaja koje inicira proces izbora među medicinskim resursima¹⁷. Pragmatičan pristup definiciji zdravstvenih potreba ističe da su one sve što je potrebno za zdravlje ili komfor i da obuhvataju lične, društvene i uslove životne sredine¹⁸.

¹⁶ Republički fond za zdravstveno osiguranje. Izveštaj o finansijskom poslovanju RFZO za 2014. godinu. www.rfzo.rs.

¹⁷ Davis, MM.. Medical care for tomorrow. New York: Harper. 1955.

¹⁸ Green, LW., Kreuter, MW.. Health promotion planning: an educational and environmental approach. 2nd Edition. CA: Mayfield, Mountain View. 1991

U sociološkom okruženju, Bredšo¹⁹ je identifikovao četiri vrste zdravstvenih potreba:

1. normativne (identifikovane od strane profesionalaca, kao što je vakcinacija npr.),
2. opažene potrebe (želje koje se odnose na percepciju pojedinaca),
3. izražene potrebe (artikulisane kao akcija za korišćenje zdravstvenih usluga) i,
4. komparativne potrebe koje se dobijaju proučavanjem karakteristika stanovništva jedne teritorije koje mogu biti slične sa potrebama stanovnika sličnih socijalno-demografskih karakteristika na drugoj teritoriji.

Kada individualan pristup potrebama dopunimo populacionim pristupom, dolazimo do sveobuhvatnije definicije tzv. „socijalnih“ zdravstvenih potreba koja navodi da su to potrebe na nivou pojedinca, porodice, zajednice i populacije tokom kontinuuma zdravstvene zaštite (promocija zdravlja, prevencija bolesti, lečenje i rehabilitacija) da bi se dostiglo fizičko, kognitivno, emocionalno, socijalno i duhovno blagostanje uzimajući u obzir sve determinante zdravlja²⁰.

Zdravstvena služba potrebe sagledava uglavnom kao nedostatak zdravlja pa se potrebe za uslugama zdravstvene službe mogu definisati kao one kod kojih zdravstvena intervencija dovodi do dobijanja po zdravlje sa prihvatljivim rizikom i po prihvatljivim troškovima²¹. Međutim, širi pristup zdravstvenim potrebama promovisan u zdravstvenim politikama i kod donosioca odluka navodi da su potrebe zahtevi pojedinaca da im se omogući da dostignu, očuvaju ili obnove prihvatljiv nivo socijalne nezavisnosti ili kvalitet života²².

Kada se pojedinac ili grupa ljudi nađu u stanju zdravstvene potrebe i kada je ta potreba prepoznata ili opažena, ona može da se izrazi zahtevom za uslugama zdravstvene službe. Zdravstvene potrebe koje opaža pojedinac najčešće se javljaju kada je zdravlje već oštećeno i kada postoje simptomi koji ometaju njeno funkcionisanje. Zdrave osobe ili osobe u početnom stadijumu bolesti koje su bez simptoma najčešće ne opažaju svoje zdravstvene potrebe. Tako osoba najčešće opaža svoje potrebe kada se javi oštećenje zdravlja, odnosno oboljenje sa izraženim simptomima bolesti. Zahtev za uslugama zdravstvene službe se može opisati kao akcija ili inicijativa da se opažena zdravstvena potreba zadovolji.

Prema podacima iz literature²³, 70 odsto svih zahteva za uslugama zdravstvene službe su izvedeni zahtevi (na svaki prvi pregled u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dolaze u proseku dva ponovna pregleda). Broj zahteva za zdravstvenim uslugama je uvek veći od korišćenja koje u stvari počinje realizacijom zahteva u zdravstvenom sistemu, jer jedan deo zahteva u zdravstvenom sistemu ostaje nerealizovan.

¹⁹ Bradshaw, J A taxonomy of social need. In Problems and progress in medical care: essays on current research. Seventh series. Edited by G. McLachlan. Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospitals Trust. 1972.

²⁰ The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Defining Societal Health Needs: Royal College Definition and Guide. Canada, April 2012.

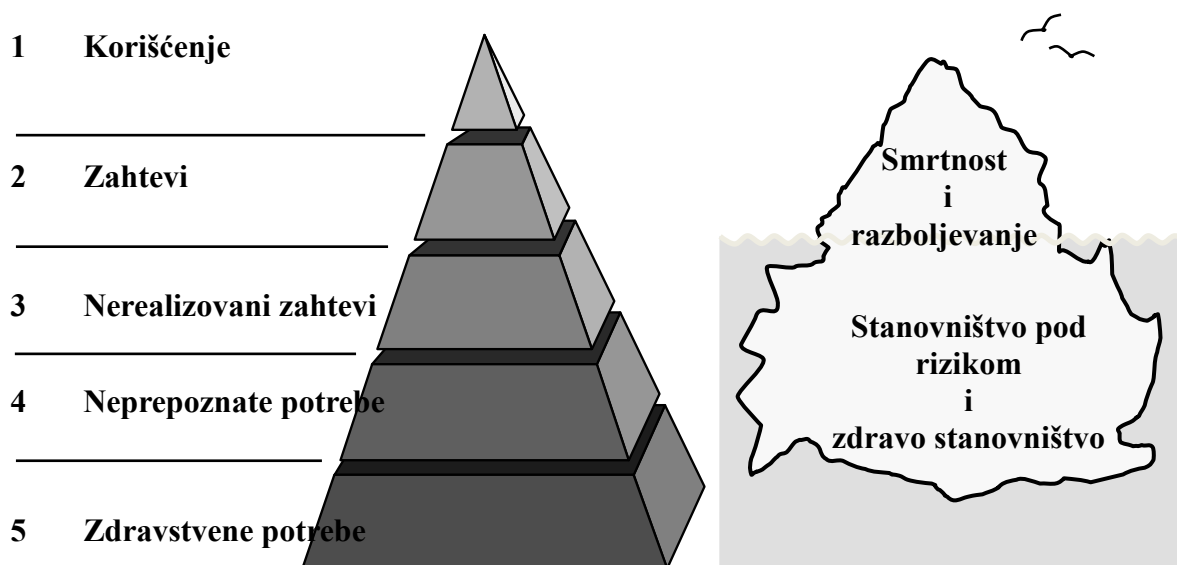
²¹ Buchan, H., Gray, M., Hill, A., Coulter, A. Needs assessment made simple. Health Serv. J. 1990;100:240-41.

²² UK Department of Health. The Health of The Nation: A strategy for health in England. London: Department of Health. 1992

²³ Kane, LR. The Challenges of Community Medicine. New York: Springer Publishing Company. 1974.
Maslow AH. Towards a psychology of being. New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.

Korišćenje zdravstvenih usluga počinje od momenta uspostavljanja kontakta sa zdravstvenom službom i srazmerno je njenoj razvijenosti pa se može reći da ga zdravstvena služba stimuliše time što nudi sve veći broj usluga uglavnom zahvaljujući razvoju zdravstvenih tehnologija. Porast životnog standarda, razvoj društva, zdravstvena informisanost i zdravstveno vaspitanje kao i razboljevanje stanovništva, u velikoj meri su povezani sa korišćenjem zdravstvene zaštite određujući koje će se usluge zdravstvene zaštite više koristiti, u kojim zdravstvenim ustanovama i u kojim fazama oboljenja. Kao posledica disharmonije između porasta zahteva za zdravstvenim uslugama i postojeće obezbeđenosti zdravstvenom službom, raste broj zahteva kojima se ne može izaći u susret pa se javljaju takozvani nerealizovani zahtevi za zdravstvenim uslugama²⁴. Odnos između potreba, zahteva za zdravstvenim uslugama i njihovog korišćenja je često označen kao „fenomen ledenog brega“ (slika 1), gde je vrh ledenog brega ono što zdravstvena služba prepoznaje kao korišćenje zdravstvenih usluga (10%) i zahteve za zdravstvenim uslugama, a ostatak se odnosi na ono što moramo istraživati i identifikovati kao zdravstvene potrebe, nerealizovane potrebe i zahteve za uslugama (90%).

Slika 1. Fenomen „ledenog brega“ u proučavanju odnosa između zdravstvenih potreba, zahteva za zdravstvenim uslugama i njihovog korišćenja



²⁴ Simić, S, Živković, M., Doknić Stefanović, D. Potrebe, zahtevi i korišćenje u zdravstvu. U: Cucić V., urednica (2000). Socijalna medicina. Beograd: Savremena administracija, pp. 65-75.

Korišćenje zdravstvene zaštite

Da bi zadovoljila osnovne zdravstvene potrebe stanovništva, zdravstvena zaštita po svom sadržaju i obimu bi trebalo da bude dostupna, pristupačna, prihvatljiva, odgovarajuća i blagovremena.

Dostupnost (*availability*) je stepen do koga je odgovarajuća zdravstvena služba na raspolaganju da zadovolji potrebe korisnika, odnosno, opseg u kome su zdravstvene usluge obezbeđene u obimu, sadržaju i mestu, kao deo plana zdravstvene zaštite. Podrazumeva postojanje mreže i kapaciteta zdravstvenih ustanova sa odgovarajućim kadrom koji sprovodi zdravstvenu zaštitu na određenoj teritoriji²⁵.

Zdravstvena zaštita i zdravstvene usluge bi morale biti pristupačne svima. Pristupačnost (*accessibility*) uopšte znači da svako ima jednak pristup okruženju bez diskriminacije po osnovu nivoa sposobnosti. U zdravstvenoj zaštiti predstavlja mogućnost korišćenja zdravstvene službe i odnosi se na način na koji osoba može da dobije potrebne zdravstvene usluge uzimajući u obzir fizičke (geografska udaljenost, vreme putovanja), ekonomske (cena usluge, lično učešće u troškovima, putni troškovi i drugo), socijalne i kulturalne faktore (jezik, etnička i verska pripadnost)²⁶.

Pri korišćenju zdravstvene zaštite važno je da zdravstvene usluge budu prihvatljive stanovništvu. Prihvatljivost (*acceptability*) se odnosi na opseg u kome se zdravstvene usluge koriste u praksi, a u skladu sa normama i vrednostima zajednice²⁷.

Barijere u dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite generišu nejednakosti u zdravlju. To su razlike u zdravstvenom stanju ili u distribuciji odrednica zdravlja među populacionim grupama, odnosno sistematske razlike u zdravlju grupa ljudi ili zajednica koje imaju nejednake pozicije u društvu. Imajući u vidu da se mogu izbeći, one se smatraju nepravednim i nepoštenim²⁸. Najveći doprinos nejednakostima u zdravlju pripisuje se socijalno-ekonomskim odrednicama zdravlja koje su stoga važan javno zdravstveni problem i izazov u formulisanju i implementaciji javnozdravstvene politike. Socijalno-ekonomske nejednakosti su najčešće povezane sa nivoom obrazovanja stanovnika, zanimanjem i prihodima²⁹.

Odgovornost zdravstvenog sistema za smanjivanje nejednakosti u zdravlju se ogleda u rešavanju problema koji se odnose na neadekvatnu dostupnost, odnosno nepotpun obuhvat stanovništva delotvornim, kvalitetnim, bezbednim i prihvatljivim zdravstvenim uslugama, koje su pri tom isplative i opravdavaju uložena sredstva u njihovo obezbeđivanje. Posebno je važna zaštita

²⁵ Cucić V, Simić S, Bjegović V. i saradnici. Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Beograd. 2000

²⁶ Ibid.45-64

²⁷ Ibid.

²⁸ Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity in Health. Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/RPD 414 7734r). 1990, p. 29.

²⁹ Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Q 2004; 82(1): 101–102.

pojedina i njihovih porodica od katastrofičnih troškova za zdravstvenu zaštitu, koji nastaju kao posledica složenih medicinskih intervencija. U terminologiji zdravstvene politike, dostupnost specifičnog paketa zdravstvenih usluga, takozvanog paketa osnovnih zdravstvenih usluga, označava se kao obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, a društvena zaštita od finansijskog rizika postiže se obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili finansiranjem zdravstvene zaštite stanovnika iz budžeta države. Mreža davalaca zdravstvenih usluga obezbeđuje da zdravstvena zaštita bude što bliže korisnicima, da promoviše kontinuitet zdravstvene zaštite po nivoima i da spreči nepotrebno dupliranje i fragmentaciju zdravstvenih usluga. Veoma značajan pokazatelj ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja su liste čekanja koje se formiraju za one dijagnostičke procedure i terapijske intervencije za čijim pružanjem postoje veće potrebe od raspoloživih resursa. One predstavljaju odgovor zdravstvenog sistema na uslove u kojima se nalazi. Formiranjem liste čekanja obezbeđuje se pravičnost u pružanju zdravstvenih usluga u uslovima rada sa ograničenim resursima. Organizacija zdravstvene službe i sistem zakazivanja zdravstvenih pregleda, kao i sistem upućivanja na specijalističke preglede, kvalitet pruženih usluga kao i način na koji se pacijenti tretiraju u okviru zdravstvenog sistema takodje predstavljaju faktore pristupačnosti zdravstvenoj službi za koje je odgovoran sistem zdravstvene zaštite³⁰.

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom

Nezadovoljene ili neostvarene zdravstvene potrebe stanovništva su danas prepoznate kao osnovni pokazatelj pristupačnosti zdravstvene zaštite i daju sliku o specifičnim preprekama sa kojima se korisnici zdravstvenih usluga suočavaju³¹.

Prepoznate zdravstvene potrebe se najčešće pretvaraju u akciju da se ta potreba zadovolji. Međutim, jedan broj njih ostaje nezadovoljen, te se nezadovoljene zdravstvene potrebe mogu definisati kao razlika između zdravstvenih usluga koje se smatraju potrebnim za rešavanje određenog problema sa zdravljem i stvarno dobijenih usluga³². Vrlo su bliske nerealizovanim zahtevima za zdravstvenim uslugama, pošto je jedan deo njih upućen kao zahtev zdravstvenom sistemu ali korisnici nisu uspeli da ga realizuju korišćenjem usluga.

Mnoge potrebe ostaju bez izgleda da se pretvore u zahtev za odgovarajućom zdravstvenom uslugom, a prepreke koje se na tom putu mogu javiti možemo možemo da podelimo na faktore za

³⁰ Allin, S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Measuring equity of access to health care. In: Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement. Cambridge: Cambridge University Press.2009; Available from <https://books.google.rs/books?hl=sr&lr=&id=c4CsWZYVOTwC&oi=fnd&pg=PR9&dq=performance+measurement+for+health+system+improvement&ots...> (Accessed 1 December 2015).

³¹ Allin, S., Masseria, C. Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth: 2009;15. 3.

³² Carr, W., Wolfe, S. Unmet needs as sociomedical indicators. International Journal of Health Services, 1976;6 (3): 417-430.

koje je odgovoran zdravstveni sistem i na faktore koji predstavljaju individualne preferencije korisnika³³.

Osoba koja ima potrebu za zdravstvenom zaštitom može biti neupućena u mogućnosti pružanja pomoći i/ili izbegavati da pomoć potraži iz straha od bolnog tretmana ili nepovoljnog ishoda; ona može biti opterećena nepoverenjem prema lekaru ili prema lekarskoj profesiji ili preferirati neke druge metode lečenja (komplementarna i alternativna medicina). Značajni su i znanje i stavovi pojedinaca o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, kulturalni faktori ili jezičke barijere u komunikaciji.

Faktori koji utiču na nezadovoljene potrebe stanovništva i predstavljaju individualne preferencije osobe, neposredno su povezani sa prihvatljivošću zdravstvene zaštite: To su: demografske i socijalno ekonomske karakteristike, ranija iskustva sa korišćenjem zdravstvene zaštite, percepcija koristi i kvaliteta zdravstvenih usluga i nivo zdravstvene pismenosti. Siromašni i manje obrazovani, uprkos većem obolevanju i smrtnosti često imaju poteškoće da stignu do odgovarajućeg specijaliste i manje koriste preventivne zdravstvene usluge. Starost ispitanika i pol igraju značajnu ulogu u ispoljavanju zahteva za korišćenjem zdravstvene zaštite. Starenjem raste broj hroničnih i degenerativnih oboljenja, a samim tim i broj zahteva za uslugama zdravstvene zaštite i njihovo korišćenje. Osobe ženskog pola znatno češće koriste zdravstvene usluge od osoba muškog pola, a u pojedinim periodima njihovog života (fertilni period i starost) broj zahteva se uvećava³⁴.

Prepreke finansijske i tehničke prirode su povezane sa odgovornošću zdravstvenog sistema i odnose se na nedovoljnu pristupačnost lekara ili zdravstvene ustanove, nemogućnost plaćanja ili strah od prevelikih troškova. Prepreke mogu biti povezane i sa socijalno-ekonomskim faktorima kao što su prava iz zdravstvenog osiguranja ili organizacija zajednice.

Sistematski pregled literature o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama omogućava uvid u aktuelna istraživanja o ovom problemu, njihovim metodološkim pristupima, najvažnijim rezultatima i implikacijama na zdravstvene politike namenjene smanjivanju nejednakosti u sistemima zdravstvene zaštite i dat je u prilogu 1 ovog izveštaja.

Najčešći razlozi nezadovoljenih zdravstvenih potreba navedeni u većini radova su nemogućnost da se finansira korišćenje zdravstvenih usluga, duge liste čekanja na medicinske intervencije, nedostatak vremena i odlaganje korišćenja zdravstvenih usluga zbog opreza ili straha. Nezadovoljene potrebe su češće među ljudima sa niskim prihodima, nižeg nivoa obrazovanja, a u manjem stepenu se mogu objasniti urbanizacijom ili poreklom (imigranti ili starosedelci). Ove prepreke u pristupu zdravstvenoj zaštiti imaju negativne posledice po zdravlje siromašnih sa

³³ Allin, S., Masseria, C. Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. The London School Of Economics and Political Science. 2009.

³⁴ Hernández-Quevedo, C., Masseria, C., Mossialos, E. Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data. EUROSTAT, Methodologies and Working papers. Luxembourg: Publication Office of the EU;2010.

hroničnim oboljenjima i stanjima³⁵. Primetno je da broj osoba sa nezadovoljenim potrebama za stomatološkom zdravstvenom zaštitom u većini evropskih zemalja veći od broja osoba sa nezadovoljenim medicinskim potrebama. Razlog tome je možda što ljudi daju prioritet medicinskim potrebama, ili je stomatološka zdravstvena zaštita u tim zemljama privatizovana pa je korišćenje tih usluga skuplje za korisnike³⁶.

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom u Srbiji

U Republici Srbiji nema publikovanih radova koji se bave nezadovoljenim zdravstvenim potrebama iako je od 2000. godine do sada bilo nekoliko nacionalnih istraživanja koja su u svojim izveštajima omogućavala sagledavanje razmera ovog generatora nejednakosti u sistemu zdravstvene zaštite. Jedno od prvih je nacionalno ispitivanje zdravlja iz 2000. godine (nema publikovanih podataka, dostupne su samo distribucije podataka), potom ista vrsta istraživanja u 2006³⁷. i 2013. godini³⁸.

U istraživanju zdravlja iz 2013. godine, koje je bilo usklađeno sa zahtevima EUROSTAT baze podataka u modulu koji se odnosio na neostvarene potrebe za zdravstvenom zaštitom bila su dva pitanja koja su se odnosila na razloge nedobijanja na vreme zdravstvene zaštite (finansijski razlozi, dugo čekanje na usluge i udaljenost ili problemi sa prevozom) i potreba za posebnim oblicima zdravstvene zaštite koje nisu realizovane (medicinska, stomatološka zdravstvena zaštita, propisivanje lekova i zaštita mentalnog zdravlja). Svoje potrebe za zdravstvenom zaštitom zbog finansijskih razloga, dugog čekanja ili udaljenosti zdravstvene ustanove u godini koja je prethodila istraživanju nije ostvario svaki treći stanovnik Srbije (30,7%). Najveći procenat stanovnika sa nerealizovanim potrebama registrovan je u Vojvodini (39,5%) a najmanji u Šumadiji i Zapadnoj Srbiji (20,3%). Kada se analiziraju socijalno demografske karakteristike ovih stanovnika, značajno je veći procenat žena (33,1%), onih sa najnižim obrazovanjem (35,9%) i najsiriromašnijih (40,1%). Najveću prepreku za ostvarivanje potreba su činili finansijski razlozi (24,8%), pri čemu se najteže

³⁵ Ronksley, P. E., Sanmartin, C., Quan, H., Ravani, P., Tonelli, M., Manns, B., Hemmelgarn, B. R. Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. *Open Medicine*, 2012;6(2), e48.

³⁶ Tchicaya, A., & Lorentz, N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health* 2014;13(1):7.

³⁷ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije – 2006. godina, Osnovni rezultati. Beograd. 2007. Prema rezultatima ovog istraživanja u Srbiji je za 3% stanovnika plaćanje usluga bilo glavni razlog nekorišćenja zdravstvene zaštite što je značajno manje nego 2000. godine (4,2%). Značajno više najsiriromašnijih (8,1%), kao i stanovnika zapadne (4,2%) i jugoistočne Srbije (4,4%) nije koristilo zdravstvene usluge zbog finansijskih razloga.

³⁸ Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" i Ministarstvo zdravlja RS Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije – 2013. godina. Beograd. 2014. (dostupno na www.batut.org.rs, (pristupljeno u februaru 2016.)

dolazilo do stomatoloških usluga (19.3%), potom, medicinskih (18%), slede propisani lekovi (14,2) i zaštita mentalnog zdravlja (4,8%)³⁹.

Svetska banka je zajedno sa drugim donatorima omogućila sprovođenje tri ankete o životnom standardu (*Living Standard Measurement Survey – LSMS*) u Srbiji koje su takođe imala pitanja o potrebama i korišćenju zdravstvenih usluga⁴⁰. Podaci iz ovih anketa su korišćeni za identifikovanje najosetljivijih populacionih grupa i faktore rizika siromaštva u Srbiji. U ovim istraživanjima su analizirane i nerealizovane zdravstvene potrebe obolelih prema samoproceni zdravlja i prisustva hroničnih oboljenja i stanja.

Prema rezultatima LSMS iz 2007. godine, najveći procenat obolelih stanovnika je smatrao da nije bilo potrebe za korišćenjem zdravstvenih usluga (56%), a zatim da su u pitanju bile manje zdravstvene tegobe koje su sami rešavali (26%). Treći razlog koji su navodili kao razlog nekorišćenja zdravstvenih usluga je da nisu imali finansijskih sredstava (6%); to je izjavilo značajno više onih iz ruralnih predela u odnosu na one iz gradskih sredina (9% i 4% sledstveno), dok su osobe koje žive ispod linije siromaštva čak tri puta više od proseka nedostatak novca navodilo kao razlog nekorišćenja zdravstvenih usluga. Posebno su bile izražene razlike između ispitanika najsiromašnijeg i najbogatijeg kvintila (13% prema 1%). U romskoj populaciji svaka treća bolesna osoba (33%) nije koristila zdravstvene usluge iz ovih razloga, što je šest puta više od proseka u opštoj populaciji. Odsustvo zdravstvenog osiguranja je bio razlog nekorišćenja kod 2% ispitanika, i to dva puta više u vangradskim područjima i kod onih koji žive ispod linije siromaštva (u oba slučaja po 4%). U istočnoj i jugoistočnoj Srbiji ovaj procenat je dva i tri puta veći nego u ostalim regionima. Udaljenost kao razlog nekorišćenja zdravstvenih usluga navodi 1.7 od sto obolelih i važna je za sagledavanje geografske pristupačnosti koja u mnogome uslovljava i dostupnost zdravstvene službe. Ovi nalazi ne odstupaju značajno od rezultata dobijenih u istoj anketi sprovedenoj 2002. godine⁴¹.

Ako se uzme u obzir nedovoljno znanje o faktorima koji dovode do velike učestalosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba među stanovnicima Srbije i činjenica da ograničenja finansijskih i drugih resursa u javno-zdravstvenom sektoru mogu dovesti do njihovog povećanja ako se ne preduzmu odgovarajuće mere zdravstvene politike, **cilj ove sekundarne analize podataka dobijenih iz Ankete o prihodima i uslovima života (SILC) je da se analiziraju: demografske, socijalno-ekonomske i regionalne karakteristike osoba sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama u Srbiji; njihova percepcija zdravstvenog stanja i prisustvo hroničnih bolesti i invaliditeta, identifikuju prediktori nastanka i doživljaj samoprocenjenih**

³⁹ Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" i Ministarstvo zdravlja RS. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije – 2013. godina. Beograd. 2014 (dostupno na www.batut.org.rs, pristupljeno u februaru 2016.)

⁴⁰ Republički zavod za statistiku, Studija o životnom standardu 2002-2007. Beograd: 2008. Republički zavod za statistiku.

⁴¹ Ibid.

nezadovoljenih zdravstvenih potreba i sledstveno, ustanove razmere nejednakosti u dostupnosti i pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite.

2. METOD RADA

Istraživanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom predstavlja sekundarnu analizu podataka dobijenih iz Istraživanja o prihodima i uslovima života (*Survey on Income and Living Conditions* - SILC) sprovedenom na teritoriji Republike Srbije bez Kosova i Metohije, 2013. i 2014. godine.

Jedinice posmatranja bila su domaćinstva i članovi domaćinstava starosti 15 i više godina u 2013. i starosti 16 i više godina u 2014. godini. Republički zavod za statistiku sproveo je uzorkovanje u obe godine istraživanja. Planirani uzorak je bio 8008 domaćinstava sa 20069 ispitanika (tabela 1)⁴².

Tabela 1: Opis uzorka u istraživanjima SILC-a 2013. i 2014. godine.

Opis uzorka	2013. godina	2014. godina
Planirani uzorak domaćinstava, (n)	8008	8008
Anketirana domaćinstva, (n)	6501	6987
Planirani uzorak ispitanika	20069	20069
Anketirani ispitanici, (n)	17183	16220
Stopa odgovora ispitanika (%)	83,6	80,8
Ispitanici koji su odgovorili na pitanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom, (n)	12282	16219
Nedostajući odgovori na pitanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom, (n)	4685	1

Instrument istraživanja

Podaci su prikupljeni pomoću dva upitnika: upitnik za domaćinstva i upitnik za lica. Iz upitnika za domaćinstva u ovom istraživanju je korišćeno je 8 pitanja koja su se odnosila na pol, starost,

⁴² Metodološki pristup je detaljno opisan u publikaciji Republičkog zavoda za statistiku. Prihodi i uslovi života u Republici Srbiji - 2013. Finalni izveštaj. 2015.

obrazovanje, bračni status i status na tržištu rada članova domaćinstva i tip naselja i region u kome se domaćinstvo nalazi. Iz upitnika za lica korišćeno je 7 pitanja iz modula Kvalitet života i odnosila su se na samoprocenu zdravstvenog stanja, postojanje hroničnih bolesti, sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga, posete lekaru u poslednjih 12 meseci i glavni razlozi zbog kojih lekar nije posećen, posete stomatologu u prethodnih 12 meseci i razlozi zbog kojih nije on posećen. Pitanje o posedovanju zdravstvene knjižice je bilo samo u upitniku iz 2013. godine.

Varijabla ekvivalentni raspoloživi dohodak je formirana na osnovu više pitanja koja su se nalazila u oba upitnika i odnose se na pitanja o novčanim prihodima svakog člana domaćinstva i zajedničkim prihodima na nivou domaćinstva. Ekvivalentni raspoloživ dohodak domaćinstva je ukupan raspoloživ dohodak domaćinstva korigovan na osnovu strukture domaćinstva prema modifikovanoj skali ekvivalencije OECD, po kojoj prvi odrasli član domaćinstva stariji od 13 godina dobija koeficijent 1, svaki sledeći 0,5 a svako dete mlađe od 14 godina koeficijent 0,3. Ukupan raspoloživ dohodak domaćinstva obuhvata kako sve novčane prihode svakog člana domaćinstva, tako i zajedničke na nivou domaćinstva, kao što su bruto prihodi od rada (zarade od zaposlenje i od samozaposlenosti), zatim prihodi od kapitala, penzija, socijalnih primanja i sredstava primljena od drugih domaćinstava, koji su umanjeni za plaćene poreze i doprinose i isplaćene transfere drugim domaćinstvima⁴³.

Na osnovu pitanja „Da li se u prethodnih 12 meseci dogodilo da niste posetili lekara (drugo pitanje se odnosilo na stomatologa) a trebalo je?“, svi ispitanici su podeljeni u dve grupe: na one sa zadovoljenim zdravstvenim potrebama i one sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama. Razlozi zbog koga ispitanici nisu posetili lekara ili stomatologa su svrstani u tri grupe:

- dostupnost zdravstvenih usluga (postoji lista čekanja na intervencije),
- pristupačnost zdravstvenih usluga (finansijki razlozi, udaljenost zdravstvene ustanove) i
- prihvatljivost zdravstvenih usluga (nema vremena zbog posla ili brige o deci, strah od lekara, želeo je da sačeka da vidi da li će se stanje popraviti, nije znao ni jednog dobrog lekara ili specijalistu i drugi razlozi).

Važno je imati na umu da su svi podaci o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama zasnovani na samoizveštavanju i da stoga, u određenom stepenu, reflektuju subjektivni doživljaj koji je pod uticajem socijalnog i kulturalnog okruženja ispitanika.

Podaci dobijeni ovim istraživanjem ne obuhvataju osobe koje su smeštene u institucije zdravstvene i socijalne zaštite (hospitalizovani ili se nalaze u domovima za stare) i čije je zdravstveno stanje mnogo ozbiljnije od onih koji žive u svojim domaćinstvima. To je razlog što informacije o zdravstvenom stanju u celini mogu biti podcenjene. S druge strane, isključivanjem ovih osoba, kojima je zdravstvena usluga uvek dostupna, vodi ka precenjivanju veličine nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Takođe je važna napomena da vrednosti pokazatelja nisu

⁴³ Ibid.

standardizovane u odnosu na starost pa stoga odslikavaju nacionalnu starosnu strukturu što bi trebalo imati na umu pri međunarodnom poređenju kao što je napomenuto u EUROSTAT bazi podataka⁴⁴.

Statističke metode obrade podataka

Analiza podataka u ovom istraživanju izvršena je metodama deskriptivne i inferencijalne (analitičke) statistike. Od deskriptivne statistike korišćeni su apsolutni i relativni brojevi. Za testiranje značajnosti razlika korišćen je Hi-kvadrat test za ponderisane vrednosti. Sve varijable koje su bile statistički značajne, na nivou značajnosti $p < 0,05$, uključene su u dalju analizu.

Deskriptivna statistika je urađena za obe godine kada je sprovedeno SILC istraživanje, Svi rezultati su predstavljeni tabelarno i grafički. Podaci su obrađeni u programskom paketu SPSS 20.0 (IBM korporacija).

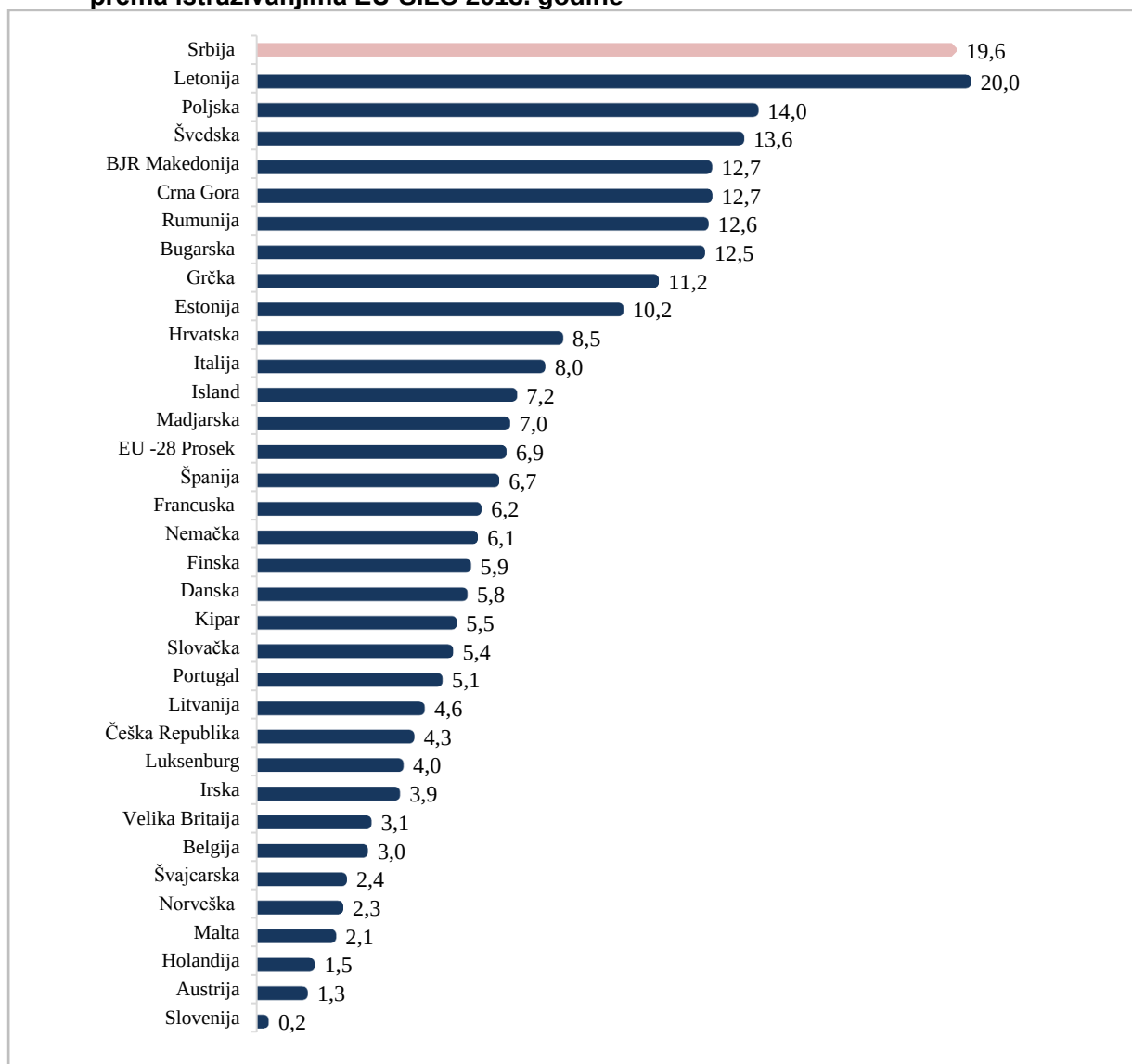
Hijerarhijska logistička regresija (Enter model) je korišćena samo za podatke iz 2014. godine. Urađeno je ukupno pet modela multivarijantne logističke regresije u kojima je prikazan unakrsni odnos (UO) i 95% interval poverenja (IP), za nezavisne varijable (prediktore nezadovoljenih zdravstvenih potreba) sa različitim razlozima zašto dolazi do nezadovoljenih potreba, kao zavisnim varijablama (prilog 2).

⁴⁴ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. 2014; Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (pristupljeno u februaru 2016).

3. NALAZI ISTRAŽIVANJA O NEZADOVOLJENIM ZDRAVSTVENIM POTREBAMA U SRBIJI

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom u 2013. godini je imalo (19,6%) ispitanika što je mnogo više od prosečne učestalosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba stanovništva u 28 zemalja Evrope koja je iznosila 6,9%, prema poslednjim dostupnim podacima EU SILC⁴⁵ (grafikon 1). Veću učestalost nezadovoljenih potreba od Srbije je te godine imala Letonija (20%), a nešto nižu Poljska (14%), Švedska (13,6%) i Rumunija (12,6%).

Grafikon 1: Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom u zemljama Evrope prema istraživanjima EU-SILC 2013. godine



⁴⁵ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. (2014) Dostupno na http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru. 2016].

U odnosu na zemlje bivše Jugoslavije, ispitanici Srbije su imali najveći procenat nezadovoljenih zdravstvenih potreba (Crna Gora 12,7%; BJR Makedonija 10,8%; Hrvatska 8,5%; Slovenija 0,2%).

Glavni razlozi nezadovoljenih potreba u 28 zemalja Evrope u 2013. godini su bili finansijski razlozi, zatim liste čekanja, nedostatak vremena, čekanje da bolest prođe i udaljenost medicinskih centara⁴⁶. Zdravstveni sistemi u zemljama Evropske unije su bili odgovorni za nešto više od 50% ukupno nezadovoljenih potreba za zdravstvom zaštitom i to većinom zbog finansijskih razloga i lista čekanja na medicinske intervencije. Među ličnim razlozima ispitanika zbog kojih nisu posetili lekara, dominantan je bio čekanje da se vidi da li će zdravstveni problem proći sam od sebe⁴⁷. U Srbiji je iste godine bio sličan redosled razloga nezadovoljenih zdravstvenih potreba, najčešći je bio nedostatak finansijskih sredstava (29,2%), potom čekanje da bolest prođe i da se stanje zdravlja popravi (20,1%), nedostatak vremena (16,6%) i liste čekanja na intervencije (10,8%).

Kada se porede podaci iz Ankete o prihodima i uslovima života za 2013 i Istraživanja zdravlja stanovnika Srbije iz iste godine, upadljivo je da je učestalost nezadovoljenih potreba nešto veća prema SILC istraživanju u kome zbog finansijskih razloga za oko 5% stanovnika više nije koristilo zdravstvene usluge (SILC 29,2% a u Istraživanju zdravlja 24,8%), dok se nezadovoljene potrebe zbog ostalih razloga: lista čekanja, udaljenosti ili nedostatka odgovarajućeg prevoza neznatno razlikuju. Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije je omogućilo detaljniji uvid u nedostatak finansijskih sredstava za korišćenje usluga zdravstvene službe, pa tako 12% stanovnika starijih od 15 godina zbog nedostatka novčanih sredstava nije koristilo dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione usluge, 12,6% stomatološke usluge, 9,7% nije dobilo propisane lekove a 2,2 usluge zbog problema sa mentalnim zdravljem⁴⁸.

Poređenje nezadovoljenih potreba za uslugama lekara stanovnika Srbije u 2013. i 2014. godini

Razlozi nezadovoljenih zdravstvenih potreba u Srbiji koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite (ugrožena pristupačnost i dostupnost) su u 2013. godini iznosili 44,4%, a u 2014. godini 58,2%. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika su bili zastupljeni u 55,4% slučajeva u 2013. godini, i 41,7% slučajeva u 2014. godini.

Najdominantniji razlog u okviru ugrožene pristupačnosti je bio finansijski razlog, u okviru ugrožene dostupnosti, liste čekanja na medicinske intervencije i procedure, a u okviru neprihvatljivosti zdravstvene zaštite, želja da sačeka i vidi da li će se stanje zdravlja popraviti i problem proći sam od sebe i nedostatak vremena zbog zaposlenosti ili brige o deci (tabela 2).

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" i Ministarstvo zdravlja RS. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije – 2013. godina. Beograd. 2014 (dostupno na www.batut.org.rs, pristupljeno u februaru 2016.)

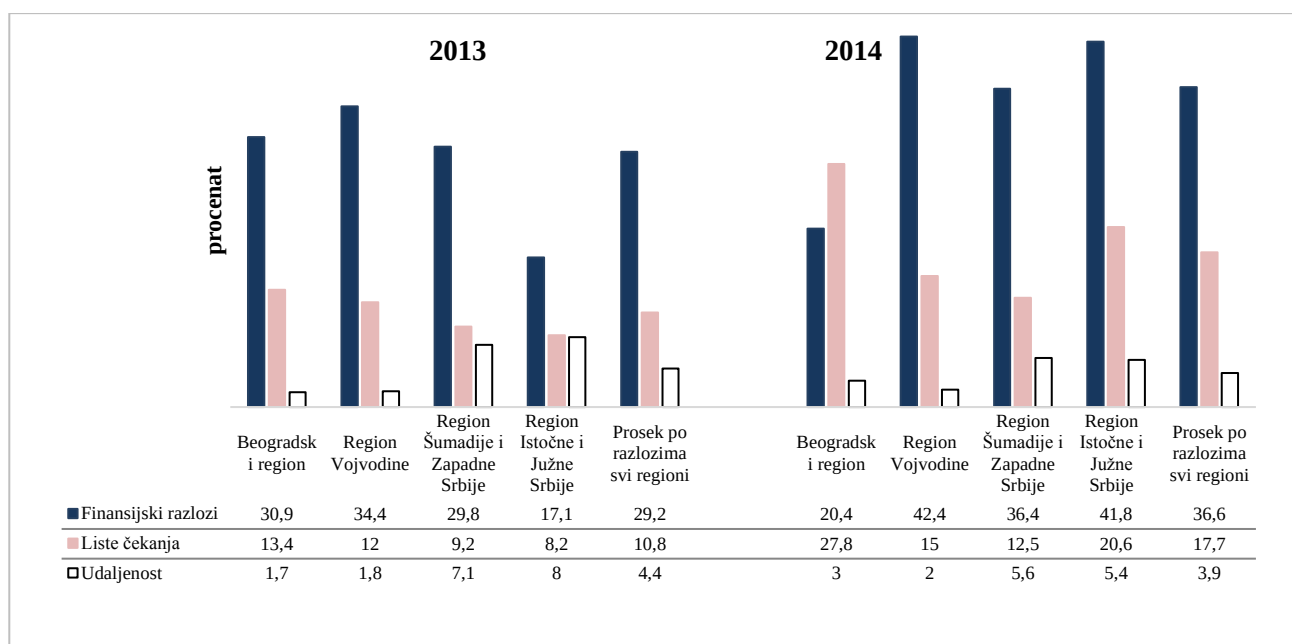
Tabela 2: Razlozi za nezadovoljene potrebe za uslugama lekara u Srbiji 2013. i 2014. godine

Razlozi zbog kojih ispitanici nisu posetili lekara	2013		2014	
	n	%	n	%
Razlozi za koje je odgovoran zdravstveni sistem				
• Nije moglo da se priušti, suviše je skupo	686	29,2	770	36,6
• Postoji lista čekanja	245	10,8	339	17,7
• Predaleko je da bi putovao, nema adekvatnog prevoza	107	4,4	77	3,9
Ukupno	1038	44,4	1186	58,2
Razlozi koji predstavljaju lične preferencije ispitanika				
• Nije moglo da nađe vremena zbog posla ili brige o deci	386	16,6	306	16,1
• Strah od lekara/bolnice/ispitivanja/lečenja	122	4,7	120	5,7
• Želelo je da sačeka i vidi da li će se stanje popraviti	486	20,1	402	18,3
• Nije znao ni za jednog dobrog lekara ili specijalistu	29	1,3	31	1,6
• Iz drugih razloga	305	12,7	0	0
Ukupno	1328	55,4	859	41,7

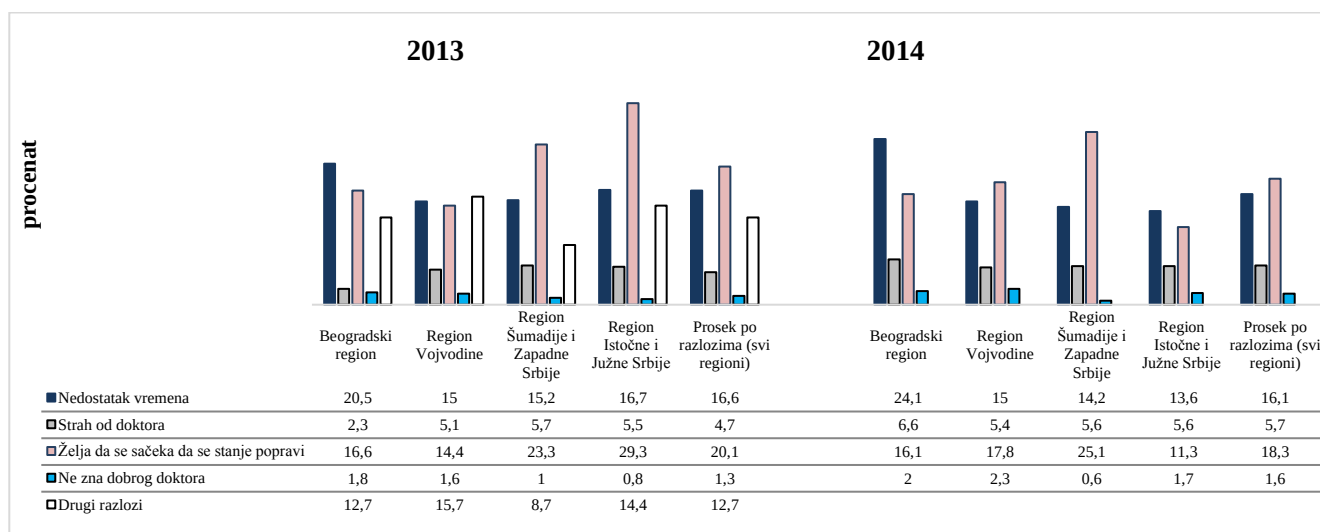
Najveći procenat nezadovoljenih zdravstvenih potreba u obe godine imao je Region Vojvodine (21,9% i 19,3% sledstveno) a zatim Region Šumadije i Zapadne Srbije i Beogradski region (tabela 1 u prilogu 3). U 2014. godini samoprocenjene nezadovoljene potrebe u Beogradskom regionu su se značajno smanjile i bile ispod proseka Srbije (14,9%).

Finansijski razlozi nezadovoljenih zdravstvenih potreba su bili najučestaliji u Regionu Vojvodine u obe godine, mada su u 2014. godini oni porasli za 8%, a u Regionu Istočne i Južne Srbije povećani za 24,7% , dok su u Beogradskom regionu smanjeni. Nezadovoljene potrebe zbog lista čekanja su u 2014. godini porasle u svim regionima, i bile su najveće u Beogradskom regionu u obe godine. Najmanje zastupljen razlog nezadovoljenih zdravstvenih potreba je bila udaljenost zdravstvenih ustanova u svim regionima, najmanje u Beogradskom regionu i u Vojvodini, a najveći u regionu Šumadije i Zapadne Srbije i Istočne i Južne Srbije, koji su i najrazuđeniji regioni (grafikon 2).

Grafikon 2. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima Srbije zbog finansijskih razloga, lista čekanja i udaljenosti zdravstvenih ustanova



Grafikon 3: Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima Srbije zbog ličnih preferencija ispitanika

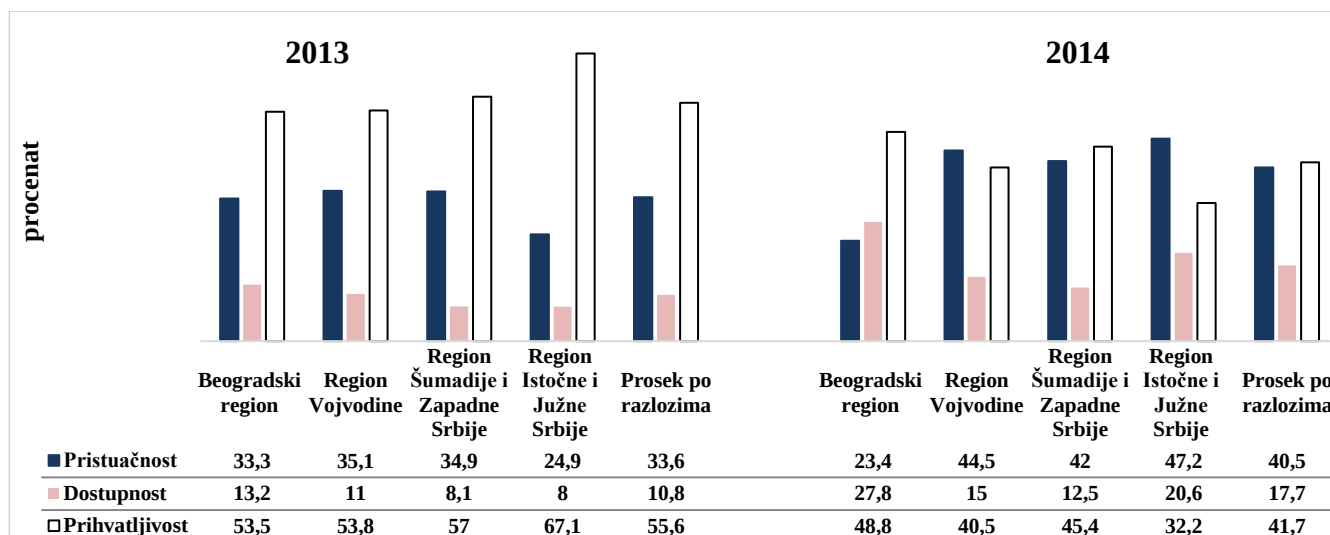


Razlozi povezani sa ličnim preferencijama ispitanika ili prihvatljivošću zdravstvene zaštite su u 2013. godini bili zastupljeni kod 55,4% stanovništva, a u 2014. godini je njihova učestalost smanjena na 41,7% (grafikon 3). Dominantan razlog u Beogradskom regionu je bio nedostatak vremena u obe godine, dok je u ostalim regionima najčešći bio čekanje da bolest prođe sa neznatnim varijacijama po godinama.

Kada se razlozi grupišu na one za koje je odgovoran zdravstveni sistem i koji određuju pristupačnost zdravstvene zaštite (finansijski razlozi i udaljenost zdravstvenih ustanova), i njenu dostupnost (liste čekanja), i na razloge za koje je odgovoran pojedinac a koji odslikavaju prihvatljivost zdravstvene zaštite (nedostatak vremena, strah od lekara, čekanje da simptomi bolesti sami prođu i neinformisanost o dobrom lekaru), analiza po regionima pokazuje da je u 2013.

godini najčešći razlog bio prihvatljivost zdravstvene zaštite u svim regionima (najviše u regionu Istočne i Južne Srbije), dok je u 2014. godini nešto češći razlog bila pristupačnost zdravstvene zaštite, i to najviše u regionu Istočne i Južne Srbije i Vojvodine a najmanje u Beogradskom regionu (grafikon 4).

Grafikon 4. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima zbog ugrožene dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite



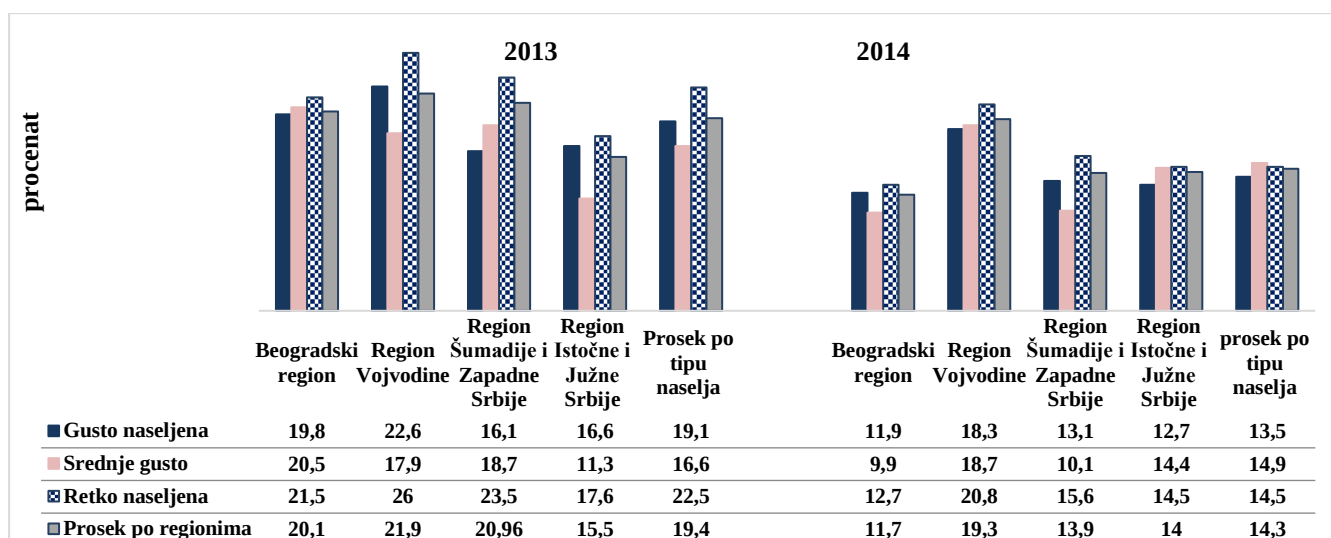
Stepen urbanizacije i prihodi domaćinstava jesu važna odrednica nezadovoljenih potreba za zdravstvenim uslugama⁴⁹. Rezultati drugih istraživanja pokazuju da je najveći broj stanovnika sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama u udaljenim, retko naseljenim područjima i da živi u domaćinstvima sa dohotkom u prvom, najsiromašnijem kvintilu⁵⁰.

Nezadovoljene potrebe za zdravstvom zaštitom su najveće u retko naseljenim područjima i one su iznosile 22,5% u 2013. godini i 16,2% u 2014. godini. U retko naseljenim područjima Vojvodine nezadovoljene zdravstvene potrebe su bile češće od proseka Srbije (26% u 2013. i 20,8% u 2014. godini) (grafikon 5).

Grafikon 5. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima Srbije prema tipu naselja

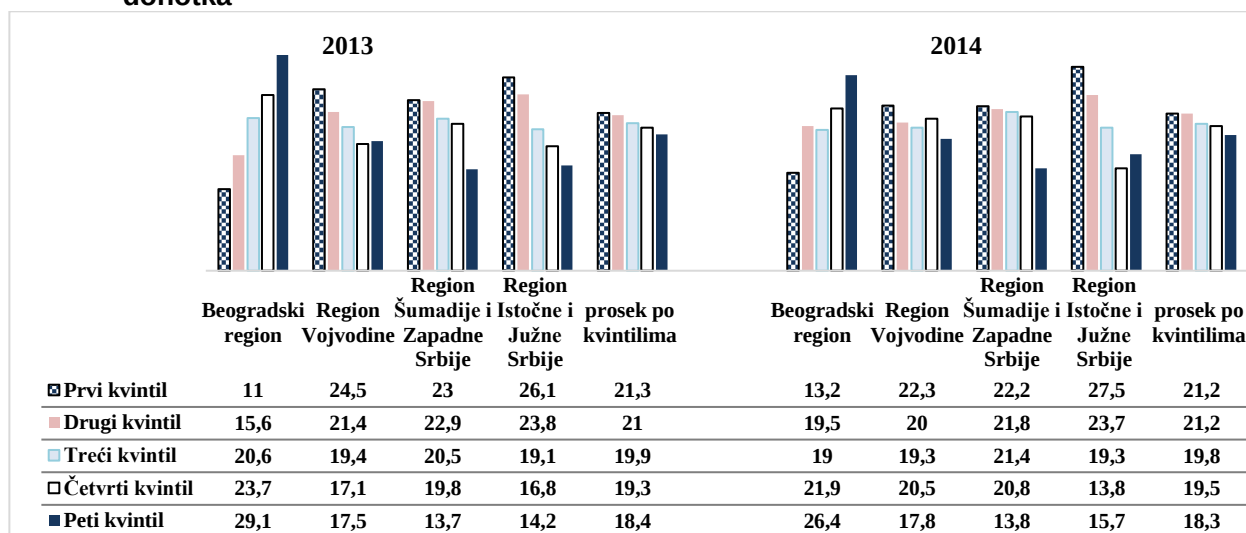
⁴⁹ Koolman, X. Unmet Needs for Health Care in Europe. Comparative EU Statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges. In Proceedings of the EU-SILC Conference, Helsinki, Finland, 2006 pp. 183–191.

⁵⁰ Ibid.



Analizirajući ekvivalentni dohodak po kvintilima na celom uzorku u obe godine istraživanja, u Regionu Istočne i Južne Srbije, Regionu Vojvodine i Regionu Šumadije i Zapadne Srbije živelo je oko 45% ispitanika u domaćinstvima koji imaju dohodak u najsiromašnijim kvintilima. Beogradski region je najbogatiji i u njemu živi više od 50% ispitanika u domaćinstvima koji pripadaju bogatijim kvintilima a oko 27% ispitanika koji žive u domaćinstvima koji pripadaju prvom i drugom (siromašnim) kvintilu (grafikon 6).

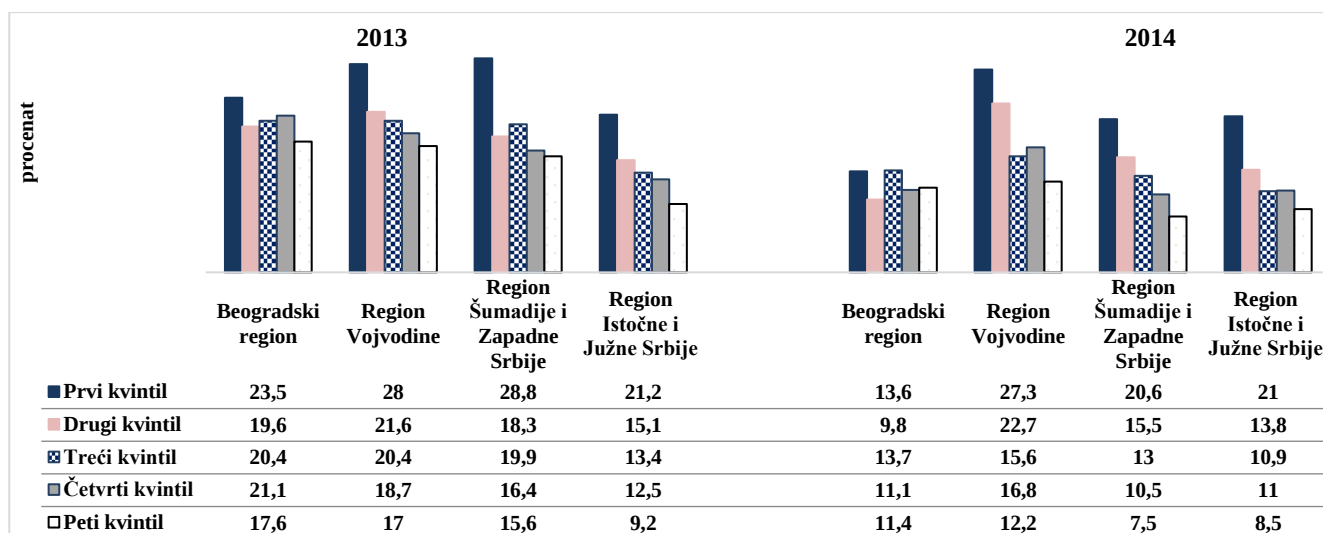
Grafikon 6. Distribucija ispitanika prema regionima Srbije i kvintilima ekvivalentnog dohotka



Ispitanici koji su pripadali domaćinstvima u prvom najsiromašnijem kvintilu, u svim regionima su imali najveće nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom (tabela 1 u prilogu 3). U 2013. godini je petina stanovnika u prvom (najsiromašnijem) kvintilu imala nezadovoljene zdravstvene potrebe, dok je u 2014. godini učestalost nešto niža. Sa porastom dohotka smanjuje se učestalost

nezadovoljenih potreba tako da je u poslednjem, najbogatijem kvintilu, broj osoba sa nezadovoljenim potrebama bio skoro dvostruko niži od onih u prvom kvintilu. U Regionu Istočne i Južne Srbije, koji je najsiriromašniji region, u obe godine istraživanja, nezadovoljene zdravstvene potrebe su bile znatno ispod proseka Srbije, u svim kvintilima. (grafikon 7).

Grafikon 7. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima Srbije prema kvintilima ekvivalentnog dohotka

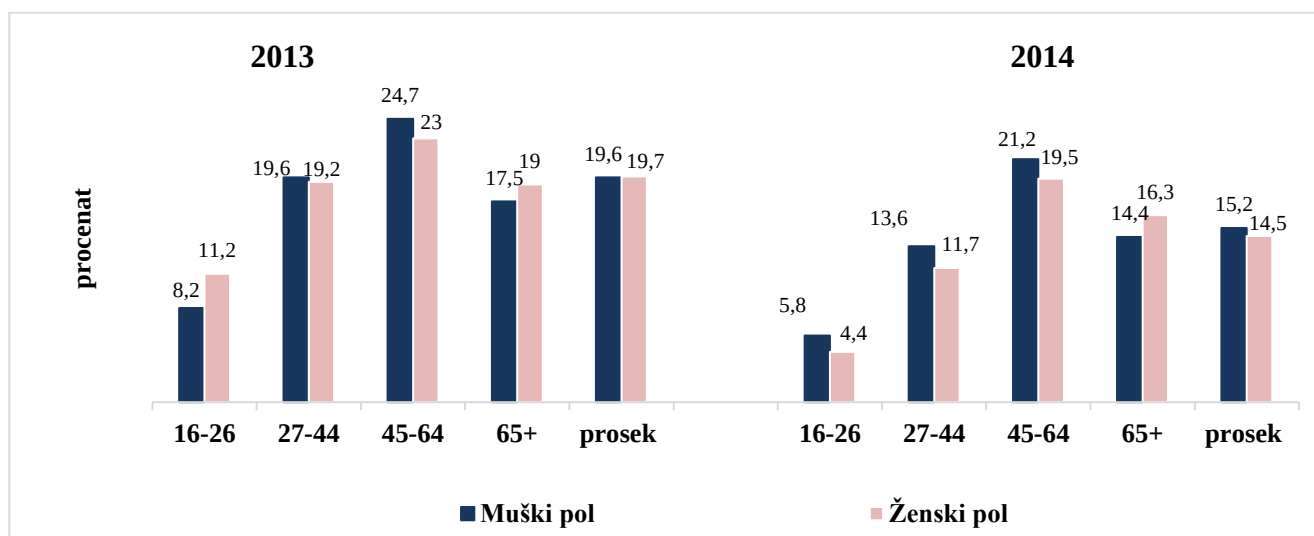


Socijalno-ekonomske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama

Starost i pol ispitanika igraju značajnu ulogu u ispoljavanju zahteva za korišćenjem zdravstvene zaštite, a takođe i u percepciji zadovoljenja zdravstvenih potreba. U ovoj analizi 2013. godine nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom su bile prisutne kod petine ispitanika muškog i ženskog pola, dok su u 2014. godini ispitanici muškog pola u proseku češće prijavljivali nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom (15,2% prema 14,5%) (tabela 1 u prilogu 3). Najveći procenat ispitanika sa nezadovoljenim potrebama bio je u starosnoj grupi od 45-64 godina, odnosno u grupi starijeg radno-aktivnog stanovništva. Nezadovoljene potrebe počinju da opadaju kod starijih od 65 godina (grafikon 8). Za razliku od Srbije, u zemljama Evropske unije nezadovoljene zdravstvene potrebe su 2013. godine bile češće u populaciji žena i kod starijih osoba ⁵¹.

⁵¹Eurostat Statistic Explained Unmet health care needs statistics.. Dostupno na at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics 2014. Pristupljeno u februaru 2016.

Grafikon 8. **Nezadovoljene zdravstvene potrebe za uslugama lekara po polu i starosnim grupama**



Obrazovanje kao socijalno-ekonomska determinanta zdravlja ima veliki uticaj na korišćenje zdravstvene zaštite, na obolevanje i umiranje od mnogih bolesti. Stanovništvo sa višim nivoom obrazovanja ima veću verovatnoću da bude zaposleno, da ima stabilnija i veća primanja, viši socijalni status i da bude zdravije⁵². Takođe, viši nivo obrazovanja omogućava bolje informisanje o zdravstvenim problemima i donošenje efikasnijih odluka za zdravlje⁵³. Stepen obrazovanja može imati mnogo veći uticaj na zdravlje od prihoda i zanimanja, jer se preko zdravstvene informisanosti i pismenosti može delovati na promenu načina ponašanja koja utiču na zdravlje⁵⁴.

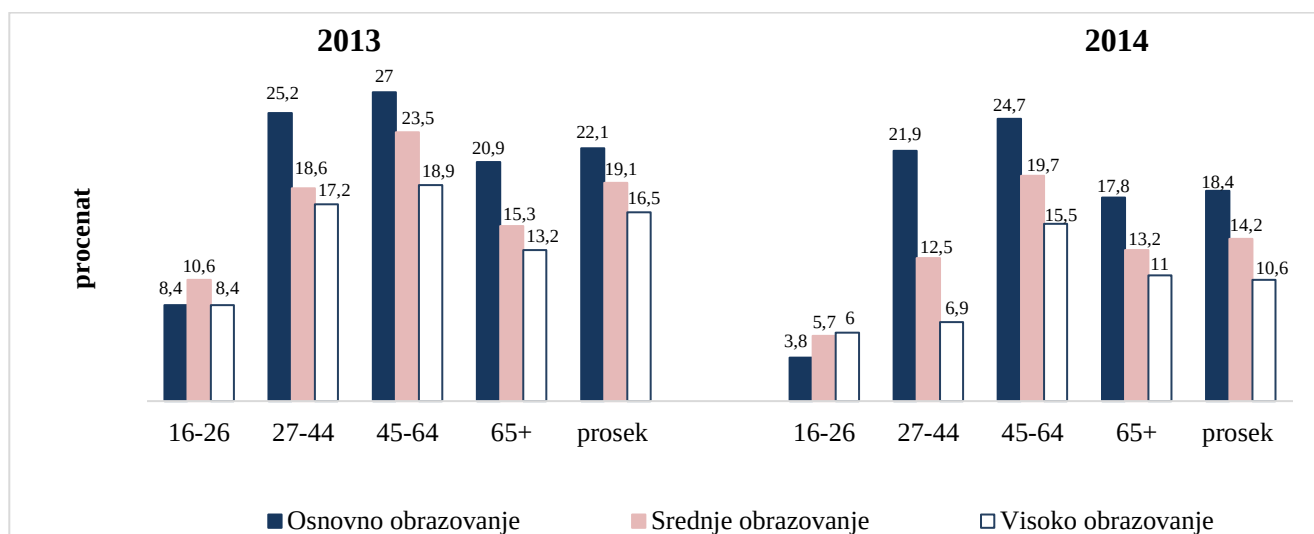
U Srbiji se 2013. i 2014. godine sa povećanjem obrazovnog nivoa smanjuju učestalost nezadovoljenih potreba za zdravstvenim uslugama. One su procentualno najveće u kategoriji ispitanika sa osnovnim obrazovanjem (uključujući i ispitanike sa nepotpunim osnovnim obrazovanjem) (22,1% u 2013 i 18,4% u 2014), a najmanje u kategoriji ispitanika sa visokim obrazovanjem (16,5% u 2013. godini i 10,6% u 2014. godini) (tabela 1 u prilogu 3).

⁵² Whitehead, M., & Dahlgren, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, 2. 2006.

⁵³ Terraneo, M.. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. Social Science & Medicine 2015;126: 154-63.

⁵⁴ Acheson, D Inequalities in health: report of an independent inquiry. London: Stationery Office. 1998.

Grafikon 9. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema starosnim grupama i obrazovnom nivou



Ispitanici u starosnoj kategoriji 45-64 godine, su imali najveći procenat nezadovoljenih potreba u svim nivoima obrazovanja (grafikon 9). Slična je situacija u većini zemalja Evropske unije, povećanjem obrazovnog nivoa, se smanjuju nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom (Letonija, Rumunija, Poljska, Grčka, Bugarska), osim u Estoniji gde su nezadovoljene potrebe najveće među ispitanicima sa visokim obrazovanjem⁵⁵.

Nezaposlenost ima štetne efekte po zdravlje, ne samo pojedinaca već i njihovih porodica te nosi psihičke, fizičke, kao i finansijske posledice⁵⁶. Nesiguran položaj zaposlenih, iznenadni gubitak posla izaziva hroničan stres čiji se efekti povećavaju sa dužinom izlaganja ovom stanju, i mogu dovesti do povećanog korišćenja zdravstvenih usluga sa jedne strane, a sa druge strane do većeg broja nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom⁵⁷.

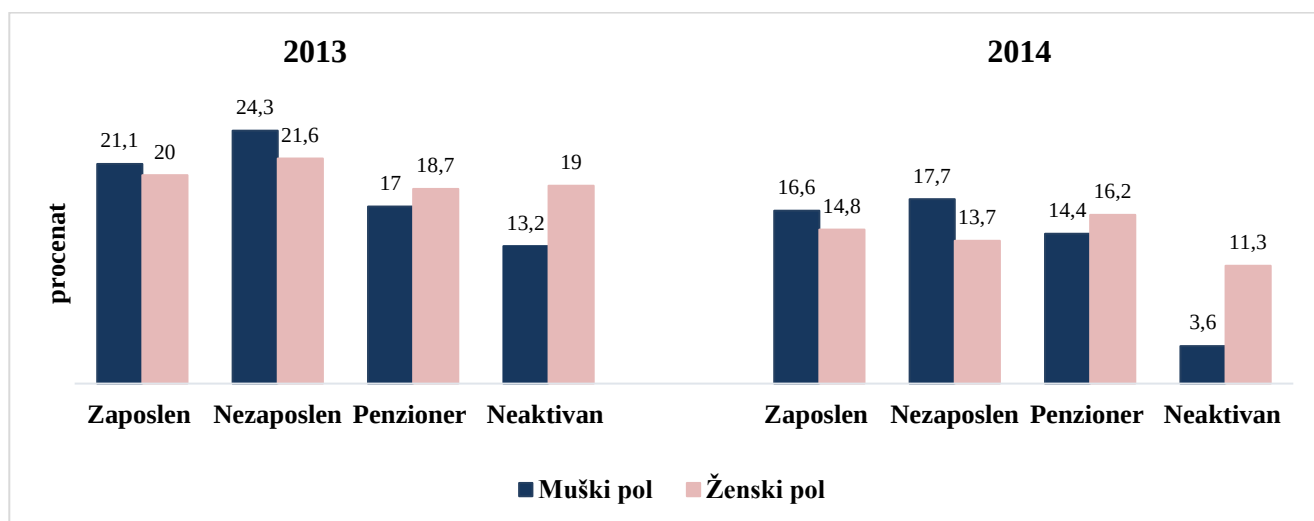
Prema statusu na tržištu rada u Srbiji, u 2013. i 2014. godini najveći procenat nezadovoljenih potreba su imali nezaposleni ispitanici (22,9% u 2013. godini; 15,9% u 2014. godini), a zatim zaposleni, penzioneri i radno neaktivni (tabela 1 u prilogu 3). U obe godine istraživanja nezadovoljene potrebe su bile značajno češće u populaciji nezaposlenih i zaposlenih ispitanika muškog pola, a kod ispitanica ženskog pola u kategoriji penzionera i radno neaktivnih osoba (grafikon 10).

⁵⁵ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics 2014. Pristupljeno u Februaru. 2016.

⁵⁶ Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization. 2003.

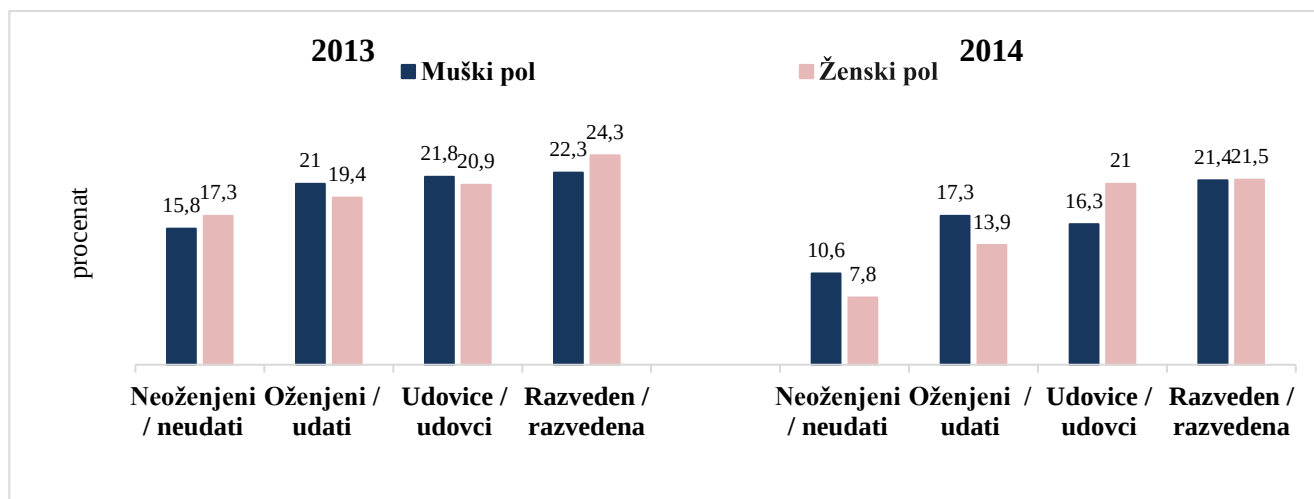
⁵⁷ Ibid

Grafikon 10. **Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema statusu na tržištu rada i polu**



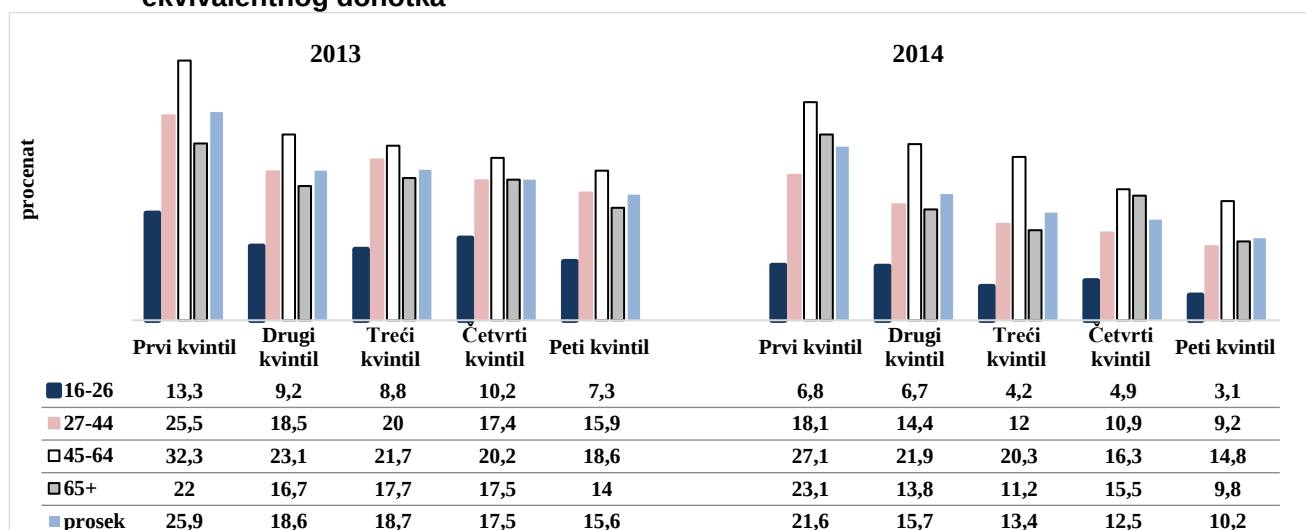
Razvedeni ispitanici i udovci/udovice su u obe godine istraživanja imali najveći procenat nezadovoljenih potreba, dok je najmanji procenat bio u populaciji neoženjenih/neudatih (grafikon 11). Mogući razlog je što se u populaciji neoženjenih i neudatih nalazi mlađe stanovništvo koje je zdravije i manje koristi usluge zdravstvene službe.

Grafikon 11. **Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema bračnom stanju i polu**



U Srbiji, u 2013. godini petina ispitanika u prvom, najsiromašnijem kvintilu ima najveći procenat nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom, dok je u 2014. godini taj procenat bio nešto manji. U poslednjem, najbogatijem kvintilu, broj ispitanika sa nezadovoljenim potrebama je bio skoro dva puta manji. Najveću učestalost nezadovoljenih zdravstvenih potreba u svim kvintilima ima starosna grupa od 45 do 64 godina (grafikon 12).

Grafikon 12. **Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema uzrastu i kvintilima ekvivalentnog dohotka**

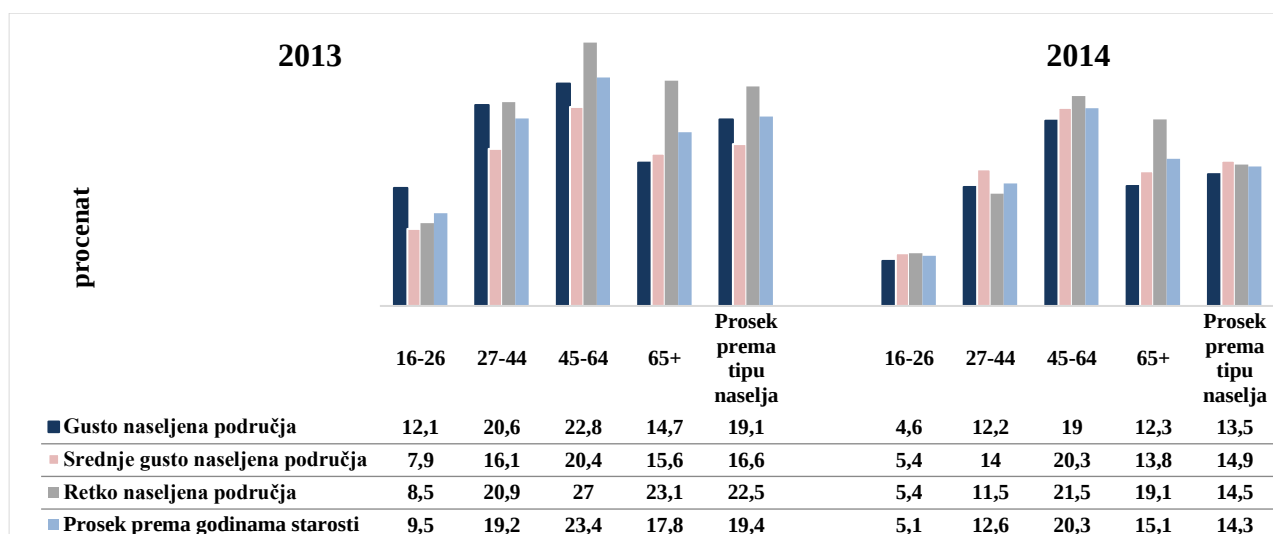


U retko naseljenim područjima u obe godine istraživanja, najviše nezadovoljenih potreba je bilo u starosnoj grupi od 45 do 64 godine i iznad 65 godina (grafikon 13). Jedan od razloga većoj učestalosti nezadovoljenih potreba je činjenica da u retko naseljenim područjima živi veći procenat starije populacije koja najčešće živi u domaćinstvima koja se izdržavaju od poljoprivrede. Ova domaćinstva se znatno češće susreću sa problemom vezanim za obavezno zdravstveno osiguravanje od ostalih domaćinstava, zbog neregulisanog formalnog statusa poljoprivrednika i neregulisanja katastarskog poreza⁵⁸. Za ovo stanovništvo vlasništvo nad zemljom predstavlja ključnu osnovu za regulisanje formalnog statusa i socijalnih prava poljoprivrednika. Na osnovu vlasništva nad zemljom, oni plaćaju katastarski porez, a na osnovu regulisanja poreske obaveze regulišu i socijalne doprinose. Uplaćivanjem socijalnih doprinosa stiču pravo na penzijsko-invalidsko i zdravstveno osiguranje⁵⁹.

⁵⁸ Cvejić S, Babović M, Petrović M, Bogdanov N, Vuković O. Socijalna isključenost u ruralnim oblastima Srbije. Beograd: UNDP Srbija, Sektor za inkluzivni razvoj; 2010 p. 84.

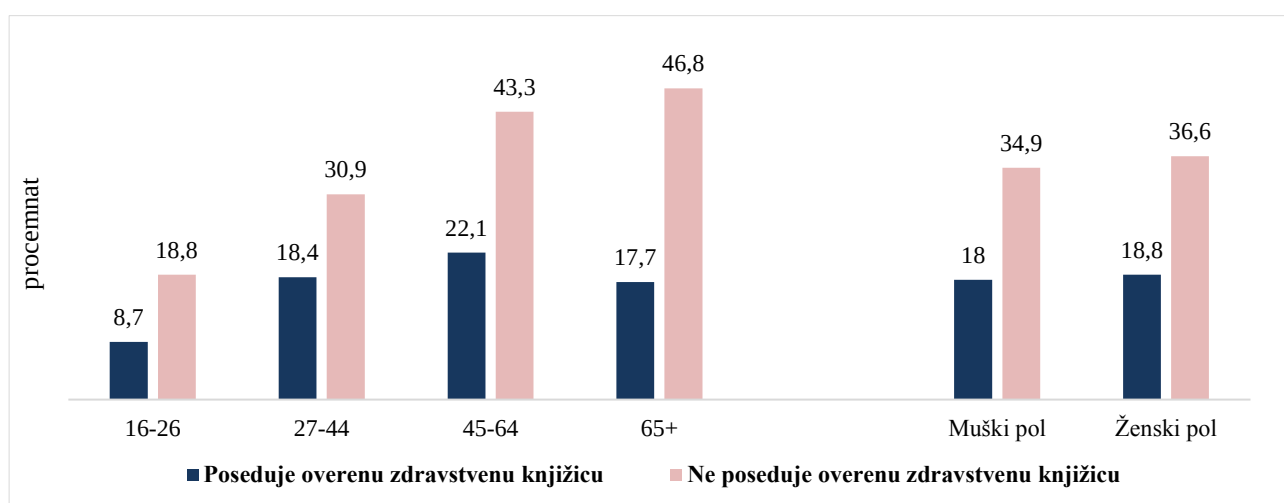
⁵⁹ Ibid.

Grafikon 13. **Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema tipu naselja i starosnim grupama**



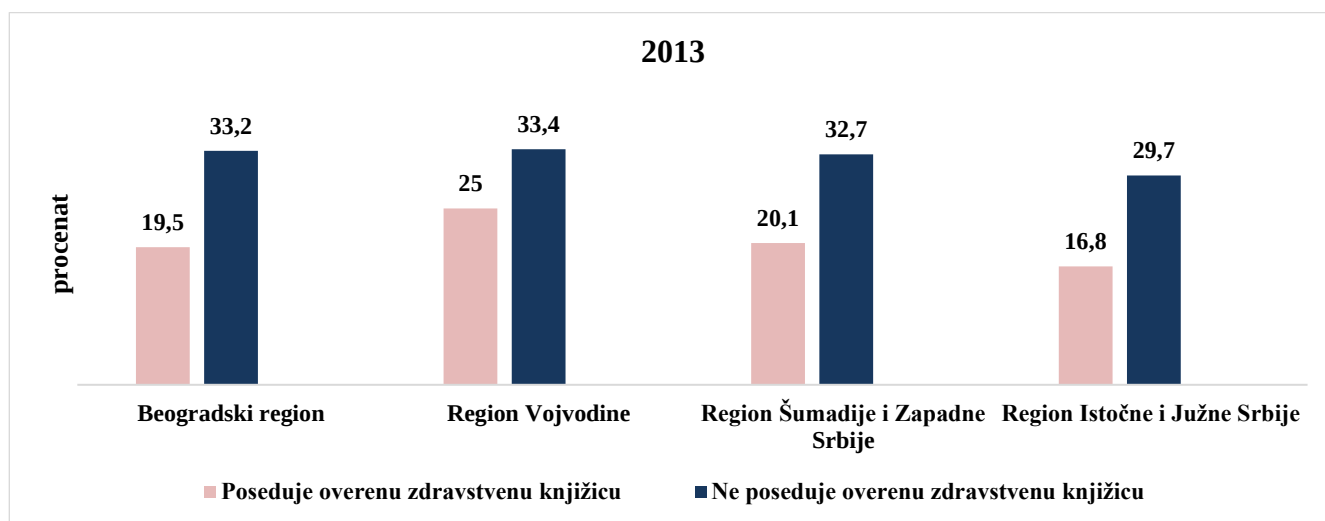
Overenu zdravstvenu knjižicu u Srbiji u 2013. godine je imalo 93,7% ispitanika, dok u 2014. godini ovo pitanje nije bilo postavljeno u upitniku.

Grafikon 14. **Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema posedovanju overene zdravstvene knjižice**



Ispitanici koji nisu imali overenu zdravstvenu knjižicu su dva puta češće procenjivali postojanje nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom (35,6%.) Najveći procenat njih je bio u starosnoj grupi ispitanika od 45-64 i iznad 65 godina (grafikon 14). Procenat ispitanika sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama bez overene zdravstvene knjižice u Beogradskom regionu, Regionu Vojvodine i u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije, se nije mnogo razlikovao, dok je u Regionu Istočne i Južne Srbije ovaj procenat bio najmanji (grafikon 15).

Grafikon 15. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema posedovanju overene zdravstvene knjižice u regionima Srbije



Zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama

Samoprocena zdravlja predstavlja veoma dobar izvor informacija o subjektivnom zdravstvenom stanju ispitanika koji obuhvata fizički, mentalni i socijalni aspekt zdravlja i blagostanja⁶⁰. Do sada se pokazala kao validan i pouzdan pokazatelj zdravstvenog stanja i kao dobar prediktor smrtnosti i obolevanja^{61 62}. Zasniva se na jednostavnom pritanju: „Kakvo je vaše zdravstveno stanje?“ i preporučena je od strane Svetske zdravstvene organizacije i Komisije Evropske Unije kao globalni pokazatelj zdravstvenog stanja stanovnika^{63 64}. Nejednakosti koje postoje u stopama mortaliteta između evropskih zemalja ili „evropski zdravstveni jaz u mortalitetu“, se javlja i u samoproceni zdravlja⁶⁵. Upoređujući veličinu nejednakosti u samoproceni zdravlja između 22 evropske zemlje zaključeno je zaključio da su u skoro svim zemljama samoprocenjeno zdravlje gore i to značajno više među ispitanicima koji žive u lošijim socijalno-ekonomskim uslovima⁶⁶.

⁶⁰ Norris, J., Van der laan, M., Lane, S., Anderson, J. and Block, G. Nonlinearity in Demographic and Behavioral Determinants of Morbidity. *Health Services Research*, 2003; 38(6p2):1791-1818.

⁶¹ Idler, E. and Benyamini, Y). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38(1):21.

⁶² Benjamins, M., Hummer, R., Eberstein, I. and Nam, C. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Social Science & Medicine*, 2004; 59(6):1297-1306.

⁶³ De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications European Series 1996; 58:1-161

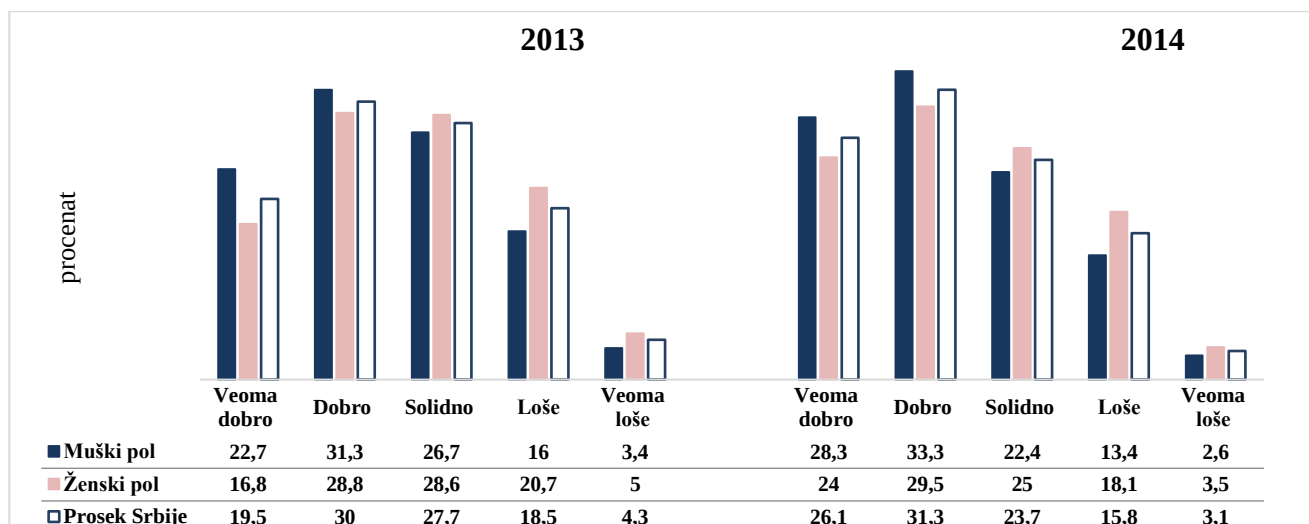
⁶⁴ European Commission. Health & Consumer protection directorate-general. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) –the "Short List". Luxembourg: "2004;Dostupno na; http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf (Pristupljeno u januaru 2016).

⁶⁵ Carlson, P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Social science & medicine*, 1998; 46(10):1355-66.

⁶⁶ Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M. and Kunst, A. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 2008;358(23):2468-81.

U Srbiji je 2013. godine skoro svaki peti ispitanik procenio svoje zdravstveno stanje kao loše (18,5%) i veoma loše (4,3%), što predstavlja najveći procenat ispitanika sa lošim zdravljem od svih zemalja u kojima se sprovodi EU-SILC istraživanje.

Grafikon 16. **Samoprocenjeno zdravstveno stanje po polu i samoprocenjenom zdravstvenom stanju**

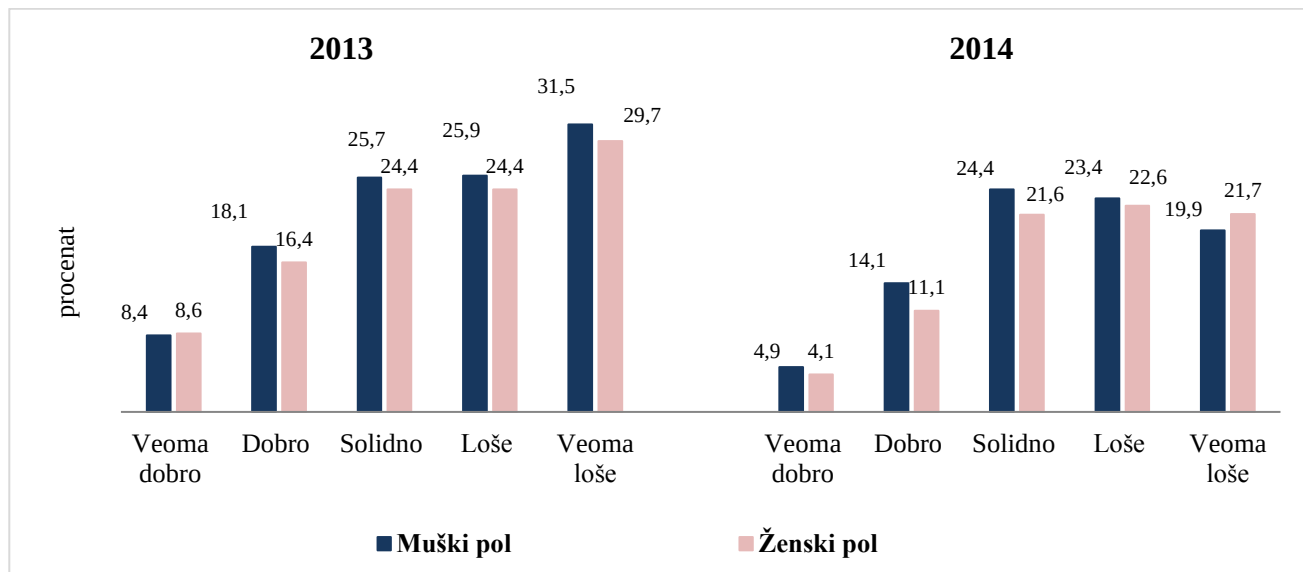


Loše i veoma loše zdravlje u zemljama Evropske unije u 2013. godini je imalo 10% ispitanika.⁶⁷ (Eurostat Statistical books, 2014). Naredne, 2014. godine, procenat ispitanika koji su svoje zdravlje procenili kao loše i veoma loše je u SILC istraživanju u Srbiji bio nešto manji (loše 15,8% i veoma loše 3,1%). Ispitanice ženskog pola, u obe godine istraživanja su češće procenjivale svoje zdravlje kao loše i veoma loše dok su ispitanici muškog pola češće procenjivali svoje zdravlje kao dobro i veoma dobro. (grafikon 16).

Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rastu i nezadovoljenene potrebe u 2013. godini. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom u 2013. godini su bile najčešće u kategoriji ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao veoma loše (30,3%), dok je procenat ispitanika sa nezadovoljenim potrebama koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao solidno ili loše bio gotovo isti (25% i 24,9%). I pored toga što su ispitanici muškog pola značajno manje procenjivali svoje zdravlje kao loše i veoma loše, u 2013. godini su imali više nezadovoljenih potreba od ispitanica ženskog pola. U 2014. godini nezadovoljene potrebe su bile skoro podjednake među ispitanicima koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao loše i onih koji su ga procenili kao solidno. Najveći procenat nezadovoljenih potreba su imali ispitanici muškog pola koji su svoje zdravlje procenili kao solidno (24,4%) (grafikon 17).

⁶⁷Eurostat Statistic Explained). Unmet health care needs statistics. 2014;Dostupno na : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru 2016).

Grafikon 17. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema samoprocenjenom zdravstvenom stanju i po polu

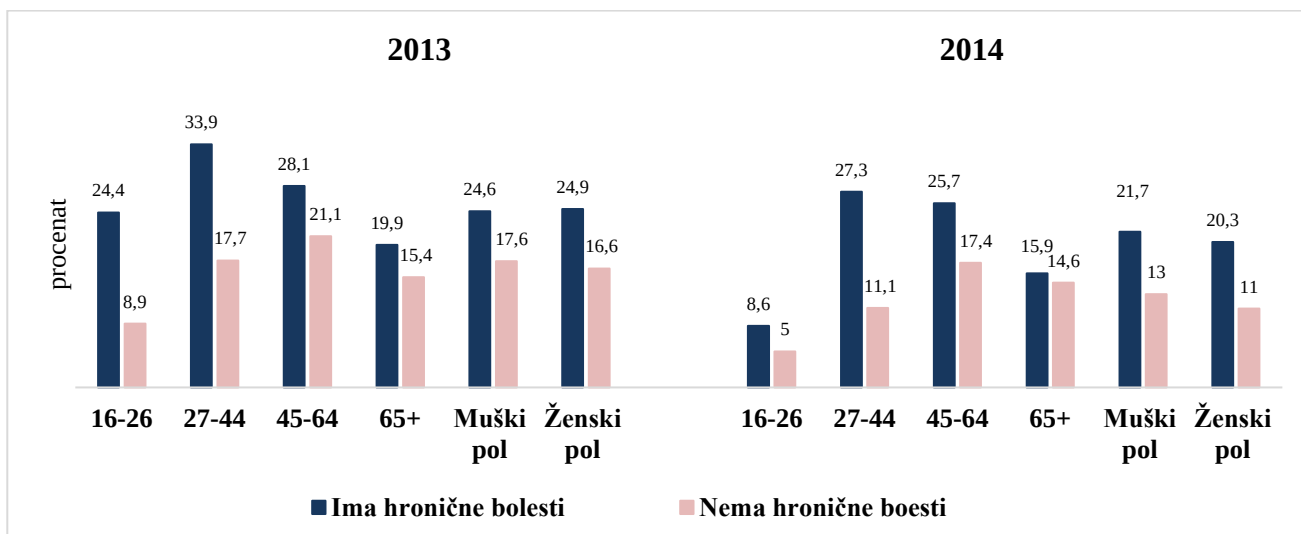


U 2013. godini, 32% ispitanika u zemljama Evropske unije, starijih od 16 godina je izjavilo da ima dugotrajnu hroničnu bolest ili zdravstveni problem. Najveću prevalenciju hroničnih bolesti u 2013. godini je imala Finska (47%) i Estonija (44%), a najmanju BJR Makedonija (15,1%) i Crna Gora (16,4%). Postojanje hroničnih bolesti je bilo značajno veće u populaciji žena (34,6%) nego u populaciji muškaraca (30,1%)⁶⁸.

U Srbiji u 2013. godini, 32,6% ispitanika je imalo dugotrajn zdravstveni problem ili hroničnu bolest. Kao i u većini zemalja Evropske unije, u Srbiji je postojanje hroničnih bolesti češće u populaciji žena (36,6%), nego u populaciji muškaraca (27,9%). U 2014. godini 29,5% ispitanika je izjavilo da boluje od hroničnih bolesti, od kojih su 33,3% ispitanice ženskog pola a 29,5% ispitanici muškog pola. Ispitanici stariji od 65 godina su dva puta češće prijavljivali postojanje hroničnih bolesti od mlađih ispitanika. Postojanje hroničnih oboljenja u ovom istraživanju je značajno povezano sa povećanjem nezadovoljnih potreba za zdravstvenim uslugama, što je posebno uočljivo u 2013. godini, u starosnoj grupi od 16-26 i 27-44 godine, a u 2014. godini u starosnoj grupi od 27-44 godine. U 2013. godini 24,8% ispitanika sa hroničnim oboljenjima je imalo nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom, dok je 2014. godine taj broj bio nešto manji (20,9%). Udeo ispitanika muškog i ženskog pola sa hroničnim bolestima se gotovo nije razlikovao u 2013. godini, dok je u 2014. godini procenat ispitanika muškog pola bio nešto veći (grafikon 18).

⁶⁸ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. 2014. Dostupno na : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru 2016).

Grafikon 18. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara prema postojanju hroničnih oboljenja, starosnim grupama i polu

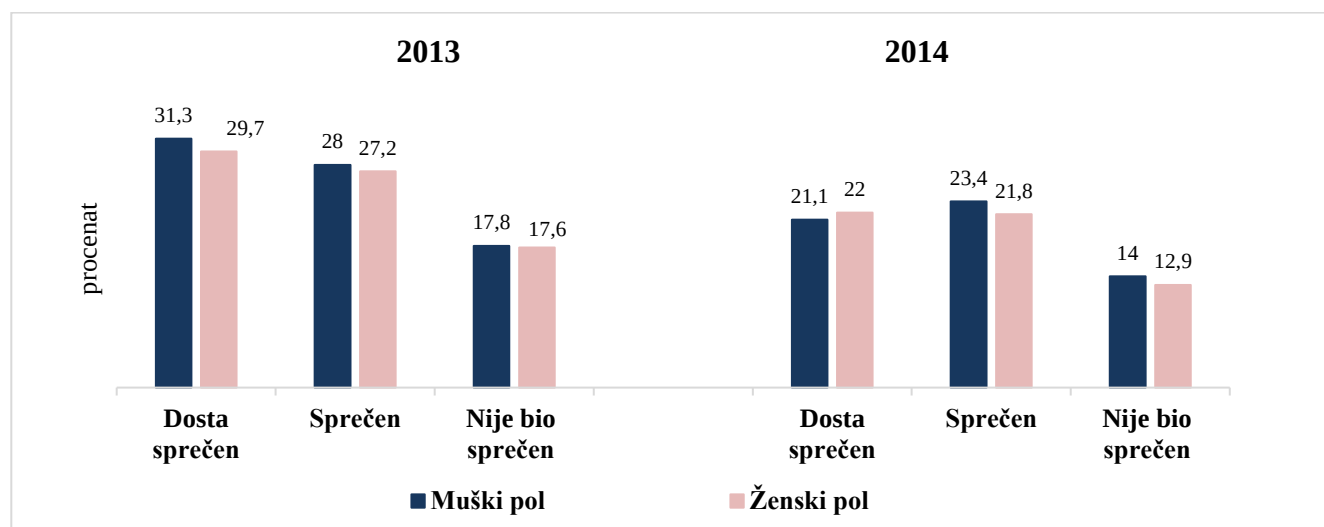


U 2013. godini, u zemljama Evropske unije 26,9% ispitanika je imalo umerenu funkcionalnu sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga. Najveći procenat ispitanika živeo je u Holandiji (25,6%), Nemačkoj (24,0%) i Estoniji (23,5%) a najmanje na Islandu (7,1%), Malti (8,1%) i Crnoj Gori (11,9%). Najveće ozbiljne funkcionalne poteškoće u obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga imali su ispitanici u Crnoj Gori (13,7%), Nemačkoj (10,4%), Grčkoj (10,7%) i Velikoj Britaniji (10,2%). Veća funkcionalna sprečenost u zemljama Evropske unije je bila kod osoba ženskog pola⁶⁹.

U Srbiji je u 2013. godini od ukupnog broja ispitanika, 13,1% imalo umerenu funkcionalnu sprečenost pri obavljanju dnevnih aktivnosti dok je 5,2% ispitanika bilo ozbiljno sprečeno za obavljanje svakodnevni aktivnosti. Najčešće su bili umereno i ozbiljno sprečene osobe starije od 65 godina. Osobe muškog pola su bili u manjoj meri funkcionalno sprečeni pri obavljanju uobičajenih dnevnih aktivnosti od osoba ženskog pola (grafikon 19).

⁶⁹ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. (2014) Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru 2016).

Grafikon 19. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara i postojanje funkcionalne sprečenosti za obavljanje dnevnih aktivnosti



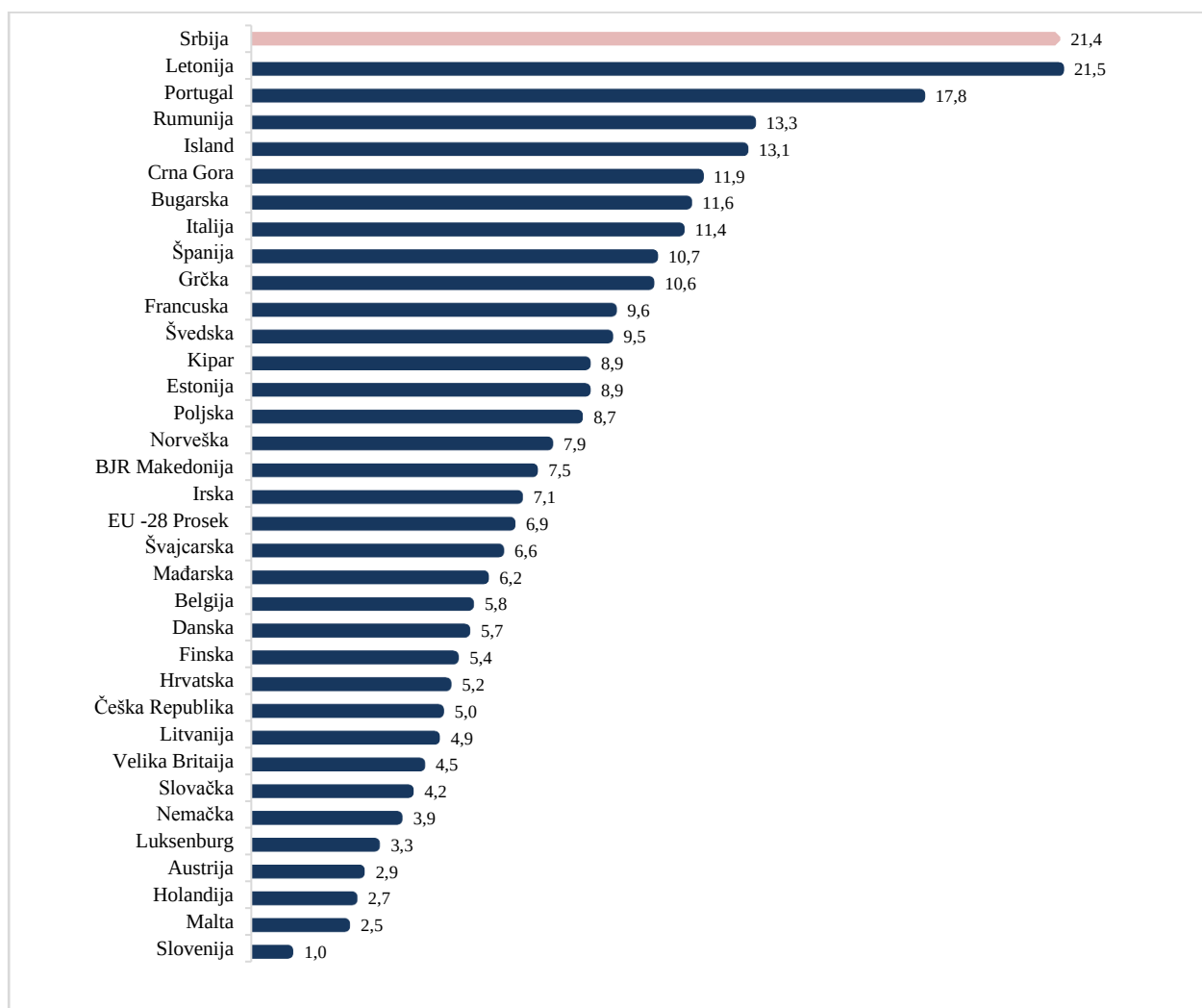
Postojanje funkcionalne sprečenosti je značajno doprinelo da su ispitanici sa funkcionalnom sprečenošću, češće procenjivali nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom, od ispitanika koji nisu bili sprečeni. U 2014. godini, procenat ispitanika sa većom funkcionalnom sprečenošću se smanjio za oko 8% i funkcionalna sprečenost među polovima je bila skoro na istom nivou.

Nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama

Pristup stomatološkim zdravstvenim uslugama je takodje važan aspekt zdravstvenog stanja i kvaliteta života stanovništva. Iako stomatološki problemi obično ne ugrožavaju život, mogu imati dugotrajne štetne efekte na zdravlje i blagostanje. Prosečne nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama prema podacima iz EU SILC u 2013. godini u 28 zemalja Evrope su iznosile 7,9%.⁷⁰

⁷⁰ Eurostat Statistic Explained Unmet health care needs statistics. (2014). Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru 2016).

Grafikon 20. Nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama u zemljama Evrope, prema istraživanjima EU-SILC 2013. godine



Najveće nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama su bile u Letoniji (21,5%), Portugalu (17,8%) i Rumuniji (13,3%), a najmanje u Sloveniji (1%), Malti (2,5%) i Holandiji (2,7%) (grafikon 3.20). U 2013. godini Srbija je bila na drugom mestu odmah iza Letonije po učestalosti nezadovoljenih potreba za stomatološkom zaštitom (grafikon 20)⁷¹.

Zdravstveni sistemi u zemljama Evropske unije su bili odgovorni za 5, 5%, a lične preferencije ispitanika za 2,4% nezadovoljenih potreba za stomatološkom zdravstvenom zaštitom. U okviru odgovornosti zdravstvenih sistema u zemljama Evropske unije, finansijski razlog je bio najdominantniji a u okviru ličnih preferencija ispitanika, strah od stomatologa ili stomatoloških intervencija⁷². Nezadovoljene potrebe stanovništva za stomatološkim zdravstvenim uslugama u svim evropskim zemljama su nešto veće nego za medicinskim uslugama a mogući razlog ovakve

⁷¹ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. 2014. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru 2016).

⁷² Ibid.

situacije je su ove usluge znatno skuplje od medicinskih, ili je drugačiji način finansiranja stomatološke zdravstvene zaštite.

Nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama u Srbiji u 2013. godini je imalo 21,4% osoba dok je taj procenat u 2014. godini nešto manji i iznosi 16,1%, što predstavlja visok procenat u poređenju sa zemljama Evrope (tabela 2 u prilogu 3). U odnosu na zemlje bivše Jugoslavije, ispitanici Srbije su imali najveći procenat nezadovoljenih potreba za stomatološkim uslugama u 2013. godini (Crna Gora 11,9%; BJR Makedonija 7,5%; Hrvatska 5,2%; Slovenija 1,0%). U Srbiji, razlozi koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite (pristupačnost i dostupnost) su u 2013. godini učestvovali sa 64,8% u nezadovoljenim potrebama, a u 2014. godini sa 77,9%. Razlozi za nezadovoljene potrebe koji su se odnosili na lične preferencije ispitanika ili prihvatljivosti zdravstvene zaštite, u 2013. godini su bili zastupljeni u 35,2% slučajeva, a u 2014. godini u 22,1% slučajeva (tabela 3.2).

Tabela 3.2. Razlozi nezadovoljenih potreba za stomatološkim zdravstvenim uslugama

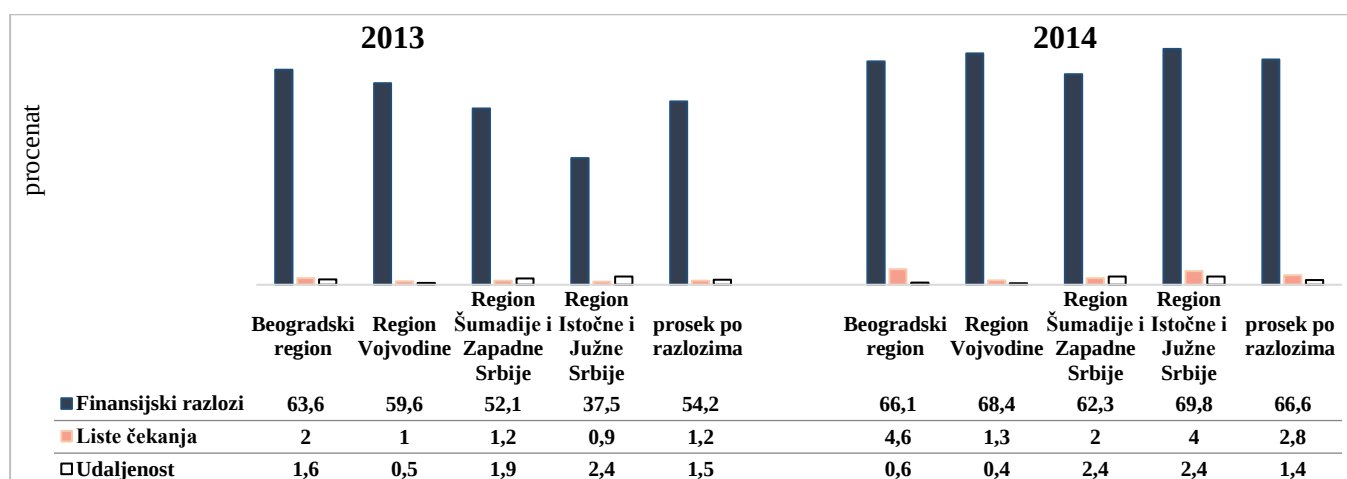
Razlozi zbog kojih niste posetili specijalistu	2013		2014	
	n	%	n	%
Razlozi za koje je odgovoran zdravstveni sistem				
• Nije moglo da se priušti, suviše je skupo	1387	54,2	1481	66,6
• Postoji lista čekanja	33	1,2	54	2,8
• Predaleko je da bi putovao / nema adekvatnog prevoza	38	1,5	35	1,4
• Ukupno	1425	56,9	1570	71
Razlozi koji predstavljaju lične preferencije ispitanika				
• Nije moglo da se nađe vremena zbog posla ili brige o deci	240	9,4	169	8,5
• Strah od lekara / bolnice / ispitivanja/lečenja	462	17,4	336	15,1
• Želelo je da sačeka i vidi da li će se stanje popraviti	147	5,4	147	5,3
• Nije znao ni za jednog dobrog lekara ili specijalistu	14	0,6	5	0,3
• Iz drugih razloga	283	10,3	-	-
• Ukupno	1146	43,1	657	22,1

Najvažniji razlog nezadovoljenih potreba u okviru ugrožene pristupačnosti je bio finansijski razlog, a zatim udaljenost stomatoloških ordinacija, a u okviru nezadovoljenih potreba zbog ugrožene prihvatljivosti, strah od stomatološke intervencije ili stomatologa. Najmanje zastupljen razlog nezadovoljenih potreba su liste čekanja koje se odnose na ugroženu dostupnost stomatološke zdravstvene zaštite.

Nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti u 2013. godini su bile najveće u Beogradskom regionu, a najmanje u Regionu Istočne i Južne Srbije. U okviru pristupačnosti nezadovoljene potrebe zbog finansijskih razloga su bile najveće u obe godine istraživanja. U 2014. godini, nezadovoljene potrebe zbog finansijskih razloga su porasle u svim regionima, a posebno u Regionu Istočne i Južne Srbije (za 32,3%). Ugrožena dostupnost (liste čekanja) stomatološke zdravstvene zaštite je najmanji razlog nezadovoljenih potreba u svim regionima (grafikon 21).

U Srbiji, u 2013. i 2014. godini ispitanici muškog pola su značajno češće imali nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama. Najveći procenat ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za stomatološkim uslugama bio je u starosnoj kategoriji od 45-64 godina, a zatim od 27-44 godina, odnosno u grupi radnoaktivnog stanovništva. U zemljama Evropske unije nezadovoljene potrebe za stomatološkom zaštitom su takodje najveće u starosnoj kategoriji ispitanika srednje starosne dobi 45-64 godine, osim u Danskoj i Holandiji koje imaju najveće nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama u kategoriji mlađih ispitanika, dok Rumunija u kategoriji stanovništva starijih od 65 godine ⁷³.

Grafikon 21. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa po regionima Srbije



⁷³ Eurostat Statistic Explained. Unmet health care needs statistics. 2014. Dostupno na : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics (Pristupljeno u februaru 2016).

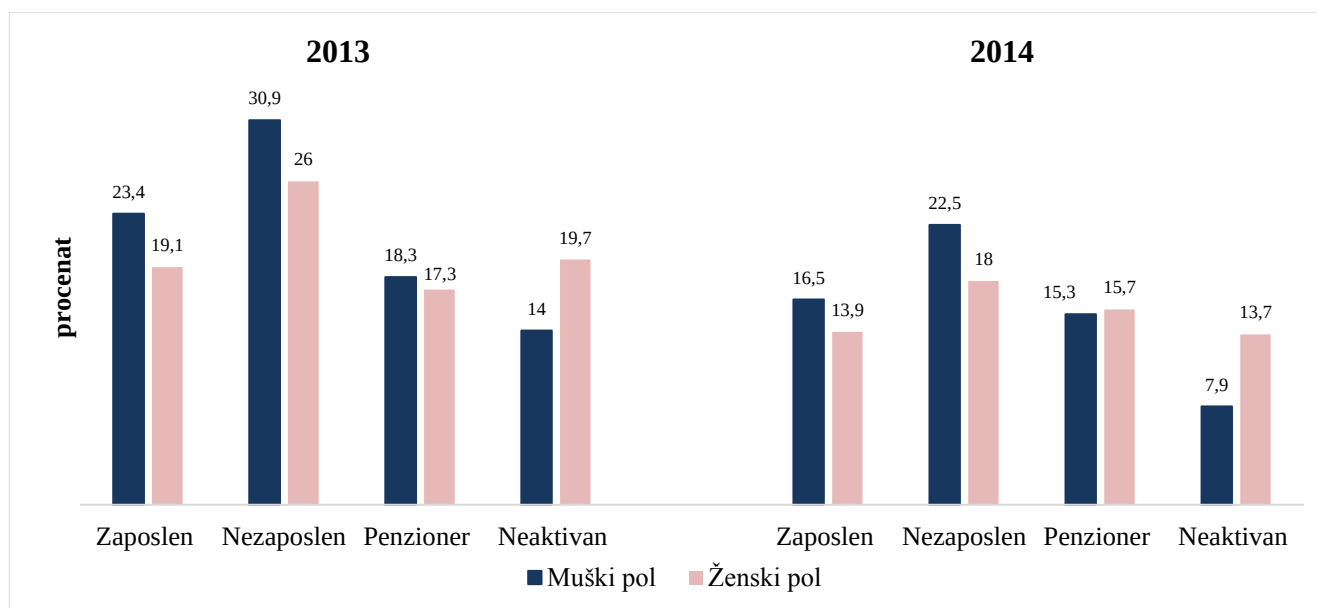
Najveći procenat nezadovoljenih potreba za stomatološkim zdravstvenim uslugama u Srbiji 2013. i 2014. godine su imali ispitanici sa osnovnim obrazovanjem (tabela 2 u prilogu 3). Sa povećanjem obrazovnog nivoa smanjivale su se nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom. Isti obrazac povezanosti obrazovanja sa nezadovoljenim potrebama postoji i u velikom broju zemalja Evropske unije, povećanjem obrazovnog nivoa smanjuju se nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama.

Prema statusu na tržištu rada, u 2013. i 2014. godini najveći procenat nezadovoljenih potreba za stomatološkim uslugama su imali nezaposleni ispitanici, a zatim zaposleni, penzioneri i neaktivni (tabela 2 u prilogu 3). U 2014. godini, nezadovoljene potrebe su bile na skoro istom nivou u kategoriji zaposlenih i penzionera. Posebno su uočljive nezadovoljene stomatološke potrebe nezaposlenih ispitanika muškog pola u obe godine istraživanja (grafikon 22).

Ispitanici koji su bili razvedeni, u obe godine istraživanja su imali najveći procenat nezadovoljenih potreba za stomatološkom zdravstvenom zaštitom, a najmanji procenat neoženjeni/neudati ispitanici.

Nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom su najveće u retko naseljenim područjima i one su iznosile 23,9% u 2013. godini i 19,2% u 2014. godini (tabela 2 u prilogu 3). Najveći procenat nezadovoljenih potreba u 2013. godini, imao je Region Vojvodine, a zatim Region Šumadije i Zapadne Srbije i Beogradski region. Iako najsiromašniji Region Istočne i Južne Srbije u 2013. godini je imao najmanje nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama.

Grafikon 22. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa prema polu i statusu na tržištu rada

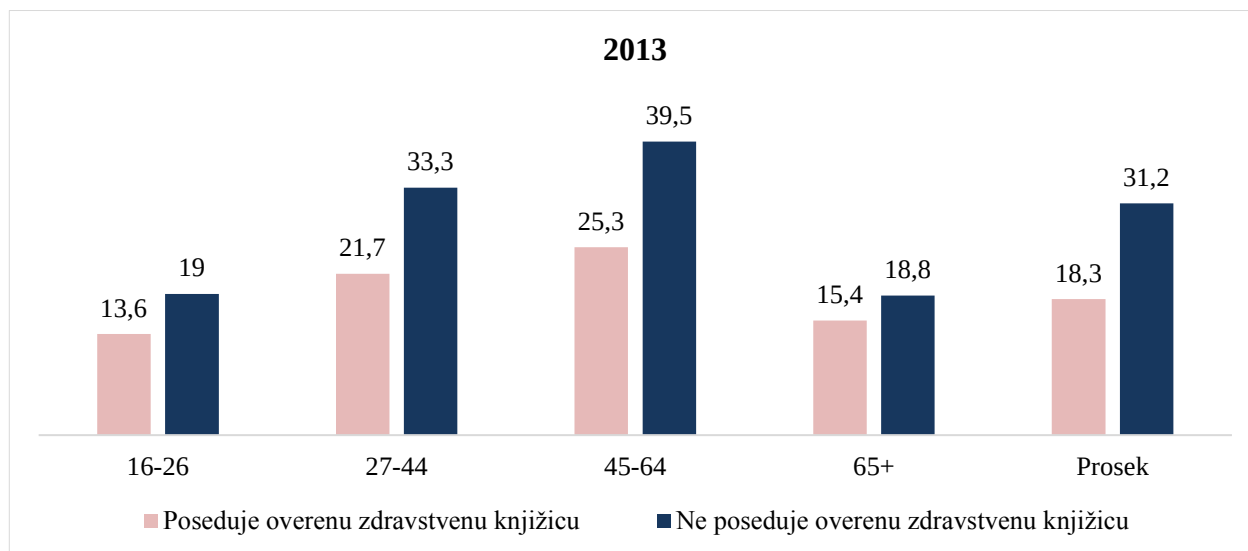


Rezultati u ovoj analizi su pokazali da u obe godine istraživanja četvrtina ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za stomatološkim zdravstvenim uslugama živi u prvom, najsiromašnijem kvintilu (28,1% u 2013. godini i 24,5% u 2014. godini) (tabela 4 u prilogu 3). U poslednjem, najbogatijem kvintilu, broj ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za stomatološkom zdravstvenom zaštitom je bio skoro dva puta manji od onih u prvom kvintilu. Sa porastom dohotka u domaćinstvima, smanjuju se samoprocenjene nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama.

U zemljama Evropske unije, 9,6% ispitanika koji su imali nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom zbog finansijskih razloga, živi u prvom najsiromašnijem kvintilu. i nezadovoljene potrebe se smanjuju sa porastom prihoda i najmanje su u petom najbogatijem kvintilu.

Ispitanici koji nisu imali overenu zdravstvenu knjižicu (odnosi se na 2013. godinu) su značajno češće procenjivali postojanje nezadovoljenih potreba za stomatološkom zdravstvenom zaštitom. Najveći procenat nezadovoljenih stomatoloških potreba imali su ispitanici u starosnoj kategoriji 45-64 godina, a zatim 27-44 koji nisu imali overenu zdravstvenu knjižicu (grafikon 23).

Grafikon 23. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa prema starosnim grupama i posedovanju overene zdravstvene knjižice



Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rastu i nezadovoljenene potrebe za stomatološkom zdravstvenom uslugom. Nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama u 2013. godini su bile prisutne kod trećine ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao solidno i veoma loše. (tabela 6 u prilogu 3). U 2014. godini četvrtina ispitanika koja je svoje zdravlje procenila kao veoma loše imala je nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama. Takođe, postojanje hroničnih bolesti i funkcionalne sprečenosti je značajno doprinelo

da su ove osobe češće izveštavale da imaju nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenim uslugama. U 2014. godini, procenat ispitanika sa većim funkcionalnim poteškoćama, koji su imali nezadovoljene stomatološke potrebe je smanjen (za 3,8%).

4. ZAKLJUČCI

1. U Srbiji je 2013. godine skoro svaki peti stanovnik stariji od 16 godina (19,6%) imao nezadovoljene potrebe za uslugama lekara, dok je u 2014. godini taj broj značajno manji (14,9%)
2. Prema poslednjim publikovanim podacima EU SILC za 2013. godinu, veći broj nezadovoljenih zdravstvenih potreba od Srbije (19,6%) je imala Letonija (20%), a nešto niži Poljska (14%) i Švedska (13,6%). Sve republike bivše Jugoslavije su imale manji procenat stanovnika sa nezadovoljenim potrebama, počev od Crne Gore sa 12,7% do Slovenije sa 0,2%.
3. Glavni razlozi nezadovoljenih potreba su bili istovetni po redosledu i za EU 28 i za Srbiju, najčešći su bili finansijski, potom čekanje da bolest prođe, duge liste čekanja na intervenciju i nedostatak vremena zbog obaveza.
4. Podaci SILC istraživanja za 2014. godinu pokazuju da je učestalost nedostatka finansijskih sredstava kao razlog nezadovoljenih potreba za uslugama lekara porasla na 36,6%; odlaganje traženja medicinske pomoći i čekanje da bolest prođe je neznatno smanjena i iznosi 18,2%; nezadovoljene potrebe zbog lista čekanja su takođe značajno porasle na 17,7%, dok je učestalost nedostatka vremena praktično nepromenjena i u obe godine iznosi 16,1%. Kada se razlozi grupišu prema tome da li su odgovornost zdravstvenog sistema ili lične preferencije ispitanika prema korišćenju zdravstvenih usluga, više od polovine njih jeste odgovornost sistema (58,2%) u 2014. godini, dok lične preferencije ispitanika čine 41,7 od sto razloga nezadovoljenih zdravstvenih potreba.
5. Razlike po regionima Srbije pokazuju da su finansijski razlozi za nezadovoljene zdravstvene potrebe bili najčešći u Vojvodini u obe posmatrane godine, te da je njihova učestalost porasla u 2014. godini, izuzev u Beogradu gde su ih zamenile liste čekanja što je i očekivano imajući u vidu pritisak na beogradske zdravstvene ustanove za dijagnostičke i terapijske procedure. Kada se razlozi grupišu na one za koje je odgovoran zdravstveni sistem (dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite) i one koji čine odgovornost pojedinca i reflektuju prihvatljivost zdravstvene zaštite, u 2013. su bili češći oni koji se odnose na prihvatljivost, a u 2014. godini su dominirali razlozi koji se odnose na odgovornost zdravstvenog sistema.
6. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su prema rezultatima ovog istraživanja bile podjednako zastupljene kod oba pola, češće su bile kod starijeg radno-aktivnog stanovništva (45 – 64 godina), kod onih sa osnovnim obrazovanjem, nezaposlenih i onih sa dohotkom domaćinstva u najsiromašnijem kvintilu koji češće žive u retko naseljenim područjima Vojvodine ili Regiona Šumadije i Zapadne Srbije.
7. Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja rastu i nezadovoljene potrebe koje su u 2013. godine bile najčešće kod osoba oba pola koje svoje zdravstveno stanje procenjuju kao veoma loše. Naredne, 2014. godine najčešće su o nezadovoljnim zdravstvenim potrebama uzeštavali

muškarci koji svoje zdravlje procenjuju kao solidno i žene, koje svoje zdravlje procenjuju kao loše. Svaka četvrta osoba sa hroničnim oboljenjem (24,8%) je izvestila o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama dok je 2014. godine to bila svaka peta. Osobe sa ozbiljnim ili umerenim funkcionalni ograničenjima su češće izveštavale o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama.

8. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa su u Srbiji, kao i u Evropi, veće nego za uslugama lekara, i u 2013. godini su iznosile 21,4% a u 2014. – 16,1%. Najvažniji razlog zašto nisu zadovoljene je nedostatak novca, a zatim udaljenost stomatoloških ordinacija, a kada je u pitanju prihvatljivost stomatološke zaštite za korisnike, to je strah od intervencije ili stomatologa.
9. Profil osobe sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama je da je ona češće muškog pola, u starosnoj grupi od 45 do 64 godine, sa osnovnim obrazovanjem, nezaposlen/a, razveden/a, živi u retko naseljenom području, prihod su mu/joj u prvom (najsiriromašnijem) kvintilu i svoje zdravlje procenjuje kao loše ili veoma loše.

5. PREPORUKE ZA UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE POLITIKE

Starenje stanovništva, percepcija zdravlja i njegovo mesto u vrednosnom sistemu, fenomenološke promene kulturalnog i etničkog miljea, sve kompleksnije finansiranje, naučna i tehnološka dostignuća i veliki troškovi za zdravstvenu zaštitu imaju značajne implikacije na razvoj i održivost zdravstvenih sistema. Posebno mesto u ovom kompleksnom okruženju faktora imaju rastuće potrebe za zdravljem koje su u raskoraku sa mogućnostima društva da se one zadovolje. Pojedini zdravstveni sistemi (Ujedinjeno kraljevstvo) preispituju mogućnosti za finansiranje zdravstvenih potreba posebno starijih osoba i u tom kontekstu se zalažu za podelu potreba na „umerene“, „značajne“ i „kritične“ kako bi uspostavili prioritete za njihovo finansiranje i zaštitili one koje su u stanju najvećih potreba za zdravstvenom i socijalnom zaštitom.

Navodi se da od početka globalne ekonomske krize u Evropi više od 1,5 milion ljudi ima nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama. Posle 2010. godine, nezadovoljene potrebe u Evropi su rasle prosečno 1,23% godišnje⁷⁴. Globalna kriza je uticala da se zdravstveni sistemi nađu pod velikim pritiskom i značajnim smanjenjem finansijskih sredstava, tako da su mnoge od njih pribegle smanjivanju izdvajanja za zdravstvenu zaštitu, redukovanju broja zaposlenih u zdravstvenom sistemu, zatvaranju pojedinih zdravstvenih ustanova ili službi i skraćivanju radnog vremena. Jedno od neminovnih rešenja za sve veći finansijski pritisak na zdravstvene sisteme i smanjenje „moralnog hazarda“ je povećanje ličnog učešća u troškovima zdravstvene zaštite progresivno (prema prihodima) uz oslobađanje plaćanja onih koji su ispod definisane granice prihoda domaćinstava.

Ranjive društvene grupe sa ugroženom dostupnošću, pristupačnošću i prihvatljivošću zdravstvene zaštite koji imaju najveći broj nezadovoljenih zdravstvenih potreba u Srbiji prema istraživanju o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom stanovnika Srbije su starije radno aktivno stanovništvo (45–64 godina starosti), sa osnovnim obrazovanjem, nezaposleno, u najsiromašnijem kvintilu dohotka domaćinstva i oni koji svoje zdravstveno stanje procenjuju kao loše, sa hroničnim obolenjima i funkcionalnim sprečenošću za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, često bez zdravstvene knjižice i oni koji žive u retko naseljenim područjima.

Iako je članom 22 Zakona o zdravstvenom osiguranju⁷⁵ definisano 17 grupa koje su izložene povećanom riziku obolevanja, kojima je zdravstvena zaštita potrebna za sprečavanje, suzbijanje, rano otkrivanje i lečenje bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, kao i oni koji spadaju u kategoriju socijalno ugroženog stanovništva a izmenama i dopunama tog Zakona omogućeno olakšano ostvarivanje prava osiguranih lica kojima nije overena zdravstvena knjižica zbog

⁷⁴ Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 364-365.

⁷⁵ Zakon o zdravstvenom osiguranju. Službeni glasnik RS br. 107/2005, 109/2005 – ispr. 57/2011, 110/2012 – odluka US i 119/2012.

neizvršavanja zakonske obaveze njihovih poslodavaca, unapređeno ostvarivanje prava iz stomatološke zdravstvene zaštite, pravo na pratioca i lečenje obolelih od retkih bolesti, proširen krug lica koji mogu steći status osiguranog lica, mehanizmi koji omogućavaju ravnopravnije korišćenje zdravstvene zaštite u praksi ne funkcionišu što dovodi do nejednakosti u korišćenju i nejednakosti u zdravlju ranjivih grupa. Pripadnici ranjivih grupa nedovoljno znaju svoja prava, niti kako da ih ostvare pošto nema jasnih uputstava kako se ostvaruje status pripadnika ranjive grupe a administrativne procedure su vrlo komplikovane. S druge strane izdvajanja iz budžeta za finansiranje zdravstvene zaštite su do 20 puta manja od onih na koje se država obavezala⁷⁶.

Mehanizmi za rešavanje statusa ranjivih društvenih grupa i njihovih potreba za zdravstvenom zaštitom u uslovima finansijskih (budžetskih) ograničenja bi uključivalo bolje definisanje ranjivosti. Njihov veliki broj bi trebalo suziti na one koji su stvarno u stanju zdravstvene potrebe (uzimajući u obzir zdravstveno stanje i socijalno-ekonomski status). Dobra zdravstvena politika i zdravstveno zakonodavstvo bi trebalo da budu više orijentisani ka siromašnima.

Izuzetno je važno obezbediti bolju informisanost ranjivih grupa o njihovim pravima i olakšati administrativne procedure za ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite. Značajno je dobro uspostavljanje mehanizama institucionalne zaštite prava pacijenata na celoj teritoriji Srbije pošto ovaj sistem još uvek ne funkcionise iako je usvojen 2013. godine i to zbog nesprovođenja mera iz nadležnosti lokalnih samouprava što dovodi do pravne nesigurnosti pacijenata odnosno korisnika zdravstvene zaštite.

Nalazi istraživanja o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom stanovnika Srbije, koji ukazuju na lične preferencije korisnika kao razlog nezadovoljenih potreba koji se odnose na strah od lekara, nepoznavanje dobrog lekara ili specijaliste ukazuju na drugi važan aspekt koji treba unaprediti a to je kvalitet zdravstvene zaštite koji posebno insistira na komunikacionim veštinama zdravstvenih radnika koje se u poslednje vreme smatraju jednom od značajnijih barijera u ostvarivanju zdravstvene zaštite. Celokupan sistem zdravstvene zaštite Srbije je fokusiran na razvoj tehničkih veština zdravstvenih radnika dok su potrebe pacijenata nedovoljno prepoznate tako da je sistem više „medikocentričan“ nego što je usmeren na pacijenta/korisnika u „centru sistema“.

Odgovornost sistema za nezadovoljene zdravstvene potrebe koja obuhvata pristupačnost zdravstvene zaštite (finansijsku i geografsku) i dostupnost (liste čekanja) je prema nalazima ovog istraživanja velika. To ukazuje da i pored velikog obuhvata stanovništva zdravstvenom zaštitom, zdravstvena služba ne reaguje adekvatno na potrebe stanovnika za njenim uslugama. Različitim grupama stanovnika su potrebne različite vrste usluga i neophodno je obezbediti da one budu dostupnije i pristupačnije. Pri tome bi sistemski pristup podrazumevao pažljivu analizu korišćenja usluga zdravstvene službe po organizacionim nivoima (primarna, sekundarna i tercijarna

⁷⁶ Republički fond za zdravstveno osiguranje. Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2014. Beograd: Available from: http://rfzo.rs/download/fin_plan/Izvestaj_poslovanje_finplana2014.pdf

zdravstvena zaštita) sa unapređenjem upravljanja zdravstvenim sistemom, posebno poboljšanjem organizacije zdravstvene službe, koja bi na taj način mogla da smanji liste čekanja za dijagnostičke i terapijske procedure (posebno na sekundarnom i tercijarnom nivou) i time poveća dostupnost zdravstvenih usluga stanovništvu. Na nivou primarne zdravstvene zaštite (domovi zdravlja) smanjenje broja nezadovoljenih zdravstvenih potreba se postiže i jačanjem institucije „izabranog lekara“ koji je onda neposredno odgovoran za kretanje korisnika kroz sistem zdravstvene zaštite i osposobljen da rešava najveći broj zahteva za uslugama zdravstvene službe.

Upravljanje koje u fokusu ima jednakost u zdravlju uključujući i pravičan i održiv pristup rastu i razvoju ističe potrebu za poboljšanjem koherentnosti politika koje bi se oslanjale na podršku menadžmenta, kako na nacionalnom, tako i na lokalnom nivou, i ustanovljavanjem instrumenata za pozivanje na odgovornost za (ne)učinjeno. Pri izboru instrumenata za pozivanje na odgovornost trebalo bi nastojati da se bolje izbalansira upotreba „tvrdih“ mera kao što su zakoni sa tzv. „mekim“ merama koje podržavaju i podstiču akcije u korist zdravlja i jednakosti na nivou javnog i privatnog sektora, a to su:

- smernice, podaci i alatke za procenu uticaja faktora koji bi mogli da dovedu do nejednakosti;
- redovno i transparentno izveštavanje o socijalnim determinantama zdravlja i jednakosti u političkom i javnom domenu;
- formulisanje ciljeva i pokazatelja za procenu nejednakosti u zdravlju;
- merenje učinka i napretka u realizaciji nacionalnih strategija razvoja i sektorskih politika;
- uključivanje privatnog sektora u pravni i regulatorni okvir koji se odnosi na smanjivanje nejednakosti u zdravlju;
- uvođenje novih, i jačanje postojećih mehanizama kojima se udružuju finansijska sredstva i izričito definišu željeni rezultati za svaku vladinu i sektorsku potrošnju na nacionalnom i lokalnom nivou koja je povezana sa socijalnim nejednakostima i nejednakostima u zdravlju.

Integrativan pristup sa boljim partnerstvom zdravstvenog i socijalnog (kao i obrazovnog) sektora u kreiranju intervencija namenjenih osetljivim populacionim grupama može smanjiti broj nezadovoljenih zdravstvenih potreba i povećati pravednost zdravstvenog sistema. Participatorni pristup podrazumeva osnaživanje ranjivih društvenih grupa i njihovo učešće u razvoju strategija i politika namenjenih smanjivanju njihove ranjivosti.

Strateški gledano, neophodno je uspostaviti dugoročne i kratkoročne prioritete za smanjivanje nejednakosti u zdravlju koje generišu nezadovoljene potrebe, i to kako na nacionalnom, tako i na lokalnom nivou. Dugoročna strategija zahteva da se ozbiljno istraže nejednakosti koje su neposredno povezane sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama što bi moglo da se postigne organizovanjem koalicije lidera i ključnih aktera kako na nacionalnom nivou, tako i na lokalnom

nivou, koja bi predložila program za rešavanje ovih nejednakosti. Ciljevi takvog programa bi trebalo da obuhvate:

- Procenu zdravstvenih potreba i identifikovanje populacionih grupa u stanju najvećih potreba (ranjivih ili vulnerabilnih) za zdravstvenom zaštitom;
- Razvijenu bazu podataka za analizu zdravstvenog stanja na lokalnom nivou (nacionalnom i regionalnom) za praćenje promena u zdravlju i uzroka nejednakosti;
- Procenu kako resurse na nivou lokalne zajednice (nacionalnom i regionalnom) najbolje iskoristiti za bolju koordinaciju odgovora na zdravstvene potrebe ranjivih grupa; i
- Precizno definisanje uloga vladinog i nevladinog sektora, i obezbeđivanje podsticaja kako bi predloženi program bio održiv.

Kratkoročni prioriteti se odnose na jačanje svesti o značaju zdravlja i povećanju odgovornosti građana za sopstveno zdravlje, posebno kada su u pitanju faktori rizika za nastanak hroničnih oboljenja (pušenje, nepravilna ishrana, stres, nedovoljna fizička aktivnost), odnosno pomeranje pristupa od „popravi me“ ka „ličnom menadžmentu“ kada je u pitanju zdravlje. Promovisanje odgovarajućeg korišćenja zdravstvenih usluga može da smanji zavisnost od zdravstvene službe i, samim tim, subjektivni doživljaj potreba za zdravstvenim uslugama.

I na kraju je važno naglasiti da bi pitanje jednakosti u zdravlju, socijalnih determinanti zdravlja i položaja ranjivih društvenih grupa trebalo rešavati uz učešće celokupne vlade (whole-of-government approach) i celokupnog društva (whole-of-society approach) kao što naglašava Svetska zdravstvena organizacija u svom programu „Zdravlje 2020“⁷⁷.

⁷⁷ Health 2020: the European policy for health and well-being. www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being.

Prilog 1: Pregled literature o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom

Tabela 1.1: Pregled populacionih grupa, oboljenja/stanja i nivoa zdravstvene zaštite obuhvaćenih istraživanjima o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama

Tabela 1.2: Pregled istraživanja o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama prema metodološkom pristupu

Tabela 1.3: Pregled istraživanja o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama sa ciljevima, najvažnijim rezultatima i zaključcima

Prilog 2: Prediktori nezadovoljenih zdravstvenih potreba u 2014. godini prema modelima multivarijantne logističke regresije

Tabela 2.1: Nezavisne (transformisane) varijable korišćene u analizi nezadovoljenih zdravstvenih potreba

Tabela 2.2: Zavisne varijable u modelima multivarijantne logističke regresije

Tabela 2.3: Multivarijantna logistička regresija za ukupno nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama i razlozima nezadovoljenih potreba za 2014. godinu

Prilog 3:

Tabela 3.1: Socijalno-demografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara 2013. i 2014. godine

Tabela 3.2: Socijalno-demografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa, 2013. i 2014. godine

Tabela 3.3: Ekvivalentni ukupni dohodak ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara, 2013. i 2014. godina

Tabela 3.4: Ekvivalentni ukupni dohodak ispitanika sa nezadovoljenim potrebe za uslugama stomatologa, 2013. i 2014. godina

Tabela 3.5: Zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za zdravstvenim uslugama u 2013. i 2014. godini

Tabela 3.6: Zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa u 2013. i 2014. godini

Prilog 1.

Pregled literature o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom

Pregled literature o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama omogućava uvid u aktuelna istraživanja o ovom problemu, njihovim metodološkim pristupima, najvažnijim rezultatima i implikacijama na zdravstvene politike namenjene smanjivanju nejednakosti u sistemima zdravstvene zaštite i dat je u aneksu 1 ovog izveštaja.

Korišćenjem popularnih pretraživača kao što su *Google Scholar* i *Pub Med* napravljen je pregled literature objavljene posle 2000. godine prema ključnim rečima: nezadovoljene potrebe, zahtevi i korišćenje zdravstvenih usluga. Zbog velikog broja dokumenata koje samo u *Googlu* od 2000. godine čini njih 14 400 (od 2010. godine ih je 7 920), izbor radova je sužen na način da su izdvojeni radovi objavljeni u prestižnim časopisima sa brojem citata većim od 50, za koje je rad bio dostupan u celini i koji su rađeni na nacionalnom reprezentativnom uzorku populacije sa jednim od priznatih instrumenata prikupljanja podataka kao što su: anketa o prihodima i uslovima života (*EU SILC*), istraživanje o zdravlju, starenju i penzionisanju u Evropi (*SHARE*), nacionalna istraživanja zdravlja (*Health survey*) u Kandi i SAD, ili neka specifičnija istraživanja na nacionalnom reprezentativnom uzorku beskućnika, dece sa posebnim potrebama, razvedenih osoba ili korisnika zdravstvenih usluga i pacijenata sa određenim oboljenjima.

Pregled odabranih istraživanja, njih 27, je hronološki prikazan u dve tabele koje se nalaze u prilogu ovog izveštaja, prve koja se odnosi na dizajn istraživanja, godinu kada je sprovedeno, zemlju ili kontinent na koji se odnosi, instrument prikupljanja podataka i vrstu statističke analize, dok druga tabela prikazuje ciljeve istraživanja, najvažnije rezultate i zaključke.

Navedena istraživanja su najčešće vršena u Evropi, SAD ili Kanadi; dok među pojedinačnim evropskim zemljama nisu tako česta, pa se izdvajaju Italija, Grčka, Španija i Belgija. SAD i Kanada dominiraju prema učestalosti i kvalitetu istraživanja (neka od njih su citirana i preko 800 puta) što se delom može pripisati i korišćenim pretraživačima koji favorizuju autore Severno-američkog kontinenta (mnogo više publikuju pa je time i njihova citiranost veća).

Najveći broj istraživanja se odnosi na reprezentativni uzorak stanovništva zemalja obuhvaćenih istraživanjima, ali je jedan broj fokusiran na specifične populacione grupe: sve ranjive grupe, siromašne, beskućnike, decu sa posebnim zdravstvenim potrebama, žene u reproduktivnom periodu i stare osobe (tabela 1.1). Najčešća oboljenja ili stanja obuhvaćena istraživanjima su hronične masovne nezarazne bolesti (kardiovaskularne, dijabetes i neke retke bolesti), invaliditet, oboleli od HIV/AIDS, oboleli od malignih bolesti u terminalnim fazama, osobe sa problemima mentalnog zdravlja i osobe sa poremećajima vida sluha ili govora i osobe sa faktorima rizika za nastanak bolesti (pušenje, upotreba alkohola, gojaznost), mada su često ispituju i analiziraju i udruženi poremećaji zdravlja. Kada se posmatra vrsta ili nivo zdravstvene zaštite na koju se odnose nezadovoljene potrebe stanovnika to su palijativna nega i lečenje, dugotrajna nega i lečenje, primarna zdravstvena zaštita (često označena kao rutinska zdravstvena zaštita ili

zdravstvena zaštita kod stalnog/izabranog lekara), stomatološka zdravstvena zaštita, usluge specijalističko-konsultativne službe, hitna pomoć i urgentna medicina, i visokospecijalizovane dijagnostičke i terapijske usluge.

Tabela 1.1. **Pregled populacionih grupa, oboljenja/stanja i nivoa zdravstvene zaštite obuhvaćenih istraživanjima o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama**

Populacione grupe	Oboljenja/stanja	Vrste/nivoi zdravstvene zaštite
Nacionalni reprezentativni uzorak stanovništva zemlje	Hronične masovne nezarazne bolesti (KVO, dijabetes melitus)	Primarna zdravstvena zaštita
Ranjive/osetljive populacione grupe	Maligne bolesti u terminalnim stadijumima	Specijalističko-konsultativne službe
Beskućnici	Oboleli HIV/AIDS	Hitna pomoć i urgentna medicina
Deca sa posebnim zdravstvenim potrebama i mladi	Problemi mentalnog zdravlja	Visoko specijalizovane dijagnostičke i terapijske usluge
Žene u reproduktivnom periodu	Problemi sa vidom, sluhom ili govorom	Palijativna nega i lečenje
Stariji od 65 godina	Faktori rizika	Dugotrajna nega i lečenje

Istraživanja obuhvaćena pregledom literature su u najvećem broju studije preseka kojima je obuhvaćen veliki broj varijabli, najčešće analiziranih kao prediktori nezadovoljenih zdravstvenih potreba u modelima multivarijantne logističke regresije (odnosno specifičnih modaliteta ove tehnike kao što su regresija „korak po korak“, bivarijantna logistička regresija i druge). Samo nekoliko radova se zadržalo na deskriptivnoj statistici, a nekoliko njih je koristilo specifične indekse (indeks nejednakosti, relativni koncentracioni indeks). Tri rada među prikazanim su koristila „Andersenov model“ u analizi nezadovoljenih zdravstvenih potreba.

Verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih zdravstvenih potreba se prema rezultatima prikazanih istraživanja primetno razlikuje od zemlje do zemlje. Ova međudržavna varijabilnost može se samo delimično objasniti razlikama u finansiranju sistema zdravstvene zaštite⁷⁸. Kako nezadovoljene potrebe rastu u sistemu sa potpunim obuhvatom zdravstvenom zaštitom zbog nemogućnosti da se odgovori na očekivanja korisnika, promene u percepciji ispitanika o

⁷⁸ Chaupain-Guillot, S., Guillot, O Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. Eur J Health Econ 2014; 16(7):781-96.

performansama i kapacitetima sistema mogu imati uticaj na njihovo izveštavanje o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama⁷⁹. Najčešći razlozi nezadovoljenih zdravstvenih potreba navedeni u većini radova su nemogućnost da se finansira korišćenje zdravstvenih usluga, duge liste čekanja na medicinske intervencije, nedostatak vremena i odlaganje korišćenja zdravstvenih usluga zbog opreza ili straha. Nezadoovljene potrebe su češće među ljudima sa niskim prihodima, nižeg nivoa obrazovanja, a u manjem stepenu se mogu objasniti urbanizacijom ili poreklom (imigranti ili starosedeoci). Ove prepreke u pristupu zdravstvenoj zaštiti imaju negativne posledice po zdravlje siromašnih sa hroničnim oboljenjima i stanjima, prema rezultatima ovih istraživanja⁸⁰. Primetno je da broj osoba sa nezadovoljenim potrebama za stomatološkom zdravstvenom zaštitom u većini evropskih zemalja veći od broja osoba sa nezadovoljenim medicinskim potrebama. Razlog je možda što ljudi daju prioritet medicinskim potrebama, ili je stomatološka zdravstvena zaštita u tim zemljama privatizovana pa je korišćenje tih usluga potrebno platiti⁸¹.

Faktori koji utiču na nezadovoljene potrebe stanovništva, a predstavljaju individualne preferencije ispitanika su demografske i socijalno ekonomske karakteristike, ranija iskustva ispitanika sa zdravstvenom službom, percepcija koristi i kvaliteta zdravstvenih usluga, i nivo zdravstvene pismenosti^{82, 83, 84}. Siromašni i manje obrazovani, uprkos većem obolevanju i smrtnosti često imaju poteškoće da stignu do odgovarajućeg specijaliste i manje koriste preventivne zdravstvene usluge. Starost ispitanika i pol imaju značajnu ulogu u ispoljavanju zahteva za korišćenjem zdravstvene zaštite. Starenjem raste broj hroničnih i degenerativnih oboljenja a samim tim i broj zahteva za uslugama zdravstvene zaštite. Osobe ženskog pola znatno češće koriste zdravstvene usluge od osoba muškog pola a u pojedinim periodima života (fertilni period i starost) taj broj zahteva se povećava⁸⁵. Ispitanici sa većim nivoom obrazovanja imaju više resursa (kognitivni, komunikativni, relacioni), koji im omogućavaju da se više informišu i da donose odluke efikasnije za njihovo zdravlje⁸⁶. Ispitanici koji su izjavili da imaju nezadovoljene potrebe zbog lista čekanja, više koriste zdravstvene usluge i usluge hitne medicinske pomoći. Odnos izmedju samoprocenjenih nezadovoljenih potreba i korišćenja zdravstvene zaštite zavisi od toga kako su potrebe definisane i mogućih odgovora u zdravstvenom sistemu na njih⁸⁷.

⁷⁹ Sanmartin, C. Changes in unmet health care needs. *Health Reports* 2002; 13(3):15.

⁸⁰ Ronksley, P. E., Sanmartin, C., Quan, H., Ravani, P., Tonelli, M., Manns, B., Hemmelgarn, B. R Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. *Open Medicine*. 2012; 6(2), e48.

⁸¹ Tchicaya, A., & Lorentz, N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health* 2014; 13(1):7.

⁸² Allin, S., Masseria, C. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth*: 2009; 15. 3.

⁸³ Allin, S., Masseria, C. Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. *The London School Of Economics and Political Science*. 2009.

⁸⁴ Allin, S, Hernández-Quevedo C, Masseria C Measuring equity of access to health care. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge: 2009. Cambridge University Press.

⁸⁵ Hernández-Quevedo, C., Masseria, C., Mossialos, E. Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data. *EUROSTAT, Methodologies and Working papers*. Luxembourg: Publication Office of the EU 2010.

⁸⁶ Terraneo, M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine* 2015; 126:154-63.

⁸⁷ Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine* 2010; 70(3):465-72.

Analizom odnosa između profesionalno definisanih potreba, korišćenja zdravstvenih usluga i nezadovoljenih potreba Kolman je pokazao da razvedene osobe imaju više kontakta sa profesionalnim davaocima zdravstvenih usluga (lekari opšte prakse, psihijatri, psiholozi), zbog socijalnih i/ili emocionalnih problema i češće doživljavaju veći broj nezadovoljenih potreba⁸⁸. Veće korišćenje zdravstvene zaštite i veće subjektivne nezadovoljene potrebe mogu se u velikoj meri pripisati prisustvu depresivnih simptoma. Nasuprot drugim istraživanjima, Kolman je naveo da korisnici koji ne koriste često zdravstvenu zaštitu češće doživljavaju subjektivno nezadovoljene potrebe od onih koji koriste zdravstvenu zaštitu⁸⁹. Takođe, ispitanici sa hroničnim oboljenjima su češće prijavljivali nezadovoljene potrebe i one su rasle sa povećanjem broja hroničnih bolesti⁹⁰. Autori jednog istraživanja navode da čak i sa univerzalnim pristupom zdravstvenoj zaštiti, mladi češće prijavljuju nezadovoljene potrebe u poređenju sa onima u drugim fazama životnog ciklusa. Omogućavajući faktori, faktori koji pokazuju njihove potrebe i faktori socijalne podrške su povezani sa nezadovoljenim potrebama kod njih. Veće potrebe za zdravstvenim uslugama, a samim tim i više nezadovoljenih potreba, imaju osobe sa faktorima rizika po zdravlje i koje su lošijeg zdravstvenog stanja. Socijalna podrška i život u porodici sa oba roditelja, značajno utiču na smanjenje neispunjenih potreba za mlade⁹¹.

U zaključcima gotovo svih ovih istraživanja se navodi da su nezadovoljene zdravstvene potrebe jedan od važnijih pokazatelja za merenje nejednakosti u zdravlju i da se mogu koristiti kao dopuna konvencionalnim metodama u proceni prisutne nejednakosti. Verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih zdravstvenih potreba se razlikuje od zemlje do zemlje zavisno od načina finansiranja zdravstvene zaštite i obuhvata stanovnika zdravstvenim osiguranjem, pa se kao rešenje nameće povećanje obuhvata zdravstvenim osiguranjem i formulisanje specifičnih zdravstvenih politika kojima se može delovati na smanjivanje nejednakosti u zdravlju, posebno za ranjive društvene grupe. Zdravstvene politike bi trebalo da usvoje višedimenzionalni pristup zdravstvenoj zaštiti kojim razvija podsticaje za adekvatno korišćenje zdravstvenih usluga i da se fokusiraju na otklanjanje barijera koje ograničavaju pristup i dostupnost zdravstvene zaštite stanovništvu, a za koje odgovoran zdravstveni sistem.

⁸⁸ Colman, E., Symoens, S., Bracke, P. (. Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders. BMC Health Services Research 2012; 12(1):420.

⁸⁹ Ibid

⁹⁰ Ronksley, P. E., Sanmartin, C., Quan, H., Ravani, P., Tonelli, M., Manns, B., Hemmelgarn, B. R. Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. Open Medicine 2012; 6(2), e48.

⁹¹ Marshall, E. G. Do young adults have unmet healthcare needs? Journal of Adolescent Health 2011. 49(5): 490-97.

Tabela 1. 2. Pregled istraživanja o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama prema metodološkom pristupu

Red. broj	Autori i naziv istraživanja	Vrsta studije	Godina i mesto istraživanja	Veličina uzorka ili populacije	Izvor podataka /instrument istraživanja	Statističke metode obrade podataka
1.	Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. <i>Social Science & Medicine</i> 126:154-63.	Studija preseka	2009 podaci za 12 EU zemalja	16431	Survey of Health, Ageing and Retirement	Multivarijantna logistička regresija
2.	Cylus, J., Papanicolas, I (2015). An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? <i>Health Policy</i> 119(9):1133-44.	Studija preseka	2008 29 EU zemalja	51835	European Social Survey	Multivarijantna logistička regresija
3.	Dupre, D., Editor (2014). Living conditions in Europe. <i>Eurostat Statistical books. EU: Luxembourg Publication Office.</i>	Studija preseka	2014	28 EU i IS, NO i CH	EU SILC	Deskriptivna statistika
4.	Tchicaya, A., & Lorentz, N (2014). Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. <i>Int J Equity Health</i> 13(1):7.	Studija preseka	2007	24 EU zemlje	EU SILC	Multivarijantna logistička regresija
5.	Chaupain-Guillot, S., Guillot, O (2014). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. <i>Eur J Health Econ</i> 16(7):781-96.	Studija preseka	2009 Sve evropske zemlje	Oko 400,000	EU SILC	Multivarijantna logistička regresija
6.	Cetorelli, V., Busetta, A (2014). Unmet need for health care: the case of foreigners living in Italy. <i>European Population Conference (EPC 2014), 25-28 June, Budapest, Hungary.</i>	Studija preseka	2009 Italija	6000	SILC	Logistička regresija
7.	Cavalieri, M (2013). Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. <i>Int J Health Geogr</i> 12(1:27).	Studija preseka	2006 Italija	54512	EU SILC	Multivarijantna logistička regresija
8.	Papa, G., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., Niakas, D (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 10(5):2017-27.	Studija preseka	2010 Grčka	1000 osoba starijih od 18 godina	Reprezentativni uzorak populacije Grčke	Multivarijantna logistička regresija
9.	Colman, E., Symoens, S., Bracke, P (2012). Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders. <i>BMC Health Services Research</i> 12(1):420.	Studija preseka	2009-2010	muškaraca = 2884; žena=3317	Divorce in Flanders Survey	Multivarijantna logistička regresija

10	Ronksley, P. E., Sanmartin, C., Quan, H., Ravani, P., Tonelli, M., Manns, B., Hemmelgarn, B. R (2012). Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. <i>Open Medicine</i> , 6(2), e48.	Komparativna analiza	2001, 2003, 2005 Kanada	360105	Canadian Community Health Survey	Multivarijantna logistička regresija
11	Marshall, E. G (2011). Do young adults have unmet healthcare needs? <i>Journal of Adolescent Health</i> , 49(5): 490-97.	Studija preseka	2003 Kanada	134072	Canadian Community Health Survey	Multivarijantna logistička regresija
12.	Thorpe, J. M., Thorpe, C. T., Kennelty, K. A., Pandhi, N (2011). Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. <i>BMC health services research</i> 11(1):181.	Longitudinalna studija	2004	5465	Wisconsin Longitudinal Study.	Multivarijantna logistička regresija
13.	Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? <i>Social Science & Medicine</i> , 70(3):465-72.	Studija preseka	2003 Kanada	97828	Community Health Survey	Logistička regresija
14.	Baggett, TP., O'Connell, JJ., Singer, DE., Rigotti, NA (2010). The Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study. <i>American Journal of Public Health</i> 100(7):1226-33.	Studija preseka	2003 USA	966	Health Care for the Homeless User Survey	Multivarijantna logistička regresija
15.	Allin, S., Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. <i>Eurohealth</i> 15(3):7.	Pregled	2007 EU zemlje	18461	EU SILC	Deskriptivna statistika
16	Hurley, J., Jamal, T., Grignon, M., Allin, S (2008). The relationship between self-reported unmet need for health care and health care utilization. <i>Hamilton, Ontario, Canada: McMaster Research Data Centre Research Paper</i> , 23.	Studija preseka	2000 Kanada	29726	Community Health Survey	Logistička regresija
17.	Pagan J, Pauly M (2006). Community-Level Uninsurance and the Unmet Medical Needs of Insured and Uninsured Adults. <i>Health Services Research</i> 41:788-803.	Studija preseka	2000	36,3 miliona	Community Tracking Study	Multivarijantna logistička regresija
18.	Koolman, X (2006). Unmet Needs for Health Care in Europe. Comparative EU Statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges. In <i>Proceedings of the EU-SILC Conference</i> , Helsinki, Finland, pp. 183–191.	Komparativna analiza	2007 Evropske zemlje	270000	EU SILC	Odds ratio, slop indeks nejednakosti
19.	Shi, L., Stevens, G. D (2005). Vulnerability and unmet health care needs. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 20(2):148-54.	Studija preseka	2000 USA	32374 odraslih osoba	National Health Interview Survey	Bivarijantna logistička regresija

20.	Wu, Z., Penning, MJ., Schimele, CM (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. <i>Canadian Journal of Public Health</i> 96(5):369-73.	Studija preseka	2000 - 2001	16046 imigranata i 102173 građana	Canadian Community Health Survey	Multivarijanta logistička regresija
21.	Molborn, S., Stepanikova, I., Cook, KS (2005). Delayed Care and Unmet Needs among Health Care Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter. <i>Health Service Research</i> 40(6):1898-917.	Studija preseka	1998/1999 USA	29994 odraslih stanovnika	Community Tracking Study Household Survey	Logistička regresija
22.	Mayer, ML., Skinner, AS., Slifkin RT (2004) Unmet Need for Routine and Specialty Care: Data from the National Survey of Children With Special Health Care Needs. <i>Pediatrics</i> 113(2):e109-15.	Studija preseka	2000 – 2002 USA	38866 dece sa posebnim potrebama	National Survey of Children With Special Health Care Needs	Multivarijanta logistička regresija
23.	Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D (2003). Unmet Health Needs in Patients with Coronary Heart Disease: implications and potential for improvement in caring services. <i>Health Quality Life Outcomes</i> 1:26.	Studija preseka	2000 USA	242 pacijenata u akutnim koronarnim jedinicama	Upitnik za procenu potreba, SF 12 upitnik i EuroQOL upitnik	Deskriptivna i inferencijalna statistika
24.	Chen, J. Hou, F (2002). Unmet needs for health care. <i>Health Reports</i> 13(2):23.	Studija preseka	2002 Kanada	14143	Canada's National Population Health Survey	Multivarijanta logistička regresija
25.	Sanmartin, C (2002). Changes in unmet health care needs. <i>Health Reports</i> 13(3):15.	Studija preseka	1995/96. 1996/ 97. 1998/99, 2000/2001.	Stariji od 12 godina nepoznat broj	Canadian Community Health Survey	Deskriptivna statistika
26.	Kataoka, SH., Zhang, L., Wells, KB (2002). Unmet Need for Mental Health Care Among US Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status. <i>Am. J. Psychiatry</i> 159:1548-55.	Studija preseka	1996-1998 USA	44000 domaćinstava i 28867 dece uzrasta 3 do 17 godina	National Health Interview Survey National Survey of American Families	Logistička regresija
27.	Ayanian, JZ., Weissman, JS., Schneider, EC, et al (2000). Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. <i>Jama</i> 284(16):2061-69. (Rad citiran 662 puta)	Studija preseka	1997 i 1998	105764 117364 odraslih osoba	Random household telephone survey	Multivarijanta logistička regresija

Tabela 1.3. Pregled istraživanja o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama sa ciljevima, najvažnijim rezultatima i zaključcima

Red. br.	Autori i naziv istraživanja	Ciljevi i najvažniji rezultati	Zaključak
1.	Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. <i>Social Science & Medicine</i> 126:154-63.	Cilj studije je da opiše u kojoj su meri razlike u obrazovanju povezane sa nejednakostima u korišćenju zdravstvenih usluga, stanovništva starosti 50+ u 12 evropskih zemalja. Analizirane su samo četiri usluge: poseta GP, specijalisti, hospitalizacija, poseta stomatologu. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da postoji značajna nejednakost u obrazovanju koja dovodi do razlika u korišćenju zdravstvenih usluga, iako značajne razlike postoje između službi. Postoji obrazovni gradijent za posete specijalisti i stomatologu, dok nije pronađen nijedan dokaz o obrazovnim razlikama u korišćenju GP. S druge strane, postoje manje jasni rezultati u vezi hospitalizacija. Međutim, analiza pokazuje da na mikro-nivou, odnosno individualne potrebe, predisponirajući i omogućavaju faktori i makro faktori na nivou, sistema zdravstvene zaštite, određuju korišćenje zdravstvenih usluga.	Može se zaključiti da ljudi sa višim nivoom obrazovanja imaju više resursa (kognitivni, komunikativni, relacioni, koji im omogućavaju da se informišu i donose odluke efikasnije za njihovo zdravlje. Međutim institucionalni kontekst može promeniti taj odnos.
2.	Cylus, J., Papanicolas, I (2015). An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? <i>Health Policy</i> 119(9): 1133-44	Cilj rada je da istraži varijacije u percepciji pristupa zdravstvenoj zaštiti u 29 zemalja EU. Rezultati: Iako većina EU zemalja ima univerzalni obuhvat zdravstvenom zaštitom, ispitanici sa niskim prihodima, lošeg zdravstvenog stanja i bez državljanstva ili nerezidenti, starosti 20 do 30 godina, nezaposleni i ženskog pola, češće su izjavili da ne mogu da dođu zdravstvenu zaštitu. Uočena je jaka povezanost između prihoda i samoprocenjenog pristupa zdravstvenoj zaštiti. Prihodi utiču na percepciju da ispitanici imaju barijeru u pristupu zdravstvenim uslugama.	Zaključak je da siromašni više osećaju i primećuju da ne mogu dobiti zdravstvene usluge kada su oni u stanju zdravstvene potrebe.
3.	Dupre, D., Editor (2014). Living conditions in Europe Eurostat Statistical books. EU: Luxembourg Publication Office.	Cilj izveštaja je analiza statističkih podataka o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama i o samoprocenjenom zdravstvenom stanju stanovnika Evrope. Rezultati pokazuju da su visoki troškovi barijera za pristup zdravstvenoj zaštiti za 2,2% stanovništva (EU 28) a za stomatološke usluge za 4,6%. Takođe se vidi da je učešće osoba sa nezadovoljenim potrebama za stomatološkim uslugama veće nego za medicinske usluge na nivou EU -28 i na nacionalnom nivou, sa nekoliko izuzetaka. To možda pokazuje da ljudi imaju tendenciju da daju prioritet medicinskim u odnosu na stomatološke usluge. Razlozi mogu biti da su prioritetnije usluge po zdravlje one medicinske, ili da je stomatološka zaštita skuplja. Postoji velika razlika između zemalja u privatnim rashodima za zdravstvenu zaštitu.	U zaključku se navodi da je Evropska komisija naglasila potrebu investiranja u održive zdravstvene sisteme koji bi poboljšali koheziju i ubrzali ekonomski razvoj smanjivanjem nejednakosti i omogućavanjem ljudima da duže žive u dobrom zdravlju

4.	Tchicaya, A., & Lorentz, N (2014). Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. <i>Int J Equity Health</i> 13(1):7.	Cilj istraživanja je proceniti prevalenciju ne-korišćenja stomatološke zdravstvene zaštite u evropskim zemljama i ustanoviti povezanost sa socijalno-ekonomskim faktorima. Rezultati pokazuju značajne socioekonomske nejednakosti u ne-korišćenju stomatološke zdravstvene zaštite u evropskim zemljama, kako na nacionalnom nivou (među zemljama), tako i na individualnom nivou (unutar zemalja). Iako rezultati ukazuju na heterogenost prevalencije među zemljama, utvrđeno je da su nejednakosti uzrokovane obrazovnim nivoom ispitanika, kao i da je pol značajno povezan sa ne-korišćenjem stomatoloških zdravstvenih usluga.	U zaključku je navedeno da su u celini utvrđene značajne socijalno-ekonomske nejednakosti u ne-korišćenju stomatoloških usluga. Zbog toga bi deletvorne zdravstvene politike trebalo usmeriti i na nacionalni i na individualni nivo kako bi ove nejednakosti bile smanjenje.
5.	Chaupain-Guillot, S., Guillot, O (2014). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. <i>Eur J Health Econ</i> 16(7):781-96.	Cilj studije je da ispita determinante nezadovoljenih potreba za medicinske i stomatološke usluge u evropskim zemljama. Posebna akcenat je stavljen na istraživanje uticaja karakteristika zdravstvenog sistema. Četiri faktora su uzeti u obzir: obezbeđenost lekarima i stomatolozima, pravila koja regulišu pristup izabranom lekaru na nivou PZZ, način plaćanja primarnoj zdravstvenoj zaštiti i iznos plaćanja "iz džepa" za usluge. Rezultati pokazuju da zbog toga što zdravstveni sistemi u Evropi obezbeđuju obuhvat osnovnim zdravstvenim uslugama skoro za sve građane, nezanemarljiv deo populacije ima nezadovoljene potrebe često zbog finansijskih razloga. Pojedine socijalne grupe su ugroženije i to može doprineti porastu nejednakosti u zdravlju. Pozitivna korelacija se može naći između plaćanja zdravstvenih uluga iz džepa u ukupnim troškovima lečenja i verovatnoće nezadovoljenih potreba.	Zaključak: Verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih medicinskih ili stomatoloških usluga se приметно razlikuje od zemlje do zemlje. Ova međudržavna varijabilnost može se delimično objasniti razlikama u finansiranju sistema zdravstvene zaštite.
6.	Cetorelli, V., Busetta, A (2014). Unmet need for health care: the case of foreigners living in Italy. <i>European Population Conference (EPC 2014), 25-28 June, Budapest, Hungary.</i>	Cilj studije je poredjenje samoprocenjene nezadovoljene potrebe između stranaca i drugih građana kao i razloge zbog čega nisu dobili adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Rezultati pokazuju da pak postoji geografski disparitet pristupa zdravstvenoj zaštiti iako Italija ima univerzalni obuhvat zdravstvom zaštitom za sve građane kao i za ilegalne i legalne emigrante.	Zaključak: Evidentno je da postoje značajne razlike prema nacionalnosti u Italiji (Filipini sa najnižom verovatnoćom i Albanija, Rumunija, BJR Makedonija, Moldavija i Maroko sa najvećom verovatnoćom) da neće imati nezadovoljene zdravstvene potrebe.
7.	Cavalieri, M (2013). Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. <i>Int J Health Geogr</i> 12(1:27).	Ova studija ima za cilj da se uporede samoprocenjene nezadovoljene potrebe po italijanskim regijama i proceni dostupnost, pristupačnost i prihvatljivost zdravstvenih usluga. Rezultati pokazuju da iako Italija ima univerzalni obuhvat stanovništva zdravstvom zaštitom, 6,9% njih je imalo nezadovoljene potrebe u poslednje dve decenije. Odgovornost za zdravstvenu zaštitu stanovništva je postepeno decentralizovana i prebačena regionalnim vlastima, koje imaju različito organizovane pristupe pružanju zdravstvenih usluga na svojim teritorijama.	U zaključku se navodi da bi zdravstvena politika bi trebalo da usvoji višedimenzionalan pristup zdravstvenoj zaštiti i da na taj način utiče na smanjenje geografske heterogenosti u korišćenju zdravstvene zaštite..

		Regionalno odlučivanje je uticalo na korišćenje zdravstvenih usluga, što dodatno povećava postojeće geografske razlike u pristupu zdravstvenoj zaštiti.	
8.	Papa, G., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., Niakas, D (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 10(5):2017-27.	Cilj istraživanja je da se utvrdi povezanost između socijalno-demografskih karakteristika stanovništva i barijera koje s eodnose na prihvatljivost, dostupnost i pristupačnost zdravstvene službe. Rezultati pokazuju da su najvažniji razlozi za nezadovoljene zdravstvene potrebe troškovi za zdravstvenu zaštitu i nedostatak vremena. Mladost, roditeljstvo, konsultacije s alekarima i lošije mentalno zdravlje povećavaju verovatnoću za nezadovoljene potrebe. Žene češće izveštavaju o barijerama koje s eodnose na dostupnost i pristupačnost nego na prihvatljivost zdravstveni usluga. Obrazovni nivo je takođe povezan sa barijerama, više je nezadovoljenih potreba kod onih sa osnovnim i srednjim obrazovanjem.	Zaključak: Nezadovoljene zdravstvene potrebe predstavljaju značajan izazov za sistem zdravstvene zaštite, posebno imajući u vidu tešku trenutnu finansijsku situaciju u Grčkoj. Veruje se da će nezadovoljene potrebe nastaviti da rastu, što će povećati nejednakosti u zdravlju stanovnika ove zemlje.
9.	Colman, E., Symoens, S., Bracke, P (2012). Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders. <i>BMC Health Services Research</i> 12(1):420	Cilj rada je da istraži odnos između visoke stope korišćenja usluga službi za mentalno zdravlje kod razvedenih osoba i nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom. Postavlja se pitanje da li njihovo veće korišćenje zdravstvene zaštite proizilazi iz većih potreba, odnosno da li postoje i drugi faktori koji doprinose ovim visokim stopama korišćenja kao što su socijalni i emocionalni problemi. Rezultati pokazuju da razvedeni imaju više kontakta sa profesionalnim davaocima zdravstvenih usluga (lekari opšte prakse, psihijatri, psiholozi) zbog socijalnih ili emocionalnih problema, i češće imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama. Viši troškovi korišćenja zdravstvene zaštite i veće subjektivne nezadovoljene potrebe mogu se u velikoj meri pripisati višem nivou depresivnih simptoma. Neočekivani nalazi ove studije su da korisnici koji ne koriste često zdravstvenu zaštitu češće doživljavaju subjektivno nezadovoljene potrebe od onih koji češće koriste zdravstvenu zaštitu.	U zaključku se ističe da razvedeni češće koriste zdravstvene usluge mentalnog zdravlja, češće zbog socijalnih ili emocionalnih problema. Oni takođe smatraju da su kod njih češće prisutne nezadovoljene potrebe.
10.	Ronksley, PE., Sanmartin, C., Quan, H., Ravani, P., Tonelli, M., Manns, B., Hemmelgarn, BR (2012). Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. <i>Open Medicine</i> , 6(2), e48.	Cilj studije je ispitivati povezanosti sedam hroničnih stanja i percepcije nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Rezultati pokazuju da su ispitanici sa poremećajem raspoloženja imali dvosturuko veće šanse da imaju nezadovoljene potrebe od drugih, dok su oni sa dijabetesom ili hipertenzijom imali manje šanse da imaju nezadovoljene potrebe. Pored toga, verovatnoća nezadovoljenih potreba raste sa brojem hroničnih bolesti. Ispitanici sa hroničnim oboljenjima i stanjima češće su prijavljivali nezadovoljene potrebe od onih koji nemaju hronično oboljenje.	U zaključku se može reći da su osobe sa hroničnim oboljenjima i stanjima više izveštavale o nezadovoljenim potrebama i one su se povećavale sa većim brojem hroničnih bolesti.
11.	Marshall, E. G (2011). Do young adults have unmet healthcare needs? <i>Journal</i>	Cilj rada je procena nezadovoljenih zdravstvenih potreba kod mladih. Rezultati pokazuju da čak i sa univerzalnim obuhvatom zdravstvenom zaštitom, mladi češće prijavljuju nezadovoljene potrebe u poređenju sa onima u drugim	Zaključak: Ova studija pruža nova saznanja o nezadovoljenim potrebama kod mladih. Politike za podsticanje

	<i>of Adolescent Health</i> , 49(5): 490-97.	fazama životnog ciklusa. Omogućavajući faktori i potrebe kao i faktori socijalne podrške su povezani sa nezadovoljenim potrebama kod mladih Osobe koje su pod rizikom i lošijeg zdravstvenog stanja imaju veći broj nezadovoljenih zdravstvenih potrebe. Socijalna podrška, kao što je život sa oba roditelja, značajno utiču na smanjenje nezadovoljenih potreba kod mladih.	mladih za adekvatno korišćenje zdravstvenih usluga kao što su pristup redovnoj zdravstvenoj kontroli može rešiti nezadovoljene potrebe. Obrasci neadekvatnog korišćenja primarne zdravstvene zaštite kod mladih mogu biti preneti i u kasniji život, što bi moglo imati neželjene posledice po zdravlje stanovnika.
12.	Thorpe, J. M., Thorpe, C. T., Kennealy, K. A., Pandhi, N (2011). Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. <i>BMC health services research</i> 11(1):181.	Cilj studije je da ispita više dimenzija pristupa zdravstvenim uslugama da bi razvila obrazac barijera koje nastaju kod starijih osoba. Specifični ciljevi su bili da se definišu različite grupe starijih osoba sa sličnim gledistima o pristupu zdravstvenoj zaštiti barijerama, kao i da ispita faktore rizika za slab pristup zdravstvenim uslugama. Rezultati identifikuju četiri grupe starih osoba; prvu sa niskim rizikom za pristup zdravstvenim uslugama, druga sa problemima u pristupu zdravstvenim uslugama za mentalno zdravlje; treća grupa sa opaženim problemima sa načinom kako je organizovana zdravstvena služba da bi zadovoljila potrebe za zdravstvenim uslugama, i četvrta grupa koja ima ozbiljne probleme sa svim dimenzijama pristupačnosti zdravstvenim uslugama. U grupi sa ozbiljnim problemima su osobe iz ruralnih područja, bez osiguranja, sa simptomima depresije i sa problemima u govoru.	Zaključak: Studija je identifikovala obrazac prepreka u pristupu zdravstvenim uslugama kod starijih osoba. Identifikovani faktori rizika potencijalno mogu da pomognu u organizaciji zdravstvene službe pružanju usluga koje su značajne za najugroženije grupe u ruralnim područjima i sa funkcionalnim smetnjama.
13.	Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? <i>Social Science & Medicine</i> , 70(3):465-72.	Cilj studije je da proceni da li subjektivne procene nezadovoljenih potreba mogu dopuniti konvencionalne metode merenja društveno-ekonomskih nejednakosti u korišćenju zdravstvene zaštite. Ovaj rad bi trebalo da razvije konceptualni okvir za razumevanje nastanka nezadovoljenih potreba, da empirijski proceni vezu između korišćenja zdravstvenih usluga i različitih vrsta nezadovoljenih potreba (zbog čekanja i ličnih razloga), i da se ispituju finansijski razlozi za nezadovoljene potrebe. Rezultati pokazuju da osobe koje izveštavaju da imaju nezadovoljene potrebe zbog čekanja više koriste usluge zdravstvene službe. Međutim, nije utvrđen konzistentan obrazac za one koji imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog drugih barijera ili ličnog izbora. Odnos između samoprocenjenih nezadovoljenih potreba i korišćenja zdravstvene zaštite zavisi od toga kako su potrebe definisane i mogućih odgovora zdravstvenog sistema na njima.	Zaključci studije ukazuju na to da je potreban razdvojeni pristup analizi nezadovoljenih potreba, budući da se mogu identifikovati različiti razlozi njihovog nastanka. Subjektivnom procenom nezadovoljenih potreba, odnosno onih koje se odnose na barijere u pristupu, dobijaju se dodatne informacije o relevantnim politikama, koje se mogu koristiti za merenje i prevazilaženje nejednakosti u zdravlju.
14.	Baggett, TP., O'Connell, JJ., Singer, DE., Rigotti, NA (2010). The Unmet Health Care Needs of Homeless	Cilj istraživanja je da se proceni prevalencija prediktora nezadovoljenih zdravstvenih potreba u prethodnoj godini za pet vrsta zdravstvenih usluga na nacionalnom nivou beskućnika, odraslih osoba u USA.	U zaključku je navedeno da nacionalni uzorak odraslih beskućnika izveštava o značajnom broju nezadovoljenih zdravstvenih potreba

	Adults: A National Study. <i>American Journal of Public Health</i> 100(7):1226-33.	Rezultati pokazuju da je 73% ispitanika izvestilo o bar jednoj nezadovoljenoj zdravstvenoj potrebi među sledećim: nemogućnost da se dobije medicinska ili hirurška pomoć, lekovi, usluge mentalnog zdravlja, naočare i stomatološke usluge. Prediktori ovog stanja su slaba ishrana, život na ulici i nedostatak zdravstvenog osiguranja.	za različite vidove zdravstvene zaštite. Širenje obuhvata osiguranjem bi povećalo odstupnost zdravstvene zaštite beskućnicima ali je potrebno predvideti i specifične mere za unapređenje njihovog zdravlja.
15.	Allin, S., Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. <i>Eurohealth</i> , 15(3):7.	Cilj studije je pregled razloga o nezadovoljenim potrebe za zdravstvenom zaštitom. U cilju razumevanja nezadovoljenih potreba analizirane su duže serije problema u pristupu zdravstvenoj zaštiti, korišćenju zdravstvene zaštite i zdravstvenih ishoda. Rezultati istraživanja: Ovi razlozi su identifikovani na osnovu EU SILC istraživanja u Evropi. Nezadovoljene zdravstvene potrebe su povezane sa organizacijom zdravstvene službe, funkcijama sistema zdravstvene zaštite, posebno njihovim finansiranjem, kao i sa karakteristikama pacijenata. Problem pristupa zdravstvenoj zaštiti imaju oni ispitanici koji više koriste zdravstvenu zaštitu. Nekoliko studija je identifikovalo jaku povezanost između prohoda i zdravstvenog stanja na način da ispitanici sa manjim prihocima i lošijim zdravstvenim stanjem imaju veći broj nezadovoljenih potreba.	Zaključak: Važno je razloge nezadovoljenih potreba podeliti na one koji su relevantni za donosiocce politickih odluka u zdravstvenom sistemu i one koji predstavljaju individualne preferencije ispitanika.
16.	Hurley, J., Jamal, T., Grignon, M., Allin, S (2008). The relationship between self-reported unmet need for health care and health care utilization. <i>Hamilton, Ontario, Canada: McMaster Research Data Centre Research Paper</i> , 23.	Cilj studije je istražiti odnos između nezadovoljenih zdravstvenih potreba i različitih načina merenja korišćenja zdravstvene zaštite i identifikovati zdravstvene politike koje su dovele do slabih performansi zdravstvenog sistema. Nije samo sistem odgovoran za porast nezadovoljenih potreba. Rezultati pokazuju da je 40% ispitanika koji su prijavili nezadovoljene potrebe imalo lične razloge a 60% je povezano sa faktorima u sistemu zdravstvene zaštite. Obrazac korišćenja zdravstvene zaštite se razlikuje između osoba koje su prijavile nezadovoljene potrebe. Pojedinci koji prijavljuju nezadovoljena potreba zbog problema u sistemu u proseku koriste više zdravstvenu zaštitu nego što se očekivalo s obzirom na njihove potrebe. Nasuprot tome, oni koji prijavljuju nezadovoljena potreba zbog ličnih razloga imaju tendenciju da ne koriste ili manje koriste usluge nego što se očekivalo s obzirom na njihove procenjene potrebe.	Zaključak: Nezadovoljene potrebe mogu nastati zbog lošeg učinka sistema, ali takođe mogu nastati zbog velikih i neopravdanih očekivanja pacijenata od zdravstvenog sistema.
17.	Pagan J, Pauly M (2006). Community-Level Uninsurance and the Unmet Medical Needs of Insured and Uninsured Adults. <i>Health Services Research</i> 41(3):788-803.	Cilj rada je da istraži odnos između stope neosiguranja na lokalnom nivou i samoprocenjenih nezadovoljenih potreba kod osiguranih osoba. Rezultati pokazuju da je stopa neosiguranih na lokalnom nivou pozitivno povezana sa izveštavanjem o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama. Povećanje stope neosiguranih osoba za 5% povećava nezadovoljene potrebe za 10,5% čak kod osiguranih osoba.	Zaključak: Pružanje zdravstvenih usluga na lokalnom nivou je ugroženo ako postoji veliki udeo neosiguranih osoba. To može imati negativne efekte na dostupnost zdravstvene zaštite čak i kod osiguranih osoba..

18.	Koolman, X (2006). Unmet Needs for Health Care in Europe. Comparative EU Statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges. In Proceedings of the EU-SILC Conference , Helsinki, Finland, pp. 183–191.	Cilj izveštaja je komparativna analiza nezadovoljenih potreba u 26 zemalji iz EUSILC. Takođe je izvršena procena horizontalne nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Rezultati pokazuju veliku varijaciju u nezadovoljenim zdravstvenim potrebama tokom poslednjih 12 meseci u rasponu od 1,3% za Dansku do 13,1 % u Švedskoj . Glavni razlozi neispunjenih potreba su finansijski razlozi, liste čekanja, odlaganje pregleda zbog opreza ili straha i nedostatak vremena. Nezadovoljene potrebe u svim zemljama su češće među ljudima sa nižim prihodima u domaćinstvima, a u manjem stepenu se mogu objasniti stepenom urbanizacije, prihodima i poreklom (nerezidenti). Verovatno da će ove prepreke za pristup imati negativne posledice po zdravlje siromašnih sa hroničnom bolestima.	U zaključku ovog izveštaja je navedeno kako uzroci za nejednakosti variraju dramatično od zemlje do zemlje, te se različitim, i specifičnim za svaku zemlju, zdravstvenim politikama može delovati na smanjenje nejednakosti u zdravlju.
19.	Shi, L., Stevens, G. D (2005). Vulnerability and unmet health care needs. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 20(2): 148-54.	Cilj rada je ispitivanje faktora rizika za nedovoljan pristup zdravstvenim uslugama na osnovu prihoda, osiguranja, i ispitivanje povezanost karakteristika ispitivanih osoba s nezadovoljenim potrebama za zdravstvenu zaštitu zbog finansijskih razloga. Rezultati pokazuju da je većina ispitanika izjavilo da imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvom zaštitom zbog finansijskih razloga. Analizom demografskih i socijalno ekonomskih karakteristika utvrđeno je da osobe sa niskim prihodima, neosigurane i bez redovnih prihoda imaju više šansi da će imati nezadovoljene potrebe ili da će propustiti zdravstvene usluge. Osobe bele rase su češće izveštavale o nezadovoljenim potrebe i veći broj faktora rizika	Zaključak: Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom zbog finansijskih razloga rastu sa povećanjem broja faktora rizika a to su najčešće prihodi i postojanje zdravstvenog osiguranja.
20.	Wu, Z., Penning, MJ., Schimele, CM (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. <i>Canadian Journal of Public Health</i> 96(5):369-73.	Cilj rada je da se poredi da li se nezadovoljene zdravstvene potrebe razlikuju kod migranata i stanovnika Kanade. Rezultati pokazuju da nema razlika u nezadovoljenim potrebama između ove dve populacione grupe. Razlike su pronađene u tome što su migranti navodili da je zdravstvena zaštita nekorektna, nisu znali gde da je koriste jer nisu bili obavešteni i imali su probleme zbog nedovoljnog znanja jezika.	Zaključak: Kanadski sistem zdravstvene zaštite obezbeđuje dovoljno zdravstvene zaštite migrantima. Ipak, pokazano je da postoje neke specifične barijere u dostupnosti zdravstvene zaštite za ovu populacionu grupu..
21.	Molborn, S., Stepanikova, I., Cook, KS (2005). Delayed Care and Unmet Needs among Health Care Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter. <i>Health Service Research</i> 40(6):1898-917.	Cilj rada je da se ispita da li je poverenje u lekare povezano sa nezadovoljenim potrebama, i da li dovodi do odlaganja tražnje za zdravstvenim uslugama među pacijentima koji imaju svog stalnog lekara. Rezultati pokazuju da je bezrezervno poverenje pacijenata u lekare negativno povezano sa verovatnoćom odlaganja korišćenja zdravstvene zaštite i izveštavanja o nezadovoljenim potrebama. Među Afroamerikancima i Hispanoamerikancima, siromašnim i neosiguranim osobama, poverenje u lekare nije značajno povezano sa verovatnoćom odlaganja korišćenja usluga. Kada su u pitanju nezadovoljene potrebe, samo kod neosiguranih poverenje nije značajno povezano sa izveštavanjem o njima.	U zaključku se može reći da je poverenje pacijenata povezano sa većom šansom da se dobije potrebna zdravstvena zaštita, međutim, prisutne su varijacije među određenim populacionim podgrupama.

22.	Mayer, ML. Skinner, AS., Slifkin RT (2004) Unmet Need for Routine and Specialty Care: Data from the National Survey of Children With Special Health Care Needs. <i>Pediatrics</i> 113(2)	Cilj je procena prevalencije nezadovoljenih potreba za rutinskom i specijalističkom zdravstvenom zaštitom dece sa posebnim zdravstvenim potrebama i identifikovanje faktora povezanih sa verovatnoćom da se nezadovoljene potrebe jave. Rezultati pokazuju da od onih koji su izvestili da su im potrebni ovi oblici zdravstvene zaštite, 3.2% nije dobilo rutinsku zdravstvenu zaštitu a 7,2% specijalističku. Afroamerička deca i deca majki sa nižim obrazovanjem od koledža su imala dvostruko veću šansu da ne dobiju ove usluge. Deca iz siromašnih porodica su takođe imala veću verovatnoću ne dobiju oba oblika zdravstvene zaštite.	Zaključak je da u poređenju sa decom iz opšte populacije, deca sa posebnim zdravstvenim potrebama imaju veći nivo nezadovoljenih potreba. Deca ranjiva uglavnom zbog socijalnih okolnosti (siromaštvo) imaju veću verovatnoću da ne dobiju rutinsku i specijalističku zdravstvenu zaštitu. Zbog toga se ističe potreba za većim obuhvatom zdravstvenim osiguranjem ove dece.
23.	Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D (2003). Unmet Health Needs in Patients with Coronary Heart Disease: implications and potential for improvement in caring services. <i>Health Quality Life Outcomes</i> 1:26-	Cilj rada je da se procene nezadovoljene potrebe pacijenata sa koronarnom bolešću srca. Rezultati pokazuju da su pacijenti sa kardiovaskularnim oboljenjima najčešće izveštavali o teškoćama da dođu do zdravstvene ustanove, problemima s transportom i sa obezbeđivanjem pratioaca tokom transporta.	U zaključku je navedeno da je pacijentima bilo potrebno više socijalne (smeštaj, pratnja i posete) i fizičke pomoći. Rezultati pokazuju raskorak između potreba pacijenata i dostupnih usluga ukazujući i na moguća poboljšanja u kvalitetu zdravstvenih usluga.
24.	Chen, J. Hou, F (2002). Unmet needs for health care. <i>Health Reports</i> 13(2):23.	Cilj ovog rada je ispitivanje prevalencije samoprocenjenih nezadovoljenih potreba za zdravstvenim uslugama koje nastaju zbog dostupnosti zdravstvenih usluga, prihvatljivosti, pristupačnosti i ličnih karakteristika koje se odnose na faktore rizika Rezultati pokazuju da je u 1998/99 oko 7% Kanadjana procenilo da su imali nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom. Polovina ispitanika nije realizovala zdravstvene usluge zbog zauzetosti, 39% nisu bile dostupne zdravstvene usluge zbog dugog čekanja. Nešto manje od 13 % nezadovoljenih potreba se odnosi na pristupačnost zdravstvene zaštite (troškovi ili prevoz). Nezadovoljene potrebe koje se mogu pripisati dostupnosti usluga nisu bile značajno povezane sa socijalno-ekonomskim statusom ispitanika.	U zaključku je navedeno da su nezadovoljene zdravstvene potrebe osnovni pokazatelj dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite. Istaknut je značaj individualnih problema kao što su troškovi transporta ali i prihvatljivosti usluga povezanih sa znanjem i stavovima prema zdravstvenoj službi.
25.	Sanmartin, C (2002). Changes in unmet health care needs. <i>Health Reports</i> 13(3):15-21.	Cilj ovog rada je da ispita novije trendove u samoprocenjenim nezadovoljenim potrebama u domaćinstvima Kanade među osobama starijim od 12 godina i da ponudi objašnjenje za uzroke ovakvog stanja. Rezultati pokazuju da je procenat osoba koje izveštavaju o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama porastao od 1994 do 1998. godine a potom se dvostruko povećao (sa 6% na 12%) u periodu od 1999 do 2001 godine kao posledica restrikcije budžeta za zdravstvenu zaštitu u Kanadi. Ova zemlja ima racionalan pristup i potpun obuhvat neophodnim zdravstvenim uslugama ali je kao posledica finansijskih ograničenja došlo do povećanja nezadovoljenih	Zaključak: Kako nezadovoljene potrebe rastu u sistemu sa potpunim obuhvatom stanovništva zdravstvenom zaštitom, promene u percepciji ispitanika o performansama i kapacitetu sistema mogu imati uticaj na doživljavanje nezadovoljenih zdravstvenih potreba

		zdravstvenih potreba. Duge liste čekanja su osnovni razlog koje ispitanici navode za ovakvo stanje.	
26.	Kataoka, SH., Zhang, L., Wells, KB (2002). Unmet Need for Mental Health Care Among US Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status. <i>Am. J. Psychiatry</i> 159:1548-55. (Rad citiran 854 puta).	Cilj rada je da se ispituju etničke razlike u nezadovoljenim zdravstvenim potrebama kod osoba sa problemima mentalnog zdravlja. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da skoro 80% dece u stanju zdravstvene potrebe nije dobilo usluge službi za mentalno zdravlje. Učestalost nezadovoljenih potreba je bilča veća kod Latino-američke dece i kod neosigurane dece.	U zaključku se navodi da velika većina dece kojoj su bile potrebne usluge mentalnog zdravlja nije dobila te usluge pri čemu je korišćenje ovih usluga bilo izuzetno nisko kod dece predškolskog uzrasta.
27.	Ayanian, JZ., Weissman, JS., Schneider, EC, et al (2000). Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. <i>Jama</i> 284(16):2061-69. (Rad citiran 662 puta)	Cilj rada je procena nezadovoljenih potreba neosiguranih odraslih osoba kako bi bili predloženi načini da im se poveća pristupačnost zdravstvene zaštite. Rezultati ovog vrlo citiranog rada pokazuju da dugoročno i kratkoročno, neosigurane odrasle osobe češće izveštavaju o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama zbog troškova povezanih sa korišćenjem zdravstvene zaštite. Posebno je veliki broj ovih potreba kod neosiguranih osoba sa rizičnim ponašanjem. Takođe se navodi nedostatak skrininga na maligne bolesti, kardiovaskularnih rizika i rizika za dijabetes, posebno kod dugotrajno neosiguranih osoba.	Zaključak je da dugotrajno neosigurane odrasle osobe izveštavaju o mnogo većem broju nezadovoljenih potreba. Osiguranje unapređuje dostupnost zdravstvene zaštite, posebno kod osoba sa prisutnim faktorima rizika po zdravlje.

Prilog 2.

Prediktori nezadovoljenih zdravstvenih potreba u 2014. godini prema modelima multivarijantne logističke regresije

Hijerarhijska logistička regresija (Enter model) je korišćena samo za podatke iz 2014. godine. Urađeno je ukupno pet modela multivarijantne logističke regresije u kojima je prikazan unakrsni odnos (UO) i 95% interval poverenja (IP), za nezavisne varijable (prediktore nezadovoljenih zdravstvenih potreba) sa različitim razlozima zašto dolazi do nezadovoljenih potreba, kao zavisnim varijablama.

Nezavisne varijable koje su analizirane u istraživanju su demografske, socijalno-ekonomske i varijable o zdravstvenom stanju (tabela 2.1). Nezavisne varijable su izabrane prema Modelu ponašanja u korišćenju zdravstvenih usluga (Andersonov model) koji pretpostavlja da korišćenje zdravstvene zaštite predstavlja funkciju predisponirajućih faktora (socijalno demografske karakteristike), faktora koji omogućavaju korišćenje zdravstvene zaštite ili predstavljaju barijeru za korišćenje (ekvivalentni raspoloživi dohodak) i faktora koji pokazuju potrebe za korišćenjem zdravstvene zaštite (samoprocenjeno zdravstveno stanje, prisustvo hroničnih bolesti i sprečenost u obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga).

Povezanost nezavisnih varijabli: demografskih, socijalno-ekonomskih i varijabli samoprocene zdravstvenog stanja sa razlozima nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom kao zavisnom varijablom, prikazana je sa pet modela multivarijantne logističke regresije (tabela 2.2).

U prvom modelu logističke regresije od 11 nezavisnih varijabli, osam varijabli su statistički značajno povezane sa nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom, zbog svih razloga: Ispitanice ženskog pola su imale značajno manju šansu da imaju nezadovoljene potrebe, kao i ispitanici visokog stepena obrazovanja, nezaposleni i ispitanici koji pripadaju najbogatijem kvintilu. Ispitanici u starosnoj kategoriji 27-44 godina imali su 1,5 puta veću šansu da imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom kao i ispitanici u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije. Takođe, razvedene osobe i udovci/udovice su imali 1,3 puta veću šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Ispitanici koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma loše imaju šest puta veću šansu da imaju nezadovoljene potrebe.

Drugi model logističke regresije je kao zavisnu varijablu imao nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite. Osobe u srednje naseljenim područjima i u Regionu Istočne i Južne Srbije su imale manju šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Ispitanici koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao loše, imali su pet puta veću šansu da imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom od ispitanika sa veoma dobrim zdravstvenim stanjem. Sa poboljšanjem zdravstvenog stanja opadale su šanse da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite.

Tabela 2.1: **Nezavisne (transformisane) varijable korišćene u analizi nezadovoljenih zdravstvenih potreba**

Varijabla	Skala	Kategorije
Pol	Nominalna	Muškarci Žene
Godine starosti	Ordinalna	16-26 27-44 45-64 65+
Bračno stanje	Nominalna	Neudata/neoženjen Udata/oženjen Razveden/razvedena Udovac/udovica
Obrazovanje	Ordinalna	Osnovno Srednje Visoko
Status na tržištu rada	Ordinalna	Zaposlen Nezaposlen Penzioner Neaktivan
Tip naselja	Ordinalna	Gusto naseljena Srednje gusto naseljena Retko naseljena
Region	Ordinalna	Beogradski region Region Vojvodine Region Šumadije i Zapadne Srbije Region Istočne i Južne Srbije
Ekvivalentni ukupni dohodak domaćinstva	Ordinalna	0-20% najsiromašniji kvintil 20,1-40% 40,1-60% 60,1-80% 80,1-100% najbogatiji kvintil
Posedovanje zdravstvene knjižice	Nominalna	Da Ne
Samoprocena zdravstvenog stanja	Ordinalna	Veoma dobro Dobro Solidno Loše Veoma loše
Postojanje hroničnih oboljenja	Nominalna	Nema Ima
Sprečenost u obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga	Ordinalna	Dosta sprečen Sprečen Nije bio sprečen

Nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite su bile zavisna varijabla u trećem modelu logističke regresije. U ovom modelu osobe u starosnoj kategoriji 27-44 su imale najveću šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Ispitanici sa visokim obrazovanjem su imali skoro tri puta manju šansu da imaju nezadovoljene potrebe od ispitanika sa osnovnim obrazovanjem. U retko naseljenim područjima i u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije, ispitanici su imali veću šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Sa povećanjem dohotka smanjuje se šansa da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite. Ispitanici sa veoma lošim zdravstvenim stanjem imaju najveću šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Pogoršanjem zdravstvenog stanja raste i verovatnoća da će ispitanici imati nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom zbog ugrožene pristupačnosti.

Tabela 2.2: **Zavisne varijable u modelima multivarijantne logističke regresije**

Modeli multivarijantne logističke regresije	Zavisna varijabla u modelima logističke regresije
Model 1	Nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog svih razloga
Model 2	Nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite.
Model 3	Nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite
Model 4	Nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog neprihvatljivosti zdravstvene zaštite
Model 5	Nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog razloga koji se odnose na odgovornosti sistema zdravstvene zaštite (pristupačnost i dostupnost)

U četvrtom modelu logističke regresije sa nezadovoljenim potreba zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite kao zavisnom varijablom, osobe ženskog pola, neoženjeni/neudati i nezaposleni imali su statistički značajno manju šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Najveću šansu da imaju nezadovoljene potrebe imali su ispitanici u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije, a zatim u Regionu Istočne i Južne Srbije. Ispitanici sa solidnim i lošim zdravstvenim stanjem su imali najveće šanse da imaju nezadovoljene potrebe zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite.

U petom modelu logističke regresije sa nezadovoljenim potrebama zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite, kao zavisnom varijablom, najveće šanse da imaju nezadovoljene potrebe imali su ispitanici uzrasta 27-44 godina i udovice/udovci. Sa porastom godina ispitanika smanjivale su se šanse da zdravstvene potrebe budu nezadovoljene. Ispitanici sa višim nivoom obrazovanja i nezaposleni ispitanici imali su manju šansu da imaju nezadovoljene potrebe. Ispitanici u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije imali su najveću šansu da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe. Sa porastom dohotka smanjivale su se i

šanse da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe. Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja rastle su i šanse da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite. Ispitanici koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma loše i loše, imali su skoro osam puta veću šansu da imaju nezadovoljene potrebe od ispitanika koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma dobro.

Tabela 2.3. Multivarijantna logistička regresija za ukupno nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama i razlozima nezadovoljenih potreba za 2014. godinu

Varijable	Razlozi nezadovoljenih potreba za zdravstvenim uslugama u 2014 godini				
	Ukupno (Model 1) UO (95%IP)	Dostupnost (Model 2) UO (95%IP)	Pristupačnost (Model 3) UO (95%IP)	Prihvatljivost (Model 4) UO (95%IP)	Odgovornost sistema (Model 5) UO (95%IP)
Polna struktura Muškarci Žene	1,0 0,81 (0,74-0,90)*	1,0 0,99 (0,79-1,25)	1,0 0,89 (0,76-1,04)	1,0 0,80 (0,69-0,93)*	1,0 0,91 (0,8-1,04)
Uzrast (godine) 16-26 27-44 45-64 65+	1,0 1,55 (1,22-1,97)* 1,52 (1,16-1,94)* 0,86 (0,65-1,10)	1,0 1,84 (0,93-3,78) 2,32 (1,12-4,80)* 2,04 (0,95-4,38)	1,0 1,62 (1,06-2,48)* 1,42 (0,90-2,21) 0,59 (0,37-0,95)*	1,0 1,37 (0,95-1,98) 1,25 (0,84-1,84) 0,81 (0,52-1,25)	1,0 1,72 (1,20-2,48)* 1,7 (1,20-2,48)* 0,86 (0,57-1,29)
Obrazovanje Osnovno Srednje Visoko	1,0 0,92 (0,82-1,2) 0,77 (0,65-0,92)*	1,0 1,37 (1,03-1,82) 1,33 (0,90-1,95)*	1,0 0,61 (0,52-0,73)* 0,38 (0,27-0,56)*	1,0 1,19 (0,99-1,42) 1,05 (0,82-1,36)	1,0 0,75 (0,65-0,87)* 0,62 (0,48-0,80)*
Status na tržištu rada, Zaposleni Nezaposleni	1,0 0,64 (0,58-0,72)*	1,0 0,78 (0,59-1,03)	1,0 0,79 (0,66-0,95)*	1,0 0,60 (0,51-0,71)*	1,0 0,78 (0,67-0,91)*
Bračni status, Udata/ Oženjen Neudata/Neoženjen Udovica/Udovac/Razvedeni	1,0 0,95 (0,82-1,11) 1,31 (1,15-1,48)*	1,0 1,05 (0,72-1,52) 1,30 (0,98-1,73)	1,0 1,03 (0,81-1,31) 1,21 (1,00-1,46)	1,0 0,73 (0,58-0,92)* 1,11 (0,91-1,35)	1,0 1,04 (0,85-1,27) 1,23 (1,04-1,45)*
Tip naselja Gusto naseljena područja Srednje naseljena područja Retko naseljena područja	1,0 0,86 (0,76-0,98)* 0,91 (0,81-1,03)	1,0 0,75 (0,56-0,99)* 0,55 (0,41-0,73)*	1,0 1,10 (0,87-1,38) 1,41 (1,15-1,73)*	1,0 0,83 (0,69-1,00) 0,81 (0,68-0,98)	1,0 0,92 (0,77-1,10) 1,03 (0,87-1,22)
Regioni Beogradski region Region Vojvodine Region Šumadije i Zapadne Srbije Region Istočne i Južne Srbije	1,0 0,99 (0,84-1,17) 1,54 (1,36-1,75)* 1,0 (0,88-1,13)	1,0 0,98 (0,69-1,39) 0,96 (0,71-1,29) 0,70 (0,51-0,95)*	1,0 0,74 (0,54-1,01) 1,61 (1,32-1,96)* 0,99 (0,81-1,21)	1,0 1,17 (0,90-1,52) 1,70 (1,38-2,10)* 1,53 (1,24-1,89)*	1,0 0,91 (0,72-1,14) 1,40 (1,19-1,66)* 0,90 (0,76-1,07)
Ekvivalentni ukupni dohodak 0-20% 20,1-40% 40,1-60% 60,1-80% 80,1-100%	1,0 0,73 (0,64-0,84)* 0,59 (0,51-0,68)* 0,59 (0,51-0,69)* 0,46 (0,39-0,54)*	1,0 1,07 (0,77-1,49) 0,90 (0,63-1,28) 0,78 (0,54-1,14) 0,90 (0,62-1,31)	1,0 0,54 (0,45-0,65)* 0,35 (0,28-0,44)* 0,40 (0,32-0,51)* 0,09 (0,06-0,14)*	1,0 1,16 (0,92-1,45) 1,10 (0,87-1,40) 1,17 (0,92-1,48) 0,95 (0,740-1,22)	1,0 0,61 (0,52-0,73)* 0,43 (0,35-0,52)* 0,45 (0,37-0,54)* 0,25 (0,19-0,32)*

Samoprocenjeno zdravstveno stanje					
Veoma dobro	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Dobro	2,77 (2,30-3,34)*	2,21 (1,37-3,55)*	2,1 (1,46-3,02)*	2,81 (2,16-3,67)*	2,19 (1,64-2,92)*
Solidno	5,82 (4,76-7,13)*	3,71(2,23-6,16)*	6,51 (4,50-9,44)*	4,56 (3,40-6,11)*	5,71 (4,22-7,71)*
Loše	6,34 (5,0-8,05)*	5,0 (2,79-8,95)*	8,85 (5,86-,370)*	3,65 (2,53-5,27)*	7,80 (5,56-10,96)*
Veoma loše	6,37 (4,58-8,85)*	2,38 (0,98-5,76)	11,06 (6,67-8,33)*	2,21 (1,12-4,36)	7,80 (5,06-12,03)*
Postojanje hroničnih oboljenja					
Nema	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Ima	1,12 (0,99-1,27)	1,01 (0,76-1,34)	1,08 (0,90-1,30)	1,14 (0,95-1,37)	1,07 (0,91-1,25)
Sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga					
Nije sprečen	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sprečen	1,04 (0,91-1,19)	1,30 (0,95-1,76)	1,03 (0,84-1,25)	0,75 (059-095)*	1,11 (093-1,31)

*p<0,05

Prilog 3.

Tabela 3,1: **Socijalno-demografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara 2013, i 2014, godine**

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2013, godina (n =2369) (19,6%)	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2014, godina (n = 2389) (14,9 %)	Nivo verovatnoće (p)
Pol ispitanika, n (%) Muški pol Ženski pol	1082 (19,6) 1287 (19,4)	1187 (15,2) 1202 (14,5)	<0,001
Uzrast (godine), n (%) 16-26 27-44 45-64 65+	126 (9,7) 585 (19,4) 1109 (23,8) 549 (18,4)	110 (5,1) 534 (12,5) 1150 (20,3) 549 (15,5)	<0,001
Obrazovanje, n (%) Osnovno obrazovanje Srednje obrazovanje Visoko obrazovanje	963 (22,1) 1103 (19,1) 303 (16,5)	967 (18,4) 1163 (14,2) 259 (10,6)	<0,001
Status na tržištu rada, n (%) Zaposleni Nezaposleni, Penzioneri Neaktivni	822 (20,0) 558 (22,9) 706 (18,0) 283 (17,4)	902 (15,8) 518 (15,9) 687(15,4) 229 (9,0)	<0,001
Bračni status, n (%) Neudata/neoženjen Udata/ Oženjen Udovica/udovac Razvedena/razveden	418 (16,4) 1409 (20,1) 389 (21,1) 152 (23,5)	382 (9,4) 1407 (15,6) 188 (19,9) 412 (21,5)	<0,001
Tip naselja Gusto naseljena područja Srednje naseljena područja Retko naseljena područja	735 (19,1) 565 (16,6) 1069 (22,5)	690 (13,5) 646 (14,9) 1053 (16,2)	<0,001
Region Beogradski region Region Vojvodine Region Šumadije i Zapadne Srbije Region Istočne i Južne Srbije	418 (20,1) 739 (21,9) 759 (20,6) 453 (15,3)	305 (11,7) 841 (19,3) 718 (13,9) 525 (14,0)	<0,001

Tabela 3.2: **Socijalno-demografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa, 2013. i 2014. godine**

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013, godini (n =2607) (21,4%)	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2014, godini (n = 2599) (16,1%)	Nivo verovatnoće (p)
Struktura po polu n (%) Muškarci Žene	1284 (23,0) 1325 (20,0)	1325 (16,9) 1274 (15,4)	<0,001
Uzrast (godine), n (%) 16-26 27-44 45-64 65+	189 (14,1) 711 (22,6) 1246 (26,5) 461 (15,5)	179 (8,1) 607(14,2) 1219 (21,6) 594 (15,3)	<0,001
Obrazovanje, n (%) Osnovno obrazovanje Srednje obrazovanje Visoko obrazovanje	1057 (24,4) 1271 (21,7) 279 (14,6)	1121 (21,3) 1252 (15,4) 226 (9,3)	<0,001
Status na tržištu rada, n (%) Zaposleni Nezaposleni, Penzioneri Neaktivni	904 (21,4) 710 (28,8) 699 (17,8) 294 (18,4)	885 15,4) 664 (20,4) 706 (15,5) 282 (12,0)	<0,001
Bračni status, n (%) Neudata/neoženjen Udata/ Oženjen Udovica/udovac Razvedena/razveden	521 (19,5) 1568 (22,1) 352 (20,1) 166 (25,4)	494 (11,9) 1554(17,2) 370 (18,0) 181 (20,9)	<0,001
Tip naselja, n (%) Gusto naseljena područja Srednje naseljena područja Retko naseljena područja	822 (20,4) 645 (19,3) 1140 (23,9)	659 (13,1) 708 (16,0) 1232 (19,2)	<0,001
Region, n (%) Beogradski region Region Vojvodine Region Šumadije i Zapadne Srbije Region Istočne i Južne Srbije	427 (20,2) 865 (25,6) 795 (21,3) 520 (17,5)	323 (12,6) 877 (19,7) 750 (14,8) 649 (17,2)	<0,001

Tabela 3.3: Ekvivalentni ukupni dohodak ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara, 2013. i 2014. godina

Varijabla	Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama 2013, godina (n =2369) (19, 6%)	Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama 2014, godina (n = 2389) (14,9 %)	Nivo verovatnoće (p)
Ekvivalentni ukupni dohodak n (%)			<0,001
0-20%	724 (25,9)	713 (21,6)	
20,1- 40%	494 (18,6)	529 (15,7)	
40,1-60%	447 (18,7)	430 (13,4)	
60,1-80%	392 (17,5)	410 (12,5)	
80,1-100%	312 (15,6)	307 (10,2)	

Tabela 3.4: Ekvivalentni ukupni dohodak ispitanika sa nezadovoljenim potrebe za uslugama stomatologa, 2013. i 2014. godina

Varijabla	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013, godini (n =2607) (21,4%)	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2014, godini (n = 2599) 16,1%	Nivo verovatnoće p
Ekvivalentni ukupni dohodak, n (%)			<0,001
0-20%	777 (28,1)	797 (24,5)	
20,1-40%	598 (22,3)	617(18,2)	
40,1-60%	508 (21,0)	504 (15,7)	
60,1-80%	427 (18,5)	386 (11,5)	
80,1-100%	297 (14,2)	295 (9,4)	

Tabela 3.5: Zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za zdravstvenim uslugama u 2013. i 2014. godini

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2013, godina (n =2369) (19,6%)	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2014, godina (n = 2389) (14,9 %)	Nivo verovatnoće (p)
Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika			
Veoma dobro	186 (8,5)	171 (4,5)	<0,001
Dobro	605 (17,2)	626 (12,7)	
Solidno	841 (25,0)	857 (22,9)	
Loše	575 (24,9)	622 (22,9)	
Veoma loše	162 (30,3)	113 (21,0)	
Postojanje bilo kog hroničnog oboljenja			
Ima	999 (24,8)	1038 (20,9)	<0,001
Nema	1361 (17,1)	1351 (12,3)	
Sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga najmanje tokom poslednjih šest meseci			
Da, dosta sprečen	197(30,4)	174 (21,7)	<0,001
Da, sprečen	430 (27,5)	432 (22,5)	
Ne, nije bio sprečen	1738 (17,7)	1783 (13,4)	

Tabela 3.6: Zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa u 2013. i 2014. godini

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013, godini (n =2607) (21,4%)	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2014, godini (n = 2599) (16,1%)	Nivo verovatnoće (p)
Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika, n (%)			<0,001
Veoma dobro	298 (13,0)	284 (7,1)	
Dobro	704 (19,5)	722 (14,2)	
Solidno	928 (27,3)	830 (22,4)	
Loše	530 (23,2)	638 (23,6)	
Veoma loše	147 (27,0)	125 (25,0)	
Postojanje hroničnih oboljenja, n (%)			<0,001
Ima	967 (23,7)	1548 (13,9)	
Nema	1630 (20,2)	1051 (21,4)	
Sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga najmanje tokom poslednjih šest meseci, n (%)			<0,001
Dosta sprečen	175 (27,7)	194 (23,9)	
Sprečen	394 (24,5)	430 (23,2)	
Nije bio sprečen	2034 (20,6)	1975 (14,7)	